SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-160-26

Druk nr 3157

Warszawa, 28 września 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

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

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Projekt

U S T A W A

z dnia

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.

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:

a) w ust. 3:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

---

1) Niniejszą ustawą zmienia się 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.

„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:

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) żądania sporządzania 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 tych czynności, 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 wskazanym 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 do 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 w terminie stanowiska Agencja informuje go o ostatecznych wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach.

15. Z przeprowadzonych czynności, o których mowa w ust. 9, sporządza się protokół, który zawiera w szczególności:

1) oznaczenie świadczeniodawcy;
2) zakres i przedmiot weryfikacji;
3) opis dokonanych 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 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.

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 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 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.

21. W przypadku nieusunięcia przez świadczeniodawcę w terminie, o którym mowa w ust. 17, 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, albo w przypadku nieokazania dokumentacji, o której mowa w ust. 9 pkt 1, w zakresie lub terminie wskazanym przez upoważnionego pracownika Agencji, Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.”;

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

decyzji ostatecznej lub wznowienia postępowania w sprawie zakończonej decyzją ostateczną.”;

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

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

11) w art. 61g:

a) 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 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 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 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.

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

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

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

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

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

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

22) 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 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 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 średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. f w brzmieniu:

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

23) 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;

24) 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 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 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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, 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, ale niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia wyrażenia przez nią zgody na tę zmianę albo ich wprowadzenia do praktyki.

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 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 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, składa tej osobie ofertę zwiększenia wymiaru zatrudnienia do co najmniej połowy pełnego wymiaru czasu, a w przypadku:

1) przyjęcia nowych warunków zatrudnienia i podtrzymania wniosku o zgodę, o której mowa w ust. 9 – wyraża zgodę, albo
2) odmowy przyjęcia nowych warunków zatrudnienia i podtrzymania zamiaru zatrudnienia przez kolejnego świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 9 – odmawia udzielenia 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 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. 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 tej ustawy, 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 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 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 wydania 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 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 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, 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 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 określone 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 wykonaniem 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 wykonaniem 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, 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 albo stosunek służbowy.

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 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, 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 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 do umowy o pracę, umowy lub innego aktu, 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, bez zachowania okresu wypowiedzenia, lub podejmuje niezbędne działania do niezwłocznego uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał 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 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. 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.”;

25) 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;

26) 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.”;

27) 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

– podlega karze grzywny.

2. Za wykroczenia określone w ust. 1 pkt 5–7 i 9–14 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 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.”.

Art. 3. 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, 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. 4. 1. Umowy między 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 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 brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, 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 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.

5. Osoba, o której mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą 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, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, 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, a organ właściwy uchyla ten akt w terminie nie dłuższym 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, a organ właściwy uchyla ten akt w terminie nie dłuższym 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. 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 art. 132ab nie stosuje się przepisów art. 38, art. 39 i art. 41 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz przepisów szczególnych dotyczących ochrony pracowników przed wypowiedzeniem lub rozwiązaniem umowy o pracę.

9. 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 132ab ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

10. W przypadku niedostosowania w terminie, o którym mowa w ust. 9, 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 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, tracą one moc obowiązującą.

Art. 5. 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. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

I. Regulacje dotyczące zasad zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego

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

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

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

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

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

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

W art. 132aa ust. 1 wprowadzono ograniczenie maksymalnego łącznego wymiaru czasu zatrudnienia pracownika medycznego, zdefiniowanego w tym przepisie jako czas pracy lub jego równoważnik – w przypadku umowy cywilnoprawnej lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, włączając w to czas zatrudnienia w ramach indywidualnej praktyki zawodowej, który nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy. Jednocześnie w ust. 2 doprecyzowano sposób wyliczenia pełnego wymiaru czasu pracy dla miesiąca kalendarzowego, który określono jako iloczyn 8 godzin i liczby dni w danym miesiącu kalendarzowym przypadających od poniedziałku do piątku, przy czym każde święto określone w przepisach o dniach wolnych od pracy przypadające w danym miesiącu w innym dniu niż niedziela będzie obniżało pełen wymiar czasu pracy o 8 godzin. Autonomiczne określenie metody wyliczania pełnego wymiaru czasu pracy w projektowanym art. 132aa ust. 2 zamiast odesłania w tym zakresie do art. 129 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2026 r. poz. 1245), zwanej dalej „Kodeksem pracy" – jest uzasadnione potrzebą stworzenia przepisu, który w ramach jednej ustawy jednoznacznie określał będzie sposób ustalenia maksymalnego limitu godzin pracy w poszczególnych miesiącach. Przepis art. 132aa jest adresowany bowiem nie tylko do podmiotów profesjonalnie zajmujących się zatrudnianiem personelu (podmiotów leczniczych), ale również do poszczególnych medyków. Jednocześnie należy wskazać, że przepis art. 129 § 1 Kodeksu pracy nie stanowi pełnej regulacji, bowiem odsyła do przepisów modyfikujących, tj. art. 135–138, art. 143 i art. 144 Kodeksu pracy, a także jest uzupełniany przez art. 130 tej ustawy. Powyższe przepisy modyfikujące nie powinny obejmować sytuacji osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bowiem ich sytuację regulują już przepisy szczegółowe

Działu III tej ustawy (tj. art. 93–99b ustawy o działalności leczniczej). Zastosowanie w art. 132aa ust. 2 odesłania wewnątrzsystemowego do art. 129 § 1 Kodeksu pracy wywołałoby więc stan kolizji norm prawnych i niepewność interpretacyjną w stosowaniu wprowadzonego przepisu prawa.

W art. 132aa ust. 3 zawarto wyłączenie, zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

W ust. 4 wprowadzono obowiązek składania przez pracownika medycznego, przed podjęciem zatrudnienia u danego świadczeniodawcy, jego kierownikowi, oświadczenia o łącznym wymiarze czasu zatrudnienia u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców lub w ramach praktyki, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki, ale niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia wyrażenia przez nią zgody na tę zmianę. Natomiast w ust. 5 zawarto obowiązek składania przez pracownika medycznego ponownego oświadczenia o łącznym wymiarze czasu zatrudnienia, w przypadku zmiany tego wymiaru.

W art. 132aa ust. 6 wprowadzono zasadę, że świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy mającego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, mogą być udzielane przez pracownika medycznego (będącego: lekarzem, pielęgniarką, położną, fizjoterapeutą lub ratownikiem medycznym) w wymiarze czasu zatrudnienia niemniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. Tym samym określa się minimalny wymiar zatrudnienia przy udzielaniu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradniach przyszpitalnych). Jednocześnie w art. 132aa ust. 7 wprowadzono wyłączenie spod powyższego wymogu w odniesieniu do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku gdy wymiar czasu zatrudnienia danego pracownika medycznego niższy niż ½ pełnego wymiaru czasu pracy wynika z harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast w ust. 8 wprowadzono wyjątek od powyższego wymogu dotyczącego minimalnego wymiaru zatrudnienia, w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 6, pod warunkiem złożenia oświadczenia potwierdzającego tę okoliczność.

W art. 132aa ust. 9 zawarto przepis uzależniający możliwość zatrudnienia pracownika medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego, przez innego takiego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody wszystkich aktualnie zatrudniających go świadczeniodawców i jednocześnie dopuszczający takie kolejne zatrudnienie w wymiarze co najmniej połowy pełnego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika.

W art. 132aa ust. 10 uregulowano zasady, którymi kierownik podmiotu leczniczego powinien kierować się, odmawiając zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy. W celu zabezpieczenia interesu osoby wykonującej zawód medyczny wprowadza się tryb, zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody będzie wymagała uzasadnienia na piśmie, przy którym kierownik podmiotu leczniczego powinien jednocześnie przedstawić osobie wnioskującej o zgodę ofertę zwiększenia jej wymiaru czasu zatrudnienia do poziomu zaspokającego potrzeby kadrowe podmiotu leczniczego. Co oczywiste oferta ta nie będzie mogła wykraczać poza wprowadzony w projektowanych przepisach limit maksymalnego łącznego czasu zatrudnienia dla danego pracownika medycznego, określony w art. 132aa ust. 1 oraz limitów wynikających z prawa pracy. Kierownik podmiotu leczniczego będzie obowiązany zająć stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody, a niezajęcie stanowiska w tym terminie będzie oznaczało wyrażenie zgody. W art. 132aa ust. 11 uregulowano sposób postępowania w przypadku wystąpienia o zgodę na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy przez pracownika medycznego zatrudnionego w wymiarze mniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu zatrudnienia, u jednego świadczeniodawcy. W takim przypadku kierownik podmiotu leczniczego składa takiej osobie ofertę zwiększenia jej wymiaru zatrudnienia do co najmniej połowy pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku przyjęcia nowych warunków zatrudnienia i podtrzymania wniosku o zgodę wyraża zgodę albo, w przypadku odmowy przyjęcia nowych warunków i podtrzymania wniosku, 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. W art. 132aa ust. 12 zawarto regulację na wypadek powstania sytuacji, w której kierownik podmiotu leczniczego nie zareaguje na wniosek pracownika medycznego o wyrażenie omawianej zgody. W takiej sytuacji będzie on

mógł, przed zatrudnieniem przez kolejnego świadczeniodawcę, złożyć oświadczenie, że mimo złożenia wniosku o wyrażenie zgody kierownik podmiotu leczniczego nie zajął stanowiska w ustalonym terminie, przy czym takie oświadczenie będzie wówczas zastępować wymaganą zgodę.

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

W art. 132aa ust. 13 wprowadzono wyjątek od wymogów zawartych w ust. 6–12, które nie będą miały zastosowania 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. Natomiast w art. 132aa ust. 14–16 wprowadzono możliwość wyrażenia zgody na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w 1–6 przez Prezesa NFZ, w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego, określając jednocześnie 14-dniowy termin na wyrażenie takiej zgody i obwarowując jej odmowę obowiązkiem uzasadnienia na piśmie. Niezajęcie stanowiska we wskazanym terminie 14 dni oznaczać będzie wyrażenie zgody. Przewidziano także możliwość cofnięcia omawianej zgody przez Prezesa NFZ w razie stwierdzenia po wydaniu zgody, że nie zachodziły wymagane przesłanki dla jej wydania. Dodatkowo doprecyzowano, że do postępowania w sprawie wydania przedmiotowej zgody Prezesa NFZ nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego (KPA), co oznacza że zgoda albo jej odmowa udzielane będą na zasadach oświadczeń woli stron w ramach obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W art. 132aa ust. 17 zawarto rozwiązanie o charakterze nadzwyczajnym, zgodnie z którym w przypadku nagłej śmierci lub długotrwałej choroby lub usprawiedliwionej nieobecności pracownika medycznego lub w przypadku działania siły wyższej, kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł odstąpić od wymogów określonych w ust. 1–6 na, okres 21 dni od dnia wystąpienia jednej z powyższych okoliczności.

W art. 132aa ust. 18 i 19 określono wymogi dotyczące minimalnej zawartości umów, na podstawie których są zatrudnieni pracownicy medyczni udzielający świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ. Umowy o pracę będą obligatoryjnie określać rodzaj, a jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy, także liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz maksymalny miesięczny wymiar czasu zatrudnienia i maksymalne miesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące. Natomiast w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie w szczególności określenie łącznej liczby godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stawki

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

Projektowana ustawa zawiera również szereg regulacji zmierzających do ograniczenia wysokości środków NFZ przeznaczanych na pokrycie kosztów wynagrodzeń pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarto w nowym artykule 132ab ustawy o świadczeniach.

W art. 132ab ust. 1 wprowadzono limit wysokości wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w postaci maksymalnej stawki godzinowej, w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Natomiast zgodnie z ust. 2–4 świadczeniodawca będzie mógł przyznać pracownikowi medycznemu wynagrodzenie dodatkowe, w związku z przysługującymi danej osobie dodatkami motywacyjnymi, dodatkami wynikającymi z ustawy ustalonymi do wysokości określonej w ustawie, dodatkami za wysługę lat oraz w związku z wykonaniem określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych (jak wykonywanie funkcji kierowniczych w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, wykonywanie zadań dydaktycznych lub naukowych). W przypadku przyznania dodatku motywacyjnego maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie pracownika medycznego będzie określane z zastosowaniem limitu ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (zgodnie z art. 132ab ust. 7), podczas gdy w przypadku innych dodatków należnych pracownikowi medycznemu na podstawie norm rangi ustawowej, zastosowanie znajdzie limit dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia (o którym mowa

w art. 132ab ust. 8) – art. 132ab ust. 2. W myśl art. 132ab ust. 3 świadczeniodawca, będący podmiotem leczniczym innym niż:

1) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,

2) jednostka budżetowa, w tym państwowa jednostka budżetowa tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadająca w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej

– będą mogli przyznać pracownikom medycznym dodatek za wysługę lat w wysokości niewyższej niż określona w art. 65 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Tym sposobem zostanie zapewniona równość wobec prawa (art. 32 Konstytucji RP) pracowników medycznych świadczeniodawców należących do różnych kategorii podmiotów leczniczych. Dodatek za wysługę lat, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, będzie podlegał limitowi dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia (o którym mowa w art. 132ab ust. 8).

Natomiast zgodnie z art. 132ab ust. 5 wynagrodzenie dodatkowe, przekraczające maksymalną stawkę godzinową, będzie mogło zostać przyznane także w związku z wykonaniem przez pracownika medycznego określonych w umowie zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – w zakresie transplantologii klinicznej, świadczeń wysokospecjalistycznych lub świadczeń udzielanych w centrach urazowych.

Art. 132ab ust. 7 określa maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych, w wysokości iloczynu ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu zatrudnienia, określonemu w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę. Natomiast jednocześnie łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem łącznego maksymalnego 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.

W art. 132ab ust. 8 określono maksymalny limit średniomiesięcznego wynagrodzenia w przypadku przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu zadań określonych w ust. 3 lub 4, w wysokości 12-krotności minimalnego wynagrodzenia, jednak z zastrzeżeniem, że łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem łącznego maksymalnego wymiaru czasu zatrudnienia nie może przekroczyć kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia.

W art. 132ab ust. 9 zawarto wyłączenie, zgodnie z którym maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne oraz maksymalna stawka godzinowa wynagrodzenia zasadniczego nie obejmują nagrody jubileuszowej, oraz świadczeń związanych z rozwiązaniem stosunku pracy, tj. odprawy rentowej i emerytalnej, ekwiwalentu pieniężnego za nie wykorzystany urlop wypoczynkowy, a także świadczeń odszkodowawczych wynikających ze stosunku pracy ustalonych do wysokości określonej w ustawie oraz dodatkowego wynagrodzenia rocznego w podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.

W art. 132ab ust. 10 nałożono na pracownika medycznego obowiązek składania, przed podjęciem zatrudnienia, oświadczenia o łącznym maksymalnym średniomiesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z tytułu wykonywania zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonym w umowach zawartych z zatrudniającymi go świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast zgodnie z ust. 11 pracownik medyczny powinien złożyć kierownikowi zatrudniającego go podmiotu leczniczego oświadczenie o zmianie okoliczności, która ma wpływ na jego łączne maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tej zmiany. W takiej sytuacji kierownik podmiotu leczniczego, niepóźniej 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 łącznego maksymalnego wynagrodzenia danej osoby. 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 albo stosunek służbowy, bez zachowania okresu wypowiedzenia, lub podejmuje niezbędne działania do niezwłocznego uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy. W art.

132ab ust. 12 wprowadzono bezwzględny zakaz określania wynagrodzenia pracownika medycznego z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jako stawki procentowej kwoty uzyskiwanej przez świadczeniodawcę od NFZ z tytułu realizacji tej umowy.

W dodawanym art. 132ac wprowadzono przepis stanowiący, iż oświadczenia, o których mowa w art.132aa ust. 4, 8 i 12 oraz art. 132ab ust. 10 i 11, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Jednocześnie w ust. 2 określono, że oświadczenia te powinny być przechowywane przez okres 10 lat, w sposób gwarantujący zachowanie ich poufności, integralności, kompletności oraz dostępności, w warunkach niegrożących uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Celem powyższych rozwiązań legislacyjnych jest:

- wyeliminowanie szkodliwej praktyki, w sposób nieuzasadniony prowadzącej do automatycznego wzrostu wynagrodzenia pracowników medycznych w konsekwencji każdorazowego podniesienia wyceny świadczeń,
- powstrzymanie spirali płacowej w publicznej opiece zdrowotnej, powodującej zadłużanie się podmiotów leczniczych oraz zwiększający deficyt w finansach NFZ,
- zwiększenie liczby możliwych do sfinansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach ograniczonych środków pozostających w jego dyspozycji.

II. Regulacje dotyczące kompetencji kontrolnych NFZ

Obecne brzmienie przepisów art. 48e ustawy o świadczeniach prowadzi do powstania rozbieżności interpretacyjnych w zakresie organu właściwego do wykonywania czynności kontrolnych wobec świadczeniodawców realizujących programy pilotażowe, w szczególności w zakresie kontroli prawidłowości realizowania i rozliczania programów pilotażowych, na co zwróciła uwagę Wielkopolska Delegatura Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu w toku kontroli nr P/25/078 pn. Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych. Powyższe uzasadnia podjęcie inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do doprecyzowania przepisów ustawy poprzez jednoznaczne określenie zakresu kompetencji kontrolnych NFZ wobec programów pilotażowych, co zapewni spójność regulacji ustawowych oraz jednoznaczne określenie organu właściwego do wykonywania czynności kontrolnych programów pilotażowych. Wprowadzony w art. 48e ust. 6 obowiązek poddania się przez realizatora programu pilotażowego kontroli NFZ wymaga wprowadzenia do umów o realizację programu

pilotażowego postanowienia zobowiązującego realizatora programu do poddania się przez realizatora programu kontroli Funduszu w zakresie określonym w art. 61a ust. 1 i 1a ustawy. Wynika to z faktu odmienności umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i umów o realizację programu pilotażowego, w odniesieniu do których przepisy nie regulują powyższych kwestii. Regulacja taka jest zgodna z brzmieniem umów zawieranych przez NFZ z realizatorami programów pilotażowych pozostających w zakresie kompetencji NFZ. Projektowane brzmienie przepisu zabezpiecza kompleksowość regulacji w zakresie programów pilotażowych ustanawianych przez Ministra Zdrowia. Projektowany art. 61a ust. 1a przewiduje nowy obszar kompetencyjny NFZ, dotyczący możliwości poddawania ocenie nie tylko zasadności środków, które NFZ wydatkował pod postacią refundacji świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do świadczeniodawców albo leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych, ale również sposobu wykorzystania tych środków. Zasadniczą ideą refundacji ze środków publicznych przyjętą w polskim systemie ochrony zdrowia jest zwrot kosztów poniesionych przez kontrahenta NFZ, który podejmuje decyzję o zawarciu cywilnoprawnej umowy, na mocy której udziela świadczeń na rzecz osoby trzeciej – świadczeniobiorcy. Z uwagi na powyższą konstrukcję, dla NFZ nie jest obojętny sposób zarządzania uzyskanymi środkami finansowymi, niektóre bowiem praktyki mogą ujawniać zdolność do wypracowywania daleko idących w swej skali zysków, co przeczy powyższej idei zwrotu kosztów. Takie ustalenie z kolei zarówno w relacji do świadczeniodawcy czy apteki może obnażać funkcjonowanie niepożądanej praktyki jak przykładowo upcoding u świadczeniodawcy, czy też zawyżania kosztów sporządzania leków recepturowych w aptekach ogólnodostępnych. Projektowany przepis dotyczący kontroli prawidłowości wykorzystania środków publicznych zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu umożliwi również zapewnienie skutecznego nadzoru nad sposobem wydatkowania środków w zakresie wydatków przeznaczanych na wynagrodzenia. Projektowane rozwiązania przewidujące limity wynagrodzeń wymagają zapewnienia Prezesowi NFZ odpowiednich instrumentów kontrolnych umożliwiających przestrzeganie tych regulacji.

Projektowany art. 61ba ma na celu wyjście naprzeciw zdefiniowanym w systemie ochrony zdrowia niepożądanym zjawiskom nadmiernego, a czasem fikcyjnego zaangażowania osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, którzy funkcjonują zarówno w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również w sektorze komercyjnym. Warunkiem koniecznym zbadania i

dokonania oceny tych zjawisk jest stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów wykonujących działalność posiadających umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz równocześnie udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi NFZ weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Formułowanie wniosków wyłącznie w obszarze potencjału zgłoszonego do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, bez wiedzy o aktywności zawodowej poza systemem, nie stwarza możliwości ustalenia pełnego obrazu, rzeczywistej i racjonalnej dostępności pracownika medycznego w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego względu projektowany przepis przewiduje uprawnienie Prezesa Funduszu do nieodpłatnego dostępu do dokumentacji osób wykonujących zawód medyczny, obejmującej informacje dotyczące podstawy wykonywania pracy lub świadczenia usług, kwalifikacji i uprawnień zawodowych oraz ewidencji czasu pracy lub świadczenia usług na rzecz świadczeniodawcy. Jednocześnie, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem, przewidziano możliwość udostępniania dokumentacji medycznej wyłącznie w zakresie niezbędnym do weryfikacji dokumentacji dotyczącej podstawy wykonywania pracy lub świadczenia usług, kwalifikacji i uprawnień zawodowych oraz ewidencji czasu pracy lub świadczenia usług na rzecz świadczeniodawcy. Celem gromadzenia tych danych jest wyłącznie uzyskanie kompleksowej wiedzy na temat aktywności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. Informacje te mają charakter analityczny i wspierają procesy monitorowania zaangażowania zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Należy podkreślić, że działania Funduszu nie są ukierunkowane na prowadzenie postępowań kontrolnych wobec podmiotów komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Jest to zatem inicjatywa o charakterze informacyjnym i analitycznym, zasadniczo odmienna od działań kontrolnych zarówno pod względem celu, jak i zakresu kompetencji. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku. Gdyby projektowaną regulację ograniczyć wyłącznie do weryfikacji zaangażowania osób wykonujących zawód medyczny w sferze ubezpieczenia zdrowotnego, Fundusz czyniłby ustalenia jedynie fragmentaryczne niedające możliwości całościowej oceny koniecznej z

perspektywy jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów. Zmiana ta wynika z konieczności zapewnienia odpowiedniego standardu bezpieczeństwa świadczeniobiorców, którego istotnym wyznacznikiem jest dostępność personelu medycznego w określonej komórce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w szczególności szpitala.

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

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

Art. 61g ust. 1 zakłada co do zasady utrzymanie obowiązku zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli z 7-dniowym wyprzedzeniem. Rozwiązanie to zachowuje gwarancyjny charakter procedury kontrolnej i zapewnia podmiotom kontrolowanym odpowiedni czas na

przygotowanie się do czynności kontrolnych. Jednocześnie doprecyzowano wyjątek od tej zasady, który umożliwi przeprowadzenie kontroli bez zachowania wskazanego terminu w przypadku kontroli realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę. Odstąpienie od wskazanego progu pozwala również na koncentrację na ryzyku wystąpienia nieprawidłowości oraz ochronie środków publicznych, niezależnie od wstępnie oszacowanej wartości potencjalnych skutków finansowych. Rozwiązanie to sprzyja efektywniejszej realizacji funkcji nadzorczych i kontrolnych Funduszu oraz ogranicza ryzyko obchodzenia przepisów poprzez utrzymywanie wartości pojedynczych nieprawidłowości poniżej ustawowego limitu. Przyjęte rozwiązanie pozwala zachować równowagę między ochroną praw podmiotów kontrolowanych a potrzebą zapewnienia efektywności działań kontrolnych NFZ. Utrzymanie 7-dniowego terminu zawiadomienia jako reguły wzmacnia pewność i przejrzystość procedury, natomiast przewidziany wyjątek zwiększa skuteczność kontroli, umożliwiając pozyskanie materiału dowodowego odzwierciedlającego rzeczywisty stan faktyczny oraz dokonanie ustaleń zgodnych z prawdą obiektywną.

Przepis art. 61j ust. 2 przewiduje zracjonalizowanie i uproszczenie zasad zapoznawania się z dokumentacją medyczną, stanowiącą źródło dowodowe w postępowaniach kontrolnych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666). W zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy, która przewiduje rygory dotyczące wykształcenia medycznego lub wykonywania zawodu medycznego przez pracownika NFZ, który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medycznej. Powyższa zmiana przyczyni się do zwiększenia możliwości bardziej efektywnego wykorzystywania potencjału pracowników NFZ w zakresie badania i wyprowadzania wniosków z ww. dokumentacji.

Projektowany przepis art. 61l ust. 2 ma charakter doprecyzowujący i służy jednoznacznemu określeniu okresu, w którym kierownik podmiotu kontrolowanego lub osoba

przez niego upoważniona może korzystać z prawa wglądu do akt kontroli oraz sporządzania z nich odpisów i kopii. Wprowadzenie wyraźnego wskazania ram czasowych dostępu do akt kontroli zapewni pełną przejrzystość regulacji i wyeliminuje wątpliwości dotyczące momentu powstania oraz wygaśnięcia prawa dostępu do akt kontroli. Proponowane doprecyzowanie wzmacnia realizację zasady transparentności działań kontrolnych, bowiem umożliwia oparcie stanowiska podmiotu kontrolowanego na pełnej wiedzy o materiale dowodowym zgromadzonym w aktach kontroli. W konsekwencji rozwiązanie to przyczyni się do zwiększenia pewności prawa oraz jednolitego stosowania przepisów dotyczących kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Projektowany przepis art. 61o ust. 4 realizuje postulat zwiększenia wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej. Wyjaśnienia podmiotów kontrolowanych są bardzo istotnym źródłem dowodowym w praktyce kontrolnej NFZ, stąd konieczność wzmocnienia ich autentyczności. Możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej zwiększa gwarancję rzetelności i kompletności przekazywanych informacji, co ma istotne znaczenie dla prawidłowej oceny sposobu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz gospodarowania środkami publicznymi. Jednocześnie projektowane przepisy przewidują odpowiednie gwarancje ochrony praw osób składających wyjaśnienia. Odmowa udzielenia wyjaśnień będzie dopuszczalna w przypadku, gdy dotyczą one faktów lub okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową osobę wezwaną do złożenia wyjaśnień albo osobę jej bliską w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Rozwiązanie to służy zachowaniu właściwej równowagi pomiędzy potrzebą zapewnienia rzetelnego materiału dowodowego na potrzeby kontroli a ochroną praw i interesów osób uczestniczących w czynnościach wyjaśniających. Brzmienie oświadczenia zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, a zatem jest to regulacja wypełniające dyspozycje przepisu art. 233 § 6 Kodeksu karnego. Projektowane rozwiązanie nie stanowi nowej konstrukcji prawnej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa posługuje się już mechanizmem składania oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej, o którym mowa w art. 233 § 6 Kodeksu karnego. Przykładem jest art. 61s ust. 8a ustawy, przewidujący obowiązek złożenia oświadczenia zawierającego klauzulę o świadomości odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Wprowadzenie analogicznego rozwiązania na

potrzeby postępowania kontrolnego zapewnia spójność wewnętrzną ustawy oraz jednolitość stosowanych w niej instrumentów prawnych służących potwierdzaniu prawdziwości przekazywanych informacji.

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

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

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

Projektowana zmiana przepisu art. 97 ust. 3e ma na celu uelastycznienie wysokości odpisu z NFZ dla Agencji Badań Medycznych (ABM) tak by był on dostosowany do realnych i racjonalnych potrzeb ABM. Obecnie obowiązujące rozwiązanie przewiduje odpis w sztywnej wysokości 0,3% przychodów ze składek należnych NFZ, niezależnie od rzeczywistych potrzeb finansowych ABM. Proponowana zmiana umożliwi dostosowanie wysokości odpisu do faktycznego zapotrzebowania finansowego ABM, ustalanego corocznie w toku prac budżetowych nad planem ABM, przy uwzględnieniu przychodów i kosztów tej jednostki, wynikającego z realizowanych zadań oraz planowanych wydatków.

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

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

Zmiana przepisu art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy ma charakter porządkujący i precyzujący dotychczasowe przepisy regulujące, w jakich obszarach dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mogą realizować monitorowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, co przyczyni się do jednolitości postępowania w skali całego kraju. Projektowany przepis art. 107 ust. 5 pkt 8 wskazuje jakie aspekty realizacji umowy o udzielanie świadczeń mogą być przedmiotem monitorowania na poziomie dyrektora OW NFZ, które stanowi uzupełniającą prerogatywę kontrolną Prezesa NFZ. W ramach powyższego przepisu kompetencję monitorowania rozciągnięto również na realizację zawieranych z podmiotami prowadzącymi apteki ogólnodostępne umów na wydawanie produktów refundowanych, a także na ordynację osób uprawnionych do preskrypcji produktów refundowanych. Projektowany przepis określa zakres monitorowania realizowanego przez Fundusz, nie odnosząc się do zakresu danych osobowych

podlegających przetwarzaniu, który został uregulowany odrębnie w art. 188 i nast. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Projektowany przepis art. 192a ust. 1 wprowadza obowiązek udostępniania przez świadczeniodawców, którzy nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokumentacji medycznej oraz 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, obejmującej informacje dotyczące nawiązania, wykonywania i zakończenia stosunku pracy, stosunku służbowego lub innego stosunku prawnego stanowiącego podstawę udzielania świadczeń zdrowotnych, a także kwalifikacji, uprawnień zawodowych oraz ewidencjonowania czasu pracy lub świadczenia usług. Rozwiązanie to uwzględnia fakt przenikania się w praktyce sektora publicznego z komercyjnym i wzajemnego oddziaływania. Przykładem może być dokumentacja medyczna wytworzona na okoliczność komercyjnej porady, z której wynikać będzie uzasadnienie do preskrypcji lekarskiej recepty z poziomem odpłatności skutkującym refundacją ze strony NFZ. Aspekt dokumentacji pracowniczej realizuje postulat weryfikacji rzeczywistej dostępności personelu w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, którzy jednocześnie udzielają świadczeń w sektorze komercyjnym. Pozyskiwanie przez Fundusz informacji i danych pozostaje ograniczone do zakresu niezbędnego do wykonywania ustawowych zadań i nie wykracza poza kompetencje przyznane Funduszowi na mocy obowiązujących przepisów.

III. Pozostałe zmiany w ustawie o świadczeniach

Projektowana ustawa wprowadza także zmiany w przepisach regulujących proces taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, które pozwolą na szybsze reagowanie na zmieniające się uwarunkowania związane z kosztami udzielania świadczeń oraz ograniczą ryzyko utrzymywania przez dłuższy czas taryf, które nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów ich realizacji. Dotyczy to w szczególności przypadków, w których informacje pochodzące od świadczeniodawców, NFZ, organów administracji publicznej lub wyniki analiz wskazują na istotne niedoszacowanie lub przeszacowanie wartości taryfy świadczeń.

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

Kolejna zmiana dotyczy ograniczenia zawartości raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Proponowane rozwiązanie ma na celu ograniczenie elementów, które nie mają bezpośredniego wpływu na wybór metody ustalenia taryfy ani na jej wysokość. Pozwoli to skoncentrować prace analityczne na danych kosztowych, podaży i popycie, skutkach finansowych oraz wpływie projektowanej taryfy na strukturę udzielanych świadczeń. W odniesieniu do opisu świadczenia i danych epidemiologicznych należy zauważyć, że informacje te są w znacznej części analizowane już na etapie kwalifikacji świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych. Ich ponowne, przekrojowe opracowywanie w ramach każdego postępowania taryfikacyjnego prowadzi więc do dublowania wcześniej wykonanych analiz. Rezygnacja z pełnego opisu nie oznaczała pominięcia kontekstu klinicznego i epidemiologicznego. W raporcie można pozostawić zwięzłą charakterystykę przedmiotu taryfikacji oraz odesłanie do dokumentacji sporządzonej na etapie kwalifikacji świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Pogłębiona analiza epidemiologiczna byłaby przygotowywana w przypadkach, w których od czasu kwalifikacji nastąpiła istotna zmiana zapadalności, chorobowości, śmiertelności, sposobu leczenia albo populacji objętej świadczeniem, mogąca mieć znaczenie dla ustalenia taryfy. Podobne zastrzeżenia dotyczą obligatoryjnej analizy sposobu i poziomu finansowania świadczenia w innych krajach.

Bezpośrednia porównywalność takich danych jest ograniczona ze względu na różnice w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, organizacji systemów ochrony zdrowia, jednostkach i mechanizmach rozliczeniowych, sposobie uwzględniania kosztów pośrednich, dopłatach pacjentów, poziomie wynagrodzeń i cen, a także stosowanych kursach walut i parytetach siły nabywczej. Kwoty finansowania zagranicznego rzadko mogą być zatem bezpośrednio wykorzystane do ustalenia taryfy w warunkach polskiego systemu. Zasadne jest zatem, aby analiza rozwiązań zagranicznych miała charakter fakultatywny i była sporządzana tylko o ile dostępne dane są wiarygodne i porównywalne a sposób finansowania świadczenia w innym kraju może mieć rzeczywiste znaczenie dla ustalenia taryfy. Proponowana zmiana pozwoli lepiej dostosować zakres prowadzonych analiz do celu postępowania taryfikacyjnego, zgodnie z zasadą proporcjonalności, oraz ograniczyć powtarzanie informacji, które są dostępne w innych dokumentach systemu ochrony zdrowia.

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

kosztów w całym systemie publicznej ochrony zdrowia. Prawidłowo prowadzony rachunek kosztów stanowi istotne narzędzie zarządcze, umożliwiające efektywne planowanie działalności, monitorowanie kosztów, ocenę rentowności poszczególnych rodzajów działalności, racjonalizację wykorzystania zasobów oraz podejmowanie decyzji opartych na rzetelnych danych finansowych. Jednocześnie zapewnia wiarygodne informacje niezbędne do prowadzenia procesu taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, co przekłada się na większą adekwatność ich finansowania i bardziej efektywne gospodarowanie środkami publicznymi. Nadanie Agencji kompetencji weryfikacyjnych przyczyni się do ujednolicenia stosowania standardu rachunku kosztów, poprawy jakości i porównywalności danych kosztowych oraz zwiększenia transparentności procesu taryfikacji. W konsekwencji wpłynie na poprawę jakości zarządzania w podmiotach leczniczych, zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych oraz wzmocnienie podstaw analitycznych służących podejmowaniu decyzji w systemie ochrony zdrowia.

Istotnym elementem projektowanego rozwiązania jest wprowadzenie mechanizmu naprawczego poprzedzającego możliwość zastosowania kary umownej. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości Agencja wzywa świadczeniodawcę do ich usunięcia w terminie 3 miesięcy. Dopiero w przypadku nieusunięcia stwierdzonych nieprawidłowości albo nieprzekazania informacji o ich usunięciu Prezes NFZ może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną. Rozwiązanie to zapewnia świadczeniodawcy możliwość usunięcia stwierdzonych uchybień przed zastosowaniem sankcji.

Projektowane zmiany w art. 132b ustawy o świadczeniach polegają na rezygnacji z dotychczasowego obligatoryjnego udzielania świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu 1–3 i 5 systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Zamiast tego wprowadzono dla tych podmiotów (oraz dodatkowo także dla szpitali zakwalifikowanych do poziomu 6 PSZ) możliwość udzielania takich świadczeń, po złożeniu wniosku do Prezesa NFZ. Tym samym świadczeniodawcy działający w ramach PSZ zachowają pierwszeństwo w zakresie udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, natomiast w dalszym ciągu, w przypadku niewystarczającego zabezpieczenia tych świadczeń, będą one przedmiotem postępowań konkursowych, na ogólnych zasadach. Dodatkowym argumentem przemawiającym za rezygnacją ze ścisłego powiązania udzielania omawianych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ze szpitalami działającymi w ramach PSZ jest fakt, iż

podmioty te niejednokrotnie, nie będąc w stanie w inny sposób spełnić obowiązku udzielania tych świadczeń, korzystały z usług podwykonawców, co nie będzie możliwe w świetle nowych regulacji zawartych w zmienianym art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

W projektowanej ustawie proponuje się również zmianę art. 193 ustawy o świadczeniach, polegającą na dodaniu normy sankcjonującej dla przypadków naruszenia obowiązków i ograniczeń nakładanych na podmioty lecznicze w zakresie zasad zatrudniania i wynagradzania oraz przekazywania NFZ określonych danych. Dotychczasowy art. 193 ustawy o świadczeniach stanie się ustępem 1, do którego dodaje się w tym celu pkt 8–11. Ponadto, obowiązki realizowane przez kierownika podmiotu leczniczego zostaną zabezpieczone sankcją grzywny do wysokości 30.000 zł (dodawany w art. 193 ustawy o świadczeniach ustęp 2). Kwalifikacja sankcji za wykroczenia wobec tych obowiązków jest uzasadniona względami proporcjonalności – wartości życia i zdrowia ludzkiego są zabezpieczone na gruncie ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734, z późn. zm.) sankcją grzywny do kwoty 30.000 zł (zob. art. 24 ust. 2 Kodeksu wykroczeń) – co uzasadnia analogiczne zabezpieczenie realizacji obowiązków nakładanych przez ustawę o świadczeniach na kierowników podmiotów leczniczych, a uzasadnionych przez ochronę tych samych wartości prawnych. Kara grzywny przewidziana w projektowanym art. 193 pkt 14 ma na celu zapewnienie skuteczności realizacji obowiązku określonego w art. 56 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z którym usługodawcy są obowiązani zapewnić możliwość wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej (SIM). Obecnie ustawa nie przewiduje sankcji za niewykonanie tego obowiązku, co ogranicza możliwość jego skutecznego egzekwowania. Wprowadzenie odpowiedzialności za niedopełnienie obowiązku ma na celu zwiększenie stopnia realizacji obowiązków związanych z wymianą elektronicznej dokumentacji medycznej, co jest niezbędne dla zapewnienia interoperacyjności systemów teleinformatycznych w ochronie zdrowia, poprawy ciągłości leczenia oraz zwiększenia dostępności danych medycznych dla uprawnionych podmiotów.

Zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Obecnie częstym zjawiskiem jest tzw. leasing pracowniczy. Podmioty lecznicze, głównie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej udzielają zamówień na świadczenia zdrowotne, na podstawie przepisów art. 26–27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej innym podmiotom leczniczym, głównie spółkom, które zapewniają wyłącznie

pracowników (osoby wykonujące zawody medyczne). Podmioty te (przyjmujące zamówienie) formalnie są podmiotami leczniczymi, choć nie wykonują działalności leczniczej; faktycznie są pośrednikami zatrudnienia. Rozwiązanie to pozwala na ominięcie przepisów dotyczących pracy. Jeżeli stroną umowy jest osoba (fizyczna), np. lekarz, wówczas łatwiej zidentyfikować jego łączny czas pracy. W przypadku gdy podwykonawcą jest osoba prawna (spółka kapitałowa) – ograniczenia dotyczące czasu pracy jej nie obowiązują.

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

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

Proponowane nowe przepisy w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny mają dotyczyć

wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, również prywatnych, w tym niedysponujących środkami publicznymi. Rozwiązanie to ma na celu uszczelnienie systemu ochrony zdrowia w zakresie stosowania jednolitych zasad regulujących relacje między ww. podmiotami. Proponowane przepisy przyczynią się do jawności w systemie ochrony zdrowia. Ponadto są spójne z regulacjami zawartymi w procedowanym równolegle projekcie ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej i ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (UD434).

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

Przyjmujący zamówienie będzie wyłaniany w trybie konkursu ofert.

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

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

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

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

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

Projekt ustawy przewiduje dodanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta art. 8a określającego, że każdy pacjent ma prawo do równego traktowania. Należy wskazać, że zgodnie z Konstytucją RP – każdy ma prawo do

ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1), a wszyscy wobec prawa są równi oraz nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny (art. 32 ust. 1 i 2). Działalność lecznicza, w ramach której dochodzi do realizacji praw pacjenta, jest działalnością regulowaną, której zasady i warunki prowadzenia reguluje ustawa o działalności leczniczej; działalność ta ma szczególne znaczenie ze względu na bezpieczeństwo obywateli oraz ważny interes publiczny. Gwarantowane konstytucyjnie prawo do ochrony zdrowia stanowi jedno z najistotniejszych praw człowieka i nakłada na władze publiczne obowiązek podejmowania takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. W wypadku systemu ochrony zdrowia obowiązkiem państwa jest podjęcie adekwatnych działań, które z jednej strony będą tworzyć ramy prawne i warunki organizacyjne dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej – będą kreowały dla pacjentów gwarancje dostępu do odpowiednich działań medycznych odpowiedniej jakości w adekwatnym czasie do zagrożenia zdrowotnego. W konsekwencji można twierdzić, że państwo (władza publiczna) jest odpowiedzialne za stworzenie takich uwarunkowań prawno-organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej, które będą pozwalały na należytą ochronę życia, zdrowia oraz innych dóbr prawnych pacjentów. Za niedopuszczalne należy uznać jakiekolwiek formy dyskryminacji pacjentów oraz pozaprawnego różnicowania i ograniczania ich pozycji oraz uprawnień w dostępie do leczenia czy diagnostyki. Za przejaw takich działań należy uznać między innymi pozaprawne uprzywilejowanie (faworyzowanie) innych pacjentów w kolejce do leczenia, krótszym oczekiwaniu na diagnostykę czy w zakresie zapewnienia im lepszych warunków czy standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Konstytucyjna zasada równości jest podstawową wartością w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a projektowany przepis ma w tym względzie charakter gwarancyjny, gdyż stanowi rozwinięcie obowiązujących powszechnie norm konstytucyjnych na gruncie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który ma mieć charakter powszechny – niezależny od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, rodzaju działalności leczniczej i ma obowiązywać zgodnie z właściwością podmioty wymienione w art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Projektowany przepis nakłada także na podmioty lecznicze obowiązek podejmowania działań na rzecz realizacji zasady równości pacjentów w ramach wykonywanej działalności leczniczej. Nadto przepis wskazuje, jakie zachowania mogą stanowić przejaw dyskryminacji (np. gorsze warunki leczenia) i z jakich powodów (np. ze

względu na rasę, pochodzenie etniczne, obywatelstwo, narodowość, wyznanie, orientację seksualną, niepełnosprawność, płeć, wiek, przynależność polityczną czy też stan cywilny).

Przepisy przejściowe i końcowe

W art. 4 projektu zawarto regulację przejściową stanowiącą, że umowy i inne akty, na podstawie których zatrudnieni są pracownicy medyczni udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, niespełniające warunków zawartych w nowych przepisach, podlegają dostosowaniu do tych wymogów, w terminie niedłuższym niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. W przypadku braku niezbędnego dostosowania takie umowy lub inne akty powinny zostać rozwiązane lub uchylone.

Celem dostosowania umów oraz innych aktów do nowych wymagań ustawowych pracownicy medyczni zostaną zobowiązani do złożenia oświadczeń, o których mowa w dodawanych art.132aa ust. 4 i 8 oraz art. 132ab ust. 10 ustawy o świadczeniach, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania od kierownika zatrudniającego ich podmiotu leczniczego. Jednocześnie w celu dostosowania umów z osobami, o których mowa w dodawanym art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach, zatrudnionymi przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, osoby te powinny złożyć także oświadczenie o wyborze jednego z zatrudniających je świadczeniodawców jako świadczeniodawcy podstawowego.

W art. 4 ust. 4 projektu wprowadzono 14-dniowy termin dla świadczeniodawcy wybranego jako świadczeniodawca podstawowy na rozpatrzenie wniosku pracownika medycznego o wyrażenie zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy, o której mowa w projektowanym art. 132aa ust. 9 ustawy o świadczeniach.

W ust. 5 uregulowano sposób postępowania w przypadku braku tej zgody. W takiej sytuacji pracownik medyczny winien:

1) rozwiązać umowę o pracę z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż określony w art. 36 § 1 Kodeksu pracy lub
2) wypowiedzieć umowę cywilnoprawną z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż miesiąc, lub
3) podjąć niezwłocznie działania niezbędne do uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy, przy czym jednocześnie właściwy organ obowiązany będzie do uchylenia tego aktu, w terminie niedłuższym niż 3 miesiące od dnia powiadomienia o braku zgody świadczeniodawcy podstawowego.

Natomiast w ust. 6 uregulowano sposób postępowania świadczeniodawcy w przypadku braku dostosowania umów lub innych aktów do nowych wymogów wprowadzonych na mocy

projektowanych przepisów, a więc zarówno w przypadku braku złożenia wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 5, jak i w przypadku braku możliwości dostosowania stosunku zatrudnienia do nowych wymogów i upływu 6-miesięcznego okresu dostosowawczego. Kierownik właściwego podmiotu leczniczego winien w takim przypadku:

1) rozwiązać umowę o pracę z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż określony w art. 36 § 1 Kodeksu pracy lub
2) wypowiedzieć umowę cywilnoprawną z pracownikiem medycznym zatrudnionym na takiej podstawie, z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż miesiąc, lub
3) podjąć niezwłocznie działania niezbędne do uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy, natomiast właściwy winien uchylić ten akt w terminie niedłuższym niż 3 miesiące od dnia zawiadomienia przez kierownika podmiotu leczniczego.

Przyjęta różnica między maksymalnymi okresami wypowiedzenia umów o pracę i stosunków służbowych a umowami cywilnoprawnymi jest podyktowana tym, że te ostatnie z istoty swojej charakteryzują się większą elastycznością i nie są objęte normami ochronnymi prawa pracy.

W art. 4 ust. 7 zawarto przepis doprecyzowujący, że czynności wskazane w ust. 6 powinny zostać podjęte przez kierownika podmiotu leczniczego w terminie umożliwiającym rozwiązanie umów albo uchylenie innych aktów będących podstawą zatrudnienia danej osoby nie później niż w terminie 6 miesięcy, określonym w ust. 1.

W ust. 8 zawarto zastrzeżenie o niestosowaniu 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 projektowanych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach przepisów art. 38, art. 39 i art. 41 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz przepisów szczególnych dotyczących ochrony pracowników przed wypowiedzeniem lub rozwiązaniem umowy o pracę.

W ust. 9 ustanowiono 6-miesięczny termin na dostosowanie postanowień układów zbiorowych pracy, innych niż układy zbiorowe pracy porozumień zbiorowych oraz regulaminów wynagradzania do wymogów określonych w projektowanych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach, natomiast w ust. 10 zawarto przepis, zgodnie z którym w przypadku niedostosowania takich dokumentów we wskazanym terminie tracą one moc z jego upływem.

W art. 5 projektu zawarto przepis stanowiący, że do zakończenia trwającego obecnie okresu kwalifikacji do PSZ świadczeniodawca działający w ramach tego systemu, realizujący zakres świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, może zaprzestać udzielania tych świadczeń po upływie 3 miesięcy od dnia przekazania przez niego dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o zamiarze zaprzestania ich udzielania.

Projektowana ustawa powinna wejść w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia. Odstąpienie od określonej w art. 68b ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców zasady wyznaczania terminu wejścia w życie projektów ustaw, które określają zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, jest uzasadnione ważnym interesem publicznym. Projektowane przepisy dążą bowiem do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów oraz całościowej poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, co przełoży się na jeden z kluczowych aspektów życia publicznego. Przepisy te mają jednocześnie na celu urealnienie części nakładów na system opieki zdrowotnej w sposób zakładany w projekcie, co będzie miało istotny pozytywny wpływ na fiskalny interes państwa oraz jego wizerunek wśród obywateli.

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

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

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

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

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

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

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

Tytuł projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw **Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu** Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pan Michał Misiura, Zastępca Dyrektora w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: m.misiura@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 23.09.2026 r. **Źródło:** Inicjatywa własna Ministra Zdrowia **Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów:** UD439

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

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

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

Powyższa sytuacja wymaga pilnej interwencji ustawodawcy, zmierzającej do uregulowania zasad zatrudniania pracowników medycznych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ", w celu ograniczenia dalszej inflacji kosztów tych świadczeń, jako pochodnej niekontrolowanego wzrostu wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych, jak również w celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów.

Sprawny i skuteczny system kontroli NFZ stanowi jeden z podstawowych instrumentów zapewnienia prawidłowego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę skalę środków pozostających w dyspozycji NFZ oraz liczbę podmiotów realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, istnieje potrzeba dalszego wzmacniania kompetencji kontrolnych NFZ, zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i kadrowym. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) przewiduje katalog uprawnień kontrolnych Prezesa NFZ. W szczególności przepisy działu IIIA ustawy umożliwiają prowadzenie kontroli w czterech zasadniczych obszarach:

1) realizacji umów o udzielanie świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnych i szpitalnych pod względem dotyczących organizacji, jakości, dostępności oraz zgodności udzielanych świadczeń z obowiązującymi przepisami prawa i warunkami zawartych umów;

2) realizacji umów na wydawanie w aptekach ogólnodostępnych leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przepisywanych na receptę;

3) ordynacji produktów refundowanych przez osoby do tego uprawnione głównie lekarzy udzielających świadczeń zarówno w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego jak i w obszarze komercji oraz

4) podmiotów udzielających świadczeń z zakresu przeciwdziałania COVID-19.

Powyższe ukazuje jak szeroka i zróżnicowana merytorycznie jest tematyka poddawana krytycznej weryfikacji w ramach realizacji funkcji kontroli przez NFZ. Powyższe obszary dotyczą wszystkich etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego, transportu sanitarnego, jak również postępowania farmakologicznego czy udzielania usług farmaceutycznych. Kontrolerzy NFZ dysponują uprawnieniami do żądania dokumentów i informacji, przeprowadzania oględzin, zabezpieczania materiału

dowodowego oraz weryfikacji dokumentacji związanej z realizacją świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zakres tych kompetencji stanowi podstawę do sprawowania skutecznego nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych. Zasadne jest dalsze wzmocnienie ustawowych uprawnień kontrolnych, w szczególności przez rozszerzenie i usprawnienie gromadzenia materiału dowodowego.

Jednocześnie doświadczenia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia wskazują, że sama obecność regulacji prawnych nie jest wystarczająca dla zapewnienia efektywności kontroli. Rosnąca liczba świadczeniodawców oraz wzrastająca wartość kontraktów zawieranych przez NFZ, wykładniczo wzrastający w każdym roku wpływ na budżet płatnika z tytułu wydatków na leki zarówno w obszarze programów lekowych i chemioterapii, jak również realizowanych recept, powodują, że skuteczne wykonywanie ustawowych zadań wymaga odpowiednich zasobów kadrowych oraz organizacyjnych. Bardzo wiele rygorów i obowiązków uczestników systemu ochrony zdrowia, które determinują oczekiwany standard dostępności, jakości i bezpieczeństwa pacjentów jest zabezpieczony cywilnoprawnym mechanizmem kar umownych. Warunkiem koniecznym przejawiania dbałości o – zgodne z oczekiwaniami społecznymi – funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jest poddawanie weryfikacji wszelkich zgłoszeń pochodzących od adresatów świadczeń zdrowotnych, jak również dynamiczne reagowanie na niepokojące tendencje struktury danych sprawozdawczych, które NFZ ma w swojej dyspozycji. Liczba uczestników systemu ochrony zdrowia: świadczeniodawców, aptek ogólnodostępnych oraz osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych determinuje symetryczny wzrost potencjału kontrolnego NFZ. Warto dostrzec, że w systemie ochrony zdrowia kontrola NFZ jako jedyna oparta na węźle kontraktowym ma największą skuteczność w odzyskiwaniu środków, które zostały niezasadnie wydatkowane, a zatem które są kwalifikowane jako świadczenia nienależne lub niezasadnie wydatkowana refundacja.

Ponadto wyłącznie kontrola NFZ ma zdolność oddziaływania na uczestników systemu ochrony zdrowia takimi mechanizmami jak: możliwość uzyskiwania punktacji ujemnej w ramach konkursu ofert, jeżeli startujący w takim postępowaniu świadczeniodawca miał kontrolę, której wyniki uzasadniały negatywny kierunek oceny. Ponadto NFZ w ramach każdej z negatywnych ocen kształtuje adekwatne zalecenia pokontrolne, które w przypadku, gdy nie będą realizowane stwarzają możliwość nałożenia dalszych sankcji lub nawet rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń lub umowy na wydanie produktów refundowanych w aptece. Z uwagi na fakt, że w systemie ochrony zdrowia tylko NFZ może korzystać z narzędzi kontraktowych jego zakres oddziaływania na uczestników tego systemu jest największy. W praktyce oznacza to konieczność zwiększenia liczby prowadzonych kontroli oraz skrócenia czasu reakcji na sygnały o możliwych nieprawidłowościach.

Dynamiczne zmiany zachodzące w sposobie organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym rozwój sektora komercyjnych świadczeń zdrowotnych, powodują, że obecne rozwiązania prawne nie zapewniają Prezesowi NFZ narzędzi adekwatnych do skutecznej realizacji zadań kontrolnych. W praktyce bardzo często NFZ ma potencjał do zareagowania jedynie wobec kilku spośród kilkuset lub kilku tysięcy podmiotów, w stosunku do których zasadne byłoby przeprowadzenie postępowania kontrolnego, w szczególności ukierunkowanych na eliminowaniu nieprawidłowych praktyk oraz formułowaniu zaleceń pokontrolnych. W związku z tym projekt zakłada stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania informacji od świadczeniodawców nieposiadających kontraktu z NFZ. Będzie to miało zasadnicze znaczenie dla oceny rzeczywistej dostępności personelu medycznego i świadczeń zdrowotnych w sektorze ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych. Pozyskiwanie takich danych pozwoli na pełniejszą ocenę sposobu wykorzystywania zasobów kadrowych oraz skuteczniejszą identyfikację potencjalnych nieprawidłowości. Proponowane zmiany pozwolą również na weryfikację wywiązywania się sektora komercyjnego z obowiązku przekazywania do Systemu Informacji Medycznej (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. Obecnie jest to obszar pozostawiony bez realnego wpływu jakiejkolwiek instytucji, co ma bezpośredni wpływ na strukturę przekazywanych danych.

Ponadto projektowana ustawa ma na celu wzmocnienie potencjału organizacyjnego i kompetencyjnego NFZ, usprawnienie procesu gromadzenia materiału dowodowego oraz zwiększenie efektywności prowadzonych kontroli. W tym celu proponuje się rozwiązania dotyczące zarówno organizacji procesu kontroli, jak i wzmocnienia zasobów kadrowych NFZ. Obejmują one w szczególności zwiększenie możliwości kształtowania składów zespołów kontrolujących poprzez szersze wykorzystanie osób wykonujących zadania na podstawie stosunków prawnych innych niż umowa o pracę, a także usunięcie barier utrudniających pozyskiwanie wysoko wykwalifikowanych specjalistów, zwłaszcza posiadających wykształcenie medyczne.

Projekt przewiduje także możliwość przeprowadzenia ponownej kontroli w tym samym zakresie, na zasadach analogicznych do rozwiązań przyjętych w ustawie – Prawo przedsiębiorców, w przypadku wystąpienia enumeratywnie wskazanych w ustawie przesłanek.

Projekt przewiduje również stworzenie podstaw prawnych umożliwiających bardziej efektywne wykorzystywanie wiedzy i doświadczenia pracowników NFZ, którzy nie posiadają wykształcenia medycznego – przy analizie dokumentacji medycznej. Zmiany pozwolą na dokonywanie jej oceny – w zakresie innym niż prawidłowość zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – co zwiększy efektywność kontroli, w tym również w niektórych przypadkach w zakresie skuteczności weryfikacji prawidłowości rozliczania świadczeń finansowanych ze środków publicznych i odciąży w tym zadaniu m.in. kontrolerów korpusowych. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie

rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666). W tym kontekście, warto odnotować, że wpisy w dokumentacji medycznej tak zbiorczej jak i indywidualnej dokonują osoby wykonujące różne zawody medyczne. Wpisy te mają też różny charakter i stopień skomplikowania, co skłania do wniosku, że wyprowadzanie wniosków z tych wpisów nie zawsze musi dokonywać osoba o tożsamych kwalifikacjach, co osoba tego wpisu dokonująca. Przykładem obszaru analizy, który nie wymaga kwalifikowanego medycznego wykształcenia, może być weryfikacja czy dokumentacja wytworzona na okoliczność porady ambulatoryjnej zawiera wpis nazwy lub kodu ICD 10 rozpoznania, które zawiera się w wskazaniu refundacyjnym określonym przez Ministra Zdrowia w wykazie leków refundowanych, które uprawnia do wypisania recepty na odpowiednim poziomie odpłatności.
Dodatkowo projekt wprowadza regulację, zgodnie z którą wyjaśnienia składane w toku kontroli będą składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Rozwiązanie to zwiększy wiarygodność materiału dowodowego pozyskiwanego w toku postępowania kontrolnego oraz przyczyni się do podniesienia skuteczności prowadzonych czynności kontrolnych. Obecna praktyka NFZ dowodzi, że wyjaśnienia podmiotów kontrolowanych stanowią uzupełniające względem dokumentacji medycznej oraz recept źródło dowodowe, które jest poddawane wnikliwej analizie w zestawieniu z innymi dowodami. Z uwagi na brak rygoru odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wyjaśnienia nie stanowią źródła prawdy obiektywnej, a jedynie podejmowania przez podmioty kontrolowane próby kształtowania najbardziej korzystnego dla podmiotów kontrolowanych obrazu rzeczywistości. Powyższe sprawia, że dowód ten zamiast przybliżyć do ustalenia prawdy obiektywnej, często będzie stanowił utrudnienie w tym dążeniu.
Projekt obejmuje również zmianę polegającą na powierzeniu Prezesowi Funduszu kompetencji do powoływania (w następstwie konkursu) i odwoływania dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Przyznanie Prezesowi Funduszu kompetencji do samodzielnego powoływania i odwoływania dyrektorów OW umożliwi scentralizowanie polityki kadrowej w rękach organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej instytucji oraz realizację jej ustawowych zadań. Temu samemu celowi służy proponowana zmiana polegająca na skoncentrowaniu kompetencji do prowadzenia czynności sprawdzających w jednym organie NFZ – Prezesie NFZ. Zapewni to większą spójność organizacyjną oraz jednolitość stosowania przepisów.

Obowiązujące przepisy nie przewidują możliwości inicjowania przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja) prac nad ustaleniem lub weryfikacją taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji, nawet w sytuacjach, gdy posiadane przez Agencję informacje wskazują na istotne niedoszacowanie albo przeszacowanie kosztów świadczenia. Powoduje to ryzyko utrzymywania przez dłuższy czas taryf, które nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie obowiązujący zakres raportu taryfikacyjnego obejmuje elementy, które nie zawsze mają bezpośredni wpływ na ustalenie wysokości taryfy, co prowadzi do powielania analiz wykonywanych wcześniej na etapie kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych oraz wydłuża proces taryfikacji.
Kolejnym problemem jest brak ustawowych narzędzi umożliwiających weryfikację prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Pomimo wieloletniego obowiązywania standardu rachunku kosztów i działań edukacyjnych prowadzonych przez Agencję nadal występują istotne różnice w sposobie jego stosowania przez podmioty lecznicze, co ogranicza porównywalność i wiarygodność danych kosztowych wykorzystywanych w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.
Kolejnym celem niniejszego projektu jest uregulowanie podwykonawstwa w sferze działalności leczniczej. Obecnie częstym zjawiskiem jest tzw. leasing pracowniczy. Podmioty lecznicze, głównie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielają zamówienia na świadczenia zdrowotne, na podstawie przepisów art. 26–27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej innym podmiotom leczniczym, głównie spółkom, które zapewniają wyłącznie pracowników medycznych. Podmioty te (przyjmujące zamówienie) formalnie są podmiotami leczniczymi, choć nie wykonują działalności leczniczej, faktycznie są pośrednikami zatrudnienia. Rozwiązanie to pozwala na ominięcie przepisów dotyczących wykonywania pracy przez pracowników medycznych. Jeżeli stroną umowy jest osoba fizyczna, np. lekarz, łatwiej zidentyfikować jego łączny czas pracy. W przypadku gdy podwykonawcą jest osoba prawna (spółka kapitałowa), ograniczenia dotyczące czasu pracy jej nie obowiązują.
Ponadto uzasadnione jest odstąpienie od występującego obecnie ścisłego powiązania udzielania świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ze szpitalami działającymi w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ". Potrzeba takiej zmiany wynika przede wszystkim z faktu, iż podmioty te częstokroć – nie będąc w stanie w inny sposób spełnić obowiązku udzielania tych świadczeń – korzystają z usług podwykonawców, co nie będzie możliwe w świetle nowych regulacji przewidywanych w przepisach o działalności leczniczej. Spośród ogólnej liczby 464 podmiotów udzielających omawianych świadczeń w 53 przypadkach są one aktualnie wykonywane z pomocą podwykonawców. Ponadto proponowana zmiana powinna przełożyć się również na lepsze dostosowanie podaży tych świadczeń do lokalnych potrzeb.

Ponadto projektowana ustawa zmierza do wyeliminowania przypadków nierównego traktowania pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. W obecnie obowiązujących przepisach o ochronie praw pacjentów brak jest określonego wprost prawa pacjenta do niedyskryminującego i równego traktowania. Brak jest również odpowiadającego temu prawu obowiązku podmiotu leczniczego do podejmowania działań w celu realizacji zasady równego traktowania, w szczególności

przez przeciwdziałanie jakimkolwiek formom dyskryminacji pacjentów. Taki stan prawny uniemożliwia Rzecznikowi Praw Pacjenta badanie czy podmioty lecznicze nie dopuszczają się w praktyce dyskryminującego i nierównego traktowania pacjentów polegającego na odmiennym traktowaniu pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń, warunków organizacyjnych ich udzielania, lokalowych i bytowych.
Kolejnym celem niniejszego projektu jest uelastycznienie wysokości odpisu z NFZ dla Agencji Badań Medycznych tak by był on dostosowany do realnych i racjonalnych potrzeb Agencji Badań Medycznych. Obecnie odpis bowiem ustalony jest na sztywnym poziomie 0,3% przychodów ze składek należnych NFZ i nie jest korelowany z rzeczywistymi potrzebami finansowymi Agencji Badań Medycznych, co może nie odpowiadać faktycznym potrzebom związanym z realizacją zadań Agencji, ograniczając jednocześnie możliwość wykorzystania tych środków na realizację ustawowych zadań Funduszu.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Regulacje dotyczące zasad zatrudniania pracowników medycznych

Projekt przewiduje wprowadzenie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szeregu regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach stosunku pracy, jak i na podstawie umów cywilnoprawnych:

1) maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru/równoważnika czasu pracy czasu pracy;
2) co do zasady pracownik medyczny (będący: lekarzem, pielęgniarką, położną, fizjoterapeutą lub ratownikiem medycznym) udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS", w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, będzie musiał być zatrudniony przez tego świadczeniodawcę co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika (z wyjątkiem sytuacji gdy wymiar niższy niż ½ pełnego wymiaru wynika z harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ);
3) zatrudnienie pracownika medycznego, o którym mowa w pkt 2, przez innego świadczeniodawcę, mającego zawartą umowę z NFZ na zakres leczenia szpitalnego, w celu udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub AOS (w poradni przyszpitalnej) będzie możliwe również tylko w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy albo równoważnika oraz będzie obwarowane wymogiem uzyskania zgody świadczeniodawców zatrudniających aktualnie danego pracownika medycznego, przy czym szczegółowo uregulowane zostały zasady, którymi kierownik podmiotu leczniczego powinien kierować się, odmawiając zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy (w szczególności uzależniono możliwość odmowy zgody od uprzedniego złożenia wnioskującej osobie oferty zwiększenia jej wymiaru czasu pracy u dotychczasowego świadczeniodawcy);
4) w drodze wyjątku ograniczenia wskazane w pkt 2–3 nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego albo udzielanych poza normalnymi godzinami pracy w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w ramach pracy zmianowej lub systemu czasu pracy, z wyłączeniem planowych świadczeń zabiegowych.; ponadto w przypadku nagłej śmierci lub długotrwałej choroby pracownika medycznego lub w przypadku działania siły wyższej, kierownik podmiotu leczniczego, będzie mógł odstąpić od tych wymogów na okres 21 dni;
5) w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie Prezes NFZ będzie mógł wyrazić zgodę na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w pkt 1–3 w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie albo potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego;
6) wprowadzone zostaną wymogi dotyczące minimalnej treści umów, na podstawie których są zatrudniane osoby udzielające świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ – umowy o pracę będą obligatoryjnie określać rodzaj a jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy także liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz maksymalny miesięczny wymiary czasu pracy i maksymalne miesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące; natomiast w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie także określenie w szczególności łącznej liczby godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stawki godzinowej brutto oraz maksymalnego miesięcznego wymiaru zatrudnienia i maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia;
7) za naruszenie powyższych ograniczeń przewidziana będzie sankcja w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego, w wysokości do 30 tys. zł.;

Celem powyższych rozwiązań jest zagwarantowanie, że pracownicy medyczni (w szczególności lekarze i pielęgniarki pracujący w oddziałach szpitalnych i poradniach przyszpitalnych) będą związani z jednym podstawowym miejscem pracy, co z jednej strony zagwarantuje odpowiednią opiekę pacjentom tych jednostek, a jednocześnie proponowane rozwiązania ograniczą presję płacową wywieraną przez tę grupę zawodową na świadczeniodawców opieki zdrowotnej, w związku z możliwością nieograniczonej migracji do innych podmiotów leczniczych oraz negocjowania warunków płacowych przez podmioty pośredniczące w zatrudnianiu pracowników medycznych. Przy czym przyjąć należy, że pierwszeństwo w

zwiększeniu wymiaru czasu pracy (w przypadku woli zatrudnionej osoby do zwiększenia wymiaru zatrudniania) powinno przysługiwać świadczeniodawcy, u którego dotychczas pozostaje zatrudniona dana osoba wykonująca zawód medyczny, jeżeli w danym podmiocie leczniczym występują niezaspokojone potrzeby kadrowe. Nie byłoby uzasadnione różnicowanie pracowników medycznych pod względem zasad zatrudniania w kontekście wymiaru czasu pracy. Proponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz zagwarantowania ciągłości opieki medycznej nad pacjentami przez zapewnienie odpowiedniego powiązania danego personelu medycznego z danym podmiotem leczniczym. Ciągłość opieki osób wykonujących zawody medyczne i zapewnienie odpowiedniego okresu odpoczynku jest niezbędna niezależnie od rodzaju wykonywanych świadczeń.
W związku z tym, że nie jest możliwe zwiększenie podaży pracowników medycznych w najbliższej perspektywie czasowej, powyższe rozwiązania są konieczne.
Obligatoryjne uszczegółowienie zawieranych umów z pracownikami medycznymi poprawi możliwość kontroli nad realizacją powierzanych im zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ, w tym również przez płatnika.

<u>Regulacje dotyczące wysokości wynagrodzeń osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</u>
Projektowana ustawa zawiera szereg regulacji zmierzających do ograniczenia wysokości środków NFZ przeznaczanych na koszty wynagrodzeń pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ:

1) wprowadzony zostanie zakaz ustalania wysokości wynagrodzenia pracownika medycznego, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, jako określonego udziału procentowego w kwocie kontraktu świadczeniodawcy z NFZ na dany zakres świadczeń opieki zdrowotnej (nie wpłynie to na ograniczenie liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż w umowach o udzielanie tych świadczeń wysokość wypłaconych przez NFZ środków jest uzależniona co do zasady od liczby wykonanych procedur. Niezależnie od sposobu ustalenia wynagrodzenia zatrudnionych osób wykonujących zawody medyczne – wynagrodzenie świadczeniodawcy uzależnione jest od poziomu realizacji jednostek sprawozdawczych i rozliczeniowych);
2) wprowadzone zostaną limity wynagrodzenia pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ, w postaci maksymalnej stawki godzinowej i miesięcznej:

a) umowy będą określać maksymalną stawkę godzinową wynagrodzenia brutto z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia, określanego w rozporządzeniu Rady Ministrów na podstawie art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2024 r. poz. 1773) – świadczeniodawca będzie mógł zwiększyć wysokość stawki godzinowej brutto, w związku z wykonywaniem przez pracownika medycznego określonych w umowie zadań innych niż związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, np. w związku z pełnieniem funkcji ordynatora (świadczeniodawca będzie mógł przyznać pracownikowi medycznemu wynagrodzenie dodatkowe, w związku z przysługującymi danej osobie dodatkami do wynagrodzenia (przede wszystkim tymi które wynikają z ustawy – ustalonymi do wysokości określonej w ustawie) oraz w związku z wykonaniem określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych (jak wykonywanie funkcji kierowniczych w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, wykonywanie zadań dydaktycznych lub naukowych, a ponadto także z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie transplantologii klinicznej, świadczeń wysokospecjalistycznych lub świadczeń udzielanych w centrach urazowych),
b) określono maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych, w wysokości iloczynu ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy/ równoważnika, określonemu w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty 8-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę a jednocześnie określono maksymalny limit wynagrodzenia w przypadku przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu wskazanych wyżej dodatkowych zadań, w wysokości 12-krotności minimalnego wynagrodzenia – jednak z zastrzeżeniem, że łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem łącznego maksymalnego wymiaru czasu pracy/ równoważnika nie może przekroczyć kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia,
c) określono maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych w wysokości 16-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (wynoszącego w 2026 r. 4806 zł) – przy założeniu wykonywania pracy w wymiarze równym równoważnikowi dwóch pełnych etatów (definiowanych jako praca przez 8 godzin dziennie x 20 dni w miesiącu x 2 = 320 godzin) kwota maksymalnego wynagrodzenia wynosiłaby 76 896; odniesienie maksymalnego wynagrodzenia do kwoty minimalnego wynagrodzenia uzasadnia fakt, iż jest to podstawowy i najszerzej stosowany mechanizm opierający się na szerokim wachlarzu wskaźników ekonomicznych, nie znajduje natomiast uzasadnienia nominalne określenie ww. limitów z uwagi na stały charakter przyjętych rozwiązań oraz konieczność zapewnienia waloryzacji przyjętych wartości w związku z procesami inflacyjnymi;

3) nałożono na pracownika medycznego obowiązek składania, przed zatrudnieniem, oświadczenia o łącznym maksymalnym średniomiesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z tytułu wykonywania zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonym w umowach zawartych z zatrudniającymi go świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a także o zmianie okoliczności, która ma wpływ na jego łączne maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne, w terminie 7 dni od wystąpienia tej zmiany;

4) za naruszenie powyższych wymogów przewidziana będzie sankcja w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego, w wysokości do 30 tys. zł.

W projekcie zawarto przepis przejściowy stanowiący, że umowy i inne akty, na podstawie których zatrudnieni są pracownicy medyczni udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, niespełniające warunków zawartych w nowych przepisach, podlegają dostosowaniu do tych wymogów, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Natomiast w przypadku braku niezbędnego dostosowania takie umowy powinny zostać w tym terminie rozwiązane z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż określony w art. 36 § 1 Kodeksu pracy (tj. 3 miesięcy) – w odniesieniu do umów o pracę oraz z zachowaniem maksymalnie miesięcznego okresu wypowiedzenia w odniesieniu do umów cywilnoprawnych. W odniesieniu do innych aktów przyjęto analogicznie maksymalnie 3-miesięczny okres na ich uchylenie.

Celem powyższych rozwiązań legislacyjnych jest:

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

– powstrzymanie spirali płacowej w publicznej opiece zdrowotnej, powodującej zadłużanie się podmiotów leczniczych oraz zwiększający się z roku na rok deficyt w finansach NFZ,

– zwiększenie liczby możliwych do sfinansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach ograniczonych środków pozostających w jego dyspozycji.

Projektowane indywidualne limity wynagrodzeń pozostają w związku funkcjonalnym z instrumentami monitorowania udziału kosztów osobowych w przychodach świadczeniodawców (które będą prowadzone przez Agencję Oceny Technologii i Taryfikacji), przewidzianymi w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, określających wskaźniki jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1349).

Projektowana ustawa określa powszechne, indywidualne limity wynagrodzeń i czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne, natomiast wskaźniki jakości odnosić się będą do udziału kosztów osobowych w strukturze przychodów świadczeniodawcy jako całości i umożliwiają kalibrację progów referencyjnych dla poszczególnych rodzajów i profili podmiotów leczniczych na poziomie wykonawczym. Rozwiązania te będą komplementarne: limity indywidualne będą przeciwdziałać nadmiernym wynagrodzeniom jednostkowym, a wskaźniki instytucjonalne – nadmiernemu łącznemu obciążeniu przychodów świadczeniodawcy kosztami osobowymi.

<u>Poszerzenie uprawnień kontrolnych NFZ</u>

Proponowane zmiany w zakresie uprawnień kontrolnych NFZ przewidują:

1) stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi NFZ weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
2) zrównanie rozwiązań do rozwiązań przyjętych w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480, z późn. zm.) w zakresie możliwości zrealizowania ponownej kontroli w sytuacji, gdyby pierwsze postępowanie było obciążone istotną wadliwością prawną;
3) uproszczenie zasad zapoznawania się z dokumentacją medyczną w zakresie innym niż postępowania diagnostyczno-terapeutyczne, co przyczyni się do zwiększenia możliwości bardziej efektywnego wykorzystywania potencjału pracowników Departamentu Kontroli NFZ w zakresie badania i wyprowadzania wniosków z ww. dokumentacji. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
4) zwiększenie wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej;
5) stworzenie nowej przesłanki uprawniającej NFZ do inicjacji kontroli na podstawie legitymacji kontrolerskiej przyczyni się do prewencji przed nierównym traktowaniem świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń gwarantowanych.

Ponadto projekt zawiera regulacje przewidujące:

1) skupienie kompetencji do prowadzenia czynności sprawdzających w jednym organie NFZ – Prezesa NFZ przyczyni się do realizacji tego uprawnienia jednolicie wobec wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju. Powyższe spowoduje, że adresaci czynności sprawdzających bez względu na województwo, w którym udzielają świadczeń zdrowotnych będą mieli prowadzone postępowanie wedle jednolitej metodyki i tożsamych kryteriów ocen;
2) stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym, z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie, które mają wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez NFZ. Modyfikacja obejmuje art. 112 ust. 1 przez uposażenie Prezesa NFZ w kompetencje dokonywania krytycznej oceny i wyrażania zgody albo jej odmowy w stosunku do pracownika, który ma inne aktywności zawodowe w obszarze sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi pracownikom NFZ, w tym z wykształceniem medycznym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej w zakresie niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ oraz nietworzącym konfliktu interesów. Stworzenie możliwości pracy w NFZ i uzyskiwania jednocześnie dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej, przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy;
3) stworzenie podstaw prawnych do kształtowania zespołów kontrolerskich, w których funkcjonowałyby osoby z pożądanymi kwalifikacjami w ramach umów cywilnoprawnych, a nie jedynie zatrudnione na podstawie stosunku pracy. Powyższe rozwiązanie przyczyni się do zwiększenia efektywności kontroli, ponieważ umożliwi zawieranie umów cywilnoprawnych z osobami mającymi wykształcenie lub umiejętności niezbędne z perspektywy potrzeb określonego postępowania kontrolnego, a nie stałego funkcjonowania Departamentu Kontroli NFZ;
4) zmianę reguł egzaminu kontrolerskiego przyczyni się do dynamicznego rozwoju formacji korpusu kontrolerskiego, będzie bowiem uwzględniał potrzeby kadrowe komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne, a także zwiększy elastyczność Prezesa NFZ w zakresie określania limitów i terminów egzaminu. Zmiany dotyczące zasad prowadzenia egzaminu kontrolerskiego wynikają z doświadczeń z egzaminów przeprowadzanych przez ostatnie 6 lat. Zmiana polegająca w szczególności na zniesieniu obowiązku przeprowadzania egzaminu raz na kwartał umożliwi Prezesowi NFZ elastyczne podejście do organizacji egzaminu kontrolerskiego, zgodne z potrzebami kadrowymi komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne. Prezes będzie mógł również określać limit osób, które mogą zostać powołane w danym roku w każdej wewnętrznej komórce w komórce organizacyjnej NFZ, która prowadzi kontrolę. Dzisiejszy model egzaminacyjny nie przystaje do etapu rozwoju formacji korpusu kontrolerskiego, został bowiem przewidziany do fazy, gdy korpus był budowany od samego początku. W chwili obecnej kontrolerzy korpusowi są w każdym z województw, w ujęciu całościowym w liczbie 114 osób i nie zachodzi uzasadnienie do realizacji egzaminu w każdym kwartale. W chwili obecnej konieczne jest selektywne reagowanie na potencjał kandydatów w poszczególnych województwach, a nie w wymiarze całego kraju i proponowana zmiana realizację powyższego celu gwarantuje.

Przyjęte rozwiązania będą oddziaływały na proces kontroli wobec świadczeniodawców, aptek, punktów aptecznych, osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych, a także realizatorów świadczeń związanych z COVID-19. Przyjęte rozwiązania pozwolą na szybszą eliminację patologicznych praktyk uczestników systemu ochrony zdrowia w szczególności determinujących zawyżoną płatność ze strony NFZ i tym samym większą zdolność do realizacji funkcji prewencyjnej kontroli płatnika, który w sposób szybszy będzie mógł podejmować reakcję, ograniczając ich skutki finansowe. Rozwiązania te będą korzystne dla podmiotów kontrolowanych, które szybciej będą mogły uzyskać informację zwrotną o prawidłowym sposobie realizacji zawieranych z NFZ umów oraz zalecenia pokontrolne odnoszące się do okresów przyszłych. Jednocześnie przyjęte rozwiązania będą korzystne dla adresatów świadczeń zdrowotnych – świadczeniobiorców, bowiem NFZ będzie mógł w większym stopniu – w ramach realizacji funkcji kontroli – przyczynić się do sprawowania pieczy nad koniecznym standardem bezpieczeństwa w ramach uzyskiwanych świadczeń gwarantowanych, a także reagować w każdej sytuacji uzasadnionego podejrzenia nierównego dostępu do tych świadczeń.
Ponadto proponuje się przywrócenie wcześniejszego rozwiązania przewidującego powoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ przez Prezesa NFZ. Przyznanie Prezesowi NFZ kompetencji do samodzielnego powoływania i odwoływania dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ umożliwi scentralizowanie polityki kadrowej w rękach organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej instytucji oraz realizację jej ustawowych zadań. Powyższe wynika z różnorodności dziedzinowej i merytorycznej, która poddawana jest ocenie przez Fundusz w ramach prowadzonych kontroli. Stworzenie podstaw do zawierania umów cywilnoprawnych pozwoli na adekwatne względem celu kontroli ukształtowanie potencjału zespołu kontrolującego NFZ, a jednocześnie zachowanie wszelkich standardów jak wobec pracowników Funduszu, osoby takie bowiem funkcjonowałyby w ramach upoważnień Prezesa NFZ oraz podlegały wszelkim rygorom jak osoby o których mowa w art. 61e ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Zgodnie z § 28 ust. 2a pkt 2 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) OSR projektu aktu normatywnego, który określa zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, zawiera także informację o zastosowaniu proporcjonalnych ograniczeń

obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców albo uzasadnienie braku możliwości zastosowania takich ograniczeń, o których mowa w art. 68 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Brak możliwości zastosowania proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców wynika z wagi, istoty i znaczenia przedmiotowego projektu. Dąży on do uregulowania kluczowych aspektów życia publicznego i jest odpowiedzią na pojawiające się wyzwania w systemie opieki zdrowotnej. Ważny interes publiczny, który adresuje przedmiotowy projekt oraz fiskalny interes państwa uzasadniają wprowadzenie projektowanych rozwiązań bez możliwości proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców oraz równoważnego zmniejszenia innych obciążeń administracyjnych wynikających z uregulowań prawnych obowiązujących w danej dziedzinie. Zastosowanie ww. ograniczeń uniemożliwiłoby realizację założeń i celów projektowanych przepisów, zastosowanie proponowanych rozwiązań jest wobec powyższego zasadne.
Wzmocnienie szeroko pojętych działań kontrolnych (w tym monitorowania) będzie wymagało zwiększenia etatyzacji zarówno korpusu kontrolerskiego (w głównej mierze), jak i zatrudnienia w oddziałach wojewódzkich NFZ. Docelowo przewiduje się zwiększenie zatrudnienia w NFZ o około 400 osób (352 Departament Kontroli NFZ, 48 oddziały wojewódzkie NFZ).

Poszerzenie kompetencji Agencji
Projekt przewiduje przyznanie Prezesowi Agencji uprawnienia do inicjowania, za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia, prac nad określeniem albo weryfikacją taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji. Rozwiązanie to ma umożliwić szybsze reagowanie na zmieniające się uwarunkowania związane z kosztami udzielania świadczeń oraz ograniczyć ryzyko utrzymywania taryf nieodpowiadających rzeczywistym kosztom ich realizacji. Jednocześnie zachowany zostanie dotychczasowy tryb prowadzenia postępowań taryfikacyjnych oraz nadzór ministra właściwego do spraw zdrowia nad uruchomieniem prac poza planem taryfikacji.
Projekt przewiduje także ograniczenie zakresu raportu taryfikacyjnego do elementów mających bezpośrednie znaczenie dla ustalenia taryfy, w szczególności danych kosztowych, analizy podaży i popytu, skutków finansowych oraz wpływu taryfy na strukturę udzielanych świadczeń. Rozwiązanie to ma ograniczyć powielanie analiz oraz umożliwić lepsze dostosowanie zakresu prac analitycznych do celu postępowania taryfikacyjnego.
Ponadto projekt przyznaje Agencji uprawnienie do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Weryfikacja obejmować będzie możliwość pozyskiwania informacji, wyjaśnień i dokumentów niezbędnych do oceny zgodności stosowanych rozwiązań z obowiązującymi wymaganiami. Wyniki weryfikacji będą przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi NFZ. W przypadku stwierdzenia niewdrożenia lub nieprawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów albo nieprzekazania wymaganych danych NFZ będzie mógł zastosować przewidzianą ustawowo karę umowną. Oczekiwanym efektem projektowanych zmian jest poprawa jakości, kompletności i porównywalności danych kosztowych, zwiększenie transparentności procesu taryfikacji oraz zapewnienie bardziej adekwatnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
W wyniku zmiany ustawy Agencja otrzyma nowe zadanie o charakterze ciągłym, polegające na pozyskiwaniu i analizie danych o kosztach osobowych przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie art. 31lc ust. 4a i 4b ustawy o świadczeniach z uwzględnieniem zasad określonych w art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w celu analizy kosztów osobowych, monitorowania gospodarności finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Realizacja tego zadania obejmie cykliczne (co najmniej dwa razy w roku) przetwarzanie danych dotyczących około miliona osób zatrudnionych u około 17,6 tys. świadczeniodawców, w tym: agregację danych według numerów PESEL i numerów prawa wykonywania zawodu (NPWZ), łączenie danych dotyczących różnych form zatrudnienia (umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, podwykonawstwo), weryfikację przestrzegania limitów wynagrodzeń, o których mowa w art. 132ab ww. ustawy, walidację danych i obsługę korekt, zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzania danych umożliwiających identyfikację osób fizycznych oraz przygotowywanie analiz i raportów dla ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa NFZ.
Wykonywanie powyższych zadań, łącznie z postępowaniami taryfikacyjnymi podejmowanymi z inicjatywy Prezesa Agencji oraz weryfikacją prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów, wymagać będzie zwiększenia zatrudnienia w Agencji o 8 etatów na stanowisku głównego specjalisty w Wydziale Taryfikacji oraz dostosowania narzędzi teleinformatycznych Agencji, w tym rozwiązań służących anonimizacji i bezpieczeństwu danych. Zadania te mają charakter ciągły i w znacznej mierze nieprzewidywalny co do liczby i skali, dlatego wymiarowanie etatów uwzględnia pełny cykl analityczny (przygotowanie zbiórki danych, komunikacja ze świadczeniodawcami, pozyskanie i integracja danych, walidacja, analiza kosztów osobowych, przygotowanie i weryfikacja raportów) oraz bufor na zadania zlecane ad hoc.

Uelastycznienie wysokości odpisu z NFZ dla Agencji Badań Medycznych:
Projekt przewiduje także zmianę brzmienia art. 97 ust. 3e ustawy o świadczeniach, polegającą na uelastycznieniu wysokości odpisu z NFZ dla Agencji Badań Medycznych, który to odpis obecnie określony jest w stałej wysokości 0,3% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i oderwany jest od realnych potrzeb finansowych Agencji Badań Medycznych. Projektowane regulacje przewidują zastąpienie odpisu w stałej wysokości odpisem ustalanym corocznie,

którego wysokość nie będzie mogła przekroczyć 0,3% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Dodatkowo w projekcie zaproponowano:
– zmianę w art. 132b ustawy o świadczeniach, polegają na rezygnacji z dotychczasowego obligatoryjnego udzielania świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu 1–3 i 5 PSZ. Zamiast tego wprowadzono dla tych podmiotów (oraz dodatkowo także dla szpitali zakwalifikowanych do poziomu 6 PSZ) możliwość udzielania takich świadczeń, po złożeniu wniosku do Prezesa NFZ. Tym samym świadczeniodawcy działający w ramach PSZ zachowają pierwszeństwo w zakresie udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, natomiast w dalszym ciągu, w przypadku niewystarczającego zabezpieczenia tych świadczeń, będą one przedmiotem postepowań konkursowych, na ogólnych zasadach,
– wprowadzenie, w art. 193 ustawy o świadczeniach, kary grzywny za niedopełnianie obowiązku 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.

<u>Uregulowanie podwykonawstwa w sferze działalności leczniczej</u>
W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprowadza się następujące zmiany (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.) proponuje się wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przedkładanymi propozycjami stronami tej umowy będą podmiot leczniczy (niezależnie od formy prawnej oraz formy własności), także podmioty lecznicze, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (udzielający zamówienia) oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w szczególności lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta lub diagnosta laboratoryjny, wykonujący działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka zawodowa lub indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa, wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład oraz indywidualna praktyka zawodowa wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa wyłącznie w miejscu wezwania, zwana dalej „przyjmującym zamówienie". Przyjmującym zamówienie będzie mogła być jedynie osoba fizyczna, co wyeliminuje nadużycia związane z zawieraniem podobnych umów (na podstawie obecnie obowiązujących przepisów art. 26–27 ustawy o działalności leczniczej) polegające na tworzeniu fikcyjnych podmiotów leczniczych (w celu ominięcia przepisów dotyczących czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne).
Wyjątkowo przyjmującym zamówienie będą mogły być podmioty lecznicze, jeżeli będą udzielały świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem tej umowy w swoim zakładzie leczniczym lub w miejscu wezwania, a nie w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia. Wyjątek ten umożliwi kontynuowanie i zawieranie umów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi np. laboratoria czy świadczenia zdrowotne z zakresu radiologii.
Omawiane umowy są i będą specyficzną formą zamówienia o charakterze publicznym, do którego jednak nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 793).
Przyjmujący zamówienie będzie wyłaniany w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
Ponadto zaproponowano zmiany polegające na dodaniu nowych elementów ww. umowy, tj. określenie:
1) zakresu i liczby świadczeń zdrowotnych;
2) łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;
3) równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających na podstawie umowy o pracę oraz udzielających zamówienia na świadczenia zdrowotne, który nie może przekroczyć równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy.
Powyższe zmiany wpłyną pozytywnie na eliminację nieprawidłowości związanych z zawieraniem omawianych umów oraz nadużyć w zakresie gospodarowania środkami publicznymi.
Omawiane regulacje są elementem większej całości, tj. pakietu rozwiązań mających wzmocnić przejrzystość w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto proponowane rozwiązania uniemożliwią zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez (fikcyjne) podmioty lecznicze.

<u>Zapewnienie równego traktowania pacjentów</u>
Projekt przewiduje dodanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.) przepisu stanowiącego, że każdy pacjent ma prawo do równego traktowania. Prawo to wynika wprost z konstytucyjnych regulacji określających prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z Konstytucją RP – każdy ma prawo do ochrony zdrowia a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68). Jednocześnie Konstytucja RP określa, że wszyscy wobec prawa są równi oraz nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny (art. 32 ust. 1 i 2).

Celem projektu jest wprowadzenie przepisów o charakterze gwarancyjnym, gdyż projektowana regulacja stanowi rozwinięcie obowiązujących powszechnie norm konstytucyjnych na gruncie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dodawany przepis ma mieć charakter powszechny – niezależny od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych i rodzaju działalności leczniczej i ma obowiązywać zgodnie z właściwością podmioty wymienione w art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
Wprowadzenie omawianej regulacji pozwoli Rzecznikowi Praw Pacjenta, w zakresie posiadanych przez niego kompetencji, na podejmowanie działań zmierzających do zapewnienia pacjentom prawa do równego traktowania. Określenie na poziomie ustawy, że niedopuszczalne jest nierówne traktowanie 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, orientacje seksualną, niepełnosprawność, płeć, wiek, przynależność polityczną, czy też stan cywilny, chyba że odmienne zasady w tym zakresie wynikają z przepisów odrębnych, poprawić powinno poziom przestrzegania praw pacjenta. Dodatkowo na poprawę sytuacji pacjentów korzystnie powinien wpłynąć nałożony na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązek podejmowania działań w celu realizacji zasady równego traktowania.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z analizowanych dotychczas danych wynika, że w państwach Unii Europejskiej, od których uzyskano informacje, regulacje tam obowiązujące nie odnoszą się do wysokości wynagrodzeń z tytułu umów cywilnoprawnych. Regulacje w krajach Unii Europejskiej mają przy tym charakter bądź to regulacji ustawowych (Czechy, Słowacja, Słowenia), bądź układów zbiorowych zawieranych przez uprawnione do tego organizacje pracowników i pracodawców (np. Niemcy), albo regulowane są na poziomie regionalnym (np. Szwecja).
Należy zatem wskazać, że ewentualne zebranie informacji na temat zatrudniania i wynagradzania osób wykonujących zawody medyczne w innych państwach nie mogłoby być podstawą do istotnych konkluzji nt. pożądanych rozwiązań w naszym kraju, z uwagi na specyfikę każdego systemu opieki zdrowotnej w szczególności różnice w zasadach finansowania świadczeń oraz liczbie osób wykonujących zawód medyczny oraz odmiennych podstawach prawnych zatrudniania personelu medycznego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Liczba	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby wykonujące zawody medyczne	ok. 0,5 mln (lekarze: 141 193, dentyści: 36 965, pielęgniarki: 219 881, położne: 28 828, ratownicy med.: 11 385, diagności: 11 559, fizjoterapeuci: 62 087, farmaceuci: 29 080)	Główny Urząd Statystyczny („Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.")	– ograniczenie możliwości swobodnego zatrudniania się w kilku podmiotach leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w niewielkim wymiarze (obowiązek posiadania jednego szpitala macierzystego), – uszczegółowienie treści umów zawieranych ze świadczeniodawcami, – ograniczenie maksymalnego wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ
Pracownicy medyczni realizujący świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego	ok. 261 tys. (w tym: lekarze – 90 356, pielęgniarki – 141 432)	NFZ	ograniczenia dot. minimalnego wymiaru czasu pracy oraz konieczności uzyskiwania zgody na zatrudnienie w innym podmiocie realizującym świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego
podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe)	233153	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	konieczność organizacji sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem odrębnego prawa pacjenta do niedyskryminującego i równego traktowania w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezależnie od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych i rodzaju działalności leczniczej
świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z NFZ	ok. 14 000	NFZ	– obowiązek stosowania wprowadzonych zasad zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego, – poprawa stabilności posiadanych zasobów kadrowych, zmniejszenie presji płacowej ze strony personelu medycznego,

			– realizacja obowiązków wynikających z procedury kontrolnej lub czynności sprawdzających
NFZ	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	realizacja kompetencji do monitorowania umów o udzielanie świadczeń, umów na wydawania produktów refundowanych, ordynacji osób uprawnionych; podjęcie postępowań rekrutacyjnych w oparciu o nową regulację oraz prowadzenie egzaminu kontrolerskiego z inną względem dotychczasowej częstotliwością; konieczność zawarcia dodatkowych umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w przypadku rezygnacji z udzielania tych świadczeń przez część świadczeniodawców PSZ
Agencja	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	– poszerzenie kompetencji do inicjowania zmiany taryf poza planem taryfikacji, – przyznanie uprawnienia do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania SRK – realizacja analiz kosztów osobowych na podstawie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4a i 4b z uwzględnieniem zasad określonych w art. 132 aa i art. 132ab ustawy
Agencja Badań Medycznych	1	ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych	zmiana sposobu ustalania i wysokości odpisu z NFZ
świadczeniodawcy, apteki i punkty apteczne, osoby uprawnione do ordynacji produktów refundowanych	świadczeniodawcy – l45 810; apteki – 13 300; osoby uprawnione: lekarze –143,6 tys.; pielęgniarki – 223,0 tys.; położne – 29,0 tys.; dentyści – 37,0 tys.; farmaceuci – 25,3 tys.	NFZ/ GUS	realizacja obowiązków wynikających z procedury kontrolnej lub czynności sprawdzających
świadczeniodawcy działający w ramach PSZ, udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	464	NFZ	możliwość rezygnacji z udzielania świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
6) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
7) Radzie Dialogu Społecznego;
8) Związkowi Powiatów Polskich;

9) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
10) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
11) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
12) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
13) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
14) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
15) Federacji Pacjentów Polskich;
16) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
17) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
18) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
19) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
20) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
21) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
22) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
23) Konfederacji „Lewiatan”;
24) NSZZ „Solidarność”;
25) NSZZ „Solidarność -80”;
26) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
27) Forum Związków Zawodowych;
28) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
29) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
30) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
31) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
32) Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
34) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów, projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2026 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0 2026	1 2027	2 2028	3 2029	4 2030	5 2031	6 2032	7 2033	8 2034	9 2035	10 2036	*Łącznie (0–10)*
Dochody ogółem	0	1,41	2,05	2,73	3,47	4,26	5,09	5,99	6,92	7,91	8,96	48,79
budżet państwa	0	0,21	0,31	0,41	0,52	0,64	0,76	0,90	1,04	1,19	1,34	7,32
JST	0	1,20	1,74	2,32	2,95	3,62	4,33	5,09	5,88	6,72	7,62	41,47
pozostałe jednostki (oddzielnie):	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	18,57	24,87	32,28	40,1	48,35	57,04	66,24	75,73	85,76	96,3	545,24
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie):	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

– NFZ	0	16,91	23,02	30,37	38,13	46,32	54,95	64,05	73,43	83,34	93,76	524,28
– Agencja		1,66	1,85	1,91	1,97	2,03	2,09	2,19	2,3	2,42	2,54	20,96
Saldo ogółem	0	-17,19	-22,82	-29,55	-36,63	-44,09	-51,95	-60,25	-68,81	-77,85	-87,34	-496,48
budżet państwa	0	0,21	0,31	0,41	0,52	0,64	0,76	0,90	1,04	1,19	1,34	7,32
JST	0	1,20	1,74	2,32	2,95	3,62	4,33	5,09	5,88	6,72	7,62	41,47
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– NFZ	0	-16,94	-23,02	-30,37	-38,13	-46,32	-54,95	-64,05	-73,43	-83,34	-93,76	- 524,31
– Agencja		-1,66	-1,85	-1,91	-1,97	-2,03	-2,09	-2,19	-2,3	-2,42	-2,54	-20,96

Źródła finansowania	Plan finansowy NFZ. Plan finansowy Agencji – koszty po stronie Agencji zostaną sfinansowane z odpisu z planu finansowego NFZ. Koszty projektowanej regulacji będą finansowane w ramach kosztów zarządzania Funduszu, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a projekt nie będzie stanowił podstawy ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa. Środki niezbędne na sfinansowanie projektowanych zmian w obszarze zwiększenia zatrudnienia w NFZ będą pochodzić z efektów uelastycznienia sposobu ustalania odpisu dla Agencji Badań Medycznych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Średnie wynagrodzenie na wybranych stanowiskach w NFZ, Sprawozdanie z działalności NFZ, Sprawozdania finansowe NFZ, Układ Zbiorowy Pracy dla Pracowników Zatrudnionych w NFZ. Wejście w życie projektu ustawy wygeneruje w horyzoncie 10-letnim (2027–2036) łączny wzrost wydatków sektora finansów publicznych w kwocie 545,24 mln zł. Koszty te są bezpośrednio związane z budową struktur kontrolnych i docelowym zwiększeniem zatrudnienia o 400 etatów, w tym w Centrali NFZ o 352 etaty oraz zwiększenia zatrudnienia w Agencji. Szacunek skutków finansowych projektu został opracowany w oparciu o planowany harmonogram zwiększania zatrudnienia w Departamencie Kontroli NFZ w latach 2027–2036. Przyjęto stopniowe zwiększanie liczby etatów z 509 do 940 pracowników, co oznacza wzrost potencjału kadrowego o 431 etatów (uwzględniając obecne wakaty). Kalkulacja kosztów została sporządzona według następujących założeń: a. zwiększenie zatrudnienia następuje sukcesywnie w kolejnych latach zgodnie z harmonogramem wdrażania projektu, b. koszty wynagrodzeń obejmują wynagrodzenie zasadnicze wraz z kosztami pracodawcy; c. wynagrodzenia podlegają corocznej waloryzacji o 3%; d. odrębnie oszacowano koszty zatrudnienia: – pracowników wykonujących zadania wspierające działalność kontrolną, – lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących czynności kontrolne, – pozostałych pracowników Departamentu Kontroli (w szczególności kontrolerów, analityków i pracowników obsługi prawnej); e. uwzględniono jednorazowe oraz bieżące koszty niezbędne do zapewnienia warunków wykonywania pracy, obejmujące: – wynajem dodatkowej powierzchni biurowej, – zakup wyposażenia stanowisk pracy, – zakup sprzętu komputerowego. Koszty powierzchni biurowej oraz wyposażenia zostały oszacowane na podstawie aktualnych cen rynkowych oraz doświadczeń wynikających z dotychczasowej działalności NFZ. W przypadku kosztów eksploatacyjnych przyjęto ich coroczną indeksację odpowiadającą prognozowanemu wzrostowi cen. Projekt spowoduje zwiększenie wydatków NFZ związanych z rozbudową potencjału kontrolnego. Łączne koszty realizacji projektu w latach 2027–2036 oszacowano na około 524,28 mln zł, z czego największą pozycję stanowią wydatki na wynagrodzenia wraz z pochodnymi.

Jednocześnie zwiększenie potencjału kadrowego Departamentu Kontroli umożliwi zwiększenie liczby oraz jakości prowadzonych kontroli, skuteczniejsze typowanie podmiotów do kontroli z wykorzystaniem analiz ryzyka oraz szybsze reagowanie na stwierdzone nieprawidłowości. W konsekwencji projekt powinien prowadzić do wzrostu skutków finansowych kontroli, obejmujących w szczególności odzyskiwanie środków publicznych wydatkowanych niezgodnie z przepisami oraz ograniczenie nieprawidłowości w systemie ochrony zdrowia.
W dłuższej perspektywie zwiększenie potencjału kontrolnego powinno wywołać również efekt prewencyjny, polegający na ograniczeniu skali naruszeń przepisów przez świadczeniodawców i inne podmioty podlegające kontroli, co będzie miało pozytywny wpływ na racjonalność wydatkowania środków publicznych oraz stabilność finansową NFZ. Efekt ten widoczny jest już obecnie. Dla przykładu – kontrola rozliczania grupy F22 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego w jednym ze szpitali: wartość sprawozdawanych przez szpital świadczeń w tej jednej grupie JGP w 2021 r. wyniosła blisko 4,4 mln zł, już po rozpoczęciu kontroli spadła do 1,8 mln zł w2022 r. oraz zanotowano w kolejnych latach sprawozdawczość na poziomie: 333 tys. zł w 2023 r., 575 tys. zł w 2024 r., 285 tys. zł w 2025 r. Nastąpiło zatem urealnienie sprawozdawczości do NFZ.
Zapotrzebowanie na 400 nowych etatów skalkulowano w oparciu o wytyczne podręcznika „Nowe zadania w sektorze publicznym – szacowanie skutków regulacji", przy założeniu efektywnego czasu pracy na poziomie 1650 godzin rocznie na pracownika.
Źródła danych: Wskaźniki rzeczowe pobrano z bazy danych IRMiR (powierzchnia, meble). Parametry płacowe lekarzy oparto na Układzie Zbiorowym Pracy NFZ (zaszeregowanie do najwyższej kategorii X z limitem wynagrodzenia zasadniczego brutto do 18 700 zł). W wyliczeniach dla tej grupy przyjęto kwotę 18 tys. zł brutto.
Metodyka wyliczeń i struktura etatów:

a. koszt zatrudnienia 48 osób w oddziałach wojewódzkich NFZ uwzględniając średni koszt wynagrodzenia na stanowisku głównego specjalisty (łącznie ze stażem oraz kosztami pracodawcy, jak również corocznym wzrostem o 3%) – łączny koszt do 2036 roku to 84,9 mln zł
b. koszt zatrudnienia 352 osób w Centrali NFZ – łączny koszt do 2036 roku to 416 mln zł. Na ten koszt składa się:
   - koszt wynagrodzenia lekarza lub lekarza dentysty na poziomie 18 tys. zł brutto (21,6 tys. zł z kosztem pracodawcy) – jest to prawie maksymalne możliwe wynagrodzenie w NFZ na stanowisku głównego specjalisty według „Układu zbiorowego pracy dla pracowników zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia"; pokreślić należy, że ujęta w wyliczeniu stawka wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty zważywszy na realia rynku pracy dla tych zawodów jest i tak niska;
   - średni koszt wynagrodzenia dla pozostałych pracowników Departamentu Kontroli NFZ (9,5 tys. zł brutto – 11,445 tys. zł z kosztem pracodawcy)
c. średnie koszty wynajmu dodatkowej powierzchni biurowej uwzględniając zarówno koszty czynszowe, jak i eksploatacyjne – łączny koszt do 2036 r. to 27,7 mln zł;
d. koszt wyposażenia biurowego – łączny koszt do 2036 r. to 1,3 mln zł;
e. koszt sprzętu informatycznego uwzględniającego m.in. stacje robocze, licencje, urządzenia drukujące, aplikacje użytkowe oraz bezpieczeństwa – łączny koszt do 2036 r. to 7,9 mln zł.

Wstępny podział dodatkowych 352 etatów w Centrali NFZ:

- 115 kontrolerów korpusowych
- 165 osób realizujących czynności kontrolne, w tym 95 lekarzy lub lekarzy dentystów
- 72 osoby wspierające – m.in. analitycy, prawnicy, uwzględniono również konieczność zwiększenia etatów w takich komórkach jak Biuro Spraw Pracowniczych czy Departament Informatyki.

Za wyjściowe należy przyjąć dane o działaniach kontrolnych zrealizowanych w latach 2024 i 2025.
Biorąc pod uwagę datę zakończenia działania kontrolnego Departament Kontroli NFZ przeprowadził (działania zakończone):
– w 2024 roku – 2.750 działań, z czego 909 kontroli oraz 1.841 czynności sprawdzających,
– w 2025 roku – 2.235 działań, z czego 798 kontroli oraz 1.437 czynności sprawdzających.
Natomiast liczba działań kontrolnych prowadzonych (działania zakończone i będące w toku) przez Departament Kontroli NFZ w poszczególnych latach wynosiła:
– w 2024 roku – 3.448 działań, z czego 1.228 kontroli oraz 2.220 czynności sprawdzających,
– w 2025 roku – 2.899 działań, z czego 1.128 kontroli oraz 1.771 czynności sprawdzających.

Zadania te zrealizowano przy zasobie ok. 114 kontrolerów (liczba zmienna, obecnie na dzień 09.09.2026 r. – 110). W każdej kontroli musi uczestniczyć kontroler. Oprócz kontrolera w kontroli czynności wykonują inne upoważnione osoby. Ponadto, aby kontrola mogła być zrealizowana konieczne jest wykonanie prac analitycznych, opracowanie programu kontroli oraz udzielanie zespołowi kontrolującemu wsparcia prawnego. Po zakończeniu kontroli konieczne jest rozpatrzenie środków odwoławczych i niejednokrotnie złożenie zawiadomienia o przestępstwie. Łącznie w całym okresie działania Departament Kontroli złożył 138 zawiadomień na kwotę ok. 242,5 mln zł, w tym w latach 2024 – 86,8 mln zł, 2025 – 52,8 mln zł, pierwsze półrocze 2026 r – 20,3 mln zł.
Przeciętnie czas trwania kontroli wynosił:
– w 2024 r. 93 dni robocze, w tym 27 dni roboczych pracy kontrolerów (tzw. kontrolerodni)
– w 2025 r. 101 dni roboczych, w tym 27,7 kontrolerodni.
Kontroli podlegają obszary wskazane w art. 61a ustawy o świadczeniach, które przekładają się na następujące dane w zakresie podmiotów podlegających kontroli NFZ:
– świadczeniodawcy – w 2025 było to 45 810 umów;
– apteki/punkty apteczne – w 2025 r. było to 13 300 umów (w roku 2025 liczba recept sfinansowanych przez NFZ wyniosła ponad 234 mln recept, a wartość refundacji wyniosła blisko 15,8 mld złotych)
– osoby uprawnione do wystawiania recept – w 2025 r:

- Lekarze: 143,6 tys
- Pielęgniarki: 223,0 tys. osób
- Położne: 29,0 tys. osób
- Lekarze dentyści: 37,0 tys osób
- Farmaceuci: 25,3 tyś osób.

Zakładając zwiększenie liczby kontrolerów o 115 należy przyjąć proporcjonalny wzrost liczby realizowanych działań kontrolnych. Efekt ten powinien być jednak postrzegany nie tylko w wymiarze ilościowym, lecz również przez pryzmat zwiększenia zdolności operacyjnych Funduszu. W szczególności pozwoli to na jednoczesną inicjację kontroli oraz prowadzenie czynności dowodowych, w tym oględzin, w większej liczbie podmiotów jednocześnie, co może mieć istotne znaczenie dla skuteczności realizacji celów kontroli. Kolejną płaszczyzną, na której mogą ujawniać się efekty wzmocnienia zdolności kontrolnych Funduszu, jest możliwość objęcia postępowaniami szerszej próby badawczej oraz dłuższego okresu działalności kontrolowanego podmiotu. Przełoży się to na zwiększenie efektywności procesu kontrolnego poprzez pełniejsze ustalanie skali stwierdzanych nieprawidłowości, co w konsekwencji przełoży się na wymiar ustalonej wierzytelności, w tym w szczególności odzyskanych środków nienależnie wypłaconych przez NFZ, których identyfikacja i odzyskanie są bezpośrednio związane z zakresem i intensywnością prowadzonych działań kontrolnych.

Koszty po stronie Agencji obejmują zwiększenie zatrudnienia o 8 etatów na stanowisku głównego specjalisty w Wydziale Taryfikacji, w związku z: (1) prowadzeniem cyklicznych analiz kosztów osobowych na podstawie danych przekazywanych przez ok. 17,6 tys. świadczeniodawców (ok. 1 mln osób w każdym cyklu, co najmniej dwa cykle rocznie), obejmujących pozyskanie, integrację, anonimizację, walidację i analizę danych, w tym agregację według numerów PESEL/NPWZ oraz łączenie różnych form zatrudnienia; (2) weryfikacją limitów wynagrodzeń określonych w art. 132ab ustawy o świadczeniach; (3) postępowaniami taryfikacyjnymi podejmowanymi z inicjatywy Prezesa Agencji (art. 31la ust. 8–10); (4) weryfikacją prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów (art. 31lc ust. 9–11).
Zwiększenie kosztów wynagrodzeń osobowych Agencji wyniesie maksymalnie: w 2027 r. – 1 662 409,92 zł, w 2028 r. – 1 854 972,40 zł, w 2029 r. – 1 910 621,57 zł, w 2030 r. – 1 967 940,22 zł, w 2031 r. – 2 026 978,43 zł, w 2032 r. – 2 087 787,78 zł, w 2033 r. – 2 192 177,17 zł, w 2034 r. – 2 301 786,03 zł, w 2035 r. – 2 416 875,33 zł, w 2036 r. – 2 537 719,10 zł (łącznie 20 959 267,95 zł), a w latach kolejnych każdego roku o 3% więcej niż w roku poprzednim. Koszty ustalono według średnich stawek wynagrodzeń, z uwzględnieniem pełnych kosztów ponoszonych przez pracodawcę. Charakter przetwarzanych danych (informacje identyfikowane numerami PESEL/NPWZ, dane o wynagrodzeniach i formach zatrudnienia) oraz wymogi bezpieczeństwa, ciągłości i jakości analiz wykluczają oparcie realizacji tych zadań wyłącznie na usługach zewnętrznych.
Wprowadzenie indywidualnego limitu (cap) maksymalnej stawki wynagrodzenia lekarza na poziomie 240 zł brutto za godzinę nie będzie skutkowało bezpośrednimi oszczędnościami dla systemu ochrony zdrowia rozumianymi jako zmniejszenie wydatków publicznych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mechanizm ten nie wpływa bowiem bezpośrednio na poziom finansowania świadczeń przez płatnika

	publicznego, lecz oddziałuje przede wszystkim na strukturę kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze. Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. Efekt ten nie powinien być jednak interpretowany jako oszczędność systemowa, lecz jako poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej świadczeniodawców. Zmniejszenie kosztów wynagrodzeń przy niezmienionym poziomie przychodów umożliwi bowiem korzystniejsze ukształtowanie struktury kosztów działalności, w tym zmniejszenie udziału kosztów osobowych w przychodach. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej. Jednocześnie należy podkreślić, że wiarygodne oszacowanie wartości potencjalnego efektu finansowego jest obarczone istotnymi ograniczeniami metodologicznymi. Każda próba określenia skali zmniejszenia kosztów musi opierać się na szeregu założeń dotyczących m.in. liczby przepracowanych godzin, struktury zatrudnienia, wysokości obecnie stosowanych stawek oraz zachowań podmiotów leczniczych i personelu medycznego po wprowadzeniu limitu. Założenia te mogą nie odzwierciedlać rzeczywistych warunków funkcjonowania poszczególnych świadczeniodawców, co wpływa na wiarygodność uzyskanych wyników.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0–10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2026 r.)		–	–	–	–	–	–	–
	duże przedsiębiorstwa	–	–	–	–	–	–	–
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	–	–	–	–	–	–	–
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	–	–	–	–	–	–	–
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na podmioty lecznicze należące do sektora dużych przedsiębiorców, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych oraz ograniczeniu presji płacowej ze strony pracowników medycznych, a także dzięki zwolnieniu podmiotów działających w ramach PSZ z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Projektowane rozwiązania w obszarze kontroli NFZ nie będą wywierały istotnego wpływu na poziom obciążeń regulacyjnych dla poszczególnych kategorii interesariuszy. Wprowadzane zmiany mają przede wszystkim charakter organizacyjny i usprawniający funkcjonowanie procesu kontroli, nie nakładając nowych, znaczących obowiązków na podmioty objęte projektowaną regulacją. Warto w tym miejscu dodać, że niezmieniana pozostaje regulacja reglamentująca aktywność kontrolną NFZ wyrażona w art. 61a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która nakazuje NFZ realizację analizy przedkontrolnej wystąpienia ryzyka nieprawidłowości. Dopiero w przypadku, gdy taka analiza oparta o wszelkie dane, w szczególności sprawozdawcze, którymi dysponuje NFZ pozwoli na uprawdopodobnienie nieprawidłowości typowany jest podmiot do kontroli oraz kształtowany jest jej zakres przedmiotowy. Powyższa regulacja jednoznacznie chroni uczestników systemu ochrony zdrowia przed uznaniowym wyborem w wymiarze podmiotowym i przedmiotowym. Nawet więc jeżeli wzrośnie potencjał kontrolerski NFZ, to nadal będzie on orientowany nie przypadkowo, a jedynie względem zjawisk noszących cechy niepożądanych. Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej.						

	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na podmioty lecznicze należące do sektora średnich przedsiębiorców, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych oraz ograniczeniu presji płacowej ze strony pracowników medycznych, a także dzięki zwolnieniu podmiotów działających w ramach PSZ z obowiązku udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Projektowane rozwiązania w obszarze kontroli NFZ nie będą wywierały istotnego wpływu na poziom obciążeń regulacyjnych dla poszczególnych kategorii interesariuszy. Wprowadzane zmiany mają przede wszystkim charakter organizacyjny i usprawniający funkcjonowanie procesu kontroli, nie nakładając nowych, znaczących obowiązków na podmioty objęte projektowaną regulacją. Warto w tym miejscu dodać, że niezmieniana pozostaje regulacja reglamentująca aktywność kontrolną NFZ wyrażona w art. 61a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o świadczeniach która nakazuje NFZ realizację analizy przedkontrolnej wystąpienia ryzyka nieprawidłowości. Dopiero w przypadku, gdy taka analiza oparta o wszelkie dane, w szczególności sprawozdawcze, którymi dysponuje NFZ pozwoli na uprawdopodobnienie nieprawidłowości typowany jest podmiot do kontroli oraz kształtowany jest jej zakres przedmiotowy. Powyższa regulacja jednoznacznie chroni uczestników systemu ochrony zdrowia przed uznaniowym wyborem w wymiarze podmiotowym i przedmiotowym. Nawet więc jeżeli wzrośnie potencjał kontrolerski NFZ, to nadal będzie on orientowany nie przypadkowo, a jedynie względem zjawisk noszących cechy niepożądanych. Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt ustawy będzie miał wpływ na poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dzięki poprawie ciągłości opieki nad pacjentem, sprawowanej przez osoby nieznajdujące się w stanie permanentnego przepracowania, a zatem w pełni zdolne do należytego sprawowania takiej opieki, a także dzięki lepszemu dostosowaniu podaży świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do lokalnych potrzeb. Jednocześnie, z uwagi na wysokość przyjętego maksymalnego progu wynagrodzenia pracownika medycznego, projekt nie spowoduje obniżenia poziomu życia gospodarstw domowych osób należących do tej grupy.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projekt ustawy będzie miał wpływ na poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Przewidziany zakres wyjątków oraz mechanizm wyrażenia zgody przez Prezesa NFZ na odstąpienie od przyjętych limitów wartości etatu zatrudnienia, pozwoli na elastyczne reagowanie w sytuacji ograniczonych zasobów kadrowych, przez co nie zostanie ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Z uwagi na niezbędność pilnego wdrożenia przygotowanych zmian celem poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz zwiększenia dostępności świadczeń i ich jakości oraz ograniczenia zjawiska zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawiska niekontrolowanego wzrostu wysokości stawek oferowanych pracownikom medycznym nie ma możliwości zastosowania proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców co wynika z wagi, istoty i znaczenia przedmiotowego projektu. Ważny interes publiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego, który adresuje przedmiotowy projekt oraz fiskalny interes państwa i podmiotów leczniczych uzasadniają wprowadzenie projektowanych rozwiązań bez możliwości proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców oraz równoważnego zmniejszenia innych obciążeń administracyjnych wynikających z uregulowań prawnych obowiązujących w danej dziedzinie.	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu	
☐ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☒ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne: Zwiększenie liczby procedur i dokumentów w wyniku przyjęcia projektowanej ustawy będzie konsekwencją wprowadzonego obowiązku składania przez pracowników medycznych, wobec kierowników zatrudniających te osoby podmiotów leczniczych, oświadczeń dotyczących wymiaru czasu pracy oraz wysokości wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak również obowiązku uzyskiwania zgody zatrudniającego świadczeniodawcy na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach przyszpitalnych. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu uzasadniona jest koniecznością wprowadzenia regulacji prawnych umożliwiających MZ i NFZ nadzór nad wykorzystaniem środków publicznych w zakresie dotychczas nieuregulowanym. Monitorowanie zatrudnienia personelu medycznego oraz poziomu wynagrodzeń finansowanych ze środków publicznych, stanowi realizację interesu finansowego systemu ochrony zdrowia oraz interesu publicznego. Wynikające z projektu obciążenia regulacyjne są zgodne z zasadami proporcjonalności i adekwatności. Jednocześnie nie ma podstaw do wprowadzenia zmian, które likwidowałyby dotychczas istniejące obowiązki informacyjne po stronie uczestników systemu ochrony zdrowia. Mając powyższe na względzie niemożliwe jest równoważne zmniejszenie innych obciążeń administracyjnych wynikających z uregulowań prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia.
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy
Projekt wpłynie na ograniczenie wynagrodzeń pracowników medycznych, osiągających obecnie zarobki powyżej limitu wprowadzanego na mocy projektowanej ustawy. Jednocześnie projekt, przez ograniczenie nadmiernej mobilności pracowników medycznych i wyeliminowanie pośredników w zatrudnieniu tych osób, poprawi sytuację podmiotów leczniczych w konkurencji o kadry medyczne.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt ustawy będzie sprzyjał poprawie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz wywrze pozytywny wpływ na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych	

	i ograniczeniu presji płacowej ze strony pracowników medycznych. Ponadto projektowana ustawa wyeliminuje przypadki nierównego traktowania pacjentów przez podmioty lecznicze oraz wzmocni nadzór NFZ nad świadczeniodawcami.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wejdzie w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia. Odstąpienie od określonej w art. 68b ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców – zasady wyznaczania terminu wejścia w życie projektów ustaw, które określają zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, jest uzasadnione ważnym interesem publicznym. Projektowane przepisy mają bowiem na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów przez zapewnienie ciągłości opieki medycznej oraz podniesienie jej jakości w wyniku ograniczenia przypadków zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawiska wzajemnego przelicytowywania się świadczeniodawców w poszukiwaniu brakujących kadr medycznych. Przepisy te mają jednocześnie na celu ochronę interesu fiskalnego państwa i poprawę efektywności wydatkowania środków publicznych, w tym pochodzących ze składek zdrowotnych oraz poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych przez ograniczenie niekontrolowanego wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych Powyższe uzasadnia niezbędność pilnego wdrożenia zaproponowanych rozwiązań.

Jednocześnie projekt przewiduje 6-miesięczny okres dla świadczeniodawców na dostosowanie umów z pracownikami medycznymi do nowych warunków określonych dodawanych w art. 132aa i w art. 132ab ustawy o świadczeniach.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja efektów projektu nastąpi w oparciu o następujące wskaźniki:

1) zmiana (obniżenie) odsetka osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatrudnionych u więcej niż 2 świadczeniodawców,
2) zmiana (zwiększenie) odsetka osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatrudnionych u jednego świadczeniodawcy

– po upływie roku od dnia upływu okresu przejściowego określonego w art. 4 ustawy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

1. zał. 1 – Raport z konsultacji publicznych,
2. zał. 2 – Kalkulacja kosztów osobowych w NFZ,
3. zał. 3 – Wyliczenia dot. dochodów z PIT dla DK NFZ

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936), z chwilą skierowania projektu ustawy do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.
Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.
W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.
Projekt został przekazany 9 sierpnia 2024 r. do konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag.
Uwagi zgłoszone do projektu, wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, zostały zawarte poniższym zestawieniu.

l.p.	Zgłaszający uwagę	Część projektu	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 1 pkt 2 projektu: projektowany art. 31la ust. 8-10	Projekt nie zapewnia partnerom społecznym udziału w inicjowaniu określenia lub weryfikacji taryf świadczeń poza planem taryfikacji. Projektowany art. 31la ust. 8 przyznaje Prezesowi AOTMiT kompetencję do wszczęcia procedury dotyczącej świadczenia nieujętego w planie taryfikacji, jeżeli potrzeba taka wynika z informacji posiadanych przez Agencję. Przepis nie ustanawia trybu składania i rozpatrywania wniosków strony pracowników i strony pracodawców Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Podmioty te dysponują informacjami o kosztach realizacji świadczeń, brakach kadrowych i skutkach nieadekwatnej taryfy, lecz projekt nie gwarantuje formalnego przekazania tych danych ani uzyskania odpowiedzi Prezesa Agencji.	Uwaga niezasadna Projektowany mechanizm określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji ma charakter szczególny i służy umożliwieniu Prezesowi AOTMiT podjęcia prac w przypadku, gdy z informacji posiadanych przez Agencję wynika potrzeba przeprowadzenia taryfikacji poza przyjętym planem. AOTMiT, odnosząc się do projektowanego art. 31la, zaproponowała szczegółowy tryb postępowania, obejmujący uzyskanie zgody ministra właściwego do spraw zdrowia na rozpoczęcie prac nad taryfą, nie postulując przy tym ustanowienia odrębnego trybu wnioskowego dla partnerów społecznych. Projektowany przepis nie ogranicza źródeł informacji, które mogą być brane pod uwagę przez Agencję. Tym samym informacje dotyczące kosztów realizacji świadczeń, sytuacji kadrowej lub adekwatności obowiązujących taryf mogą być przekazywane AOTMiT również przez partnerów społecznych i uwzględniane przy ocenie potrzeby zastosowania art. 31la ust. 8. Nie jest natomiast zasadne nadawanie określonym podmiotom zewnętrznym szczególnego uprawnienia do formalnego inicjowania tego trybu ani nakładanie na Prezesa Agencji dodatkowego obowiązku

				rozpatrywania takich wniosków i udzielania na nie odpowiedzi.
2.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 1 pkt 11 projektu: projektowany art. 61g ust. 1	Ujednolicenie terminu zawiadamiania o kontroli na moment jej rozpoczęcia nie uwzględnia zakresu kontroli ani potrzeby organizacyjnego przygotowania podmiotu kontrolowanego. Projektowany art. 61g ust. 1 pozwala Prezesowi NFZ zawiadomić podmiot kontrolowany dopiero w chwili rozpoczęcia każdej kontroli, niezależnie od jej przedmiotu i ryzyka udaremnienia czynności kontrolnych. Rozwiązanie ogranicza możliwość zapewnienia obecności osób odpowiedzialnych, przygotowania dokumentacji oraz zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń. Uzasadnienie wskazuje ujednolicenie procedury, lecz nie wykazuje, dlaczego zawiadomienie w chwili rozpoczęcia kontroli powinno być regułą również w sprawach niewymagających elementu zaskoczenia.	Przepisy zostały doprecyzowane.
3.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 3 pkt 1 lit. c projektu: projektowany art. 26 ust. 3 ustawy o dz.l.	Obowiązek przeprowadzania konkursu ofert został powiązany ze statusem podmiotu udzielającego świadczeń finansowanych publicznie, a nie z publicznym źródłem finansowania konkretnego zamówienia. Projektowany art. 26 ust. 3 obejmuje każdy podmiot leczniczy udzielający choć części świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Literalne brzmienie przepisu może nakładać obowiązek konkursowy także na zamówienia dotyczące działalności komercyjnej tego samego podmiotu. Obejmuje również małych świadczeniodawców POZ i AOS zlecających badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową lub inne świadczenia pomocnicze. Projekt nie różnicuje obowiązków według wartości i przedmiotu zamówienia ani zdolności organizacyjnej podmiotu, co powoduje nieproporcjonalne koszty administracyjne.	Projektowany przepis dotyczy każdego podmiotu leczniczego (udzielającego zamówienia), który udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od jego wielkości – zgodnie z zasadą równego traktowania wszystkich podmiotów.
4.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Projektowane art. 132aa ust. 1, 2, 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 1 i 7-10 ustawy	Projekt nie koordynuje miesięcznych limitów czasu i wynagrodzenia z okresami rozliczeniowymi, pracą nadliczbową i dyżurem medycznym przewidzianymi w przepisach prawa pracy. Kodeks pracy ustala normy czasu pracy przeciętnie w przyjętym okresie rozliczeniowym, który może przekraczać miesiąc, oraz dopuszcza pracę nadliczbową z odpowiednim wynagrodzeniem. Ustawa o działalności leczniczej zawiera szczególne zasady czasu pracy i dyżuru medycznego. Projekt posługuje się łącznym wymiarem czasu pracy i miesięcznym limitem wynagrodzenia, lecz nie określa sposobu rozliczenia wahań czasu pracy między miesiącami, godzin nadliczbowych, dodatków ustawowych i dyżuru. Może to powodować pozorne przekroczenia limitu w jednym miesiącu mimo zachowania norm w całym okresie rozliczeniowym oraz kolizję między obowiązkiem wypłaty należnego wynagrodzenia a limitem ustawowym. Powiązać weryfikację wymiaru czasu pracy z okresem rozliczeniowym właściwym dla danego stosunku zatrudnienia. Jednoznacznie określić sposób uwzględniania pracy nadliczbowej i dyżuru medycznego oraz wyłączyć z limitu wynagrodzenia dodatki i należności, których wypłata wynika bezpośrednio z przepisów prawa pracy. Uregulować odrębnie równoważnik czasu dla umów cywilnoprawnych.	Przepisy zostały doprecyzowane.
5.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Projektowany art. 132aa ust. 9 i 10	Obligatoryjne określanie w umowach cywilnoprawnych i B2B wymiaru czasu, harmonogramu oraz stawki godzinowej może zwiększać ryzyko uznania współpracy za wykonywaną w warunkach stosunku pracy. O kwalifikacji zatrudnienia rozstrzygają rzeczywiste warunki wykonywania pracy, w szczególności osobiste świadczenie pracy pod kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez zatrudniającego, a nie nazwa umowy. Samo zamieszczenie elementów wymaganych ustawą nie przesądza o istnieniu stosunku pracy. Ich łączne występowanie, zwłaszcza sztywnego harmonogramu godzin, stałej stawki godzinowej i ciągłego wymiaru świadczenia usług, może jednak stanowić materiał dowodowy wzmacniający ocenę podporządkowania organizacyjnego. Ryzyko ma wymiar	Uwaga niezasadna Nie zachodzi wskazane ryzyko, skoro dookreślenie elementów umów cywilnoprawnych, bez pozbawienia ich takiego charakteru, będzie wynikać z samej ustawy.

			praktyczny po przyznaniu okręgowemu inspektorowi pracy kompetencji do wydawania decyzji stwierdzającej istnienie stosunku pracy.	
6.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1, 2, 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 1, 6-11 ustawy o świadczeniach ; OSR	Projekt nie określa zasad stosowania limitów czasu pracy i wynagrodzenia oraz wymagań dotyczących treści umów do personelu realizującego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ramach Opieki Koordynowanej. Art. 132aa ust. 1 i 2 obejmuje osobę zatrudnianą przez każdego świadczeniodawcę posiadającego umowę z NFZ, a więc również świadczeniodawcę POZ. Art. 132aa ust. 9 wymaga określenia rodzaju i liczby zadań oraz stawki godzinowej brutto. Art. 132ab wprowadza stawkę maksymalną i limity miesięczne. W Opiece Koordynowanej współpraca ze specjalistami jest często rozliczana według liczby konsultacji lub wykonanych świadczeń. Projekt nie wskazuje metody przeliczenia takiego wynagrodzenia na stawkę godzinową i równoważnik wymiaru czasu pracy. OSR nie ocenia wpływu tych wymogów na realizację wskaźników i trwałość projektów współfinansowanych z programu FEnIKS. Wprowadzić odrębne zasady dla świadczeń POZ i Opieki Koordynowanej. Jednoznacznie dopuścić wynagrodzenie ustalane za wykonane świadczenie, z określeniem sposobu ewidencjonowania czasu i stosowania limitów. Uzupełnić OSR o wpływ regulacji na organizację POZ, finansowanie Opieki Koordynowanej i trwałość projektów FEnIKS.	Uwaga niezasadna Brak uzasadnienia dla odmiennych zasad w odniesieniu do POZ, w tym modelu opieki koordynowanej. Uwaga niezasadna Wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej nie determinuje formy wynagradzania, np. zgodnie z realizacją określonych procedur.
7.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 2, art. 132ab ust. 9 i 10 oraz art. 193 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach .	Projekt obciąża kierownika podmiotu leczniczego odpowiedzialnością za przestrzeganie limitów opartych na oświadczeniach personelu, których świadczeniodawca nie może samodzielnie zweryfikować. Oświadczenia o łącznym wymiarze czasu pracy i wynagrodzeniu składa osoba wykonująca zawód medyczny. Projekt nie tworzy rejestru ani procedury potwierdzania danych u innych świadczeniodawców. Jednocześnie art. 193 ust. 1 pkt 11 przewiduje grzywnę dla kierownika również za niepodjęcie działań niezbędnych do dopełnienia wymogów art. 132aa i 132ab. Zakres należytej weryfikacji pozostaje nieokreślony, a pozyskiwanie szczegółowych danych od innych pracodawców może naruszać tajemnicę wynagrodzenia i tajemnicę przedsiębiorstwa. Wskazać, że za prawdziwość i aktualność oświadczenia odpowiada osoba je składająca. Wyłączyć odpowiedzialność kierownika, który przyjął oświadczenie w dobrej wierze i wykonał ustawowo określone czynności sprawdzające. Wprowadzić centralny mechanizm potwierdzający wyłącznie zgodność albo brak zgodności z limitem, bez ujawniania danych o innych umowach.	Uwaga niezasadna Jest oczywiste, że kierownik podmiotu będzie odpowiadał wyłącznie za własne działania lub zaniechania, a nie np. za nieprawdziwe oświadczenia pracowników.
8.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1-8	Projekt nie przedstawia analizy wpływu limitu dwóch etatów oraz szczególnych wymogów zatrudnienia w leczeniu szpitalnym i AOS na dostępność świadczeń udzielanych przez personel pracujący równocześnie w kilku segmentach systemu. Art. 132aa ust. 3-6 wprowadza dodatkowo próg połowy etatu oraz zgodę kierownika przy kolejnym zatrudnieniu w leczeniu szpitalnym lub AOS realizowanej w zakładzie świadczeniodawcy posiadającego umowę szpitalną z NFZ. OSR nie analizuje przepływu personelu pomiędzy POZ, nocną i świąteczną opieką zdrowotną, hospicjami, zakładami opiekuńczo-leczniczymi, leczeniem szpitalnym, AOS i działalnością komercyjną. Skutkiem może być ograniczenie obsady w podmiotach wykorzystujących pracę w niepełnym wymiarze. Wprowadzić wyjątki dla świadczeń o małym wolumenie, obszarów deficytowych oraz działalności zapewniającej ciągłość opieki, z zastosowaniem mierzalnych kryteriów.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.

9.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 4 i art. 5	Projekt przewiduje wejście ustawy w życie po 14 dniach oraz wygaśnięcie niedostosowanych umów z dniem 31 grudnia 2026 r., bez zapewnienia realnego okresu dostosowawczego. Dostosowanie wymaga identyfikacji wszystkich umów, pozyskania oświadczeń personelu, przeliczenia równoważników czasu pracy i wynagrodzeń, renegocjacji warunków, przeprowadzenia konkursów oraz zmiany grafików i systemów informatycznych. Termin zależy od daty ogłoszenia ustawy, której projekt nie określa. Automatyczne wygaśnięcie umów może przerwać ciągłość świadczeń i zagrozić wykonaniu umów z NFZ. Art. 68b ust. 1 Prawa przedsiębiorców przewiduje co do zasady co najmniej sześciomiesięczny okres dostosowawczy dla regulacji zwiększających obowiązki przedsiębiorców. Zmienić art. 4 przez zastąpienie wygaśnięcia umów obowiązkiem ich dostosowania w terminie co najmniej 12 miesięcy od wejścia ustawy w życie. W okresie przejściowym zachować ważność istniejących umów i przewidzieć pierwszeństwo ciągłości udzielania świadczeń.	Projekt został dostosowany w omawianym zakresie. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
10.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	OSR	OSR nie zawiera analizy wpływu nowych obowiązków na małe i średnie podmioty POZ, w tym świadczeniodawców realizujących Opiekę Koordynowaną. Uzupełnić OSR o analizę kosztów i ryzyk dla mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich świadczeniodawców POZ. Oszacować koszty administracyjne, wpływ na dostępność specjalistów i ryzyko rezygnacji z realizacji Opieki Koordynowanej.	Uwaga niezasadna
11.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1, 2, 6, 8-10 oraz art. 132ab ust. 5, 7 i 8 ustawy o świadczeniach ; uzasadnienie projektu.	Projekt posługuje się pojęciami bez definicji lub mierzalnych kryteriów, co uniemożliwia jednolite ustalanie obowiązków i stosowanie sankcji. Wprowadzić definicje ustawowe i jednolitą metodę przeliczania czasu pracy, gotowości, dyżurów, wynagrodzenia za procedurę i działalności na własny rachunek. Określić zamknięte, mierzalne kryteria zgody, odmowy, dodatków i odstępstw udzielanych przez Prezesa NFZ.	Uwaga niezasadna
12.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa i 132ab ustawy o świadczeniach ; uzasadnienie i OSR	Projekt stosuje jednakowe limity i obowiązki do świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ, bez analizy różnic pomiędzy podmiotami publicznymi i niepublicznymi oraz pomiędzy ich modelami organizacyjnymi. Uzupełnić OSR o analizę skutków według formy prawnej, wielkości, rodzaju świadczeń i udziału finansowania publicznego. Zróżnicować obowiązki tam, gdzie odmienny model organizacyjny powoduje nieproporcjonalne koszty lub ryzyko ograniczenia świadczeń.	Uwaga niezasadna Brak podstaw do wprowadzenia sugerowanego różnicowania podmiotów.
13.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Projektowany art. 132aa ust. 1 i 2, art. 132ab ust. 9 i 10 oraz art. 193 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach	Projekt przenosi na świadczeniodawcę obowiązek zapewnienia zgodności z limitami, bez udostępnienia narzędzia pozwalającego potwierdzić dane o zatrudnieniu i wynagrodzeniu personelu. Utworzyć system potwierdzający status zgodności z limitem na podstawie danych przekazywanych przez wszystkich świadczeniodawców. Ograniczyć zakres informacji dostępnych dla pracodawcy do wyniku weryfikacji. Uregulować procedurę korekty i okres ochronny po zmianie danych.	Uwaga niezasadna Kierownik podmiotu leczniczego realizując nakładane obowiązki będzie się opierał na oświadczeniach medyków, wymaganych przepisami i nie będzie ponosił odpowiedzialności za błędy takich oświadczeń.
14.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki	art. 132aa ust. 1-10, art. 132ab ust. 1-11, art. 192a	Zakres podmiotowy poszczególnych obowiązków jest niejednolity i nie został czytelnie rozdzielony w projekcie.	Uwaga niezasadna Projekt jest wystarczająco precyzyjny.

	Zdrowotnej (STOMOZ)	ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach oraz art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej	Dodać przepisy wyraźnie określające adresatów każdego obowiązku i zakres świadczeń objętych regulacją. Ujednolicić terminologię części normatywnej, uzasadnienia i OSR. Wskazać odrębnie skutki dla podmiotów NFZ, podmiotów mieszanych i podmiotów wyłącznie komercyjnych.	
15.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 3 pkt 1 projektu: projektowany art. 26 ust. 1, 1a i 3 ustawy o działalności leczniczej; uzasadnienie projektu.	Zmiana zasad udzielania zamówień została uzasadniona zwalczaniem pośrednictwa kadrowego występującego głównie w podmiotach publicznych, lecz art. 26 ust. 1 i 1a ingeruje w modele podwykonawstwa wszystkich podmiotów leczniczych. Ograniczyć zakaz do umów, których rzeczywistym przedmiotem jest wyłącznie pośrednictwo kadrowe. Zachować możliwość zamawiania zorganizowanych usług medycznych od rzeczywiście działających podmiotów leczniczych. Powiązać obowiązek konkursu z zamówieniem finansowanym ze środków publicznych, a nie wyłącznie ze statusem udzielającego zamówienia.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.

16.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 6 ustawy o świadczeniach ; art. 3 projektu zmieniający art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej	Projekt nakłada zbliżone wymogi na stosunek pracy, umowy cywilnoprawne i umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, bez zachowania spójności pomiędzy odrębnymi reżimami prawnymi. Uregulować odrębnie stosunek pracy, umowy cywilnoprawne i umowy o udzielanie zamówienia. Poprawić odesłanie w art. 132aa ust. 10. Określić dla każdej formy sposób ustalania czasu, gotowości, wynagrodzenia i odpowiedzialności oraz wskazać przepis rozstrzygający kolizję regulacji.	Uwaga niezasadna W ust. 10 określono dodatkowe wymogi umowy cywilnoprawnej, a w pozostałej części (ust. 9) nie ma uzasadnienia dla różnicowania umów.
17.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa, 132ab i 192a ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach , art. 3 i 4 projektu; uzasadnienie i OSR	Projekt nie przedstawia analizy konieczności i proporcjonalności ograniczeń swobody działalności gospodarczej, swobody umów i wolności wyboru miejsca pracy. Uzupełnić uzasadnienie i OSR o test przydatności, konieczności i proporcjonalności każdego ograniczenia. Przedstawić warianty alternatywne, w tym limity czasu rzeczywistego udzielania świadczeń, minimalizację danych, kontrolę ex post oraz sankcje powiązane z zawinionym naruszeniem.	Uwaga niezasadna Wprowadzone ograniczenia są uzasadnione nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów, zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej oraz zagwarantowania stabilności finansowej systemu opieki zdrowotnej.
18.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	OSR	OSR przedstawia koszty administracji publicznej, lecz nie szacuje kosztów wdrożenia i stałej obsługi regulacji po stronie świadczeniodawców. Uzupełnić OSR o liczbę podmiotów i umów objętych zmianą, jednorazowe koszty dostosowania, roczne koszty administracyjne oraz koszty systemów informatycznych, obsługi prawnej i kontroli. Przedstawić wyniki odrębnie dla mikro, małych, średnich i dużych świadczeniodawców.	Uwaga niezasadna
19.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 4, art. 132aa, 132ab i art. 193 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach ; OSR	Projekt nie ocenia wpływu nowych wymogów na możliwość wykonania obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ. Uzupełnić OSR o analizę ryzyka niewykonania umów z NFZ według zakresów świadczeń. Wprowadzić możliwość czasowego dostosowania warunków umowy z NFZ oraz wyłączenie sankcji, jeżeli brak personelu pozostaje bezpośrednim skutkiem nowych regulacji i świadczeniodawca dochował należytej staranności.	Uwaga niezasadna
20.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa i 132ab ustawy o świadczeniach ; uzasadnienie i OSR	Projekt nie ocenia wpływu regulacji na stabilność organizacyjną i finansową świadczeniodawców działających przy niskiej rentowności świadczeń finansowanych przez NFZ. Uzupełnić OSR o scenariusze wpływu na rentowność świadczeń, płynność finansową i decyzje o kontynuowaniu umów z NFZ. Wprowadzić przegląd skutków po 6 i 12 miesiącach oraz mechanizm korekty limitów w razie pogorszenia dostępności świadczeń.	Uwaga niezasadna Projektowane przepisy poprawiają sytuację podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
21.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1-8 oraz art. 132ab ust. 1 i 7-10 ustawy o	OSR nie zawiera analizy wpływu limitów czasu pracy i wynagrodzenia na podaż pracy personelu medycznego oraz koszty realizacji świadczeń. Przeprowadzić analizę ekonomiczną według zawodów, specjalności i regionów, obejmującą podaż pracy, wysokość stawek, koszty zastępstw i ryzyko nieobsadzenia świadczeń. Uzależnić limity od	Uwaga niezasadna

		świadczeniach ; OSR	danych rynkowych i wprowadzić automatyczny bezpiecznik na wypadek zagrożenia ciągłości świadczeń.	
22.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 10 ustawy o świadczeniach oraz art. 3 pkt 2 lit. b projektu	Obowiązek wpisywania harmonogramu godzin do umowy cywilnoprawnej jest nieadekwatny do bieżącej organizacji pracy podmiotu leczniczego. Pozostawić w umowie liczbę godzin albo maksymalny wymiar za okres rozliczeniowy. Dopuścić ustalanie i aktualizowanie harmonogramu w odrębnym dokumencie organizacyjnym, bez konieczności aneksowania umowy. Wskazać minimalny termin przekazania i zasady akceptacji zmian harmonogramu.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.
23.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1, 2, 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 1-5, 7 i 8 ustawy o świadczeniach	Projekt nie rozstrzyga, czy okres pozostawania w gotowości pod telefonem oraz wynagrodzenie za tę gotowość wlicza się do limitu czasu pracy i limitów wynagrodzenia. Zdefiniować bierną gotowość, czas interwencji i dyżur w miejscu wskazanym przez świadczeniodawcę. Wskazać odrębnie zasady ich uwzględniania w limicie czasu dla stosunku pracy oraz umów cywilnoprawnych. Potwierdzić, że do limitu wynagrodzenia za udzielanie świadczeń wlicza się wynagrodzenie za faktycznie wykonane świadczenia podczas dyżuru, a wynagrodzenie za samą gotowość jest rozliczane odrębnie.	Uwaga uwzględniona Dodano przepis, zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
24.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 9 pkt 2 oraz art. 132ab ust. 1 i 6-8 ustawy o świadczeniach	Pojęcie stawki godzinowej brutto nie pozwala ustalić porównywalnej podstawy limitu dla umowy o pracę, umowy zlecenia i działalności B2B. Zdefiniować podstawę limitu dla każdej formy współpracy: przy umowie o pracę jako wynagrodzenie brutto pracownika bez składek finansowanych przez pracodawcę, przy zleceniu jako kwotę należną przed potrąceniami bez obciążeń zleceniodawcy, a przy B2B jako kwotę netto faktury. VAT powinien być doliczany według właściwej stawki i pozostawać poza limitem.	Uwaga niezasadna Uzasadnione jest wprowadzenie jednolitego górnego limitu stawki godzinowej.
25.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 3-6 ustawy o świadczeniach ; art. 3 ust. 1 i art. 24 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej	Projekt może prowadzić do objęcia wymogiem zatrudnienia co najmniej na pół etatu lekarzy udzielających komercyjnych teleporad w podmiotach o mieszanej strukturze finansowania, mimo że świadczenia te nie są finansowane przez NFZ. Ograniczyć art. 132aa ust. 3-6 do świadczeń objętych konkretną umową z NFZ. Wprost wyłączyć z wymogu minimalnego pół etatu komercyjne teleporady finansowane z abonamentów medycznych albo w modelu fee-for-service. Uregulować zastosowanie przesłanki realizacji świadczenia w zakładzie leczniczym do świadczeń udzielanych na odległość.	Uwaga niezasadna Wymóg ½ wymiaru czasu pracy dotyczy tylko udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego i AOS w ramach kontraktu z NFZ.
26.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 1-3 ustawy o świadczeniach oraz art. 5 pkt 41 tej ustawy; art. 89, art. 92 i art. 92a ustawy o działalności leczniczej	Projekt nie określa sposobu wliczania do limitu dwóch etatów zatrudnienia osób łączących obowiązki nauczyciela akademickiego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym współpracującym z uczelnią. Potwierdzić, że zatrudnienie w uczelni nie jest wliczane do limitu, jeżeli uczelnia nie jest świadczeniodawcą. Dla umów zawieranych na podstawie art. 454 ust. 2 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce oraz art. 92 ustawy o działalności leczniczej wliczać wyłącznie wymiar zadań polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Określić metodę ustalania tego wymiaru w zadaniowym systemie czasu pracy i uzupełnić OSR o dane dotyczące pracowników akademickich wykonujących zawody medyczne.	Uwaga niezasadna Limit czasu pracy dotyczy wyłącznie zatrudnienia przez świadczeniodawcę (a nie np. przez uczelnię medyczną).
27.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach ; OSR	Projekt nie koordynuje zgody kierownika podmiotu leczniczego na kolejne zatrudnienie z zasadami podejmowania dodatkowego zatrudnienia przez nauczyciela akademickiego. Wskazać wprost relację art. 132aa ust. 6 do art. 125 i art. 454 Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce. Określić, że zgoda kierownika dotyczy wyłącznie kolejnej umowy o udzielanie świadczeń objętych art. 132aa ust. 3 i nie obejmuje samego zatrudnienia w uczelni. Uzupełnić OSR o wpływ nowych	Uwaga niezasadna Warunek zgody wcześniejszego pracodawcy dotyczy zatrudnienia u kolejnego świadczeniodawcy, a więc nie dotyczy pracy na uczelni.

			wymogów na kształcenie kliniczne, mobilność kadry akademickiej oraz umowy uczelni z podmiotami leczniczymi.	
28.	Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ)	Art. 4; art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach ; art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej	OSR nie ocenia wpływu wygaśnięcia umów z personelem medycznym na trwałość projektów zdrowotnych realizowanych przez fundacje i stowarzyszenia mające status podmiotów leczniczych. Uzupełnić OSR o liczbę projektów realizowanych przez fundacje i stowarzyszenia będące podmiotami leczniczymi, ich źródła finansowania, okresy trwałości i ryzyko zwrotu środków. Zachować do końca okresu realizacji lub trwałości projektu ważność umów zawartych przed wejściem ustawy w życie, jeżeli rzeczywisty czas udzielania świadczeń spełnia wymogi bezpieczeństwa. Co najmniej przewidzieć odpowiednio długi okres dostosowawczy oraz mechanizm zastępstwa personelu bez utraty finansowania.	Uwaga niezasadna
29.	Wielkopolska Izba Lekarska	Uwagi ogólne	1. Projektowane ograniczenia nie przechodzą testu proporcjonalności Rozwiązania zawarte w projektowanym art. 132aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej “ustawą o świadczeniach”, ograniczają jednocześnie: wolność wykonywania zawodu i wyboru miejsca pracy (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP), swobodę umów oraz — po stronie podmiotów zatrudniających — wolność działalności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP). Wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązań ograniczających wskazane powyżej prawa i swobody obywatelskie możliwe jest jedynie sytuacji opisanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Ograniczenia tych praw i swobód mogą być wprowadzane w drodze ustawy jedynie wówczas, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Jednakże, wprowadzane w takich warunkach ograniczenia nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Spełniając wymóg formy ustawowej projekt nie spełnia pozostałych wynikających z art. 31 Konstytucji RP warunków umożliwiających ograniczenie praw i swobód obywatelskich. Tekst projektu oraz jego uzasadnienie nie zawierają rozważenia innych mniej dolegliwych rozwiązań prawnych ani wykazania, że rozwiązania takie okazałyby się niewystarczające. Tymczasem ocena proporcjonalności projektowanych rozwiązań wypada negatywnie. Skoro istnieje kilka możliwych sposobów ograniczenia danego prawa konstytucyjnego ze względu na konstytucyjnie usprawiedliwiony cel, należy wybrać środek jak najmniej uciążliwy. Środki mniej dolegliwe wobec problemu rozproszenia personelu istnieją i nie zostały wykorzystane. Należą do nich w szczególności: obowiązkowe protokoły przekazania pacjenta między lekarzami, ustawowe zasady wyznaczania lekarza prowadzącego wraz z zakresem jego odpowiedzialności, wymogi ciągłości opieki odnoszone do procesu leczenia, a nie do wymiaru etatu, a także standardy dokumentacji przekazania. Żaden z nich nie ingeruje w wolność wykonywania zawodu, a każdy odpowiada wprost na ryzyko opisane w uzasadnieniu projektu wskazane jako podstawa interwencji projektodawcy. 2. Uzależnienie zakresu wykonywania zawodu od wymiaru zatrudnienia Projektowany art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach ogranicza łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców do równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy. Sam kierunek – przeciwdziałanie nadmiernemu, potencjalnie niebezpiecznemu dla pacjentów rozproszeniu aktywności zawodowej – zasługuje co do zasady na aprobatę, jednak projektodawca nie przedstawił w uzasadnieniu żadnej analizy wpływu tego ograniczenia na dostępność świadczeń w regionach i dziedzinach medycyny odczuwających	1. Uregulowanie zasad zatrudniania i wymiaru czasu pracy pracowników medycznych jest uzasadnione względami nadrzędnego interesu publicznego – zapewnieniem właściwego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. 2. Projekt wprowadza regulacje szczególne w stosunku do przepisów o zawodzie lekarza. 3. Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ. 4. Celem wprowadzanych regulacji jest poprawa jakości opieki zdrowotnej nad pacjentami a nie dyskryminacja jakiejkolwiek grupy zawodowej. 5. Wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu. 6. Uwaga niezasadna. Trafne jest spostrzeżenie, że dotychczasowy system kar umownych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oparty jest na rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów (OWU), wydawanym na podstawie art. 137 ustawy, w związku z art. 155 ust. 1 ustawy odsyłającym w tym zakresie do Kodeksu

			największy deficyt kadr, ani mechanizmu, który zabezpieczałby ciągłość udzielania świadczeń w okresie przejściowym. Wprowadzony w art. 132aa ust. 8 wyjątek, uzależniający czasowe odstąpienie od tych wymogów od uznaniowej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia udzielanej na wniosek świadczeniodawcy, nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia interesu pacjentów – jest to rozwiązanie doraźne, aktywowane post factum, a nie systemowe planowanie zasobów kadrowych a przy tym wadliwe, o czym dalej. Projektowany art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach uzależnia możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju od wymiaru zatrudnienia. Pozostaje to w kolizji z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Projekt czyni zatem zakres wykonywania zawodu pochodną konstrukcji umowy stanowiącej podstawę zatrudnienia, a nie posiadanych kwalifikacji. Stanowi to ingerencję w istotę uprawnień zawodowych, swobodę wykonywania zawodu oraz swobodę działalności gospodarczej. Nie ma żadnych racjonalnych przesłanek, które z punktu widzenia bezpieczeństwa i porządku publicznego albo ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób uzasadniałyby wprowadzenie tego rodzaju ograniczeń. Projektowane zmiany nie zwiększą liczby lekarzy w systemie ani nie zwiększą dostępności świadczeń opieki zdrowotnej 3. Wymóg połowy wymiaru czasu pracy nie może obejmować ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Niezależnie od zastrzeżeń przedstawionych w pkt 2, rozciągnięcie wymogu z projektowanego art. 132aa ust. 3 na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wymaga odrębnego rozpatrzenia. Izba dostrzega argumenty przemawiające za wiązaniem lekarza z jednym miejscem pracy w warunkach oddziału szpitalnego, gdzie proces leczniczy trwa wiele dni i jest prowadzony zmianowo. Argumenty te nie zachowują jednak aktualności w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej. Uzasadnienie projektu w części dotyczącej projektowanego art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach odwołuje się wyłącznie do realiów lecznictwa zamkniętego: rotacji personelu w skali tygodnia i miesiąca, konieczności zapoznawania się z postępami procesu leczenia, ryzyka błędu przy przekazywaniu pacjenta między lekarzami, prowadzenia holistycznego procesu leczniczego. Dla objęcia tym projektowanym ograniczeniem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej projektodawca nie przedstawił żadnego argumentu. Rozszerzenie to nie zostało w uzasadnieniu omówione. Oznacza to, że nie tylko nie jest znane uzasadnienie dla objęcia tą zmianą opieki ambulatoryjnej, ale także nie jest możliwe przeprowadzenie w tym zakresie testu proporcjonalności ingerencji ustawodawcy. Jednostką pracy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest porada — świadczenie jednorazowe, zamknięte i w całości udokumentowane. Nie występuje tu przekazanie pacjenta między zmianami, ponieważ nie występuje zmianowy tryb pracy. Ciągłość opieki zapewnia przypisanie pacjenta do lekarza prowadzącego go w poradni, a nie wymiar zatrudnienia tego lekarza. Specjalista przyjmujący w poradni jeden dzień w tygodniu widzi tego samego pacjenta przy każdej kolejnej wizycie — zapewnia zatem ciągłość większą, nie mniejszą niż zmieniający się skład dyżurowy oddziału. Skutki praktyczne projektowanych zmian dla opieki ambulatoryjnej są do przewidzenia. Poradnie przyszpitalne w większości funkcjonują w oparciu o specjalistów przyjmujących jeden lub dwa dni w tygodniu. Wymóg zatrudnienia pracowników medycznych w poradniach specjalistycznych w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy oznacza około dwóch i pół dnia pracy jednego lekarza tygodniowo w jednej poradni, co dla większości z nich jest niewykonalne. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowi jednocześnie wąskie gardło systemu, o najdłuższych raportowanych kolejkach do świadczeń zdrowotnych. Ograniczenie kręgu lekarzy uprawnionych do udzielania porad	cywilnego. Nie oznacza to jednak, że ustawodawca nie może wprost w ustawie ustanowić odrębnej podstawy kary umownej za niedopełnienie szczególnego obowiązku ustawowego. Ustawa jest aktem nadrzędnym wobec rozporządzenia (art. 87 Konstytucji RP), a inkorporacja klauzuli kary umownej do treści umowy administracyjnoprawnej (adhezyjnej) z mocy aktu normatywnego – dziś następująca na poziomie rozporządzenia OWU, do którego świadczeniodawca jedynie przystępuje bez negocjacji – jest tym bardziej dopuszczalna, gdy następuje z mocy aktu wyższego rzędu, jakim jest ustawa. Delegacja zawarta w art. 137 ust. 1 pkt 5 ma charakter ogólny i obejmuje standardowe kary za typowe naruszenia kontraktowe; nie wyłącza to możliwości wprowadzenia w ustawie odrębnej regulacji szczególnej (lex specialis) dla sankcji związanej z niedopełnieniem obowiązku o znaczeniu systemowym, jakim jest wdrożenie i stosowanie standardu rachunku kosztów, wpływającego na wiarygodność danych kosztowych całego systemu taryfikacji świadczeń, a nie wyłącznie na dwustronną relację kontraktową. Ustawowe określenie zarówno przesłanki, jak i maksymalnej wysokości kary (do 0,5%) zapewnia przy tym świadczeniodawcom silniejszą gwarancję prawną niż pozostawienie tej materii wyłącznie uznaniu regulacyjnemu ministra w drodze OWU. Przepis art. 31lc ust. 11 będzie współistniał z art. 137 ust. 1 pkt 5 jako regulacja szczególna, bez potrzeby nowelizacji rozporządzenia OWU ani zmiany brzmienia projektowanego przepisu. 7. Uwaga częściowo uwzględniona (doprecyzowano przepis). 8. Propozycja zawężenia zakresu przekazywanej dokumentacji wypacza sens przepisu i czyni iluzorycznym uprawnienie kontrolne NFZ określone w dodawanym art. 61a ust. 1a oraz w art. 61ba.

			ambulatoryjnych dodatkowo wydłuży czas oczekiwania pacjentów, co pozostaje w sprzeczności z deklarowanym celem projektu. Projektowane zmiany mogą także doprowadzić do zmniejszenia dostępności świadczeń ambulatoryjnych, które zagregowane zostaną w mniejszej liczbie podmiotów leczniczych, które skupią personel medyczny w większym niż dotychczas stosowanym wymiarze czasu pracy. Odrębną wadą jest zakres zastosowania przepisu prawnego. Wymóg obejmuje ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wyłącznie wtedy, gdy realizowana jest w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalnego. Tożsama porada specjalistyczna, udzielana przez tego samego lekarza, podlega więc odmiennemu reżimowi w zależności od tego, czy poradnia jest jednostką przyszpitalną, czy organizacyjnie wyodrębnioną. Kryterium to nie ma żadnego związku z jakością ani ciągłością opieki i budzi wątpliwości na gruncie zasady równości (art. 32 Konstytucji RP). Jego przewidywalnym skutkiem jest wyodrębnienie poradni specjalistycznych poza struktury szpitali, a więc pogłębienie rozdrobnienia opieki — odwrotnie od deklarowanego celu projektu. Analogiczne zastrzeżenia dotyczą świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć. Dyżur ma tam charakter jednostkowy i zamknięty, a lekarz dyżurujący raz w miesiącu w pełni realizuje powierzone mu zadanie. Argument ciągłości wielodniowej opieki nad pacjentem prowadzonej w tych warunkach jest bezprzedmiotowy z uwagi na charakter udzielanych świadczeń. Wielkopolska Izba Lekarska wnosi w konsekwencji o wykreślenie z art. 132aa ust. 3 wyrazów „lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” oraz o wyłączenie z zakresu tego przepisu świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć. 4. Dyskryminacja pośrednia Sztywny próg połowy wymiaru czasu pracy jest kryterium pozornie neutralnym. W praktyce wyklucza określone grupy osób, w tym szczególnie osoby łączące pracę zawodową z obowiązkami opiekuńczymi, osoby z niepełnosprawnościami, lekarzy łączących pracę kliniczną z działalnością naukową i dydaktyczną. Wyżej opisana konstrukcja spełnia przesłanki dyskryminacji pośredniej — kryterium nie odwołuje się wprost do cechy chronionej, lecz w rzeczywistości wyodrębnia grupy wyróżniane wspólną cechą. Izba zwraca uwagę, że projekt wprowadza jednocześnie do ustawy o prawach pacjenta art. 8a zakazujący dyskryminacji między innymi ze względu na płeć i niepełnosprawność. Wprowadzanie w tym samym projekcie rozwiązań prawnych, które choć pośrednio, to jednak nieodzownie prowadzą do dyskryminacji określonych grup pracowników medycznych w zakresie kształtowania ich warunków zatrudnienia jest wysoce niewłaściwe. Niezależnie od powyższego ograniczenie jest wprost sprzeczne z celem, jakim jest przeciwdziałanie niedoborowi kadr, gdyż wyklucza z udzielania świadczeń grupy lekarzy mających uzasadniony interes w niestandardowym czasie zatrudnienia, jednocześnie rozwiązanie takie ograniczy szpitalom powiatowym dostęp do lekarzy. 5. Stawka godzinowa i propozycja alternatywna Projektowany art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadza jednolitą, sztywną maksymalną stawkę godzinową brutto w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę (co odpowiada zapowiadanej przez projektodawcę kwocie ok. 240 zł brutto za godzinę), niezależnie od specjalizacji, miejsca i warunków udzielania świadczeń, stopnia deficytowości danej dziedziny medycyny czy trudności w pozyskaniu kadr na danym terenie. Rozwiązanie to, jak trafnie zwracano uwagę w dyskusji publicznej wokół zapowiedzi resortu, „traktuje wszystkich tak samo”, nie uwzględniając zasadniczych różnic między poszczególnymi placówkami. Wielkopolska Izba Lekarska w szczególności zwraca	Należy wskazać, że zawężenia ściśle do dokumentacji kadrowej z wyłączeniem pełnej dokumentacji medycznej pacjentów leczonych komercyjnie, poza przypadkami bezpośrednio związanymi z refundacją, wyklucza rzetelną weryfikację czasu pracy personelu medycznego. Niejednokrotnie wykazanie realnego czasu pracy możliwe jest wyłącznie poprzez badanie dokumentacji medycznej, a nie wyłącznie dokumentacji kadrowej. Ocena dokumentacji medycznej w takiej sytuacji ograniczała się będzie wyłącznie do faktu dokonywania wpisów przez personel medyczny w określonym czasie, a nie do oceny danych medycznych pacjentów. Zakres danych osobowych, do których przetwarzania uprawniony jest NFZ określony jest w art. 188 ust. 1 zgodnie z którym Fundusz przetwarza dane osobowe ubezpieczonych w celu: 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń; 4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń; (…) 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami; (…) 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych. Z kolei art. 188 ust. 1a stanowi, że Fundusz przetwarza dane osobowe osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 w celu: 1) rozliczania ze świadczeniodawcami; 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5; 3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 5) potwierdzenia udzielenia świadczeń.

			uwagę na ryzyko związane z wprowadzeniem sztywnego limitu, który uderzy najdotkliwiej w szpitale powiatowe i inne placówki o utrwalonych trudnościach kadrowych. Podmioty te jedynie dzięki konkurencyjnym stawkom wynagrodzeń były w stanie zapewnić dostępność lekarzy dojeżdżających na dyżury z odległych ośrodków. Ograniczenie możliwości finansowego motywowania takich osób, bez jednoczesnego zaproponowania innych, systemowych instrumentów zabezpieczenia obsady dyżurów, może doprowadzić do realnego ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń ratujących życie, w placówkach zlokalizowanych poza dużymi ośrodkami miejskimi – a więc do skutku odwrotnego od zamierzonego. Izba sprzeciwia się wprowadzeniu maksymalnej stawki godzinowej w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Minimalne wynagrodzenie jest instrumentem ochrony pracowników najniżej wynagradzanych (art. 65 ust. 4 Konstytucji RP), a nie miernikiem wartości pracy. Projekt odwraca funkcję tej instytucji. Dla wynagrodzeń w podmiotach leczniczych ustawodawca posługuje się już inną podstawą odniesienia — przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej, wraz ze współczynnikami różnicującymi według kwalifikacji. Wynagrodzenie za czas obecności jest właściwe tam, gdzie treścią zobowiązania lekarza jest pozostawanie w gotowości lub w trybie pracy ciągłej nie poddającej się kwantyfikacji świadczenia — na dyżurze, w szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale szpitalnym. Nie jest właściwe tam, gdzie miarą pracy jest liczba i złożoność wykonanych procedur. Wynagrodzenie godzinowe nie premiuje ilości wykonanej pracy: jego wysokość jest identyczna niezależnie od tego, czy lekarz wykona w danym czasie jedną operację, czy trzy. Izba proponuje w to miejsce rozwiązanie, które realizuje cel projektodawcy pełniej niż limit godzinowy: 1) w wycenie każdego świadczenia gwarantowanego wyodrębnia się część odpowiadającą wynagrodzeniu lekarza — obok części przypadającej na wynagrodzenie pozostałego personelu, koszt badań, wyrobów medycznych i pozostałe koszty świadczeniodawcy; 2) wynagrodzenie lekarza wykonującego procedury w formie kontraktu ustala się jako iloczyn tak wyodrębnionej kwoty i liczby wykonanych świadczeń; 3) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stosuje się stawkę kwotową za poradę, powiększoną o odrębne stawki kwotowe za badania diagnostyczne wykonywane osobiście przez lekarza, w szczególności badania ultrasonograficzne oraz za zabiegi wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Rozwiązanie to nie jest stawką procentową wynagrodzenia świadczeniodawcy. Nie powoduje automatycznego przenoszenia wzrostu taryfy na wynagrodzenie, a więc odpowiada celowi projektowanego art. 132ab ust. 11, zachowując jednocześnie związek wynagrodzenia z realną wartością wykonanej pracy i różnicując je według złożoności procedury. Model godzinowy przewidziany w projekcie takiego różnicowania nie zapewnia i w praktyce zniechęca do podejmowania procedur najtrudniejszych, wymagających wieloletniego, finansowanego samodzielnie kształcenia. 6. Kara umowna nakładana władczo przez organ Projektowany art. 31lc ust. 11 stanowi, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną. Kara umowna jest instytucją prawa cywilnego (art. 483 Kodeksu cywilnego) — zastrzegają ją strony w umowie; nie jest nakładana jednostronnie przez organ na podstawie przepisu ustawy. Stosownie do treści art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych określane są w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których treść ustala w formie rozporządzenia Minister Zdrowia. Wprowadzenie do umów zawieranych z świadczeniodawcami przez Narodowy Fundusz	Istniejące podstawy prawne dotyczące możliwości przetwarzania danych osobowych w powiązaniu z celem kontroli i kierunkiem projektowanej regulacji uzasadniają projektowane brzemiennie przepisu. 9. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			Zdrowia nowej kary umownej wymaga zatem zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej a nie zmiany ustawy o świadczeniach. 7. Wadliwość przepisu karnego Projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11 opisuje znamiona wykroczenia jako podejmowanie działań prowadzących do naruszenia wymogów albo niepodejmowanie działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów. Tak ogólny opis nie spełnia wymogu określoności czynu zabronionego. Nadto zgodność z limitem czasu pracy zależy od oświadczeń składanych przez osobę zatrudnianą o jej zatrudnieniu u innych podmiotów. Kierownik podmiotu leczniczego nie ma ustawowego narzędzia weryfikacji tych oświadczeń — nie istnieje rejestr wymiaru zatrudnienia osób wykonujących zawody medyczne, a projekt go nie tworzy. Obciąża się zatem kierownika odpowiedzialnością za prawdziwość oświadczenia wiedzy innej osoby. Tak niejasno i blankietowo skonstruowany przepis karny nie może w demokratycznym państwie prawa zostać wprowadzony do obrotu prawnego. Nie daje on kierownikom podmiotów leczniczych pewności jakie ich zachowania pozostają poza dyspozycją tego przepisu, a jakie narażają ich na odpowiedzialność karną. Przewidziany w projekcie obowiązek składania przez zatrudnianego lekarza pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, oświadczenia o łącznym wymiarze czasu pracy jego równoważnika, wynikającego z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami jest środkiem zbyt rygorystycznym. Cel projektodawcy może być osiągnięty poprzez nałożenie na kierownika zatrudniającego lekarza podmiotu sprawdzenia informacji o wymiarze jego zaangażowania zawodowego w innych podmiotach w systemie SZOI. Projekt powinien zatem wprowadzić mechanizmy umożliwiające weryfikację czasu zatrudnienia lekarza w innych podmiotach posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w systemie SZOI zamiast nakładać na lekarzy obowiązek składania oświadczeń w tym zakresie pod rygorem odpowiedzialności zawodowej. 8. Zakres podmiotowy — objęcie działalności niefinansowanej ze środków publicznych Projekt istotnie poszerza uprawnienia kontrolne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in. przez dodanie art. 61ba ustawy o świadczeniach, przyznającego Prezesowi Funduszu nieodpłatny dostęp do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych podmiotów leczniczych, w tym w zakresie świadczeń nieobjętych umową z Funduszem, a także art. 61a ust. 1a, umożliwiającego kontrolę sposobu wykorzystania środków publicznych przez świadczeniodawców i apteki. Jakkolwiek cel weryfikacji rzetelności rozliczeń ze środków publicznych jest zrozumiały, zakres i sposób sformułowania tych przepisów budzi wątpliwości co do zachowania zasady proporcjonalności – dostęp do pełnej dokumentacji kadrowej i medycznej, obejmującej również aktywność zawodową poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowi daleko idącą ingerencję w sferę prywatności pracowników medycznych i tajemnicę przedsiębiorstwa świadczeniodawców. Projektodawca w ocenie skutków regulacji wprost stwierdził, że projekt „nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych” i z tego względu odstąpił od przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 RODO – stanowisko to, w świetle zakresu nowych uprawnień NFZ do przetwarzania danych kadrowych i medycznych, Wielkopolska Izba Lekarska uznaje za nietrafne i wymagające ponownej analizy. Projekt rozciąga obowiązki na podmioty i umowy pozostające całkowicie poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Dotyczy to co najmniej trzech projektowanych przepisów: art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach, który odsyła do pojęcia świadczeniodawcy obejmującego każdy podmiot wykonujący	

			działalność leczniczą; art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej, które ograniczenia do środków publicznych nie zawierają poza trybem konkursu ofert; oraz art. 192a ust. 1 pkt 4, adresowanego wprost do podmiotów nieposiadających zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest organem nadzoru nad rynkiem usług medycznych. Nie ma podstawy, by gromadził dane o personelu i pacjentach podmiotów, z którymi nie łączy go żaden stosunek prawny, ani by sankcjonował ich odmowę udostępnienia dokumentacji. Rozciągnięcie obowiązków poza system publiczny nie znajduje uzasadnienia w celu projektu i stanowi nieproporcjonalne ograniczenie wolności działalności gospodarczej. Odrębną wątpliwość budzi wykluczenie osób prawnych z kręgu przyjmujących zamówienie (art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Różnicowanie wykonawców wyłącznie ze względu na formę prowadzenia działalności pozostaje w sprzeczności ze swobodą przedsiębiorczości i swobodą świadczenia usług (art. 49 i art. 56 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej). Cel przeciwdziałania pośrednictwu w zatrudnieniu jest osiągalny przez wymogi przedmiotowe wobec przyjmującego zamówienie, bez wykluczania całej kategorii podmiotów. 9. Wygaśnięcie umów i vacatio legis Artykuł 4 projektu przewiduje wygaśnięcie z mocy prawa, z dniem 31 grudnia 2026 r., umów zawartych zgodnie z prawem obowiązującym w dacie ich zawarcia. Godzi to w zasadę ochrony praw słusznie nabytych oraz zasadę zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa (art. 2 Konstytucji RP). Automatyczne wygaśnięcie umów cywilnoprawnych i innych aktów kreujących zatrudnienie, bez zapewnienia realnego okresu przejściowego adekwatnego do konieczności renegocjacji warunków współpracy z dziesiątkami tysięcy osób wykonujących zawody medyczne oraz do harmonogramów pracy szpitali (grafiki dyżurowe, obsada oddziałów), rodzi poważne ryzyko destabilizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych na przełomie 2026 i 2027 r. Tak daleko idąca ingerencja ustawodawcy w rynek usług, łamiąca podstawową zasadę stosunków cywilnoprawnych opartych na umowach - zasadę swobody umów, jest niespotykana w historii nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale w historii wolnego obrotu gospodarczego w Polsce. Projekt nie przewiduje instytucji dostosowania umowy — jedynym skutkiem jest wygaśnięcie całego stosunku prawnego. Czternastodniowe vacatio legis jest przy tym nieadekwatne do skali zmian, obejmujących wszystkie umowy o pracę i umowy cywilnoprawne w ochronie zdrowia. Odstąpienie od zasady wyrażonej w art. 68b ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców nie zostało wykazane w sposób odpowiadający wadze ograniczenia. Podmioty lecznicze nie są w stanie pozyskać personelu w wymiarze wymaganym przez ustawę w terminie kilku miesięcy. Odrębną kwestią od czternastodniowego vacatio legis samej ustawy pozostaje długość faktycznego okresu, jaki podmioty lecznicze i pracownicy medyczni będą mieli na dostosowanie się do wygaśnięcia umów z dniem 31 grudnia 2026 r. Okres ten zależy od daty wejścia ustawy w życie i nie powinien być utożsamiany z vacatio. Tak daleko idące ingerencje w rynek usług zdrowotnych nie mogą być wprowadzane w życie z vacatio legis krótszym niż 12 miesięcy oraz z zastąpieniem wygaśnięcia umów obowiązkiem ich dostosowania, ze skutkiem bezskuteczności wyłącznie postanowień sprzecznych z ustawą. 10. Postulaty uzupełniające W przypadku procedowania projektu ustawy Wielkopolska Izba Lekarska wnosi o jego rozszerzenie o dwa rozwiązania, bez których proponowana regulacja pozostaje jednostronna.	

			Po pierwsze — o obowiązek wydania pacjentowi po zakończeniu leczenia szpitalnego zestawienia wartości udzielonego świadczenia z rozbiciem na wyroby medyczne i leki, koszt badań, koszt pobytu, wynagrodzenie personelu oraz pozostałe koszty podmiotu leczniczego. Debata o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia toczy się obecnie bez punktu odniesienia, ponieważ pacjent nie zna ani wartości udzielonego mu świadczenia, ani jej struktury. Po drugie — o powiązanie limitów wynagrodzeń z wdrożeniem systemu rekompensaty zdarzeń medycznych bez orzekania o winie. Projekt ogranicza wynagrodzenia za świadczenia obarczone najwyższym ryzykiem, nie zmieniając zasad odpowiedzialności lekarza, który za te same świadczenia odpowiada karnie, cywilnie, zawodowo i pracowniczo. Reasumując powyższe uwagi Wielkopolska Izba Lekarska wskazuje, że projektowane zmiany są niezgodne z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, przewidują rozwiązania, które nie zapewnią realizacji zakładanych przez projektodawcę celów a z pewnością zwiększą chaos w systemie ochrony zdrowia. Projektodawca nie dokonał oceny skutków projektowanych zmian na przepływ kadr medycznych - zarówno pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym jaki i możliwy odpływ tych kadr z kraju. Mając powyższe na uwadze projekt w przedstawionym brzmieniu należy odrzucić w całości, a prace nad rozwiązaniami, które w niezbędnym zakresie uregulują sprawy czasu zaangażowania zawodowego pracowników medycznych, warunki ich zatrudnienia rozpocząć od nowa w dialogu ze środowiskami medycznymi.	
30.	STOWARZYSZENIE ŚW. CELESTYNA	Uwagi ogólne	Najważniejsze postulaty: •jednoznaczne zdefiniowanie pojęć „stawka godzinowa brutto”, „wynagrodzenie zasadnicze”, „równoważnik wymiaru czasu pracy” oraz zasad porównywania umowy o pracę, umowy zlecenia i B2B; • wyłączenie z limitów wynagrodzeń obowiązkowych dodatków za pracę w nocy, niedziele i święta, godzin nadliczbowych, dyżurów medycznych, gotowości oraz innych świadczeń należnych z mocy prawa; • wprowadzenie mechanizmu wyjątków od limitów wynagrodzeń i czasu pracy w przypadku deficytu kadr, zagrożenia ciągłości leczenia lub braku specjalisty na danym obszarze; • rezygnacja z automatycznego wygaśnięcia umów z personelem 31 grudnia 2026 r. i zastąpienie go obowiązkiem dostosowania umów w odpowiednim okresie przejściowym; • pozostawienie zasady wcześniejszego zawiadamiania o kontroli, przy dopuszczeniu kontroli bez zapowiedzi jedynie w ustawowo określonych, uzasadnionych przypadkach; • zachowanie wymogu, aby badanie i ocena pełnej dokumentacji medycznej były prowadzone przez osoby z wykształceniem medycznym lub wykonujące właściwy zawód medyczny; • wzmocnienie ochrony dokumentacji dzieci, pacjentów psychiatrycznych i osób z autyzmem, z uwzględnieniem zasady minimalizacji zakresu danych udostępnianych podczas kontroli; • niewprowadzanie generalnego uprawnienia NFZ do kontroli działalności komercyjnej; dane o świadczeniach nieobjętych umową z NFZ powinny być dostępne wyłącznie w zakresie ściśle niezbędnym do zbadania konkretnego związku z wykorzystaniem środków publicznych; • zapewnienie, że zakończenie pilotażu CZP i przejście do modelu świadczeń gwarantowanych od 2027 r. nie spowodują dublowania kontroli ani ponownego rozpoczęcia biegu pięcioletniego okresu kontroli wynikającego z umowy;	Uwaga częściowo uwzględniona W zakresie dotyczącym pozostawienia zasady wcześniejszego zawiadamiania o kontroli, przepisy zostały doprecyzowane. W zakresie dotyczącym zachowania wymogu, aby badanie i ocena pełnej dokumentacji medycznej były prowadzone przez osoby z wykształceniem medycznym lub wykonujące właściwy zawód medyczny – uwaga niezasadna.. Przepis ten dotyczy wszystkich tych sytuacji w których wyprowadzenie wniosków z wpisów z dokumentacji medycznej nie wymaga wiedzy medycznej, a jedynie ustalenie istnienia określonych faktów. Przykładem może być również weryfikacja dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, a zatem rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666). Jednocześnie należy podkreśli, że w zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-

			• zharmonizowanie UD439 z ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. (Dz.U. z 2026 r. poz. 972) i pismem AOTMiT z 23 lipca 2026 r., tak aby podmioty lecznicze nie przekazywały tych samych danych wielokrotnie do MZ, NFZ i AOTMiT; • ustanowienie postępowania naprawczego przed nałożeniem kary przez NFZ lub AOTMiT, poza przypadkami oszustwa, świadomego utrudniania kontroli lub rażącego naruszenia; • wydłużenie vacatio legis oraz przeprowadzenie pełnej oceny skutków regulacji dla małych i średnich podmiotów, psychiatrii środowiskowej, rehabilitacji, opieki nad dziećmi i dostępności specjalistów poza dużymi ośrodkami.	terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy przewidują rygory dotyczące wykształcenia lub wykonywania zawodu przez pracownika NFZ który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medyczne. W zakresie dotyczącym niewprowadzania generalnego uprawnienia NFZ do kontroli działalności komercyjnej -uwaga niezasadna Projekt nie wprowadza uprawnienia dla NFZ do kontrolowania działalności komercyjnej podmiotów. Narzędzia wprowadzane w projekcie służą wyłącznie realizacji celów określonych w dodawanym art. 61a ust. 1a i art. 132aa i 132ab, czyli zapewnienia nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych przez podmioty związane z NFZ umowami, w szczególności na wydatkowanie na wynagrodzenia personelu medycznego. Projekt nie zadaje NFZ uprawnień kontrolnych nad podmiotami niezwiązanymi umową z NFZ. W zakresie dotyczącym ustanowienia postępowania naprawczego przed nałożeniem kary przez NFZ lub AOTMiT, poza przypadkami oszustwa, świadomego utrudniania kontroli lub rażącego naruszenia – uwaga niezasadna Postępowanie naprawcze wynikające z kontroli realizowanych przez NFZ polega na realizacji przez podmioty kontrolowane zaleceń pokontrolnych. Uprawnienie do nakładania kar jest uprawnieniem wynikającym z cywilnoprawnej relacji NFZ i podmiotów kontrolowanych. Zasady i uzasadnienie do nakładania kar umownych wynika z cywilistycznych celów jakim służy mechanizm kar umownych w szczególności kompensacyjnych i stymulacyjny. Odnosząc się do wnioskowanego zakresu, w którym NFZ wg wnioskodawcy mógłby nakładać kary bezpośrednio po kontroli, tj. do przypadków „oszustwa, świadomego utrudniania kontroli lub rażącego

				naruszenia” należy podkreślić, że pojęcie oszustwa jest pojęciem prawnokarnym, podobnie jak ocena świadomości w podejmowaniu przez podmiot działań. NFZ nie ma uprawnień do dokonywania ustaleń w sferze prawa karnego. Podmioty kontrolowane przez NFZ są profesjonalistami posiadającymi często wyspecjalizowaną obsługę prawną. Nie można nie wymagać od nich przestrzegania prawa. Kontrola NFZ jako podstawowe kryterium oceny przyjmuje kryterium legalizmu i niedopuszczalne jest oczekiwanie, że będzie sankcjonowała wyłącznie „rażące naruszenia”, co zresztą jest kategorią ocenną.
31.	NZOZ Sonido-Starzyński	Uwagi ogólne	Najważniejsze postulaty • Zachować rozliczenia zadaniowe w AOS. Należy wprost dopuścić kwotę za poradę, procedurę lub jednostkę rozliczeniową oraz model mieszany. Nieurealnione wartości umów, w wielu zakresach pozostające praktycznie na poziomie z 2022 r., nie pozwalają na bezpieczne narzucenie wyłącznie wynagrodzenia godzinowego. • Zapewnić wykonalność limitów czasu i wynagrodzeń. Definicje muszą być jednoznaczne, a weryfikacja powinna odbywać się w centralnym systemie. Regulacja nie może przenosić na placówkę nieproporcjonalnego ryzyka finansowego, szczególnie przy rozliczaniu części nadwykonań dopiero po zakończeniu roku. • Ograniczyć kontrolę do zakresu koniecznego. Dostęp do dokumentacji komercyjnej i danych kadrowych powinien być możliwy wyłącznie w konkretnej, uzasadnionej sprawie, z pełnymi gwarancjami ochrony danych i tajemnicy przedsiębiorstwa. • Doprecyzować równe traktowanie pacjentów. Przepis nie może podważać legalnego równoległego udzielania odrębnych świadczeń komercyjnych, o ile nie narusza to listy oczekujących i dostępności zakontraktowanej w NFZ. • Ograniczyć obowiązek konkursu ofert. Prywatna poradnia AOS nie powinna być zobowiązana do pełnego konkursu przy każdej umowie z lekarzem, zastępstwie lub niewielkim wymiarze współpracy. • Wprowadzić realny okres dostosowawczy i poprawić OSR. Potrzebne jest co najmniej 12 miesięcy oraz rzetelna analiza wpływu na AOS, MŚP, dostępność świadczeń i dane osobowe. • Wzmocnić mechanizm szybkiej taryfikacji. Świadczeniodawcy powinni mieć prawo zainicjowania weryfikacji niedoszacowanej taryfy, a ustawa powinna określać terminy i kryteria rozpatrzenia.	Uwagi niezasadne Wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej nie determinuje formy wynagradzania, np. zgodnie z realizacją określonych procedur. Uwaga częściowo zasadna co do celu, niezasadna w zakresie proponowanego rozwiązania. Postulat zapewnienia możliwości szybkiego reagowania na przypadki potencjalnego niedoszacowania taryf należy uznać za zasadny co do celu. Projektowane przepisy przewidują jednak możliwość określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji w szczególnie uzasadnionych przypadkach, jeżeli potrzeba taka wynika z informacji posiadanych przez Agencję. Pojęcie to nie ogranicza źródła informacji i umożliwia uwzględnianie również sygnałów przekazywanych przez świadczeniodawców lub reprezentujące ich organizacje. Wprowadzenie odrębnego uprawnienia każdego świadczeniodawcy do formalnego inicjowania procedury weryfikacji taryfy, połączonego z obowiązkiem jej rozpatrzenia w określonym terminie, mogłoby prowadzić do znacznego zwiększenia liczby wniosków

				i ograniczać możliwość ustalania priorytetów taryfikacyjnych z uwzględnieniem znaczenia problemu, skali realizacji świadczeń oraz dostępności danych niezbędnych do przeprowadzenia wiarygodnej analizy kosztowej. Zasadne jest zatem pozostawienie Agencji możliwości oceny przekazywanych informacji oraz rozstrzygnięcia, czy w danym przypadku zachodzą przesłanki do przeprowadzenia taryfikacji poza planem, bez tworzenia odrębnego trybu wnioskowego skutkującego obowiązkiem weryfikacji taryfy. W zakresie dotyczącym • Ograniczenia kontroli do zakresu koniecznego Narzędzia wprowadzane w projekcie służą wyłącznie realizacji celów określonych w dodawanym art. 61a ust. 1a i art. 132aa i 132ab, czyli zapewnienia nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych przez podmioty związane z NFZ umowami, w szczególności na wydatkowanie na wynagrodzenia personelu medycznego. Przepisy dotyczące ochrony danych osobowych i tajemnicy przedsiębiorstwa obowiązują NFZ, nie ma zatem potrzeby wprowadzania w tym zakresie jakiejkolwiek dodatkowej regulacji. Byłaby to regulacja nadmiarowa. • Doprecyzowania równego traktowania pacjentów Nie wiadomo do którego konkretnie przepisu odnosi się ta uwaga, ale można przyjąć, że do dodawanej w projekcie przesłanki uruchomienia kontroli na podstawie art. 61v. Przepis nie podważa legalnego równoległego udzielania odrębnych świadczeń komercyjnych, o ile nie narusza to listy oczekujących i dostępności zakontraktowanej w NFZ. Podmioty związane umowami z NFZ zobowiązane są do udzielania świadczeń zgodnie z zasadami wynikającymi z przepisów prawa.

				Realizacja przez te podmioty świadczeń komercyjnych nie może powodować ograniczenia dostępności do świadczeń w ramach umowy z NFZ. Świadczenia nie mogą być udzielane przez personel wykazany w harmonogramach do umów z NFZ w czasie przeznaczonym na realizację umowy z NFZ. Pacjenci prywatni nie mogą uzyskiwać świadczeń z naruszeniem przepisów dotyczących kolejek.
32.	Centrum Medyczne Mediraj Sp. z o.o.	Uwagi ogólne	Wnoszę o: 1. jednoznaczne wyłączenie chirurgii jednego dnia z obowiązku zatrudnienia lekarza w minimalnym wymiarze połowy etatu; 2. wyłączenie małych kontraktów AOS realizowanych przez jeden lub dwa dni w tygodniu; 3. umożliwienie dostosowania wymiaru pracy lekarza do rzeczywistego harmonogramu i wartości umowy z NFZ; 4. wyłączenie lekarzy realizujących takie świadczenia z obowiązku uzyskiwania zgody podstawowego pracodawcy; 5. zagwarantowanie, że wykonywanie świadczeń przez kilka dni w miesiącu nie będzie powodowało dodatkowego ryzyka dla lekarza; 6. wprowadzenie prostego wyjątku ustawowego, który nie będzie wymagał każdorazowej interpretacji przez lekarza, świadczeniodawcę lub NFZ; 7. uwzględnienie w ocenie skutków regulacji nie tylko kosztów świadczeniodawców, ale również prawdopodobnej rezygnacji lekarzy z małych umów; 8. przeprowadzenie odrębnych konsultacji z podmiotami realizującymi małe kontrakty AOS i chirurgii jednego dnia. Proponuję wprowadzenie zasady, zgodnie z którą wymóg minimalnego zatrudnienia nie ma zastosowania, jeżeli harmonogram zatwierdzony w umowie z NFZ nie uzasadnia pracy lekarza w takim wymiarze. Jednocześnie przepisy powinny jednoznacznie stanowić, że lekarz może wykonywać świadczenia w małym podmiocie przez jeden dzień w tygodniu lub kilka dni w miesiącu bez konieczności uzyskiwania zgody podstawowego pracodawcy i bez ryzyka naruszenia zasad dotyczących jego głównego miejsca zatrudnienia.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
33.	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock	Art. 132ab u.o.s.o.z.	Wnosimy o doprecyzowanie treści projektowanego art. 132ab ust. 4 i 5, gdyż obecne brzmienie przepisów pozostawia szereg istotnych wątpliwości interpretacyjnych, które mogą prowadzić do niejednolitego stosowania prawa przez świadczenidawców oraz organy kontrolne. W szczególności prosimy o jednoznaczne określenie: 1. czy planowane jest wprowadzenie maksymalnych limitów lub zasad ustalania wysokości wynagrodzenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 4 i 5; 2. jakie obowiązki, czynności lub rodzaje świadczeń będą uznawane za wykonywane w ramach „szczególnych umiejętności”; 3. według jakich obiektywnych kryteriów będzie oceniane „ponadstandardowe obciążenie pracą” oraz czy zostaną określone mierzalne wskaźniki pozwalające na jego weryfikację; 4. kto będzie właściwy do oceny spełnienia przesłanek wskazanych w przepisie (świadczeniodawca, Narodowy Funduszu Zdrowia, Minister Zdrowia czy inny organ); 5. jakie będą konsekwencje odmiennej interpretacji tych pojęć przez świadczeniodawcę i organ kontrolujący oraz kto będzie ponosił odpowiedzialność za ewentualne błędne zakwalifikowanie wynagrodzenia dodatkowego.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.

			Projekt nie wskazuje również, w jaki sposób należy rozumieć obowiązek „odrębnego raportowania". Nie wiadomo, czy raportowanie będzie odbywało się do Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach dokumentacji wewnętrznej świadczeniodawcy, czy też za pośrednictwem systemów informatycznych. Brak tej informacji uniemożliwia ocenę skutków organizacyjnych i finansowych projektowanych przepisów oraz przygotowanie odpowiednich rozwiązań po stronie świadczeniodawców. Obecne sformułowania mają charakter niedookreślony i mogą prowadzić do znacznych rozbieżności interpretacyjnych, zwłaszcza w trakcie kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych organów. W praktyce świadczeniodawcy będą zmuszeni samodzielnie interpretować pojęcia użyte w ustawie, ponosząc jednocześnie pełne ryzyko finansowe i prawne. W przypadku zakwestionowania przyjętych zasad przez organ kontrolny konsekwencje będą obciążały wyłącznie świadczeniodawcę, mimo że źródłem problemu są nieprecyzyjne przepisy. W związku z powyższym zasadne jest: • uzupełnienie projektu o definicje legalne lub jednoznaczne kryteria kwalifikowania świadczeń wymagających „szczególnych umiejętności" oraz „ponadstandardowego obciążenia pracą"; • określenie zasad i sposobu odrębnego raportowania wynagrodzenia dodatkowego; • wskazanie podmiotu właściwego do interpretacji i oceny spełnienia przesłanek ustawowych; • doprecyzowanie, czy przewidziane zostaną limity lub inne ograniczenia wysokości wynagrodzenia dodatkowego; • rozszerzenie uzasadnienia projektu o praktyczne przykłady świadczeń i sytuacji kwalifikujących się do przyznania wynagrodzenia dodatkowego, co pozwoli zapewnić jednolite stosowanie przepisów w całym kraju i ograniczyć ryzyko rozbieżnych interpretacji podczas kontroli. Dodatkowo należy rozważyć przygotowanie przez Ministra Zdrowia lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oficjalnych wytycznych interpretacyjnych obowiązujących wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ. Pozwoli to uniknąć sytuacji, w której identyczne rozwiązania organizacyjne będą odmiennie oceniane przez poszczególne organy kontrolne, co naruszałoby zasadę pewności prawa i równego traktowania świadczeniodawców.	
34.	Uzdrowisko Wysowa		Projekt zakłada ograniczenie łącznego czasu udzielania świadczeń finansowanych przez NFZ. W praktyce oznacza to, że lekarze będą zmuszeni do wyboru miejsc zatrudnienia. Kierując się względami ekonomicznymi, wybiorą przede wszystkim szpitale i podmioty specjalistyczne, oferujące wyższe wynagrodzenia oraz dające prestiż zatrudnienia. Lecznictwo uzdrowiskowe od wielu lat należy do najsłabiej finansowanych obszarów ochrony zdrowia, stanowi poniżej 1% budżetu NFZ. Obowiązujące wyceny świadczeń uniemożliwiają konkurowanie o lekarzy z innymi świadczeniodawcami. W efekcie uzdrowiska staną się dla lekarzy miejscem zatrudnienia ostatniego wyboru. Brak lekarzy specjalistów doprowadzi do ograniczenia liczby łóżek, zmniejszenia liczby turnusów, wydłużenia kolejek oraz ograniczenia dostępności rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego. W skrajnych przypadkach część podmiotów nie będzie w stanie spełnić wymogów kadrowych określonych przez NFZ, co może skutkować ograniczeniem lub zakończeniem realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Najbardziej poszkodowanymi będą osoby starsze oraz pacjenci wymagający rehabilitacji po urazach, zabiegach operacyjnych i chorobach przewlekłych. Ograniczenie dostępu do rehabilitacji oznacza większą liczbę hospitalizacji, wzrost zapotrzebowania na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę długoterminową oraz wyższe koszty ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Projekt może więc przynieść efekt odwrotny do zamierzonego, zamiast ograniczenia kosztów	Uwaga niezasadna Brak podstaw do twierdzenia, że ograniczenie czasu racy medyków do 2-krotnosci pełnego wymiary (podyktowane względami bezpieczeństwa pacjentów), w jakikolwiek sposób uderzy w lecznictwo uzdrowiskowe.

			doprowadzi do ich wzrostu. Projekt nie uwzględnia również skutków społecznych. Ograniczenie działalności uzdrowisk będzie oznaczało redukcję zatrudnienia nie tylko lekarzy, ale również fizjoterapeutów, pielęgniarek, psychologów, terapeutów zajęciowych, dietetyków, masażystów oraz pozostałego personelu medycznego. Zwolnienia obejmą także pracowników administracji, gastronomii, recepcji, utrzymania czystości, działów technicznych i innych zawodów wspierających działalność uzdrowisk. Dla wielu gmin uzdrowiskowych podmioty lecznicze są największym pracodawcą. Ograniczenie ich działalności będzie skutkowało utratą miejsc pracy, pogorszeniem sytuacji materialnej wielu rodzin, wzrostem bezrobocia oraz osłabieniem lokalnej gospodarki. Skutków tych projekt nie analizuje. Projekt budzi również nasze poważne wątpliwości z punktu widzenia art. 68 Konstytucji RP, gwarantującego obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W praktyce doprowadzi on do ograniczenia dostępności świadczeń uzdrowiskowych i rehabilitacyjnych nie z powodu zmniejszenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, lecz wskutek niedoboru lekarzy odpowiednej specjalizacji. Jednocześnie projekt nie spełnia wymogu proporcjonalności wynikającego z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, ponieważ nie wykazano, że proponowane rozwiązania są najmniej dolegliwym środkiem prowadzącym do osiągnięcia zakładanego celu. Za szczególnie niepokojący należy uznać brak rzetelnej Oceny Skutków Regulacji. Nie przeanalizowano: • ilu lekarzy będzie zmuszonych zrezygnować z pracy w lecznictwie uzdrowiskowym, • ile podmiotów utraci możliwość zapewnienia wymaganej obsady lekarskiej, • o ile zmniejszy się liczba miejsc leczenia uzdrowiskowego, • jak wydłużą się kolejki oczekujących, • jakie będą skutki finansowe dla NFZ wynikające ze wzrostu liczby hospitalizacji i świadczeń specjalistycznych.	
35.	Kierownik SOR Górnośląskiego Centrum Medycznego	Art. 132aa i 136ab	A. Rekomendacja główna Zakres podmiotowy i przedmiotowy nowych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach powinien — na obecnym etapie prac — wyłączać świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), w tym przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) i Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR). Regulacja limitów czasu pracy i wynagrodzeń dla tego segmentu systemu ochrony zdrowia powinna zostać odroczona do odrębnego etapu prac legislacyjnych, nie wcześniej niż rok po wejściu w życie regulacji podstawowej dla pozostałych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Rekomendacja ta wynika z oceny ryzyka ekonomicznego i organizacyjnego opisanej w pkt 2.1, a nie z wykładni obowiązujących przepisów. B. Rekomendacje techniczne (na wypadek nieprzyjęcia rekomendacji głównej lub niezależnie od niej) Jeżeli projektodawca nie zdecyduje się na wyłączenie wskazane w pkt A, projekt — w obecnym brzmieniu — zawiera następujące, wymagające doprecyzowania, ryzyka prawne i operacyjne dla SOR: 1) zakres wyłączenia z art. 132aa ust. 7 projektu nie obejmuje jednoznacznie personelu medycznego udzielającego świadczeń w stanie nagłym na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów); 2) brak analogicznego wyłączenia w art. 132ab (limity wynagrodzeń) dla świadczeń udzielanych w stanie nagłym w ramach dyżuru medycznego;	Uwagi niezasadne Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. Ponadto projekt przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od wymogów dot. wymiaru czasu pracy, jeżeli będzie to niezbędne dla zapewnienia ciągłości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie zgody NFZ.

			3) limit łącznego wymiaru czasu pracy dla osób udzielających świadczeń w SOR (art. 132aa ust. 1 w zw. z art. 93 ustawy o działalności leczniczej) nie został wyrażony wprost w godzinach miesięcznie, a wyłączenie dolnego limitu zatrudnienia (art. 132aa ust. 3 i 6) nie zostało jednoznacznie powiązane ze wszystkimi podstawami wykonywania świadczeń w SOR; 4) projekt nie przewiduje możliwości kwalifikowania świadczeń udzielanych w SOR jako pełnionych w ramach dyżuru medycznego niezależnie od pory doby, w podmiotach stosujących równoważny system czasu pracy (art. 94 ustawy o działalności leczniczej); 5) projekt nie zawiera mechanizmu różnicowania limitu wynagrodzenia z art. 132ab ust. 7–8 w zależności od posiadanych szczególnych umiejętności zawodowych (art. 17 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) lub ponadstandardowego obciążenia pracą wynikającego z rodzaju świadczeń (SOR, nocna i świąteczna opieka zdrowotna — NiŚOZ); 6) termin wygaszenia niezgodnych umów określony w art. 4 projektu (31 grudnia 2026 r.) jest nieadekwatny — nie tylko z uwagi na skalę koniecznej renegocjacji umów, lecz także z uwagi na realny, przewidywalny termin zakończenia procesu legislacyjnego (pkt 2.8); 7) nowa sankcja grzywny do 30 000 zł dla kierownika podmiotu leczniczego (art. 193 ust. 1 pkt 11 w zw. z ust. 2) nie przewiduje klauzuli egzoneracyjnej na wypadek niezgodności wynikającej z obiektywnego niedoboru kadr medycznych. Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego rekomenduje przyjęcie w pierwszej kolejności rozwiązania wskazanego w pkt A, a niezależnie od jego przyjęcia — wprowadzenie zmian wskazanych w pkt 4 (Rekomendacja zmian).	
36.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	Art. 1 pkt 4	Należy doprecyzować kryteria weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów, w szczególności poprzez określenie zasad oceny, katalogu naruszeń oraz przesłanek uznania stwierdzonych nieprawidłowości za istotne. Standard rachunku kosztów przewiduje możliwość stosowania przez świadczeniodawców różnych metod alokacji kosztów, własnych kluczy podziałowych oraz rozdzielników kosztów, jeżeli lepiej odzwierciedlają one rzeczywisty przebieg procesów kosztowych. Oznacza to, że prawidłowe stosowanie standardu może przybierać różne formy, dostosowane do specyfiki danego podmiotu. Projekt nie określa jednak kryteriów, według których Agencja będzie dokonywała oceny prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu. Brak jednoznacznych zasad oceny może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych i uznaniowości weryfikacji, zwłaszcza że jej wynik może stanowić podstawę do nałożenia kary umownej przez Prezesa NFZ.	Uwaga niezasadna Kryteria weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów wynikają bezpośrednio z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców oraz z załączników stanowiących jego integralną część. Przepisy te określają wymagania dotyczące m.in. wyodrębniania ośrodków powstawania kosztów, przypisywania kodów funkcji, prowadzenia ewidencji kosztów według kryterium rodzajowego, stosowania rozdzielników kosztów wspólnych, zasad alokacji kosztów, doboru kluczy podziałowych oraz wyceny kosztu wytworzenia procedur medycznych. Przedmiotem czynności weryfikacyjnych będzie zatem ocena zgodności sposobu wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów z wymaganiami wynikającymi z obowiązujących przepisów, a nie tworzenie

				nowych, odrębnych kryteriów oceny poza zakresem określonym w rozporządzeniu. Jednocześnie należy podkreślić, że standard rachunku kosztów dopuszcza stosowanie przez świadczeniodawców rozwiązań uwzględniających specyfikę organizacyjną danego podmiotu, w tym własnych rozdzielników kosztów oraz kluczy podziałowych, pod warunkiem, że rozwiązania te są odpowiednio udokumentowane, uzasadnione i pozwalają na dokładniejsze odzwierciedlenie rzeczywistego przebiegu procesów kosztowych. Agencja będzie uwzględniała również rozwiązania odmienne od wskazanych w załącznikach do rozporządzenia, jeżeli świadczeniodawca przedstawi ich metodologię, sposób wyliczenia oraz merytoryczne uzasadnienie potwierdzające, że przyjęte rozwiązania zapewniają prawidłowe przypisanie kosztów. Weryfikacja będzie prowadzona w oparciu o wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa oraz dokumentację stosowanych przez świadczeniodawcę rozwiązań. Jej przedmiotem będzie ocena zgodności sposobu wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu, z uwzględnieniem dopuszczonej przez standard rachunku kosztów elastyczności w zakresie doboru metod alokacji kosztów, rozdzielników kosztów oraz kluczy podziałowych, wynikającej ze specyfiki organizacyjnej i funkcjonalnej świadczeniodawcy.
37.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	art. 1 pkt 8	Proponuje się doprecyzowanie projektowanego przepisu poprzez jednoznaczne określenie zakresu dokumentacji oraz informacji, do których Prezes NFZ może uzyskać dostęp, a także wskazanie, że dostęp do informacji dotyczących świadczeń nieobjętych umową z Funduszem może następować wyłącznie w zakresie niezbędnym do weryfikacji prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	Uwaga niezasadna. Projektowany art. 61ba ma na celu wyjście naprzeciw zdefiniowanym w systemie ochrony zdrowia niepożądanym zjawiskom nadmiernego, a czasem fikcyjnego zaangażowania osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2

				ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, którzy funkcjonują zarówno w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również w sektorze komercyjnym. Warunkiem koniecznym zbadania i dokonania oceny tych zjawisk jest stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów wykonujących działalność posiadających umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz równocześnie udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi NFZ weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Projektowana regulacja precyzuje zakres dokumentacji poprzez zapewnienie 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. Celem gromadzenia tych danych jest wyłącznie uzyskanie kompleksowej wiedzy na temat aktywności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. Informacje te mają charakter analityczny i wspierają procesy monitorowania zaangażowania zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że działania Funduszu nie są ukierunkowane na prowadzenie postępowań kontrolnych wobec podmiotów komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego.
38.	Ośrodek Rehabilitacyjno-	art. 1 pkt 11	Proponuje się pozostawienie zasady wcześniejszego zawiadamiania o kontroli, z jednoczesnym wprowadzeniem możliwości odstąpienia od tego obowiązku w przypadkach uzasadnionych	Uwaga uwzględniona Doprecyzowano przepisy.

	Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu		charakterem lub celem kontroli, w szczególności gdy wcześniejsze zawiadomienie mogłoby udaremnić lub istotnie utrudnić osiągnięcie celu kontroli.	
39.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	art. 1 pkt 20	Proponuje się doprecyzowanie, że kontrola zgodności z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczy wyłącznie przepisów regulujących organizację, udzielanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wykonywanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.	Uwaga niezasadna Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie budzi wątpliwości, że nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Należy też wskazać, że w przepisie wyraźnie określono, że dotyczy on „wykorzystania środków publicznych przekazywanych świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w aptece z tytułu realizacji umowy". Ponadto, zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe okoliczności w dostateczny sposób zawężają zakres kompetencyjny NFZ.
40.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	Art. 1 pkt 22	Proponuje się zróżnicowanie projektowanych regulacji dotyczących organizacji zatrudnienia oraz zasad wynagradzania personelu medycznego w zależności od rodzaju działalności leczniczej prowadzonej przez świadczeniodawcę. Projektowane rozwiązania powinny uwzględniać odmienną specyfikę podmiotów realizujących świadczenia szpitalne oraz samodzielnych świadczeniodawców wykonujących wyłącznie ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację leczniczą i inne świadczenia niewymagające całodobowej organizacji pracy.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

41.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	Art. 1 pkt 24	Proponuje się doprecyzowanie projektowanego art. 193 ust. 1 pkt 11 poprzez jednoznaczne określenie zakresu obowiązków kierownika podmiotu leczniczego oraz przesłanek jego odpowiedzialności za naruszenie wymogów wynikających z art. 132aa i art. 132ab.	Doprecyzowano przepisy.
42.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży w Elblągu	art. 3 pkt 2 lit. b tiret trzecie	Proponuje się doprecyzowanie projektowanego art. 27 ust. 4 pkt 2a poprzez określenie sposobu dokumentowania i aktualizacji informacji dotyczących łącznego równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających oraz wskazanie obowiązków stron umowy w przypadku zmiany tych danych.	Uwaga niezasadna Sposób dokumentowania i aktualizacji informacji dotyczących łącznego równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających strony mogą określić w umowie.
43.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANIMED	Uwagi ogólne	Wnioskuję i wnoszę, o : - Rozdzielenie szpitali uniwersyteckich, klinicznych, instytutów itp., mających wielomilionowe kontrakty z NFZ od małych i średnich przychodni, - Wyznaczyć dwa tory działalności, - Szpitalom pozostawić formę zatrudnienia lekarzy: umowę o pracę, umowę cywilno-prawną lub zatrudnienie na kontrakt, nie zabraniać kontynuacji zatrudnienia lekarza prowadzącego działalność gospodarczą - żadna ustawa, ani konstytucja nie zabrania do wyboru takiej formy zatrudnienia. -Małe i średnie przychodnie mające ułamkowe umowy z NFZ pozostawić na dotychczasowych zasadach, nie zmuszać i nie nakazywać do przeprowadzenia jakiegokolwiek konkursu, ponieważ nikt z lekarzy i personelu medycznego nie jest zainteresowany cząstkową umową i zatrudnieniem na jedną lub dwie godziny. Formę rozliczenia i zatrudnienia pozostawić właścicielom i zarządcom przychodni, tak aby placówka nie upadła, nie zbankrutowała i umożliwiała pacjentom swobodny dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.
44.	Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	art. 132aa. ust 3 i ust. 6	Proponuję, aby art. 132aa. ust 3 i ust. 6 otrzymały brzmienie: „3. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia Szpitalnego w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej, są udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy”. „6. Osoba, o której mowa w ust. 3, może być zatrudniona przez kolejnego świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w celu udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3, w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 3, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. Kierownik podmiotu leczniczego może odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi	Uwaga niezasadna Brak uzasadnienia dla odmiennego traktowania procedur jednodniowych, które również należą do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w których przypadku istotne jest zapewnienie ciągłości opieki (w szczególności w przypadku powikłań

			potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie. Kierownik podmiotu leczniczego zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza wyrażenie zgody". Obowiązek udzielania świadczeń przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w przypadku świadczeń jednodniowych jest nadmierny i nie odpowiada specyfice świadczeń, które mogą być zorganizowane w sposób, który nie wymaga połowy wymiaru czasu pracy każdej osoby z personelu – w szczególności, gdy świadczenia są udzielane np. tylko w niektóre dni tygodnia i z zasady nie wymagają dyżuru nocnego, jak świadczenia w trybie do 12 godzin.	
45.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 311c pkt b)	Uzależnienie wysokości kary umownej od wysokości rocznej kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych jest niesprawiedliwe dla jednostek, które realizują umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wspólnie z innymi świadczeniodawcami, (współrealizacja, podwykonawstwo). W przypadku realizacji świadczeń we współrealizacji lub podwykonawstwie wysokość kary winna dotyczyć kwoty przychodów danego podmiotu, a nie całości przychodów wszystkich podmiotów realizujących umowę. Obniżenie kwoty kary do jak niższego procenta.	Uwaga niezasadna Chodzi o kwotę maksymalną - jak w każdym przypadku kar umownych obowiązują tu zasady miarkowania kar określone w ogólnych warunkach umów.
46.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt 8) art. 61 ba	Uregulowanie jest zbyt szerokie, gdyż kwestie dostępu do dokumentacji medycznej określa ustawa o Prawach Pacjenta, zaś kwestie pracownicze reguluje Kodeks Pracy.	Uwaga niezasadna Przepis nie reguluje zasad dostępu do dokumentacji medycznej, ani „kwestii pracowniczych", a jedynie nadaje uprawnienie NFZ do dostępu do tych dokumentów na potrzeby realizacji zadań.
47.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt 4)	Projektowane przepisy budzą wątpliwości w kontekście przepisów w zakresu ochrony danych osobowych w szczególności w zakresie ustalenia odpowiedzialności za zebrane dane, przydzielenia roli administratora, odpowiedzialności za bezpieczeństwo zebranych danych osobowych. Ponadto zgodnie z pkt 2 str. 8 planowane jest nadanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nowych uprawnień o charakterze ciągłym, polegające na pozyskiwaniu i analizie danych o kosztach osobowych przekazywanych przez świadczeniodawców. Realizacja tego zadania obejmie cykliczne (co najmniej dwa razy w roku) przetwarzanie danych dotyczących około miliona osób zatrudnionych u około 17,6 tys. świadczeniodawców, w tym: agregację danych według numerów PESEL i numerów prawa wykonywania zawodu (NPWZ), łączenie danych dotyczących różnych form zatrudnienia (umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, podwykonawstwo).	Uwaga niezasadna Projektowane przepisy nie zmieniają zakresu podmiotowego administratorów danych ani celów przetwarzania danych osobowych względem już obowiązujących regulacji ustawy o świadczeniach – Agencja i Fundusz pozostają administratorami danych przetwarzanych w ramach realizacji swoich ustawowych zadań. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu, przedłożony projekt nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych wykraczającego poza dotychczasową działalność analityczną Agencji w zakresie SRK, dlatego nie zachodziła konieczność przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych (DPIA) w rozumieniu art. 35 RODO. Kwestie techniczne bezpieczeństwa przekazywanych

				danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4a i 4b (w tym danych PESEL i NPWZ) zostaną, tak jak dotychczas, uregulowane wytycznych dotyczących sposobu przekazywania danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4c ustawy o świadczeniach, określonych przez Prezesa Agencji i opublikowanych w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.
48.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt. 22) art. 132aa ust. 3	Ustawowe zobligowanie świadczeniodawcy do zatrudnienia osoby w zakresie świadczenia usług medycznych na nie mniejszą ilość niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika w każdym miesiącu, nie zawsze może być do spełnienia ze względu na strukturę zatrudnienia i potrzeby podmiotu leczniczego.	Uwaga niezasadna Przepisy zawierają możliwość zastosowania odstępstwa od tego wymogu na mocy decyzji NFZ.
49.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt. 22) art. 132aa ust. 9 i 10	Ustawowe wymogi określające minimalną zawartości umów na świadczenie usług zdrowotnych nie są zgodne z założeniami dotychczasowego funkcjonowania mowach cywilno-prawnych w podmiotach leczniczych. Zaproponowana konstrukcja umów cywilno-prawnych wskazuje na znamiona umowy o pracę i może być odczytana przez kontrolujących (PIP, ZUS) jako stosunek pracy, a nie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilno-prawnej.	Uwaga niezasadna Nie zachodzi wskazane ryzyko, skoro dookreślenie elementów umów cywilnoprawnych, bez pozbawienia ich takiego charakteru, będzie wynikać z samej ustawy.
50.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt 22 art. 132aa ust. 3-6	Wyłączenie osób udzielających świadczeń i jednocześnie będących już emerytami z warunku pracy na minimum 0,5 etatu lub równoważnika nie mniej niż połowy czasu pracy.	Uwaga niezasadna Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej.
51.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 132aa ust.1-4	Zapisy nie definiują liczenia łącznego wymiaru czasu pracy lub równoważnika czasu pracy. Doprecyzowanie w jaki sposób będzie liczony równoważnik etatu i przyjmowane będą godziny do pełnego wymiaru etatu, zwłaszcza u osób pracujących w równoważnym czasie pracy i na umowach cywilno-prawnych.	Przepisy zostały doprecyzowane.
52.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 132aa ust. 9	Wyłączenie osób udzielających świadczeń w zespołach ratownictwa medycznego w zespole sanitarnym typu N i transporcie medycznym.	Uwaga niezasadna
53.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/	art. 132aa ust. 10	Jeżeli ust. 10 miałby zastosowanie do ratownictwa medycznego, zespołu sanitarnego typu N i transportu medycznego, to należałoby dokonać wyłączenia osób udzielających świadczeń w tych zespołach.	Uwaga niezasadna

	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski			
54.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 132ab ust. 7 pkt 1 i 2	Dotychczasowy zapis jest nieprecyzyjny co do pojęcia wynagrodzenia, wymaga doprecyzowania jakie składniki wchodzą w skład wynagrodzenia na potrzeby tego przepisu, dotyczy to dodatków do wynagrodzenia zasadniczego zagwarantowanych ustawą lub regulaminem wynagradzania.	Przepisy zostały doprecyzowane.
55.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	pkt 24) art. 193 ust. 1 pkt 11 i ust. 2	Projektowany zapis wskazuje, iż: „kto będąc kierownikiem podmiotu leczniczego, podejmuje działania prowadzące do naruszenia wymogów wynikających z art. 132aa lub art. 132ab albo nie podejmuje działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów, podlega karze grzywny do wysokości 30.000 zł”. Projektowany zapis skierowany jest nie do podmiotu leczniczego, lecz do kierownika podmiotu. Ponadto określenie: „powoduje działania prowadzące do naruszenia wymogów” jest zapisem zbyt ogólnym i nieprecyzyjnym.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany.
56.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	Art. 3	Dopisanie w art. 26 ust 1 Ustawy o działalności leczniczej zawodu ratownika medycznego.	Uwaga niezasadna Przepis dotyczy wszystkich zawodów medycznych - katalog ma charakter otwarty, nie ma konieczności uzupełnienia o wszystkie zawody. Wymienione z nazwy zostały wyłącznie zawody medyczne, które mogą być wykonywane w ramach praktyki zawodowej.
57.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 3 pkt 2 b)	Wyłączenie osób udzielających świadczeń w zespołach ratownictwa medycznego, zespole transportu sanitarnego typu N i transportu medycznego lub opracowanie innych kryteriów.	Uwaga niezasadna Projektowana regulacja dotyczy wszystkich zawodów medycznych.
58.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe/ Stowarzyszenie Szpitali Małopolski	art. 4	Nieprecyzyjne określenie przyczyny wygaśnięcia umowy, która ma charakter oceny i nie wskazuje kto ma dokonać takiej oceny.	Art. 4 został zmieniony przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
59.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	Art. 1 pkt 4 (dodawany art. 31lc ust. 11)	Rygorystyczność sankcji i ryzyko finansowe. Kara do 0,5% rocznej wartości umowy stanowi potężne obciążenie finansowe, które w przypadku dużych szpitali wielospecjalistycznych może pogłębić długi szpitalne. Brak stopniowania kar w zależności od skali uchybienia.	Uwaga częściowo uwzględniona Zaproponowano zmianę projektowanych przepisów poprzez rozbudowanie procedury poprzedzającej ewentualne nałożenie kary umownej i zapewnienie świadczeniodawcy możliwości odniesienia się do

				stwierdzonych nieprawidłowości. Kara ma charakter fakultatywny i może zostać nałożona w wysokości do 0,5% rocznej kwoty zobowiązania. Nie przewiduje się natomiast obniżenia maksymalnego pułapu kary ani wprowadzenia ustawowej gradacji sankcji.
60.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	Art. 1 pkt 11 lit. a (zmieniany art. 61g ust. 1)	Całkowite zniesienie obowiązku wcześniejszego uprzedzania o kontroli stawia NFZ w pozycji organu prowadzącego działania o charakterze śledczym (tzw. "kontrole z zaskoczenia"). Może to sparaliżować bieżącą pracę operacyjną placówki medycznej	Przepis został doprecyzowany.
61.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	Art. 1 pkt 22 (dodawany art. 132aa ust. 1)	Ograniczenie łącznego czasu pracy medyka u wszystkich świadczeniodawców do maksymalnie 2 etatów (dwukrotność pełnego wymiaru). Pogłębienie kryzysu kadrowego (efekt skali). W warunkach krytycznego braku lekarzy i pielęgniarek w Polsce, nagłe odcięcie możliwości pracy ponad ten limit sparaliżuje obsadę dyżurową w szpitalach.	Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów.
62.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	Art. 1 pkt 22 (dodawany art. 132aa ust. 3-4)	Wymóg zatrudnienia w szpitalach/AOS w wymiarze minimum 0,5 etatu (chyba że medyk pracuje tylko w 1 miejscu). Przepis uderza w rzadkie specjalizacje lekarzy, którzy konsultują pacjentów w kilku szpitalach po kilka godzin w miesiącu. Nie będą oni mogli podpisać umowy na ułamek etatu. Wyłączenie z tego wymogu lekarzy posiadających wąskie specjalizacje medyczne oraz lekarzy konsultujących.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
63.	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu	Art. 1 pkt 22 (dodawany art. 132ab ust. 1)	Jednolity, sztywny limit w skali całego kraju uderza w podmioty lecznicze zlokalizowane poza dużymi ośrodkami akademickimi i aglomeracjami. Szpitale powiatowe oraz placówki na peryferiach kraju, aby utrzymać ciągłość pracy (np. obsadę ostrego dyżuru), są zmuszone konkurować ceną i pokrywać lekarzom alternatywny koszt dojazdów (często przekraczający 100–150 km w jedną stronę). Wprowadzenie jednej stawki maksymalnej spowoduje, że lekarze zrezygnują z pracy na prowincji i wybiorą placówki bliżej miejsca zamieszkania. Doprowadzi to do załamania zabezpieczenia medycznego dla pacjentów z mniejszych powiatów. Proponuje się uelastycznienie limitu poprzez nadanie kierownikom podmiotów leczniczych uprawnienia do podwyższenia maksymalnej stawki godzinowej przy zastosowaniu geograficznego współczynnika korygującego (od 1.1 do 1.5). Wartość współczynnika byłaby uzależniona od obiektywnych kryteriów rynkowych, takich jak: 1) Odległość placówki od najbliższego miasta wojewódzkiego / uczelni medycznej (np. +10% za każde 50 km). 2) Gęstość zaludnienia oraz stopień deficytu danej specjalizacji w powiecie.	Uwaga niezasadna
64.	Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej	Art.132aa 3-6	Mam świadomość, że projekt Ustawy nie dotyczy w szczególności opieki paliatywnej i hospicyjnej, ale jej konsekwencje będą brzemienne w skutkach dla tej właśnie specjalności. Zapis ten nie uwzględnia specyfiki działania jednostek stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej opieki paliatywnej. Zespół Ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia do opracowania nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w którym uczestniczyłem, wypracował projekt, który znajduje się obecnie w Ministerstwie. Umieszczono w nim	Uwagi niezasadne Wymogi określone w komentowanych przepisach w ogóle nie odnoszą się do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

			zapisy stanowiące, że kierownik medyczny oddziału medycyny paliatywnej lub pozaszpitalnego oddziału medycyny paliatywnej (obecnie hospicjum stacjonarne) powinien być zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ etatu. Podobny zapis umieszczono odnośnie kierownika zespołu domowej opieki paliatywnej, co jest zgodne z ideą powyższego zapisu projektu Ustawy. Jednakże problem dotyczy pozostałych pracowników medycznych- zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Już teraz jednostki stacjonarnej i domowej opieki paliatywnej borykają się z niedoborem kadr z powyższych zawodów w związku ze specyfiką pracy (pacjenci z nieuleczalną, postępującą chorobą, z wielowymiarowym cierpieniem, często w stanie terminalnym) oraz kwotami proponowanych przez podmioty opieki paliatywnej wynagrodzeń- niższych niż w podmiotach leczniczych innych specjalności. Powoduje to, iż nierzadko osoby te pracują w mniejszym wymiarze czasu pracy niż ½ etatu, ponieważ podmioty lecznicze opieki paliatywnej starają się być elastyczne, aby nie stracić pracowników. Należy podkreślić, iż często miejsce zatrudnienia w domowej i stacjonarnej opiece paliatywnej jest drugim miejscem zatrudnienia lekarza czy pielęgniarki, a w przypadku poradni medycyny paliatywnej jest to oczywiste. W przypadku jednostek stacjonarnych pozaszpitalnych- hospicjów stacjonarnych wymóg całodobowej dostępności lekarza jest realizowany pod postacią „dyżuru pod telefonem”. Osoby te nierzadko pracują w wymiarze poniżej ½ etatu i wprowadzony w projekcie zapis może skutkować niewydolnością podmiotów stacjonarnej opieki paliatywnej w zakresie całodobowej dostępności do lekarza. Podobnie dotyczy to pielęgniarek, pracujących w domowej opiece paliatywnej w zakresie całodobowej dostępności. Sprawa w mniejszym stopniu dotyczy oddziałów medycyny paliatywnej w strukturze szpitali, ponieważ w tym wypadku dostępność całodobowa lekarza może być realizowana przez lekarza dyżurnego innego oddziału, jeżeli spełnia on wymagania Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jednakże pośrednio problem może powstać w sytuacji zmniejszenia się ogólnej liczby dostępnych lekarzy w danym szpitalu po wejściu w życie Ustawy. W przypadku zespołu domowej opieki paliatywnej (hospicjum domowego) wymiar 1 etatu lekarskiego to objęcie jednoczasowo opieką 30 chorych, w przypadku pielęgniarki- 15 chorych. Proponowany zapis o minimalnym czasie pracy w wymiarze minimalnym ½ etatu spowoduje zmniejszenie dostępności do lekarza i pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej, ponieważ lekarz, który deklaruje możliwość objęcia opieką domową poniżej 15 chorych jednoczasowo i odpowiednio pielęgniarka, która deklaruje możliwość objęcia opieką domową poniżej 8 chorych jednoczasowo- nie będą mogli kontynuować zatrudnienia. W przypadku pielęgniarek w opiece stacjonarnej normy zatrudnienia wynikają z kategoryzacji oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych, ale już obecnie wiele pielęgniarek pracuje w tych jednostkach w wymiarze pracy poniżej ½ etatu, co wynika z faktu, iż jest to najczęściej drugie miejsce zatrudnienia. Nie dotyczy to oczywiście pielęgniarki oddziałowej, która jest zatrudniona w wymiarze pełnego etatu. Pozbawienie pozostałych pielęgniarek możliwości pracy w mniejszym wymiarze czasu pracy niż znajdującego się w zapisie projektu Ustawy zmniejszy i tak już niewystarczającą dostępność kadr medycznych w podmiotach stacjonarnej opieki paliatywnej. Artykuł 132aa 4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 3, mogą być udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w wymiarze mniejszym niż określony w ust. 3, w przypadku gdy jest zatrudniona wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3, i przed zatrudnieniem złoży, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, oświadczenie, że nie jest zatrudniona u innego	

			świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3. Z wskazanych powyżej powodów w przypadku opieki paliatywnej artykuł powyższy w ogóle nie będzie miał zastosowania. Artykuł 132aa 6. Osoba, o której mowa w ust. 3, może być zatrudniona przez kolejnego świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w celu udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3, w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 3, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. Kierownik podmiotu leczniczego może odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie. Kierownik podmiotu leczniczego zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza wyrażenie zgody. Podobnie jak w pkt. 3 problem dotyczy minimalnego wymiaru czasu pracy w wymiarze ½ etatu. Reasumując należy wypracować odrębne zapisy dla opieki paliatywnej i hospicyjnej. Proponuję spotkanie w trybie zdalnym z udziałem zespołu ekspertów oraz urzędników Ministerstwa Zdrowia w celu wypracowania odpowiednich zapisów dla opieki paliatywnej i hospicyjnej.	
65.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej	Uwagi ogólne	1. Zgoda jednego pracodawcy na pracę w innym podmiocie - tu widzę zagrożenie dla Hospicjów 2. Do tej pory NFZ. pilnował 2 etatów na lekarza czy pielęgniarkę. Czy macie Państwo zamiar zmienić zasady liczenia godzin pracy. Zagrożenia dla Hospicjów- to rozliczanie godzin dyżurów na oddziale a na pewno osobodni w domowej opiece. Do tej pory było 1 etat na 30 pacjentów ale dostęp do personelu 24godziny/ dobę. Czyli jak się będzie teraz liczyć- dostępność, gotowość bo to też praca czy tylko wizyta zewnętrzna. 3. No i grzywna nakładana na kierownika podmiotu leczniczego - czy na pewno ten kierownik ma wgląd w harmonogramy pracy swoich pracowników czy ma być jeszcze śledczym i egzekutorem	Uwaga częściowo uwzględniona Dodano przepis zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
66.	Centrum Medyczne Kardiotel	Uwagi ogólne	Zarówno w przestrzeni medialnej, jak i w uzasadnieniach słyszymy, że Państwa intencją jest aby, jak rozumiemy, klasyczne szpitale i poradnie przyszpitalne funkcjonowały zgodnie z tą regułą. Aktualne brzmienie proponowanego podpunktu obejmuje tymczasem również jednostki przede wszystkim ambulatoryjne, które dodatkowo (a nie jako główny zakres) posiadają umowy szpitalne. Kryterium umowy szpitalnej dotyka jednostki ze szpitalami jednodniowymi (chirurgią jednego dnia), być może też jednostki z programami lekowymi w ramach umów np. SZP-Z. No właśnie – ciężko powiedzieć. Na naszym przykładzie – mamy AOS, POZ i mały, jednoimienny szpital jednodniowy (okulistyczny). Zdecydowanie jesteśmy jednostką ambulatoryjną, a nie szpitalną. Lwia część naszych świadczeń jest ambulatoryjna. Wszystkie nasze poradnie AOS, poza okulistyczną – przyszpitalne nie są, i nic wspólnego ze szpitalem nie mają. Nawet poradnię okulistyczną trudno nazwać przyszpitalną, większość udzielanych świadczeń nie jest związana z naszymi usługami szpitalnymi. Świadczeniodawców z podobną strukturą jest więcej, szczególnie wśród większych jednostek ambulatoryjnych (choć ciągle sporo mniejszych od szpitali). W jednostkach ambulatoryjnych trudno o zatrudnianie w AOS na ekwiwalent połowy etatu lub więcej. M.in. właśnie dlatego, że poradnie AOS w takich podmiotach jak nasz przyszpitalnymi nie są i nie ma pracy na oddziale.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.

			Ustawa wprowadzana w aktualnym kształcie tworzyłaby nierówne warunki dla świadczeniodawców w segmencie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Część podmiotów z poradniami AOS musiałaby spełniać zaostrzone warunki funkcjonowania, a część nie. W części poradni AOS dyrektorzy szpitali będą mogli zakazać pracy, a w części nie. Kryterium warunkującym byłoby posiadanie przez świadczeniodawcę umowy szpitalnej, która nawet nie byłaby związana ze specyfiką funkcjonowania danej poradni. Co więcej – utraconych lekarzy byłoby trudno zastąpić na czas, ze względu na procedowany równolegle projekt zmiany ustawy o działalności leczniczej (UD434), przewidujący obowiązkowe postępowania konkursowe w każdym podmiocie leczniczym, w tym również w podmiotach, które nie były dotąd zobowiązane do stosowania procedury konkursowej. To mogło by zagrozić funkcjonowaniu wielu poradni AOS, u świadczeniodawców ambulatoryjnych z umowami SZP. Taka asymetria warunków świadczenia usług w segmencie AOS w naszej opinii jest niedopuszczalna. Rezygnacja z, lub osłabienie szpitali jednodniowych funkcjonujących poza klasycznymi szpitalami też naszym zdaniem nie byłaby dobrym kierunkiem dla systemu i pacjentów. Wprowadzano je, z tego co wiemy, dla poszerzania dostępności usług, zmniejszenia kosztów leczenia, ograniczenia kolejek. W skrócie – dla częściowego przenoszenia ciężaru opieki zdrowotnej ze szpitali do jednostek ambulatoryjnych. Czyli, jak rozumiemy, jako element odwracania piramidy świadczeń. W związku z powyższym wnosimy o zmianę kryterium definiowania szpitala jako „świadczeniodawcy z umową szpitalną”, oraz doprecyzowanie definicji poradni przyszpitalnych w art. 132aa i punktach powiązanych lub inny sposób zróżnicowania jednostek szpitalnych od jednostek ambulatoryjnych. Aktualny zapis, przez swoją prostotę, tworzy asymetrię i niesprawiedliwość w segmencie ambulatoryjnym. Posiadanie umowy szpitalnej nie czyni a priori ze świadczeniodawcy szpitala, a z jego poradni AOS - poradni przyszpitalnych.	
67.	Konsultant Krajowy w dz. pediatrii	Uwagi ogólne	1. Po pierwsze, płatnik, czyli NFZ, musi mieć wgląd we wszystkie formy zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, umowa zlecenie, umowa o dzieło) z uwzględnieniem rodzaju oraz zakresu świadczeń medycznych realizowanych w ramach tych umów. Pozwoli to zapobiegać dublowaniu rozliczeń. 2. Po drugie, pracodawca powinien być zobowiązany do bieżącego informowania NFZ o terminach świadczonych usług przez lekarzy w podmiotach medycznych, a także o tym, czy dany lekarz pełni dyżury zabezpieczające funkcjonowanie placówki - jest to informacja krytyczna, która pozwoli zapobiec praktyce dyżurowania w kilku miejscach jednocześnie, w tzw. ciągu dyżurowym. 3. Jednoznacznie powinno być zidentyfikowane pierwsze miejsce zatrudnienia lekarza. Pracodawca takiej placówki powinien uzyskiwać od NFZ informacje dotyczące jego zatrudnienia w innych palcówkach świadczących usługi umożliwią pracodawcy wgląd we wszystkie formy zatrudnienia lekarza. 4. Obowiązek przekazywania informacji o wymiarze zatrudnienia lekarzy powinien dotyczyć podmiotów prywatnych udzielających świadczeń medycznych niezależnie od tego czy świadczą usługi w ramach NFZ. Dopiero wówczas będziemy mogli egzekwować wymiar czas zatrudnienia zgodnie z kodeksem pracy oraz będziemy mogli uzyskać informacje, które zostały wymienione w punkcie 2. Obecnie znacząca część medyków pracuje w kilku placówkach, wykonując obowiązki przez kilkadziesiąt godzin bez przerwy, co jest niezgodne z Kodeksem Pracy. Dotychczasowe rozwiązania powodują, że podmioty medyczne nie wiedzą, iż lekarz rozpoczynający dyżur w ich szpitalu ma już za sobą kilka dyżurów w innych placówkach. Dlatego planowane działania Ministerstwa Zdrowia - poza egzekwowaniem przestrzegania Kodeksu Pracy - powinny obejmować również wprowadzenie mechanizmów kontrolnych, o których wcześniej wspomniałem.	Propozycje znalazły częściowo odzwierciedlenie w projekcie.

68.	NZOZ Krokowa	art. 132ab ust.1	W art. 1 pkt 22 projektu, w dodawanym art. 132ab, po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się do stawki godzinowej brutto wynagrodzenia zasadniczego z tytułu: 1) udzielania przez lekarza specjalistę, bądź lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie innej niż medycyna rodzinna, konsultacji specjalistycznych rozliczanych w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 2) wykonywania przez lekarza badań ultrasonograficznych, w tym badań echokardiograficznych oraz badań metodą dopplerowską, w zakresie wynikającym z zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna; – w wymiarze nie przekraczającym łącznie 40 godzin miesięcznie u jednego świadczeniodawcy.” Narzucenie placówkom POZ proponowanych przepisów bez uwzględnienia specyfiki konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych udzielanych w POZ w niewielkim wymiarze godzinowym, znacznie ograniczy możliwość pozyskiwania lekarzy do świadczenia usług specjalistycznych blisko pacjenta, co stoi w sprzeczności z Krajowym Planem Transformacji oraz koniecznością rozwijania opieki zdrowotnej w lokalizacjach oddalonych od centrów miast. Proponowane zmiany nie tylko ograniczą dostęp pacjenta do świadczeń, ale mogą wręcz uniemożliwić korzystanie z holistycznej opieki blisko miejsca zamieszkania, co w obliczu zmian demograficznych i narastającej wielochorobowości realnie wpłynie na pogorszenie stanu zdrowia pacjentów. Konieczne jest wyłączenie przynajmniej części zakresu działalności POZ z zapisów ustawy. Koszt takiego wyłączenia będzie dla płatnika znikomy, podobnie jak ryzyko wykorzystania wyjątku do obejścia wprowadzanych przepisów.	Uwaga niezasadna Regulacje dot. maksymalnego wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny – brak uzasadnienia dla stosowania p]wyłączenia w odniesieniu do POZ.
69.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 1	Art. 132aa ust. 1 otrzymuje brzmienie: „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, jeżeli jej łączny wymiar czasu pracy, ustalony jako przeciętna w przyjętym u świadczeniodawcy okresie rozliczeniowym, nie przekracza dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy właściwego dla tej osoby. W przypadku stosunku innego niż stosunek pracy albo stosunek służbowy równoważnik wymiaru czasu pracy stanowi liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych określona w umowie i harmonogramie; do równoważnika nie wlicza się okresu gotowości, w którym świadczenia nie były udzielane.” Projekt nie określa okresu rozliczeniowego ani sposobu przeliczania kontraktu na etat. Może to prowadzić do różnych wyników dla tej samej liczby godzin. Odesłanie do normy właściwej dla danej osoby zachowuje zgodność z art. 93 ust. 1–2 i art. 94 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 i 972), a wskazanie danych z umowy i harmonogramu czyni limit weryfikowalnym.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.
70.	Porozumienie Lekarzy	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 3–5	W art. 132aa ust. 5 zdanie drugie otrzymuje brzmienie: „W przypadku niezłożenia oświadczenia świadczeniodawca wzywa osobę wykonującą zawód medyczny do jego złożenia w dodatkowym terminie 14 dni; do czasu złożenia oświadczenia osoba ta nie może być ujmowana w harmonogramie	Komentowany przepis został usunięty.

	Medycyny Ratunkowej		udzielania świadczeń objętych ust. 3. Bezskuteczny upływ dodatkowego terminu stanowi podstawę wypowiedzenia umowy z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynikającego z ustawy albo umowy.” Niezależnie od powyższego art. 132aa ust. 7 należy nadać brzmienie wskazane w odrębnej uwadze dotyczącej SOR i PRM. Automatyczne rozwiązanie każdego rodzaju stosunku prawnego z mocy ustawy z powodu braku dokumentu jest środkiem nadmiernie sztywnym i może wywołać nagłą lukę w obsadzie. Termin naprawczy osiąga cel kontrolny bez nieproporcjonalnego skutku dla ciągłości świadczeń. W SOR i jednostkach systemu PRM wymóg połowy etatu nie odpowiada zmianowej i interwencyjnej organizacji pracy; ich status wynika z art. 32 ust. 1 pkt 1–2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2026 r. poz. 141).	
71.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 - art. 132aa ust. 7	Art. 132aa ust. 7 otrzymuje brzmienie: „7. Przepisów ust. 1–6 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym ani w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, niezależnie od podstawy prawnej wykonywania świadczeń, pory ich udzielania, rozkładu czasu pracy i przyjętego systemu czasu pracy.” Art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 i 972) definiuje dyżur w konstrukcji odnoszącej się do pracowników. Tymczasem tę samą odpowiedzialność kliniczną ponoszą lekarze kontraktowi. Charakter świadczenia ratunkowego nie zmienia się również między zmianą dzienną i nocną ani wskutek zastosowania systemu równoważnego z art. 94 tej ustawy. Wyłączenie powinno więc opierać się na miejscu i rodzaju świadczeń, a nie na podstawie umowy lub rozkładzie czasu.	Uwaga niezasadna (Przepis został doprecyzowany.)
72.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 6	Art. 132aa ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Osoba, o której mowa w ust. 3, informuje świadczeniodawcę o zawarciu umowy z kolejnym świadczeniodawcą oraz o wynikającym z niej wymiarze czasu pracy albo jego równoważniku, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Zawarcie umowy z kolejnym świadczeniodawcą nie wymaga zgody dotychczasowego świadczeniodawcy. W odniesieniu do osoby pozostającej w stosunku pracy ograniczenie podjęcia dodatkowego zatrudnienia może wynikać wyłącznie z przepisów prawa albo z umowy o zakazie konkurencji zawartej na zasadach określonych w art. 101^1–101^4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.” W obecnej formie projekt niebezpiecznie przesuwa środek ciężkości ku szpitalom: kierownik szpitala uzyskuje jednostronną możliwość ograniczenia aktywności lekarza także wtedy, gdy lekarz nie jest pracownikiem w rozumieniu art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 277, z późn. zm.). Budzi to wątpliwości w świetle wolności działalności gospodarczej i wymogu proporcjonalności z art. 20, art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji RP (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.) oraz swobody umów z art. 353^1 Kodeksu cywilnego (Dz.U. z 2026 r. poz. 795). Obowiązek informacyjny pozwala kontrolować limit bez kreowania poza stosunkiem pracy uprawnienia o charakterze władczym.	Uwaga niezasadna Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej.
73.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132ab ust. 1	W art. 132ab dodaje się ust. 12 w brzmieniu: „12. Przepisów ust. 1–11 nie stosuje się do wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym ani w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.” Wyjątek z projektowanego art. 132aa ust. 7 nie obejmuje wynagrodzeń. W efekcie lekarz mający ograniczony zasób godzin może wybierać świadczenia planowe o mniejszym obciążeniu, a SOR tracić	Uwaga niezasadna Doprecyzowano, że wymogu dot. ½ wymiaru nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego albo udzielanych poza normalnymi godzinami pracy w podmiocie

			obsadę. Odrębne potraktowanie świadczeń ratunkowych służy realnemu wykonaniu prawa pacjenta do świadczeń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i równego dostępu do świadczeń, o których mowa w art. 68 ust. 1–2 Konstytucji RP (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.), oraz zabezpieczeniu jednostek wskazanych w art. 32 ust. 1 ustawy o PRM (Dz.U. z 2026 r. poz. 141).	leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.
74.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132ab ust. 7	Art. 132ab ust. 7 pozostawić bez zmian, z zastrzeżeniem wyłączenia SOR i PRM wskazanego w proponowanym art. 132ab ust. 12 oraz korekty art. 132ab ust. 8 przedstawionej w następnej uwadze. Ustęp 7 wyznacza punkt odniesienia: przy zwykłych zadaniach pełny wymiar odpowiada 8-krotności minimalnego wynagrodzenia, a dwa pełne wymiary – 16-krotności. Zachowanie tej proporcji pokazuje, że każdy kolejny ułamek etatu jest wyceniany tak samo.	Uwaga niezasadna
75.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132ab ust. 8	W art. 132ab ust. 8 część wspólna po pkt 2 otrzymuje brzmienie: „– przy czym łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami stanowi sumę maksymalnych kwot obliczonych odrębnie dla każdej umowy zgodnie z pkt 1 albo 2 i nie może przekroczyć kwoty dwudziestoczterokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę; do każdej godziny wykonywania zadań, o których mowa w ust. 3 lub 5, stosuje się tę samą stawkę niezależnie od kolejności i miejsca jej wykonywania.” Przy jednym pełnym wymiarze objętym ust. 8 limit wynosi 12-krotność płacy minimalnej, lecz po jego wykorzystaniu na drugi pełny wymiar pozostaje tylko 4-krotność. To połowa zwykłego limitu 8-krotności i jedna trzecia limitu eksperckiego. Powstaje faktycznie degresywna stawka za identyczną godzinę. Jeżeli lekarz jest wybitnym ekspertem, powinien móc otrzymać tę samą stawkę za każdą godzinę jego pracy. W interesie publicznym i pacjentów nie leży ograniczanie dostępności rzadkich kompetencji przez obniżenie wartości kolejnych godzin.	Uwaga niezasadna
76.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 22 – art. 132ab ust. 5	Art. 132ab ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe za zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jeżeli ich wykonanie wymaga: 1) umiejętności zawodowej potwierdzonej certyfikatem umiejętności zawodowej, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, albo równoważnym dokumentem właściwym dla danego zawodu medycznego; lub 2) pracy w warunkach ponadstandardowego obciążenia, przez które rozumie się udzielanie świadczeń w warunkach nieprzewidywalnego napływu pacjentów, konieczności natychmiastowego podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych albo zwiększonego obciążenia psychofizycznego. Zadania, kryterium ich kwalifikacji oraz kwotę wynagrodzenia dodatkowego określa się odrębnie w umowie i raporcie.” Projekt pozostawia oba pojęcia uznaniu świadczeniodawcy i późniejszej kontroli. Odwołanie do art. 17 ust. 1 i ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.) daje weryfikowalne kryterium umiejętności. Ustawowa definicja obciążenia obejmuje specyfikę SOR i ogranicza rozbieżności w kwalifikacji tej samej pracy.	Uwaga niezasadna
77.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 3 pkt 1 – art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej	Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „zamówieniem”, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ust. 1 lub art. 5, jeżeli przyjmujący zamówienie zapewnia rzeczywistą organizację udzielania świadczeń, ciągłość obsady, zastępowalność personelu i nadzór nad jakością oraz wykonuje obowiązki ewidencyjne i informacyjne określone w art. 27 ust. 4 pkt 1a–1e.”	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku

			Kryterium powinno dotyczyć rzeczywistego sposobu organizacji i rozliczenia świadczeń, a nie samej formy prawnej. Art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156 i 972) przewidują zróżnicowane, prawnie dopuszczalne formy wykonywania działalności leczniczej. Trwała organizacja lekarzy może poprawiać powtarzalność, zastępowalność, standardy jakości i doświadczenie pacjenta. Ryzyko fikcyjnego pośrednictwa należy usuwać przez identyfikowalność wykonawcy i przepływów, zachowując neutralność organizacyjno-prawną.	udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
78.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 3 pkt 1 – art. 26 ust. 1a ustawy o działalności leczniczej	Art. 26 ust. 1a otrzymuje brzmienie: „1a. Świadczenia będące przedmiotem zamówienia mogą być udzielane w zakładzie leczniczym udzielającego albo przyjmującego zamówienie, pod warunkiem zapewnienia identyfikowalności osoby udzielającej świadczenia oraz spełnienia obowiązków, o których mowa w art. 27 ust. 4 pkt 1a–1e.” Miejsce udzielania świadczeń nie przesądza, czy podmiot jest jedynie pośrednikiem. Rozstrzygające powinny być: rzeczywista odpowiedzialność organizacyjna, imienna identyfikowalność wykonawców i możliwość prześledzenia finansowania. Takie kryteria pozwalają kontrolować ryzyko bez automatycznego wyłączania modeli zespołowych.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie

				informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
79.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 3 pkt 2 – art. 27 ust. 4 pkt 1a–2a ustawy o działalności leczniczej	W art. 27 ust. 4 po pkt 1a dodaje się pkt 1b–1e w brzmieniu: „1b) imienny wykaz osób udzielających świadczeń, ich kwalifikacji, harmonogramów, liczby godzin i wykonanych świadczeń; 1c) wyodrębnioną ewidencję wszystkich przepływów finansowych związanych z zamówieniem, obejmującą źródło i odbiorcę środków, tytuł, datę, wartość i dokument księgowy; 1d) obowiązek przekazywania udzielającemu zamówienia, Funduszowi i organom kontroli danych, o których mowa w pkt 1b i 1c, w formacie umożliwiającym ich automatyczną weryfikację; 1e) obowiązek prowadzenia i udostępniania, w postaci elektronicznej umożliwiającej automatyczny odczyt, rejestru finansowania zamówienia, aktualizowanego nie rzadziej niż raz na kwartał i obejmującego źródła środków, całkowitą wartość zamówienia, kwoty przeznaczone bezpośrednio na świadczenia, poszczególne kategorie kosztów organizacyjnych i administracyjnych, marżę lub opłatę pośrednią oraz transakcje z podmiotami powiązanymi; wyłączeniu z publikacji podlegają wyłącznie dane objęte tajemnicą prawnie chronioną.” Przejrzystość powinna umożliwiać prześledzenie każdej kategorii wydatku publicznego od źródła do końcowego przeznaczenia, w standardzie porównywalnym z kontrolą środków Unii Europejskiej. Taki model pozwala odróżnić podmiot wnoszący realną wartość organizacyjną od pośrednika i zweryfikować koszty bez wyłączania dopuszczalnych prawem form współpracy. Dane identyfikujące konkretnego lekarza pozostawałyby dostępne świadczeniodawcy i organom kontroli, z poszanowaniem zasady minimalizacji z art. 5 ust. 1 lit. c RODO.	Uwaga niezasadna Proponowane regulacja jest nadmiarowa.
80.	Porozumienie Lekarzy	Art. 4	Art. 4 otrzymuje brzmienie: „Art. 4. Umowy i inne akty, o których mowa w niniejszym przepisie, dostosowuje się do wymagań ustawy w terminie 18 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Do upływu tego terminu zachowują one moc. Niedostosowanie umowy w tym terminie nie powoduje jej	Uwaga częściowo uwzględniona Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4

	Medycyny Ratunkowej		wygaśnięcia z mocy prawa, lecz uprawnia każdą ze stron do jej wypowiedzenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia wynikającego z ustawy albo umowy.” Projekt został skierowany do konsultacji 24 lipca 2026 r. z terminem 21 dni, a art. 5 przewiduje 14-dniowe vacatio legis. Sztywna data 31 grudnia 2026 r. może pozostawić niebezpiecznie krótki czas na renegocjację tysięcy umów. Osiemnastomiesięczny okres jest bardziej adekwatny do art. 68b ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2025 r. poz. 1480, z późn. zm.) i ogranicza ryzyko utraty obsady w okresie przejściowym.	przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
81.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 1 pkt 24 – art. 193 ust. 1 pkt 11 i ust. 2	W art. 193 po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu: „3. Nie popełnia wykroczenia określonego w ust. 1 pkt 11 kierownik podmiotu leczniczego, który wykaże, że naruszenie wynikało z obiektywnego braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny, a on dochował należytej staranności, w szczególności udokumentował działania rekrutacyjne, próby dostosowania umów oraz, jeżeli było to możliwe, wystąpił z wnioskiem, o którym mowa w art. 132aa ust. 8.” Kierownik może stanąć przed wyborem między przekroczeniem limitu a niezabezpieczeniem świadczeń. Odpowiedzialność wykroczeniowa powinna odnosić się do zawinionego zachowania, nie do skutku niezależnego od sprawcy. Klauzula należytej staranności zachowuje sankcję wobec obchodzenia prawa, ale chroni sytuacje obiektywnego niedoboru kadr.	Uwaga niezasadna Do grzywien uregulowanych w komentowanym przepisie będą miały zastosowanie ogólne zasady określone w Kodeksie wykroczeń, w tym dot. działania w stanie wyższej konieczności.
82.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust 3	Zdecydowany sprzeciw budzi art. 132aa ust 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem „Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, są udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy - równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy”. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obowiązek pracy w wymiarze co najmniej połowy etatu w każdej kolejnej placówce ograniczy dostęp pacjentów do opieki specjalistycznej blisko miejsca zamieszkania. W praktyce jest tak, że wiele poradni przyszpitalnych w mniejszych miastach ma kontrakt z NFZ wystarczający na obecność specjalisty przez kilka godzin tygodniowo albo jedynie kilka dni w miesiącu. Placówki takie nie mają ani wystarczającej liczby świadczeń, ani wystarczającego finansowania uzasadniającego zatrudnienie lekarza na około osiemdziesiąt godzin pracy miesięcznie. Lekarz specjalista, który obecnie zabezpiecza potrzeby zdrowotne kilku powiatów, zmuszony zostanie wybrać jeden lub dwa większe ośrodki. Specyfika ambulatoryjnej opieki specjalistycznej polega na tym, że wiele poradni - szczególnie w miastach powiatowych - nie ma zapotrzebowania na lekarza specjalistę w wymiarze wynoszącym co najmniej połowy etatu. Dostępność do świadczeń jest zapewniana właśnie dzięki lekarzom świadczącym usługi przez kilka godzin tygodniowo. Wprowadzenie minimalnego wymiaru zatrudnienia nie zmieni potrzeb zdrowotnych mieszkańców, lecz może uniemożliwić dalsze funkcjonowanie takich poradni w obecnym modelu. Wbrew założeniom ustawy lekarz specjalista nie stanie się bardziej dostępny, przeciwnie - zniknie z mniejszych miejscowości. Pacjenci pozbawieni lokalnej poradni będą musieli udać się do dużego ośrodka. Duże placówki w ośrodkach miejskich zostaną przeciążone przypadkami niewymagającymi	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ. Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. Objęcie tym wymogiem także poradni przyszpitalnych jest niezbędne w celu wyeliminowania ryzyka pozornego zatrudniania w AOS przyszpitalnym w mniejszym wymiarze czasu pracy niż połowa wymiaru, a następnie przenoszenia personelu do realizacji świadczeń szpitalnych.

			tak dużego zaplecza, co z kolei doprowadzi do ograniczenia dostępu dla pacjentów rzeczywiście wymagających opieki wysokospecjalistycznej. Nie ma ponadto żadnych dowodów na to, że praca lekarza w przyszpitalnym AOS w wymiarze mniejszym niż pół etatu przynosi uszczerbek pacjentom - charakter pracy w AOS, indywidualizacja porad lekarskich czy ich częstotliwość sprawiają, że jakość opieki nad pacjentem nie doznaje uszczerbku, jeśli lekarz pracuje w wymiarze mniejszym niż połowa etatu. Proponowane w art. 132aa ust. 3 rozwiązanie jest ponadto sprzeczne z deklarowanym odwracaniem piramidy świadczeń - zakładano przenoszenie diagnostyki i leczenia ze szpitala do AOS i POZ. Obowiązek półetatowego zatrudnienia oraz koncentracja personelu w dużych podmiotach wywołają odwrotny skutek - specjaliści zostaną wycofani z mniejszych poradni, a pacjenci ponownie trafią do szpitali. Już obecnie Naczelna Izba Lekarska otrzymuje sygnały od placówek realizujących świadczenia w mniejszych miejscowościach, że skutkiem wejścia w życie opiniowanej ustawy będzie konieczność likwidacji niektórych poradni.	
83.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 4	Zastrzeżenia budzi art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis wprowadza wyjątek od zakazu zatrudnienia w wymiarze mniejszym niż pół etatu w szpitalu i przyszpitalnym AOS mającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyjątek dotyczy lekarzy, którzy są zatrudnieni wyłącznie u jednego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego lub AOS, który zawarł umowę z NFZ o udzielenia świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Warunkiem skorzystania z tej możliwości jest złożenie przez lekarza oświadczenia o zatrudnieniu wyłącznie u jednego świadczeniodawcy mającego kontrakt z NFZ z zakresu leczenia szpitalnego oraz ponowne składanie tego oświadczenia co 6 miesięcy - przy czym oświadczenia te mają być składane z zagrożeniem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Obwarowanie zgody na pracę w wymiarze mniejszym niż pół etatu sankcją odpowiedzialności karnej jest wyrazem absurdalnego wręcz rygoryzmu. Możliwość zatrudnienia lekarza na mniej niż pół etatu powinna być traktowana niejako przywilej danego lekarza, lecz jako przywilej danej placówki medycznej, która go zatrudnia. Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, w jakim wprowadza sankcję rozwiązania umowy w razie niezłożenia przez lekarza oświadczenia o zatrudnieniu w jednej placówce. Niczym nieuzasadniony i wysoce ryzykowny dla pracodawcy i dla pracownika jest przewidziany w art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach skutek rozwiązania zatrudnienia exlege w razie niezłożenia przez lekarza po upływie 6 miesięcy kolejnego oświadczenia o zatrudnieniu u jednego świadczeniodawcy. Projektodawca założył z góry złą wolę podmiotów, tymczasem najczęściej niezłożenie takiego oświadczenia będzie wynikiem przeoczenia i wówczas - ku zaskoczeniu wszystkich - okaże się, że lekarz spełniający warunek ustawowy (tj. zatrudniony tylko w jednej placówce) od kilku miesięcy formalnie nie jest już zatrudniony w szpitalu czy AOS, chociaż w tym czasie przebywał w miejscu pracy, wykonywał obowiązki zawodowe, leczył pacjentów i prowadził dokumentację medyczną. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że sytuacja taka może stanowić dla Narodowego Funduszu Zdrowia „pretekst" do odmowy zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez takiego lekarza za okres, w którym formalnie jest uznawany za niezatrudnionego.	Uwaga niezasadna Ten wyjątek koresponduje z zasadniczym wymogiem zatrudnienia wskazanych pracowników medycznych w opiece szpitalnej w wymiarze co najmniej ½ pełnego wymiaru, co ma służyć Powiązaniu personelu medycznego z jednym (w optymalnym wariancie) lub dwoma świadczeniodawcami. Takie rozwiązanie powinno służyć poprawie jakości/ ciągłości opieki nad pacjentem w opiece szpitalnej.
84.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 7	Zastrzeżenia budzi także redakcja art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki, która sprawia, że jest on niezrozumiały. Projektowany art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach przewiduje wyłączenie stosowania przepisowo konieczności zatrudnienia na co najmniej pół etatu i przepisów o uzyskiwaniu zgody na dodatkowe	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy dot. zgody aktualnego świadczeniodawcy (-ów) na zatrudnienie w innym podmiocie zostały doprecyzowane.

			zatrudnienie w stosunku do „świadczeń udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ustawy o działalności leczniczej". Redakcja przepisu nie pozwala na ocenę o co w nim chodzi - zwykle przecież „stan nagły" i „czas dyżuru" to nie to samo. Nie da się z góry przewidzieć ile w czasie dyżuru medycznego będzie stanów nagłych, a ile gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w porze nocnej. Proponuje się zatem, aby zmienić brzmienie przepisu na następujące: „7. Przepisów ust. 3-6 nie stosuje się do świadczeń udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym.". Zarzutem w stosunku do zaproponowanego brzmienia art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach jest także to, że nie jest jasne jak regulacje art. 132aa ust. 7 i ust. 8 w zakresie dyżurów medycznych mają się do siebie wzajemnie, czy są to regulacje niezależnie od siebie funkcjonujące czy też wyłączające.	Wprowadzono rozwiązanie, że odmowa wyrażenia zgody na dodatkowe zatrudnienie musi się wiązać z ofertą zwiększenia wymiaru czasu pracy. Jednocześnie wprowadzono zasadę milczącej zgody w przypadku nie zajęcia przez kierownika podmiotu leczniczego stanowiska w terminie 14 dni. Wprowadzono także oświadczenie pracownika medycznego, które ma zastąpić dokument wyrażający zgodę przez kierownika podmiotu w razie niezajęcia stanowiska.
85.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 6	Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidujący obowiązek uzyskania zgody na dodatkowe zatrudnienie przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w szpitalu lub AOS w ramach kontraktu z NFZ. Samorząd lekarski uważa, że brak jest dostatecznego uzasadnienia, aby ograniczyć gwarantowaną w art. 65 Konstytucji wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz miejsca pracy, zwłaszcza, że do kodeksu pracy w 2023 r. dodano przepis, który ustanowił wyraźną regułę ogólną, że pracodawca nie może zakazać pracownikowi jednoczesnego pozostawania w stosunku pracy z innym pracodawcą lub jednoczesnego pozostawania w stosunku prawnym będącym podstawą świadczenia pracy innym niż stosunek pracy (art. 26^1 kodeksu pracy). Projektodawca nie wyjaśnia przy tym dostatecznie, jakie uzasadnienie (spełniające kryteria zasady proporcjonalności wprowadzania ograniczeń wolności konstytucyjnych - art. 31 Konstytucji RP) miałoby stać za tym, aby np. lekarz zatrudniony w szpitalu jedynie na pół etatu musiał ubiegać się o zgodę na podjęcie pracy u innego świadczeniodawcy w wymiarze połowy etatu. Łączny wymiar pracy danego lekarza nie przekraczałby wówczas 1 etatu i trudno mówić o względach ochrony zdrowia pracownika stojących za takim rozwiązaniem czy względach ochrony bezpieczeństwa pacjentów. W rezultacie trzeba przyjąć, że zaproponowane rozwiązanie stanowi ingerencję w wolność wyboru i wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP) i wolność działalności gospodarczej (art. 20 i art. 22 Konstytucji RP), a projektodawca nie wykazał, aby tak daleko idące ograniczenie praw i wolności było konieczne dla ochrony zdrowia publicznego ani że zamierzonego celu nie można osiągnąć środkami mniej ingerującymi w prawa i wolności obywateli. Należy się spodziewać, że konsekwencją wejścia w życie tego rozwiązania będzie to, że duże szpitale uzyskają możliwość zatrzymania specjalisty pod pretekstem własnych niezaspokojonych potrzeb kadrowych. Mała placówka ochrony zdrowia nie będzie miała równorzędnej pozycji. W efekcie personel medyczny zostanie skupiony tam, gdzie już jest go najwięcej. Uzależnienie prawa do wykonywania zawodu lekarza w innym miejscu od decyzji dyrektora placówki, w której lekarz jest zatrudniony, tworzy głęboko asymetryczną relację władzy i stwarza ryzyko nadużyć. Kolejnym zastrzeżeniem do proponowanego rozwiązania jest to, że ustawa nie przewiduje dla lekarza żadnych możliwości obrony przed arbitralnym rozstrzygnięciem pracodawcy o odmowie udzielenia zgody na podjęcie dodatkowego zatrudnienia. Skuteczne zakwestionowanie odmowy wyrażenia zgody na dodatkowe zatrudnienie będzie musiało się odbywać poprzez rezygnację lekarza z pracy stanowiącej dotychczas główne miejsce zatrudnienia.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym. W tym przypadku względy bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, stanowiące również dobro chronione konstytucyjnie, powinny przeważać nad swobodą wykonywania zawodów medycznych. Proponowane w projekcie rozwiązanie jest uzasadnioną zapewnieniem czasu pracy niezbędnego dla ciągłej opieki zdrowotnej nad pacjentem przez personel medyczny (lekarza, pielęgniarkę, położną, fizjoterapeutę lub ratownika medycznego) zaznajomiony z jego przypadkiem medycznym i potrzebami w zakresie świadczeń zdrowotnych. Wpisuje się ona w cel projektowanej ustawy, którym jest przeciwdziałanie nadmiernemu rozproszeniu pracowemu ww. zawodów medycznych. Zagwarantowana w art. 65 Konstytucji RP wolność wyboru miejsca pracy nie ma

				charakteru bezwzględnego, na co wskazuje już wykładnia językowa tego przepisu prawa, który wprost stanowi: „Wyjątki określa ustawa”. Konstytucja RP dopuszcza przypadki ograniczenia wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Ustawodawca może określać przesłanki, których spełnienie będzie warunkowało możliwość podjęcia określonej pracy lub zawodu, jednak nie może to być uznanie arbitralne. Zastosowanie znajduje tutaj art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. W myśl wskazanego przepisu ograniczenia mogą być ustanowione tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź też ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Proponowane ograniczenie przyjmie formę ustawową i spełnia ono wymóg proporcjonalności, bowiem uzależnienie nawiązania kolejnego stosunku zatrudnienia od zgody dotychczasowych świadczeniodawców, będących pracodawcami medyka należącego do jednego z ww. zawodów medycznych, jest: (1) adekwatnym środkiem do osiągnięcia celu w postaci zapewnienia zatrudnienia na poziomie zaspokającym potrzeby danego podmiotu leczniczego, co przekłada się na zaspakajanie potrzeb pacjentów w zakresie ciągłości opieki zdrowotnej, (2) konieczne, bowiem bez proponowanego ustawowego ograniczenia, przy jednoczesnym wprowadzeniu ogólnego limitu maksymalnego wymiaru czasu pracy (do dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy) – co jest uzasadnione zapewnieniem niezbędnego wypoczynku medyków – może dojść do nieporządnego rozdrobnienia czasu pracy kluczowych dla opieki nad pacjentami medyków u licznych świadczeniodawców,

				(3) proporcjonalne sensu stricto, bowiem proponowany mechanizm ustawowy został zmieniony w ten sposób, aby chroniony był także interes prywatny zatrudnianego medyka, który ma prawo do zarobkowania wedle swoich możliwości czasowych (w zgodzie z ogólnym proponowanym limitem czasu pracy) i kompetencjami: kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł nie wyrazić zgody na kolejne zatrudnienia jedynie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi podmiotu leczniczego; odmowa zgody będzie wymagała uzasadnienia na piśmie, przy którym kierownik podmiotu leczniczego przedstawi medykowi ofertę zwiększenia wymiaru czasu pracy. Powyższe rozwiązanie będzie także dotyczyła stosunków cywilnoprawnych. Gwarantowana przez art. 20 Konstytucji RP wolność działalności gospodarczej podlega ograniczeniu na zasadach określonych w art. 22 Konstytucji RP. Ograniczenie wolności działalności gospodarczej wymaga spełnienia następujących przesłanej 1) przesłanki formalnej w postaci ustawowej formy (ustawowej drogi) ograniczeń oraz 2) przesłanki materialnej w postaci istnienia „ważnego interesu publicznego" uzasadniającego dane ograniczenie. Niezależnie od tego, w celu usprawiedliwienia wprowadzanego ograniczenia wolności działalności gospodarczej, muszą być jeszcze dodatkowo spełnione następujące ogólne (generalne) przesłanki dopuszczalności ustanawiania ograniczeń konstytucyjnych praw i wolności określone w art. 31 ust. 3: 1) przesłanka „konieczności w demokratycznym państwie", która jest w istocie równoznaczna z przesłanką proporcjonalności oraz 2) przesłanka zakazująca naruszania istoty wolności i praw (w tym przypadku:

				zakazująca naruszania istoty wolności działalności gospodarczej). Równocześnie trzeba mocno podkreślić, że przesłanka zawarta w szczególnej klauzuli ograniczającej z art. 22 i pozwalająca usprawiedliwiać wprowadzane ograniczenia wolności działalności gospodarczej ze względu na ważny interes publiczny wyłącza w odniesieniu do usprawiedliwiania ograniczeń wolności działalności gospodarczej stosowanie tej przesłanki zawartej w ogólnej klauzuli ograniczającej z art. 31 ust. 3, która pozwala usprawiedliwiać wprowadzane ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw jedynie ze względu na powody (wartości) wyczerpująco wyliczone w tymże art. 31 ust. 3 (chodzi mianowicie o takie powody, jak: bezpieczeństwo państwa, porządek publiczny, ochrona środowiska, zdrowia i moralności publicznej, oraz ochrona wolności i praw innych osób). W konsekwencji, w zakresie ograniczenia wolności działalności gospodarczej przez proponowane rozwiązania do uzasadnienia dotyczącego ochrony zdrowia publicznego (przedstawionego w powyższym teście proporcjonalności dla ograniczenia wolności wyrażonej w art. 65 ust. 1 Konstytucji RP) dochodzi przesłanka ważnego interesu publicznego, konkretyzująca się jako ochrona efektywnego i optymalnego wydatkowania środków publicznych przez podmioty lecznicze
86.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 1	Na negatywną ocenę zasługuje brzmienie art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidującego maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego przy zatrudnieniu w podmiocie mającym umowę z NFZ wynoszący dwa etaty. Pierwszą wadą projektowanego rozwiązania jest fakt nierównego traktowania podmiotów znajdujących się w takiej samej lub porównywalnej sytuacji - przepisy nie dotyczą bowiem personelu medycznego wykonującego zawód poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Drugą wadą jest utożsamienie bezpieczeństwa pacjentów wyłącznie ze zbiorczą liczbą godzin przepracowanych w miesiącu, gdy tymczasem ryzyko związane ze zmęczeniem lekarza jest zjawiskiem o wiele bardziej skomplikowanym, bo zależy między innymi od długości nieprzerwanej pracy, liczby następujących po sobie dyżurów, długości odpoczynku pomiędzy dyżurami,	Uwaga niezasadna Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Projekt wprowadza podstawowe instrumenty ochrony pacjentów w systemie publicznych w którym są najbardziej narażeni na brak ochrony, z uwagi na brak bezpośredniej umowy ze świadczeniodawcą i możliwości samodzielnej kontroli jakości świadczonych

			intensywności pracy czy stanu, w jakim znajdują się pacjenci pod opieką lekarza. Miesięczna liczba godzin nie jest samodzielnym, wystarczającym i naukowo miarodajnym wskaźnikiem bezpieczeństwa. Przykładowo wysokie ryzyko wynikające z ostrego przemęczenia i niedoboru snu może wystąpić po kilku następujących po sobie dyżurach, mimo nieprzekroczenia nawet wymiaru czasu pracy dla jednego etatu (około 160 godzin). Niekonsekwencją ustawodawcy jest także to, że projekt ustawy przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od wspomnianych ograniczeń łącznego wymiaru czasu pracy, w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego. Oznacza to, że projektowany limit nie jest przez samego projektodawcę traktowany jako biologiczna granica bezpieczeństwa, lecz jako administracyjny sposób zarzadzania pracą personelu medycznego. Przepis art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach nie wskazuje precyzyjnie, w jaki sposób oblicza się dwukrotność pełnego wymiaru czasu pracy, tj. czy wlicza się także dyżury pełnione w różnych placówkach ochrony zdrowia, których liczba w każdym miesiącu jest inna, czy wliczać pozostawanie w gotowości do świadczenia pracy (tzw. dyżur pod telefonem), jak wliczać pracę w systemie zadaniowym, czy w przypadku lekarzy posiadających orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności równoważnik dwóch etatów oblicza się dla liczby godzin wynikającej ze zwykłej normy czasu pracy, czy dla normy czasu pracy obniżonej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ustawodawca nie może takich kwestii związanych z obliczaniem etatu i jego równoważnika pozostawić bez doprecyzowania, jeśli za nieprawdziwe oświadczenie zamierza wprowadzić odpowiedzialność karną. Nie jest również precyzyjne określone w jakim przedziale czasowym należy obliczać równowartość pełnego wymiaru czasu pracy - w okresie miesięcznym czy dłuższym, bowiem w prawie pracy zasada jest, że stosuje się dłuższe (często trzymiesięczne) okresy rozliczeniowe.	usług – nie wyklucza możliwości stosowania przez kierownika podmiotu leczniczego instrumentów zabezpieczających przed nieprzerwaną realizacją świadczeń w ramach umowy z osobą wykonującą zawód medyczny. Wprowadzenie wyjątków od reguły uzależnione jest od zgody Prezesa NFZ i ma na celu zapewnienie dostępu do świadczeń w wyjątkowych sytuacjach powstania ryzyka niezabezpieczenia opieki zdrowotnej. W zakresie obliczania wymiaru czasu pracy przepis został doprecyzowany.
87.	Naczelna Izba Lekarska	132aa ust. 2	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza sprzeciw wobec nakładania na lekarzy sankcji odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń dotyczących wymiaru czasu pracy - art. 132aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zaproponowana regulacja jest zbyt daleko idąca. Oświadczenia lekarza o takich okolicznościach jak łączny wymiar czasu pracy nie powinno być obwarowane sankcją odpowiedzialności z kodeksu karnego. Jest to sankcja zbyt daleko idąca. Należy ponadto dodać, że liczba godzin składająca się na wymiar jednego etatu czy równoważnika jednego etatu jest w każdym miesiącu nieco inna i zależy od liczby dni danego miesiąca oraz liczby świąt przypadających w danym miesiącu, co może utrudniać składanie stosowanych oświadczeń. Przykładowo 168 godzin pracy w jednym miesiącu może wciąż mieścić się w wymiarze jednego etatu, natomiast ta sama liczba godzin pracy w innym miesiącu może stanowić przekroczenie równoważnika jednego etatu.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis dot. określenia pełnego wymiaru czasu pracy został doprecyzowany. Wprowadzenie oświadczeń nt. wymiaru czasu pracy jest niezbędne dla zapewnienia skutecznego instrumentu egzekwowania wprowadzanych norm czasu pracy w publicznej opiece zdrowotnej.
88.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 8	Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od części ograniczeń dotyczących maksymalnego zatrudnienia w ramach dwóch etatów, obowiązku pracy w wymiarze wynoszącym co najmniej pół etatu w ramach świadczeń szpitalnych i AOS realizowanych w ramach kontraktu z NFZ, czy obowiązku uzyskiwania zgody pracodawcy na podjęcie dodatkowego zatrudnienia - Prezes NFZ może wyrazić zgodę na takie odstępstwa w przypadku braku dostępności pracowników medycznych lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego. Oznacza to, że projektowany w ustawie limit nie jest	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany przez wskazanie 14-dniowego terminu dla Prezesa NFZ na wyrażenie zgody na odstępstwo od wymogów czasu pracy oraz obowiązek uzasadnienia odmowy a także zasadę milczącej zgody w przypadku nie zajęcia stanowiska w terminie.

			przez samego projektodawcę traktowany jako nieprzekraczalna biologiczna granica bezpieczeństwa. Jeżeli przekroczenie dwóch etatów miałoby tworzyć niedopuszczalne zagrożenie dla pacjenta, to nie można byłoby uzależniać możliwości jego przekroczenia od zgody Prezesa NFZ na odstępstwo. Przewidziane w ustawie wyjątki potwierdzają, że limit nie ma na celu ochrony przed przemęczeniem, ale raczej jego celem jest administracyjne zarządzanie zasobami kadrowymi pracowników medycznych oraz centralne kontrolowanie warunków zatrudnienia. Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że zgodnie z art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach o prawie do wykonywania zawodu lekarza w więcej iż jednym podmiocie bez zgody pierwszego podmiotu czy o możliwości pracy lekarza w wymiarze przekraczającym dwa etaty Prezes NFZ będzie decydował wyłącznie na wniosek placówki medycznej, a nie na wniosek lekarza. W rezultacie w sprawach, które bezpośrednio dotyczą lekarza, pozbawia się lekarza prawa bycia stroną.	Uwaga o pominięciu lekarza jako strony jest niezasadna – Zgoda bowiem dotyczy możliwości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej której stroną jest świadczeniodawca i to on jest w stanie ocenić czy ma możliwość zabezpieczenia dostępu w wymiarze przekraczającym limit po uzgodnieniu tego z lekarzem lub inną osobą wykonującą zawód medyczny. Możliwość złożenia wniosku przez świadczeniodawcę nie pozbawia przymiotu strony lekarza lub innego zawodu medycznego w stosunku pracy lub w umowie cywilnoprawnej.
89.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132aa ust. 9	Niezasadne są także propozycje zawarte w art. 132aa ust. 9 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis narzuca dodatkowe wymogi wobec treści umów o pracę, które nie są wymienione w kodeksie pracy, część z nich jest wręcz nierozsądna np. wymóg określenia stawki godzinowej brutto wynagrodzenia - w przypadku umowy o pracę ze stałą miesięczną pensją stawka godzinowa jest w każdym miesiącu kalendarzowym inna z uwagi na inną liczbę godzin pracy do przepracowania, najwyższą stawkę godzinową wynagrodzenia osiąga się zwykle w miesiącu lutym, który ma tylko 28 dni. Skutkiem wymogu wpisania do umowy o pracę stawki godzinowej brutto będzie to, że co miesiąc strony będą aneksować umowę o pracę, podając nową stawkę godzinową wynikającą z podzielenia ustalonego wynagrodzenia miesięcznego przez liczbę dni i godzin do przepracowania w danym miesiącu. Nie jest również możliwe określenie z góry w szczególności w umowie o pracę liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Poszczególne zadania realizowane są zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem wynikającym z pracy w danej komórce organizacyjnej zakładu leczniczego	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany przez dodanie zastrzeżenia, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.
90.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132ab ust. 1	Krytycznie ocenia się mechanizm maksymalnego, sztywnego wynagrodzenia godzinowego przyjęty w art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Maksymalna stawka godzinowa osoby wykonującej zawód medyczny z tytułu udzielania świadczeń objętych umową z NFZ, wynosząca wg projektu ustawy 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę, będzie skutkowała trudnościami w pozyskaniu lekarzy specjalistów w deficytowych dziedzinach medycyny, zwłaszcza w placówkach powiatowych, oddalonych od dużych ośrodków akademickich oraz na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Negatywnie należy ocenić także to, że taki sam limit wynagrodzenia ma obejmować pracę dzienną i nocną, procedurę prostą i wysokospecjalistyczną, duże miasto i placówkę, do której od miesięcy nie można pozyskać lekarza. Cena maksymalna oderwana od lokalnej podaży pracy może być niższa od stawki koniecznej do utrzymania świadczenia. Zjawisko to odbije się na dramatycznym zmniejszeniu dostępności pacjentów obszarów położonych poza dużymi miastami do świadczeń opieki zdrowotnej.	Uwaga niezasadna Przepis wprowadza jedynie maksymalny pułap stawki godzinowej. Ponadto w projekcie prowadzono możliwość przyznania dodatków powyżej limitu stawki godzinowej z tytułu udzielania świadczeń w zakresie transplantologii klinicznej, świadczeń wysokospecjalistycznych lub świadczeń udzielanych w centrach urazowych.
91.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132ab ust. 5	Dla uelastycznienia możliwości pozyskania wysokospecjalistycznej kadry medycznej niewystarczające są propozycje art. 132ab ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przewidziana w tym przepisie możliwość zwiększenia przez placówkę medyczną stawki maksymalnej	Przepis został doprecyzowany – j.w.

			wynagrodzenia pracownika medycznego w razie świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub po nad standard owego obciążenia pracą daje niejasne i zawsze możliwe do podważenia kryteria oceny. W praktyce na tle wszystkich zawodów medycznych, większość świadczeń zdrowotnych udzielnych przez lekarza specjalistę wymaga szczególnych umiejętności albo rodzi duże obciążenie pracą. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza obawy, że te niejasne kryteria podwyższenia maksymalnej stawki wynagrodzenia mogą być podważane przez NFZ w ramach nowego narzędzia kontrolnego wprowadzanego w art. 61 a ust. 1a ustawy o świadczeniach, który przyznaje Prezesowi NFZ prawo do przeprowadzenia kontroli nie tylko prawidłowości realizacji kontraktu z NFZ, ale także prawidłowości wykorzystania środków publicznych. Zdaniem samorządu lekarskiego należy zatem w ustawie wyraźnie wskazać, że przyznanie przez świadczeniodawcę podwyższonej stawki wynagrodzenia pozostaje poza zakresem uprawnień kontrolnych NFZ przewidzianych w art. 61 a ust. 1 ustawy.	
92.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132ab ust. 9	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej krytycznie ocenia art. 132ab ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązek złożenia przed zatrudnieniem oświadczenia o łącznym maksymalnym miesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkich zatrudniających lekarza placówkach medycznych realizujących kontrakt z NFZ pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, nie jest konieczny w sytuacji, w której ustawodawca planuje wprowadzić maksymalną kwotę wynagrodzenia za godzinę pracy pracownika medycznego oraz planuje narzucić nieprzekraczalny limit dwóch etatów świadczenia pracy. Obowiązek złożenia oświadczenia o wysokości zarobków jest w takiej sytuacji nadmiarowy, a wprowadzenie sankcji z karnoprawnej za jego nienależyte wykonanie nie znajduje uzasadnienia. Skoro przestępstwem nie jest ewentualne przekroczenie kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie może osiągnąć osoba wykonująca zawód medyczny, to tym bardziej nie powinno być kwalifikowane jako przestępstwo złożenie oświadczenia dotyczącego wysokości tego wynagrodzenia.	Uwaga niezasadna Taki obowiązek jest niezbędny w celu wyegzekwowania stosowania normy ograniczającej maksymalne wynagrodzenie miesięczne. Sankcją karną jest zagrożone jedynie świadome złożenie oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym.
93.	Naczelna Izba Lekarska	art. 132ab ust. 11	Na krytykę zasługuje przyjęty w art. 132ab ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakaz ustalania wynagrodzenia osoby wykonującej zawód medyczny w postaci stawki procentowej wynagrodzenia świadczeniodawcy otrzymywanego z tytułu realizacji kontraktu z NFZ. Zaproponowane rozwiązanie budzi daleko idące wątpliwości. Bezwzględny zakaz z art. 132ab ust. 11 w swym założeniu jest wymierzony w patologię, ale niestety także w wielu wypadkach usuwa prawidłowy bodziec do efektywnej pracy. Wynagrodzenie wyłącznie godzinowe w ochronie zdrowia premiować będzie obecność w pracy, a nie wykonanie świadczeń. Wydaje się, że na przyjęciu takiego modelu wynagradzania najbardziej ucierpią procedury wysokospecjalistyczne, dziedziny zabiegowe lub procedury obciążające fizycznie lub stwarzające wyższe ryzyko prawne, spowodować ono może również spadek ilości porad w ramach AOS. Naturalne jest, że jeżeli lekarz może za tę samą stawkę wynagrodzenia wykonywać pracę lżejsza lub obarczoną mniejszym ryzykiem, część specjalistów racjonalnie wybierze mniej ryzykowane świadczenia lub ograniczy liczbę wykonywanych procedur. Nie można zakładać, że efektywność wykonywania trudnych i ryzykowanych procedur jest całkowicie niezależna od wynagrodzenia. Zakaz ustalania wynagrodzenia liczonego od wykonanej procedury w pewnych obszarach medycyny nie będzie sprzyjać efektywności pracy. Przy systemie wynagrodzenia „od wykonanej procedury” zwykle zwiększa się dostępność pacjentów do świadczeń danego rodzaju.	Uwaga niezasadna Zakaz ustalania wynagrodzenia jako udziału procentowego w wartości kontraktu z NFZ, przy jednoczesnym prowadzeniu maksymalnej stawki godzinowej, nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.

94.	Naczelna Izba Lekarska	art. 192a ust. 11	Na zdecydowany sprzeciw zasługuje propozycja zmiany art. 192a ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem NFZ będzie mógł zwrócić się do świadczeniodawcy niemającego kontraktu z NFZ o przekazanie (nieodpłatnie) dokumentacji medycznej osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych i dokumentacji pracowników medycznych obejmującej rozkład czasu pracy. Zdaniem samorządu lekarskiego stanowi to niezwykle głęboką ingerencję w Konstytucyjne prawo do prywatności i zarazem naruszenie tajemnicy lekarskiej. Pacjent, który korzysta z opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych, musi oczywiście liczyć się z tym, że płatnik publiczny może dokonywać kontroli prawidłowości wydatkowania środków na leczenie, w tym np. kontrolować dokumentację medyczną, natomiast pacjent, który korzysta ze świadczeń komercyjnie, ma pełne prawo oczekiwać pełnej poufności danych związanych ze swoim leczeniem. Samorząd lekarski przypomina, że w ugruntowanym orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, tajemnica lekarska ma szczególną wagę. Ograniczenie tajemnicy lekarskiej w drodze zapisów ustawowych musi podlegać szczególnym rygorom, ponieważ może nieproporcjonalnie naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki. Każdemu przysługuje prawo do ochrony prywatności, ale w ocenie wyrażanej przez Trybunał Konstytucyjny przy kontaktach z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego (takich jak np. lekarz) prawo do prywatności musi podlegać większej, intensywniejszej ochronie niż w innych sytuacjach. Tajemnica lekarska jest nie tylko normą wyrażoną w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale przede wszystkim wartością konstytucyjnie chronioną. Każde ograniczenie prawa do prywatności związanego z podjętym leczeniem stanowi niezwykle głęboką ingerencję w prawa i wolności obywatelskie, zatem warunki dopuszczalności ingerencji organów państwowych w te sferę prywatności muszą być szczególnie surowe.	Uwaga niezasadna. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
95.	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 ba	Zdecydowany sprzeciw budzi brzmienie dodawanego art. 61 ba ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na mocy tego przepisu podmioty lecznicze posiadające umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą obowiązane udostępniać Narodowemu Funduszowi Zdrowia informacje dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem, w tym umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Brak jest wystarczającego uzasadnienia, aby udostępniać Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane pacjenta niekorzystającego ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych - jest to ujawnienie tajemnicy lekarskiej oraz naruszenie konstytucyjnego prawa do prywatności, dla którego nie ma wystarczających argumentów opartych o zasadę proporcjonalności, zwłaszcza że przepis nie daje wskazówek zawężających możliwość wystąpienia o taką dokumentację medyczną. Ustawa nie wskazuje przy tym konkretnego celu, zakresu i okresu przetwarzania tych danych. Gdy jest podejrzenie, że doszło do popełnienia przestępstwa, o dokumentację medyczną mogą przecież zwracać się upoważnione do tego organy ścigania, nie ma zatem uzasadnienia, aby NFZ kontrolując wykonanie umowy, pozyskiwał dane z naruszeniem prawa do prywatności pacjentów, którzy nie korzystali z leczenia finansowanego ze środków publicznych. Pacjent „komercyjny” nie może być zaskakiwany, że po kontroli NFZ jego dane są elementem procesu sądowego, czy jest wzywany na świadka w sprawie rozliczeń komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego mającej kontrakt z NFZ, w której nigdy się nie leczył. Podobne zastrzeżenia dotyczą pozyskiwania danych personelu medycznego, który nie realizował świadczeń objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.	Uwaga niezasadna Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz.

				972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
96.	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 a ust. 1a	Zastrzeżenia budzi także dodawany art. 61 a ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z projektem ustawy art. 61 a ust. 1a ustawy będzie stanowił, że: „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 wart. 41 ustawy o refundacji, pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.” Jak wynika z proponowanego brzmienia przepisu, Prezes NFZ będzie sam określał wymagania dotyczące wykorzystania środków publicznych z kontaktu z NFZ i potem będzie sam kontrolował prawidłowość ich wykorzystania. To zbyt daleko idąca ingerencja NFZ w strukturę kosztów i wydatki podmiotu mającego kontrakt z NFZ. Dotychczas Prezes NFZ w ramach kontroli sprawdzał realizację umowy zawartej z NFZ, warunki udzielania świadczeń (personel, sprzęt) prawidłowość udzielanych świadczeń, prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej, prawidłowość ordynacji lekowej, natomiast za wykorzystanie środków z kontraktu z NFZ odpowiada kadra zarządzająca daną placówką medyczną. Przepis nie określa nawet, w jakim trybie Prezes NFZ będzie określał owe „wymagania”, co w rezultacie może skutkować tym, że wymagania te będą wywodzone nie tylko z zarządzeń Prezesa NFZ, ale także różnego rodzaju komunikatów czy innego rodzaju pism wewnętrznych. Zrównanie takich wytycznych Prezesa NFZ z przepisami prawa, które mogą być podstawą kontroli, nie znajduje uzasadnienia.	Uwaga niezasadna. Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność co wyznacza granice kształtowania negatywnych ocen w kontroli. Jeżeli więc przeznaczenie środków będzie ocenione negatywnie to musi stać w sprzeczności z – wskazanymi zresztą literalnie w przepisie: „pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu”. Wykorzystanie środków publicznych przekazanych podmiotowi prywatnemu, w tym przypadku świadczeniodawcy nie powinno pozostawać poza zakresem możliwości skontrolowania legalności ich wydatkowania przez organ władzy publicznej. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa projektowanym przepisie. NFZ i jego organy są podmiotami publicznymi, co oznacza, że wymagania określone przez Prezesa NFZ, muszą pozostawać w graniach prawa powszechnie obowiązującego. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i jest jasne, że nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ.
97.	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 d ust 5a	Wątpliwości budzi przepis art. 61 d ust 5a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Samorząd lekarski sprzeciwia się upoważnieniu Narodowego Funduszu Zdrowia do wszczynania ponownej kontroli w zakresie, który był już objęty wcześniejszą kontrolą Narodowego Funduszu Zdrowia. NFZ dysponuje wyspecjalizowanym korpusem kontrolerów, nie ma powodów, aby wprowadzać możliwość wielokrotnego kontrolowania tego samego podmiotu w tym samym zakresie.	Uwaga niezasadna Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli

				nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy.
98.	Naczelna Izba Lekarska	art. 61e ust. 2 oraz art. 61j ust. 2	Negatywnie ocenia się poszerzenie kręgu osób mogących brać udział w kontroli o pracowników NFZ niebędących kontrolerami i inne osoby wykonujące czynności na podstawie umowy cywilnoprawnej - art. 61e ust. 2 oraz art. 61j ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przeprowadzenie kontroli realizacji umowy przez placówkę medyczną wymaga udziału w tej czynności osób o odpowiednich kwalifikacjach, zakresie umocowania, zakresie odpowiedzialności oraz znajomości reguł unikania konfliktu interesów, stąd poszerzenie kręgu osób uprawnionych do udziału w kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie znajduje dostatecznego uzasadnienia. Zastrzeżenie to jest aktualne zwłaszcza przy przewidzianym w art. 61j ust. 2 uprawnieniu do kontroli dokumentacji medycznej.	Uwaga niezasadna Do osób o których mowa w projektowanej regulacji mają zastosowania przepisy o tajemnicy kontrolerskiej (art. 61z ustawy) oraz o zasadach wyłączenia z kontroli (art. 61f ustawy). Wszystkie czynności osób mogących brać udział w kontroli będą się mieściły w graniach upoważnień kontrolerskich.
99.	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 g	Samorząd lekarski sprzeciwia się zmianom w zakresie trybu wszczynania kontroli przez NFZ - art. 61 g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W projekcie ustawy planuje się odejść od cywilizowanego trybu wszczynania kontroli przez NFZ. Obecnie art. 61 g ustawy o świadczeniach stanowi, że Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych. Tylko w wyjątkowych sytuacjach jest stosowany tryb kontroli rozpoczynającej się natychmiast, bez uprzedzenia. Nowelizacja ustawy przewiduje tymczasem, że „Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli", co oznacza, że wszystkie kontrole NFZ mogą stać się kontrolami pilnymi wszczynanymi bez uprzedzenia. Taki tryb kontroli jest niezwykłym utrudnieniem dla placówki kontrolowanej, zwłaszcza dla małych podmiotów (np. gabinetów dentystycznych) gdzie przy niewielkiej, czasem jednoosobowej obsadzie, wykonywanie świadczeń	Doprecyzowano przepisy.

100	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 o ust. 4	Zastrzeżenia budzi nałożenie na osoby składające wyjaśnienia w toku kontroli NFZ (np. pracowników kontrolowanego podmiotu leczniczego) rygoru odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia - art. 61 o ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to wymóg nieproporcjonalny - nawet kontrolerzy NFZ, którzy mogą podlegać wyłączeniu od kontroli w razie braku bezstronności, nie składają oświadczenia o braku konfliktu interesów pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.	Doprecyzowano przepisy.
101	Naczelna Izba Lekarska	art. 61 v ust. 1 pkt 4	Wadliwym rozwiązaniem jest przyznanie NFZ-owi prawa do wszczynania kontroli doraźnej w celu „przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniodawców'' - art. 61 v ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przeciwdziałanie nierównemu traktowaniu świadczeniodawców jest pojęciem zbyt szerokim i nieostrym, aby uzasadniało podjęcie kontroli w placówce medycznej na podstawie legitymacji, bez wcześniejszego upoważnienia i zawiadomienia podmiotu kontrolowanego.	Uwaga niezasadna. Przepis ten stwarza możliwość reakcji wobec sytuacji, gdy kryteria inne niż medyczny determinują uzasadnienie lub czas realizacji interwencji medycznej w odróżnieniu od innych świadczeniobiorców.
102	Naczelna Izba Lekarska	art. 112 ust. 2	Zastrzeżenia budzi nowelizacja art. 112 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zaproponowany przepis jest wyrazem skrajnej niekonsekwencji ustawodawcy. W tej samej ustawie, w której wprowadza się restrykcyjne ograniczenia i wymogi wobec podejmowania przez lekarzy dodatkowego zatrudnienia, w przypadku pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia uchyla się przepisy o konieczności uzyskania zgody Prezesa NFZ na podjęcie przez pracownika NFZ dodatkowego zatrudnienia (art. 112 ust. 2 ustawy o świadczeniach ma być uchylony).	Uwaga niezasadna Przepis jest kierowany do pracowników NFZ, a nie lekarzy. Pracownicy NFZ stanowią grupę zawodową o bardzo zróżnicowanej strukturze wykształceń i nawet w granicach zawodów medycznych absolutnie nie może być utożsamiana z lekarzami. Istniejąca obecnie regulacja jest nadmiernie restrykcyjna, gdyż stanowi ogólny, bardzo szeroki zakaz aktywności zawodowej pracowników NFZ, bez względu na rodzaj tej aktywności. Cel projektowanej regulacji wpisuje się w cel nowelizacji ustawy, tj. zwiększenie korpusu kontrolerskiego NFZ. W tym celu NFZ chcąc pozyskać wykwalifikowaną kadrę powinien wpisywać się w konkurencyjność na rynku pracy, podczas gdy dzisiejsze brzmienie art. 112 tą konkurencyjność wypacza.
103	Naczelna Izba Lekarska	art. 26 i 27 u.d.l.	Zmiany w ustawie o działalności leczniczej - art. 26 i 27 - zakaz zawierania kontraktów z podmiotami „zbiorowymi”. W uzasadnieniu do projektu ustawy napisano, że będzie to zapobiegało tworzeniu „fikcyjnych podmiotów leczniczych” tworzonych po to, aby omijać normy czasu pracy. Prezydium NRL wskazuje, że podobnej determinacji w walce z fikcyjnymi podmiotami leczniczymi samorząd oczekiwał od Ministerstwa Zdrowia przy działalności tzw. receptomatów, gdzie leczniczy charakter danej działalności bywa wysoce dyskusyjny. Nieprecyzyjne są przepisy art. 26 ust. 1 a, który dopuszcza w drodze wyjątku możliwość podpisania umowy z podmiotem zbiorowym, pod warunkiem że świadczenia zdrowotne będą wykonywane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego	Uwaga niezasadna W omawianym przypadku kryterium stanowi miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego. Przedmiotem umowy z innym podmiotem leczniczym (przyjmującym zamówienie) jest udzielanie świadczenia zdrowotnego w zakładzie przyjmującego zamówienie.

			zamówienie. Nie jest tutaj jasne, czy w ramach tego przepisu zgodę na zawarcie umowy uzyskają podmioty zbiorowe wykonujące np. usługi z zakresu teleradiologii, gdzie jednak dochodzi do rzeczywistego outsourcingu kompleksowej usługi.	Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń.
104	Naczelna Izba Lekarska	art. 4	Poważnym zagrożeniem dla funkcjonowania ochrony zdrowia jest art. 4 ustawy, który przewiduje wygaśniecie z dniem 31 grudnia 2026 r. umów i innych aktów, na podstawie których powstało zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny, jeśli nie spełniają wymogów nowej ustawy. Dostosowanie się w terminie do 31 grudnia 2026 r. do tak istotnie zmienionych warunków zatrudnienia i wynagradzania w całej Polsce w praktycznie wszystkich podmiotach leczniczych jest niezwykle trudne i należy założyć, że nie będzie przebiegało sprawnie. Ryzyko wygaśnięcia umów dotyczących zatrudnienia personelu medycznego uderza w pacjentów i funkcjonowanie placówek medycznych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza poważne zastrzeżenia wobec ingerencji ustawodawcy w zawarte już umowy. Strony, które zawierały umowę, określiły swoje wzajemne prawa i obowiązki, ustaliły także okres obowiązywania zaciągniętych zobowiązań umownych a w oparciu o te dane np. dotyczące liczby godzin usługi i wynagrodzenia dokonały zakupu sprzętu korzystając z umów leasingu czy innych zobowiązań kredytowych. Drastyczna zmiana warunków wcześniej zawartej umowy w trakcie jej obowiązywania narusza równowagę kontraktową i uderza w zasadę trwałości umów. Obowiązek dostosowania treści wieloletnich umów w ciągu zaledwie paru miesięcy jawi się jako nadmierny rygoryzm prawa.	Przepis został istotnie zmodyfikowany - przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
105	Naczelna Izba Lekarska	art. 5	W art. 5 ustawy przewidziano, że wchodzi ona w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Vacatio legis jest zdecydowanie zbyt krótkie. Taki krótki czas dla wejścia w życie poważnej zmiany w przepisach o funkcjonowaniu ochrony zdrowia zagraża funkcjonowaniu wielu placówek i dostępowi pacjentów do świadczeń.	Wydłużono vacatio legis do 30 dni.
106	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 projektu – projektowany art. 132aa ust. 1	Dodanie wyjątku od limitu czasu pracy dla świadczeń udzielanych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Proponujemy dodanie kolejnego ustępu do projektowanego art. 132aa w brzmieniu: „Przepisów ust. 1-6 nie stosuje się do osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.”	Uwaga niezasadna Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów i brak jest uzasadnienia dla stosowania wyjątku wobec pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Pozostałe ograniczenia (1/2 etatu) nie dotyczą tego zakresu świadczeń.
107	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 projektu – projektowany	Negatywna ocena obowiązku składania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej w obecnym kształcie. Postulujemy zastąpienie oświadczenia karnego informacją o zaplanowanych godzinach i obowiązkiem	Uwaga niezasadna Obowiązek składanie oświadczeń o łącznym wymiarze czasu pracy jest niezbędny w celu

		art. 132aa ust. 2	aktualizacji. Odpowiedzialność przewidywać wyłącznie za umyślne przekazanie istotnie nieprawdziwych danych. Proponowane brzmienie art. 132aa ust. 2: „Osoba, o której mowa w ust. 1, przedkłada przed zatrudnieniem informację o liczbie planowanych godzin udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców i aktualizuje ją w terminie 7 dni od dnia wystąpienia zmiany. Przed złożeniem informacji świadczeniodawca przekazuje pouczenie o sposobie obliczenia godzin.”	wyegzekwowania przestrzegania wprowadzanego limitu czasu pracy pracownika medycznego.
108	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 projektu – projektowany art. 132aa ust. 3	Negatywna ocena ustawowego minimum połowy wymiaru czasu pracy. Skreślenie ust. 3. Ewentualne wprowadzenie zasady, że wymiar zatrudnienia wynika z rzeczywistych potrzeb organizacyjnych i musi zapewniać ciągłość opieki, przekazanie informacji oraz zgodność z normami odpoczynku, bez ustawowego minimum.	Uwaga niezasadna Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. Objęcie tym wymogiem także poradni przyszpitalnych jest niezbędne w celu wyeliminowania ryzyka pozornego zatrudniania w AOS przyszpitalnym w mniejszym wymiarze cz. pracy niż połowa wymiaru, a następnie przenoszenia personelu do realizacji świadczeń szpitalnych. Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
109	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 4 i 5	Negatywna ocena cyklicznych oświadczeń oraz automatycznego „rozwiązania zatrudnienia”. Przepis nie rozróżnia rozwiązania i wygaśnięcia stosunku pracy, nie określa roszczeń pracownika ani skutków niezłożenia oświadczenia z przyczyn niezawinionych. Automatyczna utrata zatrudnienia za uchybienie formalne jest nieproporcjonalna i może objąć osoby szczególnie chronione.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis przewidujący obowiązek składania kolejnych oświadczeń o zatrudnieniu wyłącznie u jednego świadczeniodawcy został usunięty.
110	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 6	Proponujemy skreślić wymóg zgody kierownika pierwszego podmiotu na dodatkowe zatrudnienie. Przepis przyznaje pracodawcy instrument blokowania mobilności pracownika z powodu własnych „niezaspokojonych potrzeb kadrowych”, nawet bez kolizji grafików i obowiązków. Może osłabić pozycję negocjacyjną pielęgniarek i położnych oraz utrwalać niekorzystne warunki. Nie przewidziano szybkiego środka odwoławczego.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.

				Przepisy zostały doprecyzowane: - wprowadzono rozwiązanie, że odmowa wyrażenia zgody na dodatkowe zatrudnienie musi się wiązać z ofertą zwiększenia wymiaru czasu pracy, - w przypadku nie zajęcia przez kierownika podmiotu leczniczego stanowiska w zakresie wniosku złożonego przez pracownika medycznego o możliwości zatrudnienia w kolejnym podmiocie w terminie 14 dni wprowadzono oświadczenie, które ma zastąpić dokument wyrażający zgodę przez kierownika podmiotu;
111	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 8	Wyjątki są zbyt wąskie, uznaniowe i pozbawione gwarancji proceduralnych. Odstępstwo zależy od wniosku świadczeniodawcy i zgody Prezesa NFZ. Osoba wykonująca zawód medyczny nie ma samodzielnego prawa złożenia wniosku. Nie określono terminu, formy rozstrzygnięcia, kryteriów oceny ani trybu odwoławczego. Może to prowadzić do regionalnych różnic i opóźnień w zabezpieczeniu świadczeń.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany w zakresie wskazania 14-dniowego terminu dla Prezesa NFZ na wyrażenie zgody na odstępstwo od wymogów czasu zatrudnienia, obowiązek uzasadnienia odmowy oraz mechanizm milczącej zgody w przypadku nie zajęcia stanowiska w terminie.
112	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	art. 1 pkt. 3	Negatywnie opiniujemy zmniejszenia obowiązków nałożonych na AOTMiT w zakresie uproszczenia zakresu raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, w szczególności wykreślenie przepisów, iż raport ma zawierać ustalenia wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności oraz skutków następstw choroby lub stanu zdrowia, a także opis sposobu i poziomu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji w innych krajach.	Uwaga niezasadna Ograniczenie obligatoryjnych elementów raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń jest zmianą celową, służącą skoncentrowaniu postępowania taryfikacyjnego na informacjach mających bezpośrednie znaczenie dla ustalenia poziomu taryfy, w szczególności danych kosztowych, analizie popytu i podaży, skutkach finansowych oraz wpływie proponowanej taryfy na strukturę udzielanych świadczeń. Dane dotyczące wpływu świadczenia na stan zdrowia populacji, w tym dane epidemiologiczne, są w znacznej części analizowane już na etapie kwalifikacji świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych. Ich obligatoryjne, ponowne opracowywanie w każdym postępowaniu taryfikacyjnym prowadziłoby do powielania wcześniej wykonanych analiz. Projektowana zmiana nie wyłącza możliwości uwzględnienia takich danych,

				jeżeli w konkretnym postępowaniu mają one znaczenie dla ustalenia taryfy. Analogicznie, odstąpienie od obowiązkowego przedstawiania sposobu i poziomu finansowania świadczenia w innych państwach wynika z ograniczonej porównywalności takich danych, związanej m.in. z różnicami w organizacji systemów ochrony zdrowia, zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, mechanizmach rozliczeniowych, strukturze kosztów oraz poziomie cen i wynagrodzeń. Dane zagraniczne mogą być nadal wykorzystywane w przypadkach, w których są wiarygodne, porównywalne i przydatne dla ustalenia taryfy. Jednocześnie art. 31lb ust. 3 pkt 7 ustawy nadal umożliwia uwzględnienie w raporcie innych dostępnych danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. W konsekwencji projektowana zmiana nie prowadzi do pominięcia istotnych informacji, lecz znosi obowiązek każdorazowego sporządzania analiz, których znaczenie dla konkretnego postępowania taryfikacyjnego może być ograniczone.
113	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	art. 1 pkt. 10	Negatywnie opiniujemy proponowaną zmianę; jesteśmy za pozostawieniem obecnej zasady, że poszczególne czynności kontrolne mogą wykonywać wyłącznie pracownicy zatrudnieni na podstawie stosunku pracy przez NFZ; nie wyobrażamy sobie możliwości dopuszczania do czynności kontrolnych osób trzecich, zatrudnionych przez NFZ na podstawie umów cywilno-prawnych lub nawet osób na prowadzonych działalnościach gospodarczych; dopuszczenie możliwości powierzania czynności kontrolnych osobom na umowach cywilnoprawnych i na kontraktach nie daje gwarancji prowadzenia tych kontroli przez osoby posiadające odpowiednie doświadczenie i wiedzę kontrolerską; dodatkowo będzie to najprawdopodobniej dla tych osób poboczne miejsce pracy, a nie miejsce podstawowe; brak jest nawet gwarancji wymiaru miesięcznego zatrudnienia na tego typu umowach	Uwaga niezasadna Do osób o których mowa w projektowanej regulacji mają zastosowania przepisy o tajemnicy kontrolerskiej (art. 61z ustawy) oraz o zasadach wyłączenia z kontroli (art. 61f ustawy). Wszystkie czynności osób mogących brać udział w kontroli będą się mieściły w graniach upoważnień kontrolerskich.
114	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	art. 1 pkt. 12	Negatywnie opiniujemy próbę dopuszczenia do badania i oceny dokumentacji medycznej osób, które nie posiadającą wykształcenia medycznego lub wykonujących zawód medyczny; negatywnie opiniujemy również możliwość dopuszczenia do badania i oceny dokumentacji medycznej osób zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych lub na kontraktach; jesteśmy za pozostawieniem przepisów w obecnym brzmieniu;	Uwaga niezasadna. Przepis ten dotyczy wszystkich tych sytuacji w których wyprowadzenie wniosków z wpisów z dokumentacji medycznej nie wymaga wiedzy medycznej, a jedynie ustalenie istnienia określonych faktów. Przykładem może być również weryfikacja dokumentacji wyłącznie pod względem

				formalnym, a zatem rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666). Jednocześnie należy podkreśli, że w zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy przewidują rygory dotyczące wykształcenia lub wykonywania zawodu przez pracownika NFZ który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medyczne.
115	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	art. 1 pkt. 21	Negatywnie opiniujemy pomysł w zakresie pozostawienia do arbitralnej decyzji Prezesa NFZ wyrażania zgody na dodatkowe aktywności pracowników NFZ, w tym możliwości dodatkowego zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej przez pracowników NFZ;	Uwaga niezasadna Pracownicy NFZ stanowią grupę zawodową o bardzo zróżnicowanej strukturze wykształceń. Istniejąca obecnie regulacja jest nadmiernie restrykcyjna, gdyż stanowi ogólny, bardzo szeroki zakaz aktywności zawodowej pracowników NFZ, bez względu na rodzaj tej aktywności. Cel projektowanej regulacji wpisuje się w cel nowelizacji ustawy, tj. zwiększenie korpusu kontrolerskiego NFZ. W tym celu NFZ chcąc pozyskać wykwalifikowaną kadrę powinien wpisywać się w konkurencyjność na rynku pracy, podczas gdy dzisiejsze brzmienie art. 112 tą konkurencyjność wypacza.
116	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 1	Postulujemy doprecyzowanie, że łączny wymiar czasu pracy liczony powinien być w okresie „miesięcznym	Uwaga uwzględniona
117	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 2	Negatywnie opiniujemy obowiązek składania przed zatrudnieniem oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń;	Uwaga niezasadna Obowiązek składanie oświadczeń o łącznym wymiarze czasu pracy jest niezbędne w celu wyegzekwowania przestrzegania wprowadzanego limitu czasu pracy pracownika medycznego.

118	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 4	Również negatywnie opiniujemy obowiązek składania przed zatrudnieniem oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.	Uwaga niezasadna j.w.
119	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 5	Ngatywnie opiniujemy obowiązek składania co 30 dni oświadczeń o których mowa w ust. 4; negatywnie opiniujemy zaproponowany skutek automatycznego rozwiązania umowy regulującej zatrudnienie pracownika;	Uwaga uwzględniona Komentowany przepis został usunięty.
120	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 6	Negatywnie opiniujemy obowiązek uzyskiwania uprzedniej zgody kierownika podmiotu leczniczego na zatrudnienie medyka przez kolejnego świadczeniodawcę;	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym. Przepis został doprecyzowany w zakresie wskazania 14-dniowego terminu dla Prezesa NFZ na wyrażenie zgody na odstępstwo od wymogów czasu zatrudnienia, obowiązek uzasadnienia odmowy oraz mechanizm milczącej zgody w przypadku nie zajęcia stanowiska w terminie,
121	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 7	Negatywnie opiniujemy wprowadzenie wyjątku od wprowadzanych rygorów regulujących maksymalne czasy pracy medyków; mimo próby zrozumienia zapisów wprowadzających ten wyjątek, to jest nie stosowanie maksymalnych czasów pracy w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w „stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego” nie możemy zrozumieć w jakich sytuacjach faktycznych ten wyjątek mógłby znajdować zastosowanie oraz w jaki sposób miałby być ewidencjonowany;	Przepis został doprecyzowany. Mechanizm wyrażania zgody na odstępstwo od zasady zatrudnienia na co najmniej ½ etatu lub jego równoważnika został doprecyzowany w zakresie wskazania 14-dniowego terminu dla Prezesa NFZ na wyrażenie zgody na odstępstwo od wymogów czasu zatrudnienia, obowiązek uzasadnienia odmowy oraz dodano mechanizm milczącej zgody w przypadku nie zajęcia stanowiska w terminie.

122	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 8	Negatywnie opiniujemy nowelizację przepisów w proponowanym brzmieniu; to ma być kolejny wyjątek od rygorów regulujących maksymalne czasy pracy medyków; mechanizm indywidualnych arbitralnych decyzji o nie stosowaniu się poszczególnych podmiotów leczniczych do limitów czasu pracy medyków scedowany do decyzji Prezesa NFZ wydaje się rozwiązaniem wadliwym, w zestawieniu z bardzo ogólnie opisanymi kryteriami ubiegania się o takie czasowe 6 miesięczne odstępstwo; zapis „niezbędność do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń", „na danym obszarze", „braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie oraz potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego", są zwrotami na tyle ogólnymi i nieprecyzyjnymi, że zachodzi obawa nadmiernego wykorzystywania tego przepisu do obchodzenia prawa; dodatkowo arbitralność decyzji Prezesa NFZ przy tak ogólnie opisanych kryteriach nie daje gwarancji równego traktowania podmiotów leczniczych w podobnych stanach faktycznych.	Uwaga niezasadna NFZ, jako instytucja odpowiadająca za właściwe zabezpieczenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, posiada odpowiednie kompetencje do podejmowania tego rodzaju decyzji.
123	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 9	Negatywnie opiniujemy i postulujemy wykreślenie tego zapisu; Ministerstwo Zdrowia zamierza wprowadzić poza Kodeksem pracy obligatoryjne elementy do umowy o pracę jak rodzaj i liczba wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, określenie stawki godzinowej brutto wynagrodzenia (nie wiadomo czy stawki wynagrodzenia zasadniczego czy pełnego brutto z pochodnymi), a także zgodę pracownika na przekazywanie danych o zawartej umowie do MZ, AOTMiT i NFZ. Jednocześnie przepis przejściowy art. 4 stanowi, że brak zmiany zawartych umów o pracę powoduje wygaśnięcie umów, (w tym umów o pracę) z dniem 31 12-2026r. Dokonanie zmiany umowy o pracę (zawarcie aneksu lub przeprowadzenie procedury wypowiedzenia zmieniającego wymaga stosowania przepisów Kodeksu pracy, który nie przewiduje wygaśnięcia umów o pracę z mocy prawa).	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.
124	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132aa ust. 10	Negatywna opinia do art. 132aa ust. 9 wymaga zmiany brzmienia i sposobu zapisu art. 132aa ust. 10.	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano przepis.
125	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132ab ust. 1-8	co do zasady planowana jest metoda górnego ograniczenia wynagrodzeń osób wykonujących zawód medyczny w publicznej ochronie zdrowia (u świadczeniodawcy); ograniczenia mają być trzypoziomowe maksymalna stawka godzinowa, maksymalne wynagrodzenie miesięczne u jednego świadczeniodawcy oraz suma miesięcznych wynagrodzeń u wszystkich świadczeniodawców liczona od maksymalnego wymiaru zatrudnienia nie przekraczającego dwóch etatów; oczekujemy uzupełnienia przepisów o jednoznaczny zapis, że wprowadzane ograniczenia górnych wynagrodzeń osób wykonujących zawód medyczny nie będą miały zastosowania w przypadku realizacji wzrostów wynagrodzeń pracowników medycznych wynikających z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz.U.2022.2139); w przypadku jeżeli w przyszłości obowiązki wzrostu najniższych wynagrodzeń zasadniczych spowodują, że wraz z pochodnymi może dojść do indywidualnego przekroczenia poziomów maksymalnych wynagrodzeń, pierwszeństwo i obowiązek zastosowania ma mieć zawsze ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych; dodatkowo należy wyłączyć z maksymalnych ograniczeń we wszystkich trzech poziomach wypłaty niektórych wynagrodzeń incydentalnych m.in. nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno – rentowych, odpraw z tytułu	Uwaga częściowo uwzględniona Dodano przepis wyłączający nagrody jubileuszowe i odprawy spod limitu wynagrodzenia.

			zwolnienia z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, czy dodatków za wysługą lat;	
126	OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	Art. 132ab ust. 9 i ust. 10	Negatywnie opiniujemy wymóg składania przez medyków oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń;	Uwaga niezasadna Obowiązek składanie oświadczeń o łącznym wynagrodzeniu jest niezbędny w celu wyegzekwowania przestrzegania wprowadzanego limitu.
127	Polska Federacja Szpitali	Art. 3	Art. 26 ust. 1 i 1a ustawy o działalności leczniczej Przepis. Nowy art. 26 ust. 1 zawęża krąg przyjmujących zamówienie do osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka zawodowa, udzielających świadczeń w zakładzie leczniczym podmiotu zlecającego. Nowy art. 26 ust. 1a tworzy odrębną podstawę dla podmiotu leczniczego, ale wyłącznie wtedy, gdy świadczenia będą udzielane w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie. Uzasadnienie potwierdza, że wyjątek z ust. 1a jest świadomy, i objaśnia go potrzebą utrzymania umów z laboratoriami i pracowniami diagnostycznymi. Mechanizm. Konstrukcja ta rozstrzyga losy dwóch przeciwnych kierunków współpracy. Kierunek pierwszy, w którym szpital kieruje pacjenta na procedurę wykonywaną w infrastrukturze innego podmiotu, mieści się w art. 26 ust. 1a. Kierunek drugi, w którym zespół i wyposażenie przyjeżdżają do szpitala zlecającego i procedura odbywa się przy jego łóżku, nie mieści się w żadnym z dwóch przepisów, jeżeli przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy. Podstawa z ust. 1 pozostaje zarezerwowana dla osoby fizycznej. Jedyną drogą utrzymania kierunku drugiego pozostawioną przez projekt jest zarejestrowanie przez przyjmującego zamówienie własnego zakładu leczniczego pod adresem cudzego szpitala. Rozwiązanie to jest wewnętrznie sprzeczne. Wpis zakładu leczniczego do rejestru wymaga wykazania tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnienia wymagań lokalowych i sanitarnych dla całej jednostki, a nie dla pojedynczej procedury. Prowadziłoby to do stanu, w którym dwa podmioty deklarują te same pomieszczenia jako własne zakłady lecznicze, a odpowiedzialność za zdarzenie medyczne na jednym bloku operacyjnym rozkłada się między dwie struktury. Nie zwiększa to bezpieczeństwa pacjenta, tylko zaciera jego adres. Wymaganie od podmiotu wykonującego pojedynczy rodzaj procedur, aby zarejestrował szpital wewnątrz cudzego szpitala, jest wymogiem nieproporcjonalnym do celu, który przepis ma realizować. Kolizja z częścią rejestrową ustawy o działalności leczniczej. Wymóg z art. 26 ust. 1a nie jest wykonalny nie dlatego, że jest uciążliwy, lecz dlatego, że pozostaje w sprzeczności z przepisami rejestrowymi tej samej ustawy, których projekt nie zmienia. Kolizja występuje w pięciu punktach. Po pierwsze, zakład leczniczy jest w rozumieniu ustawy zespołem składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Podmiot, który nie dysponuje pomieszczeniami ani infrastrukturą szpitala zlecającego, nie posiada zespołu składników mogącego stanowić jego zakład leczniczy. Brakuje więc przedmiotu wpisu, a nie jedynie chęci jego dokonania. Po drugie, wniosek o wpis do rejestru obejmuje nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek i komórek organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń, wraz z adresami miejsc ich udzielania. Wpis zgodny z projektowanym wymogiem oznaczałby, że te same pomieszczenia i te same komórki organizacyjne figurują w rejestrze jednocześnie jako zakłady lecznicze dwóch różnych podmiotów. Rejestr przestaje wtedy pełnić funkcję informacyjną, a pacjent traci możliwość ustalenia,	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.

			kto odpowiada za miejsce, w którym jest leczony. Skutek ten jest przeciwny do deklarowanego celu projektu, którym jest przejrzystość. Po trzecie, wraz z wnioskiem o wpis składane jest oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że wnioskodawca spełnia warunki wykonywania działalności leczniczej objętej wnioskiem. Warunki te obejmują dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami odpowiadającymi wymaganiom określonym w ustawie i w przepisach wykonawczych. Projekt zmusza zatem podmiot do złożenia pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenia dotyczącego infrastruktury, którą włada i za którą odpowiada inny podmiot. Po czwarte, przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej ani poza zakres świadczeń wynikający z wpisu przyjmującego zamówienie do rejestru. Powstaje pętla: aby przyjąć zamówienie, trzeba dysponować wpisem obejmującym dane miejsce, a aby uzyskać taki wpis, trzeba dysponować infrastrukturą, której posiadania charakter świadczenia nie wymaga i której posiadanie w cudzym szpitalu jest z definicji wykluczone. Po piąte, ustawa zna i wprost reguluje wykonywanie działalności leczniczej w cudzym zakładzie leczniczym. Wśród form działalności lekarza wymieniona jest indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Ustawodawca uznał więc ten model za dopuszczalny i wart odrębnej kategorii rejestrowej, jednak wyłącznie dla osoby fizycznej. Projekt odbiera analogiczną możliwość podmiotom leczniczym, nie wskazując różnicy uzasadniającej odmienne traktowanie tej samej czynności wykonywanej przez zespół zamiast przez pojedynczą osobę. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta różnica ta działa na korzyść zespołu, który dysponuje wewnętrznym nadzorem, procedurami i ubezpieczeniem, a nie na jego niekorzyść. Wniosek: rozwiązanie problemu nie wymaga tworzenia nowej instytucji prawnej. Wystarczy rozciągnąć na podmioty lecznicze konstrukcję, którą ustawa przewiduje już dla praktyk zawodowych, i powiązać ją z ustawowym rozdziałem odpowiedzialności. Skutek dla pacjenta. Zniesienie kierunku wyjazdowego nie tworzy nowej podaży świadczeń, tylko usuwa istniejącą. Szpital, który dziś wykonuje określone procedury dzięki zespołowi zewnętrznemu, nie zatrudni w to miejsce własnego zespołu, ponieważ na rynku go nie ma, i nie nabędzie wyposażenia, na które nie ma środków inwestycyjnych. Pacjent nie przeniesie się za zespołem, ponieważ zespół nie dysponuje łóżkiem szpitalnym w tym regionie. W praktyce oznacza to wydłużenie ścieżki, transport do ośrodka odległego o kilkadziesiąt lub kilkaset kilometrów albo odstąpienie od leczenia zabiegowego. Skutek rozkłada się nierównomiernie. Ośrodki wyższego poziomu zabezpieczenia PSZ o pełnej obsadzie i bogatym wyposażeniu podwykonawstwa zazwyczaj nie potrzebują. Potrzebują go w niektórych uzasadnionych pod względem medycznym zakresach szpitale pierwszych poziomów zabezpieczenia PDSz, a więc te, którym projekt odbiera jedyne dostępne rozwiązanie. Dotyczy to zwłaszcza dziedzin, w których o możliwości wykonania procedury decyduje jednocześnie kompetencja operatora i jego zespołu oraz dostęp do aparatury: np. w obszarach chirurgii onkologicznej, urologii, ortopedii, kardiologii i radiologii interwencyjnej, chirurgii małoinwazyjnej i robotycznej. Warstwa sprzętowa wymaga odrębnego podkreślenia, ponieważ w dyskusji o łączeniu etatów nie występuje. Dostęp do procedur wysokospecjalistycznych zależy nie tylko od personelu, lecz także od aparatury, której zakup przekracza możliwości inwestycyjne wielu podmiotów, których organem tworzącym są mniejsze JST. Udostępnienie wyposażenia wraz z przeszkolonym operatorem jest jedynym mechanizmem pozwalającym takiemu szpitalowi zaoferować pacjentowi procedurę o wyższej wartości klinicznej bez wieloletniego procesu inwestycyjnego. Wymóg własnego zakładu leczniczego przecina jednocześnie ścieżkę kadrową i sprzętową.	

			Dodatkowym źródłem ryzyka jest sposób objaśnienia wyjątku. Uzasadnienie ilustruje art. 26 ust. 1a wyłącznie przykładami diagnostycznymi. Przy wykładni zawężającej powstaje wątpliwość czy wyjątek obejmuje także procedury zabiegowe wykonywane w infrastrukturze przyjmującego zamówienie, mimo że treść przepisu takiego ograniczenia nie zawiera. Osobno wymaga rozstrzygnięcia sposób, w jaki uzasadnienie opisuje współpracę przez podmioty trzecie, określając ją jako pośrednictwo w zatrudnianiu utrudniające ustalenie rzeczywistego czasu pracy poszczególnych osób. Nie każde podwykonawstwo jest jednak obejściem prawa. W systemie działają podmioty, które organizują określony zakres świadczeń i ponoszą za niego pełną odpowiedzialność: zapewniają wyposażenie oraz jego serwis i dopuszczenie do użytku, leki, wyroby i materiały medyczne, diagnostykę, opiekę okołozabiegową i koszty pobytu pacjenta, nadzór nad jakością, zastępstwa oraz ciągłość udzielania świadczeń, w tym postępowanie w razie powikłania i ponownej interwencji. Ich rola nie sprowadza się do udostępnienia personelu. Bez kryteriów odróżniających te dwie sytuacje regulacja obejmie modele prawidłowe i systemowo potrzebne, a jednocześnie nie usunie tych, które projektodawca chce wyeliminować. Kryteria da się określić i są weryfikowalne w kontroli. Przyjmujący zamówienie odpowiada za rezultat zdrowotny w powierzonym zakresie, a nie za dostarczenie osoby na określoną liczbę godzin. Dysponuje własnym wyposażeniem albo zapewnia jego serwis i dopuszczenie do użytku. Ponosi koszty leków, wyrobów i materiałów zużywanych przy udzielaniu świadczenia oraz koszty diagnostyki objętej zamówieniem. Zapewnia obsadę zastępczą i ciągłość opieki, w tym w razie powikłania. Prowadzi własny nadzór nad jakością i posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące powierzony zakres. Podmiot spełniający te kryteria nie jest pośrednikiem w zatrudnianiu i nie powinien być tak traktowany. Rozwiązanie odpowiadające celowi projektodawcy jest przy tym prostsze niż przyjęte w projekcie. Wystarczyłoby dopuścić wprost współpracę między podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, polegającą na wzajemnym korzystaniu ze sprzętu, wyposażenia, zaplecza organizacyjnego i zasobów kadrowych, z zachowaniem odpowiedzialności każdego z nich za powierzony zakres. Kryterium podmiotowe tego rodzaju samo eliminowałoby konstrukcje, w których przyjmujący zamówienie nie prowadzi działalności szpitalnej, nie dysponuje zapleczem organizacyjnym ani doświadczeniem w prowadzeniu pacjenta, a jego udział sprowadza się do przyjazdu w celu wykonania jednorodnego świadczenia. Ponadto, tego typu zapis sprzyjałby konsolidacji podmiotów leczniczych, a w przyszłości tworzeniu organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej, Projekt osiąga skutek odwrotny: kryterium formy prawnej nie odróżnia jednych konstrukcji od drugich, wobec czego modele najbardziej rozbudowane i najlepiej zabezpieczone odpowiedzialnością znikają razem z tymi, które miały zostać wyeliminowane. Skala zjawiska nie jest publikowana w statystyce publicznej, jego charakter da się jednak pokazać na sytuacjach typowych, spotykanych w każdym województwie. Pacjent z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego leczony w szpitalu pierwszego, czy drugiego poziomu PSZ, w którym zabieg małoinwazyjny wykonuje zespół dojeżdżający z własnym torem wizyjnym, po zniesieniu tego modelu może mieć do wyboru operację otwartą na miejscu albo skierowanie do ośrodka odległego o kilkadziesiąt kilometrów. Pacjentka z endometriozą głęboko naciekającą, operowana przez zespół wyspecjalizowany przyjeżdżający do szpitala, traci dostęp do zabiegu, którego lokalny zespół nie wykona. Pacjent z krytycznym niedokrwieniem kończyny, u którego zabieg wewnątrznaczyniowy przeprowadza zespół zewnętrzny w pracowni szpitala, trafia do kolejki w innym ośrodku, a w tym rozpoznaniu czas decyduje o amputacji.	

			Ten sam mechanizm dotyczy sytuacji nagłych i diagnostyki. Pacjent z udarem niedokrwiennym, u którego trombektomia jest wykonywana przez zespół dyżurujący z ośrodka referencyjnego, zależy od utrzymania umowy między dwoma podmiotami. Noworodek wymagający oceny kardiologicznej korzysta z konsultacji zespołu wyjazdowego, ponieważ oddział nie ma własnego kardiologa dziecięcego. Rozpoznanie histopatologiczne pacjenta onkologicznego powstaje w pracowni obsługującej kilka szpitali. Dziecko wymagające leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym czeka na anestezjologa dojeżdżającego w wyznaczone dni. W żadnym z tych przypadków zniesienie modelu nie tworzy nowej wartości dla pacjenta. Postulat. po pierwsze, dopuścić ustrukturyzowaną współpracę między podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpital, polegającą na wzajemnym korzystaniu ze sprzętu, wyposażenia, zaplecza organizacyjnego i zasobów kadrowych, z zachowaniem odpowiedzialności każdego z nich za powierzony zakres i także w ten sposób promować konsolidację różnych podmiotów leczniczych. Po drugie, określić ustawowe kryteria odróżniające podwykonawstwo od udostępnienia personelu, obejmujące odpowiedzialność za rezultat w powierzonym zakresie, zapewnienie wyposażenia, leków, wyrobów i materiałów, zapewnienie zastępstw i ciągłości opieki, własny nadzór nad jakością oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Po trzecie, dopuścić w art. 26 ust. 1a udzielenie zamówienia podmiotowi leczniczemu także wtedy, gdy świadczenia są udzielane w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia przy wykorzystaniu personelu lub wyposażenia przyjmującego zamówienie, z ustawowym rozdziałem odpowiedzialności. Po czwarte, wprowadzić uproszczoną formę rejestrową w postaci dodatkowego miejsca wykonywania działalności leczniczej, bez obowiązku tworzenia odrębnego zakładu leczniczego, w zakresie ograniczonym do świadczeń objętych zamówieniem. Po piąte, potwierdzić w uzasadnieniu, że art. 26 ust. 1a obejmuje wszystkie rodzaje świadczeń, a nie wyłącznie diagnostykę, oraz utrzymać w mocy dotychczasowe umowy o podwykonawstwo przez okres nie krótszy niż dwanaście miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.	
128	Polska Federacja Szpitali	Art. 3	Umowa dwustronna zawierająca wielkość zależną od osób trzecich. Art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej Przepis. Umowa o udzielenie zamówienia ma obligatoryjnie określać zakres i liczbę świadczeń, łączną liczbę godzin ich udzielania oraz równoważnik wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających i udzielających zamówienia, który nie może przekroczyć dwukrotności pełnego wymiaru. Uzupełnienie. Do obowiązkowych elementów umowy z osobą udzielającą świadczeń dochodzi także rodzaj i liczba zadań, stawka godzinowa wynagrodzenia zasadniczego brutto oraz informacja o przekazywaniu danych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Funduszowi, a przy świadczeniach szpitalnych i ambulatoryjnych dodatkowo liczba i harmonogram godzin. Umowa staje się w ten sposób nośnikiem obowiązku informacyjnego wobec trzech instytucji jednocześnie, przy czym zakres przekazywanych danych nie został w niej określony, lecz wynika z przepisów, które mogą ulegać zmianie w czasie trwania umowy. Mechanizm. Ostatni element jest wadliwy konstrukcyjnie. Umowa dwustronna ma zawierać wielkość zależną od zobowiązań przyjmującego zamówienie wobec osób trzecich, zmienną w czasie i weryfikowalną wyłącznie przez oświadczenie. Strony nie mają narzędzia ustalenia tej wielkości w dniu zawarcia umowy ani obowiązku jej aktualizacji, a jej nieprawidłowość obciąża obie strony. Przepis nakłada obowiązek, którego wykonanie nie leży w zakresie władztwa żadnej ze stron. Skutek dla pacjenta. Podmiot, który nie potrafi wykazać zgodności umowy z ustawą, zabezpiecza się kontraktowaniem mniejszej liczby godzin niż wynika z potrzeb. Liczba obsadzonych sesji operacyjnych i dyżurów spada na etapie planowania, zanim jakikolwiek limit zostanie faktycznie przekroczony.	Uwaga uwzględniona

			Postulat. usunąć z katalogu obligatoryjnych elementów umowy równoważnik wymiaru czasu pracy u innych podmiotów albo zastąpić go oświadczeniem przyjmującego zamówienie, składanym na dzień zawarcia umowy, z obowiązkiem niezwłocznej aktualizacji i z wyraźnym wyłączeniem odpowiedzialności udzielającego zamówienia działającego w zaufaniu do jego treści.	
129	Polska Federacja Szpitali	Art. 132aa ust. 1 i 2	Limit łącznego wymiaru zaangażowania obejmujący podmioty bez umowy z Funduszem. Art. 132aa ust. 1 i 2 Przepis. Limit obejmuje łączny wymiar zaangażowania u wszystkich zatrudniających świadczeniodawców, także tych, którzy nie posiadają umowy z Funduszem. Ograniczany jest zasób, a nie podmiot. Mechanizm. Godziny przepracowane poza systemem finansowanym ze środków publicznych wypełniają pulę dostępną na pracę w tym systemie. Osoba, która chce utrzymać dotychczasowy dochód, musi ograniczyć zaangażowanie tam, gdzie stawka jest ograniczona ustawowo, a obciążenie administracyjne i ekspozycja kontrolna najwyższe. W każdym z tych trzech kryteriów mniej korztsną sytuację ma ośrodek realizujący kontrakt z NFZ. Ubytek jest zatem kierunkowy, a nie przypadkowy i przebiega w kierunku odwrotnym do zamierzonego. Na źródło tego zakresu zwrócono już uwagę w konsultacjach. Definicja świadczeniodawcy zawarta w ustawie o świadczeniach nie wiąże statusu świadczeniodawcy z posiadaniem umowy z Funduszem, obejmując każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz osoby udzielające świadczeń w ramach działalności gospodarczej. Limit skonstruowany na tej definicji sięga zatem poza obszar finansowany ze środków publicznych i reguluje stosunki prawne, w których nie są wydatkowane środki publiczne. Wymaga to wykazania proporcjonalności, którego uzasadnienie nie zawiera. Skutek dla pacjenta. W lecznictwie szpitalnym odczują to najpierw specjalności, w których obsada dyżurowa mniejszych ośrodków opiera się na personelu dojeżdżającym i pracującym w ułamkowym wymiarze u kilku świadczeniodawców, w szczególności anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa, radiologia, patomorfologia oraz węższe specjalności zabiegowe. Ułamkowe zaangażowanie nie jest w tych dziedzinach nadużyciem, lecz obecnie jedynym sposobem utrzymania ciągłości opieki nad pacjentem tam, gdzie zapotrzebowanie nie uzasadnia pełnego etatu. Odrębnego rozstrzygnięcia wymagają świadczenia udzielane na odległość. Opis badania obrazowego albo konsultacja specjalistyczna wykonywana zdalnie jest podstawowym sposobem, w jaki szpital pozbawiony specjalisty na miejscu zapewnia pacjentowi diagnostykę w rozsądnym czasie. Wliczanie tych godzin do limitu na równi z pracą przy łóżku pacjenta może ograniczyć dostępność bez zysku po stronie bezpieczeństwa, ponieważ ryzyko przemęczenia jest znacznie niższe w odniesieniu do interpretacji badania wykonanym w miejscu i czasie wybranym przez opisującego. Projekt przewiduje możliwość czasowego wyrażenia przez Prezesa Funduszu zgody na odstąpienie od ograniczeń, na wniosek świadczeniodawcy, w razie braku dostępności osób w danej dziedzinie albo potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego, na okres nie dłuższy niż sześć miesięcy. Mechanizm ten nie zastępuje wyłączeń ustawowych z trzech powodów. Po pierwsze, sześć miesięcy jest okresem krótszym niż cykl kontraktowania i planowania obsady, wobec czego decyzja wygasa, zanim podmiot zdąży zbudować na niej stabilny grafik. Po drugie, projekt nie określa terminu rozpatrzenia wniosku ani skutku bezczynności, więc świadczeniodawca nie wie, kiedy pozna rozstrzygnięcie. Po trzecie, przesłanka braku dostępności osób w danej dziedzinie wymaga wykazania czegoś, czego wykazać się nie da w sposób zamknięty, ponieważ dowodem miałby być brak. W efekcie podmiot planujący obsadę zaplanuje ostrożnie, czyli mniejszą liczbę dyżurów niż pozwalają zasoby.	Uwagi częściowo uwzględnione Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru, z uwzględnieniem także czasu pracy poza systemem publicznym, jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Dodano wyłączenie dot. czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, którego nie wlicza się do łącznego wymiaru czasu pracy. Doprecyzowano, że wymogów dot. minimum ½ wymiaru czasu pracy 12 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego albo udzielanych poza normalnymi godzinami pracy w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Doprecyzowano także przepis dot. wydawania zgody Prezesa NFZ na czasowe odstępstwo od rygorów dot. wymiar czasu pracy.

			Postulat. ograniczyć obliczanie limitu do zaangażowania u świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ. Określić ustawowo przesłanki, termin rozpatrzenia oraz skutek bezczynności przy zgodzie NFZ na czasowe odstąpienie od ograniczeń, a w sytuacji zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń uczynić ją obligatoryjną. Niezależnie od tego wprowadzić wyłączenia dla podmiotów działających na obszarach o udokumentowanym niedoborze kadry, ustalanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dla świadczeń udzielanych na odległość. Wyjątek dla stanów nagłych podczas dyżuru medycznego jest zbyt wąski Przepis. Wyjątek dotyczący świadczeń udzielanych w stanie nagłym podczas dyżuru medycznego odnosi się do wymogu minimalnego wymiaru zaangażowania oraz do wymogu zgody podmiotu podstawowego, a nie do limitu łącznego wymiaru zaangażowania. Limit dwóch etatów obowiązuje zatem także wobec godzin dyżurowych, w tym poświęconych na przyjęcia nagłe. Jest to rozstrzygnięcie o istotnym skutku praktycznym. Podmiot, który obsadza dyżur osobą pracującą również gdzie indziej, nie może powołać się na charakter udzielanych świadczeń, ponieważ wyjątek nie dotyczy limitu czasu. Zabezpieczenie ciągłości dyżuru pozostaje więc możliwe wyłącznie przez czasowe odstępstwo Prezesa Funduszu, czyli przez decyzję uznaniową udzielaną najwyżej na sześć miesięcy. Mechanizm. Wyjątek został powiązany z rodzajem świadczenia, a nie z rodzajem czasu pracy. Dyżur jest jednak niepodzielny. W czasie jednego dyżuru ta sama osoba udziela świadczeń w stanach nagłych, prowadzi pacjentów już hospitalizowanych, wykonuje obchód, kontynuuje leczenie rozpoczęte wcześniej i kwalifikuje do zabiegu planowanego na dzień następny. Podział godzin dyżuru na objęte i nieobjęte limitem nie jest możliwy ani z góry, ani wstecz, ponieważ kwalifikacja stanu jako nagłego jest oceną kliniczną dokonywaną w chwili zgłoszenia się pacjenta, a nie cechą godziny pracy. Skutek dla pacjenta. Podmiot planujący grafik nie wie, ile godzin dyżuru obciąży limit danej osoby, więc planuje ostrożnie i obsadza mniej dyżurów, niż mógłby. Wyjątek pomyślany jako zabezpieczenie dostępności staje się w ten sposób źródłem niepewności, która tę dostępność zmniejsza. Skutek jest najsilniejszy w szpitalach o jednej obsadzie dyżurowej, gdzie nie ma z kim podzielić godzin oraz w oddziałach zabiegowych, w których dyżur łączy gotowość do przyjęć nagłych z opieką nad pacjentami po zabiegach planowych. W debacie publicznej Polska Federacja Szpitali zgłasza jednocześnie propozycje organizacyjne, które adresują ten sam problem bez ograniczania liczby godzin: zmiany dwunastogodzinne z równoważnym czasem pracy oraz wyodrębnienie funkcji lekarza prowadzącego oddział, lekarza dyżuru nocnego i lekarza wykonującego procedury. Rozwiązania te porządkują obciążenie pracą przez zmianę organizacji, a nie przez limit i nie zostały w uzasadnieniu rozważone jako alternatywa. Wskazujemy je jako kierunek wart analizy przed przyjęciem instrumentu ilościowego. Postulat. objąć wyjątkiem cały czas pełnienia dyżuru medycznego oraz czas pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, niezależnie od kwalifikacji poszczególnych świadczeń udzielonych w jego trakcie.	
130	Polska Federacja Szpitali	Art. 132aa ust. 3	Wymóg minimalnego wymiaru u jednego pracodawcy w leczeniu szpitalnym. Art. 132aa ust. 3 Przepis. Osoba udzielająca świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a także świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni przyszpitalnej, ma być co do zasady zaangażowana u danego świadczeniodawcy w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru. Objęcie tym wymogiem poradni przyszpitalnych rozszerza jego skutki poza lecznictwo zamknięte. Mechanizm. Przepis wyklucza zaangażowania mniejsze niż połowa etatu właśnie w tym rodzaju świadczeń, w którym są one najczęstsze i najbardziej potrzebne. Konsultant przyjeżdżający raz w tygodniu, operator wykonujący określony typ zabiegów kilka razy w miesiącu, patomorfolog opisujący	Uwagi częściowo uwzględnione Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego (który jednak nie obejmuje psychiatrii) jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej.

			preparaty dla kilku szpitali, anestezjolog obsługujący wybrane dyżury, nie mieszczą się w tej konstrukcji. Wymóg połowy wymiaru w jednym miejscu jest w tych sytuacjach niemożliwy do spełnienia nie z powodu niechęci stron, lecz z powodu wielkości lokalnego zapotrzebowania. Skutek dla pacjenta. Szpital, który utrzymuje określony zakres świadczeń dzięki kilku osobom zaangażowanym w niewielkim wymiarze, traci podstawę tej współpracy w całości. Nie zastąpi jej zatrudnieniem w wymiarze połowy etatu, ponieważ nie ma na nie ani zapotrzebowania, ani środków, ani kandydatów. Efektem jest likwidacja zakresu świadczeń w danej lokalizacji, a nie jego przeniesienie do innego podmiotu. Przykłady są łatwe do wskazania i dotyczą dziedzin o najniższej dostępności. Psychiatra dzieci i młodzieży przyjmujący w poradni jeden dzień w tygodniu jest w wielu mniejszych miejscowościach jedynym dostępnym, a rodzic i tak czeka na wizytę miesiącami. Podobnie działa neurolog dziecięcy, kardiolog dziecięcy wykonujący badania echokardiograficzne, endokrynolog, diabetolog prowadzący pacjentów z pompą insulinową, genetyk kliniczny, audiolog oraz chirurg dziecięcy konsultujący w wyznaczone dni. W każdym z tych przypadków wymiar zaangażowania odpowiada wielkości lokalnego zapotrzebowania, a nie chęci stron. Skutek dla pacjenta nie polega na zmianie wymiaru zatrudnienia, lecz na zniknięciu poradni. Szpital nie zaproponuje połowy etatu tam, gdzie zapotrzebowanie odpowiada jednemu dniowi w tygodniu, a specjalista nie przyjmie takiego zaangażowania, ponieważ oznaczałoby ono rezygnację z pracy w pozostałych miejscach. Wyjątek oparty na wyłączności. Zaangażowanie w wymiarze niższym niż połowa etatu ma być dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy dana osoba nie jest zaangażowana u żadnego innego świadczeniodawcy, przy czym warunek ten wymaga potwierdzenia oświadczeniem odnawianym co trzydzieści dni, a brak oświadczenia powoduje rozwiązanie zatrudnienia z dniem następującym po upływie terminu. Konstrukcja ta jest w istocie klauzulą wyłączności wprowadzoną do ustawy. Osoba, która chce pracować w wymiarze mniejszym niż połowa etatu, musi zrezygnować z pracy u wszystkich pozostałych świadczeniodawców, co w praktyce oznacza, że drobne zaangażowania przestają być dostępne dla kogokolwiek poza osobami niepracującymi nigdzie indziej. W specjalnościach deficytowych takich osób nie ma. Wyjątek pomyślany jako złagodzenie wymogu jest zatem pozorny i nie znajdzie zastosowania w sytuacjach, dla których został przewidziany. Drugi problem dotyczy sankcji. Rozwiązanie zatrudnienia następuje z mocy prawa wskutek nieodnowienia oświadczenia w terminie, niezależnie od tego, czy warunek wyłączności nadal jest spełniony i niezależnie od przyczyny opóźnienia. Przy comiesięcznym cyklu i przy wielu osobach objętych obowiązkiem jest to zdarzenie, które prędzej czy później nastąpi w każdej organizacji. Skutkiem pojedynczego przeoczenia administracyjnego jest brak obsady, a więc odwołane przyjęcia i nieudzielone świadczenia. Sankcja jest nieproporcjonalna do uchybienia i obciąża pacjenta, a nie osobę, która terminu nie dochowała. Postulat. usunąć warunek wyłączności jako przesłankę zaangażowania w wymiarze niższym niż połowa etatu albo zastąpić go oświadczeniem składanym jednorazowo z obowiązkiem aktualizacji przy zmianie stanu faktycznego. Zastąpić automatyczne rozwiązanie zatrudnienia wezwaniem do uzupełnienia oświadczenia w wyznaczonym terminie. Niezależnie od tego wyłączyć spod wymogu minimalnego wymiaru zaangażowanie w zakresach, w których roczna liczba świadczeń nie uzasadnia zatrudnienia w wymiarze połowy etatu, oraz zaangażowanie w podmiotach działających na obszarach o niedoborze kadry. Alternatywnie odnieść wymóg do sumy zaangażowania u wszystkich świadczeniodawców posiadających umowę z zakresu leczenia szpitalnego, a nie do jednego z nich.	Objęcie tym wymogiem także poradni przyszpitalnych jest niezbędne w celu wyeliminowania ryzyka pozornego zatrudniania w AOS przyszpitalnym w mniejszym wymiarze cz. pracy niż połowa wymiaru, a następnie przenoszenia personelu do realizacji świadczeń szpitalnych. Natomiast jednocześnie w projekcie dodano wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ. Usunięto także przepis dot. cyklicznego składania oświadczeń i automatycznego wygaśnięcia umowy.

131	Polska Federacja Szpitali	Art. 132aa ust. 6	Zgoda pierwszego pracodawcy. Art. 132aa ust. 6 Przepis. Projekt uzależnia podjęcie przez osobę wykonującą zawód medyczny zaangażowania u kolejnego świadczeniodawcy od zgody podmiotu, u którego osoba ta jest zaangażowana w pierwszej kolejności. Odmowa ma być uzasadniona niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu. Projekt nie określa terminu na rozpatrzenie wniosku, skutku bezczynności ani trybu weryfikacji odmowy. Zakres zastosowania. Wymóg zgody dotyczy sytuacji, w której dana osoba udziela świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych u świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalnego i podejmuje zaangażowanie u kolejnego świadczeniodawcy o takiej samej charakterystyce. Jeżeli kolejny podmiot nie posiada umowy z zakresu leczenia szpitalnego, zgoda nie jest wymagana. Warunek działa więc po obu stronach relacji. Nierozstrzygnięte pozostają natomiast dwie kwestie. Projekt nie wskazuje kryterium ustalenia, który podmiot jest tym pierwszym: czy rozstrzyga data zawarcia umowy, największy wymiar zaangażowania, czy wskazanie samego zainteresowanego. Nie przesądza również, czy wymóg obejmuje wszystkie formy zaangażowania, czy wyłącznie stosunek pracy. Pytanie o sposób ustalenia podmiotu, którego zgoda będzie potrzebna, zadali Ministerstwu Zdrowia partnerzy społeczni podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia w dniu 6 sierpnia 2026 r. Adresat normy nie jest w stanie ustalić, kto w jego przypadku będzie podmiotem uprawnionym do sprzeciwu, a od tego zależy cała organizacja obsady. Uwagi poniżej odnoszą się do każdego z możliwych odczytań, ponieważ przy każdym z nich skutek dla dostępności świadczeń jest negatywny, różni się jedynie tym, kogo dotyka. Przesłanka odmowy jest pozorna. Niezależnie od tego, który podmiot uzyska pozycję rozstrzygającą, jedyna przewidziana przesłanka, czyli niezaspokojone potrzeby kadrowe, jest często spełniona. Skala czyni z tego problem systemowy, a nie kontraktowy. Liczba wymaganych zgód odpowiada liczbie zaangażowań w całym sektorze, a każda z nich wymaga odrębnej decyzji podmiotu trzeciego. Przy braku kryterium ustalenia podmiotu podstawowego do sporów o treść rozstrzygnięcia dołączą spory o samą właściwość, zanim ktokolwiek zbada, czy odmowa była zasadna. W konsultacjach wskazywano ponadto, że część projektowanych rozwiązań pozostaje w kolizji z prawem pracy i naraża podmioty lecznicze na roszczenia z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu. Uwaga ta dotyczy w szczególności różnicowania sytuacji osób zatrudnionych w zależności od decyzji podmiotu trzeciego, na którą ani osoba zainteresowana, ani kolejny pracodawca nie mają wpływu, oraz braku możliwości wykazania obiektywnego kryterium takiego różnicowania w ewentualnym sporze. Skutek dla pacjenta. Dostępność procedury w ośrodku dysponującym wyposażeniem i doświadczeniem może zależeć od decyzji ośrodka, który tego wyposażenia nie ma. W takiej sytuacji podmiot, który zatrzymuje specjalistę odmową zgody, nie zwiększa przez to liczby świadczeń udzielonych pacjentom, ponieważ nie dysponuje odpowiednimi zasobami. Brak drogi weryfikacji. Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne wyłącznie w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Tutaj ustawa jedynie upoważnia do ograniczenia, a rozstrzyga o nim inny świadczeniodawca, dla którego osoba ubiegająca się o zgodę stanowi zasób kadrowy, a podmiot zamierzający ją zaangażować jest konkurentem. Projekt nie różnicuje przy tym formy własności podmiotu udzielającego zgody, a każdy z wariantów pogłębia problem inaczej. Jeżeli zgody udziela podmiot publiczny, jego rozstrzygnięcie nie jest decyzją administracyjną, nie stosuje się do niego przepisów o postępowaniu administracyjnym i nie przysługuje od niego ani odwołanie, ani skarga do sądu administracyjnego. Jeżeli zgody udziela	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym. W przepisie przejściowym (art. 4) dookreślono zasady składania pierwszych oświadczeń w odniesieniu do stosunków pracy obowiązujących w okresie wejścia w życie ustawy.

			podmiot niepubliczny, ustawa powierza rozstrzyganie o cudzej działalności gospodarczej oraz o możliwości wykonywania zawodu przez osobę trzecią podmiotowi niewykonującemu żadnej funkcji publicznej. W obu wariantach ani osoba, której odmówiono, ani podmiot zamierzający ją zaangażować nie dysponują środkiem prawnym. Postulat. określić ustawowe kryterium ustalania podmiotu podstawowego oraz przesądzić, po której stronie relacji działa warunek posiadania umowy z zakresu leczenia szpitalnego i czy wymóg obejmuje wszystkie formy zaangażowania. Powiązać przesłankę odmowy z mierzalnym niedoborem obsady w konkretnej komórce organizacyjnej. Wprowadzić termin na rozpatrzenie wniosku ze skutkiem zgody w razie jego bezskutecznego upływu. Przesądzić charakter prawny rozstrzygnięcia i wskazać organ właściwy do jego weryfikacji, tak aby stronom przysługiwał środek prawny niezależnie od formy własności podmiotu udzielającego zgody.	
132	Polska Federacja Szpitali	Art. 132aa ust. 2 i art. 132ab ust. 9	Brak definicji równoważnika wymiaru czasu pracy przy oświadczeniach składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej. Art. 132aa ust. 2 i art. 132ab ust. 9 Przepis. Konstrukcja limitów opiera się na pojęciu równoważnika wymiaru czasu pracy dla umów innych niż umowa o pracę, którego projekt nie definiuje. Oświadczenia o łącznym wymiarze zaangażowania i o łącznym wynagrodzeniu składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Mechanizm. Jedyna wskazówka co do sposobu przeliczenia znajduje się w Ocenie Skutków Regulacji, gdzie dwa pełne etaty przeliczono na 320 godzin miesięcznie. Wielkość ta nie została przeniesiona do tekstu ustawy, choć jest jej milczącym założeniem, co potwierdza arytmetyka: górna granica stawki godzinowej pomnożona przez 160 godzin daje dokładnie miesięczną granicę kwotową przy pełnym wymiarze. Osoba fizyczna ma zatem potwierdzić pod rygorem odpowiedzialności karnej wielkość, której sposobu obliczenia ustawa nie określa, a kierownik podmiotu odpowiada za stan zależny od cudzych oświadczeń. Skutek dla pacjenta. Reakcja ostrożnościowa obu stron zmniejsza liczbę zakontraktowanych godzin, zanim limit zostanie osiągnięty. Dostępność spada nie z powodu treści limitu, lecz z powodu niepewności co do sposobu jego obliczenia. Odrębnym problemem jest sposób ewidencjonowania czasu pracy osoby, która u tego samego świadczeniodawcy udziela zarówno świadczeń objętych umową z Funduszem, jak i świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Projekt nie rozstrzyga, czy do limitu wlicza się wyłącznie czas przypadający na część publiczną, czy całą aktywność zawodową u danego podmiotu. Nie rozstrzyga również, jak traktować dyżur, pozostawanie w gotowości, prowadzenie dokumentacji, konsultacje międzyoddziałowe i pracę organizacyjną, których nie da się przypisać do jednego strumienia finansowania. Deklarowany wymiar zaangażowania nie odpowiada zaś rzeczywistemu obciążeniu, a ewidencja rozbudowana do poziomu pojedynczej czynności byłaby niewykonalna. Postulat. wprowadzić ustawową definicję równoważnika wymiaru czasu pracy albo delegację do jej określenia w rozporządzeniu, przesądzić, czy do wymiaru wlicza się czas czynności innych niż udzielanie świadczeń, oraz uzależnić odpowiedzialność za treść oświadczenia od uprzedniego określenia sposobu obliczenia wielkości, której oświadczenie dotyczy. Wpływ projektu na konkurencję na rynku pracy w ochronie zdrowia Kontekst. Projekt oddziałuje jednocześnie na cztery parametry rynku pracy w ochronie zdrowia: na dostępność zasobu, na jego cenę, na przejrzystość warunków oferowanych przez konkurentów oraz na możliwość zawierania umów przez poszczególne podmioty. Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy wpływu na konkurencję, a Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie figuruje na liście podmiotów konsultowanych.	Uwagi częściowo uwzględnione Przepisy zostały doprecyzowane. Dookreślono, że czas pozostawania w gotowości nie wlicza się do czasu pracy. Limit czasu pracy obowiązuje w odniesieniu do pracowników medycznych, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jednak obejmuje on również czas wykonywania pracy w podmiotach działających prywatnie oraz w ramach indywidulanej praktyki, co jest uzasadnione względami bezpieczeństwa pacjenta. Przepisy nie zakłócają konkurencji w sektorze ochrony zdrowia, ponieważ generalne reguły dot. czasu pracy i wynagrodzeń są jednakowe dla wszystkich podmiotów działających w ramach kontraktów z NFZ a odmienności dot. lecznictwa szpitalnego mają swoje szczególne uzasadnienie w kontekście potrzeby zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem.

			Mechanizm pierwszy: eliminacja zasobu zamiast jego realokacji. Limit łącznego wymiaru zaangażowania nie przenosi godzin pracy z jednego podmiotu do drugiego, lecz je usuwa. Osoba, która osiągnęła limit, nie podejmuje kolejnego zaangażowania, a podmiot, u którego dotąd pracowała w mniejszym wymiarze, nie otrzymuje tych godzin. W specjalnościach deficytowych oznacza to zmniejszenie łącznej podaży pracy w systemie, a nie jej inne rozłożenie. Mechanizm drugi: skutek odpowiadający porozumieniu o niepozyskiwaniu pracowników. Skutek osiągany jest jednostronną decyzją, a nie uzgodnieniem, i uzyskuje podstawę ustawową. Podstawa ta nie usuwa jednak problemu, ponieważ przepis odmowy nie nakazuje, lecz ją dopuszcza, wobec czego skorzystanie z tej możliwości pozostaje własną decyzją rynkową przedsiębiorcy. Tam, gdzie podmiot udzielający zgody jest jedynym albo dominującym pracodawcą w danym zakresie na określonym obszarze, systematyczna odmowa może podlegać ocenie jako utrudnianie dostępu do zasobu niezbędnego do prowadzenia działalności. Projekt przenosi zatem na ustawę mechanizm, który poza nią byłby oceniany jako ograniczenie konkurencji, pozostawiając przedsiębiorcom ryzyko odpowiedzialności za korzystanie z niego. Mechanizm trzeci: jawność warunków finansowych jako wymiana informacji między konkurentami. Zapowiadana jawność warunków finansowych postępowań konkursowych oznacza, że podmioty konkurujące o tę samą kadrę uzyskają bieżącą i zweryfikowaną wiedzę o stawkach oferowanych przez pozostałych. Ujawnianie przyszłych i aktualnych parametrów cenowych między konkurentami jest w prawie ochrony konkurencji uznawane za czynnik ułatwiający koordynację zachowań rynkowych, i to niezależnie od zamiaru stron. W połączeniu z jedną publicznie ogłoszoną granicą stawki tworzy to punkt odniesienia działający wyłącznie w górę, a więc skutek przeciwny do deklarowanego celu regulacji. Mechanizm czwarty: regulacja ceny po jednej stronie rynku. Górna granica stawki obowiązuje wyłącznie w części finansowanej ze środków publicznych, przy pełnej swobodzie po stronie pozostałej działalności. Podmioty realizujące wyłącznie świadczenia komercyjne nie podlegają temu ograniczeniu ani obowiązkom sprawozdawczym z nim związanym, co zmienia warunki konkurowania o kadrę na ich korzyść. Skutek ten nie został w Ocenie Skutków Regulacji rozważony. Skutek dla pacjenta. Każdy z czterech mechanizmów prowadzi do tego samego rezultatu: mniejszej liczby godzin dostępnych w systemie publicznym przy niezmienionej liczbie pacjentów. Skutek jest najsilniejszy tam, gdzie liczba świadczeniodawców jest najmniejsza, czyli w mniejszych ośrodkach i w specjalnościach deficytowych, ponieważ tam każde ograniczenie mobilności personelu przekłada się bezpośrednio na możliwość utrzymania zakresu świadczeń. Postulat. skierować projekt do zaopiniowania przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w zakresie wpływu na konkurencję na rynku pracy w ochronie zdrowia. Uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na konkurencję, obejmującą łączną podaż pracy w systemie, warunki konkurowania między podmiotami publicznymi i niepublicznymi oraz skutki ujawniania warunków finansowych. Zrezygnować z obowiązku ujawniania warunków finansowych umów z personelem.	
133	Polska Federacja Szpitali	Art. 132ab ust. 1 i 5	Górna granica stawki godzinowej. Art. 132ab ust. 1 i 5 Przepis. Górna granica wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń objętych umową z Funduszem wynosi jedną dwudziestą minimalnego wynagrodzenia za pracę, czyli 240,30 zł w 2026 r. Ograniczenie nie obejmuje świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Trzy progi, nie jeden. Granice miesięczne są trzy i wzajemnie się przenikają: wymiar zaangażowania pomnożony przez ośmiokrotność minimalnego wynagrodzenia bez wynagrodzenia dodatkowego, przez dwunastokrotność z wynagrodzeniem dodatkowym oraz nie więcej niż szesnastokrotność łącznie	Uwagi niezasadne Ustawa określa maksymalne limity wynagrodzeń a w ramach tych limitów możliwe jest swobodne określenie zasad wynagradzania w tym z wykorzystaniem dodatków motywujących – do wysokości limitu ustalonego w ustawie.

			u wszystkich świadczeniodawców. Konstrukcun ja ta wymaga od świadczeniodawcy wiedzy o wynagrodzeniu wypłacanym przez inne podmioty, której nie ma i nie może uzyskać inaczej niż z oświadczenia, a jednocześnie przesądza o zgodności zawieranej przez niego umowy z ustawą. Praktyczna konsekwencja dotyczy dodatków. Różnica między progiem ośmiokrotności a dwunastokrotności jest jedynym miejscem, w którym można wynagrodzić zadania kierownicze, dydaktyczne, naukowe, organizacyjne, projakościowe i koordynację leczenia. Katalog wymieniony w projekcie obejmuje wyłącznie kategorie organizacyjne, natomiast nie obejmuje kategorii klinicznych, czyli prowadzenia pacjenta wielochorobowego, konsultacji międzyoddziałowych oraz procedur wymagających odrębnej certyfikacji operatora. Pominięcie to jest tym istotniejsze, że w lecznictwie zachowawczym dodatek organizacyjny jest jedynym dostępnym, a zadania kliniczne pozostają poza katalogiem. Mechanizm, warstwa pierwsza. Ustawowa granica ogłoszona jako jedna liczba staje się publicznym punktem odniesienia i będzie odczytywana nie jako maksimum, lecz jako stawka należna. W większości podmiotów, stawki godzinowe są dziś istotnie niższe od tego poziomu. Po wejściu przepisu w życie każdy podmiot płacący mniej będzie musiał uzasadniać, dlaczego płaci poniżej poziomu, który ustawodawca uznał za dopuszczalny. Efekt wzmacniają dwa inne rozwiązania projektu: zapowiadana jawność warunków finansowych postępowań konkursowych oraz agregacja danych o zaangażowaniu i wynagrodzeniach według numeru PESEL, dzięki której poziom stawek staje się porównywalny w skali kraju i natychmiast dostępny wszystkim uczestnikom rynku. Wyznaczenie sztywnej górnej granicy stawki godzinowej może zatem powodować skutek odwrotny do deklarowanego celu, którym jest powstrzymanie presji płacowej. Skutek dla pacjenta. Wzrost kosztu osobowego przy niezmienionej wartości umowy z Funduszem oznacza ograniczenie liczby udzielanych świadczeń albo wycofanie się z zakresów najniżej wycenianych. Środki na podwyżkę wymuszoną publicznym punktem odniesienia pochodzą z tej samej puli, z której finansowane są świadczenia, a w podmiotach o ujemnym wyniku finansowym nie pochodzą z niczego. Założenie Oceny Skutków Regulacji, zgodnie z którym granica poprawi wynik finansowy świadczeniodawców, nie zostało poparte żadnym wyliczeniem i pozostaje w sprzeczności z opisanym wyżej mechanizmem. Mechanizm, warstwa druga. Granica nie wiąże w większości sytuacji. Wiąże tam, gdzie stawka odzwierciedla nie czas, lecz rzadkość kompetencji albo gotowość do jej udzielenia w warunkach nieatrakcyjnych: dyżur w specjalności deficytowej, praca w porze nocnej i w dni świąteczne, gotowość zespołu do procedur ratujących życie, kompetencje potwierdzone odrębną certyfikacją. Regulacja ceny wyłącznie po stronie publicznej, przy pełnej swobodzie po stronie pozostałej działalności, przesuwa najpierw te zasoby, dla których różnica jest największa. Płatnik traci jednocześnie jedyne narzędzie premiowania obsady dyżurów tam, gdzie ich brakuje, ponieważ narzędziem tym była wyższa stawka. Skutek dla pacjenta. Ograniczeniu podlega dostęp do procedur, przy których pacjent ma najmniejszą możliwość znalezienia świadczenia gdzie indziej, oraz do dyżurów w ośrodkach o najsłabszej pozycji konkurencyjnej. Alokacja kadry przestaje odpowiadać rozkładowi potrzeb zdrowotnych, ponieważ cena przestaje odzwierciedlać rzadkość zasobu. Projekt przewiduje wynagrodzenie dodatkowe za zadania związane z udzielaniem świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą, pod warunkiem odrębnego określenia w umowie i odrębnego raportowania. Instrument ten jest użyteczny, ale fakultatywny i uznaniowy, a jego zastosowanie obciąża świadczeniodawcę ryzykiem przekwalifikowania dodatku w kontroli na ukryte wynagrodzenie za świadczenia.	Twierdzenie, że maksymalna stawka godzinowa zostanie odebrana jako stawka minimalna jest spekulacją. Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, przynajmniej w dłuższej perspektywie czasowej, powinno przełożyć się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a nie na jej zmniejszenie, ponieważ ograniczenie presji płacowej ze strony pracowników medycznych pozwoli na zmniejszenie tempa wzrostu wyceny świadczeń – a to pozwoli z kolei, przy założeniu stale zwiększających się wpływów ze składki zdrowotnej, na zwiększenie liczby możliwych do sfinansowania świadczeń przez NFZ.

			Trzy argumenty podniesione już w konsultacjach wzmacniają powyższą ocenę i zasługują na uwzględnienie. Po pierwsze, granica kwotowa i granica czasowa działają przeciwko sobie: osoba wynagradzana według stawki bliskiej górnej granicy osiągnie granicę miesięczną przed wyczerpaniem dopuszczalnego wymiaru czasu, a więc nie będzie mogła pracować w wymiarze, na który zezwala ustawa. Dotyczy to zwłaszcza osób pełniących funkcje kierownicze w oddziałach, obciążonych obowiązkami organizacyjnymi wykraczającymi poza udzielanie świadczeń, a więc tych, których zaangażowania system potrzebuje najbardziej. Po drugie, przepis nie precyzuje, czy granica odnosi się do wynagrodzenia zasadniczego, czy do wynagrodzenia łącznego wraz ze składnikami przysługującymi na podstawie przepisów prawa pracy. Nieprecyzyjność ta jednocześnie otwiera drogę do obejścia ograniczenia i wywołuje niepewność u podmiotów stosujących je w dobrej wierze, co jest najgorszym z możliwych układów. Po trzecie, wskazywano, że wynagrodzenia budzące zastrzeżenia dotyczą wąskiej grupy, a rzeczywistym źródłem różnic płacowych są nierówne wyceny procedur oraz konkurowanie o tych samych specjalistów przez podmioty finansowane z tego samego źródła. Jeżeli tak jest, to instrument o charakterze powszechnym odpowiada na zjawisko punktowe, przenosząc jego skutki na całą kadrę i na wszystkich pacjentów. Rozwiązaniem adekwatnym do przyczyny byłaby zmiana mechanizmu wynagradzania lekarzy np. w modelu relatywnych jednostek wartości, a podmiotów leczniczych w modelu opartym na wartości dla pacjenta. Obie warstwy nie są ze sobą sprzeczne. Jedna granica ustalona na wysokim poziomie i stosowana jednakowo do wszystkich zawodów, specjalności i rodzajów świadczeń jest jednocześnie zbyt wysoka jako punkt odniesienia dla większości rynku i zbyt sztywna tam, gdzie stawka odzwierciedla rzadką kompetencję albo gotowość w porze nieatrakcyjnej. Wadą jest sama konstrukcja jednej liczby, a nie wyłącznie jej wysokość. Odnotowujemy przy tym, że nie istnieją publikowane dane o rozkładzie stawek godzinowych w skali sektora, w podziale na rodzaje świadczeń i grupy zawodowe. Sam ten brak jest argumentem. Granica została ustalona bez przedstawienia rozkładu wielkości, którą ma regulować, a Ocena Skutków Regulacji takiego rozkładu nie zawiera. Nie wiadomo zatem, jaka część rynku znajduje się dziś poniżej progu, a więc jaka część znajdzie się w zasięgu opisanego wyżej mechanizmu odniesienia ani jaka część znajduje się powyżej, czyli jest rzeczywistym adresatem ograniczenia. Materiał pozwalający to ustalić istnieje i jest w dyspozycji administracji. Dane o wynagrodzeniach personelu są gromadzone i agregowane, a instytucja odpowiedzialna za taryfikację dysponuje danymi kosztowymi świadczeniodawców. Ustalenie granicy bez uprzedniego przedstawienia tego rozkładu oznacza, że skutek regulacji nie został oszacowany ani w kierunku obniżenia najwyższych stawek, ani w kierunku podniesienia najniższych. Postulat. obniżyć granicę podstawową i powiązać ją z systemem współczynników pracy znanym z przepisów o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zamiast z minimalnym wynagrodzeniem za pracę, tak aby granica maksymalna i minimum ustawowe pozostawały w jednym systemie odniesienia. Doprecyzować katalog świadczeń i funkcji wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą, obejmując nim co najmniej dyżur medyczny w specjalnościach o udokumentowanym niedoborze kadry, funkcje kierownicze w oddziale oraz procedury wymagające odrębnej certyfikacji operatora. Przesądzić, że wynagrodzenie dodatkowe za zadania inne niż udzielanie świadczeń nie wlicza się do granicy miesięcznej. Zrezygnować z obowiązku ujawniania warunków finansowych umów z personelem, ponieważ w połączeniu z jedną publicznie ogłoszoną liczbą tworzy on mechanizm podnoszący stawki. Przed ustaleniem poziomu granicy przedstawić rozkład stawek godzinowych w	

			podziale na rodzaje świadczeń i grupy zawodowe, na podstawie danych będących już w dyspozycji Funduszu i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Kierunek docelowy: wycena oparta na relatywnej wartości pracy Górna granica stawki godzinowej reguluje cenę czasu, a nie wartość pracy. W tej konstrukcji godzina spędzona przy procedurze złożonej, w porze nocnej i w warunkach nagłych ma tę samą wartość co godzina pracy planowej. Stąd biorą się obie opisane wyżej wady naraz: zawyżony punkt odniesienia dla większości rynku i brak zróżnicowania tam, gdzie jest ono merytorycznie uzasadnione. Dopóki jednostką regulacji pozostaje godzina, żadne przesunięcie poziomu granicy tego nie naprawi. Rozwiązaniem stosowanym w innych systemach jest wycena oparta na jednostkach relatywnej wartości pracy, w której każdej czynności przypisuje się punkty odzwierciedlające jej złożoność, pracochłonność, natężenie, trudność i ryzyko, a wartość punktu ustala się odrębnie, w relacji do nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Model ten pozwala jednocześnie ograniczyć wynagrodzenia oderwane od wykonanej pracy i wycenić wyżej pracę rzeczywiście trudniejszą, w tym dyżur nocny, pracę w warunkach nagłych oraz procedury o wysokiej złożoności. Jest to jednocześnie propozycja zgłoszona publicznie w toku obecnych konsultacji przez organizację zrzeszającą szpitale, ze wskazaniem, że metodyka może zostać rozwinięta we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wdrożenie takiego modelu wymaga czasu i nie jest możliwe w ramach obecnego projektu. Nie stoi to jednak na przeszkodzie, aby projekt przesądził kierunek i nadał granicy stawki godzinowej charakter przejściowy, a nie docelowy. Rozwiązanie odwrotne, czyli utrwalenie regulacji ceny godziny jako stanu docelowego, zamyka na lata drogę do wyceny odzwierciedlającej rzeczywistą wartość pracy i utrwala mechanizm opisany w warstwie pierwszej. Postulat. wprowadzić do ustawy delegację i harmonogram opracowania metodyki wyceny pracy opartej na jednostkach relatywnej wartości, powierzając to zadanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, oraz nadać granicy stawki godzinowej charakter przejściowy, z terminem obowiązywania powiązanym z wdrożeniem metodyki. Jako rozwiązanie pośrednie rozważyć ograniczenie odnoszące się do łącznego udziału kosztów wynagrodzeń w przychodzie świadczeniodawcy zamiast do stawki indywidualnej, ponieważ pozostawia ono kierownikowi możliwość różnicowania wynagrodzeń zgodnie z rzeczywistą wartością pracy przy zachowaniu kontroli nad kosztem całkowitym.	
134	Polska Federacja Szpitali	Art. 132aa ust. 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 11	Obowiązkowa stawka godzinowa z harmonogramem i wyłączenie rozliczenia procentowego. Art. 132aa ust. 9 i 10 oraz art. 132ab ust. 11 Przepis. Umowa musi określać stawkę godzinową, a przy umowach cywilnoprawnych także liczbę godzin i harmonogram ich udzielania. Wynagrodzenie ustalane jako udział procentowy jest wyłączone. Mechanizm. W lecznictwie zabiegowym rozliczenie za wykonaną procedurę wiąże wynagrodzenie z pracą faktycznie wykonaną wobec pacjenta oraz z ryzykiem odwołania zabiegu, które w szpitalu jest wysokie i w znacznej części niezależne od świadczeniodawcy: dyskwalifikacja anestezjologiczna, infekcja, przypadek pilny wchodzący na blok, brak miejsca w intensywnej terapii. Zastąpienie tego modelu stawką za czas dyspozycji przenosi całość ryzyka na podmiot i osłabia bodziec do pełnego wykorzystania bloku operacyjnego. Skutek dla pacjenta. Blok operacyjny jest najdroższym i najbardziej ograniczonym zasobem szpitala zabiegowego, a stopień jego wykorzystania przekłada się wprost na liczbę zoperowanych pacjentów. Rozwiązanie obniżające to wykorzystanie zmniejsza liczbę wykonanych procedur przy niezmienionych nakładach, co jest skutkiem przeciwnym do efektywnego wydatkowania środków publicznych.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane. Wprowadzenie zakazu ustalania wynagrodzenia jako procentu od wartości kontraktu nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.

			Przepis nie rozstrzyga ponadto, jak stosować ograniczenia do umów, w których wynagrodzenie nie jest ustalane według liczby godzin, lecz zależy od liczby wykonanych procedur, liczby pacjentów objętych opieką, pozostawania w gotowości albo wykonania określonego zadania. Modele te są w lecznictwie powszechne i nie są patologią, ponieważ wiążą wynagrodzenie z rezultatem albo z dostępnością, a nie z obecnością. Przeliczanie ich na stawkę godzinową wymaga reguły, której projekt nie zawiera, a jej brak oznacza, że każda taka umowa staje się przedmiotem sporu w kontroli. Postulat. rozgraniczyć wynagrodzenie ustalone jako udział procentowy w kwocie umowy świadczeniodawcy z Funduszem, które pozostaje wyłączone, od wynagrodzenia ustalonego według stawki za jednostkę świadczenia mieszczącej się w granicy stawki godzinowej, które powinno pozostać dopuszczalne dla świadczeń zabiegowych.	
135	Polska Federacja Szpitali	Uwaga ogólna	Specyfika lecznictwa zachowawczego Kontekst. Projekt posługuje się trzema kategoriami: zadaniem, procedurą i godziną udzielania świadczeń. W lecznictwie zachowawczym żadna z nich nie oddaje treści pracy, wobec czego przepisy zaprojektowane dla oddziałów zabiegowych działają tu inaczej niż zakłada uzasadnienie. Dotyczy to przede wszystkim interny, geriatrii, pediatrii, neurologii, pulmonologii, gastroenterologii, chorób zakaźnych oraz kardiologii nieinwazyjnej. Mechanizm, warstwa pierwsza. Praca na oddziale zachowawczym polega na prowadzeniu pacjenta: obchodzie, analizie wyników, modyfikacji leczenia, konsultacjach międzyoddziałowych, rozmowie z rodziną, koordynacji wypisu i opieki po hospitalizacji. Nie występuje tu procedura, do której dałoby się przypisać zadanie i jego liczbę. Wymóg określenia w umowie rodzaju i liczby zadań jest w tym segmencie niewykonalny nie z powodu trudności technicznej, lecz dlatego, że jednostka, którą przepis zakłada, nie istnieje. Procedurą może być np. przyjęcie do szpitala, czy wypis ale to wymaga wprowadzenia modelu opartego na relatywnych wartościach pracy lekarza (RVU) postulowanego przez Polską Federację Szpitali. Mechanizm, warstwa druga. Skoro obecnie nie ma jednostki świadczenia, jedyną dopuszczalną formą pozostaje stawka godzinowa, a granica kwotowa wiąże w tym segmencie bez żadnego wentyla. Wynagrodzenie dodatkowe za świadczenia wymagające szczególnych umiejętności jest w praktyce niedostępne, ponieważ katalog jest kojarzony z procedurami. Kompetencja internisty prowadzącego pacjenta z kilkoma chorobami przewlekłymi nie ma odpowiednika proceduralnego, choć jest rzadka i trudna do zastąpienia, a jej efektem jest krótsza hospitalizacja i mniejsza liczba ponownych przyjęć. W modelu RVU czynności przy pacjencie, takie jak na przykład przyjęcie do szpitala mają swoje stopnie odpowiadające stopniu natężenia pracy i skomplikowania stanu pacjenta. Mechanizm, warstwa trzecia. Oddziały zachowawcze są z reguły najniżej wyceniane. Nie dysponują przy tym mechanizmem zwiększenia przychodu, ponieważ liczby hospitalizacji zachowawczych nie da się podnieść bez zwiększenia liczby łóżek i obsady. Wzrost kosztu osobowego wywołany opisanym wcześniej mechanizmem odniesienia uderza w nie najmocniej i nie może zostać skompensowany po stronie przychodowej. Racjonalną odpowiedzią jest ograniczanie liczby łóżek, znaczne skracanie czasu pobytu albo łączenie oddziałów, co w polskich szpitalach dzieje się już obecnie i w ramach tzw. konsolidacji wewnętrznej może być w przyszłości korzystne pod warunkiem zmiany modelu obsady lekarskiej i wprowadzenia funkcji lekarzy hospitalistów pracujących w systemie równoważnego czasu pracy. Mechanizm, warstwa czwarta. Na oddziale zachowawczym w szpitalu pierwszego poziomu zabezpieczenia dyżur pełni zwykle jeden lekarz, często dojeżdżający i łączący pracę z podstawową opieką zdrowotną albo z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Limit łącznego wymiaru, wymóg minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy oraz zgoda podmiotu podstawowego działają tu	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczba wykonywanych zadań będzie określana w umowie, tylko jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.

			jednocześnie i wobec tej samej osoby. Wyjątek dotyczący stanów nagłych jest w tym segmencie najmniej użyteczny, ponieważ większość czasu dyżuru przypada na kontynuację leczenia pacjentów już hospitalizowanych, a nie na przyjęcia nagłe. Interna jest przy tym specjalnością o najstarszej kadrze i najmniejszym napływie nowych specjalistów. Skutek dla pacjenta. Pacjent z wielochorobowością nie ma alternatywy. Nie zostanie przyjęty na oddział zabiegowy, nie zostanie zaopatrzony w poradni, a jego hospitalizacji najczęściej nie da się skrócić przez zwiększenie tempa procedur. Skutek dotyka grupy najstarszej i najmniej mobilnej, czyli tej, której udział w populacji rośnie najszybciej, i jest nieodwracalny w krótkim okresie, ponieważ raz zamkniętego oddziału internistycznego nie odtwarza się w ciągu roku. Warto dodać, że na opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, którzy stanowią około 20% populacji przeznaczamy nawet 80% nakładów na ochronę zdrowia. Skutek pośredni dla lecznictwa zabiegowego. Oddziały zachowawcze stanowią zaplecze oddziałów zabiegowych. Kwalifikacja do zabiegu u pacjenta obciążonego, konsultacja przedoperacyjna, prowadzenie powikłań internistycznych oraz opieka po zabiegu wymagają internisty, kardiologa i diabetologa dostępnych na miejscu. Ograniczenie części zachowawczej zmniejsza zatem również zdolność szpitala do wykonywania zabiegów, w tym planowych zabiegów onkologicznych u pacjentów starszych. Zależność ta nie została w uzasadnieniu dostrzeżona, a bez niej ocena skutków projektu dla lecznictwa szpitalnego jest niepełna. Postulat. uwzględnić w projekcie odrębność świadczeń, w których nie występuje policzalna jednostka wykonania. Zrezygnować z wymogu określania rodzaju i liczby zadań tam, gdzie zakres obowiązków wynika z przepisów powszechnie obowiązujących i z charakteru opieki. Objąć katalogiem świadczeń wymagających szczególnych umiejętności prowadzenie pacjenta wielochorobowego i geriatrycznego oraz konsultacje międzyoddziałowe. Uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o analizę wpływu na oddziały zachowawcze, w podziale na wielkość szpitala i poziom zabezpieczenia, wraz z oszacowaniem ryzyka ograniczenia liczby łóżek i zamknięć. Wprowadzić system wartościowania pracy lekarzy w oparciu o model RVU.	
136	Polska Federacja Szpitali	Art. 61ba i art. 192a ust. 1 pkt 4	Dostęp Funduszu do dokumentacji pacjentów leczonych poza systemem publicznym. Art. 61ba i art. 192a ust. 1 pkt 4 Przepis. Podmioty posiadające umowę mają obowiązek nieodpłatnego udostępniania Prezesowi Funduszu informacji, w tym dotyczących świadczeń nieobjętych umową, a Fundusz uzyskuje nieodpłatny dostęp do dokumentacji medycznej i dokumentacji kadrowej. Wobec świadczeniodawców nieposiadających umowy Fundusz może żądać dokumentacji medycznej osób, którym udzielono świadczeń, oraz dokumentacji dotyczącej rozkładu czasu pracy personelu. Odmowa stanowi wykroczenie zagrożone grzywną. Mechanizm. Pacjent leczony ze środków innych niż publiczne nie jest świadczeniobiorcą i nie pozostaje w żadnej relacji z płatnikiem. Udostępnienie jego dokumentacji organowi kontroli rozliczeń nie służy weryfikacji wydatkowania środków publicznych, ponieważ w jego przypadku takich środków nie wydatkowano. Cel, dla którego ograniczono prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, nie został w uzasadnieniu wskazany. Skutek dla pacjenta. Pacjent traci kontrolę nad tym, komu udostępniana jest jego dokumentacja, w sytuacji, w której świadomie wybrał leczenie poza systemem publicznym i sam za nie zapłacił. Weryfikacja czasu pracy personelu, która jest rzeczywistym celem przepisu, nie wymaga dostępu do treści dokumentacji medycznej, lecz wyłącznie do danych o dacie, rodzaju świadczenia i osobie udzielającej.	Uwaga niezasadna. Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz

			Postulat. ograniczyć zakres udostępnianej dokumentacji medycznej do danych niezbędnych do weryfikacji rozliczeń i czasu pracy, czyli danych identyfikacyjnych, dat, kodu świadczenia i osoby udzielającej, oraz wyłączyć z udostępniania dokumentację świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych i uzgodnić projekt w tym zakresie z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych.	ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
137	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 1	Projektowany limit łącznego czasu pracy personelu medycznego do równowartości dwóch etatów należy ocenić krytycznie z uwagi na brak wykazania jego konieczności, proporcjonalności oraz skuteczności. Uwagi ogólne do art. 132aa: Projektowane regulacje wpływają bezpośrednio na sposób organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty posiadające umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Projekt nie przewiduje rozwiązań przejściowych umożliwiających dostosowanie obowiązujących stosunków prawnych i organizacji pracy do nowych wymogów. Projektowane regulacje powinny podlegać ocenie nie tylko przez pryzmat bezpieczeństwa wykonywania zawodu medycznego, lecz również ich wpływu na zapewnienie pacjentom rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W obecnych warunkach kadrowych istnieje ryzyko, że proponowane ograniczenia mogą prowadzić do zmniejszenia dostępności świadczeń w części podmiotów leczniczych, pomimo że celem projektowanych zmian jest poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. W ocenie zgłaszającego niezbędne jest wprowadzenie odpowiednio długiego okresu dostosowawczego, który pozwoli świadczeniodawcom na bezpieczne wdrożenie nowych obowiązków bez ryzyka zakłócenia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Projektowane przepisy wprowadzają daleko idące ograniczenia dotyczące sposobu wykonywania zawodu przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz organizacji działalności podmiotów leczniczych. Projekt ustawy budzi zastrzeżenia co do konstytucyjności proponowanych zmian: Projektowane ograniczenia dotyczące minimalnego wymiaru zatrudnienia personelu medycznego powinny zostać ocenione również przez pryzmat ich wpływu na realizację konstytucyjnego prawa obywateli do ochrony zdrowia określonego w art. 68 Konstytucji RP. W przypadku podmiotów funkcjonujących w warunkach niedoboru kadr medycznych istnieje ryzyko, że regulacja może skutkować ograniczeniem dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych W konsekwencji projekt budzi wątpliwości z perspektywy zasady proporcjonalności wynikającej z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którą ograniczenia praw i wolności powinny być konieczne i adekwatne do realizowanego celu publicznego. Wprowadzenie ustawowego ograniczenia możliwości wykonywania zawodu u wielu świadczeniodawców ingeruje w konstytucyjnie chronioną wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz pośrednio wpływa na sposób prowadzenia działalności leczniczej przez świadczeniodawców. Ponadto wprowadzenie ustawowego ograniczenia możliwości wykonywania zawodu u wielu świadczeniodawców ingeruje w konstytucyjnie chronioną wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz pośrednio wpływa na sposób prowadzenia działalności leczniczej przez świadczeniodawców. Popieramy działania zmierzające do zwiększenia przejrzystości systemu ochrony zdrowia, ograniczenia nieprawidłowości w zakresie zatrudnienia personelu medycznego oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów poprzez ograniczenie nadmiernego czasu pracy personelu medycznego. Jednocześnie zwracamy uwagę, że projekt został przygotowany głównie z perspektywy funkcjonowania szpitali, podczas gdy jego skutki mogą w sposób niezamierzony istotnie ograniczyć dostępność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz świadczeń komercyjnych. Projekt przewiduje bowiem m.in. limit łącznego wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających oraz ograniczenia dotyczące sposobu kontraktowania personelu medycznego.	Uwaga częściowo uwzględniona W art. 4 ustanowiono 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami medycznymi do nowych wymogów. Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów.

138	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 2	Projektowany mechanizm oparty na oświadczeniach personelu medycznego nie zapewnia świadczeniodawcom możliwości skutecznej weryfikacji spełnienia wymogów ustawowych. Projekt zakłada obowiązek składania przez osoby wykonujące zawody medyczne oświadczeń dotyczących łącznego czasu pracy u wszystkich świadczeniodawców, przy jednoczesnym braku instrumentów umożliwiających niezależną weryfikację tych danych. W praktyce kierownicy podmiotów leczniczych zostają obciążeni odpowiedzialnością za przestrzeganie wymogów ustawowych pomimo braku dostępu do informacji pozwalających ocenić prawdziwość składanych oświadczeń. Rozwiązanie to prowadzi do powstania istotnej niepewności prawnej i przenosi na świadczeniodawców ryzyko związane z okolicznościami pozostającymi poza ich faktyczną kontrolą.	Uwaga niezasadna Kierownik pomiotu nie będzie ponosić odpowiedzialności za nieprawidłowe oświadczenia pracownika medycznego.
139	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 3	Regulacja wprowadza jednolity model organizacji zatrudnienia dla wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ, niezależnie od specyfiki działalności i sytuacji kadrowej poszczególnych placówek. W szczególności może ona negatywnie oddziaływać na podmioty prywatne oraz placówki korzystające z pracy specjalistów wykonujących działalność równolegle w kilku miejscach. Dotyczy to zwłaszcza specjalizacji deficytowych, takich jak anestezjologia, radiologia, patomorfologia oraz część specjalizacji zabiegowych. Projektodawca nie przedstawił analizy skutków gospodarczych regulacji ani danych pozwalających ocenić skalę jej wpływu na działalność podmiotów leczniczych. W konsekwencji przepis może doprowadzić do ograniczenia działalności części placówek i zmniejszenia dostępności świadczeń. Projektowany art. 132aa ust. 3 w naszej wymaga doprecyzowania zarówno w zakresie sposobu ustalania minimalnego wymiaru zatrudnienia, jak i zakresu świadczeń objętych tym obowiązkiem. Po pierwsze, minimalny wymiar zatrudnienia powinien być odnoszony do świadczeniodawcy (podmiotu leczniczego) jako całości, a nie do konkretnego zakładu leczniczego lub miejsca udzielania świadczeń. Jeden podmiot leczniczy może prowadzić kilka zakładów leczniczych oraz wiele miejsc udzielania świadczeń, w tym położonych w różnych lokalizacjach. Ma to szczególne znaczenie w przypadku konsolidacji podmiotów leczniczych (który to proces jest wspierany przez Ministerstwo Zdrowia), w wyniku których jeden świadczeniodawca może prowadzić kilka zakładów leczniczych szpitalnych, poradni i innych zakładów leczniczych (przepisy wymagają oddzielnego zakładu leczniczego dla leczenia szpitalnego oraz oddzielnego dla ambulatoryjnego). Ograniczenie możliwości uwzględniania zatrudnienia wyłącznie do zakładu leczniczego doprowadzi do ograniczenia możliwości racjonalnego wykorzystywania personelu w ramach jednego podmiotu i przesuwaniu go w zależności od potrzeb podmiotu leczniczego do miejsc, gdzie w danym momencie będą najbardziej potrzebni (co będzie miało miejsce w związku z procesami konsolidacji). Ponadto powszechne są również sytuacje, gdy szpital posiada zespół poradni w innej lokalizacji niż zakład leczniczy szpitalny. Dla realizacji celu regulacji, którym jest zapewnienie odpowiedniego związania osoby wykonującej zawód medyczny ze świadczeniodawcą, wystarczające powinno być osiągnięcie wymaganego wymiaru zatrudnienia łącznie u danego świadczeniodawcy (odnosząc się do pojęcia podmiotu leczniczego), niezależnie od tego, w których jego zakładach leczniczych lub komórkach organizacyjnych osoba ta wykonuje świadczenia. Po drugie, obowiązek zatrudnienia w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy nie powinien obejmować osoby zatrudnionej przez podmiot szpitalny, wyłącznie do udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Sam fakt, że dany świadczeniodawca posiada również umowę z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego, nie uzasadnia nakładania na personel jego poradni ambulatoryjnych obowiązku zatrudnienia w minimalnym wymiarze 0,5 etatu. Potrzeby	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości. W odniesieniu do AOS – wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.

			kadrowe poradni specjalistycznych są zróżnicowane, a w wielu przypadkach zakres udzielanych świadczeń nie uzasadnia zatrudnienia lekarza w takim wymiarze. Dotyczy to zwłaszcza specjalizacji deficytowych oraz poradni działających w ograniczonej liczbie dni lub godzin. Przyjęcie odmiennego rozwiązania może prowadzić do ograniczenia dostępności AOS w szpitalach albo rezygnacji z prowadzenia części poradni przez szpitale. Minimalny wymiar zatrudnienia powinien zatem dotyczyć osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w całym podmiocie leczniczym, przy czym w przypadku wykonywania świadczeń AOS (bez szpitalnych), nie powinien obowiązywać minimalny wymiar zatrudnienia.	
140	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 6	Projekt uzależnia zatrudnienie osoby wykonującej zawód medyczny przez kolejnego świadczeniodawcę od zgody kierownika innego podmiotu. Stanowi to istotną ingerencję w swobodę wykonywania zawodu i podejmowania zatrudnienia. Nieprecyzyjna przesłanka „niezaspokojonych potrzeb kadrowych" może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych, nierównego stosowania prawa i utrudnienia pozyskiwania personelu przez podmioty działające w warunkach niedoboru kadr. Czternastodniowy termin na zajęcie stanowiska oraz obowiązek pisemnego uzasadnienia odmowy zwiększą obciążenia administracyjne i ryzyko niedochowania terminu, szczególnie przy dużej liczbie wniosków, absencji osób decyzyjnych lub konieczności przeprowadzenia dodatkowych analiz. Pierwszy pracodawca uzyska faktyczną możliwość blokowania zatrudnienia personelu przez inne, w tym konkurencyjne, podmioty. Projekt nie definiuje kryteriów oceny niezaspokojonych potrzeb kadrowych, wymaganych dokumentów ani trybu odwołania od odmowy, przez co decyzja kierownika może mieć w praktyce charakter ostateczny. Mechanizm szczególnie utrudni funkcjonowanie poradni ambulatoryjnych opierających działalność na współpracy ze specjalistami przyjmującymi w kilku lokalizacjach. Ograniczenie mobilności lekarzy może pogłębić nierówności w dostępie do świadczeń między dużymi miastami a mniejszymi ośrodkami.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.
141	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 7	Projektowany art. 132aa ust. 7 wyłącza stosowanie ograniczeń określonych w ust. 3–6 do świadczeń udzielanych „w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego". Takie sformułowanie oznacza konieczność łącznego spełnienia obu przesłanek: świadczenie musi być udzielane zarówno w czasie dyżuru, jak i w stanie nagłym. Dyżur medyczny nie służy wyłącznie udzielaniu świadczeń w stanach nagłych. Zgodnie z art. 95 ustawy o działalności leczniczej dyżur medyczny polega na wykonywaniu poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych w podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Ustawa nie ogranicza tych czynności do stanów nagłych. W czasie dyżuru personel zapewnia również bieżącą opiekę nad pacjentami już hospitalizowanymi, kontynuuje ich leczenie, prowadzi diagnostykę i reaguje na zmiany ich stanu zdrowia, wykonuje badania fizykalne pacjentów zgłaszających się całodobowo do szpitala (i podejmuje decyzję o przyjęciu lub odmowie) i wiele innych sytuacji. Zgodnie z dyskusją podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, deklarowane było, że intencją jest wyłączenie z ograniczeń pracy wykonywanej w ramach dyżurów,. Z tego względu zasadnym jest aby przesłanki wskazane w projektowanym przepisie zostały rozdzielone spójnikiem „lub". Niezależnie od powyższego odesłanie wyłącznie do art. 95 ustawy o działalności leczniczej nie obejmuje wszystkich form zatrudnienia, których dotyczy projektowany art. 132aa. Art. 95 odnosi się bowiem do osób pozostających w stosunku pracy i dodatkowo do pracowników wykonujących zawód medyczny posiadających wyższe wykształcenie. Tymczasem art. 132aa konsekwentnie obejmuje również osoby udzielające świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym kontraktów B2B.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany.

			Charakter dyżuru z punktu widzenia zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami jest taki sam niezależnie od tego, czy lekarz wykonuje go na podstawie umowy o pracę, czy umowy cywilnoprawnej. Uzależnienie zastosowania wyjątku od podstawy prawnej zatrudnienia prowadziłoby więc do nieuzasadnionego różnicowania osób wykonujących identyczne czynności w tym samym miejscu i czasie. Przepis powinien zatem jednoznacznie obejmować całość świadczeń wykonywanych w ramach dyżuru, niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia.	
142	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 8	Przepis nie określa szczegółowych przesłanek odstąpienia, trybu postępowania, terminu rozpatrzenia wniosku ani możliwości ponowienia zgody. Brak terminów może uniemożliwić uzyskanie decyzji przed wystąpieniem problemu kadrowego. Zasadne jest określenie maksymalnego terminu rozpoznania wniosku oraz rozważenie instytucji milczącej zgody. Projekt nie wskazuje, jak wykazywać brak dostępności personelu, jakie działania rekrutacyjne i dokumenty będą wymagane ani według jakich kryteriów Prezes NFZ oceni wniosek. Może to prowadzić do uznaniowości i niejednolitego stosowania prawa. W sytuacjach nagłych oczekiwanie na decyzję może uniemożliwić realizację świadczeń. Należy rozważyć powierzenie tej kompetencji dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ, znającym lokalne uwarunkowania. W AOS problemy kadrowe mają często charakter trwały. Sześciomiesięczne odstępstwo może być niewystarczające w specjalizacjach deficytowych, takich jak alergologia, reumatologia, endokrynologia, neurologia czy psychiatria, co może prowadzić do zawieszania działalności poradni mimo prowadzonych rekrutacji.	Uwaga częściowo uwzględniona doprecyzowano przepis.
143	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132aa ust. 9	Projektowany przepis nakłada obowiązek określenia „rodzaju i liczby wykonywanych zadań”, nie wskazując jednak, w jaki sposób liczba ta ma być ustalana ani co należy uznać za jednostkę pojedynczego zadania. Jednocześnie łączna liczba godzin świadczenia pracy lub usług ma stanowić odrębny element umowy, co oznacza, że pojęcia liczby zadań nie można utożsamiać z czasem ich udzielania. Ustawodawca nie wskazuje również, dlaczego chce wprowadzić obowiązek umownego i dokładnego określania „liczby zadań” (zarówno dla ustawy o działalności leczniczej jak i w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej – gdzie swoją drogą brakuje spójności stosowanej nomenklatury). Zadania związane z udzielaniem świadczeń nie stanowią jednolitej jednostki rozliczeniowej. W zależności od przedmiotu umowy za jedno zadanie można uznać w szczególności konsultację, badanie diagnostyczne, procedurę zabiegową, hospitalizację albo kompleksowy proces diagnostyczno-terapeutyczny złożony z wszystkich tych elementów. W ramach jednej hospitalizacji lub jednego procesu leczenia może być przy tym wykonywanych wiele wzajemnie powiązanych czynności medycznych. Projekt nie rozstrzyga, czy każdą z tych czynności należy liczyć odrębnie, czy jako element jednego zadania. Nie określono również: – okresu, do którego liczba zadań ma się odnosić; – czy ma to być liczba minimalna, maksymalna, planowana czy wiążąca; – zasad liczenia zadań udzielanych zespołowo; – sposobu postępowania w przypadku świadczeń ciągłych, dyżurowych lub zależnych od wystąpienia stanu nagłego. Rzeczywista liczba zadań zależy przede wszystkim od potrzeb zdrowotnych pacjentów, liczby przyjęć, wyników kwalifikacji medycznej, występowania stanów nagłych, epidemiologii oraz organizacji udzielania świadczeń. Okoliczności te nie są w pełni znane w chwili zawierania umowy.	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczba wykonywanych zadań będzie określana w umowie, tylko jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.

			Z uwagi na ujęcie tego elementu jako essentialia negotii umowy, to prowadząc literalną wykładnię prawną, należałoby przyjąć, że wskazana liczba stanowi zobowiązanie do wykonania określonej liczby procedur niezależnie od rzeczywistych wskazań medycznych. Liczba wykonywanych zadań powinna być konsekwencją potrzeb pacjentów i decyzji klinicznych, a nie obowiązku osiągnięcia wartości określonej w umowie. Jednocześnie jeżeli doszłoby do konieczności wykonania mniejszej lub większej liczby procedur z uwagi na potrzeby pacjentów, to stanowiłoby to naruszenie zawartej umowy. Czyli jeżeli np. lekarz będzie miał wskazane wykonywanie 100 badań USG miesięcznie na oddziale, a pojawi się konieczność wykonania sto pierwszego badania, to nie będzie mógł tego wykonać. W drugą stronę, jeżeli wykona takich badań tylko 99, to dojdzie do naruszenia umowy. Mając na uwadze konieczność zachowania ciągłości procesu leczenia pacjentów oraz cele jakie chce osiągnąć Ministerstwo, to w naszej ocenie nie ma konieczności wpisywania jako obligatoryjnego elementu „liczby" zadań. Wnosimy o wykreślenie określenia „liczby wykonywanych zadań", albo co najmniej wskazanie, że jest to szacunkowa liczba, która może ulegać zmianie. Kolejno w pkt. 2 tego przepisu ustawodawca wymaga określenia stawki godzinowej brutto wynagrodzenia. Przy czym należy zauważyć, że jest to rozwiązanie bardzo rzadko stosowane w umowach o pracę, gdzie określa się stawkę zasadniczą wynagrodzenia w kwocie miesięcznej. Choć stawka godzinowa jest dopuszczalna to jest ona bardzo rzadko praktykowana w umowach o pracę. Z uwagi na inne regulacje, które określają stawkę wynagrodzenia maksymalnego, nie ma konieczności określania tego jako elementu obligatoryjnego w umowie (w wysokości stawki godzinowej). Można wymagać określenia wynagrodzenia.	
144	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 132ab ust. 1, 7-9, 11	Projektodawca nie przedstawił analiz ekonomicznych, kosztowych ani analiz dotyczących rynku pracy uzasadniających przyjęcie projektowanego limitu wynagrodzeń. Nie wskazano również grup zawodowych, które zostaną objęte ograniczeniami, ani skali wpływu regulacji na obowiązujące umowy. Istnieje ryzyko, że ograniczenie wynagrodzeń w sektorze finansowanym przez NFZ będzie zachęcało personel medyczny do zwiększania aktywności w sektorze komercyjnym, co może prowadzić do dalszego pogorszenia dostępności kadr dla świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Regulacja prowadzi do administracyjnego kształtowania jednego z podstawowych elementów stosunku prawnego łączącego świadczeniodawcę z personelem medycznym. Jednocześnie przyjmuje jednolite limity dla wszystkich grup zawodowych, nie uwzględniając stopnia deficytu kadrowego, doświadczenia zawodowego, rodzaju specjalizacji ani sytuacji na lokalnych rynkach pracy. Takie rozwiązanie nie odpowiada rzeczywistym warunkom funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Projektowany art. 132ab ust. 7 i 8 uzależnia maksymalną wysokość wynagrodzenia od wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika wskazanego w umowie. Rozwiązanie takie jest nadmiernie sztywne i nie odpowiada rzeczywistemu sposobowi organizacji pracy w podmiotach leczniczych. Wymiar zatrudnienia określony w umowie nie musi bowiem odpowiadać rzeczywistemu zaangażowaniu personelu w danym miesiącu. W praktyce występują w szczególności: – praca w godzinach nadliczbowych; – dodatkowe dyżury; – zastępstwa za osoby nieobecne z powodu choroby lub urlopu; – nagłe zmiany harmonogramów; – zdarzenia losowe; – czasowe zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia z powodu zwiększonej liczby pacjentów lub konieczność zabezpieczenia ciągłości ich udzielania.	Uwaga niezasadna Z projektowanych przepisów wynika jednoznacznie, że limity wysokości wynagrodzenia odnoszą się do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

			Może zatem powstać sytuacja, w której osoba zatrudniona np. w wymiarze 0,5 etatu, ze względu na konieczność zabezpieczenia świadczeń, w danym miesiącu faktycznie wykonuje pracę w wymiarze istotnie przekraczającym wartość wynikającą z umowy. Powiązanie dopuszczalnego wynagrodzenia wyłącznie z formalnym ułamkiem etatu powodowałoby wówczas, że świadczeniodawca nie mógłby zapłacić za rzeczywiście wykonaną pracę bez ryzyka naruszenia ustawowego limitu. Analogiczny problem występuje przy umowach cywilnoprawnych. Określony przy zawieraniu umowy „równoważnik wymiaru czasu pracy" ma charakter umowny, podczas gdy rzeczywista liczba godzin świadczeń może ulegać zmianom w zależności od potrzeb podmiotu i pacjentów. Regulacja może więc paradoksalnie utrudniać reagowanie na braki kadrowe i zdarzenia nagłe, mimo że zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń jest jednym z deklarowanych celów projektu. Jeżeli zamiarem ustawodawcy jest ustanowienie górnej granicy wynagrodzeń finansowanych ze środków NFZ, wystarczające jest określenie jednego maksymalnego miesięcznego limitu wynagrodzenia, niezależnego od formalnego wymiaru zatrudnienia. Pozwoli to zachować fiskalny cel regulacji, a jednocześnie pozostawi świadczeniodawcom niezbędną elastyczność organizacyjną. Regulacja równolegle zakazuje ustalania wynagrodzenia jako % od przychodów świadczeniodawcy, więc zabezpiecza to przed nadmiernymi kominami płacowymi. Ponadto, Należy w regulacji art. 132ab doprecyzować, że uzyskiwane wynagrodzenie dotyczy świadczeń udzielanych w ramach środków finansowanych przez NFZ. Projektowane ograniczenia wysokości wynagrodzeń powinny jednoznacznie odnosić się wyłącznie do wynagrodzenia należnego za udzielanie świadczeń finansowanych przez NFZ. Taki jest również deklarowany cel regulacji, tj. ograniczenie wysokości środków publicznych przeznaczanych na wynagrodzenia personelu medycznego w związku z realizacją umów z NFZ. W praktyce ta sama osoba może udzielać zarówno świadczeń finansowanych przez NFZ, jak i świadczeń komercyjnych. Brak jednoznacznego wskazania, że limity odnoszą się jedynie do części wynagrodzenia związanej z finansowaniem publicznym, może prowadzić do ich rozszerzenia również na wynagrodzenie finansowane ze środków prywatnych. Nie znajduje uzasadnienia ingerencja w wysokość wynagrodzenia należnego za świadczenia komercyjne, które nie są finansowane przez NFZ i nie obciążają środków publicznych. Dlatego w każdym z przepisów ustanawiających limit lub ograniczenie wynagrodzenia należy posługiwać się konsekwentnie formułą „w zakresie, w jakim wynagrodzenie przysługuje z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz". Pozwala ona również prawidłowo stosować przepisy do umów obejmujących jednocześnie działalność finansowaną publicznie i komercyjnie.	
145	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	art. 132ab ust. 2	Projektowany art. 132ab ust. 2 należy doprecyzować w taki sposób, aby nie budziło wątpliwości, że dotyczy on również dodatków do wynagrodzenia przysługujących m.in. pracownikowi z mocy obowiązujących przepisów prawa. Kodeks pracy przewiduje m.in. dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych, których wysokość wynosi, zależnie od okoliczności, 50% albo 100% wynagrodzenia. Ustawa o działalności leczniczej ustanawia natomiast szczególne zasady wynagradzania personelu medycznego, w tym dodatki za pracę w porze nocnej oraz pracę w niedziele, święta i określone dni wolne, a także wynagrodzenie związane z dyżurem medycznym i pozostawaniem w gotowości. Z tego względu użyte w projekcie sformułowanie „świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe" jest nieprecyzyjne. W przypadku świadczeń należnych na podstawie przepisów prawa świadczeniodawca nie decyduje o ich przyznaniu, lecz jest zobowiązany do ich wypłaty po spełnieniu ustawowych przesłanek.	Uwaga uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.

			Należy również jednoznacznie przesądzić, że maksymalna stawka godzinowa określona w art. 132ab ust. 1 odnosi się do wynagrodzenia zasadniczego i nie ogranicza należnych z mocy prawa dodatków do wynagrodzenia. W przeciwnym razie mogłaby powstać sytuacja, w której wykonanie obowiązku wynikającego z Kodeksu pracy lub ustawy o działalności leczniczej prowadziłoby jednocześnie do przekroczenia limitu ustanowionego w art. 132ab. Z tego względu dodatki te w zakresie wynagrodzenia zasadniczego nie mogą być limitowane (czy to ust. 1 czy 7 lub 8) ponieważ będzie to prowadzić do naruszenia obowiązujących przepisów Kodeksu Pracy i ustawy o działalności leczniczej. Proponowana zmiana usuwa tę kolizję i jednoznacznie wskazuje, że dodatki ustawowe są naliczane ponad stawkę określoną w ust. 1 i mogą powodować jej przekroczenie (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).	
146	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	art. 132ab ust. 9	Projektowany art. 132ab ust. 9 nakłada na osobę wykonującą zawód medyczny obowiązek złożenia, pod rygorem odpowiedzialności karnej, oświadczenia o łącznym maksymalnym miesięcznym wynagrodzeniu wynikającym z umów zawartych ze świadczeniodawcami, natomiast ust. 10 zobowiązuje tę osobę do poinformowania świadczeniodawcy w terminie 7 dni o każdej zmianie mającej wpływ na tę wartość. Należy jednocześnie jednoznacznie określić skutek prawny prawidłowego odebrania takiego oświadczenia przez świadczeniodawcę. Jeżeli świadczeniodawca działa na podstawie oświadczenia złożonego pod rygorem odpowiedzialności karnej, nie powinien ponosić odpowiedzialności za przekroczenie limitów wynagrodzenia lub czasu pracy, jeżeli przekroczenie nastąpiło wskutek podania przez osobę wykonującą zawód medyczny informacji nieprawdziwych albo niewykonania przez nią obowiązku aktualizacji oświadczenia. Świadczeniodawca nie ma bowiem możliwości bieżącego i samodzielnego ustalania czasu pracy w innych podmiotach (szczególnie, że ten jest zmienny) i wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez daną osobę od wszystkich innych świadczeniodawców (które z uwagi na rozliczenia godzinowe też jest zmienne). Skoro projektodawca przenosi obowiązek przekazania tych informacji na osobę wykonującą zawód medyczny i zabezpiecza prawdziwość oświadczenia rygorem odpowiedzialności karnej, oświadczenie powinno stanowić dla świadczeniodawcy prawnie skuteczną podstawę oceny przestrzegania limitów. Brak takiego rozwiązania powodowałby, że świadczeniodawca mógłby ponosić konsekwencje za okoliczności pozostające poza jego wiedzą i kontrolą, mimo prawidłowego wykonania wszystkich nałożonych na niego obowiązków. Jest to szczególnie istotne w świetle projektowanego art. 193 ust. 1 pkt 11, który przewiduje odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego za działania prowadzące do naruszenia art. 132aa lub 132ab albo za niepodjęcie działań niezbędnych do spełnienia tych wymogów.	Uwaga niezasadna Jest oczywiste, że kierownik podmiotu leczniczego odpowiada tylko za własne działania lub zaniechania, a nie za nieprawidłowe zachowania pracowników medycznych (w szczególności za błędne oświadczenia).
147	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 193 ust. 1 pkt. 11	Projektowany przepis ma charakter sankcyjny i przewiduje odpowiedzialność za wykroczenie zagrożone grzywną do 30 000 zł. Z tego względu znamiona czynu zabronionego powinny być określone w sposób jednoznaczny i pozwalać na ustalenie, jakie konkretne zachowanie prowadzi do odpowiedzialności. Zasady techniki prawodawczej wymagają, aby znamiona czynu zabronionego były określone wyczerpująco. Obecne sformułowanie „podejmuje działania prowadzące do naruszenia” jest nadmiernie szerokie. Pozwala na objęcie odpowiedzialnością zachowań podejmowanych jeszcze przed wystąpieniem naruszenia, mimo że ostatecznie do naruszenia art. 132aa lub art. 132ab może w ogóle nie dojść. Podobne wątpliwości powoduje zwrot „nie podejmuje działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów”, który nie określa ani wymaganych działań, ani konieczności wystąpienia skutku.	Doprecyzowano przepisy

			Proponowane brzmienie uzależnia odpowiedzialność od rzeczywistego naruszenia obowiązku lub ograniczenia oraz istnienia związku pomiędzy tym naruszeniem a działaniem lub zaniechaniem kierownika. Przepis uzyskuje tym samym charakter skutkowy, co jest zgodne z zasadami konstruowania przepisów karnych. Jednocześnie konieczne jest wyraźne ograniczenie odpowiedzialności do działania umyślnego. Zasadą Kodeksu wykroczeń jest bowiem odpowiedzialność zarówno za wykroczenie umyślne, jak i nieumyślne, chyba że ustawa stanowi inaczej. Umyślność zachodzi, gdy sprawca chce popełnić czyn albo przewiduje możliwość jego popełnienia i na to się godzi. Jest to szczególnie istotne w przypadku projektowanych art. 132aa i 132ab, których przestrzeganie będzie w znacznej części zależało od informacji i oświadczeń przekazywanych przez personel medyczny, dotyczących m.in. zatrudnienia i wynagrodzenia u innych świadczeniodawców. Kierownik podmiotu leczniczego nie powinien ponosić odpowiedzialności wykroczeniowej za nieumyślne przekroczenie limitu wynikające z okoliczności, o których nie wiedział i na które nie miał wpływu. Odpowiedzialność powinna zatem powstawać dopiero wtedy, gdy kierownik umyślnie, swoim działaniem lub zaniechaniem, doprowadził do faktycznego naruszenia przepisów. Takie rozwiązanie zachowuje funkcję sankcyjną regulacji, a jednocześnie eliminuje odpowiedzialność za zachowania przygotowawcze oraz za nieumyślne naruszenia pozostające poza rzeczywistą kontrolą kierownika.	
148	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61a ust. 1a	Użyte w projekcie pojęcie „wymagań określonych przez Prezesa Funduszu” nie zostało zdefiniowane. Może to prowadzić do tworzenia pozaustawowych kryteriów oceny działalności świadczeniodawców oraz rozszerzania zakresu kontroli poza obowiązki wynikające z ustaw i umów zawieranych z NFZ.	Uwaga niezasadna. Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa projektowanym przepisie. Zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe okoliczności w dostateczny sposób zawężają zakres kompetencyjny NFZ.

149	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61ba ust. 1	Aktualnie zakres uprawnień kontrolnych NFZ pozostaje funkcjonalnie związany z jego rolą jako płatnika publicznego. Projektowana regulacja odchodzi od tej zasady, przewidując obowiązek udostępniania informacji również o świadczeniach nieobjętych umową z Funduszem. Oznacza to umożliwienie NFZ pozyskiwania danych dotyczących działalności gospodarczej prowadzonej poza systemem finansowania publicznego. Tak daleko idące rozszerzenie kompetencji kontrolnych nie zostało wystarczająco uzasadnione w OSR. Powstają również wątpliwości, czy płatnik publiczny powinien posiadać informacje dotyczące aktywności gospodarczej niezwiązanej z realizacją umów zawartych z NFZ. Rozwiązanie prowadzi do zwiększenia ingerencji państwa w sferę działalności gospodarczej podmiotów leczniczych.	Uwaga niezasadna. Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
150	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61ba ust. 2	Projekt przyznaje NFZ dostęp nie tylko do dokumentacji medycznej, lecz także do dokumentacji kadrowej personelu medycznego. Jednocześnie nie definiuje pojęcia „dokumentacji kadrowej”, pozostawiając szerokie pole interpretacyjne. W praktyce może ono obejmować informacje dotyczące organizacji przedsiębiorstwa, warunków zatrudnienia, wynagrodzeń, modeli współpracy czy innych danych posiadających wartość gospodarczą. Projektodawca nie wykazał, że pozyskiwanie tak szerokiego zakresu informacji jest niezbędne do realizacji celu kontroli. Poważne wątpliwości budzi również brak pogłębionej analizy skutków regulacji dla ochrony danych osobowych oraz ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa.	Uwaga niezasadna. Z uwagi na fakt, że personel medyczny realizuje świadczenia zdrowotne w różnych stosunkach prawnych, tj. na podstawie umowy o pracę, umów cywilnoprawnych, w szczególności umowy typu B2B, posłużenie się pojęciem: „dokumentacji kadrowej” ma na celu odniesienie do każdej relacji prawnej personelu medycznego oraz podmiotów leczniczych. Posługiwanie się pojęciem „dokumentacji kadrowej” nie oznacza dowolności w zakresie przetwarzania dokumentów i informacji, a zakres ten podlega ograniczeniom wynikającym z zasad legalności, czy celowości. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.

151	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61d ust. 5a	Jedną z podstawowych gwarancji przysługujących podmiotowi kontrolowanemu jest możliwość uznania postępowania kontrolnego za definitywnie zakończone. Projektowany przepis umożliwia ponowne prowadzenie kontroli w zakresie wcześniej objętym zakończoną kontrolą. W szczególności nie określono dostatecznie precyzyjnie przesłanek związanych z ujawnieniem nowych okoliczności faktycznych lub nowych dowodów. W konsekwencji istnieje ryzyko wielokrotnego kontrolowania tego samego obszaru działalności świadczeniodawcy i utrzymywania stanu niepewności prawnej.	Uwaga niezasadna Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy.
152	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61g ust. 1	Projekt przewiduje możliwość zawiadomienia przedsiębiorcy o kontroli dopiero w chwili jej rozpoczęcia oraz jednoczesne uchylenie części dotychczasowych gwarancji proceduralnych. Takie rozwiązanie znacząco wzmacnia pozycję organu kontrolnego kosztem podmiotu kontrolowanego. W uzasadnieniu nie wykazano, aby obowiązujące obecnie mechanizmy utrudniały skuteczne wykonywanie kontroli lub prowadziły do systemowych nadużyć. Ograniczenie gwarancji procesowych powinno następować wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych i odpowiednio uzasadnionych.	Zmieniono brzmienie przepisu.
153	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 61w ust. 1	Projektowane czynności sprawdzające umożliwiają żądanie dokumentów, danych i wyjaśnień jeszcze przed wszczęciem formalnej kontroli. W praktyce oznacza to przyznanie Funduszowi dodatkowego instrumentu ingerencji w działalność świadczeniodawców bez konieczności stosowania gwarancji proceduralnych właściwych dla kontroli. Rozwiązanie może prowadzić do obchodzenia przepisów regulujących postępowania kontrolne oraz osłabienia ochrony praw przedsiębiorców.	Uwaga niezasadna. Przepis obowiązuje od 6 lat i jest utrwalony w praktyce NFZ oraz uczestników systemu ochrony zdrowia. Czynności sprawdzające mają inne cele, jak również odmienny jest rezultat ich przeprowadzenia, nie opiewa chociażby o zalecenia pokontrolne. Projektowana zmiana dotyczy jedynie skupienia kompetencji do prowadzania czynności sprawdzających u Prezesa NFZ. Powyższe przyczyni się do realizacji tego

				uprawnienia jednolicie i spójnie wobec wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju.
154	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 192a ust. 1 pkt 4	Projekt przewiduje możliwość żądania dokumentacji medycznej i dokumentacji dotyczącej personelu medycznego od podmiotów funkcjonujących wyłącznie na rynku komercyjnym. Oznacza to rozszerzenie kompetencji kontrolnych NFZ również na podmioty, które nie korzystają ze środków publicznych i nie pozostają z Funduszem w żadnym stosunku umownym. Projektodawca nie wykazał, dlaczego cele związane z dostępnością personelu medycznego uzasadniają przyznanie tak daleko idących kompetencji wobec podmiotów prywatnych.	Uwaga niezasadna. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
155	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	art. 26 ust. 1 oraz 1a ustawy o działal. l.	Proponuje się zmianę projektowanego art. 26 ust. 1a przez uwzględnienie intencji wyrażonej przez ustawodawcę w uzasadnieniu, czyli wyeliminowanie fikcyjnych podmiotów leczniczych w ramach podwykonawstwa, które zapewniają tylko i wyłącznie personel medyczny (leasing pracowniczy), z jednoczesnym dopuszczeniem rzeczywistych podmiotów leczniczych, które realizują świadczenia zdrowotne jako operator medyczny. Z uzasadnienia projektu oraz Oceny Skutków Regulacji wynika, że celem proponowanej zmiany jest wyeliminowanie tzw. leasingu pracowniczego (fikcyjnych podmiotów leczniczych), czyli działalności podmiotów leczniczych, które zapewniają wyłącznie pracowników medycznych i faktycznie pełnią funkcję pośredników zatrudnienia. Projektowany art. 26 ust. 1a wykracza jednak poza ten cel. Zgodnie z jego obecnym brzmieniem podmiot leczniczy będzie mógł być przyjmującym zamówienie tylko wtedy, gdy świadczenia będą udzielane wyłącznie w jego zakładzie leczniczym. Kryterium miejsca udzielania świadczeń nie pozwala natomiast odróżnić leasingu personelu od rzeczywistego podwykonawstwa świadczeń zdrowotnych.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać

				podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
156	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	Art. 26 ust. 3	Doprecyzowanie, że zamówienia dotyczą świadczeń finansowanych przez NFZ. Projektowane brzmienie art. 26 ust. 3 uzależnia obowiązek przeprowadzenia konkursu ofert od statusu udzielającego zamówienia, tj. od tego, czy podmiot leczniczy udziela jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Tak sformułowany przepis oznacza, że podmiot prowadzący działalność mieszaną, obejmującą zarówno świadczenia finansowane ze środków publicznych, jak i świadczenia komercyjne, będzie obowiązany stosować konkurs ofert również przy zawieraniu umów dotyczących wyłącznie działalności komercyjnej. Obowiązek ten powstawałby zatem niezależnie od źródła finansowania świadczeń będących przedmiotem konkretnego zamówienia. Rozwiązanie takie jest nieuzasadnione oraz nadmiernie szerokie. Uzasadnieniem stosowania konkursu ofert jest potrzeba zapewnienia przejrzystości, konkurencyjności i prawidłowego gospodarowania środkami publicznymi. Przesłanki te występują wtedy, gdy zamówienie dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a nie jedynie dlatego, że udzielający zamówienia realizuje równolegle także inne świadczenia objęte finansowaniem publicznym.	Uwaga niezasadna Podmiot leczniczy udzielający zamówienia, który nie udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie musi przeprowadzać konkursu.
157	Pracodawcy RP/ Pracodawcy Medycyny Prywatnej	art. 27 ust. 4 pkt 1a i 2a	Doprecyzowanie przepisów art. 27 ustawy o działalności leczniczej z uwagi na dopuszczalność udzielania zamówień dla podmiotów leczniczych. Projektowana zmiana dla art. 27 ust. 4 pkt 1a i 2a ustawy o działalności leczniczej, nie uwzględnia faktu, że zamówienie w określonym zakresie świadczeń może być udzielone podmiotowi leczniczemu (projektowany art. 27 ust. 1a). Wobec tego należy dokonać rozróżnienia w zakresie elementów umowy jakie są konieczne do określenia w z umowach zawartych bezpośrednio z personelem medycznych od zakresu informacji zawartych w umowach z podmiotami medycznymi. Podmiot leczniczy jako zorganizowana forma prowadzenia działalności nie jest w stanie podać „równoważnika etatu” w zakresie udzielanych świadczeń, liczby udzielanych świadczeń (jeżeli jest ona tylko i wyłącznie szacowana w oparciu o przeszłe dane) itp. Elementy te formalno-prawnie nie są możliwe do określenia w ramach umów zawartych pomiędzy podmiotami leczniczymi. Podmiot leczniczy jako osoba prawna albo inna jednostka organizacyjna: – nie posiada własnego wymiaru czasu pracy; – nie udziela świadczeń osobiście; – realizuje zamówienie przez zatrudniony lub współpracujący personel; – może zapewniać zmienne składy osobowe, dyżury i zastępstwa; – odpowiada za organizację całego powierzonego zakresu świadczeń, a nie za osobiste przepracowanie określonej liczby godzin.	Uwaga uwzględniona Przepis dot. równoważnika etatu został usunięty.

			Z Uzasadnienia oraz OSR wynika, że celem projektodawcy jest wyeliminowanie podmiotów, które jedynie udostępniają personel i faktycznie pełnią tylko funkcję pośredników zatrudnienia (bez medycznej wartości dodanej dla świadczonych usług). Projektodawca odróżnia przy tym osobiste wykonywanie świadczeń przez osobę fizyczną od podwykonawstwa realizowanego przez podmiot leczniczy. Rozróżnienie to powinno być również odpowiednie odzwierciedlone w zakresie wymaganej treści umów. W przypadku umowy zawieranej z podmiotem leczniczym kluczowe znaczenie ma ustalenie: – jaka część procesu udzielania świadczeń zostaje powierzona podwykonawcy; – która ze stron zapewnia personel, aparaturę, sprzęt i pozostałe zasoby; – która ze stron organizuje poszczególne etapy udzielania świadczeń; – jaki jest zakres odpowiedzialności każdej ze stron. Takie elementy umożliwią ocenę, czy przedmiotem umowy jest rzeczywiste podwykonawstwo świadczeń zdrowotnych, czy jedynie niedopuszczalne zapewnienie personelu.	
158	Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej	art. 132ab ust. 5	Projektowany art. 132ab ust. 5 pozwala na przyznanie wynagrodzenia dodatkowego za zadania związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w przypadku świadczeń „wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą". Przepis ten ma łagodzić skutki sztywnego limitu stawki godzinowej, lecz projekt nie określa, jakie umiejętności uznaje się za szczególne, jak należy je potwierdzać, jakie cechy pracy świadczą o ponadstandardowym obciążeniu ani kto i według jakiej procedury ma dokonywać tej oceny.	Przepis został doprecyzowany.
159	Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej	art. 132aa ust. 7	Projektowany art. 132aa ust. 7 uzależnia wyłączenie stosowania ust. 3-6 od łącznego spełnienia dwóch warunków: udzielania świadczeń w stanie nagłym oraz pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 i 972). Zgodnie z art. 95 ust. 2 tej ustawy, dyżurem medycznym jest wykonywanie czynności zawodowych poza normalnymi godzinami pracy. Definicja ta nie przystaje do typowej organizacji SOR. Większość SOR nie działa według modelu oddzielającego dzienną „ordynację" od następującego po niej dyżuru, a świadczenia udzielane są całodobowo w systemie zmianowym. W odniesieniu do SOR należy zastosować kryterium rodzaju i miejsca realizacji świadczeń, a nie kryterium „dyżuru" rozumianego według rozkładu czasu pracy. Towarzystwo postuluje, aby wprost wskazać, że ograniczeń dotyczących wymiaru i organizacji zatrudnienia określonych w art. 132aa nie stosuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych w SOR - niezależnie od pory doby, przyjętego rozkładu czasu pracy oraz podstawy prawnej wykonywanych świadczeń. Dodatkowo art. 132aa ust. 7 wyłącza jedynie wymogi z ust. 3-6, nie zaś ogólny limit łącznego wymiaru czasu pracy określony w ust. 1. Ocena skutków regulacji opisuje natomiast wyjątek szerzej, jako odnoszący się także do maksymalnego łącznego wymiaru czasu pracy. Ta rozbieżność wymaga usunięcia.	Przepis został doprecyzowany.
160	Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej	Art. 5	Projekt przewiduje wejście ustawy w życie po upływie zaledwie 14 dni od dnia jej ogłoszenia, a jednocześnie zakłada, że umowy niespełniające nowych wymogów wygasną 31 grudnia 2026 r. W zależności od rzeczywistego terminu zakończenia procesu legislacyjnego, podmiotom leczniczym może pozostać jedynie kilka tygodni, a nawet kilka dni na analizę i zmianę zawartych umów, ich renegocjację oraz ułożenie nowych harmonogramów pracy, co może się zbiegać z okresem Świąt Bożego Narodzenia, co dodatkowo utrudni te działania. W stosunku do Oddziałów Ratunkowych wymagany jest zdecydowanie dłuższy czas vacatio legis, ze względu na wysokie ryzyko zapaści SOR-ów w Polsce, co zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu społeczeństwa, zagraża bezpieczeństwu	Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			strategicznemu kraju oraz ogranicza zaplecze medyczne w razie ewentualnego konfliktu zbrojnego i zdarzenia masowego.	
161	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Uwagi ogólne	Najważniejsze zastrzeżenia i punkty dyskusji skupiają się na limicie etatów, obowiązku oświadczeniowym i organizacji pracy szpitali. a) Propozycja zakłada ograniczenie łącznego wymiaru pracy personelu medycznego u świadczeniodawców finansowanych ze środków publicznych do równowartości dwóch pełnych etatów. Czy ten łączny wymiar dotyczy również czasu pracy odbytego w ramach dyżurów medycznych, ponieważ zgodnie z art. 132aa ust. 7 mówi przewiduje „Przepisów ust. 3–6 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”. b) Wprowadzenie wymogu składania przez pracowników medycznych formalnych oświadczeń o aktualnym zatrudnieniu i jego wymiarze u innych podmiotów oraz innych dokumentów „kadrowych” wymagać będzie zatrudnienie dodatkowej osoby w działach kadrowych lub kadrowo-płacowych. To spowoduje dodatkowe koszty w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych. c) Co można uznać za „świadczenia wymagające szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą pod warunkiem ich odrębnego określenia w umowie oraz odrębnego raportowania”. d) Zwiększenie roli kontrolnej NFZ, czy to jest konieczne, aby kontrola mogłaby się rozpoczynać bez poinformowania? Czy dzisiejsze przepisy o prowadzeniu kontroli przez NFZ są nie wystarczające? e) Spełnienie wymogu zatrudnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych tylko w poradni specjalistycznej w wymiarze pół etatu może być kłopotliwe. Bardzo często, lekarze ci udzielają świadczeń zdrowotnych np. 1 raz lub 2 razy w tygodniu np. po 4 godziny dziennie. Brak lekarzy specjalistów poradniach, które nie są częścią składową kliniki czy oddziału może spowodować kłopoty w zabezpieczeniu udzielania świadczeń zdrowotnych (np. poradnia genetyczna, poradnia endokrynologiczna, poradnia alergologiczna, poradnia diabetologiczna). f) Szpitale (podmioty lecznicze) nie są winne aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, dlatego nakładanie kar drakońskich na dyrektora/kierownika podmiotu leczniczego nie jest najlepszym rozwiązaniem.	Uwagi częściowo uwzględnione Przepisy zostały doprecyzowane. Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
162	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu:	Uwagi ogólne	Największe zagrożenia dla szpitala: 1. Ryzyko masowego odpływu lekarzy do sektora prywatnego: Najbardziej kontrowersyjna zmiana to projektowane art. 132aa i 132ab dotyczące: - ograniczenia łącznego czasu pracy do 2 etatów – nie wskazano precyzyjnie czy określenie czasu pracy odnosi się wyłącznie do faktycznie wypracowanych godzin czy do tej definicji wpisuje się również czas pozostawania w gotowości, ewidencjonowany i rozliczany zgodnie z art. 98 Ustawy o działalności leczniczej - obowiązku zatrudnienia w szpitalu co najmniej na 0,5 etatu. Projekt nie uwzględnia specjalistów posiadających umowy z różnymi jednostkami, a których unikatowe umiejętności lub wiedza powodują, że jest ich niewielu na rynku. Co prawda projekt zakłada możliwość wystąpienia o zgodę na	Uwagi częściowo uwzględnione Zmieniono brzmienie art. 61g ust. 1 Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa

			zatrudnienia takiej osoby bez zastosowania przepisów dotyczących minimalnego wymiaru czasu pracy do Prezesa NFZ, ale nie zakłada żadnych instrumentów prawnych w sytuacji braku jej otrzymania (brak możliwości odwołania od decyzji Prezesa); - konieczności uzyskania zgody "pierwszego" pracodawcy na zatrudnienie u kolejnego świadczeniodawcy, - limitów stawek i wynagrodzeń lekarzy oraz innych zawodów medycznych. Sztywne określenie warunków finansowych, ram dotyczących łącznego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych szczególnie dla niektórych wysokowykwalifikowanych specjalistów z personelu medycznego może spowodować iż z sektora publicznego odejdą do prywatnych jednostek wartościowi pracownicy, co spowoduje wydłużenie kolejek w sektorze publicznym i ograniczenie dostępności do niektórych świadczeń. Projekt nie uwzględnia, że: ➢ kliniki transplantacyjne, ➢ centra urazowe, ➢ ośrodki onkologiczne, ➢ szpitale pediatryczne wysokospecjalistyczne, konkurują o kadry nie lokalnie, ale ogólnopolsko. Dodatkowo kluczowym elementem są w kontekście projektowanych zmian inne elementy składające się na zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, a które odnoszą się do wymagań wynikających z umów z NFZ lub innych aktów prawnych, t.j. wymogów NFZ i norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Przepisy dotyczące norm pielęgniarskich, które nie uwzględniają opiekunów medycznych w przelicznikach i które nie korelują z bieżącą sytuacją podmiotów leczniczych, są nieelastyczne w okresach mniejszego obłożenia w oddziałach i wymuszają na szpitalach zatrudnianie bardzo dużej grupy personelu pielęgniarskiego nawet w sytuacjach w których liczba pacjentów w oddziałach spada, na przykład w oddziałach pediatrycznych w okresach letnim. Obecne wymogi NFZ dotyczące zatrudnienia personelu medycznego przy niedoborze wysokowykwalifikowanej kadry medycznej również po wejściu w życie projektowanej zmiany mogą prowadzić do ograniczeni działalności niektórych oddziałów, co z kolei spowoduje zmniejszenie dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Duże wzmocnienie pozycji NFZ, szczególnie w zakresie sprawowania kontroli i w związku z tym dostępu do danych: Projekt daje NFZ bardzo szerokie nowe uprawnienia kontrolne. NFZ będzie mógł: - badać sposób wykorzystania środków, - żądać informacji także o działalności poza kontraktem NFZ, - uzyskiwać dostęp do dokumentacji kadrowej, - kontrolować poziom wynagrodzeń, - prowadzić ponowne kontrole, - rozpoczynać kontrole praktycznie bez wcześniejszego zawiadomienia. Jest to bardzo szeroki zakres, który upoważnia do dostępu do całej „dokumentacji kadrowej wytworzonej przez podmiot" dla szerokiego grona pracowników NFZ (zarówno kontrolerów, jak i innych osób). W podmiotach leczniczych w zakresie nawiązywania stosunku pracy przetwarzane mogą być różne dane zarówno te dotyczące czasu pracy jak i wynagrodzenia, jak również dotyczące stanu zdrowia, niepełnosprawności, dane dotyczące członków rodzin. Tak sformułowane zapisy w ustawie pozwolą na żądanie dostępu do pełnej dokumentacji dla bardzo szerokiego grona	projektowanym przepisie. Zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Celem projektowanych regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowane regulacje mają służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy. Wszystkie czynności osób będą się mieściły w graniach upoważnień kontrolerskich. A każdą osobę biorącą udział w kontroli obowiązuje obowiązek zachowania

			pracowników administracyjnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub zlecenia w NFZ. Zachodzi tu obawa o poufność tych danych i występuje duże ryzyko udostępnienia dalej osobom nieuprawnionym. Ryzyko sporów konstytucyjnych i sądowych: Istotny jest również aspekt prawny projektów zapisów projektowanej zmian do ustawy co do ich zgodności z Konstytucją i obowiązującymi przepisami dotyczącymi swobody zatrudnienia i prowadzenia działalności gospodarczej. Szczególnie w zakresie: - limitów wynagrodzeń, - ograniczeń swobody zatrudnienia, - konieczności uzyskania zgody innego pracodawcy, - wygaszania istniejących umów z mocy prawa do 31 grudnia 2026 r. Jeżeli przepisy byłyby później kwestionowane przez sądy lub Trybunał Konstytucyjny, szpitale znalazłyby się w długotrwałej niepewności organizacyjnej. Dodatkowo część jednostek, które nie zdążą z pozyskaniem nowej kadry medycznej w związku z brakiem dostępności obecnych specjalistów w dniu 01.01.2027 nie będzie zdolnych do realizacji świadczeń zdrowotnych, co spowoduje nagłe ograniczanie ich pracy i może w wielu rejonach całkowicie zablokować dostęp pacjentom do leczenia."	tajemnicy kontrolerskiej oraz przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
163	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 11	Rozważenia wymaga wprowadzenie w typowym trybie kontroli krótkiego uprzedniego zawiadomienia, np. co najmniej 2 dni robocze przed jej rozpoczęciem. Możliwość zawiadomienia dopiero w chwili rozpoczęcia kontroli mogłaby zostać zachowana w uzasadnionych przypadkach, w szczególności, gdy wcześniejsze zawiadomienie mogłoby utrudnić osiągnięcie celu kontroli lub stwarzać ryzyko utraty dowodów. W dużym podmiocie leczniczym przygotowanie kontroli wymaga wyznaczenia osób uprawnionych do reprezentacji, przygotowania pełnomocnictw oraz zgromadzenia dokumentacji z wielu komórek organizacyjnych i archiwum. Rozpoczęcie kontroli bez zawiadomienia może uniemożliwić natychmiastowe przekazanie dużej liczby dokumentów, mimo prawidłowej organizacji pracy podmiotu.	Zmieniono brzmienie przepisu.
164	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 - art. 132aa. 1	Odwołanie w art. 132aa ust. 1 do definicji osoby wykonującej zawód medyczny z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej może literalnie obejmować także osobę posiadającą kwalifikacje medyczne, lecz zatrudnioną u świadczeniodawcy wyłącznie do zadań organizacyjnych, zarządczych, koordynacyjnych, informatycznych albo administracyjnych (np. lekarz zatrudniony w Dziale Informatyki). Tymczasem uzasadnienie projektu wskazuje, że nowe zasady mają dotyczyć tych osób „w zakresie, w jakim" uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Doprecyzowania wymaga zatem zakres zastosowania art. 132aa do osób, które u danego świadczeniodawcy w ogóle nie udzielają świadczeń zdrowotnych.	Uwaga niezasadna Ogólne ograniczenie wymiaru czasu pracy celowo zostało rozciągnięte także na inne zadania, wykonywane w podmiocie zakontraktowanym przez NFZ, niż stricte związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
165	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 - Art. 132aa. 1	W zakresie limitu czasu pracy art. 132aa ust. 1 odwołuje się do łącznego zatrudnienia „u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców", bez ograniczenia do podmiotów posiadających umowę z NFZ. Zasadne jest jednoznaczne potwierdzenie, że przy limicie dwóch etatów uwzględnia się również zatrudnienie u świadczeniodawców działających wyłącznie komercyjnie. Odrębnego doprecyzowania wymaga limit wynagrodzenia: art. 132ab ust. 7–8 posługuje się pojęciem umów zawartych ze świadczeniodawcami, podczas gdy oświadczenie z ust. 9 obejmuje umowy ze świadczeniodawcami realizującymi umowę z NFZ. Warto jednoznacznie wskazać, czy limit szesnastokrotności obejmuje	Uwaga niezasadna Przepis nie pozostawia wątpliwości, że do limitu czasu pracy wlicza się także czas pracy medyka poza systemem publicznym .

			wynagrodzenia uzyskiwane w sektorze komercyjnym oraz zapewnić zgodność zakresu limitu z zakresem oświadczenia.	
166	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 - Art. 132aa. 1	OSR przy kalkulacji limitu przyjmuje założenie 8 godzin dziennie × 20 dni w miesiącu × 2 = 320 godzin. Tymczasem art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej przewiduje dla pracowników podmiotu leczniczego co do zasady 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut tygodniowo. Zasadne jest wyjaśnienie i ujednolicenie podstawy przeliczania pełnego wymiaru czasu pracy i jego równoważnika, w szczególności na potrzeby umów cywilnoprawnych.	Uwaga niezasadna
167	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 2, 4 i 5 oraz art. 132ab ust. 9; art. 4–5 projektu	Projektowane przepisy wymagają doprecyzowania w zakresie obowiązku składania oświadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne pozostające już w zatrudnieniu lub w innym stosunku prawnym w dniu wejścia ustawy w życie. Art. 132aa ust. 2 oraz art. 132ab ust. 9 przewidują złożenie oświadczenia „przed zatrudnieniem", co wskazuje, że dotyczą osób nawiązujących nowy stosunek pracy lub inny stosunek prawny. Osoby już zatrudnione nie będą mogły złożyć pierwszego oświadczenia „przed zatrudnieniem". Projekt nie określa, czy osoby te są zobowiązane do złożenia oświadczeń oraz w jakim terminie powinno to nastąpić. W odniesieniu do osób objętych art. 132aa ust. 4 nie rozstrzygnięto również, od jakiego momentu należy liczyć terminy składania kolejnych oświadczeń, o których mowa w ust. 5.	Uwaga częściowo uwzględniona (doprecyzowano ust. 2)
168	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 2, 4 i 5	Art. 132aa ust. 5 odwołuje się wyłącznie do osób, o których mowa w ust. 4, tj. osób udzielających świadczeń w wymiarze mniejszym niż połowa etatu i zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy wskazanego w ust. 3. Oznacza to, że obowiązek ponawiania oświadczenia co sześć miesięcy nie obejmuje pozostałych osób podlegających limitowi dwóch etatów. Doprecyzowania wymaga, czy takie ograniczenie zakresu obowiązku było zamierzone.	Usunięto komentowany przepis.
169	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 4 i 5	Projekt nie określa jednoznacznie, czy kolejne oświadczenie składane co sześć miesięcy ma potwierdzać stan istniejący wyłącznie w dniu jego złożenia, czy brak zatrudnienia u innego świadczeniodawcy przez cały okres od złożenia poprzedniego oświadczenia. Literalne odwołanie do oświadczenia z ust. 4, zgodnie z którym osoba oświadcza, że „nie jest zatrudniona" u innego świadczeniodawcy, wskazuje raczej na stan istniejący w chwili składania oświadczenia.	Uwaga niezasadna Przepis jest precyzyjny.
170	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 2 i 4 oraz art. 132ab ust. 9	Doprecyzowania wymaga cel i moment składania oświadczenia „przed zatrudnieniem". Nie jest jasne, czy oświadczenie powinno zostać złożone przed rozpoczęciem postępowania konkursowego, po wyborze oferty, przed podpisaniem umowy czy przed faktycznym rozpoczęciem pracy. Nie wiadomo również, czy ma ono obejmować wyłącznie umowy obowiązujące w chwili jego składania, czy także wymiar i wynagrodzenie wynikające z planowanego zatrudnienia u nowego świadczeniodawcy. Oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności karnej powinno dotyczyć okoliczności możliwych do potwierdzenia w chwili jego składania, a nie przyszłych zamiarów pracownika.	Uwaga niezasadna Sformułowanie „przed zatrudnieniem" jest precyzyjne.
171	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 1, 2	Projektowany art. 132aa ust. 2 nie określa jednoznacznie, według jakiego stanu ma zostać ustalony łączny wymiar czasu pracy wskazywany w oświadczeniu. W szczególności nie jest jasne, czy oświadczenie powinno obejmować stan istniejący na dzień jego złożenia, wymiar obowiązujący od dnia planowanego zatrudnienia czy wymiar wynikający z umów w okresie ich obowiązywania. W przypadku stosunku pracy wymiar etatu wynika z umowy i nie zmienia się wraz z miesięcznym harmonogramem. Wątpliwości te mają szczególne znaczenie w odniesieniu do osób wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w równoważnym systemie czasu pracy, w którym stosowane są okresy rozliczeniowe wynoszące nawet trzy miesiące. W takim systemie liczba godzin pracy w poszczególnych tygodniach lub miesiącach może znacząco się różnić, przy zachowaniu zgodności z obowiązującym wymiarem czasu pracy dopiero w całym okresie rozliczeniowym. W konsekwencji nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie „łącznego wymiaru czasu pracy" bez wskazania, do jakiego	Uwaga niezasadna Komentowany przepis stanowi, że medyk składa świadczenie, o łącznym wymiarze czasu pracy, wynikającym z umów zawartych z zatrudniającymi go świadczeniodawcami – chodzi zatem o stan wynikający z takich umów na dzien złożenia oświadczenia.

			okresu należy się odnieść.	
172	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132ab ust. 7–10	Art. 132ab ust. 9 wymaga oświadczenia o łącznym maksymalnym miesięcznym wynagrodzeniu określonym w umowach. Doprecyzowania wymaga sposób ustalenia tej kwoty w umowach godzinowych lub zawierających zmienne składniki, w których maksymalna wypłata może zależeć od liczby godzin, dyżurów albo dodatkowych zadań. Wyjaśnienia wymaga również, które zmiany należy traktować jako „zmianę okoliczności" z ust. 10 – w szczególności czy chodzi o zmianę warunków umownych wpływających na maksimum, czy również o bieżące zmiany organizacyjne.	Przepis został doprecyzowany.
173	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 2, 4 i 5 oraz art. 132ab ust. 9 i 10	Z uwagi na odpowiedzialność karną związaną ze składaniem oświadczeń oraz niejednoznaczny zakres wymaganych danych zasadne jest przygotowanie jednolitych wzorów oświadczeń dotyczących wymiaru zatrudnienia, braku zatrudnienia u innego świadczeniodawcy oraz maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia. Wzory powinny określać w szczególności, czy podawane dane dotyczą stanu aktualnego czy planowanego zatrudnienia, w jaki sposób wykazuje się równoważnik etatu oraz które składniki wynagrodzenia obejmuje oświadczenie. Wyjaśnienia wymaga również sposób aktualizacji i korygowania wcześniej złożonych danych.	Uwaga niezasadna
174	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132aa ust. 1–6 i 8; art. 1 pkt 24) – projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11	Projekt nie określa sposobu postępowania w przypadku, gdy złożone zgodnie z prawdą oświadczenie albo później uzyskana informacja wskazuje, że osoba przekracza limit dwóch etatów lub nie spełnia już warunku zatrudnienia wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 132aa ust. 4. Nie jest jasne, czy świadczeniodawca powinien rozwiązać umowę, zaproponować zmniejszenie wymiaru etatu, oczekiwać zmiany innej umowy pracownika czy wystąpić do Prezesa NFZ o zgodę na czasowe odstąpienie od wymagań. Projekt nie wskazuje również, który ze świadczeniodawców powinien podjąć działania, jeżeli osoba jest zatrudniona w kilku podmiotach.	Uwaga niezasadna
175	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – projektowany art. 132ab ust. 7–10; art. 1 pkt 24) – projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11	Projekt nie określa sposobu postępowania w przypadku, gdy oświadczenie albo informacja przekazana na podstawie art. 132ab ust. 10 wskazuje, że łączne maksymalne wynagrodzenie danej osoby przekracza limit wynikający z art. 132ab ust. 7 lub 8. Nie jest jasne, który ze świadczeniodawców powinien dostosować wynagrodzenie ani w jaki sposób ma zostać rozdzielony dostępny limit pomiędzy kilka podmiotów. Wątpliwość dotyczy również sytuacji, w której przekroczenie wynika ze zmiennych składników wynagrodzenia, dyżurów albo świadczeń należnych pracownikowi na podstawie przepisów prawa pracy.	Przepisy zostały doprecyzowane.
176	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 4 oraz art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 5	Samo wygaśnięcie umowy z mocy art. 4 nie jest tożsame z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę w trybie wskazanym w art. 1 ustawy o zwolnieniach grupowych. Dostosowanie zatrudnienia przed 31 grudnia 2026 r. może jednak wymagać wypowiedzeń zmieniających, wypowiedzeń definitywnych lub porozumień, które – zależnie od skali i przesłanek – mogą uruchamiać obowiązki wynikające z tej ustawy. Dla dużych podmiotów zasadne jest doprecyzowanie relacji przepisów przejściowych do tych działań dostosowawczych.	W zmienionym przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
177	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 6	Termin 14-dniowy, szczególnie przy kumulacji świąt i innych dni wolnych, może być niewystarczający do zebrania danych potrzebnych kierownikowi dużego podmiotu do oceny wniosku. Rozważenia wymaga wydłużenie terminu do 30 dni albo umożliwienie jego przedłużenia – w szczególnie uzasadnionym przypadku – nie dłużej niż do 30 dni.	Uwaga uwzględniona

178	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 6	Projekt przewiduje, że niezajęcie stanowiska przez kierownika w terminie oznacza wyrażenie zgody. Jednocześnie dodatkowe zatrudnienie jest uzależnione od przedłożenia zgody kolejnemu świadczeniodawcy przed zatrudnieniem. W przypadku zgody udzielonej w sposób milczący nie powstaje dokument, który osoba ubiegająca się o zatrudnienie mogłaby przedłożyć kolejnemu świadczeniodawcy. Rekomenduje się doprecyzowanie sposobu dokumentowania zgody milczącej, np. przez możliwość przedłożenia kopii wniosku, potwierdzenia jego doręczenia oraz oświadczenia o bezskutecznym upływie ustawowego terminu.	Przepisy zostały doprecyzowane.
179	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 6	Projekt przewiduje możliwość odmowy wyrażenia zgody, jeżeli jest ona uzasadniona „niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu". Pojęcie to nie zostało zdefiniowane ani doprecyzowane. Nie jest jasne, według jakich kryteriów i na jaki moment kierownik powinien oceniać istnienie niezaspokojonych potrzeb kadrowych ani jakie okoliczności mogą stanowić wystarczającą podstawę odmowy. Zasadne jest doprecyzowanie tych przesłanek w sposób umożliwiający ich obiektywną ocenę i weryfikację.	Uwaga niezasadna Ocena co do niezaspokojonych potrzeba kadrowych powinna należeć do kierownika podmiotu leczniczego.
180	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 6	Przepis nie określa jednoznacznie, kto powinien wyrazić zgodę, jeżeli osoba wykonująca zawód medyczny jest już zatrudniona u więcej niż jednego świadczeniodawcy. Przykładowo, w przypadku lekarza zatrudnionego po 0,5 etatu w dwóch szpitalach nie jest jasne, czy przed zatrudnieniem w kolejnym podmiocie wymagana jest zgoda kierowników obu dotychczasowych szpitali, zgoda tylko jednego z nich, czy zgoda podmiotu stanowiącego podstawowe miejsce pracy. Uzasadnienie projektu wskazuje na uzyskanie zgody od wszystkich zatrudniających daną osobę świadczeniodawców, jednak zasada ta nie została jednoznacznie wyrażona w treści projektowanego przepisu.	Przepis został doprecyzowany.
181	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 – art. 132aa ust. 7	Wyłączenie przewidziane w art. 132aa ust. 7 zostało ograniczone do świadczeń udzielanych pacjentom w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego. Oznacza to, że podczas tego samego dyżuru wyjątkiem mogą być objęte świadczenia udzielane pacjentowi w stanie nagłym, natomiast nie będą nim objęte czynności wykonywane wobec pacjentów już hospitalizowanych, wymagających kontynuacji diagnostyki, leczenia lub nadzoru. Rozważenia wymaga objęcie wyjątkiem wszystkich świadczeń niezbędnych do zapewnienia ciągłości opieki podczas dyżuru, a nie wyłącznie świadczeń udzielanych pacjentom w stanie nagłym.	Przepis został doprecyzowany.
182	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Art. 1 pkt 22 — art. 132aa ust. 8	Doprecyzowania wymaga zakres i tryb zgody Prezesa NFZ na czasowe odstąpienie od wymogów z ust. 1–6. Z projektu nie wynika jednoznacznie, czy zgoda ma dotyczyć wskazanej osoby, całej dziedziny medycyny, komórki organizacyjnej albo określonego zabezpieczenia dyżurowego. Nie określono również, czy w tych samych okolicznościach zgoda może być ponawiana, jakie dane powinien zawierać wniosek ani w jakim terminie powinien zostać rozpoznany.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany.
183	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132ab ust. 7 i 8	Projekt posługuje się pojęciem „maksymalnego wynagrodzenia miesięcznego", jednak nie definiuje, jakie składniki wynagrodzenia obejmuje ten limit. Przepis nie rozstrzyga, czy do limitu należy zaliczyć: wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za dyżury medyczne, dodatki za pracę w porze nocnej, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, dodatki funkcyjne, dodatki za kierowanie oddziałem. Brak tej definicji spowoduje rozbieżności pomiędzy podmiotami leczniczymi.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.
184	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	uwaga do całego projektu	Projekt nie rozstrzyga, czy dopuszczalne jest zawieranie odrębnych umów obejmujących wyłącznie pełnienie dyżurów medycznych oraz czy wynagrodzenie z takich umów podlega limitowi. Projekt powinien jednoznacznie wskazać, czy wynagrodzenie za dyżury medyczne podlega limitowi.	Uwaga niezasadna Wynagrodzenie za dyżur med. również podlega limitowi.

185	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132ab ust. 7	Projekt stanowi: „łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami...” Nie wiadomo, czy chodzi o: jednego świadczeniodawcę, wszystkich świadczeniodawców łącznie, również podmioty prywatne.	Uwaga niezasadna Nie ma wątpliwości, że chodzi o wszystkich świadczeniodawców, u których pracownik medyczny udziela świadczeń objętych umową z NFZ.
186	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132ab	Projekt nie określa: kto będzie ustalał wysokość wynagrodzenia osiąganego u innych świadczeniodawców, kto odpowiada za przekroczenie limitu, jakie dokumenty lekarz będzie zobowiązany przedstawić.	Przepisy zostały doprecyzowane.
187	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132ab ust. 7 pkt 2	Projekt odwołuje się do: „ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy”. Nie wiadomo jednak: czy chodzi wyłącznie o etat, czy również o dyżury, czy godziny nadliczbowe zwiększają ten ułamek, jak liczyć równoważnik czasu pracy w kontraktach.	Przepisy zostały doprecyzowane.
188	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132ab ust. 7	Jeżeli do limitu będą wliczane również dyżury medyczne, część lekarzy po osiągnięciu limitu odmówi pełnienia kolejnych dyżurów. Może to skutkować: trudnościami z zapewnieniem całodobowej obsady oddziałów, koniecznością ograniczenia działalności oddziałów, wzrostem kosztów zatrudnienia.	Uwaga niezasadna
189	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 4 lit. b projektu - dot. art. 31lc ust. 9-11	Brak prawa świadczeniodawcy do zgłoszenia zastrzeżeń przed zakończeniem weryfikacji. Zasada czynnego udziału strony oraz zasada zaufania do państwa wymagają możliwości odniesienia się do ustaleń organu.	Przepisy zostały doprecyzowane.
190	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 4 lit. b projektu - dot. art. 31lc ust. 9	Zakres uprawnień AOTMiT do weryfikacji standardu rachunku kosztów wymaga doprecyzowania. Nie określono szczegółowo trybu prowadzenia czynności, praw świadczeniodawcy ani zasad zgłaszania zastrzeżeń do ustaleń Agencji.	Uwaga uwzględniona. AOTMiT zaproponowała zmianę projektowanych przepisów art. 31lc ust. 9–15 poprzez szczegółowe określenie zakresu i trybu prowadzenia czynności weryfikacyjnych, zasad ich dokumentowania oraz uprawnień świadczeniodawcy, w tym prawa do zgłoszenia uwag do protokołu i przedstawienia stanowiska wobec wyników weryfikacji przed ich ostatecznym ustaleniem.
191	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 4 lit. b projektu - dot. art. 31lc ust. 11	Kara umowna do 0,5% rocznej wartości umowy jest nieproporcjonalna. Projekt nie różnicuje wysokości sankcji w zależności od rodzaju naruszenia ani jego skutków. Taka sama kara może dotyczyć drobnych uchybień formalnych i poważnych naruszeń.	Uwaga częściowo uwzględniona. AOTMiT zaproponowała zmianę projektowanych przepisów poprzez wprowadzenie mechanizmów proceduralnych poprzedzających ewentualne nałożenie kary

				umownej oraz zapewnienie świadczeniodawcy możliwości odniesienia się do stwierdzonych nieprawidłowości. Kara ma charakter fakultatywny i może zostać nałożona w wysokości do 0,5% rocznej kwoty zobowiązania, co pozwala na jej dostosowanie do okoliczności konkretnego przypadku. Nie przewiduje się natomiast wprowadzenia ustawowej gradacji sankcji według rodzaju naruszenia ani obniżenia maksymalnego poziomu kary.
192	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 22 projektu - dot. art. 132aa oraz 132ab	Zgodnie z ust. 3 zapis art. 132aa odnosi się do świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego. Natomiast zapisy art. 132ab odnoszą się do osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, co oznacza, że także świadczeniodawców innych niż realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego. Niespójność w zakresie świadczeniodawców, których obejmują wymagania określone w art. 132aa oraz art. 132ab.	Uwaga niezasadna Zakres podmiotowy art. 132aa ust. 3 (ograniczenie dot. minimalnego wymiaru czasu pracy w leczeniu szpitalnym) jest celowo węższy niż zakres pozostałych regulacji zawartych we wskazanych artykułach.
193	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 3 pkt 1 projektu - dot. art. 26 ust. 1 i art. 26 ust. 1a	1. Projektowane brzmienie art. 26 osiąga znacznie szerszy efekt niż ograniczenie zjawiska podwykonawstwa wyłącznie do świadczeń w systemie publicznym, gdyż obejmuje również organizację udzielania świadczeń komercyjnych przez podmioty lecznicze. 2. Zmiany proponowane w art. 26 ust. 1 i ust. 1a są niejasne i niepokojące, w kontekście organizacji współpracy z lekarzami, którzy wykonują świadczenia wyłącznie w ramach dydaktycznych zajęć klinicznych ze studentami uczelni medycznej w jej jednostkach organizacyjnych.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać

				podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
194	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 3 lit. a projektu - dot. art. 31lb ust. 3 pkt 1)	Wpływ świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli (w tym zapadalność, chorobowość, umieralność lub śmiertelność) a także skutki następstw choroby lub stanu zdrowia powinien być uwzględniany (tu np. świadczenia z zakresu kardiologii, kardiochirurgii onkologii) w sposób wyraźny przy ustalaniu taryfy świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona jako bezprzedmiotowa. Projektowany art. 31lb ust. 3 pkt 1 już przewiduje, że raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń zawiera opis świadczenia opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem jego wpływu na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności, a także skutków następstw choroby lub stanu zdrowia. Postulat zgłaszającego został zatem uwzględniony w projektowanej regulacji.
195	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 1 pkt 4 lit. b projektu - dot. art. 31lc ust. 11	Dookreślenie terminu po którym może nastąpić nałożenie kary oraz zmniejszenie wysokości tej kary. Nieterminowość wykonania obowiązków może wynikać z przyczyn obiektywnych (np. bardzo krótki czas w okresie świątecznym), nadmierny fiskalizm obciążający podmioty lecznicze.	Uwaga częściowo uwzględniona. AOTMiT zaproponowała zmianę projektowanych przepisów poprzez rozbudowanie procedury poprzedzającej ewentualne nałożenie kary umownej oraz zapewnienie świadczeniodawcy możliwości odniesienia się do stwierdzonych nieprawidłowości przed ustaleniem ostatecznych wyników weryfikacji. Rozwiązanie to umożliwia uwzględnienie okoliczności konkretnego przypadku, w tym przyczyn niedochowania terminu. Nie przewiduje się natomiast obniżenia maksymalnego poziomu kary, który pozostaje określony jako fakultatywny pułap do 0,5% rocznej kwoty zobowiązania.
196	Śląski Uniwersytet	art. 1 pkt 9 lit. a i b projektu	Po wprowadzeniu zmian będzie usankcjonowana rażąca nierówność stron umowy. Skutkiem może być brak pewności co do zawieranych umów. Wprowadzana zmiana przepisów spowoduje, że ponowne, wielokrotne kontrole będą zawsze możliwe np. przez „uzasadnione”	Uwaga niezasadna Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed

	Medyczny w Katowicach	- dot. art. 61d ust. 5 i 5a	podejrzenie, w celu uchylenia lub zmiany decyzji ostatecznej. Brak będzie podstawowej pewności co do zawieranych umów.	pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy.
197	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	art. 3 pkt 1 lit. c projektu – dot. art. 26 ust. 3	Niepotrzebne zwolnienie z obowiązku podmiotów nierealizujących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dotychczasowa regulacja wydaje się być prawidłowa.	Uwaga niezasadna Proponowana regulacja wynika ze zmiany ust. 1 w art. 26, tj. rozszerzenia zakresu podmiotowego. W zaproponowanym brzmieniu przepis ten odnosi się do wszystkich podmiotów w tym zdrowotnych finansowanych niepublicznych i nieudzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dlatego nowe brzmienie ust. 3 jest uzasadnione.
198	Ogólnopolski Związek Zaw. Lekarzy	Uwagi ogólne	Niestety, fundament omawianego projektu nowelizacji stanowią regulacje, które w sposób systemowy pogarszają warunki pracy oraz rozwoju zawodowego polskich lekarzy i lekarzy dentystów. Zamiast budować atrakcyjne środowisko pracy oparte na pozytywnych bodźcach ekonomicznych i stabilności zatrudnienia, projektodawca proponuje model funkcjonowania systemu oparty niemal wyłącznie na sankcjach finansowych, mechanizmach administracyjnego przymusu, radykalnym ograniczeniu swobody umów oraz skrajnej, bezprecedensowej inwigilacji środowiska lekarskiego i pacjentów. Analiza krytyczna wykazuje, że projekt nie realizuje szczytnych celów poprawy jakości w sposób	Uwagi niezasadne Nadmierne rozdrobnienie zatrudnienia personelu med. nie sprzyja zagwarantowaniu właściwej jakości i ciągłości opieki zdrowotnej, zwłaszcza w lecznictwie szpitalnym.

			zgodny ze standardami dialogu społecznego ani zasadą proporcjonalności ingerencji w prawa jednostki wynikającą z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Projekt wprowadzający sztuczne limity pracy uzależnione od zgody dyrektorów placówek, administracyjne zamrożenie stawek godzinowych, zakaz wynagradzania prowizyjnego oraz nadmierne uprawnienia kontrolne Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) uderza w podstawy funkcjonowania państwa prawa. W ocenie analitycznej, wdrożenie tych przepisów doprowadzi do natychmiastowego spadku wydajności systemu ochrony zdrowia, masowego odpływu wykwalifikowanych kadr do sektora komercyjnego oraz kaskadowego zamykania oddziałów szpitalnych. Z tych względów projekt opiniuje się skrajnie negatywnie, wnosząc o całkowite porzucenie jego najbardziej szkodliwych ustępów. 1.Uproszczona diagnoza wielomiejscowego zatrudnienia. OSR posługuje się określeniami „patologiczne zjawisko", „nadmierna mobilność" i „nieograniczona migracja", nie rozdzielając trzech odmiennych sytuacji: fikcyjnego jednoczesnego wykazywania dostępności, wykonywania pracy z naruszeniem norm odpoczynku oraz zgodnej z prawem pracy cząstkowej, dzięki której kilka placówek korzysta z deficytowej kompetencji. Wzrost stawek i rotacja personelu są przewidywalnym skutkiem niedoboru podaży pracy, obowiązku zapewnienia obsady i konkurencji między świadczeniodawcami. Jedno generalne ograniczenie nie odpowiada odmiennym przyczynom i skutkom tych zjawisk. [S2] [S3] Podstawa prawna: § 24 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 oraz § 28 ust. 2 pkt 2a, 3 i 5 oraz ust. 3 pkt 1-2 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P12] 2. Brak wykazanej bezpośredniej oszczędności systemowej. Indywidualny limit wynagrodzeń nie obniża automatycznie wydatków NFZ, ponieważ Fundusz nadal finansuje kontrakt ze świadczeniodawcą. OSR opisuje zmianę struktury kosztów placówki, poprawę płynności lub ograniczenie zadłużenia, lecz nie dowodzi zmniejszenia luki finansowej płatnika. W konsekwencji podstawowy argument fiskalny nie został potwierdzony rachunkiem skutków. [S2] Podstawa prawna: § 28 ust. 2 pkt 3-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. [P12][P5] 3. Brak mechanizmu przekazania korzyści pacjentom. Projekt nie gwarantuje, że środki niewydane na pracę medyczną zostaną przeznaczone na zwiększenie liczby świadczeń, skrócenie kolejek, poprawę jakości lub bezpieczeństwa. Mogą zostać wykorzystane na obsługę zadłużenia, administrację, inne kategorie kosztów albo pozostać niewykorzystane. Bez celowego przeznaczenia środków i mierników pacjenckich związek pomiędzy limitem wynagrodzeń a korzyścią pacjenta pozostaje niewykazany. [S2] Podstawa prawna: art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 ust. 1 i art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach; § 25a ust. 3 pkt 1-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P8] [P9] [P12] 4. Niewykazany bilans kosztów i korzyści. OSR przewiduje około 606,22 min zł kosztów NFZ i AOTMiT oraz 488 nowych etatów, ale nie zestawi tych nakładów z policzalną korzyścią regulacyjną. Dodatkowym kosztem alternatywnym jest przesunięcie 95 lekarzy lub lekarzy dentystów do zadań kontrolnych zamiast bezpośredniego udzielania świadczeń. Założona stawka 18 tys. zł dla lekarza-kontrolera, uznana w OSR za niską, potwierdza ponadto trudność pozyskania lekarzy przy wynagrodzeniach nieuwzględniających warunków rynkowych. [S2] Podstawa prawna: § 24 ust. 3 i § 28 ust. 2 pkt 3-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. [P12] [P5] 5. Brak wiarygodnego modelu reakcji personelu. Projekt zakłada, że po ograniczeniu mobilności personel pozostanie w systemie publicznym i skoncentruje aktywność u jednego lub dwóch	Wprowadzenie limitów wysokości zarobków z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na możliwość sfinansowania większej liczby świadczeń przez płatnika, a wic na poprawę dostępu do tych świadczeń. Z kolei wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. Natomiast ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. W zmienionym art. przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach. Ad. 22 - przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku. Ad. 23 – doprecyzowano przepisy

			świadczeniodawców. OSR nie porównuje tego założenia ze scenariuszem częściowego ograniczenia aktywności, przejścia do sektora prywatnego, emigracji lub całkowitego wyjścia z systemu publicznego. Jeżeli podaż pracy jest elastyczna, limit obniży nie tylko koszt jednostkowy, lecz także liczbę dostępnych godzin świadczeń. [S2] [S3] Podstawa prawna: § 28 ust. 2 pkt 3 lit. b-d i pkt 5 oraz ust. 3 pkt 1 Regulaminu pracy Rady Ministrów; art. 68a ust. 1 pkt 2 Prawa przedsiębiorców. [P12] [P10] 6. Niepełna ocena wpływu na przedsiębiorców i pod wykonawstwo. OSR nie kwantyfikuje wpływu na osoby wykonujące zawody medyczne w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej ani na spółki organizujące zespoły. Tymczasem limit przychodu z godziny pracy, obowiązek zmiany lub zakończenia umów oraz ograniczenie pośrednictwa wpływają na przychody, leasing, kredyt, zatrudnienie i odpowiedzialność przedsiębiorców. Jeżeli celem jest wyeliminowanie obchodzenia prawa, należy najpierw ocenić rozwiązania oparte na ujawnieniu rzeczywistego wykonawcy, czasu pracy, stawki i łańcucha podwykonawców. [S2] Podstawa prawna: art. 20, art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 2, art. 8, art. 68 i art. 68a Prawa przedsiębiorców; § 28 ust. 2 pkt 3 lit. c oraz ust. 2a Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1j [P10] [P12j 7. Nieadekwatne mierniki ewaluacji. Spadek liczby osób pracujących u więcej niż dwóch świadczeniodawców mierzy wykonanie restrykcji, a nie jej społeczną skuteczność. Wskaźnik może ulec poprawie również w razie odpływu personelu z systemu publicznego, zamknięcia poradni i wydłużenia kolejek. Ewaluacja nie obejmuje liczby świadczeń, zamknięć oddziałów, wakatów, zdarzeń niepożądanych, rzeczywistego odpoczynku, migracji do sektora prywatnego, zadłużenia ani sytuacji seniorów i osób z niepełnosprawnościami. [S2] Podstawa prawna: § 25a ust. 3 pkt 5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 68a ust. 1 pkt 2 Prawa przedsiębiorców. [P12] [P10] 8. Niespójność nielimitowanego finansowania z ograniczeniem podaży pracy. Utrzymywanie lub rozszerzanie nielimitowanego finansowania wybranych świadczeń jest niespójne z administracyjnym ograniczaniem ceny i mobilności deficytowej pracy bez równoległego modelu podaży kadr. Art. 68 ust. 2 Konstytucji pozostawia ustawie określenie warunków i zakresu świadczeń, ale założenie utrzymania nieograniczonego wolumenu przy stałej liczbie wykonawców i niższej cenie pracy wymaga oceny wykonalności. Taryfikacja powinna przejrzyście rozdzielać koszty leków, sprzętu, infrastruktury i pracy na podstawie danych rzeczywistych. [P1] [S2] Podstawa prawna: art. 68 ust. 1-2 Konstytucji; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 ust. 1-2 i art. 20 ustawy o świadczeniach. [P1] [P8] [P9] 9. Niespełnienie testu proporcjonalności. Ochrona zdrowia, bezpieczeństwo pracy i stabilność systemu stanowią prawnie legitymowane cele. Art. 31 ust. 3 Konstytucji wymaga jednak wykazania przydatności, konieczności oraz proporcji pomiędzy korzyścią publiczną a ciężarem nałożonym na jednostkę. Projekt kumuluje limit stawki i wynagrodzenia miesięcznego, limit liczby miejsc, minimalny wymiar zatrudnienia, zgodę pierwszego szpitala, wygaszenie umów, sankcje i rozszerzoną kontrolę danych, nie porównując tego pakietu z ewidencją odpoczynku, kontrolą skrajnych odstępstw, taryfikacją kosztową, zachętami obszarowymi, pilotażem i reformą organizacyjną. [P1] [J1] Podstawa prawna: art. 31 ust. 3 w związku z art. 22, art. 64, art. 65 i art. 68 Konstytucji; art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców. [P1] [P10] [J1]	Dotychczasowa praktyka kontrolna Funduszu uzasadnia wniosek o dowolności i swobodzie w zakresie kształtowania treści który mają charakter źródła dowodowego jakim są wyjaśnienia, co przyczynia się do obniżenia ich wiarygodności. Projektowany przepis art. 61o ust. 4 realizuje postulat zwiększenia wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej oraz zwiększa gwarancję rzetelności i kompletności przekazywanych informacji. Projektowane rozwiązanie nie stanowi nowej konstrukcji prawnej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa posługuje się już mechanizmem składania oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej, o którym mowa w art. 233 § 6 Kodeksu karnego. Przykładem jest art. 61s ust. 8a ustawy, przewidujący obowiązek złożenia oświadczenia zawierającego klauzulę o świadomości odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Wprowadzenie analogicznego rozwiązania na potrzeby postępowania kontrolnego zapewnia spójność wewnętrzną ustawy oraz jednolitość stosowanych w niej instrumentów. Ponadto, wskazać należy że projektowane przepisy w zakresie badania dokumentacji medycznej, dotyczy wszystkich tych sytuacji w których wyprowadzenie wniosków z wpisów z dokumentacji medycznej nie wymaga wiedzy medycznej, a jedynie ustalenie istnienia określonych faktów. Przykładem może być weryfikacja dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, a pod kątem wymogów wynikających z rozporządzenia Ministra

			. Brak przesłanek dla trwałego ograniczenia wynagrodzeń. Wyrok TK w sprawie K 1/12 potwierdził dopuszczalność jednorocznego zamrożenia wynagrodzeń sędziów w szczególnej sytuacji budżetowej. Nie stanowi to odpowiednika UD439, który ma charakter systemowy, obejmuje również umowy cywilnoprawne, ingeruje jednocześnie w kilka wolności i nie przewiduje ograniczenia czasowego ani skwantyfikowanej oszczędności płatnika. Podstawa prawna: art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 64 Konstytucji. 11. Brak metodologicznego uzasadnienia jednolitego limitu. Średnia lub mediana wynagrodzeń nie uzasadnia wspólnego pułapu dla specjalizacji, regionów i poziomów ryzyka różniących się deficytem kadr, odpowiedzialnością, intensywnością dyżurów i dostępnością alternatyw. Projekt nie ujawnia pełnego zbioru danych, rozkładu, percentyli, analizy wrażliwości ani uzasadnienia wyboru minimalnego wynagrodzenia jako wskaźnika indeksacji. Jednolity pułap może zatem pozostawać bez związku z rzeczywistym kosztem pozyskania kwalifikowanej pracy. [S2] Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 78 § 1 Kodeksu pracy; art. 3 i załącznik do ustawy z 8 czerwca 2017 r.; § 28 ust. 2 pkt 5 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P2j [P11] [P12] 12. Naruszenie pewności prawa i interesów w toku. Automatyczne wygaśnięcie niezgodnych umów 31 grudnia 2026 r., przy zasadniczym wejściu ustawy w życie po 14 dniach i kilkumiesięcznym okresie dostosowawczym, wymaga szczególnego uzasadnienia na gruncie art. 2 Konstytucji. Projekt nie określa liczby umów podlegających wygaśnięciu, liczby podmiotów, które nie zdążą zawrzeć nowych kontraktów, ani sposobu zabezpieczenia zakontraktowanych świadczeń. Konieczne są przewidywalność, realny czas renegocjacji i ochrona ciągłości leczenia co najmniej 12-18 miesięcy na dostosowanie, obowiązek analizy ciągłości i pierwszeństwo renegocjacji, brak wygaszania do czasu zabezpieczenia obsady kadrowej i bezpieczeństwa pacjentów. [P1] [J5] Podstawa prawna: art. 2 Konstytucji; art. 4 ust. 1 ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych; art. 68b Prawa przedsiębiorców; art. 353^1 i art. 354 Kodeksu cywilnego. [P1] [P13] [P10] [J3] [J5] 13. Nadmierna ingerencja w działalność gospodarczą i swobodę umów. Art. 22 Konstytucji dopuszcza ustawowe ograniczenie działalności gospodarczej ze względu na ważny interes publiczny, a art. 353^1 Kodeksu cywilnego pozwala ograniczać swobodę umów ustawą. Nie zwalnia to ustawodawcy z obowiązku wykazania materialnej konieczności środka. Powiązanie ceny z minimalnym wynagrodzeniem zamiast z kwalifikacjami, odpowiedzialnością, deficytem specjalizacji i rynkiem lokalnym, w połączeniu z zakazem określonych modeli rozliczeń i wygaszeniem kontraktów, stanowi daleko idącą ingerencję w profesjonalne stosunki umowne. [P1][P3] [J1] Podstawa prawna: art. 20, art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 2, art. 8, art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców; art. 353^1 Kodeksu cywilnego. [P1] [P10] [P3j [J1] 14. Konflikt interesów przy zgodzie na dodatkowe zatrudnienie. Uzależnienie pracy w drugim szpitalu od zgody kierownika pierwszej placówki przyznaje podmiotowi zainteresowanemu utrzymaniem personelu i ograniczeniem konkurencji płacowej uprawnienie do blokowania aktywności zawodowej. W regionach z jednym dominującym szpitalem może to prowadzić do monopsonu, czyli dominującej pozycji jednego nabywcy pracy medycznej. Wymogi art. 65 Konstytucji przemawiają za niezależną oceną kolizji grafików i odpoczynku, ustawowymi kryteriami, terminem, uzasadnieniem i środkiem odwoławczym. [P1] Podstawa prawna: art. 31 ust. 3, art. 32 i art. 65 ust. 1 Konstytucji; art. 12 Prawa przedsiębiorców. [P1] [P10] . Ryzyko naruszenia zasady równości. Wspólny limit może odmiennie obciążać specjalności ostrodyżurowe, osoby posiadające rzadkie kwalifikacje, regiony deficytowe i małe placówki.	Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Jednocześnie należy podkreśli, że w zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy przewidują rygory dotyczące wykształcenia lub wykonywania zawodu przez pracownika NFZ który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medyczne. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			Projekt obejmuje ponadto wyłącznie personel medyczny, mimo że koszty świadczeniodawców tworzą również wynagrodzenia kadry zarządczej i administracyjnej, zakupy, outsourcing oraz pozostałe wydatki. Projektodawca nie wykazuje, że oba zróżnicowania pozostają w racjonalnym związku z celem ustawy, czego wymaga art. 32 Konstytucji. [P1] Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 11^2, art. 11^3i art. 18^3c Kodeksu pracy - w odniesieniu do pracowników; art. 3 i załącznik do ustawy z 8 czerwca 2017 r. [P1] [P2j [P11] 16. Niedostateczna ochrona istniejących praw majątkowych. Art. 64 Konstytucji i art 1 Protokołu nr 1 do EKPC chronią istniejące wierzytelności, prawa majątkowe z trwających umów oraz aktywa przedsiębiorstwa. Automatyczne wygaszenie kontraktów powinno wyraźnie zachowywać wynagrodzenie za świadczenia wykonane, rozliczenia za okres wypowiedzenia i ochronę przed skutkiem retroaktywnym. Okres przejściowy musi uwzględniać inwestycje, zobowiązania kredytowe i organizację działalności prowadzonej w zaufaniu do obowiązujących umów. [P1] [J7] Podstawa prawna: art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 64 Konstytucji; art. 353^1, art. 354 i art. 4 71 Kodeksu cywilnego; art. 136 pkt 7 ustawy o świadczeniach; art. 1 Protokołu nr 1 do EKPC. [P1] [P3] [P9] [E7] [J7j 17. Ryzyko pogorszenia równego dostępu do świadczeń. Art. 68 ust. 2 Konstytucji nakazuje zapewnić równy dostęp do świadczeń finansowanych publicznie. Ograniczenie mobilności może poprawić obsadę dużej placówki kosztem poradni powiatowej lub świadczeń realizowanych przez deficytowego specjalistę przez kilka godzin tygodniowo. Największy ciężar poniosą osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i pacjenci bez prywatnej alternatywy. Prawa pacjentów i personelu nie są interesami przeciwstawnymi: dostęp pacjenta zależy od utrzymania podaży pracy medycznej. [P1] [S3] Podstawa prawna: art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 6 ust. 2, art. 7 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 i art. 20 ustawy o świadczeniach. [P1] [P8] [P9] 18. Połączenie bezpieczeństwa czasu pracy z polityką płacową. Art. 24 i 66 Konstytucji oraz dyrektywa 2003/88/WE uzasadniają skuteczne egzekwowanie bezpiecznych warunków pracy i odpoczynku. Wyroki SIMAP i Jaeger dotyczą kwalifikacji dyżuru i czasu pozostawania w miejscu pracy jako czasu pracy, a wyrok CCOO wymaga obiektywnego, niezawodnego i dostępnego systemu ewidencji dobowego czasu pracy. Standardy te przemawiają za łącznym monitorowaniem czasu i odpoczynku niezależnie od nazwy umowy; nie stanowią natomiast uzasadnienia limitu wynagrodzeń, minimalnego 0,5 etatu ani zgody pierwszego szpitala. [P1] [E1] [E2] [E3] [E4] Podstawa prawna: art. 24 i art. 66 Konstytucji; art. 93, art. 95-97 ustawy o działalności leczniczej; art. 131-133 Kodeksu pracy; art. 3, art. 5 i art. 6 dyrektywy 2003/88/WE. [P1j [P4] [P2] [E4] [E1] [E2] [E3] 19. Brak dostatecznego zróżnicowania wynagrodzeń i obciążeń. Art. 78 § 1 Kodeksu pracy wymaga uwzględniania rodzaju pracy, kwalifikacji oraz ilości i jakości pracy. Maksymalny limit nie jest sam w sobie jednolitą stawką, lecz może w praktyce uniemożliwić właściwe odzwierciedlenie szczególnie wysokich kwalifikacji, odpowiedzialności lub deficytu kompetencji. Art. 83 Kodeksu pracy dopuszcza normy pracy, gdy uzasadnia je jej rodzaj, jednak medycyna nie jest powtarzalnym procesem: czas procedury zależy od stanu pacjenta, wielochorobowości, powikłań i dokumentacji. Potrzebne są bezpieczne standardy organizacyjne, a niejedna norma liczby procedur na godzinę. [P2] Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 78 § 1 i art. 83 Kodeksu pracy; art. 3 i załącznik do	

			ustawy z 8 czerwca 2017 r. [P1] [P2] [P11] Niespójność minimalnego wymiaru 0,5 etatu z celem kadrowym. Minimalny wymiar 0,5 etatu może wyeliminować bezpieczne, krótkie zaangażowania konsultantów i ekspertów pracujących w kilku placówkach. Jeżeli łączna podaż godzin spadnie, świadczeniodawcy mogą potrzebować większej liczby osób zatrudnionych cząstkowo, podczas gdy projekt ogranicza właśnie ten model organizacji. Stałość zespołu może sprzyjać ciągłości opieki, ale nie wynika z samego administracyjnego wymiaru etatu; ekspert pracujący 0,2 etatu może być niezbędny dla dostępności określonego świadczenia. Podstawa prawna: art. 31 ust. 3, art. 65 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta. [P1] [P4] [P8] 21. Nieproporcjonalny zakaz wynagrodzenia zależnego od wolumenu. Modele prowizyjne mogą zwiększać ryzyko nadmiernej liczby świadczeń, selekcji przypadków i konfliktu interesów. OSR wskazuje jednak, że przychód świadczeniodawcy nadal zależy od liczby procedur. Całkowity zakaz po stronie wykonawcy nie usuwa więc presji wolumenowej, lecz może oddzielić jego ryzyko od korzyści ekonomicznej podmiotu oraz usunąć legalne bodźce do zwiększania dostępności. Środkiem mniej dolegliwym są audyt zasadności świadczeń i modele mieszane uwzględniające gotowość, jakość, wyniki i uzasadniony wolumen. [S2] Podstawa prawna: art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 353^1 Kodeksu cywilnego; art. 8, art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców; art. 6 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta. [P1] [P3] [P10j [P8] 22. Nadmierny dostęp NFZ do danych sektora prywatnego. Projekt pozwala pozyskiwać od podmiotów nieposiadających umowy z NFZ dokumentację medyczną pacjentów i dokumentację czasu pracy personelu. Art. 47 i 51 Konstytucji, art. 8 EKPC oraz art. 5, 6 i 9 RODO wymagają określonego celu, niezbędności, minimalizacji i zabezpieczeń. Wyroki TK K 8/04, K 39/12 i SK 19/16 wskazują na niedopuszczalność blankietowego dostępu do danych oraz potrzebę ochrony informacji wrażliwych i handlowych. Kontrola powinna rozpoczynać się od danych minimalnych, pseudonimizacji i konkretnego postępowania, nie od pełnej dokumentacji klinicznej. [P1] [J3] [J4] [J1] [E6] Podstawa prawna: art. 47 i art. 51 Konstytucji; art. 40 ustawy o zawodach lekarza; art. 23 ust. 2, art. 24 ust. 1 i art. 26 ust. 3 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta; art. 5, art. 6, art. 9, art. 25 i art. 35 RODO; art. 8 EKPC. [P1] [P7] [P8] [E6j [E7] [J3] [J4] [J1] 23. Niedookreślona odpowiedzialność za wyjaśnienia i zakres kontroli. Składanie wyjaśnień pod rygorem odpowiedzialności karnej może wywoływać efekt mrożący (więzienie od 6 miesięcy do 8 lat!!!). Ustawa powinna precyzyjnie określać osobę zobowiązaną, zakres faktów, treść pouczenia i przesłanki odmowy odpowiedzi narażającej ją lub osobę najbliższą na odpowiedzialność, z poszanowaniem art. 42 Konstytucji, prawa do obrony i zasady nemo se ipsum accusare tenetur (łacińska maksyma prawnicza „Nikt nie jest zobowiązany do oskarżania samego siebie"). Osoby niemedyczne mogą prowadzić kontrolę formalną, lecz ocena zasadności świadczenia, czasu procedury i treści klinicznej powinna należeć do odpowiednio wykwalifikowanych ekspertów. [P1] Podstawa prawna: art. 31 ust. 3 i art. 42 ust. 2 Konstytucji; art. 233 § 6 Kodeksu karnego; art. 83 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego - jako standard prawa odmowy odpowiedzi prowadzącej do samooskarżenia. [P1] [P14] [P15] Pominięcie odpowiedzialności zarządczej. Wskazywana w uzasadnieniu przewaga negocjacyjna personelu nie usuwa odpowiedzialności kierowników podmiotów. Art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej przypisuje kierownikowi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem niebędącym przedsiębiorcą, a w jednostkach sektora finansów publicznych art. 53 ust. 1 i art. 44 ustawy o finansach publicznych regulują odpowiedzialność za gospodarkę finansową i	

			dokonywanie wydatków. Art. 254 dotyczy wykonywania budżetu jednostki samorządu terytorialnego i nie jest uniwersalną podstawą odpowiedzialności każdego szpitala. Skrajne stawki wymagają nadzoru właścicielskiego i restrukturyzacji, nieautomatycznego ograniczenia wszystkich umów. [P4] [P5] [J6] Podstawa prawna: art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 44 ust. 3 i art. 53 ust. 1 ustawy o finansach publicznych. [P4] [P5j [J6] 25. Niedostateczne gwarancje sześciomiesięcznego odstępstwa. Strukturalny niedobór kadr nie ustępuje po sześciu miesiącach. Brak możliwości odnowienia odstępstwa może jedynie odroczyć zamknięcie świadczeń, a wielokrotne odnawianie uzależnia trwałe funkcjonowanie placówki od kolejnych decyzji administracyjnych i podważa realność zasady podstawowej. Projekt nie określa dostatecznie kryteriów, zasad odnowienia, terminu rozstrzygnięcia, skutku braku decyzji, obowiązku publikacji statystyk ani szybkiego trybu odwoławczego. [S1] [S2] Podstawa prawna: art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 68 ust. 2 Konstytucji; przy administracyjnym charakterze zgody także art. 7, art. 8, art. 35, art. 107 i art. 127 Kodeksu postępowania administracyjnego. [P1] [P15] 26. Ryzyko skutków odwrotnych do deklarowanych. Ustalenie stawki poniżej poziomu alternatywnego może skłaniać najbardziej mobilnych i deficytowych specjalistów do ograniczenia godzin w systemie publicznym, przejścia do sektora prywatnego lub emigracji. Skutkiem mogą być ograniczenia świadczeń, wzrost kosztów odstępstw i zastępstw, transport do odległych ośrodków oraz leczenie powikłań opóźnionej opieki planowej. W przypadku stosunku pracy limitowi podlega wynagrodzenie zasadnicze, natomiast nie podlegają mu należności nabywane przez pracownika z innych tytułów wynikających z umowy o pracę (poza wynagrodzeniem zasadniczym) pracownikami mogą przysługiwać dodatkowe składniki wynagrodzenia wynikające z przepisów prawa pracy, układów zbiorowych pracy, regulaminów wynagradzania, dodatków stażowych, nagród jubileuszowych. Także obsada dyżurów stacjonarnych, ale również dyżurów pod telefonem - pozostawanie w gotowości i na wezwanie jest to dodatkowa praca i nie może być możliwości ograniczania zapłaty za tę pracę z powodu limitu wynagrodzenia. Proponujemy, aby w art1 pkt 22 projektu w projektowanym art132 ab po ust.8 dodać ust.8a w brzmieniu: 8a. W przypadku osoby wykonującej zawód medyczny zatrudnionej na podstawie umowy o pracę albo innego aktu, na podstawie którego powstaje stosunek pracy, do limitów wynagrodzenia o których mowa w ust. 7 i 8, wlicza się wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze należne za pracę wykonywaną w ramach wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę albo inną formą zatrudnienia stanowiącą podstawę nawiązania stosunku pracy. Do limitów tych nie wlicza się w szczególności wynagrodzenia ani dodatków należnych z tytułu pełnienia dyżuru medycznego stacjonarnie oraz dyżurów pod telefonem-pozostawanie w gotowości lub na wezwanie (wtedy po przybyciu do szpitala lekarz faktycznie rozpoczyna pracę), pracy w godzinach nadliczbowych, pracy w porze nocnej ,w niedziele i święta, a także innych dodatków i należności przysługujących pracownikowi na podstawie przepisów prawa pracy, układów zbiorowych pracy lub regulaminów wynagradzania. Wynagrodzenie za dodatkowo przepracowane godziny nie jest podwyższeniem stawki zasadniczej, nie jest mechanizmem "spirali płacowej" lecz jest konsekwencją dodatkowej pracy i dyspozycyjności pracownika dla zabezpieczenia ciągłości pracy w szpitalu z powodu braków kadrowych.	
199	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie	Uwagi ogólne	Punkty projektu ustawy, które negatywnie wpłyną na działalność służby zdrowia:	Uwagi niezasadne Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka

	medycyny paliatywnej dla województwa opolskiego		1. Ograniczenie swobody wykonywania zawodu - projekt uzależnia możliwość pracy u kolejnego świadczeniodawcy od zgody podstawowego pracodawcy, co może ograniczyć swobodę wyboru miejsca zatrudnienia. Kto i w jaki sposób ma weryfikować czas zatrudnienia. Pojawia się pracownik, który deklaruje pracę na pół etatu. Skąd pracodawca ma wiedzieć czy dany pracownik nie pracuje jeszcze w 3 szpitalach na pełnym etacie? 2. Ryzyko pogłębienia braków kadrowych - ograniczenie pracy w wielu placówkach może utrudnić obsadę dyżurów i poradni, szczególnie w mniejszych szpitalach. Proponowane przepisy będą służyć zapewnieniu odpowiedniej obsady personelu w szpitalach dyskryminując jednocześnie małe placówki medyczne. Szpitale cały czas stoją na pozycji uprzywilejowanej, proponując pracownikom stawki wynagrodzeń dużo wyższe niż w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (w tym przypadku mowa o hospicjach). Szpitale zadłużają się wiedząc, że zadłużenie to problem powiatu czy województwa. 3. Limity wynagrodzeń wprowadzenie - maksymalnych stawek godzinowych i miesięcznych może utrudnić utrzymanie specjalistów w publicznym systemie. Proponowane przepisy będą miały sens tylko w przypadku normowania pracy personelu w kilku szpitalach, ponieważ to szpitale przelicytowują wynagrodzenia, aby pozyskać wykwalifikowany personel. Małe, „niszowe" placówki medyczne raczej wynagradzają pracowników zgodnie z ustawą i w wysokości minimalnej wymaganej stawki. 4. Większa biurokracja - nowe obowiązki obejmują liczne oświadczenia, raportowanie czasu pracy i wynagrodzeń oraz ich aktualizację. 5. Rozszerzenie kompetencji NFZ - projekt znacząco zwiększa uprawnienia kontrolne NFZ wobec świadczeniodawców. Jaki jest sens zatrudniania pracowników medycznych do kontrolowania podmiotów medycznych to zabieranie z rynku wykwalifikowanych pracowników medycznych. Raczej powinni to być pracownicy finansowi, administracyjni. Przecież pracownicy medyczni nie rozliczają świadczeń. Wykonuje to administracja i raczej pracownicy z takim doświadczeniem powinni kontrolować. Pracownik medyczny może co najwyżej weryfikować jakość i poprawność wykonania świadczeń medycznych w podmiotach czy są zgodne z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych zawartymi w rozp. MZ. Karanie podmiotów, że dyrekcja placówki zatrudnia kilku pracowników, na mniej niż pół etatu, a którzy realizują swoje zadania zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Pacjentów to kolejny absurd. Np. lekarze hospicjum domowego. Mają kilku pacjentów, co odpowiada np. ¼ etatu. Pracują dodatkowo w szpitalach/przychodniach. Zmuszenie ich do umowy minimum na pół etatu spowoduje ich rezygnację z takich małych placówek. 6. Krótki okres dostosowawczy – dotychczasowe umowy niespełniające nowych wymogów mają wygasnąć z końcem 2026 r., co wymaga szybkiej reorganizacji. Tempo wprowadzania tych przepisów jest zbyt szybkie. Co najmniej rok powinien być okres przejściowy. W tym czasie należałoby poszukać i zatrudnić kontrolerów NFZ. Automatyczne zamknięcie umów, które do 31.12.2026 nie zostaną zwiększone do 0,5 etatu spowoduje z dnia na dzień zaprzestanie świadczeń przez małe podmioty. Od 01.01.2027r – wszystkie małe podmioty trzeba będzie zamknąć 7. Możliwe ograniczenie dostępności świadczeń - jeżeli część personelu ograniczy pracę w publicznym systemie, może dojść do wydłużenia kolejek.	jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym. Wprowadzenie limitów wysokości zarobków z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na możliwość sfinansowania większej liczby świadczeń przez płatnika, a wic na poprawę dostępu do tych świadczeń. Istnieje zapotrzebowanie społeczne na zwiększenie liczby i efektywności kontroli ze strony NFZ. Cel ten można osiągnąć jedynie pozyskując nowe zasoby kadrowe do NFZ. Jest to istotne również biorąc pod uwagę poszerzenie zakresu przedmiotowego kontroli. Szeroki zakres kontroli będzie wymagał pozyskania również pracowników z wykształceniem medycznym, a „odpływowi" pracowników medycznych z rynku ma zapobiec uelastycznienie regulacji w zakresie możliwości podejmowania dodatkowej pracy przez osoby zatrudnione/współpracujące z NFZ. Dotychczasowa praktyka kontrolna Funduszu uzasadnia wniosek o dowolności i swobodzie w zakresie kształtowania treści który mają charakter źródła dowodowego jakim są wyjaśnienia, co przyczynia się do obniżenia ich wiarygodności. Projektowany przepis art. 61o ust. 4 realizuje postulat zwiększenia wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej oraz zwiększa gwarancję

			8. Odpowiedzialność karna - oświadczenia składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej, co zwiększa ryzyko prawne przy błędach formalnych. 9. Centralizacja decyzji - więcej kompetencji otrzymują Prezes NFZ i Minister Zdrowia, co może ograniczać autonomię podmiotów leczniczych. Zasadne wydaje się również nadanie uprawnień Prezesowi AOTMiT do zgłaszania ponadnormatywnych wynagrodzeń pracowników medycznych. Przecież Agencja zbiera informacje o wynagrodzeniach nawet kilka razy w roku. 10. Ryzyko odpływu specjalistów - mniej atrakcyjne warunki w systemie publicznym mogą skłaniać część specjalistów do pracy wyłącznie w sektorze prywatnym. 11. Odgórne wprowadzanie minimalnej wysokości etatu dla personelu medycznego spowoduje odpływ personelu z małych jednostek, w których pracownicy medyczni mają cząstki etatu, nie rezygnując jednak z pracy w głównych podmiotach. Uwaga - Proponowane zmiany owszem zapewnią większe bezpieczeństwo i dostępność personelu, ale tylko w szpitalach, jednocześnie ograniczając ciągłość działania małych placówek i w konsekwencji ich zamykanie. 12. określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń - Kolejny absurd w przypadku medycyny paliatywnej i hospicjum domowego. O ile poradnia opieki paliatywnej powinna mieć wskazane godziny przyjmowania o tyle wizyty w domach pacjentów już nie powinny mieć żadnego harmonogramu i wskazywanych godzin, bo jest to opieka całodobowa. Aktualne przepisy są wystarczające, aby jednak nie było nadużyć potrzebna jest kontrola czy wymagane dwie wizyty lekarskie w miesiącu są rzeczywiście realizowane.	rzetelności i kompletności przekazywanych informacji. Projektowane rozwiązanie nie stanowi nowej konstrukcji prawnej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa posługuje się już mechanizmem składania oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej, o którym mowa w art. 233 § 6 Kodeksu karnego. Przykładem jest art. 61s ust. 8a ustawy, przewidujący obowiązek złożenia oświadczenia zawierającego klauzulę o świadomości odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Wprowadzenie analogicznego rozwiązania na potrzeby postępowania kontrolnego zapewnia spójność wewnętrzną ustawy oraz jednolitość stosowanych w niej instrumentów.
200	Konsultant ds. medycyny paliatywnej w województwie Podkarpackim	Art. 132aa. 1.	„Art. 132aa. 1. Osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, może być zatrudniona przez świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jedynie w przypadku, gdy jej łączny wymiar czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnika, u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców nie przekroczy równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu.” pracy. Proponowana zmiana do artykułu Proponuję, aby łączny wymiar czasu pracy dla personelu pracującego w ramach świadczeń z zakresu hospicjum domowe wynosił 2,5 krotności pełnego wymiaru czasu. Uzasadnienie: Modyfikacja tego zapisu spowoduje, że większa liczba pacjentów będzie mogła być objęta opieką w domach, co istotnie odciąży takie podmioty jak szpitale, czy stacjonarne formy opieki paliatywno-hospicyjnej. Świadczenia w opiece hospicyjnej domowej są znacznie tańsze niż świadczenia stacjonarne oraz bardziej przyjazne pacjentom. Personel medyczny zatrudniony w domowej opiece paliatywno-hospicyjnej wykonuje pracę często w niestandardowym czasie – także w weekendy, święta, w późnych godzinach wieczornych, także możliwym jest, aby personel medyczny realizowała 2,5 krotności pełnego wymiaru czasu pracy.	Uwaga niezasadna Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów.
201	DOM Medica Sp. z o.o.	Uwagi ogólne	Postulujemy w szczególności: 1. objęcie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania wybranych projektowanych regulacji do czasu	Uwaga częściowo uwzględniona W art. 4 wprowadzono 12 miesięczny okres przejściowy na dostosowanie umów.

			dostosowania modelu organizacji i realizacji tych świadczeń do nowych wymogów ustawowych; 2. objęcie świadczeń z zakresu żywienia dojelitowego analogicznym okresem przejściowym albo czasowym wyłączeniem stosowania wybranych projektowanych regulacji do czasu rozszerzenia katalogu lekarzy uprawnionych do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania leczenia żywieniowego oraz dostosowania przepisów wykonawczych regulujących warunki realizacji tych świadczeń; 3. dostosowanie projektowanych regulacji dotyczących organizacji zatrudnienia, limitów wynagrodzenia oraz sposobu dokumentowania czasu udzielania świadczeń do specyfiki świadczeń realizowanych w warunkach domowych, w szczególności świadczeń rozliczanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w formule osobodnia opieki nad pacjentem; 4. zmianę projektowanego art. 132aa ust. 10 poprzez zastąpienie obowiązku określania szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń obowiązkiem wskazania łącznego lub maksymalnego wymiaru godzin świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz dopuszczenie prowadzenia harmonogramów średniotygodniowych na potrzeby monitorowania i kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla świadczeń wentylacji mechanicznej i żywienia dojelitowego; 5. doprecyzowanie projektowanych przepisów dotyczących ograniczeń zatrudnienia, w szczególności poprzez wprowadzenie obowiązku przedstawienia propozycji zwiększenia wymiaru zatrudnienia w przypadku odmowy zgody na podjęcie dodatkowego zatrudnienia z powodu potrzeb kadrowych oraz doprecyzowanie zasad udzielania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zgody na odstąpienie od limitów zatrudnienia, w tym możliwości jej przedłużania oraz jednoznacznego objęcia nią świadczeń realizowanych w warunkach domowych; 6. zapewnienie odpowiednio długiego okresu dostosowawczego umożliwiającego świadczeniodawcom bezpieczne wdrożenie nowych regulacji bez ryzyka zakłócenia ciągłości realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	Wprowadzono obowiązek przestawiania propozycji zwiększenia wymiaru czasu pracy w podmiocie, do którego medyk wystąpił o zgodę na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy.
202	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej woj. warmińsko-mazurskiego	Uwagi ogólne	Jednym z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej i istotnym źródłem dysfunkcji tego systemu są ograniczone zasoby kadrowe. Zgodnie z najnowszym raportem Komisji Europejskiej „State of Health in the EU – Poland – Country Health Profile 2025” Rzeczypospolita Polska znajduje się w grupie państw członkowskich Unii Europejskiej o najniższym wskaźniku liczby lekarzy (6 miejsce od końca) i pielęgniarek (4 miejsce od końca) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Taki stan rzeczy prowadzi do patologicznych zjawisk, mających swoje źródło w dysproporcji pozycji negocjacyjnej osób wykonujących zawody medyczne, zwanych dalej „pracownikami medycznymi”, (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek) oraz podmiotów leczniczych, na niekorzyść tych ostatnich. Powszechną cechą polskiego systemu opieki zdrowotnej stało się zjawisko zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawisko wzajemnego przelicytowywania się świadczeniodawców w poszukiwaniu brakujących kadr medycznych. Prowadzi to nie tylko do niekontrolowanego wzrostu wysokości stawek oferowanych pracownikom medycznym (w tym przede wszystkim lekarzom z poszukiwanymi specjalizacjami zatrudnianym na podstawie umów cywilnoprawnych, niejednokrotnie u wielu świadczeniodawców jednocześnie, w niewielkim wymiarze czasu pracy), ale jednocześnie pociąga za sobą także negatywne konsekwencje z punktu widzenia zapewniania ciągłości opieki nad pacjentem oraz jego bezpieczeństwa. Powyższa sytuacja wymaga pilnej interwencji ustawodawcy, zmierzającej do uregulowania zasad	Uwaga niezasadna Wymóg ½ wymiary czasu pracy nie dotyczy opieki paliatywnej.

			zatrudniania pracowników medycznych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, w celu ograniczenia dalszej inflacji kosztów tych świadczeń, jako pochodnej niekontrolowanego wzrostu wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych, jak również w celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Sprawny i skuteczny system kontroli NFZ stanowi jeden z podstawowych instrumentów zapewnienia prawidłowego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę skalę środków pozostających w dyspozycji NFZ oraz liczbę podmiotów realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, istnieje potrzeba dalszego wzmacniania kompetencji kontrolnych NFZ, zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i kadrowym. Obowiązujące przepisy nie przewidują możliwości inicjowania przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja) prac nad ustaleniem lub weryfikacją taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji, nawet w sytuacjach, gdy posiadane przez Agencję informacje wskazują na istotne niedoszacowanie albo przeszacowanie kosztów świadczenia. Powoduje to ryzyko utrzymywania przez dłuższy czas taryf, które nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie obowiązujący zakres raportu taryfikacyjnego obejmuje elementy, które nie zawsze mają bezpośredni wpływ na ustalenie wysokości taryfy, co prowadzi do powielania analiz wykonywanych wcześniej na etapie kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych oraz wydłuża proces taryfikacji. Kolejnym problemem jest brak ustawowych narzędzi umożliwiających weryfikację prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Pomimo wieloletniego obowiązywania standardu rachunku kosztów i działań edukacyjnych prowadzonych przez Agencję nadal występują istotne różnice w sposobie jego stosowania przez podmioty lecznicze, co ogranicza porównywalność i wiarygodność danych kosztowych wykorzystywanych w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej. Celem niniejszego projektu jest także uregulowanie podwykonawstwa w sferze działalności leczniczej oraz wyeliminowanie przypadków nierównego traktowania pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Istota rozwiązań planowanych w projekcie, w tym proponowane środki realizacji: Regulacje dotyczące zasad zatrudniania pracowników medycznych Projekt przewiduje wprowadzenie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) szeregu regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach stosunku pracy jak i na podstawie umów cywilnoprawnych: 1) maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy/ równoważnika czasu pracy; 2) co do zasady pracownik medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”, w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, będzie musiał być zatrudniony przez tego świadczeniodawcę co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika;	

			Może skutkować zamykaniem jednostek opieki paliatywnej, pracownicy są często zatrudnieni w mniejszym wymiarze czasu pracy niż pół etatu, zwłaszcza w jednostkach powiatowych z małym kontraktem 3) zatrudnienie takiego pracownika medycznego przez innego świadczeniodawcę, mającego zawartą umowę z NFZ na zakres leczenia szpitalnego, w celu udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub AOS (w poradni przyszpitalnej) będzie możliwe również tylko w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy albo równoważnika oraz będzie obwarowane wymogiem uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy; Powyższy wymóg jest nierealny. Będzie skutkował zamykaniem jednostek opieki paliatywnej, pracownicy są zatrudnieni w mniejszym wymiarze czasu pracy niż pół etatu, (często jest to praca dodatkowa) , zwłaszcza w jednostkach, które maja małe kontrakty i pracownicy są zatrudniani na 1/3; ¼ etatu. 4) wprowadzony zostanie bezwzględny wymóg, iż pracownik medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ (w jakimkolwiek zakresie świadczeń opieki zdrowotnej) będzie musiał być związany odpowiednią umową bezpośrednio ze świadczeniodawcą, u którego udziela takich świadczeń zdrowotnych (wyeliminowanie zawierania takich umów przez podmioty trzecie – spółdzielnie, spółki itp.); 5) w drodze wyjątku ograniczenia wskazane w pkt 1–3 nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego; 6) w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie NFZ będzie mógł wyrazić zgodę na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w pkt 1-4, w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie, udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych albo potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego; 7) wprowadzone zostaną wymogi dotyczące minimalnej zawartości umów, na podstawie których są zatrudniane osoby udzielające świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ – wszystkie takie umowy będą obligatoryjnie zawierać określenie: a) rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, b) stawki godzinowej wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań, c) natomiast w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie ponadto także określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; 8) za naruszenie powyższych ograniczeń przewidziana będzie sankcja w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego; 9) projektowane przepisy będą zawierać regulację przejściową, na mocy której umowy z pracownikami medycznymi niespełniające powyższych wymagań wygasną z mocy prawa, z dniem 31 grudnia 2026 r. Obawiam się, że wprowadzanie zmian na tak dużą skalę w końcu roku, jest nierealne do wykonania.	
203	Konsultant woj. w dziedzinie medycyny paliatywnej	Uwagi ogólne	Analizując projekt ustawy dotyczącej zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poniżej przedstawiam swoje uwagi w zakresie medycyny paliatywnej. Główne zastrzeżenia dotyczą ograniczenia czasu pracy i zatrudnienia personelu (m.in. wymogu pracy na min. połowę etatu u jednego pracodawcy oraz zgody na pracę gdzie indziej), limitów wynagrodzeń oraz braku rzetelnych analiz skutków dla pacjentów.	Uwaga niezasadna j.w.

			Główne obawy dotyczą m.in.: 1) Ograniczenie czasu pracy: Wprowadzenie limitów etatów i wymogów kadrowych uderza w elastyczność zatrudnienia zarówno w hospicjach stacjonarnych, domowych jak i oddziałach medycyny paliatywnej, gdzie wielokrotnie jest to dodatkowe źródło zatrudnienia (poniżej ½ etatu) wynikające z braku specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz znacznego obciążenia psychicznego. Medycyna paliatywna generuje najwyższy poziom obciążeń psychofizycznych wśród wszystkich specjalizacji medycznych, wywołany stałym kontaktem z nieuchronną śmiercią pacjentów. Personel hospicjów i oddziałów paliatywnych zmaga się z unikalnym splotem stresorów emocjonalnych, etycznych oraz fizycznych. 2) Spadek dostępności opieki: Wymóg m.in. pół etatu w jednym miejscu i zgody na inne umowy sprawi, że lekarze przestaną dojeżdżać do mniejszych, lokalnych jednostek medycyny paliatywnej w tym opieki domowej. 3) Sztywne limity zarobków: Odgórne maksymalne stawki godzinowe i miesięczne dla osób zatrudnionych w opiece medycznej wykonujących wolny zawód uważam za ograniczające wolność i swobdę zatrudnienia, co nie dotyczy innych wolnych zawodów w naszym kraju. 4) Inwigilacja personelu: Nowe przepisy pozwalają na zbieranie danych o zarobkach, stawkach godzinowych i wymiarze czasu pracy przypisanych do konkretnego numeru Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) lub PESEL-u. Uważam to za naruszenie prywatności, ponieważ system zbiera te informacje bez wiedzy i zgody lekarzy. 5) Kryzys w regionach: Przymus ograniczania miejsc pracy medyków i limity etatowe uderzą w mniejsze szpitale powiatowe oraz hospicja, które opierają się na lekarzach dojeżdżających z dużych aglomeracji. Chyba, że właśnie o to chodzi ustawodawcy żeby zamknąć szpitale powiatowe ?! 6) Ignorowanie realiów rynkowych: Sztywne ograniczenia wynagrodzeń nie naprawią publicznej ochrony zdrowia, dopóki wycena procedur medycznych przez NFZ pozostanie na obecnych zasadach. Niedoszacowane procedury zachowawcze (m.in. medycyna paliatywna) względem przeszacowanych procedur zabiegowych, które generują koszty dla NFZ i chęć zysku dla szpitali.	
204	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego	Uwagi ogólne	Projektowane regulacje zostały oparte na założeniu, że świadczenia zdrowotne wykonywane są w stałym miejscu i czasie oraz mogą zostać przypisane do określonej liczby godzin pracy personelu medycznego. Założenie to nie odpowiada specyfice świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych, które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w formule osobodnia opieki nad pacjentem i obejmują zapewnienie ciągłości procesu terapeutycznego przez cały okres objęcia pacjenta opieką. Niezależnie od uwag odnoszących się bezpośrednio do projektowanych przepisów ustawy, Organizacja zwraca uwagę na konieczność równoległego dostosowania przepisów wykonawczych regulujących warunki realizacji świadczeń leczenia żywieniowego. Bez takich zmian wdrożenie projektowanych rozwiązań może prowadzić do pogłębienia istniejących problemów kadrowych oraz ograniczenia dostępności świadczeń. Poniżej przedstawiono szczegółowe uwagi do projektu ustawy oraz propozycje zmian, które w ocenie Organizacji pozwolą osiągnąć cele projektowanej regulacji przy jednoczesnym zachowaniu ciągłości i dostępności świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych. I. Maksymalna stawka godzinowa oraz limit wynagrodzenia personelu medycznego realizującego świadczenia leczenia żywieniowego Uwaga do projektowanego art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu)	Uwagi niezasadne Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego dostrzega potrzebę wprowadzenia rozwiązań zmierzających do ograniczenia nieproporcjonalnego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego oraz zapewnienia większej stabilności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie w ocenie Organizacji projektowane rozwiązania nie uwzględniają specyfiki świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych oraz szczególnych uwarunkowań organizacyjnych związanych z ich wykonywaniem. Projekt przewiduje wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego osób wykonujących zawody medyczne oraz maksymalnego miesięcznego limitu wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Projektowane limity mają charakter jednolity i nie uwzględniają rodzaju realizowanych świadczeń, sposobu ich organizacji ani dostępności personelu posiadającego szczególne kwalifikacje i doświadczenie. Leczenie żywieniowe realizowane w warunkach domowych w istotny sposób różni się od świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. Personel medyczny wykonuje świadczenia w miejscu pobytu pacjenta, zapewnia ciągłość procesu terapeutycznego oraz pozostaje w gotowości do podejmowania interwencji wynikających ze zmieniającego się stanu zdrowia pacjentów. Realizacja świadczeń obejmuje nie tylko wizyty domowe, lecz również kwalifikację pacjentów do leczenia, monitorowanie przebiegu terapii, analizę dokumentacji medycznej i wyników badań, konsultacje z pacjentami i ich opiekunami oraz koordynację całego procesu leczenia. Charakter tych świadczeń wiąże się ponadto z koniecznością przemieszczania się pomiędzy miejscami udzielania świadczeń, ponoszenia kosztów transportu oraz wykonywania licznych czynności poza bezpośrednim kontaktem z pacjentem. Projektowana regulacja nie uwzględnia również zróżnicowanego stopnia dostępności personelu medycznego. Leczenie żywieniowe należy do obszarów wymagających szczególnych kwalifikacji i doświadczenia, a dostępność lekarzy oraz pozostałego personelu posiadającego kompetencje do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania leczenia już obecnie pozostaje ograniczona. Zastosowanie jednakowych limitów wynagrodzenia dla wszystkich rodzajów świadczeń może prowadzić do odpływu personelu z obszarów wymagających większego zaangażowania organizacyjnego, mobilności oraz wysokospecjalistycznych kompetencji do świadczeń, które przy porównywalnym poziomie wynagrodzenia wiążą się z mniejszym nakładem pracy i odpowiedzialności. W konsekwencji projektowane rozwiązania mogą pogłębić istniejące problemy kadrowe oraz ograniczyć dostępność leczenia żywieniowego realizowanego w warunkach domowych. Argument ten odpowiada obawom Organizacji dotyczącym ujednolicenia limitów wynagrodzeń bez uwzględnienia specyfiki leczenia żywieniowego. W ocenie Organizacji projektowane rozwiązania powinny zostać uzupełnione o szczególne regulacje dotyczące świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych. Do czasu dostosowania przepisów wykonawczych regulujących kwalifikacje personelu medycznego oraz rozszerzenia katalogu lekarzy uprawnionych do prowadzenia leczenia żywieniowego zasadne jest objęcie tych świadczeń odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanej maksymalnej stawki godzinowej oraz limitu wynagrodzenia. Jednocześnie postulujemy ponowne przeanalizowanie projektowanych limitów z uwzględnieniem specyfiki organizacji leczenia żywieniowego, rzeczywistych kosztów realizacji tych świadczeń oraz wpływu projektowanych regulacji na dostępność wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. II. Ograniczenia dotyczące zatrudnienia personelu medycznego realizującego świadczenia leczenia żywieniowego	

			Uwaga do projektowanego art. 132aa ust. 1–8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych ograniczeń dotyczących zatrudniania osób wykonujących zawody medyczne, obejmujących w szczególności limit łącznego wymiaru zatrudnienia u świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązek uzyskania zgody podstawowego świadczeniodawcy na podjęcie dodatkowego zatrudnienia oraz możliwość czasowego odstąpienia od tych ograniczeń w przypadku braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie. W ocenie Organizacji projektowane rozwiązania nie uwzględniają specyfiki organizacji świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych. Świadczenia te wymagają udziału lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego posiadającego szczególne kwalifikacje i doświadczenie w kwalifikowaniu pacjentów do leczenia, prowadzeniu terapii oraz monitorowaniu jej przebiegu. Dostępność takiego personelu już obecnie stanowi jedno z podstawowych wyzwań organizacyjnych dla świadczeniodawców realizujących leczenie żywieniowe. Niedobory kadrowe mają charakter trwały i wynikają nie tylko z ograniczonej liczby specjalistów, ale również z obowiązujących wymagań kwalifikacyjnych określonych w przepisach wykonawczych. W praktyce lekarze oraz pozostali członkowie zespołów leczenia żywieniowego bardzo często wykonują świadczenia równolegle na rzecz kilku świadczeniodawców. Wynika to nie z przyjętego modelu organizacji pracy, lecz z ograniczonej liczby osób posiadających wymagane kompetencje oraz konieczności zapewnienia dostępności świadczeń na obszarach obejmujących nierzadko kilka powiatów lub województw. Wprowadzenie projektowanych ograniczeń może utrudnić świadczeniodawcom zapewnienie personelu medycznego w liczbie niezbędnej do realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz prowadzić do ograniczenia dostępności leczenia żywieniowego. Organizacja pozytywnie ocenia rozwiązanie przewidujące możliwość odmowy wyrażenia zgody na podjęcie dodatkowego zatrudnienia wyłącznie w przypadku występowania uzasadnionych niezaspokojonych potrzeb kadrowych świadczeniodawcy. Jednocześnie postulujemy uzupełnienie projektowanego art. 132aa ust. 6 poprzez zobowiązanie świadczeniodawcy odmawiającego zgody do przedstawienia osobie wykonującej zawód medyczny propozycji zwiększenia wymiaru zatrudnienia w swoim podmiocie. Rozwiązanie takie zapewni, że odmowa będzie pozostawała w bezpośrednim związku z rzeczywistą potrzebą zabezpieczenia realizacji świadczeń, a jednocześnie pozwoli zachować równowagę pomiędzy uzasadnionym interesem świadczeniodawcy a prawem osoby wykonującej zawód medyczny do podejmowania dodatkowego zatrudnienia i rozwoju zawodowego. Zasadne jest również doprecyzowanie projektowanego art. 132aa ust. 8 poprzez jednoznaczne wskazanie, że możliwość czasowego odstąpienia od limitów zatrudnienia obejmuje również świadczenia leczenia żywieniowego realizowane w warunkach domowych oraz sytuacje, w których ograniczona jest dostępność personelu posiadającego szczególne doświadczenie i kompetencje w zakresie leczenia żywieniowego. Jednocześnie postulujemy doprecyzowanie pojęcia „braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie” poprzez jednoznaczne wskazanie, że obejmuje ono również brak osób posiadających szczególne kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do realizacji określonego rodzaju świadczeń. Ponadto, z uwagi na strukturalny charakter niedoborów kadrowych w leczeniu żywieniowym, sześciomiesięczny okres obowiązywania zgody może okazać się niewystarczający. W związku z tym postulujemy umożliwienie przedłużenia udzielonej zgody lub jej ponownego udzielenia na kolejne okresy, określenie terminu rozpatrzenia	

			wniosku przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jasnych kryteriów oceny dostępności personelu oraz zasad obowiązujących do czasu wydania rozstrzygnięcia. W ocenie Organizacji projektowane rozwiązania powinny zostać uzupełnione o szczególne regulacje uwzględniające specyfikę świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych. Do czasu dostosowania przepisów wykonawczych regulujących kwalifikacje personelu medycznego oraz zwiększenia dostępności lekarzy uprawnionych do prowadzenia leczenia żywieniowego zasadne jest objęcie tych świadczeń odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanych ograniczeń dotyczących zatrudnienia. III. Organizacja świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w formule osobodnia opieki nad pacjentem oraz harmonogramy udzielania świadczeń Uwaga do projektowanego art. 132aa ust. 1–10 oraz art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu) Projektowane rozwiązania dotyczące limitów zatrudnienia, obowiązku określania szczegółowych harmonogramów udzielania świadczeń oraz limitów wynagrodzenia zostały oparte na modelu organizacji świadczeń, w którym możliwe jest precyzyjne przypisanie czasu pracy personelu medycznego do określonych godzin wykonywania świadczeń. Założenie to nie odpowiada specyfice świadczeń leczenia żywieniowego realizowanych w warunkach domowych. Świadczenia te są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w formule osobodnia opieki nad pacjentem, której istotą jest zapewnienie kompleksowej i ciągłej opieki przez cały okres objęcia pacjenta leczeniem, a nie wykonywanie pojedynczych świadczeń w ściśle określonych ramach czasowych. Odpowiedzialność świadczeniodawcy obejmuje zapewnienie prawidłowego przebiegu całego procesu terapeutycznego, w tym gotowości do podejmowania interwencji wynikających z aktualnego stanu zdrowia pacjenta. W ramach realizacji świadczeń personel medyczny wykonuje nie tylko wizyty domowe, lecz również szereg czynności pozostających poza bezpośrednim kontaktem z pacjentem, obejmujących kwalifikowanie pacjentów do leczenia, analizę dokumentacji medycznej i wyników badań, monitorowanie przebiegu terapii, konsultacje z pacjentami i ich opiekunami, współpracę z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, organizację dostaw preparatów żywieniowych i wyrobów medycznych oraz podejmowanie działań wynikających z nagłej zmiany stanu zdrowia pacjenta. Znaczna część tych czynności wykonywana jest poza miejscem pobytu pacjenta, jednak stanowi integralny element świadczenia finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Projektowany art. 132aa ust. 10 przewiduje obowiązek określania w umowach cywilnoprawnych liczby oraz harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne. Tymczasem model organizacji leczenia żywieniowego zakłada bieżące dostosowywanie przebiegu pracy personelu do aktualnych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Czas trwania wizyt oraz kolejność ich realizacji uzależnione są od wielu okoliczności niemożliwych do przewidzenia z odpowiednim wyprzedzeniem, w szczególności pogorszenia stanu zdrowia pacjentów, konieczności wykonania dodatkowych czynności medycznych, hospitalizacji, czasowej nieobecności pacjentów, awarii sprzętu medycznego, przyjęcia nowych pacjentów do opieki, zastępstw za nieobecny personel oraz czasu niezbędnego na przemieszczanie się pomiędzy miejscami udzielania świadczeń. W praktyce oznacza to, że nawet prawidłowo przygotowany harmonogram wymaga częstych zmian w toku realizacji świadczeń. Zjawisko to stanowi naturalny element organizacji leczenia żywieniowego realizowanego w warunkach domowych i nie wynika z nieprawidłowej organizacji pracy świadczeniodawcy. Jednocześnie obowiązujące obecnie warunki realizacji świadczeń wymagają prowadzenia szczegółowych harmonogramów personelu medycznego na potrzeby rozliczeń z	

			Narodowym Funduszem Zdrowia. Wprowadzenie dodatkowego obowiązku określania szczegółowych godzin udzielania świadczeń w umowach z personelem medycznym prowadziłoby do konieczności ich ciągłego aneksowania, mimo że rzeczywisty zakres obowiązków i wymiar zaangażowania personelu pozostają niezmienne. W konsekwencji rzeczywisty nakład pracy personelu medycznego nie może zostać w sposób rzetelny odwzorowany poprzez przypisanie go do konkretnych godzin udzielania świadczeń. Rozwiązania projektowane z myślą o świadczeniach realizowanych w warunkach stacjonarnych nie przystają do modelu organizacyjnego leczenia żywieniowego realizowanego w formule osobodnia opieki nad pacjentem, a ich wdrożenie może prowadzić do powstania nieuzasadnionych obciążeń administracyjnych bez rzeczywistego wpływu na poprawę organizacji udzielania świadczeń. W ocenie Organizacji świadczenia leczenia żywieniowego realizowane w formule osobodnia opieki nad pacjentem powinny zostać objęte szczególnymi rozwiązaniami uwzględniającymi ich odmienny model organizacji. Do czasu dostosowania przepisów wykonawczych regulujących kwalifikacje personelu medycznego oraz zwiększenia dostępności lekarzy uprawnionych do prowadzenia leczenia żywieniowego zasadne jest objęcie tych świadczeń odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanych regulacji. Niezależnie od powyższego postulujemy zmianę projektowanego art. 132aa ust. 10 poprzez zastąpienie obowiązku określania w umowach szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń obowiązkiem wskazania łącznego wymiaru albo maksymalnej liczby godzin udzielania świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz ogólnych ram ich realizacji. Jednocześnie zasadne jest umożliwienie świadczeniodawcom prowadzenia harmonogramów średniotygodniowych zamiast szczegółowych harmonogramów godzinowych. Rozwiązanie takie zapewni Narodowemu Funduszowi Zdrowia możliwość monitorowania realizacji świadczeń i prowadzenia czynności kontrolnych, a jednocześnie będzie odpowiadało rzeczywistemu modelowi organizacji leczenia żywieniowego realizowanego w warunkach domowych. IV. Konieczność dostosowania przepisów wykonawczych dotyczących kwalifikacji personelu realizującego leczenie żywieniowe Uwaga pozostająca w funkcjonalnym związku z projektowanymi zmianami dotyczącymi zatrudnienia personelu medycznego Projektowane przepisy wprowadzają istotne ograniczenia dotyczące zatrudniania personelu medycznego przez świadczeniodawców realizujących świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Organizacji skuteczne osiągnięcie celów projektowanej regulacji wymaga jednak równoczesnego dostosowania przepisów wykonawczych określających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia żywieniowego. Bez wprowadzenia takich zmian projektowane ograniczenia mogą prowadzić do pogłębienia istniejących problemów kadrowych oraz ograniczenia dostępności świadczeń. Obowiązujące obecnie wymagania dotyczące kwalifikacji personelu medycznego powodują, że katalog lekarzy uprawnionych do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania leczenia żywieniowego pozostaje ograniczony. Już obecnie przekłada się to na trudności z zapewnieniem odpowiedniej liczby lekarzy realizujących świadczenia leczenia żywieniowego. Wprowadzenie projektowanych ograniczeń dotyczących zatrudnienia, przy jednoczesnym pozostawieniu niezmienionych wymagań kwalifikacyjnych, może dodatkowo pogłębić istniejące niedobory kadrowe oraz utrudnić zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentami. W ocenie Organizacji zasadne jest dokonanie zmian w przepisach wykonawczych regulujących warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w	

			sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez rozszerzenie katalogu lekarzy uprawnionych do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania leczenia żywieniowego. W szczególności postulujemy rozszerzenie katalogu lekarzy uprawnionych do realizacji tych świadczeń o lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinach odpowiadających specyfice leczenia żywieniowego, w tym w szczególności w dziedzinie chorób wewnętrznych, nefrologii, kardiologii oraz onkologii klinicznej, radioterapii, neurologii i medycyny paliatywnej. Alternatywnie, zasadne jest dopuszczenie do realizacji tych świadczeń lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach, którzy ukończyli certyfikowane szkolenie z zakresu leczenia żywieniowego oraz posiadają odpowiednie kompetencje do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania terapii żywieniowej. Warunkiem uzyskania takich uprawnień, niezależnie od przyjętego rozwiązania, powinno być ukończenie certyfikowanego szkolenia z zakresu leczenia żywieniowego oraz posiadanie kompetencji niezbędnych do kwalifikowania pacjentów, prowadzenia i monitorowania leczenia żywieniowego. W ocenie Organizacji wejście w życie projektowanych ograniczeń dotyczących zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego powinno zostać skorelowane z równoczesnym dostosowaniem przepisów wykonawczych regulujących kwalifikacje personelu realizującego leczenie żywieniowe. Do czasu wprowadzenia tych zmian zasadne jest objęcie świadczeń leczenia żywieniowego odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanych regulacji. W przeciwnym razie świadczeniodawcy będą zobowiązani do stosowania nowych ograniczeń przy jednoczesnym braku realnej możliwości pozyskania personelu spełniającego obowiązujące wymagania kwalifikacyjne, co może prowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń oraz utrudnić realizację umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mając na uwadze przedstawione argumenty, Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego zwraca się z prośbą o ponowne przeanalizowanie projektowanych rozwiązań w zakresie ich wpływu na organizację i realizację świadczeń leczenia żywieniowego finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z powyższym Organizacja postuluje w szczególności: 1. objęcie świadczeń leczenia żywieniowego odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanych regulacji dotyczących zatrudniania oraz wynagradzania personelu medycznego do czasu dostosowania modelu organizacji tych świadczeń oraz przepisów wykonawczych regulujących kwalifikacje personelu; 2. ponowne przeanalizowanie projektowanych limitów wynagrodzenia z uwzględnieniem specyfiki organizacji leczenia żywieniowego realizowanego w warunkach domowych, w tym mobilnego charakteru pracy personelu medycznego, gotowości do udzielania świadczeń oraz rzeczywistych kosztów ich realizacji; 3. doprecyzowanie projektowanych przepisów dotyczących organizacji zatrudnienia personelu medycznego, w szczególności poprzez zobowiązanie świadczeniodawcy odmawiającego zgody na dodatkowe zatrudnienie do przedstawienia propozycji zwiększenia wymiaru zatrudnienia, doprecyzowanie zasad stosowania odstępstw od limitów zatrudnienia, umożliwienie przedłużania zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku utrzymujących się niedoborów kadrowych, określenie terminów i kryteriów rozpatrywania wniosków; 4. zmianę projektowanego art. 132aa ust. 10 poprzez zastąpienie obowiązku określania szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń obowiązkiem wskazania	

			łącznego lub maksymalnego wymiaru godzin świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz umożliwienie prowadzenia harmonogramów średniotygodniowych; 5. dostosowanie przepisów wykonawczych regulujących warunki realizacji świadczeń leczenia żywieniowego poprzez rozszerzenie katalogu lekarzy uprawnionych do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania leczenia żywieniowego, w szczególności poprzez dopuszczenie do realizacji tych świadczeń lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinach związanych ze specyfiką leczenia żywieniowego, w tym w szczególności w dziedzinie chorób wewnętrznych, nefrologii, kardiologii oraz onkologii klinicznej, radioterapii, neurologii i medycyny paliatywnej, a alternatywnie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach, którzy ukończyli certyfikowane szkolenie z zakresu leczenia żywieniowego i posiadają odpowiednie kompetencje do kwalifikowania, prowadzenia i monitorowania terapii żywieniowej; 6. zapewnienie odpowiednio długiego okresu dostosowawczego umożliwiającego świadczeniodawcom bezpieczne wdrożenie nowych regulacji, bez ryzyka zakłócenia ciągłości realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dla zobrazowania przedstawionych uwag oraz proponowanych kierunków zmian Organizacja przedstawia poniżej syntetyczne zestawienie najważniejszych problemów zidentyfikowanych w projekcie ustawy oraz odpowiadających im postulatów.	
205	Kolegium Lekarzy Rodzinnych	Uwagi ogólne	Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, skupiające profesjonalistów realizujących zadania podstawowej opieki zdrowotnej, z niepokojem i dużą obawą co do możliwości i zasadności realizacji przyjmuje zapisy projektu ustawy o zmianie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych ustaw z dnia 24.07.2026 roku. Sprzeciw budzi fakt, że w dużej mierze zapisy te są wynikiem olbrzymich jednostkowych nieprawidłowości, które dotknęły lecznictwo szpitalne, a których nie powinno się utożsamiać z całym systemem ochrony zdrowia. Proponowane zapisy w ustawie mają naprawić nieprawidłowości zaobserwowane w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, Wymienione poziomy opieki zdrowotnej są finansowane w systemie fee for service. Proponowane regulacje nie mogą być stosowane do podstawowej opieki zdrowotnej opłacanej stawką kapitacyjną. To dwa, krańcowo różne sposoby finansowania, mające wpływ na organizację świadczeniodawców usług zdrowotnych. Błędem jest stosowanie identycznych regulacji w odniesieniu do tych poziomów opieki zdrowotnej. Powinny być one wprowadzane po dogłębnej analizie za i przeciw, ponieważ mogą spowodować znaczne zawirowania w funkcjonowaniu systemu, a tym samym pogorszyć dostęp pacjentów do usług medycznych, który już teraz w wielu obszarach jest niewystarczający. W ocenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce projekt w obecnym brzmieniu: 1. może ograniczyć dostępność personelu w POZ, utrudnić zabezpieczenie urlopów i zwolnień, utrudnić obsadę nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwiększyć zależność podmiotów od czasowych zgód Prezesa NFZ; 2. bardzo poważnie ingeruje w swobodę prowadzenia działalności gospodarczej, w tym w szczególności ustalania warunków współpracy i finansowania, co dotychczas było atutem w możliwości pozyskiwania personelu medycznego do pracy. Dla POZ jest to szczególnie istotne, ponieważ finansowanie nie opiera się wyłącznie na zapłacie za godzinę pracy personelu. System obejmuje między innymi kapitację, płatności zadaniowe, dodatki jakościowe i budżet powierzony. Projekt próbuje nałożyć na ten model typową konstrukcję	Uwagi niezasadne Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

			godzinowo-etatową i pozbawia tym samym możliwości elastycznego działania, ale również działania projakościowego poprzez zachęty finansowe - zadaniowe. 3. wymusza przegląd znacznej części umów z personelem medycznym udzielającym świadczeń finansowanych przez NFZ, a wielu z nich także zmianę, nakładając tym samym większe obowiązki administracyjne na placówki POZ (należy pamiętać, że w wielu z nich lekarze-właściciele pełnią funkcje medyczne i administracyjne jednocześnie); 4. znacząco rozszerza zakres danych i dokumentów dostępnych dla NFZ i dodatkowe uprawnienia do karania podmiotów leczniczych oraz zwiększa nacisk na politykę kontrolną NFZ, która już teraz jest dość restrykcyjna; 5. zawiera istotne luki i niejasności dotyczące właścicieli podmiotów, wspólników oraz indywidualnych praktyk; 6. nie przedstawia wiarygodnej analizy skutków dla małych podmiotów POZ. Ponadto Projekt może przynieść skutki w postaci: • zmniejszenia liczby godzin dostępnych lekarzy w publicznym systemie; • skłaniać część personelu do przechodzenia do sektora wyłącznie prywatnego; • zwiększyć koszty administracyjne małych przychodni; • zwiększyć koszty księgowo - finansowe np.; związane z pełnym rachunkiem kosztów; • doprowadzić do wygaśnięcia umów i przerw w obsadzie; • zwiększyć ostrożność podmiotów w zatrudnianiu dodatkowego personelu; • pogorszyć dostępność w miejscach, w których stawki konieczne do pozyskania lekarza przekraczają ustawowy limit. Wobec powyższych argumentów Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce jest przeciwne w całości wprowadzaniu zmian zaproponowanych projektem ustawy o zmianie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych ustaw z dnia 24.07.2026 roku w odniesieniu do podmiotów świadczących usługi medyczne wyłącznie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.	
206	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla woj. dolnośląskiego	Uwagi ogólne	Zarówno w mojej opinii, jak i kierowników jednostek z terenu Dolnego Śląska, jej wprowadzenie wpłynie negatywnie na funkcjonowanie placówek OPH jak i dostępność do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Najbardziej niepokojącym aspektem jest plan ograniczenia maksymalnego czasu pracy lekarzy i pielęgniarek we wszystkich umowach do równoważnika dwóch pełnych etatów. Zakładam, że chodzi o 80 godzin średnio tygodniowo (nie wykluczone, że nawet 75 godzin). Obecnie DOW NFZ dopuszcza wykazywanie maksymalnego czasu pracy lekarzy nawet do 100 godzin tygodniowo, a zdarzało się, że i więcej. Medycy będą mogli być zatrudnieni w szpitalach i poradniach przyszpitalnych (podmioty mające umowy „szpitalne - sieciowe" z NFZ – w zakresie realizacji tych umów na minimum 0,5 etatu. Obawiamy się, że część osób, dla których podstawowym miejscem pracy nie jest opieka paliatywna, będzie zmuszona do ograniczenia godzin wykazywanych i dostępnych dla hospicjów. Zagrożenie jest duże i realne, ponieważ hospicja często bazują na pracownikach (dotyczy to zwłaszcza lekarzy), dla których jest to dodatkowa (nierzadko trzecia) praca. Ponieważ godziny jej wykonywania są elastyczne, mogą ją łączyć z pracą w innych placówkach. Ze względów organizacyjnych i finansowych, stojąc przed koniecznością rezygnacji z któregoś miejsca pracy- często zrezygnują z pracy w hospicjum. Kierownicy bardzo obawiają się takiego scenariusza, który może doprowadzić do drastycznego spadku dostępności do świadczeń- konieczności wypisywania pacjentów, zwiększenia kolejek a nawet zamknięcia niektórych placówek. Kolejną, negatywną regulacją, jest obowiązek rozpisywania konkursów na zatrudnianie lekarzy kontraktowych w placówkach. W dobrze funkcjonujących hospicjach kierownicy od lat budują	Uwaga niezasadna Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Ograniczenie dot. minimum ½ etatu nie dotyczy opieki paliatywnej.

			ZESPÓŁ hospicyjny, organizując i finansując szkolenia dla personelu, dbając o jego integrację, ponieważ dobrze funkcjonujący zespół jest warunkiem dobrego, jakościowego funkcjonowania hospicjum, jest też potrzebny dla dobrostanu psychicznego pracowników. Proponowana regulacja sprawi, że kierownicy stracą kontrolę nad doborem odpowiedniej kadry pracowniczej. Jest wiele innych, niekorzystnych zapisów, ale te w mojej ocenie stwarzają realne zagrożenie dla funkcjonowania jednostek OPH.	
207	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej województwa małopolskiego	Uwagi ogólne	Przedstawiony projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie usuwa przyczyn problemów systemu, pozostawia wiele pytań i pole do obchodzenia przepisów. Wg. zapewnień Ministerstwa celem ustawy jest przejrzystość wydatków na ochronę zdrowia, lepsza wycena procedur medycznych i walka z nieprawidłowościami w systemie. Wyzwaniem jest brak kompletnych danych, nie tylko co do dokładnych zarobków lekarzy, ale także analiz dotyczących specjalizacji, zestawienia przepracowanych godzin lub udzielonych świadczeń. Brak jest również danych, jakie realne oszczędności w płaceniu za pracę przyniosą proponowane rozwiązania i na co będą one przeznaczone, na leki? na spłatę zadłużenia szpitali? na zwiększenie dostępności świadczeń?. Samo gromadzenie danych nie rozwiąże problemu kolejek, niedofinansowania, braku kadr, czy złej organizacji pracy. Bez realnej weryfikacji wyłączne przekazywanie danych i sprawdzanie, czy wszystko zgadza się " w papierach" nie przyniesie żadnego efektu. Analizując zaproponowaną stawkę 240 zł rodzi się pytanie, czy ma ona obowiązywać w ramach umów kontraktowych, czy również specjalistów na ”etatach”. Z doświadczenia wiem, że wielu lekarzy nigdy takich stawek nie otrzymywało. Jeśli lekarzom, bez względu na ich kompetencje i zaangażowanie, menedżer zaoferuje tę samą stawkę godzinową, to natychmiast pojawią się pytania, jaki jest sens, żeby przyjmować więcej pacjentów. Jedna sztywna, maksymalna stawka pozbawiona jakiegokolwiek powiązania z systemem motywacyjnym, z punktu widzenia zarządzania zaangażowaniem i motywacją stanie się potężnym demotywatorem dla lekarzy. Konieczne jest bowiem zbliżenie wynagrodzenia za porównywalną pracę na umowie o pracę z wynagrodzeniem kontraktowym. W mojej opinii optymalniejszym sposobem regulacji zarobków w polskim systemie byłoby stworzenie siatki płac, która zastąpiłyby kominy płacowe. Taki model pozwoli określić akceptowalne i dopuszczalne ramy wynagrodzeń oraz elastyczność przy wyborze specjalizacji i miejsca zatrudnienia. I tak ustalenie stawki godzinowej winno być oparte o staż pracy, posiadane specjalizacje (1 lub 2 lub więcej), miejsce realizacji świadczeń (mała miejscowość vs. duże miasto). Siatka płac ułatwia kontrolę wynagrodzeń, w przypadku przekroczenia ustalonych stawek płac przez dyrektora placówki leczniczej będzie on zobowiązany do natychmiastowego przedstawienia uzasadnienia. Kolejną przyczyną powstania kominów płacowych jest nieadekwatna wyceny procedur, wzrost stawek bezpośrednio powiązany z liczbą wykonanych zabiegów/procedur. W projekcie Ministerstwa Zdrowia nie ma zapisu dotyczącego przyznawania dodatków stażowych i innych składowych do wynagrodzenia, jak np. nagrody jubileuszowe. Zaproponowane regulacje nie eliminują fundamentalnych przyczyn kryzysu systemu, ale uderzają w skutki niedoborów kadrowych. Pozostawienie tzw. furtek w postaci dodatków za funkcje dydaktyczne lub organizacyjne może skłonić placówki i lekarzy do kreatywnego obchodzenia nowych limitów stawek. Analizując zaproponowane przepisy rodzi się taka refleksja, że przy swobodzie umów, nie podlegałyby one ograniczeniom maksymalnych limitów. Pracownik medyczny mógłby zawierać z podmiotem leczniczym jedną umowę związaną z wykonywaniem świadczeń, a drugą formalnie niezwiązaną z udzielaniem świadczeń, która nie podlegałaby stawkom maksymalnym.	Uwagi niezasadne Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Ograniczenie dot. minimum ½ etatu nie dotyczy opieki paliatywnej. Projektowana regulacja wpisuje się w obowiązujący od 2019 r. model centralizacji kontroli. Centralizacja kontroli jest procesem pozytywnym pozwalającym na m.in. ustalenie jednolitych, wysokich standardów postępowania kontrolnego w skali całego kraju. Daje to poczucie pewności świadczeniodawcom, aptekom oraz osobom uprawnionym do realizacji recept jednakowego traktowania w jednakowych sytuacjach.

			W chwili obecnej większość wycen jest przeszacowana, co prowadzi do nieprawidłowości i dokonywania wyboru z koszyka świadczeń tych najbardziej opłacalnych. Liberalne podejście prowadzi do sytuacji, w której wszyscy mogą robić prawie wszystko, wszędzie i dla wszystkich (przykład zabiegów neurochirurgicznych wykonywanych w małym powiatowym szpitalu). NFZ w sprawozdawczości ma pełną wiedzę. Jeżeli AOTMiT przeszacowuje wycenę konkretnej procedury i realizacja takiego świadczenia wzrasta w sposób masowy w raportowanych dokumentach to NFZ powinien w sposób natychmiastowy reagować. Budowa systemu zorientowanego na wartość zdrowotną wymaga przejścia z płacenia za procedury do płacenia pakietowego, powiązanego z efektami, zmianę taryf i produktów rozliczeniowych (świadczeń). Nakaz pracy na ½ etatu. Wprowadzenie nakazu, aby lekarz pracował w wymiarze co najmniej połowy etatu w każdym miejscu, może doprowadzić do przejściowych problemów ze znalezieniem personelu oraz zjawiska tzw. „cichej rezygnacji", czyli podejścia do pracy, w którym pracownik ogranicza swoje zaangażowanie do wymaganego minimum. Stąd płynie wniosek, że dostępność lekarzy może się zmniejszyć i to będzie prowadziło do konieczności zamykania oddziałów. Biorąc pod uwagę twarde dane, należy mieć świadomość, że niektórych oddziałów mamy zdecydowanie za dużo względem realnych potrzeb zdrowotnych i konieczności racjonalnego wykorzystywania zasobów ludzkich i sprzętowych. Ale istnieje ryzyko niekontrolowanego zamykania oddziałów, tam gdzie nie ma żadnej alternatywy. Taki proces nie będzie prowadzony w oparciu o rzetelne mapy potrzeb zdrowotnych, tylko stymulowany warunkami zatrudnienia. Jeśli MZ nie będzie uważnie monitorowało procesu zmian, w bardzo krótkim czasie może dojść do istotnego ograniczenia dostępności. Jednocześnie od zasady zatrudniania na minimum ½ etatu przewidziano wyjątki, dotyczące sytuacji, które dotychczas budziły największe kontrowersje (będzie można je zastosować wobec osób koordynujących pracę na oddziałach lub lekarzy uznanych za wyjątkowo potrzebnych). Wprowadzenie wyjątków bez podania jasnych i czytelnych kryteriów daje przestrzeń do omijania zasad, szczególnie niebezpieczne w placówkach, w których przez lata wypracowano wręcz perfekcyjne sposoby obchodzenia przepisów Przepis dotyczy podmiotów, które zawarły z NFZ umowę w zakresie leczenia szpitalnego. Ale rodzą się pytania, czy nowe regulacje nie obejmą lekarzy pracujących wyłącznie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej? A co z podmiotami, które mają kontrakt z funduszem, a jednocześnie prowadzą działalność komercyjną? Uniemożliwienia pracy w kilku miejscach powinno być oparte na rzeczywistym kontrolowaniu obecności wykazanych osób, lub blokowanie możliwości wystawiania recept przez lekarza z innego podmiotu, niż jest zgłoszony do NFZ. Największym problemem wydaje się fakt zgody pierwszego pracodawcy dla całego Personelu. Po wejściu nowych zasad problemem w medycynie paliatywnej mogą być podmioty szpitalne, które prowadzą hospicja domowe i poradnię oraz mają zakontraktowaną małą liczbę świadczeń i pacjentów objętych opieką, aby zatrudnić lekarza na pół etatu. Uprawnienia Prezesa NFZ. Rozszerzenie uprawnień Prezesa NFZ co do zasady nie jest złe, bo skraca procesy decyzyjne i pozwala szybko reagować, ale z drugiej strony przy niskim poziomie zaufania do instytucji publicznych naszym kraju, zbyt duża władza skupiona w rękach jednej osoby nie brzmi dobrze i powinna być rozłożona na więcej szczebli. To daje poczucie większego bezpieczeństwa. Projekt, który pozostawia luki prawne jednocześnie poszerzając kompetencje Prezesa NFZ, w praktyce przełoży się na znaczną i niebezpieczną władzę w gestii prezesa NFZ. W mojej opinii NFZ jako instytucja kontrolna zbiera znacznie więcej danych, niż jest w stanie przeanalizować, nie wspominając o fizycznym kontrolowaniu placówek. Zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi NFZ otrzyma setkami tysięcy danych dodatkowych danych, które w mojej ocenie, z uwagi ograniczone zasoby, nie wpłyną w znaczący sposób na jakość organizacji pracy w podmiotach.	

208	Polska Izba Ubezpieczeń	Art. 48e u.o.s.o.z.	Do propozycji zmian art. 48e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych składanych w ramach konsultacji publicznych do projektu ustawy (RCL nr 12412802) I. STAN OBECNY I ZAKRES PROPONOWANYCH ZMIAN Zgodnie z aktualnie obowiązującym art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje Fundusz. Ustawa ta jest skodyfikowana w Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 i podlega licznym nowelizacjom. Projektowane przepisy, objęte niniejszymi konsultacjami, wprowadzają do art. 48e następujące zmiany: 1. Nowe brzmienie ust. 1 — wyraźne rozgraniczenie funkcji nadzorczej (minister) i kontrolnej (Fundusz). 2. Nowy ust. 1a — expressis verbis przyznanie ministrowi uprawnienia do przeprowadzenia kontroli realizacji programu pilotażowego w ramach nadzoru. 3. Zmiana ust. 6 — uzupełnienie treści umowy o realizację programu pilotażowego o obowiązek poddania się kontroli Funduszu. 4. Nowy ust. 8a — wprowadzenie kategorii programów pilotażowych obejmujących wyłącznie nowe warunki organizacji i nowy sposób finansowania świadczeń, nieobejmujących zmian organizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z odpowiednią delegacją rozporządzeniową dla ministra. 5. Nowy ust. 8b — dopuszczenie zawierania w ramach tych programów umów z zakładami ubezpieczeń lub innymi podmiotami, finansującymi świadczenia ze środków niepublicznych. 6. Zmiana ust. 9 — rozszerzenie zakresu możliwego zlecenia zadań nadzorczo-kontrolnych jednostce podległej lub nadzorowanej przez ministra, z uwzględnieniem nowego ust. 1a. II. UZASADNIENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIAN 1. Zmiany w ust. 1 i nowy ust. 1a — klaryfikacja podziału kompetencji między ministrem a Funduszem Aktualne brzmienie art. 48e ust. 1 przypisuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia łącznie kompetencje w zakresie nadzoru i kontroli. W praktyce prowadzi to do wątpliwości co do zakresu kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia w sferze kontrolnej, jako podmiotu wdrażającego i finansującego programy pilotażowe. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń, a Fundusz zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego. Skoro zatem Fundusz pozostaje stroną umowy i bezpośrednim podmiotem kontraktującym, naturalne jest przeniesienie bieżących kompetencji kontrolnych właśnie na niego. Proponowana redakcja ust. 1 — w myśl której minister opracowuje, ustala i nadzoruje, a Fundusz wdraża, finansuje, kontroluje, monitoruje i ewaluuje — przywraca spójność funkcjonalną między podmiotem odpowiedzialnym za bezpośrednie wdrożenie programu a podmiotem uprawnionym do jego bieżącej kontroli. Jednocześnie proponowany ust. 1a zachowuje dla ministra możliwość przeprowadzenia kontroli realizacji programu pilotażowego w ramach ogólnych uprawnień	Przytoczony tekst nie zawiera krytycznych uwag uzasadniających konieczność zajęcia stanowiska lub odniesienia się do nich.

			nadzorczych, co gwarantuje zachowanie hierarchii i nadzoru ministerialnego bez dublowania kompetencji. Proponowane rozwiązanie realizuje konstytucyjną zasadę praworządności oraz zasady dobrej legislacji, wymagające precyzyjnego określenia kompetencji organów władzy publicznej w przepisach prawa. 2. Zmiana ust. 6 — obowiązek poddania się kontroli Funduszu w umowie z realizatorem W celu realizacji zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru i kontroli określonych w ust. 1 może on zawrzeć umowę z jednostką podległą lub nadzorowaną przez tego ministra, właściwą ze względu na cel programu pilotażowego. Proponowana zmiana ust. 6 polega na wyraźnym wskazaniu w treści umowy o realizację programu pilotażowego obowiązku poddania się przez realizatora kontroli Funduszu, w zakresie określonym w art. 61a ust. 1 ustawy. Zmiana ta jest konsekwencją przeniesienia kompetencji kontrolnej na Fundusz (zmiana ust. 1) i usuwa lukę prawną polegającą na braku wyraźnej podstawy umownej do przeprowadzenia kontroli przez podmiot wdrażający i finansujący program. Bez tej zmiany realizatorzy programu pilotażowego mogliby kwestionować dopuszczalność kontroli NFZ, powołując się na dotychczasowy podział kompetencji przewidujący kontrolę po stronie ministra. Proponowane uzupełnienie ust. 6 eliminuje tę niepewność prawną i wzmacnia efektywność systemu kontroli. 3. Nowe ust. 8a i 8b — nowa kategoria programów pilotażowych i udział podmiotów prywatnych w finansowaniu Dotychczasowa konstrukcja art. 48e ust. 2 nakłada na programy pilotażowe obowiązek spełnienia szeregu wymogów formalnych, które są adekwatne do programów obejmujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. Tymczasem dynamika systemu ochrony zdrowia wymaga możliwości testowania rozwiązań dotyczących jedynie nowych warunków organizacji i nowych sposobów finansowania świadczeń — w szczególności z udziałem podmiotów prywatnych, w tym zakładów ubezpieczeń. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) nie zawiera dotychczas przepisów wprost regulujących możliwość prowadzenia pilotaży z udziałem prywatnych płatników. Proponowany ust. 8a wprowadza taką kategorię, jednocześnie wyłączając stosowanie ust. 2 — co oznacza uproszczoną ścieżkę proceduralną dla programów niepowodujących zmian w organizacji i realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie minister zachowuje pełną delegację rozporządzeniową do określenia w szczegółach: podstaw i celów programu, trybu wyboru realizatora, wskaźników realizacji, sposobu oceny wyników oraz zakresu i trybu finansowania z budżetu państwa. Proponowany ust. 8b umożliwia zawieranie w ramach tych programów umów o finansowanie świadczeń przez zakłady ubezpieczeń działające na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1526) lub inne podmioty finansujące świadczenia ze środków niepublicznych. Jest to rozwiązanie zmierzające do pilotażowego przetestowania mechanizmów koordynacji publiczno-prywatnej w finansowaniu opieki zdrowotnej, bez naruszania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zastosowanie formuły pilotażu — z wyraźnym mechanizmem ewaluacyjnym — stanowi bezpieczne narzędzie legislacyjne, pozwalające na ocenę skutków nowych rozwiązań przed ich ewentualnym wdrożeniem systemowym. Jak pokazuje doświadczenie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, który rozpoczął się w 2018 roku, a którego zakończenie planowano pierwotnie pod koniec 2025 roku i który następnie został przedłużony, modele pilotażowe pozwalają na długofalową ocenę skuteczności	

			rozwiązań systemowych i powinny być tworzone w sposób elastyczny. Projektowany ust. 8a i ust. 8b wpisuje się w tę logikę, poszerzając katalog możliwych form pilotażu. 4. Zmiana ust. 9 — rozszerzenie możliwości zlecenia zadań jednostkom podległym Zmiana ma charakter porządkujący i stanowi konsekwencję wprowadzenia ust. 1a. Poprzez wskazanie, że zlecenie realizacji zadań ministerialnych jednostce podległej lub nadzorowanej przez ministra obejmuje zarówno zadania z ust. 1, jak i z ust. 1a (kontrola w ramach nadzoru), wyeliminowane zostaje ryzyko wąskiej interpretacji, wedle której zlecenie dotyczyłoby jedynie nadzoru sensu stricto, bez nowego uprawnienia kontrolnego. III. OCENA SKUTKÓW REGULACJI — UWAGI OGÓLNE Proponowane zmiany: 1. Nie generują dodatkowych kosztów dla budżetu państwa — przeniesienie kompetencji kontrolnych na NFZ odbywa się w ramach istniejącej infrastruktury instytucjonalnej, a minister zachowuje możliwość zlecenia zadań kontrolnych jednostce podległej, co stanowi elastyczne narzędzie optymalizacji kosztów. 2. Zwiększają efektywność systemu nadzoru i kontroli — podmiot najbliższy realizatorowi (NFZ jako strona umowy) uzyskuje wyraźną podstawę prawną do bieżącego kontrolowania wykonania programu. 3. Otwierają nową kategorię pilotaży publiczno-prywatnych — w sposób ostrożny, zachowując prymat publicznego systemu finansowania i uzależniając wdrożenie każdego programu od wydania odrębnego rozporządzenia ministra. 4. Są spójne z obowiązującym porządkiem prawnym — nie modyfikują zasad powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ani koszyków świadczeń gwarantowanych.	
209	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu - projektowane art. 132aa i art. 132ab	Projekt przewiduje zasadniczo jednolite rozwiązania dla świadczeniodawców i osób wykonujących zawody medyczne. Sposób organizacji pracy i struktura kosztów różnią się pomiędzy dziedzinami medycyny i typami podmiotów leczniczych. Szczególnie dotyczy to podmiotów onkologicznych (szpitali monospecjalistycznych), w których są udzielane specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu radioterapii, medycyny nuklearnej oraz procedury wysokokosztowe i wysokospecjalistyczne. Przyjęte w projekcie rozwiązania systemowe nie uwzględniają specyfiki tych świadczeń zdrowotnych i mogą prowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych. 2. Projekt przewiduje takie samo wynagrodzenie dla osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy, jak i dla osób zatrudnionych w ramach kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.
210	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu - projektowany art. 132ab ust. 1 oraz ust. 7 – 8	Projektowany ust. 1 odnosi się do stawki godzinowej brutto wynagrodzenia zasadniczego, zaś ust. 7 i 8 projektowanego przepisu ustawy odnosi się do maksymalnego wynagrodzenia miesięcznego. Proponuje się doprecyzowanie regulacji.	Uwaga niezasadna Przepisy celowo regulują zarówno wynagrodzenie miesięczne jak i maksymalną stawkę godz.
211	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu - projektowany art. 132aa ust. 1 oraz ust. 8	Należy rozważyć wyłączenie czasu dyżuru z limitów określonych w projektowanym ust. 1 art. 132aa. W związku z powyższym, należy rozważyć całkowite odstąpienie od wymogów określonych w ust. 1-6 projektowanego art. 132aa w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie, lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego.	Przepis został doprecyzowany.

212	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu - projektowany art. 132aa ust. 3-6	Zgodnie z projektowanymi przepisami świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalego z Narodowym Funduszem Zdrowia mają być udzielane przez osobę zatrudnioną co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu albo jego równoważnika. Należy rozważyć uregulowanie katalogu wyjątków co do osób wykonujących zawód medyczny, których nie dotyczyłby obowiązek minimalnego wymiaru czasu uwzględniający specyfikę pracy części zawodów medycznych, specjalistów albo wprowadzić delegację pozwalającą uwzględniać charakter świadczenia, deficytowość specjalizacji, możliwość świadczeń zdalnych, potrzeby podmiotów monospecjalistycznych oraz konieczność zapewnienia ciągłości diagnostyki i leczenia. 2. Ewentualnie proponuje się odstąpienie od wymogu minimalnego czasu zatrudnienia na pół etatu, ewentualnie wyłączenie z niego planowych i pilnych wielospecjalistycznych świadczeń zabiegowych realizowanych sesyjnie przez deficytowych specjalistów współpracujących z więcej niż z jednym świadczeniodawcą. Minimalny wymiaru czasu nie uwzględnia w wystarczającym stopniu specyfiki pracy części specjalizacji zawodów medycznych i modeli organizacji świadczeń. Dotyczy to m.in: a) anestezjologów wykonujących znieczulenie (anestezję) w trakcie zabiegów, a jednocześnie niebiorących udziału w zabezpieczeniu pacjenta na oddziale intensywnej terpaii i w dalszym leczeniu; b) lekarzy specjalistów biorących udział w wielodyscyplinarnych konsyliach w SOLO I i SOLO II, lekarzy pełniących funkcje konsultantów, sprawujących nadzór merytoryczny lub wspierających proces podejmowania decyzji terapeutycznych; c) radiologów wykonujących wyłącznie opisy badań w ramach teleradiologii w zakresie dotrzymywania terminów wynikających z Karty Diagnotyki i Leczenia Onkologicznego (DILO) w świadczeniach onkologicznych, a także specjalistów angażowanych do procedur wysokospecjalistycznych. NIO-PIB wskazuje na potrzebę uregulowania wyjątków dla anestezjologów i specjalistów realizujących określone świadczenia w ograniczonym wymiarze. 2. Lekarz pracujący wyłącznie w jednym szpitalu może być zatrudniony np. na 0,5 etatu, natomiast praca po 0,25 etatu w dwóch szpitalach będzie niedopuszczalna, mimo identycznego łącznego obciążenia. Może to ograniczyć, więc liczbę obsługiwanych ośrodków, a nie nadmierny czas pracy lekarza. 3. Radiologia interwencyjna pod kontrolą tomografu komputerowego (TK) jest organizowana w sesjach zabiegowych. Liczba biopsji, drenaży i ablacji w danym szpitalu może uzasadniać obecność operatora przez jeden lub dwa dni w tygodniu, ale nie zatrudnienie każdego operatora na co najmniej pół etatu. 4. Współdzielenie deficytowego zespołu przez kilka szpitali jest racjonalnym i bezpiecznym modelem organizacyjnym. W żadnym z tych ośrodków potrzeby nie odpowiadają połowie etatu, natomiast łącznie pozwalają efektywnie wykorzystać kompetencje niewielkiej grupy radiologów interwencyjnych. Model ten umożliwia także elastyczne przesuwanie operatorów pomiędzy szpitalami podczas choroby, urlopu lub innej nieobecności jednego z lekarzy, zapewniając ciągłość wykonywania zabiegów. Sztywne przypisanie radiologów do poszczególnych placówek osłabi tę możliwość i zwiększy ryzyko odwoływania procedur. 5. Projektowana regulacja może uderzyć bezpośrednio w diagnostykę onkologiczną, zwłaszcza raka płuca. W analizie obejmującej 164 pacjentów z NIO- PIB i Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc pierwsza biopsja gruboigłowa pod kontrolą TK zapewniła materiał wystarczający do badań molekularnych w 96% przypadków. Ograniczenie dostępności operatorów może wydłużyć czas do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia. 6. Brak możliwości przeniesienia wszystkich pacjentów do jednego ośrodka. Poszczególne szpitale posiadają tomografy zabiegowe, ale żaden z nich nie ma nadmiarowej liczby łóżek, personelu ani wyposażenia pozwalającego przejąć wszystkich pacjentów z pozostałych placówek.	Uwaga niezasadna Projekt przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od wymogów dot. wymiaru czasu pracy, jeżeli będzie to niezbędne dla zapewnienia ciągłości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie zgody NFZ.

			Skoncentrowanie lekarzy w jednym miejscu nie zwiększy przepustowości systemu. 7. Praca operatora obejmuje również kwalifikację i planowanie zabiegów, często wykonywane zdalnie.	
213	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu-projektowany art. 132aa ust. 3–6 oraz art. 132ab ust. 1 i ust. 5	Projektowane przepisy nie rozstrzygają dostatecznie precyzyjnie sytuacji niektórych specjalizacji medycznych np. radiologów, zwłaszcza pracujących w modelu teleradiologii lub rozliczanych zadaniowo za opis badania. 2. Proponuje się stosowania doprecyzowanie maksymalnej stawki godzinowej do umów zadaniowych, w tym sposób ustalania liczby godzin, znaczenie rzeczywistego lub średniego czasu wykonania zadania oraz możliwość ustalania wynagrodzenia kwotowego za zadanie wymagające szczególnych umiejętności w ramach art. 132ab ust. 5. 3. Przepis nie reguluje, czy “minimalne wynagrodzenie”, o którym mowa w projektowanym przepisie ma być rozumiane jako stawka w rozumieniu wynagrodzenia zasadniczego określonego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, wobec czego proponuje się dodanie odwołania do ww. ustawy.	Uwaga niezasadna Wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.
214	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu-projektowany art. 132ab ust. 1	Brak precyzyjnego sposobu obliczenia stawki godzinowej brutto. Proponuje się doprecyzowanie sposobu obliczania stawki godzinowej w przypadku umów obejmujących kilka rodzajów świadczeń wycenianych według różnych stawek. Ta sama osoba może wykonywać różne rodzaje pracy według odmiennych stawek: pracę na oddziale, świadczenia ambulatoryjne, zabiegi oraz procedury diagnostyczne lub terapeutyczne. Nie jest jasne, czy limit należy badać dla każdej godziny, każdego rodzaju zadania, czy jako średnią w okresie rozliczeniowym.	Uwaga niezasadna
215	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu-projektowany art. 132ab ust. 1	Nasuwa się wątpliwość, czy projektowany przepis dotyczy umów o pracę, w których wynagrodzenie zasadnicze jest określone w stałej stawce miesięcznej (bez względu na liczbę przepracowanych godzin w danym okresie rozliczeniowym). Proponujemy wyłączenie z ww. przepisu przypadków, w których umowa o pracę określa wynagrodzenie zasadnicze w stałej stawce miesięcznej.	Uwaga niezasadna
216	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu-projektowany art. 132ab ust. 2–5 oraz ust. 7–8	Brak precyzyjnego określenia w ramach, którego limitu mają być rozliczane premie i inne zmienne składniki wynagrodzenia oraz jaki próg kosztowy ma zastosowanie. Proponuje się wprowadzenie możliwości rozliczania zmiennych składników wynagrodzenia proporcjonalnie do okresu, którego dotyczą, albo wprowadzenie możliwości stosowania dłuższego okresu rozliczeniowego; dodatkowo należy doprecyzować właściwy limit/progowy mechanizm kosztowy dla wynagrodzenia dodatkowego, premii i innych zmiennych składników wynagrodzenia. 2. Brak uregulowania, w jaki sposób traktować różne składniki wynagrodzenia, w tym premie i dodatki do wynagrodzenia lub inne świadczenia wynikające z zasad wynagradzania uregulowanych w aktach wewnątrzzakładowych - w regulaminie wynagradzania, m.in. dodatek za wysługę lat (stażowy), dodatek projektowy, w tym dodatek projektowy finansowany ze źródeł zewnętrznych a nie z NFZ, dodatki za szczególne obowiązki, dodatek funkcyjny, nagroda jubileuszowa, czy odprawa pieniężna. Proponujemy określenie katalogu składników wynagrodzenia lub innych świadczeń wynikających z aktów prawa wewnątrzzakładowego, które wyłączone powinny być z maksymalnej stawki godzinowej i maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w projektowanym art. 132ab ust. 7 – 8 Brak dokładnego określenia katalogu składników, rodzaju pracy lub tytułu z jakiego wynagrodzenie należy zaliczyć do wynagrodzenia dodatkowego. Analiza projektowanych zmian nasuwa wątpliwość czy wynagrodzenie inne niż wynagrodzenie zasadnicze w rozumieniu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022r., poz.2139), jest wynagrodzeniem dodatkowym. Brak definicji, czym jest	Przepisy zostały doprecyzowane.

			wynagrodzenie zasadnicze. Brak również jednoznacznego określenia, czy chodzi o wszystkie składniki wynagrodzenia, czy tylko te związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Proponuje się doprecyzowanie, że wynagrodzenie dodatkowe obejmuje wszystkie składniki wynagrodzenia wypłacane poza wynagrodzeniem zasadniczym w rozumieniu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych i dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych.	
217	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu- projektowany art. 132ab ust.7	Brak określenia sposobu wliczania do miesięcznego wynagrodzenia tych składników dodatkowych, które są wypłacane za okresy dłuższe, niż miesiąc i znacznie później, niż do 20-go dnia następnego miesiąca. Nie jest precyzyjnie określone w projektowanych przepisach, czy chodzi o sprawozdawanie wynagrodzenia wypłaconego za dany miesiąc, czy w danym miesiącu. Brak określenia trybu korekty, w sytuacji, gdy należy sprawozdawać wynagrodzenie wypłacone za dany miesiąc, a po 20-tym dniu kolejnego miesiąca okazuje się, że oprócz już sprawozdanej kwoty, przysługuje pracownikowi jeszcze jakieś wynagrodzenie za dany miesiąc. 3. Proponuje się dookreślenie, że maksymalne wynagrodzenie miesięczne, o którym mowa w ust. 7 art. 132ab projektowanej zmiany ustawy dotyczy maksymalnego wynagrodzenia miesięcznego wypłaconego w danym miesiącu, zaś składniki wynagrodzenia wypłacone za okres dłuższy, niż miesiąc, wlicza się do wynagrodzenia miesięcznego proporcjonalnie (1/3 w przypadku wypłat za okresy kwartalne, 1/12 za okresy roczne).	Uwaga niezasadna
218	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22 projektu- projektowany art. 132ab ust. 5 i ust. 8	Pojęcia „szczególne umiejętności” oraz „ponadstandardowe obciążenie pracą” są niedookreślone. Proponuje się doprecyzować przesłanki przyznania wynagrodzenia dodatkowego, wskazanie przykładowego katalogu świadczeń lub sytuacji albo umożliwienie świadczeniodawcy ustalenia takiego katalogu według transparentnych i udokumentowanych kryteriów.	Przepis został doprecyzowany.
219	Narodowy Instytut Onkologii	art. 1 pkt 22) projektu- projektowany art. 132ab ust. 11.	Brak precyzyjnego określenia dopuszczalności kwotowego dodatku za konkretną procedurę, jego kwalifikacji jako wynagrodzenia Projektowane regulacje wprowadzają zakaz określania wynagrodzenia osoby wykonującej zawód medyczny jako stawki strona 14 z 15 dodatkowego z art. 132ab ust. 5 oraz sposobu uwzględniania go w limicie miesięcznym z ust. 8. Należy jednoznacznie określić czy dopuszczalny jest kwotowy dodatek za wykonanie konkretnej procedury oraz czy stanowi wynagrodzenie dodatkowe z art. 132ab ust. 5 oraz jak jest uwzględniany w limicie miesięcznym z ust. 8.	Uwaga niezasadna
220	Narodowy Instytut Onkologii	Art. 4	Należy doprecyzować, czy umowy pomiędzy świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny zawarte przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy lub inne akty, na podstawie których powstało ich zatrudnienie przed powyższym dniem a niespełniające warunków określonych w projektowanej ustawie należy zmienić (dostosować) poprzez zawarcie stosownego aneksu, czy też udzielić nowego zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2026 roku, poz. 156 ze zm.).	Doprecyzowano przepis.
221	Nutrimed Sp. z o.o./ Promedica Sp. z o.o.	Art. 132aa ust. 1 -2	Proponujemy po art. 132aa ust. 2 dodanie ust. 2a w brzmieniu: „2a. Przepisu ust. 1–2 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7.”	Uwaga częściowo uwzględniona Dookreślono że czas pozostawania w gotowości nie wlicza się do czasu pracy.

222	Nutrimed Sp. z o.o./ Promedica Sp. z o.o.	Art. 132aa ust. 10	Rekomendacja główna - proponujemy: - do art. 132aa ust. 10 dodać zdanie: „W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7 umowa może, zamiast liczby i harmonogramu godzin, określać zasady opieki nad pacjentem przez personel medyczny.” - po art. 132aa ust. 10 dodanie ust. 11 w brzmieniu: „11. Przepisu art. 132aa ust. 9 pkt 1 i 2 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7.” Powyższa propozycja stanowi rozwiązanie preferowane, ponieważ w sposób najbardziej precyzyjny uwzględnia specyfikę świadczeń realizowanych poza zakładem leczniczym. W przypadku uznania, że osiągnięcie tego celu wymaga zastosowania odmiennej techniki legislacyjnej, proponujemy następujące rozwiązanie alternatywne:- nadanie art. 132aa ust. 9 pkt 1 brzmienia: „1) określenie rodzaju wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz – jeżeli charakter i sposób organizacji świadczenia umożliwiają ich uprzednie określenie – liczby tych zadań albo zasad jej ustalania;”. - nadanie art. 132aa ust. 9 pkt 2 brzmienia: „2) określenie stawki godzinowej brutto wynagrodzenia za wykonywanie zadań, o których mowa w pkt 1, a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7 – określenie stawki za osobodzień lub innych sposobów ustalenia wynagrodzenia odpowiadającego sposobowi organizacji i realizacji danego świadczenia;” - do ust. 10 dodać zdanie: „W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7 umowa może, zamiast liczby i harmonogramu godzin, określać zasady opieki nad pacjentem przez personel medyczny. - po ust. 10 dodanie ust. 10a w brzmieniu: „10a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7, o których mowa w ust. 9 pkt 2, umowa może określać wynagrodzenie w szczególności w odniesieniu do pacjenta objętego opieką, wykonanej wizyty lub konsultacji, osobodnia opieki, okresu pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń albo innej jednostki odpowiadającej rzeczywistemu sposobowi organizacji danego świadczenia.”	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane, Zrezygnowano z wymogu harmonogramu.
223	Nutrimed Sp. z o.o./ Promedica Sp. z o.o.	Art. 132ab ust. 1, 7 i 8	Proponujemy dodanie w art. 132ab po ust. 8 nowego ust. 8a w brzmieniu: „8a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, poza zakładem leczniczym, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach osobodnia opieki oraz z wymaganą dostępnością dla pacjenta 24/7: 1) jeżeli wynagrodzenie zostało określone według jednostki innej niż godzina, jego zgodność z maksymalną stawką godzinową oraz maksymalnym wynagrodzeniem ustala się na podstawie	Uwaga niezasadna

			rzeczywistego wymiaru wykonywania zadań w danym okresie rozliczeniowym, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach wydanych na podstawie [właściwej delegacji ustawowej]; 2) do wynagrodzenia objętego limitami, o których mowa w ust. 1, 7 i 8, nie wlicza się zwrotu udokumentowanych kosztów podróży, kosztów używania pojazdu ani innych wydatków poniesionych w związku z udzielaniem świadczeń poza zakładem leczniczym.”	
224	Nutrimed Sp. z o.o./ Promedica Sp. z o.o.	Art. 132aa ust. 9 pkt 3	Proponujemy dodanie przepisu upoważniającego ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowego zakresu przekazywanych danych; 2) formatu, częstotliwości i sposobu ich przekazywania; 3) zasad dokonywania korekt; 4) sposobu raportowania wynagrodzeń ustalonych według jednostki innej niż godzina; 5) sposobu wykazywania okresów pozostawania w gotowości oraz udokumentowanych kosztów związanych z udzielaniem świadczeń poza zakładem leczniczym; – z uwzględnieniem konieczności zapewnienia porównywalności danych oraz ograniczenia obowiązków sprawozdawczych do informacji niezbędnych do realizacji ustawowych zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, Agencji i Funduszu.	Uwaga niezasadna
225	Nutrimed Sp. z o.o./ Promedica Sp. z o.o.	Art. 4	Proponujemy nadanie Art. 4 brzmienia: „Art. 4. Umowy pomiędzy świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny […] oraz inne akty, na podstawie których powstało ich zatrudnienie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, podlegają dostosowaniu do warunków określonych w art. 132aa i art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1 oraz art. 26 i art. 27 ustawy zmienianej w art. 3 w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.”	Uwaga uwzględniona
226	GUS	art. 132aa	Projektowany art. 132aa ustawy nie określa dokładnie, w jaki sposób należy obliczać łączny czas pracy osób zatrudnionych na podstawie umów innych niż umowa o pracę. Dotyczy to zwłaszcza umów obejmujących dyżury, gotowość do pracy albo wykonywanie określonej liczby świadczeń. W praktyce poszczególne podmioty mogą więc różnie przeliczać taki czas pracy na wymiar etatu. Należałoby uzupełnić wskazany przepis o jasne i jednolite zasady dokonywania tych obliczeń.	Uwaga częściowo uwzględniona Dodano przepis, zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
227	GUS	OSR	Jednocześnie proszę, aby w Ocenie Skutków Regulacji w pkt. 4, gdzie jako źródło danych podany jest Główny Urząd Statystyczny, wpisać bardziej precyzyjne informacje ze wskazaniem dokładnego ich źródła. Zamiast ogólnej „liczby osób wykonujących zawody medyczne” określonej jako „ok. 0,5 mln” uprzejmie proszę o wpisanie, że w publikacji „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.” w tab. 2.16 (s. 154-155) znajdują się następujące liczby osób pracujących bezpośrednio z pacjentem w poszczególnych zawodach medycznych (według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.): diagności medyczni 11 559, farmaceuci 29 080, fizjoterapeuci 62 087, lekarze 141 193, lekarze dentyści 36 965, pielęgniarki 219 881, położne 28 828, a ponadto w tab.2.10 (s. 130) tejże publikacji znajduje się liczba ratowników medycznych 11 385, która również dotyczy 2024 r. Ponadto proponuję rozważyć rozszerzenie planowanej oceny skutków ustawy także od strony świadczeniobiorców, ponieważ może ona wpływać na dostępność świadczeń czy czas oczekiwania pacjentów na realizację świadczeń.	Uwaga uwzględniona

			Pozwoliłoby to ocenić nie tylko zmianę sposobu zatrudniania personelu, lecz także rzeczywisty wpływ ustawy na funkcjonowanie podmiotów leczniczych i dostępność świadczeń.	
228	Rada Dialogu Społecznego ds. Zdrowia	Uwagi ogólne	Rekomendowany pakiet poprawek legislacyjnych. 1. Zatrudnienie równoległe: Zastąpić zgodę kierownika obowiązkiem uprzedniego poinformowania o dodatkowym zatrudnieniu. Dopuścić sprzeciw wyłącznie z zamkniętych, obiektywnych przyczyn: udokumentowane naruszenie minimalnego odpoczynku, konflikt interesów, kolizja harmonogramów albo konkretne i bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów. Sam brak personelu w podmiocie nie powinien wystarczać, chyba że podmiot jednocześnie zaoferuje zwiększenie wymiaru zatrudnienia na z góry określonych warunkach. Należy odnotować, że projektowany art. 132aa ust. 6 zawiera już trzy z postulowanych zabezpieczeń: obowiązek uzasadnienia odmowy na piśmie, czternastodniowy termin na zajęcie stanowiska oraz regułę, zgodnie z którą milczenie oznacza wyrażenie zgody. Rekomendacja dotyczy więc elementów pozostałych: zawężenia przesłanki odmowy, wprowadzenia środka odwoławczego do niezależnego organu lub sądu, ograniczenia czasowego skutku odmowy oraz powiązania odmowy z ofertą zwiększenia wymiaru zatrudnienia u pierwszego świadczeniodawcy. W obecnym kształcie decyzja pozostaje niezaskarżalna, a jej podstawa zależy od organizacyjnych decyzji podmiotu, którego interesu dotyczy. Sprzeciw powinien obowiązywać najwyżej sześć miesięcy, zawierać uzasadnienie faktyczne i prawne oraz podlegać szybkiemu odwołaniu do niezależnego organu lub sądu. Milczenie powinno oznaczać brak sprzeciwu. 2. Czas pracy i minimum zatrudnienia: Zastąpić lub uzupełnić równoważnik dwóch etatów realnym limitem łącznych godzin pracy oraz kontrolą odpoczynku. Dane powinny obejmować pracę, która w rozumieniu prawa UE ma charakter pracy zależnej, niezależnie od formalnej nazwy umowy. Należy jasno uregulować dyżury, gotowość, pracę zadaniową i świadczenia rozliczane za procedurę. Minimum ½ etatu powinno być regułą organizacyjną, od której przewidziane są ustawowe wyjątki dla świadczeń rzadkich, konsultacji, telemedycyny, wysokospecjalistycznych zespołów, niedoboru regionalnego, dydaktyki klinicznej i czasowego zabezpieczenia dyżurów. Decyzja NFZ o wyjątku powinna być wydawana w 7 dni; brak decyzji – czasowa zgoda do rozpoznania wniosku. 3. Wynagrodzenia: Najbezpieczniejszy model to limit kosztu podlegającego finansowaniu lub refundacji ze środków NFZ, a nie generalny zakaz umownego wynagrodzenia powyżej jednej stawki. Alternatywnie należy wprowadzić referencje z uwzględnieniem specjalizacji, regionu, pory pracy, ryzyka, odpowiedzialności i formy zatrudnienia. Odstąpienie od referencji powinno wymagać uzasadnienia i zgody płatnika, a nie być bezwzględnie nieważne. Dodatki muszą być zdefiniowane w sposób zapobiegający obchodzeniu limitu, ale powinny zachować możliwość premiowania jakości, dostępności, pracy w trudnych warunkach i odpowiedzialności kierowniczej. Zakaz procentowego wynagrodzenia należy ograniczyć do mechanizmów uzależnionych wyłącznie od wartości kontraktu NFZ, pozostawiając transparentne premie za mierzalne wyniki jakościowe. 4. Przepisy przejściowe: Usunąć automatyczne wygaśnięcie wszystkich niezgodnych umów w jednym dniu. Wprowadzić co najmniej 12-miesięczny okres dostosowawczy, a dla specjalizacji i obszarów deficytowych 18 miesięcy. Umowa powinna trwać do czasu zawarcia umowy dostosowanej, nie dłużej jednak niż okres przejściowy. Uchybienia formalne należy naprawiać po wezwaniu, a dopiero brak korekty może prowadzić do skutków prawnych. 5. Dane i kontrola: Każde żądanie NFZ wobec podmiotu bez umowy powinno być pisemne, indywidualnie uzasadnione, wskazywać cel, podstawę, zakres danych i okres. Dokumentacja medyczna powinna być udostępniana tylko wtedy, gdy dane kadrowe lub zanonimizowane nie wystarczą. Ustawa powinna określić retencję, rejestry dostępu, upoważnienia, zakaz wtórnego	W zakresie dotyczącym: 1) Danych i kontroli- uwag niezasadna Potrzeby dowodowe w poszczególnych kontrolach określane są przez kontrolerów. Każde żądanie NFZ wobec podmiotu kierowane jest z uwęgleniem reguły pisemności. Zakres danych i okres są każdorazowo wskazywane. Uwaga odnosząca się do dokumentacji medycznej zapewne dotyczy art. 61ba – trzeba wskazać, że przepis ten, tak jak obecnie istniejące przepisy art. 61b i 61c będzie wykorzystywany w zależności od potrzeb dowodowych w prowadzonych postępowaniach. NFZ pozyskuje dane proporcjonalnie do realizowanych zadań i wyłącznie w celu ich realizacji NFZ nie pozyskuje danych w wymiarze asekuracyjnym. Przepisy dotyczące przetwarzania danych osobowych i ich ochrony są ściśle przez NFZ przestrzegane poprzez wpisywanie każdego żądania NFZ w cele przetwarzania danych wyrażonych w art. 188 i nast. ustawy o świadczeniach. . 2) Oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej – uwaga niezasadna Zgłaszający uwagę postuluje by „Oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej należy ograniczyć do informacji, których organ nie może uzyskać w inny sposób i które mają zasadnicze znaczenie. Osoba powinna mieć możliwość korekty oczywistego błędu w terminie. W kontroli trzeba zapewnić pouczenie, prawo do pełnomocnika, możliwość zgłoszenia zastrzeżeń oraz ochronę przed wymuszonym samooskarżeniem.” Wyjaśnić trzeba, że podmioty kontrolowane są podmiotami profesjonalnymi i są zobowiązane do znajomości przepisów

			wykorzystania, audyty bezpieczeństwa i obowiązek oceny skutków dla ochrony danych. Oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej należy ograniczyć do informacji, których organ nie może uzyskać w inny sposób i które mają zasadnicze znaczenie. Osoba powinna mieć możliwość korekty oczywistego błędu w terminie. W kontroli trzeba zapewnić pouczenie, prawo do pełnomocnika, możliwość zgłoszenia zastrzeżeń oraz ochronę przed wymuszonym samooskarżeniem. 6. Jawność konkursów: Zachować centralną publikację, lecz określić minimalny zakres danych, czas publikacji i moment ujawnienia. Należy rozważyć publikowanie szczegółowych cen po zamknięciu postępowania, ograniczenie dostępności danych nieaktualnych, mechanizmy przeciwdziałające masowemu profilowaniu oraz procedurę ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa. Projekt powinien zostać poddany formalnej analizie przez Prezesa UODO i UOKiK. 7. Prawa pacjenta: Utrzymać art. 8a ustawy o prawach pacjenta, ale uzupełnić katalog z ust. 2 o pochodzenie rasowe i etniczne, narodowość, religię lub przekonania oraz orientację seksualną, to jest cechy chronione w dyrektywach. Obecny katalog wymienia sytuację majątkową, wykonywany zawód, płeć, wiek, przynależność polityczną i niepełnosprawność, pomijając część cech objętych standardem unijnym. Jednocześnie wskazać, że nie stanowi dyskryminacji obiektywnie uzasadnione różnicowanie wynikające ze stanu zdrowia, pilności, bezpieczeństwa, wymogów epidemiologicznych, prywatności lub odrębnych przepisów, pod warunkiem proporcjonalności.	prawa dotyczących prowadzonej przez nie działalności oraz do ich przestrzegania. Pomimo istnienia zasady domniemania znajomości prawa NFZ w wytwarzanych dokumentach np. inicjujących kontrolę zawiera stosowne pouczenia. Wyjaśnienia są pobierane w toku kontroli w zależności od potrzeb dowodowych, w celu realizacji celu kontroli jakim jest ustalenie stanu faktycznego, a zatem prawdy obiektywnej. Sa one jednym ze środków dowodowych i umożliwiają podmiotowi kontrolowanemu przedstawienie swojego stanowiska np. w odniesieniu do dowodów z dokumentów. Wbrew zatem sugestii zgłaszającego uwagę NFZ nie chce wprowadzać ograniczeń w zakresie możliwości składania przez podmiot kontrolowany wyjaśnień, a jedynie wzmocnić ich wiarygodność. Warto także pamiętać, że w przypadku złożenia błędnych wyjaśnień podmiot kontrolowany może w każdej chwili z własnej inicjatywy złożyć późniejsze oświadczenie. Istotnym gwarantem bezpieczeństwa prawnego osób składających oświadczenia o których mowa w projektowanym przepisie jest zasada zgodnie z którą odpowiedzialność karna opiera się na zasadzie winy, zgodnie bowiem z art. 1 § 3 kodeksu karnego: „Nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu.”. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
229	BLZ Buchenfeld i Partnerzy	Uwagi ogólne	Konkluzja Projektowany art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (u.d.l.) wyłącza praktyki zawodowe wykonywane „wyłącznie w miejscu wezwania" z katalogu przyjmujących zamówienie, a projektowany ust. 1a uzależnia udzielenie zamówienia innemu podmiotowi leczniczemu od udzielania	Uwagi częściowo uwzględnione Dodano przepis, zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu

	Radcowie Prawni		świadczeń wyłącznie w zakładzie leczniczym tego podmiotu. W odniesieniu do świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta oznacza to poważną niepewność prawną i ryzyko niemożności kontynuowania dotychczasowego modelu zamówień na świadczenia zdrowotne, względnie konieczność jego zasadniczej reorganizacji — w sektorze, którego uzasadnienie projektu i Ocena Skutków Regulacji (OSR) w ogóle nie analizują. Nie twierdzimy, że projekt likwiduje wszystkie prawne formy współpracy. Problem dotyczy konstrukcji zamówień na świadczenia zdrowotne (art. 26–27 ustawy o działalności leczniczej) i jej niezgodności z ustawowymi formami świadczeń udzielanych w warunkach domowych. II. Ciągłość i bezpieczeństwo opieki Pierwszeństwo należy przyznać ochronie ciągłości opieki nad pacjentem. Ograniczenie dostępności opieki domowej zwiększa ryzyko hospitalizacji, interwencji ratunkowych, pobytów w opiece stacjonarnej oraz przeciążenia rodzin — a więc skutków droższych dla płatnika i gorszych dla pacjenta. Przepis przejściowy nie powinien powodować automatycznego wygaśnięcia całych stosunków umownych, jeżeli cel regulacji można osiągnąć przez dostosowanie ich treści (por. pkt VII poniżej). III. Świadczenia domowe są ustawową formą działalności leczniczej Ustawa o działalności leczniczej — ta sama, którą projekt nowelizuje — wprost przewiduje udzielanie świadczeń w warunkach domowych: • art. 9 ust. 1 pkt 4 — do stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne należy „sprawowanie wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów"; • art. 9 ust. 2 — świadczenia te „mogą być udzielane także wyłącznie w warunkach domowych"; • art. 10 ust. 2 pkt 3 — ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą być udzielane „w miejscu pobytu pacjenta"; • art. 10 ust. 3 — podmiot udzielający wyłącznie takich świadczeń wskazuje „miejsce przyjmowania wezwań". Formy praktyki „wyłącznie w miejscu wezwania" (art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy) zostały stworzone właśnie do obsługi tej działalności. Projekt art. 26 powinien zachować funkcjonalną możliwość jej organizowania. IV. Projektowany art. 26 — niespójność systemowa Art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej przewiduje sześć form indywidualnej praktyki lekarskiej. Projektowany art. 26 ust. 1 dopuszcza jako przyjmującego zamówienie wyłącznie dwie z nich — praktyki „wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład". Pomija obie formy „wyłącznie w miejscu wezwania" oraz obie praktyki stacjonarne (gabinetowe). Projektowany ust. 1a nie usuwa problemu: dopuszcza podmiot leczniczy jako przyjmującego zamówienie tylko pod warunkiem udzielania świadczeń „wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie", którym dom pacjenta nie jest. Ust. 1a jest zarazem jedyną podstawą udzielenia zamówienia podmiotowi leczniczemu — przy świadczeniach domowych wyklucza więc z kręgu przyjmujących zamówienie również podmioty lecznicze, mimo że ustawa wprost dopuszcza wykonywanie przez nie działalności leczniczej „także wyłącznie w warunkach domowych" (art. 9 ust. 2). Zakład leczniczy jest przy tym zdefiniowany funkcjonalnie, jako zespół składników majątkowych (art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy) — podmiot wykonujący działalność wyłącznie w warunkach domowych udziela świadczeń „za pomocą" swojego zakładu, choć nie „w" nim, więc warunku ujętego lokalizacyjnie nie może spełnić nigdy. Skutek pogłębia zniesienie dotychczasowego zawężenia art. 26 ust. 1 do podmiotów spełniających przesłanki z art. 4, art. 5 ust. 1 i art. 6 ustawy — Prawo zamówień publicznych: reżim art. 26–27 obejmie po zmianie wszystkie podmioty lecznicze, w tym prywatne i prowadzone przez organizacje pozarządowe, które dotychczas kontraktowały na zasadzie swobody umów. Skutek ten opisujemy jako poważną niepewność prawną i ryzyko niemożności kontynuowania dotychczasowego modelu kontraktowania świadczeń domowych — nie jako usunięcie praktyk „w miejscu wezwania" z obrotu prawnego w ogóle; pozostają one formą wykonywania działalności leczniczej, tracą jednak możliwość przyjmowania zamówień, dla której	pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zmieniono art. 4 -odstąpiono od automatycznego wygaśnięcia umów na rzecz ich dostosowania w terminie 12 mies.

			zostały pomyślane. Propozycje brzmienia przepisów zawiera załączona tabela uwag (uwaga nr 1). Jako rozwiązanie podstawowe proponujemy wąski wyjątek funkcjonalny dla zamówień, których przedmiotem są świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta — obejmujący po stronie przyjmującego zamówienie zarówno praktyki „wyłącznie w miejscu wezwania", jak i podmioty lecznicze udzielające tych świadczeń w ramach działalności wykonywanej za pomocą własnego zakładu leczniczego. Rozwiązanie to chroni opiekę domową i zachowuje cel ust. 1a (wyłączenie pośrednictwa kadrowego — świadczenia mają być udzielane w ramach własnej, zarejestrowanej działalności przyjmującego), nie podważając celu regulacji w lecznictwie szpitalnym. V. Uzasadnienie, OSR i przebieg konsultacji Uzasadnienie zmian art. 26–27 u.d.l. dotyczy wyłącznie zjawisk właściwych lecznictwu zamkniętemu (tzw. leasing pracowniczy, fikcyjne podmioty lecznicze); jako przykład wyjątku z ust. 1a wskazano laboratoria i radiologię. Świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta nie zostały przeanalizowane w żadnym miejscu uzasadnienia ani OSR. Koresponduje z tym skład rozdzielnika konsultacji: wśród 34 adresatów pisma z 24 lipca 2026 r. nie ma żadnej organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej ani innej reprezentacji opieki domowej. OSR zawiera ponadto stwierdzenie, że projekt „nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych przedsiębiorców" — trudne do pogodzenia z treścią projektowanego art. 26 ust. 1, którego adresatem jest wprost osoba wykonująca działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej. OSR wymaga uzupełnienia o analizę wpływu na opiekę domową oraz na osoby wykonujące działalność leczniczą i małe podmioty; nie przesądzamy przy tym bez danych, jaka część podmiotów opieki domowej spełnia kryteria mikro- lub małego przedsiębiorcy. VI. Obsada i organizacja pracy w opiece domowej Formalna liczba lekarzy posiadających specjalizację nie odzwierciedla ich rzeczywistej dostępności dla świadczeń domowych. Znaczenie mają rozmieszczenie geograficzne, wymiar zaangażowania, aktywność w innych zakresach świadczeń, gotowość całodobowa, czas dojazdów oraz konieczność obsady wielu rozproszonych zespołów. Model opieki domowej opiera się na obsłudze obszaru, nie budynku: wizyty planowe i interwencyjne, gotowość telefoniczna, dojazdy między pacjentami. Dokładna skala wymaga walidacji przez organizacje branżowe i konsultantów; w niniejszym stanowisku celowo nie przedstawiamy niezweryfikowanych danych liczbowych. Ograniczenie łącznego zaangażowania osób wykonujących zawód medyczny (projektowane art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (ustawa o świadczeniach) i art. 27 ust. 4 pkt 2a ustawy o działalności leczniczej) w tym sektorze nie zahamuje presji płacowej, natomiast realnie ogranicza liczbę podmiotów zdolnych utrzymać obsadę lekarską. VII. Termin konsultacji i przepis przejściowy Pismo konsultacyjne określa termin zgłaszania uwag na 21 dni od jego otrzymania, ze skróceniem uzasadnionym „szczególnie pilnym charakterem projektu". Zwracamy uwagę, że przy projekcie przewidującym wygaśnięcie z mocy prawa umów całego sektora (art. 4 projektu) tak krótki termin konsultacji jest nieproporcjonalny do wagi skutków. Art. 4 projektu przewiduje, że umowy niespełniające warunków z art. 132aa lub art. 132ab ustawy o świadczeniach oraz z art. 26 lub art. 27 ustawy o działalności leczniczej wygasają z dniem 31 grudnia 2026 r. Data jest sztywna, a ustawa ma wejść w życie po 14 dniach od ogłoszenia — przy realistycznym harmonogramie prac legislacyjnych okres dostosowawczy może wynieść kilka tygodni lub mniej. Wygaśnięcie dotyka przy tym całych umów, a nie ich niezgodnych postanowień; w opiece nad pacjentami w stanach terminalnych oznacza to ryzyko przerwania opieki nad osobami, które nie są w stanie zorganizować sobie alternatywnej pomocy. Postulujemy: 12-miesięczny okres dostosowawczy liczony od dnia wejścia ustawy w życie, z sankcją bezskuteczności niezgodnych postanowień w miejsce wygaśnięcia całej umowy; wygaśnięcie powinno pozostać wyłącznie dla umów, których niezgodność — jako dotycząca samej strony umowy — nie daje się usunąć przez	

			zmianę postanowień, i następować dopiero z upływem okresu dostosowawczego (propozycja brzmienia: tabela uwag, uwaga nr 4). VIII. Równoważnik wymiaru czasu pracy, dojazdy i gotowość Projekt posługuje się pojęciem „równoważnika wymiaru czasu pracy" (art. 132aa ust. 1–3, 6 i 10, art. 132ab ust. 6–8 ustawy o świadczeniach; art. 27 ust. 4 pkt 2a ustawy o działalności leczniczej) i nigdzie go nie definiuje — nie wskazuje normy dobowej, okresu rozliczeniowego ani metody przeliczania. Rozbieżność jest policzalna: przy normie z art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (7 godzin 35 minut) dwukrotność pełnego wymiaru odpowiada od 303,33 do 348,83 godziny miesięcznie zależnie od liczby dni roboczych, podczas gdy OSR przyjmuje normę kodeksową i wartość 320 godzin (8 godzin × 20 dni × 2). Od tej wartości zależy prawdziwość oświadczeń składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 k.k.) oraz odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego (projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11 i ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych — grzywna do 30 000 zł). Adresat normy musi mieć możliwość ustalenia jej treści. Projekt nie rozstrzyga ponadto, czy i jak w równoważniku oraz w limitach wynagrodzeń uwzględniać czas dojazdu, gotowość telefoniczną i interwencyjną oraz wizyty pozaplanowe — elementy konstytutywne świadczeń domowych, nie dodatki do nich. IX. Konkursy ofert Projektowany art. 26 ust. 3 rozszerza obowiązkowy tryb konkursu ofert na każdy podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zachowane pozostaje wyłączenie z art. 26 ust. 4a (zamówienia o wartości nieprzekraczającej równowartości 30 000 euro) oraz zasady ustalania wartości zamówienia z art. 26a ustawy. Zwracamy jednak uwagę, że przy typowych wartościach umów o udzielanie świadczeń w opiece domowej wyłączenie to często nie znajdzie zastosowania, a sformalizowane postępowanie konkursowe istotnie wydłuży uzupełnianie nagłych braków kadrowych — w sektorze, w którym ciągłość obsady przekłada się bezpośrednio na ciągłość opieki nad pacjentem w stanie terminalnym. X. Wady legislacyjne niezależne od kierunku regulacji W tabeli uwag wskazujemy wady, które wymagają usunięcia niezależnie od rozstrzygnięć merytorycznych: brzmienie art. 132aa ust. 9 ustawy o świadczeniach (literalnie wyklucza umowy cywilnoprawne, wbrew ust. 10 i uzasadnieniu), błędne odesłanie w art. 132aa ust. 10 ustawy o świadczeniach (do ust. 3 zamiast ust. 9), brak definicji równoważnika wymiaru czasu pracy, rozbieżność zakresów art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach i art. 27 ust. 4 pkt 2a u.d.l., brak trybu rozpoznawania wniosków z art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach wraz z rozbieżnością względem opisu projektu w wykazie prac RM, a także błąd rachunkowy OSR. XI. Wnioski 1. Zgłaszamy potrzebę uzupełnienia projektowanego art. 26 ustawy o działalności leczniczej o wąski wyjątek funkcjonalny dla zamówień, których przedmiotem są świadczenia zdrowotne udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta — po stronie przyjmującego zamówienie obejmujący zarówno praktyki wyłącznie w miejscu wezwania, jak i podmioty lecznicze (tabela uwag, uwaga nr 1). 2. Zgłaszamy potrzebę uzupełnienia zakresów art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 27 ust. 4 pkt 2a ustawy o działalności leczniczej oraz rozważyć uwzględniający organizację świadczeń domowych (uwaga nr 2), wraz z realnym trybem odstępstw (uwaga nr 3). 3. Zgłaszamy potrzebę zastąpienia sztywnego wygaśnięcia umów z art. 4 projektu 12-miesięcznym okresem dostosowawczym z sankcją bezskuteczności niezgodnych postanowień (uwaga nr 4). 4. Zgłaszamy potrzebę zdefiniowania równoważnika wymiaru czasu pracy i rozstrzygnięcia ujmowania dojazdów oraz gotowości telefonicznej i interwencyjnej (uwagi nr 3 i 7). 5. Zgłaszamy potrzebę usunięcia wad legislacyjnych i uzupełnienia OSR (uwagi nr 5, 6, 8, 9, 10).	

230	Alicja Jereczek		Uwagi legislacyjne: a) jest: w art. 61a dodaje się ust. 1a w brzmieniu powinno być: w art. 61a po ust. 1. dodaje się ust. 1a w brzmieniu b) jest: w art. 61o dodaje się ust. 4 w brzmieniu: „4. Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Osoba składająca oświadczenie jest obowiązana do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.” powinno być: w art. 61o po ust. 3. dodaje się ust. 4 w brzmieniu: „4. Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Osoba składająca 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 zeznań.” c) w art. 61u (…) jest: b) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu: powinno być: b) po ust. 4. dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu: d) Konsekwencją zmian wskazanych w art. 61w powinna być analogiczna zmiana: w art. 192 a ust. 2 jest: 2. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 1, mogą być wykorzystywane przez Fundusz w celu prowadzenia czynności, o których mowa w dziale IIIA, z zachowaniem ograniczeń wynikających z przepisów art. 61z. powinno być: 2. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 1, mogą być wykorzystywane przez Prezesa Funduszu w celu prowadzenia czynności, o których mowa w dziale IIIA, z zachowaniem ograniczeń wynikających z przepisów art. 61z. w art. 61x jest: W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w szczególności w przypadku, o którym mowa w art. 61w ust. 1, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków	• 61a – uwaga zasadna zgodna z regułami legislacji • 61o – doprecyzowano przepisy • 61u – uwaga niezasadna, niezgodna z art.. 89 ust. 2 techniki prawodawczej • Art. 192a – uwaga niezasadna; uprawnienie określone w art. 192a przysługuje nie tylko Prezesowi, ale też dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ; uprawnienie to nie jest wyłącznie związane z realizacją zadania, o którym mowa w art. 61w; • Art. 61x – uwaga niezasadna, uprawnienie przysługuje nie tylko Prezesowi, ale też dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ, art. 61x ma zastosowanie nie tylko do wyników czynności sprawdzających, o których mowa w art. 61w ale może stanowić również konsekwencję monitorowania zawartych przez Fundusz umów; • Art. 61y uwaga niezasadna, w przepisie chodzi o Terenowe Wydziały Kontroli (TWK). Komórka prowadząca kontrole, to Departament Kontroli. TWK są wewnętrznymi komórkami organizacyjnymi Departamentu. Celem przepisu jest wprowadzenie możliwości określania limitów dla poszczególnych TWK, co jest uzasadnione koniecznością zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej, z uwzględnieniem konieczności niwelowania obecnie istniejących nierówności. Przepis był już procedowany przez RCL w ramach innego projektu i nie zgłaszano wątpliwości w tym zakresie. • 61d – propozycja niezasadna; projekt zawiera szerszy katalog

			wynikających z przepisów prawa, Fundusz stosuje sankcje, o których mowa odpowiednio w art. 61s ust. 2 pkt 3. powinno być: W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w szczególności w przypadku, o którym mowa w art. 61w ust. 1, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa, Prezes Funduszu stosuje sankcje, o których mowa odpowiednio w art. 61s ust. 2 pkt 3. 1. Propozycje: a) Projektowany zapis art. 61y ust. 9a zawiera nazwę wewnętrzna komórka w komórce organizacyjnej Funduszu. 9a. Prezes Funduszu, w przypadku ustalenia terminu egzaminu, o którym mowa w ust. 5, nie później niż na miesiąc przed terminem tego egzaminu, określa w drodze zarządzenia Prezesa Funduszu limit osób, które mogą zostać powołane na stanowisko kontrolera w każdej z wewnętrznych komórek w komórce organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrolę. Zarówno sama ustawa jak i obowiązujący regulamin organizacyjny Centrali NFZ nie opisują definicji „komórki wewnętrznej”. Jedyne powtarzające się nazwy to: komórka organizacyjna Funduszu, która prowadzi kontrole lub komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niedoprecyzowanie może mieć konsekwencje dowolności interpretacji. Zasadnym jest aby używać nazw istniejących lub wprowadzić definicję nowo utworzonego hasła. b) Z uwagi zapis art. 61 pkt 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r., poz. 1480 ze zm.), który stanowi, że przepisów m.in. art. 54 – mówiących o tym, że nie można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jednej kontroli działalności przedsiębiorcy - nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców przeprowadzanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na podstawie ustawy o świadczeniach, proponuje się dodanie ust. 4a w art. 61d, w brzmieniu: 4a. Można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jedną kontrolę działalności podmiotu kontrolowanego w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1-3, w przypadku gdy przeprowadzenie kontroli uzasadnione jest bezpośrednim zagrożeniem życia, zdrowia lub przeprowadzenie kontroli następuje w skutek podejrzenia nadużyć w zakresie gospodarowania środkami publicznymi. c) Z uwagi na prowadzenie dokumentacji z kontroli w elektronicznym systemie zarządzania dokumentacją oraz przepisy kancelaryjne i archiwalne, zobowiązujące m.in. komórki organizacyjne Funduszu, które prowadzą kontrole, do archiwizacji spraw kontroli, zasadnym jest wyznaczenie terminu dla kierownika podmiotu kontrolowanego, w którym będzie miał prawo wglądu do akt kontroli. Proponuje się zmianę zapisu art. 61l ust. 2 Jest: 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. Propozycja zmiany: 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	przesłanek. Do kontroli NFZ nie mają zastosowania przepisy Prawa przedsiębiorców, zatem przepis możemy ukształtować niezależnie od ograniczeń z niego wynikających Art. 61l ust. 2 – propozycja zasadna, przyjąć należy za racjonalne rozwiązanie przyjęte w uwadze z uwagi na wyczerpanie postępowania reklamacyjnego.

			momentu rozpoczęcia postępowania kontrolnego do upływu terminu określonego w art. 61t ust. 1.	
231	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Cały projekt; art. 1 pkt 22 (art. 132aa i art. 132ab), art. 3 (art. 26–27 u.dz.l.); OSR	Projekt nie zawiera mapy zastosowania projektowanych przepisów do świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Nie rozróżnia leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń środowiskowych i domowych ani personelu współdzielonego między zakresami. Zakres art. 132aa ust. 3–6 jest węższy niż zakres art. 132aa ust. 1–2, art. 132ab oraz zmienianych art. 26–27 u.dz.l. Bez mapy zakresu operatorzy centrów zdrowia psychicznego i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia mogą przyjmować rozbieżne wykładnie wobec tych samych umów. Ryzyko jest podwyższone, ponieważ projekt wchodzi w życie w okresie przejścia z programu pilotażowego do modelu docelowego.	Uwaga niezasadna
232	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 22 (art. 132aa ust. 1–2 i 9–10); art. 3 pkt 2 lit. b (art. 27 ust. 4 pkt 1a i 2a u.dz.l.)	Projekt nie realizuje zasadniczego wniosku Najwyższej Izby Kontroli. NIK wnioskowała o ustalenie norm czasu pracy i prawa do odpoczynku niezależnie od liczby i form umów. Projekt wprowadza natomiast limit równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy (art. 132aa ust. 1), ustalany na podstawie treści umów i oświadczeń składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej. Sejmowa Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 6 listopada 2025 r., rozpatrując informację o dyżurach całodobowych w psychiatrii, uznała problem za realny i dotyczący zarówno bezpieczeństwa pacjentów, jak i personelu; spór dotyczył nie istnienia problemu, lecz narzędzi odpowiedzi. Izba udokumentowała skalę zjawiska. W próbie 92 pracowników medycznych normy czasu pracy naruszyło 77 osób (83,7%), a 59 (64,1%) nie miało jedenastogodzinnego odpoczynku dobowego – łącznie 873 razy. W skrajnym przypadku lekarz pracował w każdej dobie trzymiesięcznego okresu rozliczeniowego średnio blisko 14 godzin, wliczając weekendy i święta. Mimo to wymiar zapisany w umowie nie odpowiada liczbie rzeczywiście przepracowanych godzin. Częściowe narzędzie już obowiązuje: art. 27a ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. (Dz. U. poz. 972), obowiązującym od 5 sierpnia 2026 r., pozwala ministrowi żądać danych jednostkowych o czasie pracy, formie zatrudnienia i wynagrodzeniu, identyfikowanych numerem PESEL i prawa wykonywania zawodu. Umożliwia to łączenie rekordów tej samej osoby między podmiotami. Rejestru nie trzeba więc budować od zera – wystarczy dodać dane o rzeczywistych godzinach, dyżurach, gotowości, świadczeniach zdalnych i odpoczynku oraz prawo wglądu i sprostowania. Formalne spełnienie limitu nie ujawni nakładających się harmonogramów, dyżurów bez odpoczynku dobowego, gotowości, teleporad, czasu dokumentacji ani dojazdów do pacjenta. W opiece środowiskowej obciążenie wynika w istotnej części z pracy mobilnej i reagowania na kryzys, których projekt nie definiuje.	Uwaga niezasadna
233	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna	Art. 1 pkt 22 (art. 132aa ust. 3–6)	Minimalny wymiar połowy etatu dla personelu udzielającego świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie jest właściwą miarą ciągłości opieki. Ciągłość opieki psychiatrycznej jest funkcją zespołu, koordynacji, dokumentacji, zastępstw i odpowiedzialności terytorialnej, a nie wymiaru umowy pojedynczej osoby. Cel jest przy tym osiągalny środkiem mniej dotkliwym, który już obowiązuje: identyfikacja danych numerem PESEL w art. 27a ustawy o działalności leczniczej umożliwia wykrycie wieloetatowości bez ustanawiania administracyjnego limitu liczby umów. Ograniczenie wolności wykonywania zawodu, oceniane w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, nie spełnia wymogu konieczności, jeżeli ten sam cel osiąga instrument monitorujący wprowadzony przez tego samego projektodawcę kilka tygodni wcześniej.	Uwaga niezasadna Ten wymóg nie dotyczy opieki psychiatrycznej.

	Handlowa w Warszawie		Sztywny próg utrudni korzystanie z rzadkich kompetencji potrzebnych w kilku ośrodkach w niewielkim wymiarze, co przy niedoborze psychiatrów uderzy najmocniej w ośrodki poza dużymi miastami.	
234	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 22 (art. 132aa ust. 6)	Uzależnienie zatrudnienia u kolejnego świadczeniodawcy od zgody kierownika podmiotu dotychczasowego ogranicza mobilność personelu i wzmacnia pozycję największych świadczeniodawców. Mechanizm budzi zastrzeżenia co do proporcjonalności ograniczenia wolności wykonywania zawodu w rozumieniu art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i tworzy strukturalny konflikt interesów: o dostępie konkurenta do kadry rozstrzyga podmiot bezpośrednio zainteresowany jej zatrzymaniem. Kierownik może odmówić zgody, powołując się na własne niezaspokojone potrzeby kadrowe, bez obowiązku uwzględnienia potrzeb pacjentów na innym obszarze. Jest to instrument koncentracji rynku pracy, a nie miernik jakości ani bezpieczeństwa. Przy deficycie kadr psychiatrycznych mechanizm ten może utrwalić nierówności terytorialne w dostępie do świadczeń.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.
235	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 22 (art. 132aa ust. 8)	Zgoda Prezesa Funduszu na czasowe odstąpienie od wymogów nie ma określonego terminu rozpatrzenia wniosku, kryteriów oceny, trybu odwoławczego ani zasad publikacji rozstrzygnięć. Odpowiedzialność centrum zdrowia psychicznego za populację obszaru jest ciągła. Ryzyko przewlekłości nie jest hipotetyczne. Najwyższa Izba Kontroli ustaliła w kontroli kontraktowania świadczeń, że 85,6% odwołań do Prezesa Funduszu rozpatrzono po ustawowym terminie 30 dni. Ponad 55% rozpatrzono po 90 dniach. W skrajnych przypadkach postępowanie trwało ponad 300 dni. Zgoda udzielana na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, bez ustawowego terminu rozpatrzenia wniosku, może w tych realiach stać się wąskim gardłem dokładnie w momencie zagrożenia ciągłości świadczeń; okres ten jest krótszy niż cykl kontraktowania i wymusza cykliczne odnawianie wniosków. Brak jawności rozstrzygnięć uniemożliwia ocenę równego traktowania wnioskodawców.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany.
236	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 22 (art. 132ab)	Limit stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego w wysokości jednej dwudziestej minimalnego wynagrodzenia (art. 132ab ust. 1), limit miesięczny w wysokości ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia na etat (ust. 7), dwunastokrotności przy wynagrodzeniu dodatkowym (ust. 8) oraz łączny pułap szesnastokrotności nie uwzględniają zawodu, specjalności, regionu, deficytu kadr, pracy nocnej ani odpowiedzialności za ciągłość świadczeń na obszarze. Ograniczenie obejmuje wyłącznie świadczenia finansowane ze środków publicznych, z pominięciem sektora komercyjnego. Uzasadnienie projektu nie przedstawia rozkładu obecnych stawek, liczby osób przekraczających limit ani analizy elastyczności podaży pracy. Kolejność jest przy tym odwrócona. Od 5 sierpnia 2026 r. art. 27a ustawy o działalności leczniczej, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. (Dz. U. poz. 972), daje ministrowi podstawę do pozyskania danych o stawkach godzinowych, dodatkach i formie zatrudnienia, ze wskazaniem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako odbiorcy – a więc danych pozwalających skalibrować pułap stawki. Zarzut nie dotyczy zatem braku danych, lecz sekwencji: projektodawca dysponuje narzędziem do zebrania podstawy empirycznej i powinien je wykorzystać przed ustanowieniem limitu, a nie po jego wprowadzeniu. Narzędzie działa ponadto asymetrycznie: ogranicza wynagrodzenia tam, gdzie realizowane są zadania publiczne, nie ograniczając ich tam, dokąd personel może odejść. Możliwy jest zatem odpływ do sektora	Uwaga niezasadna Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

			komercyjnego, rezygnacja z dyżurów i ograniczenie pracy poza dużymi ośrodkami. W zespole wielodyscyplinarnym brak jednej roli obligatoryjnej może zablokować pracę całego zespołu.	
237	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 projektu w zw. z projektem UD434 (nowelizacja ustawy o działalności leczniczej)	Art. 3 projektu nowelizuje ustawę o działalności leczniczej równolegle do odrębnego projektu UD434, konsultowanego pismem DLD.0210.3.2026.EMK z dnia 22 lipca 2026 r. (RCL 12412706), który zmienia te same jednostki redakcyjne. Zgłaszający przedstawia w konsultacjach projektu UD434 uwagę o tożsamej treści. Projekty nie zawierają wzajemnych odesłań ani przepisów kolizyjnych. Zgodnie z § 92 ust. 1 zasad techniki prawodawczej (rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r., t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 300) jedną ustawą zmieniającą obejmuje się tylko jedną ustawę. Odstąpienie od tej zasady dopuszcza § 92 ust. 2 w dwóch przypadkach: gdy między zmienianymi ustawami występują niewątpliwe związki tematyczne albo gdy do zrealizowania zamysłu prawodawcy jest niezbędne jednoczesne dokonanie zmian w kilku ustawach. Żadnej z tych przesłanek uzasadnienie nie wykazuje, a druga jest zaprzeczona praktyką samego projektodawcy: te same art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej zmienia równolegle odrębny projekt UD434, co dowodzi, że jednoczesność zmiany w tym projekcie nie jest niezbędna. Projekt nowelizuje trzy ustawy, przy czym zmiany w ustawie o działalności leczniczej dotyczą materii kontraktowej, odrębnej od materii świadczeniowej pozostałych zmian; uzasadnienie nie wykazuje wymaganego związku. Nowelizowanie tych samych jednostek redakcyjnych w dwóch projektach tworzy ryzyko koordynacyjne: oba mają wejść w życie w zbliżonym terminie, a jeden przewiduje wygaśnięcie umów 31 grudnia 2026 r.	Uwaga nieuwzględniona Aktualnie nie jest planowane połączenie tych projektów. Projekty mogą być połącznie na etapie prac sejmowych.
238	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 pkt 1 lit. a (art. 26 ust. 1 u.dz.l.)	Projekt rozpoznaje pozorne pośrednictwo przez formę prawną przyjmującego zamówienie i miejsce udzielania świadczeń, a nie przez rzeczywisty sposób wykonywania umowy. Według NIK outsourcing jest co do zasady dopuszczalny, a o pozorności przesądza tożsamość personelu i zadań, ustalanie godzin i nadzór przez zamawiającego oraz korzystanie z jego infrastruktury. Kryterium formy prawnej daje wyniki fałszywie dodatnie wobec legalnych wykonawców zespołowych i fałszywie ujemne wobec jednoosobowych praktyk pełniących funkcję pośrednika.	Uwaga niezasadna
239	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 pkt 1 lit. a i b (art. 26 ust. 1 i 1a u.dz.l.) w zw. z art. 5 ust. 2–3 u.dz.l.	Projektowane brzmienie może wyłączyć praktyki grupowe: ust. 1 wskazuje wyłącznie praktykę indywidualną, a praktyka grupowa nie jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ust. 1a. Praktyka grupowa jest praktyką zawodową, lecz zgodnie z art. 5 ust. 3 u.dz.l. nie jest podmiotem leczniczym. Wykładnia literalna prowadzi więc do jej pominięcia w obu jednostkach. Praktyka grupowa organizuje jednak zespół, obsadę i zastępstwa. Jej wykluczenie nie wynika z mechanizmu szkody opisanego przez NIK, a prowadzi do rozdrobnienia współpracy na wiele umów indywidualnych.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie

				informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym
240	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 pkt 1 lit. a (art. 26 ust. 1 u.dz.l.)	Odesłanie do jednoosobowej działalności gospodarczej wykonywanej jako indywidualna praktyka zawodowa pomija zawody, dla których ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje takiej formy. Art. 5 u.dz.l. tworzy praktyki zawodowe dla lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. Nie przewiduje ich dla psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, osób prowadzących terapię zajęciową, pracowników socjalnych ani asystentów zdrowienia. Są to role obligatoryjne w zespole centrum zdrowia psychicznego. Obecne brzmienie art. 26 ust. 1 dopuszcza zamówienie dla osoby legitymującej się fachowymi kwalifikacjami; projekt ten kanał zamyka.	Uwaga niezasadna Przepis dotyczy wszystkich osób wykonujących zawody medyczne.
241	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 pkt 1 lit. a i b (art. 26 ust. 1 i 1a u.dz.l.)	Wymóg udzielania świadczeń wyłącznie w zakładzie leczniczym zamawiającego albo wyłącznie we własnym zakładzie przyjmującego zamówienie jest nieadekwatny do świadczeń udzielanych poza zakładem leczniczym. Model środowiskowy obejmuje leczenie domowe, interwencje w miejscu wezwania, pracę w społeczności lokalnej, świadczenia mobilne, zdalne i mieszane. Literalne kryterium miejsca prowadzi do kwestionowania świadczeń, które z założenia odbywają się w domu pacjenta. Najwyższa Izba Kontroli ocenia miejsce udzielania świadczeń łącznie z pozostałymi przesłankami i w odniesieniu do świadczeń szpitalnych, gdzie zakład leczniczy jest naturalnym miejscem ich realizacji. Przeniesienie tego kryterium na świadczenia z założenia udzielane poza zakładem leczniczym prowadzi do skutku odmiennego od zamierzonego: cecha, która w warunkach szpitalnych sygnalizuje pozorność, w opiece środowiskowej stanowi istotę świadczenia. Ustawa zawiera przy tym własną zasadę kierunkową: art.	Uwaga uwzględniona

			12 nakazuje dążyć do poprawy stanu zdrowia „w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy". Opieka udzielana w miejscu zamieszkania jest jej bezpośrednim zastosowaniem. W komentarzu M. Piekarec wskazano wprost: ryczałt pozwala dojechać do pacjenta w odległej miejscowości i ponowić próbę mimo nieobecności. Przy rozliczeniu według miejsca udzielania świadczenia takich działań rozliczyć się nie da.	
242	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 3 pkt 1–2 (art. 26–27 u.dz.l.) w zw. z przepisami o programie pilotażowym w centrach zdrowia psychicznego	Projekt nie określa relacji nowych ograniczeń do podwykonawstwa dopuszczonego wprost w obowiązującym rozporządzeniu o programie pilotażowym w centrach zdrowia psychicznego. Model organizacyjny wprost dozwolony aktem wykonawczym może zostać zakwestionowany na podstawie zmienionej ustawy. Dotyczy to w szczególności podwykonawstwa oddziału psychiatrycznego, dopuszczonego wprost w § 11 ust. 5 rozporządzenia o programie pilotażowym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1883) dla świadczeniodawcy nieposiadającego własnego oddziału, a także postępowań na obszarach określonych ułamkiem, na których przewidziano funkcjonowanie więcej niż jednego świadczeniodawcy prowadzącego centrum, wskazanych w § 2 pkt 9 rozporządzenia pilotażowego (pozycje 60, 74–80, 88, 98, 103, 114 i 129 załącznika nr 1), oraz innych komórek organizacyjnych, których status określa umowa o realizację programu pilotażowego. Projekt nie zawiera ani inwentaryzacji tych umów, ani przepisu kolizyjnego.	Uwaga niezasadne Uwaga wykracza poza zakres projektowanej regulacji.
243	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 4 projektu	Automatyczne wygaśnięcie z dniem 31 grudnia 2026 r. umów niespełniających nowych wymogów, przy czternastodniowej vacatio legis, zbiega się z zakończeniem programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Zakres podmiotowy przepisu jest przy tym niejasny: mowa w nim o umowach z osobami wykonującymi zawód medyczny, odsyła zaś do art. 26 i 27 u.dz.l., które regulują umowy z podmiotami. W tym samym dniu zmieniają się podstawa organizacyjna systemu, sposób finansowania, zakres odpowiedzialności terytorialnej, dopuszczalność podwykonawstwa oraz umowy personelu. Załącznik nr 1 do rozporządzenia pilotażowego wyznacza 129 obszarów odpowiedzialności terytorialnej, natomiast według rejestru umów Narodowego Funduszu Zdrowia działa 119 centrów zdrowia psychicznego. Dziesięć podmiotów wskazanych w załączniku nie zawarło umowy o realizację programu pilotażowego. Obszary objęte pilotażem obejmują 15 929 649 dorosłych mieszkańców, czyli 52% dorosłej populacji kraju według Banku Danych Lokalnych na dzień 31 grudnia 2025 r. Liczby te opisują różne wielkości i różne daty: 129 to liczba pozycji w załączniku nr 1 do rozporządzenia pilotażowego, w którym jednej pozycji może odpowiadać ułamek obszaru miasta; 119 – liczba centrów zdrowia psychicznego według rejestru umów Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2026 r. zawarto kolejne umowy, wobec czego liczba podmiotów objętych skutkami przepisu jest wyższa. Projekt nie wymaga planu ciągłości ani zapewnienia obsady zastępczej przed wygaśnięciem umowy.	Art. 4 został zmieniony - przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
244	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 6 (art. 48e ust. 1, 1a, 6 i 9)	Projekt przenosi wdrażanie, finansowanie, kontrolę, monitorowanie i ewaluację programu pilotażowego na Fundusz, pozostawiając ministrowi właściwemu do spraw zdrowia równoległą kontrolę nadzorczą. Uzasadnienie wywodzi potrzebę tej zmiany wprost z ustaleń kontroli Najwyższej Izby Kontroli nr P/25/078 „Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych", przeprowadzonej przez Delegaturę w Poznaniu. Fundusz stanie się jednocześnie płatnikiem, stroną umowy, podmiotem wdrażającym, monitorującym, ewaluującym i kontrolującym. Nie przewidziano gwarancji niezależności ewaluacji ani zasad rozgraniczenia kontroli Funduszu i ministra, co może prowadzić do dublowania czynności i rozbieżności kryteriów oceny. Dla programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oznacza to, że ocena skutków systemowych reformy zostanie powierzona podmiotowi będącemu jej stroną finansującą. Projektodawca uzasadnia zmianę ustaleniami kontroli dotyczącej środowiskowej opieki	Uwaga niezasadna Powierzenie NFZ wdrażania, finansowania, monitorowania, kontroli i ewaluacji programu pozwala na zapewnienie spójności procesów zarządczych, efektywniejsze wykorzystanie danych gromadzonych przez płatnika publicznego oraz szybsze reagowanie na zidentyfikowane problemy w realizacji programu. Nie można podzielić obaw dotyczących rzekomego braku niezależności ewaluacji.

			psychiatrycznej, a mimo to ani uzasadnienie, ani ocena skutków regulacji nie analizują wpływu projektu na tę dziedzinę.	Ewaluacja prowadzona przez Fundusz będzie opierała się na obiektywnych danych dotyczących realizacji i finansowania świadczeń, którymi dysponuje Fundusz. Jednocześnie utrzymanie uprawnień nadzorczych ministra właściwego do spraw zdrowia stanowi dodatkowy mechanizm weryfikacyjny, zwiększający transparentność procesu i umożliwiający niezależną ocenę prawidłowości działań Funduszu. Równoległe kompetencje ministra i Funduszu nie będą prowadzić do dublowania czynności kontrolnych. Przeciwnie, tworzą system wzajemnego uzupełniania się funkcji zarządczych i nadzorczych, w którym Fundusz odpowiada za bieżącą realizację programu, natomiast minister zachowuje możliwość strategicznej oceny jego zgodności z celami polityki zdrowotnej państwa.
245	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 8 (art. 61ba ust. 2) oraz art. 1 pkt 23 (art. 192a ust. 1 pkt 4 lit. a)	Twierdzenia zawartego w uzasadnieniu nie da się pogodzić z treścią projektowanych art. 61ba ust. 2 i art. 192a ust. 1 pkt 4, które ustanawiają nową, szeroką podstawę dostępu do dokumentacji medycznej. Art. 50 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zwalnia dziś z obowiązku zachowania tajemnicy wobec organów administracji i osób współuczestniczących w wykonywaniu zadań pomocy społecznej. Jest to jednak zwolnienie z tajemnicy, a nie podstawa przetwarzania danych w rozumieniu art. 9 rozporządzenia 2016/679. Dane o zdrowiu psychicznym należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 rozporządzenia 2016/679, a ich ujawnienie niesie ryzyko stygmatyzacji nieporównywalne z innymi kategoriami danych zdrowotnych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje w art. 50–52 wzmocnioną ochronę tajemnicy dotyczącej osób z zaburzeniami psychicznymi, przy czym art. 50 ust. 2 zawiera zamknięty katalog podmiotów zwolnionych z obowiązku jej zachowania. Projekt nie rozstrzyga relacji projektowanego uprawnienia Prezesa Funduszu do tego katalogu ani nie wskazuje, czy stanowi wobec niego przepis szczególny. Ryzyko ujawnienia faktu korzystania ze świadczeń psychiatrycznych poza systemem publicznym może zniechęcać do leczenia i pogłębiać stygmatyzację.	Uwaga niezasadna W dzisiejszym stanie prawnym NFZ ma dostęp do dok med. wytworzonej na okoliczność świadczeń zdrowotnych w psychiatrycznych. Nie istnieje ryzyko ujawnienia faktu korzystania ze świadczeń psychiatrycznych poza systemem publicznym przez pacjenta, choćby z konieczności zachowania tajemnicy kontrolerskiej każdej osoby biorącej udział w kontroli/w ramach kontroli oraz przepisów dotyczących RODO. To nie pacjent jest podmiotem będącym w zainteresowaniu kontroli, ale pracownik medyczny udzielający świadczenia/deklarujący udzielanie świadczenia w danym dniu/danemu pacjentowi. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania

				zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
246	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 2 projektu (art. 8a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)	Kierunek zmiany zasługuje na poparcie. Katalog przesłanek w projektowanym ust. 2 nie obejmuje jednak stanu zdrowia psychicznego ani niepełnosprawności psychospołecznej, mimo że są to najczęściej raportowane przesłanki nierównego traktowania w dostępie do świadczeń somatycznych. Projektowany przepis wymienia płeć, wiek, przynależność polityczną i niepełnosprawność. Osobom z rozpoznaniem psychiatrycznym odmawia się świadczeń somatycznych lub odracza je z powodu samego rozpoznania. Zjawisko to, opisane jako diagnostic overshadowing, WHO wskazuje jako jedną z przyczyn luki w oczekiwanej długości życia tej populacji. Bez wyraźnego wymienienia tej przesłanki przepis pozostanie wobec niej normą deklaratywną.	Katalog przesłanek niedopuszczalnego dyskryminującego postępowania względem pacjentów określony w art. 8a ust, 2 ma charakter otwarty (posługuje się wyrażeniem: w szczególności). Dokonanie oceny, czy nie zachodzi niedopuszczalne dyskryminujące postępowanie możliwe więc będzie w oparciu również o inne przesłanki niż wskazane w tym przepisie.
247	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Art. 1 pkt 2 (art. 31la ust. 8–10)	Kierunek zmiany zasługuje na poparcie. Projekt nie wykorzystuje jednak nowego trybu do rozwiązania problemu, który powstanie z dniem 1 stycznia 2027 r.: braku taryf dla świadczeń centrum zdrowia psychicznego wprowadzanych do koszyka świadczeń gwarantowanych. Tryb taryfikacji poza planem taryfikacji został pomyślany właśnie dla sytuacji, w których informacje posiadane przez Agencję wskazują na potrzebę pilnego określenia taryfy. Ostatnia kompleksowa wycena świadczenia realizowanego w centrum zdrowia psychicznego (raport taryfikacyjny Agencji WT.5403.11.2022) opierała się na danych finansowo-księgowych z 2021 r.; od tego czasu istotnie zmieniły się koszty pracy i struktura świadczeń, a Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031 przewiduje przejście centrów do rozwiązania systemowego jako działanie 2.7.1. Wprowadzenie do koszyka świadczeń bez uprzedniej wyceny oznacza kontraktowanie w niepewności co do finansowania. Może to prowadzić do zaniżenia stawek dla świadczeń środowiskowych, które nie mają odpowiednika w dotychczasowych taryfach. Skalę zagadnienia wyznaczają dane samego płatnika: zgodnie z opinią Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2026 r. przekazaną do Agencji, przy nakładach bieżących 3,95 mld zł prognoza na lata 2027–2029 wynosi odpowiednio 5,03, 4,80 i 5,06 mld zł. Oznacza to dodatkowe środki rzędu 1,34 mld zł, jeżeli sumuje się wyłącznie dodatnie przyrosty rok do roku: 1,08 mld zł w 2027 r. i 0,26 mld zł w 2029 r. Rok 2028 wypada wtedy z rachunku, mimo że plan pozostaje o 0,85 mld zł wyższy od stanu obecnego. Przy metodyce analizy wpływu na budżet, sumującej różnice wobec scenariusza istniejącego, wynik wynosi około 3 mld zł (1,08 + 0,85 + 1,11). Obie wartości pochodzą z tej samej prognozy i nie są rozbieżne, lecz opisują różne wielkości; brak ich jednoznacznego rozróżnienia w dokumentach towarzyszących reformie utrudnia ocenę skutków finansowych.	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji projektu. Projektowany art. 31la ustanawia generalny tryb umożliwiający podjęcie przez Prezesa Agencji prac w sprawie określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia niewskazanego w planie taryfikacji, jeżeli potrzeba taka wynika z informacji posiadanych przez Agencję. Przepis nie określa katalogu świadczeń, które mają zostać poddane taryfikacji, ani nie rozstrzyga o konieczności przeprowadzenia taryfikacji w konkretnych zakresach świadczeń. Postulat dotyczący określenia taryf dla świadczeń realizowanych przez centra zdrowia psychicznego odnosi się zatem do podjęcia konkretnych prac taryfikacyjnych, a nie do projektowanej regulacji trybu prowadzenia takich prac. Kwestia ta pozostaje poza zakresem przedmiotowym projektowanej zmiany.
248	Tomasz Rowiński,	OSR, w szczególności	OSR zawiera dwie deklaracje wymagające weryfikacji wobec treści projektu: że projekt nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców oraz że nie wywiera wpływu	Uwaga niezasadna

	członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	pkt 1, 6–7, 10 i 12	na obszar danych osobowych. Nie zawiera przy tym odrębnej analizy wpływu na opiekę psychiatryczną ani danych bazowych pozwalających ocenić skalę ryzyka. Posługuje się przy tym trzema różnymi populacjami: osobami wykonującymi zawody medyczne, podmiotami raportującymi i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Nie podaje daty migawki danych ani zastosowanego filtra. Oszacowań nie da się więc odtworzyć. Mierniki realizacji celu mierzą koncentrację zatrudnienia, a nie eliminację pośrednictwa, odpoczynek, ciągłość ani dostępność.	
249	Tomasz Rowiński, członek Rady do spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Przepisy kadrowe i płacowe oraz art. 3 projektu; OSR	Najbardziej ingerujące rozwiązania mają zostać wdrożone ogólnokrajowo bez uprzedniego sprawdzenia trafności eliminacji pośredników i skutków ubocznych. Brakuje danych o realizatorach pilotażu z równoległą umową szpitalną, o osobach współdzielonych między zakresami oraz o praktykach grupowych i podwykonawcach. Brakuje też liczby umów zagrożonych wygaśnięciem i oceny skutków dla dyżurów, wizyt domowych, hospitalizacji i ciągłości leczenia. Deklaracji o braku wpływu na mikroprzedsiębiorców nie da się pogodzić z treścią projektu. Projektowany art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej przesądza, że przyjmującym zamówienie może być wyłącznie osoba fizyczna wykonująca działalność w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, a więc mikroprzedsiębiorca. Art. 4 projektu wygasza z mocy prawa zawarte przez nich umowy. Projekt może przy tym osiągnąć oba zaproponowane mierniki, eliminując zarazem legalne zespoły i pozostawiając pośrednictwo jednoosobowe. W publikacji wskazano, że dane systemu nie zawierają wskaźników opartych na trosce, lecz wskaźniki proporcjonalności, a ewaluacja pilotażu pomiaru takich wskaźników nie objęła. A. Gołębicka wskazuje: gdy jedynym językiem zarządzania są wskaźniki finansowe i kontrola formalna, uczestnicy systemu szukają rozwiązań najkorzystniejszych rozliczeniowo, nie Nie wykazano, czy projekt usunie rzeczywistych pośredników, zachowując przy tym legalne zespoły, obsadę dyżurów, wizyty domowe i ciągłość opieki. Ryzyko błędów fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych jest szczególnie wysokie przy deficycie kadr psychiatrycznych, gdzie utrata jednej osoby przekłada się bezpośrednio na zawieszenie zakresu świadczeń.	Uwaga częściowo uwzględniona Zrezygnowano z automatycznego wygaśnięcia umów na rzecz ich dostosowania w terminie 12 mies.
250	Ogólnopolski Związek Świadczenioda wców Wentylacji Mechanicznej	art. 132aa ust. 1–8	Projekt przewiduje wprowadzenie nowych ograniczeń dotyczących zatrudniania osób wykonujących zawody medyczne, obejmujących w szczególności limit łącznego wymiaru zatrudnienia u świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązek uzyskania zgody podstawowego świadczeniodawcy na podjęcie dodatkowego zatrudnienia oraz obowiązek zatrudnienia w minimalnym wymiarze czasu pracy. W ocenie Związku projektowane rozwiązania powinny zostać uzupełnione o szczególne regulacje uwzględniające specyfikę świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych. Świadczenia te są realizowane poza podmiotem leczniczym, wymagają zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem, gotowości do podejmowania interwencji oraz współpracy z wysoko wykwalifikowanym personelem medycznym, którego dostępność jest istotnie ograniczona. W konsekwencji objęcie tych świadczeń projektowanymi ograniczeniami na zasadach analogicznych jak świadczeń stacjonarnych może prowadzić do zakłócenia ich realizacji. Związek postuluje zatem objęcie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej czasowym wyłączeniem stosowania projektowanych ograniczeń lub odpowiednim okresem przejściowym do czasu dostosowania modelu organizacji tych świadczeń do nowych wymogów ustawowych. Jednocześnie zasadne jest doprecyzowanie projektowanego art. 132aa ust. 8 poprzez jednoznaczne wskazanie, że możliwość czasowego odstąpienia od limitów zatrudnienia obejmuje również	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

			świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej realizowane w warunkach domowych, wraz z możliwością przedłużenia zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przypadku utrzymujących się niedoborów wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego.	
251	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	art. 132ab ust. 1–8	Projekt przewiduje wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę, co według obecnie obowiązującej wysokości minimalnego wynagrodzenia odpowiada kwocie 240,30 zł brutto za godzinę, a także limitu wynagrodzenia personelu medycznego realizującego świadczenia objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ocenie Związku projektowane rozwiązania powinny uwzględniać odmienny model organizacji świadczeń realizowanych w warunkach domowych. Świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej nie mogą być traktowane na równi ze świadczeniami udzielanymi w warunkach stacjonarnych, ponieważ obejmują nie tylko czas bezpośredniego udzielania świadczeń, lecz również dojazdy do pacjentów, organizację opieki, pozostawanie w gotowości do podejmowania interwencji oraz wykonywanie licznych czynności związanych z zapewnieniem ciągłości leczenia. Związek postuluje wyłączenie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej spod stosowania projektowanej maksymalnej stawki godzinowej i limitu wynagrodzenia albo objęcie ich odpowiednim okresem przejściowym do czasu wypracowania rozwiązań uwzględniających rzeczywiste koszty oraz specyfikę realizacji świadczeń w warunkach domowych. W przypadku nieuwzględnienia powyższego postulatu zasadne jest wprowadzenie mechanizmu pozwalającego na stosowanie odrębnych zasad ustalania maksymalnego wynagrodzenia dla świadczeń realizowanych poza podmiotem leczniczym.	Uwaga niezasadna j.w.
252	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	Uwaga ogólna	W ocenie Związku projektowane rozwiązania mogą doprowadzić do zredukowania liczby lekarzy realizujących świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej, co w konsekwencji może utrudnić utrzymanie pacjentów w opiece domowej. Brak możliwości zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje może prowadzić do sytuacji, w której świadczeniodawcy nie będą w stanie zapewnić personelu niezbędnego do realizacji świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W efekcie może dojść do ograniczenia dostępności świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych oraz konieczności skierowania części pacjentów do leczenia szpitalnego. Takie skutki pozostają sprzeczne zarówno z interesem pacjentów, jak i z zasadą racjonalnego wydatkowania środków publicznych. Ograniczenie dostępności świadczeń realizowanych w warunkach domowych może bowiem prowadzić do zwiększenia liczby hospitalizacji oraz istotnego wzrostu kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W konsekwencji projektowane regulacje mogą wywołać skutek odwrotny od zamierzonego – zamiast ograniczenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mogą przyczynić się do ich zwiększenia.	Uwaga niezasadna
253	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	art. 132aa ust. 2, 4–6 oraz art. 132ab ust. 9–10	Projekt przewiduje nałożenie na osoby wykonujące zawody medyczne obowiązku składania oświadczeń dotyczących m.in. łącznego wymiaru zatrudnienia oraz wysokości uzyskiwanego wynagrodzenia, a także obowiązek aktualizacji tych informacji w przypadku ich zmiany. Choć obowiązki te formalnie obciążają osoby wykonujące zawody medyczne, w praktyce ich realizacja będzie wymagała stworzenia po stronie świadczeniodawców odpowiednich procedur organizacyjnych umożliwiających pozyskiwanie, weryfikację oraz bieżące monitorowanie składanych oświadczeń. W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej, współpracujących z licznym personelem medycznym wykonującym świadczenia na	Uwaga niezasadna Świadczeniodawcy mają jedynie obowiązek odbierania przewidzianych w przepisach oświadczeń medyków. Nie odpowiadają natomiast za ich prawidłowość.

			terenie wielu województw, obowiązki te będą wiązały się z koniecznością prowadzenia stałego nadzoru nad aktualnością składanych oświadczeń oraz ich systematycznej weryfikacji. W praktyce oznacza to konieczność stworzenia nowych procesów administracyjnych oraz zaangażowania dodatkowych zasobów organizacyjnych wyłącznie do obsługi obowiązków wynikających z projektowanej ustawy. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej współpracują z setkami osób wykonujących zawody medyczne. Pozyskiwanie oświadczeń od każdej z tych osób, ich bieżąca analiza, monitorowanie zmian dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia oraz cykliczna aktualizacja dokumentacji będą stanowiły znaczące obciążenie administracyjne, które w praktyce może prowadzić do paraliżu organizacyjnego działalności tych podmiotów. Należy przy tym podkreślić, że projekt przenosi na świadczeniodawców obowiązki związane z monitorowaniem okoliczności pozostających poza ich organizacją i faktyczną kontrolą, dotyczących zatrudnienia oraz wynagrodzenia personelu u innych świadczeniodawców. Tym samym na świadczeniodawców zostaje nałożona odpowiedzialność za weryfikację informacji, których samodzielne potwierdzenie w praktyce będzie niemożliwe. W ocenie Związku projektowane rozwiązania powinny zostać zmodyfikowane w sposób uwzględniający skalę działalności świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej oraz specyfikę organizacji tych świadczeń. Związek postuluje ograniczenie nowych obowiązków administracyjnych do zakresu niezbędnego dla realizacji celów ustawy oraz wyeliminowanie obowiązków wymagających od świadczeniodawców bieżącego monitorowania okoliczności pozostających poza ich faktyczną wiedzą i kontrolą. W szczególności odpowiedzialność świadczeniodawcy nie powinna obejmować skutków złożenia przez osobę wykonującą zawód medyczny nieprawdziwego lub nieaktualnego oświadczenia, jeżeli świadczeniodawca dochował należytej staranności przy jego pozyskaniu. Jeżeli projektowane rozwiązania zostaną utrzymane, świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej powinni zostać objęci odpowiednim okresem przejściowym umożliwiającym przygotowanie procesów organizacyjnych niezbędnych do realizacji nowych obowiązków.	
254	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	art. 132aa ust. 10	W ocenie Związku rozwiązanie to nie uwzględnia specyfiki organizacji świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych. Świadczenia te są udzielane pacjentom wymagającym długotrwałej i ciągłej opieki, a organizacja pracy personelu medycznego musi pozostawać elastyczna i być na bieżąco dostosowywana do zmieniających się okoliczności. Harmonogramy wizyt lekarzy są uzależnione m.in. od aktualnego stanu zdrowia pacjentów, konieczności podejmowania pilnych interwencji medycznych, hospitalizacji pacjentów, wypisów ze szpitala, kwalifikowania nowych osób do wentylacji mechanicznej, a także zmian w dostępności personelu medycznego. W praktyce świadczeniodawcy planują organizację pracy personelu w sposób zapewniający ciągłość realizacji świadczeń, natomiast szczegółowy przebieg dnia pracy lekarzy ulega częstym zmianom wynikającym z bieżących potrzeb zdrowotnych pacjentów. Dodatkowo czas realizacji poszczególnych wizyt jest uzależniony od wielu okoliczności niemożliwych do przewidzenia z odpowiednim wyprzedzeniem, takich jak pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, konieczność wykonania dodatkowych czynności medycznych, awarie sprzętu medycznego czy czas niezbędny na dojazd pomiędzy miejscami udzielania świadczeń. Wprowadzenie obowiązku określania szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń już na etapie zawierania umowy nie odpowiada rzeczywistemu modelowi organizacji świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej i będzie wymagało ich ciągłego aktualizowania, pomimo że rzeczywisty wymiar zaangażowania personelu pozostanie niezmieniony.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis w aktualnym kształcie wymaga określenia łącznej liczby godzin udzielania świadczeń.

			W ocenie Związku projektowany art. 132aa ust. 10 powinien zostać zmieniony poprzez zastąpienie obowiązku określania w umowach szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń obowiązkiem wskazania łącznego lub maksymalnego wymiaru godzin udzielania świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz ogólnych ram ich realizacji. Jednocześnie świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu wentylacji mechanicznej powinni mieć możliwość prowadzenia harmonogramów w ujęciu średniomiesięcznym, udostępnianych Narodowemu Funduszowi Zdrowia na potrzeby monitorowania lub kontroli, zamiast szczegółowych harmonogramów godzinowych. Rozwiązanie to zapewni możliwość weryfikacji prawidłowej organizacji świadczeń, a jednocześnie będzie odpowiadało rzeczywistemu modelowi udzielania świadczeń w warunkach domowych. W przypadku nieuwzględnienia powyższej propozycji zasadne jest wyłączenie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej spod stosowania projektowanego obowiązku albo objęcie ich odpowiednim okresem przejściowym.	
255	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	Uwaga ogólna	Pacjenci objęci wentylacją mechaniczną w warunkach domowych należą do grupy chorych wymagających stałej, wysoko specjalistycznej opieki medycznej. Są to osoby z przewlekłą niewydolnością oddechową, dla których zachowanie ciągłości udzielanych świadczeń stanowi warunek bezpieczeństwa zdrowotnego, a w wielu przypadkach również życia. Projektowane rozwiązania mogą prowadzić do ograniczenia dostępności lekarzy posiadających kwalifikacje niezbędne do realizacji świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej oraz zwiększenia obciążeń organizacyjnych po stronie świadczeniodawców. W konsekwencji istnieje ryzyko wystąpienia trudności z zapewnieniem ciągłości opieki nad pacjentami korzystającymi z tej formy leczenia. Należy podkreślić, że w przypadku świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej nie jest możliwe czasowe ograniczenie realizacji świadczeń lub odroczenie ich udzielenia bez wpływu na sytuację zdrowotną pacjentów. Każde zakłócenie ciągłości opieki może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia chorego, koniecznością hospitalizacji, a w skrajnych przypadkach stanowić zagrożenie dla jego życia. W ocenie Związku projektowane przepisy powinny zostać uzupełnione o rozwiązania gwarantujące, że ich wdrożenie nie doprowadzi do zakłócenia ciągłości świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych. Związek postuluje objęcie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej odpowiednim okresem przejściowym albo czasowe wyłączenie stosowania projektowanych regulacji do czasu dostosowania modelu organizacji tych świadczeń do nowych wymogów ustawowych. Projektowane rozwiązania nie powinny prowadzić do sytuacji, w której realizacja celów ustawy odbywać się będzie kosztem bezpieczeństwa pacjentów wymagających stałej, specjalistycznej opieki medycznej.	Uwaga częściowo uwzględniona W przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
256	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej	art. 61a, art. 61ba, art. 61d, art. 61g oraz art. 61w	Projekt przewiduje również rozszerzenie zakresu kompetencji kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym w zakresie kontroli prawidłowości wykorzystania środków publicznych, obowiązków informacyjnych i dokumentacyjnych świadczeniodawców, możliwości ponownego przeprowadzenia kontroli oraz zasad wszczynania kontroli. Projektowane rozwiązania przewidują również możliwość prowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia świadczeniodawcy oraz rozszerzają zakres informacji i dokumentów, które mogą być wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Związku rozszerzenie kompetencji kontrolnych NFZ powinno zostać rozpatrywane łącznie z projektowanymi nowymi obowiązkami nakładanymi na świadczeniodawców. W szczególności dotyczy to obowiązków związanych z organizacją zatrudnienia personelu medycznego, pozyskiwaniem i aktualizowaniem oświadczeń personelu, zasadami wynagradzania oraz określaniem harmonogramów udzielania świadczeń. Są to rozwiązania, które będą wymagały od świadczeniodawców stworzenia	Art. 61g ust. 1 – zmieniono brzmienie przepisu Art. 61a – uwaga niezasadna Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa

			nowych procedur organizacyjnych i administracyjnych oraz dostosowania obowiązujących umów i sposobu organizacji świadczeń. Wprowadzenie jednocześnie nowych obowiązków oraz rozszerzonych mechanizmów kontrolnych stwarza ryzyko, że w początkowym okresie stosowania nowych przepisów świadczeniodawcy będą narażeni na negatywne konsekwencje związane z nieprawidłowościami o charakterze formalnym lub organizacyjnym, wynikającymi z procesu dostosowywania działalności do nowych wymogów. Ryzyko to jest szczególnie istotne w przypadku świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych, których organizacja wymaga zapewnienia ciągłości opieki oraz współpracy z licznym personelem medycznym wykonującym świadczenia na rozległym obszarze. W ocenie Związku wykonywanie nowych obowiązków powinno podlegać ocenie z uwzględnieniem rzeczywistego wpływu świadczeniodawcy na okoliczności podlegające kontroli. W szczególności świadczeniodawca nie powinien ponosić negatywnych konsekwencji za informacje przekazane przez osobę wykonującą zawód medyczny, których prawdziwości lub aktualności nie jest w stanie samodzielnie zweryfikować, jeżeli dochował należytej staranności przy pozyskaniu wymaganych oświadczeń i dokumentów. W ocenie Związku zasadne jest zatem uzupełnienie projektowanych regulacji o odpowiednie przepisy przejściowe, uwzględniające okres dostosowania świadczeniodawców do nowych obowiązków, oraz zapewnienie jednolitych zasad ich kontroli przez NFZ. W szczególności zasadne jest rozważenie wprowadzenia rozwiązania, zgodnie z którym w okresie dostosowawczym stwierdzenie uchybienia dotyczącego nowych obowiązków, przy jednoczesnym dochowaniu przez świadczeniodawcę należytej staranności w procesie ich wdrażania, nie powinno automatycznie skutkować zastosowaniem sankcji.	projektowanym przepisie. Zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe okoliczności w dostateczny sposób zawężają zakres kompetencyjny NFZ. art. 61ba – uwaga niezasadna Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku. Art. 61d – uwaga niezasadna Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym,

				oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy. Art. 61w – uwaga niezasadna Przepis obowiązuje od 6 lat i jest utrwalony w praktyce NFZ oraz uczestników systemu ochrony zdrowia. Czynności sprawdzające mają inne cele, jak również odmienny jest rezultat ich przeprowadzenia, nie opiewa chociażby o zalecenia pokontrolne. Projektowana zmiana dotyczy jedynie skupienia kompetencji do prowadzania czynności sprawdzających u Prezesa NFZ. Powyższe przyczyni się do realizacji tego uprawnienia jednolicie i spójnie wobec wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju.
257	Pallmed	Uwagi ogólne	1. Negatywny wpływ na dostępność do opieki nad pacjentami hospicyjnymi i paliatywnymi (uwaga do projektowanego art. 132aa ust. 1). Planowane wprowadzenie maksymalnego wymiaru czasu pracy ww. osób u wszystkich świadczeniodawców – maksymalnie w wymiarze wynoszącym dwukrotność wymiaru czasu pracy (dwukrotność 37h 35 min, tj. 75h10min) w połączeniu z wymogami załącznika nr 2, I, pkt 1 odnoszącego się do limitu liczby pacjentów będących pod opieką równoważnika 1 etatu (w przypadku lekarza to 30 pacjentów) Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej doprowadzi do natychmiastowej zapaści opieki paliatywnej w Polsce. Wprowadzi drastyczne ograniczenie dostępności do świadczeń dla pacjentów zmagających się	Uwagi niezasadne Wymóg minimalnego wymiaru cz. pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego jest szczególnie uzasadniony nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjenta i zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej.

			z zaawansowaną, postępującą i nieuleczalną chorobą, u których wyczerpano już możliwości leczenia przyczynowego, a dla których głównym celem opieki nie jest wyzdrowienie, lecz poprawa jakości życia – skracanie cierpienia, skuteczne łagodzenie bólu oraz innych uciążliwych objawów fizycznych i psychicznych. • Specyfika modelu opieki domowej paliatywnej o W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (AOS) limit 30 pacjentów odnosi się do realnych fizycznych przyjęć w gabinecie w ciągu doby/zmiany. W hospicjum domowym lekarz nie odwiedza 30 pacjentów dziennie – pacjent jest pod opieką, a częstotliwość wizyt zależy od jego aktualnego stanu zdrowia. Utrzymanie limitu 30 pacjentów na 1 etat (czyli maksymalnie 60 pacjentów przy 2 etatach) przy charakterystyce opieki domowej sztucznie, zamrozi jego możliwości pracy w sytuacji, gdy lekarz mógłby bezpiecznie sprawować nadzór nad liczniejszą grupą pacjentów. • Bariera wejścia w stanach nagłych i wykluczenie geograficzne: o W małych powiatach lub na terenach wiejskich często pracuje tylko jeden lub dwóch lekarzy wykonujących świadczenia w hospicjum domowym. o Jeśli lekarz osiągnie ustawowy pułap 2 etatów oraz „rozporządzeniowy” limit 60 pacjentów pod opieką, zostanie prawnie zmuszony do odmowy przyjęcia 61. pacjenta, nawet jeśli pacjent ten znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie i wymaga jedynie wyznaczenia leczenia przeciwbólowego. • Ryzyko stworzenia "martwych etatów" i katastrofa kolejkowo-czasowa: o Rotacja pacjentów w hospicjach domowych jest wysoka. Narzucenie limitu rejestrowego spowoduje, że placówki nie będą mogły elastycznie reagować na nowe zgłoszenia o Ponieważ pacjenci w stanie terminalnym nie mogą czekać w wielotygodniowych kolejkach, utrzymanie obu limitów jednocześnie w praktyce pozbawi tysiące osób prawa do godnego umierania bez bólu we własnym domu. Propozycja: Konieczna jednoczasowa zmiana wymogów rozporządzenia sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej polegająca na zwiększeniu liczby pacjentów mogących być pod opieką personelu na 1 etacie (lub równoważniku) bądź usunięcie tego warunku. 2. Maksymalna stawka godzinowa (uwaga do projektowanego art. 132ab ust. 1–8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu)) Projekt przewiduje wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę (co odpowiada 240,30 zł brutto za godzinę) dla personelu medycznego realizującego świadczenia w ramach umowy z NFZ. W naszej ocenie projektowana regulacja całkowicie pomija specyfikę świadczeń realizowanych w warunkach domowych. W przeciwieństwie do opieki stacjonarnej – udzielanej w poradniach czy szpitalach – personel w tym sektorze odwiedza pacjentów w miejscu ich zamieszkania. Wykonywanie tych świadczeń wiąże się z koniecznością dojazdów (często na znacznych odległościach), ponoszeniem kosztów paliwa i eksploatacji pojazdów oraz poświęceniem czasu na przejazdy. Proponowana stawka maksymalna nie uwzględnia tych wydatków, przez co rzeczywisty koszt udzielenia świadczenia domowego jest znacznie wyższy niż stacjonarnego.	Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości. Przepis w aktualnym kształcie wymaga określenia łącznej liczby godzin udzielania świadczeń.

			Zastosowanie jednolitego limitu wynagrodzenia sprawi, że dalsza realizacja opieki domowej stanie się trudna do utrzymania pod względem finansowym. W konsekwencji grozi to odpływem kadry medycznej i pogłębieniem istniejących niedoborów personelu. Warto podkreślić, że opieka domowa to jedno z najefektywniejszych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia. Umożliwienie pacjentom leczenia w domu zapobiega długim i kilkukrotnie bardziej kosztownym hospitalizacjom. Ograniczenie dostępności kadr w tym obszarze przełoży się zatem nie tylko na pogorszenie jakości opieki, ale także na wyraźny wzrost wydatków ze środków publicznych. Propozycja: Wyłączenie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej spod stosowania projektowanej maksymalnej stawki godzinowej i limitu wynagrodzenia albo wprowadzenie odrębnych zasad ustalania maksymalnego wynagrodzenia dla świadczeń realizowanych w warunkach domowych. 3. Obowiązek szczegółowego określania harmonogramów udzielania świadczeń (uwaga do projektowanego art. 132aa ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu)). Projekt przewiduje obowiązek określania liczby oraz szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń w umowach cywilnoprawnych z personelem medycznym. W naszej ocenie rozwiązanie to nie uwzględnia specyfiki opieki domowej, w której organizacja wizyt musi być elastyczna i dynamicznie dostosowywana do stanu zdrowia pacjentów, nagłych interwencji czy przyjęć nowych osób. Narzucenie sztywnych grafików już na etapie zawierania umowy rozmija się z realiami udzielania świadczeń w domu pacjenta i doprowadzi do znacznych trudności organizacyjnych. Wobec powyższego postulujemy o uwzględnienie charakteru opieki domowej poprzez wprowadzenie bardziej elastycznych zasad określania czasu udzielania świadczeń lub całkowite wyłączenie podmiotów realizujących świadczenia w warunkach domowych z tego obowiązku. Propozycja: Zmiana art. 132aa ust. 10 poprzez zastąpienie obowiązku określania szczegółowego harmonogramu obowiązkiem wskazywania łącznego albo maksymalnego wymiaru godzin świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz ogólnych ram ich realizacji. Dopuszczenie harmonogramów średniomiesięcznych albo wyłączenie świadczeń z zakresu wentylacji mechanicznej spod stosowania tego obowiązku. 4. Negatywny wpływ projektowanych regulacji na bezpieczeństwo pacjentów objętych świadczeniami domowymi (Uwaga do projektowanego art. 132aa oraz art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 22 projektu)). Pacjenci objęci opieką domową wymagają stałego wsparcia medycznego, dla którego zachowanie ciągłości świadczeń jest kluczowym warunkiem bezpieczeństwa i życia. Proponowane regulacje grożą ograniczeniem dostępności wykwalifikowanych kadr oraz nałożeniem dodatkowych obciążeń na świadczeniodawców. Sytuację pogarsza fakt, że dla większości personelu opieka domowa stanowi drugie lub trzecie miejsce zatrudnienia, co potęguje ryzyko wystąpienia trudności z zapewnieniem płynności opieki. W opiece domowej nie ma możliwości wstrzymania ani odroczenia wizyt – każde zakłócenie ich harmonogramu może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, konieczności hospitalizacji lub zagrożenia życia. W naszej ocenie projektowane przepisy muszą uwzględniać unikalny charakter świadczeń domowych i chronić ich ciągłość oraz dostępność. Ponadto wprowadzane ograniczenia mogą spowodować, że opieka domowa straci swoją konkurencyjność na rynku pracy. W konsekwencji personel medyczny przestanie postrzegać ten sektor jako atrakcyjne miejsce zatrudnienia i będzie wybierał stacjonarne placówki, takie jak szpitale czy poradnie przyszpitalne, co doprowadzi do odpływu wykwalifikowanych kadr.	

			W naszej ocenie projektowane przepisy muszą uwzględniać unikalny charakter świadczeń domowych i chronić ich ciągłość oraz dostępność. Propozycja: Czasowe odroczenie lub całkowite wyłączenie opieki domowej z proponowanych w tej części zmian, bądź o wypracowanie innych mechanizmów, które skutecznie zabezpieczą placówki świadczące opiekę domową przed odpływem personelu.	
258	Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali	art. 31la ust. 8	Poprawka nr 1 do art. 31la ust. 8 (Inicjatywa konsultantów krajowych w procedurze taryfikacji nadzwyczajnej) Obecne brzmienie: 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. Proponowane brzmienie: 8. W szczególnie uzasadnionym przypadku, gdy z informacji posiadanych przez Agencję lub z wniosku konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny wynika potrzeba określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji, Prezes Agencji przygotowuje raport w sprawie określenia taryfy świadczenia. Uzasadnienie merytoryczne: Projektowana ustawa słusznie wprowadza mechanizm taryfikacji nadzwyczajnej, pozwalający na szybkie reagowanie na zniekształcenia kosztowe, które nie odzwierciedlają rzeczywistych nakładów ponoszonych przez podmioty lecznicze. Należy jednak zauważyć, że w obecnym brzmieniu inicjatywa ta uzależniona jest wyłącznie od wewnętrznych ustaleń Agencji („informacji posiadanych przez Agencję"). Takie ujęcie tworzy barierę informacyjną i nie wykorzystuje potencjału organów systemu, które jako pierwsze identyfikują obszary, w których wadliwa wycena świadczeń generuje bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Konsultanci krajowi, pełniący funkcję opiniodawczo-doradczą Ministra Zdrowia, dysponują najbardziej aktualną i specjalistyczną wiedzą o realiach klinicznych oraz barierach kosztowych w swoich dziedzinach. To oni jako pierwsi dostrzegają patologie polegające na tym, że sztucznie zaniżone taryfy zmuszają szpitale do rezygnacji z nowoczesnych, bezpieczniejszych technologii medycznych (np. w obszarze dostępu naczyniowego, opieki onkologicznej czy hematologicznej) na rzecz rozwiązań przestarzałych, generujących wyższe ryzyko powikłań, w tym zakażeń szpitalnych. Zjawisko to bezpośrednio godzi w bezpieczeństwo szpitalne, zmuszając personel do kompromisów terapeutycznych wynikających z ograniczeń finansowych, a nie ze standardów medycznych. Doprecyzowanie przepisu przez dopuszczenie możliwości zainicjowania procedury taryfikacji nadzwyczajnej na wniosek konsultanta krajowego: 1. Skróci ścieżkę decyzyjną: Obecnie konsultanci muszą zabiegać o interwencję na poziomie politycznym Ministra Zdrowia, który z kolei występuje do AOTMiT. Proponowana zmiana pozwala na bezpośrednie, formalne przekazanie sygnału o błędnej taryfie do Agencji, przy zachowaniu nadzoru Ministra (zgodnie z ust. 9 i 10, minister zajmuje stanowisko w sprawie wystąpienia w terminie 7 dni). 2. Zwiększy efektywność nowych przepisów: Mechanizm z art. 31la ust. 8 będzie mógł być realnie wykorzystywany do naprawy wadliwych taryf w reakcji na bieżące, eksperckie potrzeby systemu ochrony zdrowia, co przełoży się na szybkie odblokowanie środków na sprzęt podnoszący bezpieczeństwo leczenia. 3. Jest w pełni spójna z duchem ustawy: Ustawa ma służyć usprawnieniu taryfikacji i	Uwaga częściowo zasadna co do celu, niezasadna w zakresie konieczności zmiany przepisu. Wykorzystanie wiedzy konsultantów krajowych do identyfikacji obszarów, w których może zachodzić potrzeba weryfikacji taryf, należy ocenić pozytywnie. Konsultanci krajowi mogą stanowić istotne źródło informacji dotyczących zmian w praktyce klinicznej, stosowanych technologii oraz problemów mogących wskazywać na niedostosowanie poziomu finansowania świadczeń do aktualnych warunków ich realizacji. Nie jest jednak konieczne ustanawianie w tym celu odrębnego ustawowego uprawnienia konsultanta krajowego do formalnego inicjowania procedury taryfikacji nadzwyczajnej. Projektowane sformułowanie odnoszące się do „informacji posiadanych przez Agencję" pozwala na uwzględnienie również informacji przekazywanych przez konsultantów krajowych. Jednocześnie zachowanie obecnej konstrukcji przepisu pozostawia Agencji możliwość merytorycznej oceny zgłoszonego problemu, w tym jego znaczenia, zasadności przeprowadzenia taryfikacji poza planem oraz dostępności danych umożliwiających przygotowanie wiarygodnej analizy i określenie lub weryfikację taryfy. Taryfikacja nadzwyczajna powinna pozostać mechanizmem stosowanym w szczególnie uzasadnionych przypadkach, uruchamianym po ocenie całokształtu dostępnych informacji, a nie automatycznym następstwem złożenia wniosku przez określony podmiot. Wiedza i sygnały

			urealnieniu kosztów. Włączenie konsultantów krajowych jako uprawnionych sygnalistów potrzeb taryfikacyjnych służy temu samemu celowi, nie wprowadzając żadnych nowych, obcych dla ustawy instytucji prawnych.	przekazywane przez konsultantów krajowych mogą być w pełni wykorzystywane w ramach projektowanego rozwiązania bez konieczności tworzenia dodatkowej formalnej ścieżki inicjowania postępowania taryfikacyjnego.
259	Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali	art. 31lc ust. 9	Poprawka nr 2 do art. 31lc ust. 9 (Audyt ewidencji kosztów poszczególnych wyrobów medycznych). Obecne brzmienie: 9. Agencja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7. Świadczeniodawca umożliwia przeprowadzenie czynności weryfikacyjnych, w tym udziela wyjaśnień oraz przekazuje informacje i dokumenty niezbędne do ich przeprowadzenia. Proponowane brzmienie: 9. Agencja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7, w tym prawidłowości ewidencjonowania kosztów poszczególnych materiałów medycznych i wyrobów medycznych mających istotny wpływ na koszt jednostkowy świadczenia podlegającego taryfikacji. Świadczeniodawca umożliwia przeprowadzenie czynności weryfikacyjnych, w tym udziela wyjaśnień oraz przekazuje informacje i dokumenty niezbędne do ich przeprowadzenia. Uzasadnienie merytoryczne: Projektowana ustawa w sposób stanowczy i zasadny wprowadza rygorystyczne narzędzia dyscyplinujące świadczeniodawców w zakresie wdrażania i stosowania Standardu Rachunku Kosztów (SRK), w tym możliwość nakładania kar umownych przez Prezesa NFZ. Celem tych zmian jest zapewnienie AOTMiT dostępu do wiarygodnych, jednolitych i porównywalnych danych kosztowych, co stanowi fundament procesu taryfikacji. Obecna redakcja przepisu jest jednak zbyt ogólna i nie eliminuje jednej z głównych patologii w rachunkowości szpitalnej, która stanowi barierę we wycenie nowoczesnych świadczeń i wprost rzutuje na bezpieczeństwo pacjentów. Podmioty lecznicze, posiadając ogólnie wdrożony SRK, w praktyce często ewidencjonują koszty materiałów medycznych i wyrobów medycznych w sposób zbiorczy (jako ogólne koszty materiałowe danego oddziału lub bloku operacyjnego). W efekcie, w procesie taryfikacji Agencja nie jest w stanie wyodrębnić rzeczywistego kosztu jednostkowego poszczególnych, kluczowych dla danego świadczenia technologii. Bez wymuszenia na szpitalach ewidencjonowania kosztów poszczególnych wyrobów, AOTMiT nie jest w stanie rzetelnie oszacować różnicy kosztowej między technologią dotychczasową a nową. Prowadzi to do zaniżania taryf (Jednorodnych Grup Pacjentów) i zmusza szpitale do rezygnacji z bezpieczniejszych technologii w obawie przed stratą finansową. Doprecyzowanie zakresu weryfikacji prowadzonej przez AOTMiT o obowiązek sprawdzenia ewidencjonowania kosztów poszczególnych materiałów i wyrobów medycznych: 1. Realizuje cel projektu ustawy: Głównym założeniem nowelizacji jest poprawa jakości danych kosztowych. Wymuszenie na szpitalach rozgrupowania kosztów materiałowych na konkretne wyroby medyczne wpłynie na precyzję ustalanych taryf. 2. Zapewnia skuteczność kar umownych: Kary przewidziane w ust. 11 będą mogły być	Uwaga niezasadna. Obowiązujący standard rachunku kosztów określa zasady ewidencji, rozliczania i kalkulacji kosztów materiałów medycznych oraz wyrobów medycznych wykorzystywanych przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Koszty te podlegają ewidencji w układzie rodzajowym, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu, a następnie są uwzględniane w kalkulacji kosztu wytworzenia procedur medycznych i świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku kosztów bezpośrednio związanych z wykonaniem procedury medycznej powinny one zostać przypisane do kosztu jej realizacji zgodnie z zasadami standardu rachunku kosztów. Weryfikacja prowadzona przez Agencję obejmować będzie ocenę prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów, w tym prawidłowości ewidencji, rozliczania i kalkulacji kosztów zgodnie z wymaganiami wynikającymi z obowiązujących przepisów. W ramach tych czynności możliwa będzie również ocena sposobu ujmowania kosztów materiałów medycznych i wyrobów medycznych oraz ich uwzględniania w kalkulacji kosztu procedur medycznych. Proponowane rozszerzenie przepisu nie jest zatem konieczne, ponieważ projektowany przepis obejmuje weryfikację przestrzegania wszystkich obowiązków wynikających ze standardu rachunku kosztów, w tym zasad ewidencji i kalkulacji kosztów materiałów medycznych oraz wyrobów medycznych

			nakładane nie tylko za brak SRK w ogóle, ale za uchylanie się od ewidencjonowania kosztów konkretnych technologii, co do tej pory było praktyką niemożliwą do ukarania z braku podstaw prawnych. 3. Służy bezpieczeństwu szpitalnemu: Pozwoli Agencji i NFZ na obiektywną ocenę, czy dana taryfa pokrywa koszty nowoczesnego sprzętu chroniącego pacjenta przed powikłaniami, czy opiera się wyłącznie na kosztach technologii przestarzałych, ale tańszych w bezpośrednim zakupie. Urealnienie taryf usunie barierę finansową hamującą wdrażanie standardów bezpieczeństwa w szpitalach.	wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej
260	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	art.31 ust. 11	Jest to zbyt rygorystyczny zapis odnoszący się do wymierzania kar w przypadku stwierdzenia wszelkich uchybień. Uchybienia mogą być drobne i nadające się do natychmiastowej walidacji. „ Wnioskujemy o zmianę zapisu na: „ 11. W przypadku stwierdzenia….., Prezes Agencji wzywa kierownika podmiotu leczniczego do likwidacji wskazanych uchybień wskazując odpowiedni termin na ich usunięcie, a w przypadku stwierdzenia ich nieusunięcia we wskazanym terminie, Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 0,2 % rocznej kwoty zobowiązania wynikającego z umowy…..”	Uwaga częściowo uwzględniona. AOTMiT zaproponowała zmianę art. 31lc poprzez rozbudowanie procedury poprzedzającej ewentualne nałożenie kary, w tym zapewnienie świadczeniodawcy możliwości zgłoszenia uwag i przedstawienia stanowiska wobec stwierdzonych nieprawidłowości. Nie przewiduje się natomiast wprowadzenia obligatoryjnego wezwania do usunięcia uchybień jako warunku nałożenia kary ani obniżenia maksymalnej wysokości kary do 0,2% rocznej kwoty zobowiązania.
261	Zwiąek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132 aa ust 3	Takie brzmienie przepisu art. 132aa ust.3 stwarza zagrożenie likwidacji dużej liczby poradni specjalistycznych, w szczególności w powiatach odległych od dużych aglomeracji miejskich z ośrodkami akademickimi kształcącymi kadry medyczne, które takiego problemu mieć nie będą. Obecnie w poradniach specjalistycznych świadczeń zdrowotnych udziela personel, który często jest zatrudniony w wymiarze niższym niż 0,5 równoważnika etatowego. Proponujemy wprowadzenie wyjątku od reguły dotyczącego konieczności pracy wymiarze min ½ etatu dla personelu poradni specjalistycznych, które są jedynymi poradniami na terenie danego powiatu.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
262	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132aa. ust. 4	Należałoby spod regulacji wyłączyć lekarzy konsultantów, którym zleca się doraźne konsultacje.	Projekt przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od wymogów dot. wymiaru czasu pracy, jeżeli będzie to niezbędne dla zapewnienia ciągłości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie zgody NFZ.
263	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132 aa ust 5	Zmienić zapis na: „ Osoba o której mowa w ust 4 składa kolejne oświadczenie w terminie 30 dni od zmiany która nastąpiła od czasu złożenia zaświadczenia o którym mowa w art. 132 aa ust 2. „ Składanie zaświadczeń o zatrudnieniu po 30 dniach od zatrudnienia i potem co pół roku nakłada na świadczeniodawcę dodatkowy obowiązek – egzekwowania oświadczeń, zbierania i archiwizowania , a dotyczy to od kilkuset nawet do tysiąca pracowników. Szpitale musiałyby niepotrzebnie rozbudować pion księgowości aby zbierać oświadczenia.	Komentowany przepis został usunięty.
264	Związek Pracodawców	Art. 132 aa ust 9	Wykreślić ten zapis, gdyż nie wnosi nic do umów o pracę z wyjątkiem niepotrzebnych zapisów np. liczba zadań do wykonania i stawka godzinowa brutto. W obecnych umowach o pracę kodeks pracy	Uwaga częściowo uwzględniona

	Szpitali Warmii i Mazur		precyzuje inne dane: płaca zasadnicza, wysługa lat i wymiar czasu pracy, zgodnie z KP oraz ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagodzenia…	Doprecyzowano, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.
265	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132 ab ust 1	Zapis jest w sprzeczności z innymi zapisami dotyczącymi umów o pracę – kodeks pracy i stawkami za dyżury. Poza tym zrównanie stawki brutto umowy o pracę za stawką z kontaktu sprawia że pracodawca musi do umowy o prace dołożyć jeszcze dodatkowy koszt ZUS pracodawcy.	Uwaga niezasadna Chodzi o maksymalna stawkę godzinową, która powinna dotyczyć wszystkich rodzajów umów.
266	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132 ab ust 7, 8	Wzory na ustalanie maksymalnego wynagrodzenia obejmują wymiar czasu pracy określony w umowie, a nie wymiar czasu pracy rzeczywisty przepracowany i w odniesieniu do jasno określonego limitu miesięcznego wymiaru etatu/ równoważnika Nie jest możliwe określenie wymiaru czasu pracy dla pracowników medycznych jednolitego w umowie, gdyż czas ten jest zróżnicowany w zależności od liczby godzin dyżurów medycznych w każdym miesiącu. W związku z powyższym nie należy wynagrodzenia odnosić do zadeklarowanego wymiaru czasu w umowie bo ten powinien być w zakresie „ od…do…”, tylko odnosić do przepracowanego wymiaru w odniesieniu do ustalonego miesięcznego limitu.	Uwaga niezasadna
267	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	art. 132 ab ust. 11	Wnioskujemy o rozważenie możliwości zachowania wynagrodzenia procentowego w stosunku do wartości uświadczenia zdrowotnego w poradniach specjalistycznych. Powyższe rozwiązanie pozwoli na utrzymanie poradni specjalistycznych, zachowaniu ich rentowności, a jedocześnie utrzymana zostanie wola ustawodawcy, aby wyeliminować patologię procentowego wykonywania usług w szpitalach przez tzw. lekarzy walizkowych, którzy nie zapewniają ciągłości opieki nad pacjentami.	Uwaga niezasadna Wprowadzenie tego zakazu nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.
268	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	art. 132 aa ust. 3/ 6	Proponujemy w redakcji art. 132aa ust. 3 odnieść się wprost do tego, że zastosowanie normy prawnej ograniczone jest do sytuacji, kiedy członek personelu medycznego uczestniczy w realizacji umowy z NFZ (analogicznie jak jest to wprost wyrażone np. w art. 132ab). Bez tej zmiany, redakcja przepisu wskazuje na znacząco szerszy zakres stosowania przepisu niż można by rozumieć z uzasadnienia i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Obecna redakcja przepisu wskazuje bowiem, że w każdym podmiocie, który posiada umowę z NFZ na świadczenia szpitalne, wszyscy członkowie personelu medycznego muszą być zatrudniani na minimum ½ etatu lub równoważnika. Nie ma bowiem ograniczenia wyłącznie do świadczeń realizowanych w ramach umowy z NFZ. Projektowany przepis wskazuje, że chodzi o umowy realizowane w zakładzie podmiotu „który zawarł z Funduszem umowę”. Słowo „który” musi odnosić się do podmiotu nie zaś do zakładu (bowiem zakład nie ma możliwości zawarcia umowy) oraz w świetle art. 8 ustawy o działalności leczniczej w zakładzie leczniczym mogą być realizowane usługi medyczne wyłącznie w jednym z trzech wskazanych tam rodzajów działalności leczniczej. Taka redakcja oznacza zatem, że w podmiocie który zawarł kontrakt z NFZ każdy pracownik, niezależnie w którym zakładzie tego podmiotu ma być zatrudniony i niezależnie jakie zadania ma realizować musi spełniać wymóg ½ etatu lub jego równoważnika. Oznaczałoby to przykładowo, że szpital chcąc zatrudnić lekarza medycyny pracy do realizacji badań nie finansowanych w żaden sposób z NFZ także jego musi zatrudniać przynajmniej na pół etatu. Taka redakcja jest zatem nieprawidłowa i wymaga zmiany. Analogicznie, zmian redakcyjnych wymaga art. 132aa ust. 6 – także w tym wypadku pojawiają się wątpliwości jaki jest zakładany przez projektodawcę	Uwaga niezasadna Ograniczenie to dotyczy wyłącznie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie mającym umowę z NFZ na wskazane zakresy.

			zakres zastosowania tego przepisu. Proponujemy nadanie mu następującego brzmienia (fragmenty dodane zostały podkreślone zaś fragmenty usunięte będą przekreślone)	
269	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 2	Niezrozumiałe zmiany w ustawie o prawach pacjenta. Projektowane zmiany w treści ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzają zakaz odmiennego traktowania pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń ze względu na sytuację majątkową pacjentów. Zapis ten jest niezrozumiały bo do jego istoty i wprowadza chaos interpretacyjny. Należy podkreślić, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ma zastosowanie wobec wszystkich usług opieki zdrowotnej niezależnie od źródła ich finansowania. Wprowadzenie takiej regulacji w przypadku świadczeń niepodlegających finansowaniu ze środków publicznych jest niezrozumiałe i niewykonalne. Każda usługa płatna przez pacjenta lub dostępna dzięki posiadaniu opłacanego indywidualnie abonamentu lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest w sposób oczywisty uzależniona od sytuacji majątkowej stanowiącej zdolność pacjenta lub jego opiekuna do finansowania takiej opieki zdrowotnej. Wprowadzanie tego rodzaju zakazów jest zasadne wyłącznie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Co więcej jest to uregulowane w konstytucji, która w art. 68 ust. 2 wskazuje, że: „2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.” Norma konstytucyjna nakazująca równy dostęp jest więc w jasny sposób zawężona do świadczeń, które finansowane są ze środków publicznych. Projektowany przepis przekracza natomiast normę konstytucyjną, odnosząc nakaz równego traktowania do wszystkich świadczeń. Nie spodziewamy się, aby celem projektu rządowego była likwidacja prywatnej opieki zdrowotnej i nakazanie aby wszyscy pacjenci traktowani byli tak samo, nawet jeśli mogliby oni zapłacić za leczenie odciążając w ten sposób system publiczny. Rozwiązanie takie byłoby nie tylko całkowicie niekorzystne dla wszystkich pacjentów, także tych korzystających wyłącznie ze świadczeń na NFZ, ale też całkowicie niezgodne z zasadami demokratycznego Państwa prawa i niespotykane w jakimkolwiek innym kraju demokratycznym. Nie znajdujemy natomiast jakiegokolwiek rozsądnego i jednoznacznego wytłumaczenia na czym miałaby polegać ta zmiana i do czego miałaby prowadzić. W związku z tym konieczne jest jej usunięcie poprzez modyfikację treści przepisu: 2. Niedopuszczalne jest odmienne traktowanie pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń, warunków organizacyjnych ich udzielania, lokalowych i bytowych, w szczególności ze względu na ich sytuacje majątkową, wykonywany zawód bądź inne okoliczności niezwiązane ze stanem zdrowia pacjenta lub niewynikające z odrębnych przepisów, a także ze względu na płeć, wiek, przynależność polityczną lub niepełnosprawność.	Uwaga uwzględniona Proponowane w art. 2 brzmienie art. 8a zostało zmienione. Zrezygnowano z przesłanki „sytuacji majątkowej”.
270	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 3	Regulacje konkursów Projektowane zmiany art. 26 ustawy o działalności leczniczej należy rozpatrywać w połączeniu z innym równolegle procedowanym projektem zmiany tej ustawy UD 434 z dn. 22.07.2026 r. Sumaryczny efekt tych zmian wprowadzić będzie do ogromnego chaosu interpretacyjnego i organizacyjnego. Literalne rozumienie zapisu cyt. „ 3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.” wskazuje na to, że podmiot posiadający jakąkolwiek umowę na świadczenia finansowane ze środków publicznych, niezależnie od celu zatrudniania personelu medycznego oraz źródła finansowania udzielanych usług opieki zdrowotnej zobowiązany będzie do organizowania konkursów ofert i publikowania na swoich stronach internetowych lub w udostępnionej przez CeZ aplikacji informacji o treści pozyskanych ofert oraz	Uwaga niezasadna

			wynikach konkursów obejmujących warunki zawartych w ich wyniku umów. Brak ograniczenia tego obowiązku do umów lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie przedmiotem licznych sporów prawnych i zarzutów o ustawowe usankcjonowanie regulacji wymuszającej publikację informacji objętych co do zasady tajemnicą prowadzonej działalności. Co więcej niezrozumiałe jest nałożenie takiego obowiązku na każdy – nawet najmniejszy podmiot leczniczy realizujący nawet najmniejszą umowę z NFZ (np. na świadczenia ogólnostomatologiczne w wymiarze ½ etatu przeliczeniowego) czy małe podmioty prowadzące placówkę POZ. W związku z powyższym wnosimy o rezygnację z proponowanych zmian w art. 26 lub jednoznaczne wskazanie, że obowiązki takie mają zastosowanie wyłącznie do świadczeń mających służyć realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy zawartej z NFZ. Ponadto w art. 26 ust. 1a wskazane jest wykreślenie słowa wyłącznie: Przykładowo w praktyce działalności podmiotów realizujących diagnostykę obrazową, świadczenia na rzecz zamawiającego realizowane są co do zasady w komórkach zakładu podmiotu leczniczego przyjmującego zamówienie, jednakże w niektórych sytuacjach konieczna jest realizacja badań i innych usług przy łóżku pacjenta w oddziałach szpitalnych zleceniodawcy (np. OAiT) czy śródoperacyjnych. Aktualna redakcja projektu ustawy uniemożliwiałaby realizację tych, bezwzględnie niezbędnych pacjentom z punktu widzenia kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń. Ponadto obszarem potencjalnych krytycznych rozbieżności interpretacyjnych prowadzących do paraliżu systemu będą umowy podwykonawstwa w zakresie Ratownictwa Medycznego i transportu sanitarnego. Aby uniknąć tych ryzyk wskazane jest wyłączenie tego rodzaju usług z projektowanych restrykcji.	
271	Związek Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur	Art. 132aa ust. 9	Nowe wymagania dotyczące treści umów określone w Art. 132aa ust. 9 skutkować będą koniecznością zmiany setek tysięcy obecnie obowiązujących umów wprowadzając do nich zapisy potencjalnie niezgodne z Kodeksem Pracy, skutkujące wewnętrzną sprzecznością treści umów i ryzykiem sporów prawnych z pracownikami będącymi stroną tych umów. Przykładem jest tu wymóg określenia stawki godzinowej w umowach o pracę przy jednoczesnym równoważnym systemie czasu pracy z wykorzystaniem kilkumiesięcznych okresów rozliczeniowych oraz klauzulami opt-out. Zastosowanie projektowanych rozwiązań może także spowodować liczne problemy z egzekwowaniem zapisów układów zbiorowych istniejących w wielu podmiotach leczniczych. Zdecydowana większość obowiązujących obecnie umów z członkami personelu medycznego, w tym niemalże 100% w wypadku umów o pracę, nie spełnia przewidzianych w ustawie wymogów. Mając na uwadze, że projekt przewiduje w takiej sytuacji wygaśnięcie z końcem roku takich umów mogłoby dojść do całkowitego paraliżu systemu.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono 12 miesięczny okres przejściowy na dostosowanie umów.
272	Koalicja na pomoc niesamodzielnym	Uwagi oogólne	Rozumiemy potrzebę ograniczenia przypadków zawierania kontraktów na skrajnie wysokie stawki, jednak odpowiedzialność za takie decyzje powinna spoczywać przede wszystkim na osobach zarządzających podmiotami leczniczymi. Nie można przenosić konsekwencji błędów zarządczych występujących w części systemu na wszystkich świadczeniodawców i cały personel medyczny. Regulacje powinny wzmacniać odpowiedzialność zarządczą i poprawiać nadzór nad wydatkowaniem środków publicznych, a nie destabilizować funkcjonowanie świadczeniodawców, którzy racjonalnie gospodarują kadrami i środkami finansowymi. Zwracamy również uwagę na ryzyko wystąpienia skutków odwrotnych do zamierzonych w przypadku projektowanych regulacji dotyczących wynagrodzeń. W wielu szpitalach powiatowych stawki lekarzy pozostają obecnie niższe od poziomów wskazanych w projekcie. Ustawowe określenie maksymalnych	Uwaga niezasadna Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

			stawek może w praktyce stać się nowym punktem odniesienia dla oczekiwań płacowych personelu medycznego i wywołać dodatkową presję na wzrost wynagrodzeń również tam, gdzie obecnie problem nie występuje. W konsekwencji może dojść do dalszego pogorszenia sytuacji finansowej szpitali powiatowych. Projekt nie zawiera wystarczającej analizy takich skutków, mimo że mogą one istotnie wpłynąć na stabilność działania części podmiotów leczniczych. Analogiczne ryzyko dotyczy także opieki długoterminowej i świadczeń realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta, gdzie koszty działalności obejmują nie tylko czas realizacji świadczenia, ale również koszty i czas dojazdu personelu medycznego oraz organizację opieki na rozproszonych obszarach. W ocenie Koalicji szczególnej ochrony wymagają świadczenia realizowane w miejscu zamieszkania pacjenta. Od wielu lat podkreślamy, że przyszłość ochrony zdrowia nie może opierać się wyłącznie na dalszym rozbudowywaniu modelu szpitalocentrycznego, który już wygenerował szereg problemów m.in. z powodu fatalnego zarządzania oraz złej organizacji systemu. Konieczne jest konsekwentne wzmacnianie opieki domowej oraz rozwój opieki koordynowanej opartej na współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrów, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych profesjonalistów medycznych. Starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby osób niesamodzielnych i tym samym rosnąca liczba pacjentów wymagających stałego monitorowania i opieki powodują, że rozwój świadczeń realizowanych w środowisku domowym powinien stanowić jeden z głównych kierunków reformy systemu. Dotyczy to przede wszystkim opieki środowiskowej, pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, domowej wentylacji mechanicznej, fizjoterapii domowej, domowego żywienia medycznego oraz innych świadczeń realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta. Kierunek ten pozostaje zgodny z zasadą „odwróconej piramidy świadczeń", zgodnie z którą wsparcie zdrowotne powinno być udzielane możliwie najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta przy jednoczesnym ograniczaniu poziomu ryzyka hospitalizacji. Pomimo dostrzegania potrzeby reformy, Koalicja widzi szereg istotnych ryzyk związanych z projektem UD439. Projekt zawiera liczne przepisy budzące wątpliwości interpretacyjne, dotyczące między innymi definicji świadczeniodawcy, minimalnego wymiaru zatrudnienia, zasad wyrażania zgody na dodatkowe zatrudnienie, maksymalnych poziomów wynagrodzeń, harmonogramowania pracy oraz odpowiedzialności za naruszenie nowych obowiązków. W naszej ocenie wiele z tych regulacji wymaga doprecyzowania jeszcze przed dalszym procedowaniem projektu. Szczególne obawy budzą mechanizmy uzależniające możliwość wykonywania dodatkowej pracy od zgody kierownika podmiotu leczniczego lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Takie rozwiązania mogą prowadzić do nadmiernej uznaniowości, niepewności organizacyjnej oraz ograniczenia elastyczności niezbędnej do zapewnienia ciągłości świadczeń. Gwarancje bezpieczeństwa pacjentów powinny wynikać z przepisów ustawowych, a nie zależeć od indywidualnych decyzji administracyjnych.	
273	Koalicja na pomoc niesamodzielnym	Art. 132aa ust. 1-8	0graniczenia zatrudnienia personelu medycznego Projektowane przepisy przewidują ograniczenie możliwości wykonywania świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne u wielu świadczeniodawców jednocześnie, wprowadzają maksymalny dopuszczalny wymiar zatrudnienia, minimalny wymiar zaangażowania oraz obowiązek uzyskiwania zgód na dodatkowe zatrudnienie. Rozwiązania te zostały zaprojektowane przede wszystkim z perspektywy funkcjonowania szpitali, nie uwzględniając specyfiki opieki długoterminowej oraz świadczeń realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta. Wprowadzenie projektowanych ograniczeń może doprowadzić do odpływu personelu z opieki długoterminowej do większych podmiotów szpitalnych. W konsekwencji najbardziej zagrożone będą: ▪ domowa wentylacja mechaniczna,	Uwaga niezasadna

			▪ pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, ▪ fizjoterapia domowa, ▪ inne świadczenia realizowane w miejscu zamieszkania pacjenta ▪ zakłady opiekuńczo-lecznicze, ▪ zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, ▪ domy pomocy społecznej. Projektodawca nie przedstawił jednocześnie analizy wpływu proponowanych regulacji na przepływ kadr pomiędzy szpitalami, ambulatoryjną opieką specjalistyczną, opieką długoterminową stacjonarną, opieką domową oraz sektorem prywatnym. Brak takiej analizy uniemożliwia rzetelną ocenę skutków projektowanych rozwiązań. Szczególnie niepokojące jest ryzyko koncentracji personelu w dużych podmiotach leczniczych i stopniowego ograniczania działalności świadczeniodawców realizujących świadczenia poza szpitalami. Efektem może być faktyczny paraliż opieki długoterminowej oraz świadczeń domowych, prowadzący do: ▪ ograniczenia liczby przyjmowanych pacjentów, ▪ wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia, ▪ wzrostu liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia, ▪ przeciążenia oddziałów szpitalnych, ▪ zwiększenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ▪ przeniesienia ciężaru opieki na rodziny pacjentów.	
274	Koalicja na pomoc niesamodzielnym	Art. 132aa ust. 10	Projektowany obowiązek szczegółowego określania harmonogramów świadczeń nie odpowiada specyfice opieki długoterminowej i domowej. Harmonogramy pracy lekarzy i pielęgniarek są uzależnione od: ▪ stanu zdrowia pacjentów, ▪ nagłych interwencji, ▪ hospitalizacji, ▪ wypisów ze szpitala, ▪ kwalifikacji nowych pacjentów, ▪ bieżącej dostępności personelu. W przypadku świadczeń domowych sztywne harmonogramy nie tylko nie poprawią organizacji pracy, ale mogą utrudnić elastyczne reagowanie na potrzeby pacjentów. Postulujemy o wyłączenie świadczeń domowych z obowiązku szczegółowego określania harmonogramów lub umożliwienie rozliczania czasu pracy w oparciu o łączny wymiar świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym.	Uwaga częściowo uwzględniona Zrezygnowano z obowiązku dołączania harmonogramów.
275	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt 4) b)	Należy usunąć nowododawane ust. 10 i 11 wprowadzające donosy na świadczeniodawców do Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ oraz kary dla świadczeniodawców za nieprawidłowości w przekazaniu danych. Sposób zbierania danych przez Agencję powoduje, że nigdy nie mogą być one w pełni jednoznaczne a to oznacza, że utrzymując zapisy o karach wprowadzamy zasadę, że na każdego można znaleźć haki i go ukarać, jak tylko urzędnicy będą mieli taką wolę.	Uwaga niezasadna. Mechanizm przekazywania przez Prezesa Agencji informacji o wynikach weryfikacji SRK ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Funduszu (art. 31lc ust. 10) oraz kara umowna za niewdrożenie lub nieprawidłowe stosowanie standardu (art. 31lc ust. 11) stanowią niezbędne instrumenty zapewnienia realnej egzekwowalności obowiązku stosowania

				SRK, funkcjonującego od wielu lat bez sankcji za jego niedopełnienie. Informacja, o której mowa w art. 31 lc ust. 10, przekazywana jest wyłącznie między organami administracji publicznej realizującymi ustawowe zadania w systemie ochrony zdrowia, a nie osobom trzecim, wobec czego zarzut dotyczący „donosów" jest bezzasadny. Kara umowna z art. 31 lc ust. 11 ma charakter fakultatywny (Prezes Funduszu „może" ją nałożyć), a jej nałożenie każdorazowo poprzedza rzetelne postępowanie weryfikacyjne, w toku, którego świadczeniodawca ma zapewnioną możliwość złożenia wyjaśnień, co wyklucza arbitralność wskazywaną w uwadze. Usunięcie tych przepisów utrzymałoby stan, w którym obowiązek stosowania SRK ma charakter fasadowy, co byłoby sprzeczne z celem projektu.
276	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt. 7)	Należy usunąć fragment „a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu". Projektowany art. 61a ust. 1a pozwala kontrolować prawidłowość wykorzystania środków nie tylko względem przepisów prawa, lecz również „wymagań określonych przez Prezesa Funduszu". Oznacza to możliwość tworzenia przez płatnika pozaustawowych kryteriów wydatkowania środków już przekazanych na podstawie umowy. W POZ, finansowanym w znacznej części stawką kapitacyjną, prowadziłoby to do faktycznego uznania, że NFZ może ingerować w wewnętrzną gospodarkę finansową przedsiębiorcy bez jasno określonej podstawy i granic.	Uwaga niezasadna Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa projektowanym przepisie. Zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

				Powyższe okoliczności w dostateczny sposób zawężają zakres kompetencyjny NFZ.
277	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt. 8)	Usunąć Dodawany Art. 61ba nakazuje udostępnianie informacji także o świadczeniach nieobjętych umową z NFZ oraz całej dokumentacji medycznej i kadrowej wytworzonej przez podmiot. Zakres nie został ograniczony do danych niezbędnych dla konkretnej kontroli ani do informacji dotyczących personelu zgłoszonego do kontraktu. Samo ogólne odesłanie do ochrony danych osobowych nie zastępuje zasad minimalizacji, proporcjonalności, retencji i ograniczenia celu. Dodatkowe zastrzeżenia budzą: możliwość rozpoczęcia kontroli bez wcześniejszego zawiadomienia, wykonywanie czynności przez osoby niebędące kontrolerami, także na umowach cywilnoprawnych, poddanie wszystkich wyjaśnień rygorowi odpowiedzialności karnej, dostęp osób bez kwalifikacji medycznych do dokumentacji medycznej w zakresie uznanym za formalny. Łączny efekt tych zmian istotnie osłabia gwarancje bezpieczeństwa kontrolowanego podmiotu. Projekt przewiduje udostępnianie Prezesowi NFZ dokumentacji medycznej i kadrowej, w tym dotyczącej świadczeń komercyjnych. Zgodnie z RODO i wytycznymi UODO, przetwarzanie danych wrażliwych (o zdrowiu) na dużą skalę obligatoryjnie wymaga przeprowadzenia DPIA przed wdrożeniem przepisów. Brak tej analizy na etapie legislacyjnym to istotna wada prawna projektu. Teza o braku wpływu na obszar danych osobowych w OSR jest nieprawdziwa. Projektowany art. 61ba nakazuje podmiotom udostępniać informacje o świadczeniach komercyjnych bez żadnego doprecyzowania, o jaki zakres danych chodzi. Zapis ten rażąco narusza zasadę minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c RODO) oraz zasadę ograniczenia celu. NFZ, jako dysponent środków publicznych, nie ma legitymacji do wglądu w pełną dokumentację pacjentów, którzy sami sfinansowali swoją opiekę i nie wyrazili zgody na przetwarzanie ich danych przez publicznego płatnika. Tak szerokie uprawnienie kontrolne wykracza poza cel, jakim jest „weryfikacja dostępności personelu". W przypadku naruszenia prywatności pacjenta lub pracownika w toku kontroli NFZ (prowadzonej np. bez zawiadomienia, przez osoby na umowach cywilnoprawnych), kontrolowany podmiot nie ma zapewnionego skutecznego środka ochrony prawnej zgodnego z art. 47 Karty Praw Podstawowych UE. Rozszerzenie uprawnień kontrolnych płatnika bez jednoczesnego wzmocnienia gwarancji procesowych kontrolowanego jest sprzeczne ze standardami unijnymi.	Uwaga niezasadna. Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
278	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt. 9)	Usunąć Projektowany art. 61d ust. 5a, który miałby umożliwiać Prezesowi NFZ przeprowadzenie ponownej kontroli w zakresie już wcześniej skontrolowanym jest nieakceptowalny w demokratycznym państwie prawnym. Wprowadzenie niejasnych przesłanek takich jak „uzasadnione podejrzenie" naruszenia prawa lub „nowe okoliczności" powoduje, że świadczeniodawcy będą żyli w stanie permanentnej niepewności co do wyniku kontroli. Narusza to zasadę ne bis in idem oraz podważa zaufanie obywatela do państwa, uniemożliwiając uznanie prawomocnie zakończonego postępowania za ostateczne.	Uwaga niezasadna Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym.

				Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy.
279	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt. 22)	Usunąć: Ograniczenia, które projekt próbuje nakładać na cały personel medyczny są zagrożeniem dla dostępności do świadczeń. Nie każdy pracownik medyczny jest niezbędny w poradni czy szpitalu przez 0,5 etatu. To ograniczenie może spowodować likwidację poradni w terenach oddalonych od dużych miast, ograniczając dostępność do świadczeń a nie zwiększając ją. Przywiązanie do miejsca pracy jest wbrew swobodzie człowieka, któremu ktoś ma decydować i to bez trybu odwoławczego, czy zostanie puszczony do innej pracy czy też nie. Zapisy o oświadczeniach składanych co pół roku to masa dokumentów, które trzeba wytworzyć i potem przechowywać przez nieokreślony okres, a proponowane w tym projekcie zmiany dotyczące kontroli powodują, że kontroler może w każdej chwili przyjść i ukarać za brak oświadczenia złożonego np. 3 lata temu. Zapisy projektowanego art. 132a nie określają jak opisane zasady mają się do bycia właścicielem własnego podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej. Czytając literalnie może się okazać, że trzeba zawierać umowę samemu ze sobą, opisując samemu sobie co się będzie sobie realizować. Opisane wymogi co do umowy są niemożliwe do spełnienia ponieważ w przypadku umowy o pracę nie da się zapisać stawki godzinowej skoro umowy określa się stawką miesięcznego wynagrodzenia, czasem korygowanego premiami, dodatkami itp. Określenie liczby wykonywanych zadań też jest niejednoznaczne, czy trzeba lekarzowi na stałe wpisać że wykona 600 porad w miesiącu, wystawi 4 karty DILO, 798 recept i 123 skierowania do poradni, wykonana 2 resuscytacje itd.? Składanie oświadczeń o nowej wartości zarobków w innych miejscach zatrudnienia jest nadmiarową biurokracją zarówno dla personelu medycznego, jak i dla podmiotów je zbierających i przechowujących przez 50 lat jako dokumentację pracowniczą. Wszystko to co powyżej opisano wskazuje na konieczność usunięcia tych zapisów z projektu. Stosowane pojęcie poradni AOS w podmiocie który ma szpital powodować może że szpital jednodniowy w jednej dziedzinie będzie warunkował ograniczenia dla personelu w innej co jest niedopuszczalną ingerencją.	Uwaga częściowo uwzględniona Zrezygnowano z cyklicznego ponawiania oświadczeń w przypadku wymiaru czasu pracy niższego niż ½. Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów.
280	Porozumienie Zielonogórskie	art. 1 pkt. 24	W art. 1 pkt. 24) należy zróżnicować kary w zależności od stopnia przewinienia, np. brak pojedynczego zdarzenia medycznego nie powinien być powodem do grzywny, szczególnie że często winny jest system P1 za błędy. Jednocześnie katalog powinien być rozszerzony na EDM a nie tylko same ZM. Brak elektronicznych kart informacyjnych w IKP, odmów przyjęć do szpitali, czy informacji z AOS do lekarza POZ powinien również zostać usankcjonowany.	Uwaga niezasadna Proces nakładania grzywny opiera się m.in. na zasadzie winy wynikającej z KW. Oznacza to, że kara może zostać nałożona wyłącznie wtedy, gdy sprawcy można przypisać winę, a zatem wadliwość działania P1 nie będzie determinować odpowiedzialności karnej.

				Ponadto, kara grzywny określona w projektowanym przepisie ma wysokość „do 30 000 złotych”, wobec czego istnieje możliwość jej miarkowania z uwzględnieniem okoliczności konkretnego naruszenia oraz zachowanie zasady proporcjonalności. Również rozszerzenie katalogu sankcjonowanych naruszeń na EDM nie znajduje uzasadnienia, bowiem projektowana sankcja odnosi się do obowiązku przekazywania danych o zdarzeniach medycznych do SIM, dla którego ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia przewiduje wyraźną podstawę prawną (art. 56 ust.2a ustawy). Ustawa nie zawiera natomiast analogicznego przepisu sankcjonującego naruszenia obowiązków dotyczących EDM.
281	Porozumienie Zielonogórskie	Art. 2	W art. 2 pkt. należy zmienić redakcję poprzez usunięcie „w szczególności ze względu na ich sytuację majątkową” gdyż grozi to paraliżem poradni prywatnych, które musiały będą weryfikować czy każdego potencjalnego klienta stać na świadczenie komercyjne, gdyż jeśli świadczenie będzie zbyt drogie to ktoś może się poczuć dyskryminowany ze względu na jego sytuację majątkową.	Uwaga uwzględniona Proponowane w art. 2 brzmienie art. 8a zostało zmienione. Zrezygnowano z przesłanki „sytuacji majątkowej”.
282	Porozumienie Zielonogórskie	art. 3	W art. 3 zawrzeć ograniczenia zastosowania wobec małych podmiotów leczniczych oraz podmiotów POZ. Przedstawione rozwiązania nie powinny dotyczyć małych podmiotów leczniczych, gdyż nakładane przepisami obowiązki stanowią nadmierne obciążenie ich personelu. W małych podmiotach nie ma kadry administracyjnej, która może zajmować się przeprowadzaniem konkursu ofert w przypadku zatrudniania pracowników, w tym współwłaścicieli. W podstawowej opiece zdrowotnej sposób finansowania gwarantuje samoograniczanie się w ponoszeniu kosztów pracowników poprzez zamkniętą grupę pacjentów i zakresu świadczeń oraz płatności kapitacyjnej. Zakres umów może powodować, że świadczeniodawcy będą narażeni na kontrole PIP, które będą podważać zasadność podpisywania umów innych niż umowa o pracę ze względu na spełnianie kryteriów umowy o pracę przy wypełnieniu nakładanych tym projektem obowiązków formalnych dla umowy B2B. Ponieważ procedowany jest równolegle projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, czyli Ministerstwo prowadzi dwa równoległe projekty zmieniające te same artykuły ustawy o działalności leczniczej, bez przedstawienia ich tekstu skonsolidowanego i bez wspólnej OSR. W efekcie żadna z ocen skutków regulacji nie opisuje rzeczywistego modelu, który powstanie po wejściu w życie obu ustaw.	Uwaga niezasadna Proponowane regulacje, zgodnie z zasadą równego tratowania wszystkich podmiotów
283	Polskie Towarzystwo Radiologiczne	Uwagi ogólne	Przedstawione propozycje oparte na modelu rozliczenia godzinowego, nie są poparte analizami wykazującymi, że taka zmiana nie przyczyni się do ogólnego zmniejszenia liczby wykonanych i opisanych badań obrazowych. W naszej ocenie, zaproponowane zmiany mogą mieć negatywny wpływ na organizację pracy i efektywność wykonywanych świadczeń – w efekcie, mogą stanowić realne	Uwagi niezasadne Ograniczenie czasu pracy medyków do 2 pełnych wymiarów cz. p. ma być stosowane jako warunek zatrudnienia w sferze

			zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Co więcej, projektowane zmiany przewidują rozliczenie według stawki godzinowej bez względu na model zatrudnienia danych osób, podczas gdy w przypadku umów o pracę standardem jest wynagrodzenie miesięczne, niezależne od liczby przepracowanych godzin. Wprowadzenie przedmiotowego przepisu pozostaje więc w sprzeczności z przepisami prawa pracy, przewidującymi prawo do wynagrodzenia nawet w przypadku niewykonywania zadań służbowych, przykładowo z uwagi na urlop. Istotnym ryzykiem wprowadzenia projektowanych zmian jest także zmiana miejsca zatrudnienia lekarzy, w tym radiologów, z placówek publicznych do prywatnych. Sztywny limit stawek w systemie publicznym może skłonić niektórych specjalistów do zakończenia współpracy ze szpitalami publicznymi i przejścia do sektora komercyjnego. Liczba radiologów w szpitalach może ulec zmniejszeniu, co ostatecznie może prowadzić do diametralnego zmniejszenia liczby wykonywanych i opisywanych badań diagnostycznych. W takiej sytuacji zapewnienie pełnej obsady radiologicznej w szpitalach obsługujących SOR-y będzie trudne lub wręcz niemożliwe, co ostatecznie może skutkować ograniczeniem dostępu do diagnostyki i leczenia chorych w stanach nagłych, wymagających pilnej interwencji medycznej, co w konsekwencji zwiększy śmiertelność i może wywołać głęboką krytykę społeczną. Jednocześnie wskazać należy, że ujednolicenie stawek może skutkować tym, że lekarze zrezygnują z pracy nadmiernie intensywnej, nocnej i o najwyższej odpowiedzialności medycznej, tj. na SOR, jeżeli za pracę w tym miejscu otrzymają taką samą stawkę jak za pracę w mniej wymagających warunkach. Projektowane zmiany nie uwzględniają również specyfiki funkcjonowania szpitali powiatowych i mniejszych podmiotów leczniczych, w których wprowadzenie nowych przepisów może doprowadzić do kryzysu kadrowego. Wyrównanie stawek między większymi i mniejszymi placówkami nie pozwoli na przyciągnięcie specjalistów, w tym radiologów, do małych jednostek, często zmagających się z brakami kadrowymi i stanowiących mniej atrakcyjną alternatywę zatrudnienia z punktu widzenia lekarza. Wprowadzenie sztywnego limitu wynagrodzeń pozbawi dyrektorów szpitali argumentów w postaci konkurencyjnych stawek dla specjalistów. Ostatecznie może to prowadzić do konieczności zamknięcia lub ograniczenia działalności poszczególnych oddziałów szpitalnych, a także wydłużenia czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia. Jednocześnie należy wskazać, że w wielu placówkach liczba wykonywanych badań obrazowych nie uzasadnia zatrudnienia lekarza radiologa w zaproponowanym w projekcie wymiarze co najmniej 1/2 etatu. W wielu jednostkach ciągłość diagnostyki obrazowej zapewniają lekarze współpracujący równocześnie z kilkoma mniejszymi podmiotami, nierzadko również w ramach teleradiologii. Ten system pozwala na optymalne wykorzystanie pracy radiologa, wykonującego opisy badań dla kilku mniejszych szpitali, z których każdy z osobna nie dysponuje liczbą badań pozwalającą na racjonalne, uzasadnione ekonomicznie zatrudnienie takiego lekarza. Jednocześnie wymóg ograniczenia łącznego wymiaru czasu pracy pracownika u wszystkich świadczeniodawców do równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy może powodować ograniczenie elastycznego organizowania pracy personelu medycznego pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi, co może prowadzić do zmniejszenia liczby lekarzy, ograniczenia możliwości obsady dyżurów, a także pogorszenia dostępności świadczeń w podmiotach, które już obecnie mają problemy kadrowe. W tym aspekcie należy zwrócić uwagę również na niejednoznaczność przedmiotowego przepisu, ponieważ projektodawca nie wskazuje, czy powyższe ograniczenie dotyczy jedynie świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	publicznej (w ramach kontraktów z NFZ) ale do tego limitu wliczany będzie również czas pracy w sferze prywatnej – co jest zamierzone i celowe ze względu na bezpieczeństwo pacjenta.
284	Konfederacja Lewiatan	art. 132aa ust. 3	W debacie publicznej już pojawiają się rozbieżne interpretacje poszczególnych przepisów. Mając na uwadze ciężar gatunkowy projektowanych zmian, prawidłowa redakcja przepisów ma fundamentalne	Uwaga niezasadna

			znaczenie. W szczególności należy w tym zakresie wskazać na projektowany art. 132aa ust. 3 – pojawiają się wątpliwości jaki jest zakładany przez projektodawcę zakres zastosowania tego przepisu. Proponujemy nadanie mu następującego brzmienia (fragmenty dodane zostały podkreślone zaś fragmenty usunięte będą przekreślone) „3. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, jeżeli są udzielane w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem z zakresu leczenia szpitalnego, są udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy” Proponujemy w redakcji art. 132aa ust. 3 odnieść się wprost do tego, że zastosowanie normy prawnej ograniczone jest do sytuacji, kiedy członek personelu medycznego uczestniczy w realizacji umowy z NFZ (analogicznie jak jest to wprost wyrażone np. w art. 132ab). Bez tej zmiany, redakcja przepisu wskazuje na znacząco szerszy zakres stosowania przepisu niż można by rozumieć z uzasadnienia i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Obecna redakcja przepisu wskazuje bowiem, że w każdym podmiocie, który posiada umowę z NFZ na świadczenia szpitalne, wszyscy członkowie personelu medycznego muszą być zatrudniani na minimum ½ etatu lub równoważnika. Nie ma bowiem ograniczenia wyłącznie do świadczeń realizowanych w ramach umowy z NFZ. Projektowany przepis wskazuje, że chodzi o umowy realizowane w zakładzie podmiotu „który zawarł z Funduszem umowę”. Słowo „który” musi odnosić się do podmiotu nie zaś do zakładu (bowiem zakład nie ma możliwości zawarcia umowy) oraz w świetle art. 8 ustawy o działalności leczniczej w zakładzie leczniczym mogą być realizowane usługi medyczne wyłącznie w jednym z trzech wskazanych tam rodzajów działalności leczniczej. Taka redakcja oznacza zatem, że w podmiocie który zawarł kontrakt z NFZ każdy pracownik, niezależnie w którym zakładzie tego podmiotu ma być zatrudniony i niezależnie jakie zadania ma realizować musi spełniać wymóg ½ etatu lub jego równoważnika. Oznaczałoby to przykładowo, że szpital chcąc zatrudnić lekarza medycyny pracy do realizacji badań nie finansowanych w żaden sposób z NFZ także jego musi zatrudniać przynajmniej na pół etatu. Taka redakcja jest zatem nieprawidłowa i wymaga zmiany.	Komentowany przepis odnosi się do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ i jest w tym zakresie wystarczająco precyzyjny.
285	Konfederacja Lewiatan	art. 132aa ust. 6	Analogicznie, zmian redakcyjnych wymaga art. 132aa ust. 6 – także w tym wypadku pojawiają się wątpliwości jaki jest zakładany przez projektodawcę zakres zastosowania tego przepisu. Proponujemy nadanie mu następującego brzmienia (fragmenty dodane zostały podkreślone zaś fragmenty usunięte będą przekreślone) 6. Osoba, o której mowa w ust. 3, może być zatrudniona przez kolejnego świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w celu udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3, w celu udzielania świadczeń w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem z zakresu leczenia szpitalnego, w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 3, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. Kierownik podmiotu leczniczego może odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.

			świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie. Kierownik podmiotu leczniczego zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza wyrażenie zgody. W przypadku osób zatrudnionych w więcej niż jednym miejscu spełniającym warunki o których mowa w ust. 3, zgodę wyraża kierownik podmiotu leczniczego wybranego przez tą osobę. Nieprawidłowa jest także definicja celu umowy odnosząca się wyłącznie do „udzielania świadczeń o których mowa w ust. 3" ponieważ przepis ten wskazuje na świadczenia „z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej". Prowadzi to do potencjalnego wniosku, że jeżeli drugie miejsce w którym zatrudniony miałoby być medyk także posiada umowę na świadczenia szpitalne to każde jego zatrudnienie, nawet jeżeli nie miałby on wykonywać świadczeń w ramach kontraktu na NFZ, wymagałoby co najmniej ½ etatu i zgody pozostałych pracodawców, jeżeli tylko miałyby on wykonywać jakiekolwiek świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej niezależnie od źródła ich finansowania. Na podstawie uzasadnienia do projektu oraz wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia wydaje się, że nie taka była intencja autorów tego przepisu. W związku z powyższym konieczne jest doprecyzowanie go we wskazany powyżej sposób. Ponadto konieczne jest doprecyzowanie czyją zgodę uzyskać ma medyk na kolejne zatrudnienie, jeżeli jest on zatrudniony w więcej niż jednym miejscu spełniającym warunki z ust. 3. Już teraz wielu członków personelu medycznego zatrudnionych jest w kilku miejscach na co najmniej pół etatu. Trudno wyobrazić sobie, aby zgody musiały być wydawane krzyżowo przez każdy z podmiotów, na wszystkie pozostałe. Powodowałoby to ogromne komplikacje. Dlatego też należy jasno wskazać, że w takiej sytuacji wybór miejsca które wyrażać ma zgodę należy do osoby zainteresowanej. Należy także jednoznacznie ustalić w jaki sposób personel medyczny ma wskazywać podstawowe miejsce zatrudnienia – tak aby nie dochodziło do rozbieżności interpretacyjnych i aby możliwa była obiektywna weryfikacja prawidłowości tego wskazania.	
286	Konfederacja Lewiatan	Art. 2	Niezrozumiałe zmiany w ustawie o prawach pacjenta Projektowane zmiany w treści ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzają zakaz odmiennego traktowania pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń ze względu na sytuację majątkową pacjentów. Zapis ten jest niezrozumiały bo do jego istoty i wprowadza chaos interpretacyjny. Należy podkreślić, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ma zastosowanie wobec wszystkich usług opieki zdrowotnej niezależnie od źródła ich finansowania. Wprowadzenie takiej regulacji w przypadku świadczeń niepodlegających finansowaniu ze środków publicznych jest niezrozumiałe i niewykonalne. Każda usługa płatna przez pacjenta lub dostępna dzięki posiadaniu opłacanego indywidualnie abonamentu lub prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest w sposób oczywisty uzależniona od sytuacji majątkowej stanowiącej zdolność pacjenta lub jego opiekuna do finansowania takiej opieki zdrowotnej. Wprowadzanie tego rodzaju zakazów jest zasadne wyłącznie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Co więcej jest to uregulowane w konstytucji, która w art. 68 ust. 2 wskazuje, że: „2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa." Norma konstytucyjna nakazująca równy dostęp jest więc w jasny sposób zawężona do świadczeń, które finansowane są ze środków publicznych. Projektowany przepis przekracza natomiast normę konstytucyjną, odnosząc nakaz równego traktowania do wszystkich świadczeń. Nie spodziewamy się, aby celem projektu rządowego była likwidacja prywatnej opieki zdrowotnej i nakazanie aby wszyscy pacjenci traktowani byli tak samo, nawet jeśli mogliby oni zapłacić za leczenie odciążając w ten sposób system publiczny. Rozwiązanie takie byłoby nie tylko całkowicie niekorzystne dla wszystkich pacjentów, także tych korzystających wyłącznie ze świadczeń	Uwaga uwzględniona Proponowane w art. 2 brzmienie art. 8a zostało zmienione. Zrezygnowano z przesłanki „sytuacji majątkowej".

			na NFZ, ale też całkowicie niezgodne z zasadami demokratycznego Państwa prawa i niespotykane w jakimkolwiek innym kraju demokratycznym. Nie znajdujemy natomiast jakiegokolwiek rozsądnego i jednoznacznego wytłumaczenia na czym miałaby polegać ta zmiana i do czego miałaby prowadzić. W związku z tym konieczne jest jej usunięcie poprzez modyfikację treści przepisu: 2. Niedopuszczalne jest odmienne traktowanie pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń, warunków organizacyjnych ich udzielania, lokalowych i bytowych, w szczególności ze względu na ich sytuacje majątkową, wykonywany zawód bądź inne okoliczności niezwiązane ze stanem zdrowia pacjenta lub niewynikające z odrębnych przepisów, a także ze względu na płeć, wiek, przynależność polityczną lub niepełnosprawność.	
287	Konfederacja Lewiatan	Art. 3	Regulacje konkursów Projektowane zmiany art. 26 ustawy o działalności leczniczej należy rozpatrywać w połączeniu z innym równolegle procedowanym projektem zmiany tej ustawy UD 434 z dn. 22.07.2026 r. Sumaryczny efekt tych zmian wprowadzić będzie do ogromnego chaosu interpretacyjnego i organizacyjnego. Literalne rozumienie zapisu cyt. „ 3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.” wskazuje na to, że podmiot posiadający jakąkolwiek umowę na świadczenia finansowane ze środków publicznych, niezależnie od celu zatrudniania personelu medycznego oraz źródła finansowania udzielanych usług opieki zdrowotnej zobowiązany będzie do organizowania konkursów ofert i publikowania na swoich stronach internetowych lub w udostępnionej przez CeZ aplikacji informacji o treści pozyskanych ofert oraz wynikach konkursów obejmujących warunki zawartych w ich wyniku umów. Brak ograniczenia tego obowiązku do umów lub ich części związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie przedmiotem licznych sporów prawnych i zarzutów o ustawowe usankcjonowanie regulacji wymuszającej publikację informacji objętych co do zasady tajemnicą prowadzonej działalności. Co więcej niezrozumiałe jest nałożenie takiego obowiązku na każdy – nawet najmniejszy podmiot leczniczy realizujący nawet najmniejszą umowę z NFZ (np. na świadczenia ogólnostomatologiczne w wymiarze ½ etatu przeliczeniowego) czy małe podmioty prowadzące placówkę POZ. W związku z powyższym wnosimy o rezygnację z proponowanych zmian w art. 26 lub jednoznaczne wskazanie, że obowiązki takie mają zastosowanie wyłącznie do świadczeń mających służyć realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy zawartej z NFZ.. Ponadto w art. 26 ust. 1a wskazane jest wykreślenie słowa wyłącznie: „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.” Przykładowo w praktyce działalności podmiotów realizujących diagnostykę obrazową, świadczenia na rzecz zamawiającego realizowane są co do zasady w komórkach zakładu podmiotu leczniczego przyjmującego zamówienie, jednakże w niektórych sytuacjach konieczna jest realizacja badań i innych usług przy łóżku pacjenta w oddziałach szpitalnych zleceniodawcy (np. OAiT) czy śródoperacyjnych. Aktualna redakcja projektu ustawy uniemożliwiałaby realizację tych, bezwzględnie niezbędnych pacjentom z punktu widzenia kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń. Ponadto obszarem potencjalnych krytycznych rozbieżności interpretacyjnych prowadzących do paraliżu systemu będą umowy podwykonawstwa w zakresie Ratownictwa Medycznego i transportu sanitarnego. Aby uniknąć tych ryzyk wskazane jest wyłączenie tego rodzaju usług z projektowanych restrykcji.	Uwaga niezasadna Intencją projektodawcy jest szeroki zakres adresatów normy prawnej, tj. wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

288	Konfederacja Lewiatan	Art. 132aa ust. 9	Nowe wymagania dotyczące treści umów określone w Art. 132aa ust. 9 skutkować będą koniecznością zmiany setek tysięcy obecnie obowiązujących umów wprowadzając do nich zapisy potencjalnie niezgodne z Kodeksem Pracy, skutkujące wewnętrzną sprzecznością treści umów i ryzykiem sporów prawnych z pracownikami będącymi stroną tych umów. Przykładem jest tu wymóg określenia stawki godzinowej w umowach o pracę przy jednoczesnym równoważnym systemie czasu pracy z wykorzystaniem kilkumiesięcznych okresów rozliczeniowych oraz klauzulami opt-out. Zastosowanie projektowanych rozwiązań może także spowodować liczne problemy z egzekwowaniem zapisów układów zbiorowych istniejących w wielu podmiotach leczniczych. Zdecydowana większość obowiązujących obecnie umów z członkami personelu medycznego, w tym niemalże 100% w wypadku umów o pracę, nie spełnia przewidzianych w ustawie wymogów. Mając na uwadze, że projekt przewiduje w takiej sytuacji wygaśnięcie z końcem roku takich umów mogłoby dojść do całkowitego paraliżu systemu. Projektowane zapisy Art. 132aa ust. 10 nakładają praktycznie niemożliwy do wykonania obowiązek zawarcia w umowie kontraktowej precyzyjnych zapisów o liczbie i harmonogramie godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Próby dostosowania treści tego typu umów do wymagań w praktyce mogłoby prowadzić do wprowadzania fasadowych zapisów lub konieczności wstecznego aneksowania umowy po każdym zakończonym miesiącu lub okresie planowania harmonogramu.	W przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
289	Konfederacja Lewiatan	Uwagi ogólne	Nadmiarowe regulacje oraz naruszenie zasady swobody umów przy zatrudnieniu Nowelizacja ustawy wprowadzając wymóg pracy na co najmniej ½ etatu lub równoważnik ½ etatu wyraźnie ingeruje w zasadę swobody umów. Zasada swobody umów została wyrażona w art. 353^1 Kodeksu cywilnego, który stanowi, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, pod warunkiem, że jego treść lub cel nie sprzeciwiają się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Nie jest to zasada bezwzględna, ale żadne dotychczasowe przepisy prawa nie ograniczały stron w kształtowaniu praw i obowiązków w takim stopniu jak obecnie procesowana nowelizacja. Aktualnie umowy cywilno-prawne są zawierane jako forma elastycznej współpracy, w sytuacji, gdy strony chciały za porozumieniem ułożyć pewien zakres współpracy. Projektowane przepisy stanowią natomiast całkowite zaprzeczenie zasady swobody umów. W szczególności wprowadzenie wymogu w zakresie minimalnego i maksymalnego czasu pracy jest postulatem, który ograniczy autonomię stron. W szczególności uzależnienie zatrudnienia na poziomie min 0,5 etatu w podmiocie jest już bardzo dużą ingerencją zarówno w zasadę swobody umów, jak i w zakres organizacyjny samego podmiotu. Podobnie ocenić należy wymóg zgody podmiotu macierzystego. Należy podkreślić, że takie przepisy stanowić będą dyskryminację pracowników medycznych na tle innych zawodów, które, nawet jeśli będą finansowane ze środków publicznych to nie będą miały analogicznych ograniczeń. W szczególności doprowadzi to np. do ograniczenia (a być może wykluczenia) możliwości zarobkowania dla osób, które mogły brać tylko po 3-4 dyżury w wielu podmiotach i w czasie, w którym im odpowiadał np. z uwagi na łączenie pracy z wychowaniem dziecka, opiekę nad członkiem rodziny, dojazdy i inne uwarunkowania np. osobiste i zawodowe. Należy także podkreślić ,że Zleceniodawca, niezależnie od formy zatrudnienia ma zostać zmuszony do prowadzenia takiego samego zakresu ewidencji dla pracowników kontraktowych, zleceniobiorców czy pracowników zatrudnionych na etat. W każdym wypadku miałaby to być. ewidencja godzin wykonywania pracy od do z podziałem na elementy kosztowe uwzględniający rachunek kosztów, łącznie z dokumentami potwierdzającymi fakt wykonania usługi w danym czasie. Zrównywanie wymogów, niezależnie od formy umowy może prowadzić do szeregu wątpliwości, które staną się	Uwagi niezasadne Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym. Nie zachodzi wskazane ryzyko związane z kontrolami PIP, skoro dookreślenie elementów umów cywilnoprawnych, bez pozbawienia ich takiego charakteru, będzie wynikać z samej ustawy.

			ogromnym ryzkiem dla personelu i podmiotu leczniczego w wypadku kontroli Państwowej Inspekcji Pracy. Należy bowiem przewidywać, że w przypadku stwierdzenia przez inspekcję naruszeń (w szczególności dotyczących kontraktów personelu medycznego noszących w związku z projektowanymi wymaganiami znamiona umowy o pracę – np. wynikające z obowiązku ustalenia sztywnego harmonogramu pracy w umowie – patrz Art. 132aa ust 10), ich konsekwencje mogłyby powodować drastyczne skutki finansowe dla obu stron umów (konieczność odprowadzenia należnych składek do ZUS oraz podatków PIT) co spowoduje m.in. pogorszenie sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, w tym przede wszystkim szpitali publicznych.	
290	Konfederacja Lewiatan	Uwagi ogólne	Projektowane przepisy uprawniające AOTMiT do kontroli wdrożenia i prawidłowości prowadzenia analityki zgodnej z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców oraz nakładania przez Prezesa NFZ kar na podmioty, w których AOTMiT stwierdził nieprawidłowości w tym zakresie. Od wielu lat organizacje pracodawców (Konfederacja LEWIATAN, Pracodawcy RP) oraz organizacje menadżerów ochrony zdrowia zgłaszają krytyczne uwagi dotyczące bezzasadnego i niemożliwego do wykonania obowiązku prowadzenia obszernej, dodatkowej analityki księgowej zgodnej z wymaganiami SRK, która z przyczyn Konfederacja Lewiatan ul. Zbyszka Cybulskiego 5 00-727 Warszawa tel. +48 22 50 50 860 recepcja@lewiatan.org www.lewiatan.org Polish Confederation Lewiatan Brussels Office Avenue de Cortenbergh 168 tel. +32 2 732 12 10 NIP 5262353400 KRS 0000053779 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy - 9 - oczywistej sprzeczności z innymi przepisami w zakresie rachunkowości jest powielaniem pracochłonnych procesów biurokratycznych wyłącznie na potrzeby AOTMiT i to w sytuacji braku przewidywalności kiedy, w jakim zakresie i czy w ogóle dane te będą komukolwiek potrzebne. Odrębnym, wielokrotnie poruszanym przez ekspertów i menadżerów ochrony zdrowia problemem są niezmiernie rozubudowane, często czysto teoretyczne i niewykonalne wymagania zawarte w tym standardzie. Analiza literalnej wykładni zapisów Rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców prowadzi do oczywistej konkluzji, że realizacja wszystkich wymagań jest niemożliwa a dokument jest oderwany od rzeczywistości, w której funkcjonują podmioty lecznicze. Ustawowe ograniczenie obowiązku prowadzenia analityki zgodnej z SRK dla podmiotów realizujących wyłącznie umowy w zakresie POZ oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne sprawia, że ponad 95 % świadczeniodawców w Polsce objętych jest tym obowiązkiem w pełnym zakresie – identycznym dla ogromnych podmiotów zatrudniających setki czy tysiące osób jak i dla małych podmiotów realizującego np. umowę z rodzaju leczenie stomatologiczne w wymiarze ½ etatu przeliczeniowego. Projektowane uprawnienia kontrolne dla AOTMiT oraz powiązane z nimi sankcje finansowe nakładane przez Prezesa NFZ stanowią więc realne zagrożenie dla prawie każdego podmiotu leczniczego w Polsce, który podjął się realizacji jakiejkolwiek umowy z publicznym płatnikiem innej niż POZ i zaopatrzenie w wyroby medyczne. W sytuacji oczywistego braku możliwości wdrożenia i bieżącego prowadzenia SRK zgodnego w 100% z czysto teoretycznymi wymaganiami Rozporządzenia, abstrahując od nieuzasadnionych wysokich kosztów takiej analityki, oczywistym jest, że każdy podmiot w Polsce będzie musiał liczyć się z nałożeniem na niego kary w wysokości do 0,5% wartości wszystkich zawartych umów z NFZ ponieważ SRK dotyczy całego obszaru działalności leczniczej tego podmiotu. Potencjalnie w świetle projektowanych przepisów kara taka może być nakładana na podmiot kilkukrotnie w ciągu roku. W przypadku małych podmiotów leczniczych z niewielkimi wartościami umów z NFZ ewentualna kara będzie i tak mniej dotkliwa	Uwaga częściowo uwzględniona. Obowiązek stosowania standardu rachunku kosztów nie jest wprowadzany przedmiotowym projektem. Wynika on już z art. 31lc ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, natomiast szczegółowe zalecenia dotyczące standardu zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. Projekt nie dotyczy zatem zasadności ani zakresu obowiązku prowadzenia rachunku kosztów według tego standardu. Uwaga pozostaje natomiast aktualna w części odnoszącej się do projektowanego mechanizmu weryfikacji prawidłowości stosowania standardu oraz konsekwencji stwierdzonych nieprawidłowości. W tym zakresie przepisy zostały doprecyzowane przez określenie zasad prowadzenia weryfikacji, jej zakresu oraz trybu dokumentowania wyników. Nie znajduje natomiast uzasadnienia postulat odstąpienia od możliwości weryfikacji przestrzegania obowiązku ustawowego ani od ustanowienia sankcji za jego naruszenie. Instrumenty te mają zapewnić skuteczność obowiązku wynikającego z art. 31lc ust. 6 ustawy.

			finansowo niż skumulowane koszty bieżące analityki częściowo zgodnej z SRK – szczególnie w sytuacji gdy kara i tak będzie nieuchronna z uwagi na brak możliwości wypełnienia wszystkich wymagań SRK określonych w Rozporządzeniu MZ. Problem irracjonalności i niewykonalności przepisów w tym zakresie Konfederacja Lewiatan wraz Pracodawcami RP zgłaszała w trakcie prac Zespołu ds. Deregulacji pracującego pod patronatem Rządu w 2025 r. i pomimo zrozumienia po stronie wielu uczestników tego procesu postulowane zmiany nie nastąpiły. Temat poruszano także w trakcie prac Zespołu Trójstronnego ds. Zdrowia przy RDS jednak wszystkie zgłaszane tam zastrzeżenia zostały zignorowane i Konfederacja Lewiatan ul. Zbyszka Cybulskiego 5 00-727 Warszawa tel. +48 22 50 50 860 recepcja@lewiatan.org www.lewiatan.org Polish Confederation Lewiatan Brussels Office Avenue de Cortenbergh 168 tel. +32 2 732 12 10 NIP 5262353400 KRS 0000053779 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy - 10 - odparte wątpliwymi merytorycznie argumentami AOTMiT jakoby „większość świadczeniodawców nie miała problemów z wdrożeniem SRK i podmioty te doceniają tę dodatkową analitykę SRK jako wartościowe narzędzie zarządcze”. Niestety żaden z przedstawicieli podmiotów leczniczych uczestniczących w pracach Zespołu Trójstronnego nie potwierdził tych opinii AOTMiT. Pomimo świadomości strony rządowej nt. zgłaszanych problemów z SRK obecny projekt wskazuje brak realizacji tych przepisów jako podstawę dotkliwego karania świadczeniodawców. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że przepisy te mogą stanowić metodę na obniżenie wydatków NFZ o 0,5% w wyniku nakładania kar, których płacenie dla większości podmiotów będzie i tak tańsze niż podejmowanie prób wdrażania i bieżącego prowadzenia analityki zgodnej z SRK. Wyłączając umowy POZ i zaopatrzenia w wyroby medyczne potencjalny skutek finansowy kar należy szacować na poziomie powyżej 1 mld złotych rocznie i to tylko w przypadku jednokrotnego nałożenia kary w ciągu roku. Powtórzenie tego mechanizmu co kwartał będzie zgodne z projektowanymi przepisami. Ewentualne działania kontrolne AOTMiT mające na celu stwierdzenie nieprawidłowości będą wyjątkowo proste – wystarczy bowiem jeden pisemny wniosek o przekazanie próbki danych i stwierdzenie na tej podstawie ich niekompletności (np. w zakresie jednostkowych kosztów wytworzenia procedur medycznych). Tworzenie niewykonalnych przepisów a następnie wprowadzanie sankcji finansowych z tytułu ich nieprzestrzegania zasługuje na jednoznacznie negatywną ocenę.	
291	OPC sp. z o.o.	Uwagi ogólne	OPC popiera cel polegający na eliminowaniu podmiotów, które formalnie posiadają status podmiotu leczniczego, lecz w rzeczywistości ograniczają swoją aktywność do odpłatnego udostępniania personelu medycznego, bez organizowania procesu udzielania świadczeń i bez ponoszenia odpowiedzialności właściwej dla podmiotu leczniczego. Przyjęte w projekcie środki wykraczają jednak poza ten cel. Projektowany art. 26 ust. 1a ustawy o działalności leczniczej obejmuje jednakowo fikcyjne pośrednictwo pracy jak i profesjonalne, kompleksowe podwykonawstwo świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: „NiŚOZ”) rozwiązanie to może doprowadzić do faktycznej likwidacji sprawdzonego modelu organizacyjnego, a w konsekwencji do ograniczenia dostępności świadczeń, przeciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć oraz wzrostu kosztów ponoszonych przez szpitale. OPC od 2010 r. organizuje świadczenia NiŚOZ jako świadczeniodawca związany bezpośrednimi umowami z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia, a od roku 2017 działa także jako podwykonawca szpitali, którym powierzono kompleksową realizację tego zakresu świadczeń. Działalność OPC nie polega na samym udostępnianiu lekarzy lub pielęgniarek. OPC przejmuje odpowiedzialność za organizację całego procesu: planuje i obsadza grafiki, rekrutuje personel, zabezpiecza zastępstwa, organizuje wizyty domowe i transport zespołów, zapewnia wyposażenie i materiały medyczne, organizuje transport sanitarny oraz zapewnia zaplecze techniczne i informatyczne	Uwaga niezasadna Jeśli świadczenia zdrowotne z zakresu NiŚOZ będące przedmiotem umowy będą udzielane w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienie (np. w wynajętych od udzielającego zamówienia pomieszczeniach) takie działalnie będzie zgodne z proponowanymi przepisami

			niezbędne do realizacji świadczeń, a także ponosi odpowiedzialność kontraktową, organizacyjną i medyczną za ciągłość wykonywania powierzonego zakresu. I. Najważniejsze wnioski i postulaty: 1. odstąpienie od bezwzględnego wymogu, aby świadczenia powierzone innemu podmiotowi leczniczemu były udzielane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie albo co najmniej wprowadzenie wyjątku dla kompleksowego podwykonawstwa wyodrębnionych zakresów świadczeń, w szczególności NiŚOZ oraz świadczeń mobilnych i udzielanych w miejscu pobytu pacjenta; 2. ustawowe odróżnienie profesjonalnego podwykonawcy kompleksowego od podmiotu, którego działalność ogranicza się do pośrednictwa w zatrudnieniu personelu; 3. jednoznaczne potwierdzenie, że zakład leczniczy przyjmującego zamówienie może być prowadzony w pomieszczeniach użyczonych lub wynajmowanych od udzielającego zamówienia, jeżeli przyjmujący zamówienie posiada tytuł prawny do pomieszczeń, ujawnił strukturę w RPWDL i zachowuje rzeczywistą odrębność organizacyjną; 4. wyłączenie świadczeń NiŚOZ oraz innych świadczeń dyżurowych i interwencyjnych z ograniczeń, które mogłyby utrudniać incydentalne lub uzupełniające zatrudnianie personelu, a co najmniej jednoznaczne potwierdzenie, że art. 132aa ust. 3–7 nie znajduje zastosowania do NiŚOZ; 5. doprecyzowanie sposobu ustalania „równoważnika wymiaru czasu pracy” przy umowach cywilnoprawnych oraz ograniczenie odpowiedzialności świadczeniodawcy do informacji, które może on rzeczywiście zweryfikować; 6. wyłączenie umów zawieranych między podmiotami leczniczymi z obowiązku określania indywidualnego równoważnika czasu pracy, o którym mowa w projektowanym art. 27 ust. 4 pkt 2a ustawy o działalności leczniczej; 7. uzupełnienie Oceny Skutków Regulacji o analizę rynku podwykonawstwa NiŚOZ, skutków dla małych i średnich przedsiębiorców, dostępności kadr, kosztów szpitali oraz wpływu na SOR, izby przyjęć i zespoły ratownictwa medycznego. Specyfika NiŚOZ i model działalności OPC: NiŚOZ jest świadczeniem wymagającym całodobowej gotowości w określonych porach, bieżącego dostosowywania obsady do liczby pacjentów, zapewnienia zastępstw w razie nagłej nieobecności personelu, a także organizowania wizyt lekarskich i pielęgniarskich w miejscu pobytu pacjenta. W odróżnieniu od wielu planowych świadczeń diagnostycznych nie może być ono wykonywane wyłącznie w stałym miejscu ani przesunięte na inny termin w razie braku personelu. W modelu podwykonawstwa szpital pozostaje stroną umowy z NFZ, natomiast wyspecjalizowany podmiot leczniczy przejmuje kompleksową realizację wyodrębnionego zakresu. Świadczenia są raportowane w ramach umowy i komórek organizacyjnych świadczeniodawcy posiadającego kontrakt z NFZ, choć organizacja procesu, personel, nadzór, wyposażenie, transport, zabezpieczenie ciągłości i odpowiedzialność za wykonanie umowy pozostają po stronie podwykonawcy. Tego modelu nie można utożsamiać z samym udostępnianiem pracowników. Profesjonalny podwykonawca dysponujący bazą personelu dla większego obszaru może przesuwać zasoby między punktami, zapewniać personel awaryjny oraz utrzymywać jednolite standardy organizacyjne. Dla pojedynczego szpitala powiatowego samodzielne odtworzenie takiej struktury wymagałoby zatrudnienia dodatkowych osób do rekrutacji, planowania	

			grafików, obsługi wizyt wyjazdowych, transportu, informatyki i sprawozdawczości. Likwidacja podwykonawstwa nie usuwa zatem kosztu organizacji świadczeń, lecz przenosi go do każdego szpitala osobno i pozbawia system efektu skali. Finansowanie NiSOZ ma charakter ryczałtowy, związany z utrzymaniem gotowości i dostępności. Stałe wynagrodzenie kompleksowego podwykonawcy ogranicza ryzyko doraźnego podnoszenia stawek w celu uzupełnienia pojedynczych luk w grafiku. Podmiot działający na większym obszarze stabilizuje rynek kadrowy, podczas gdy rozproszone, samodzielne rekrutacje wielu szpitali sprzyjają wzajemnemu przelicytowywaniu się placówek.	
292	OPC sp. z o.o.	Art. 3	Uwagi do projektowanego art. 26 ust. 1a ustawy o działalności leczniczej: 1. Zakaz jest szerszy niż deklarowany cel regulacji: Projektowany art. 26 ust. 1a dopuszcza powierzenie świadczeń innemu podmiotowi leczniczemu pod warunkiem, że świadczenia będą udzielane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie. Uzasadnienie projektu wskazuje, że regulacja ma przeciwdziałać „leasingowi pracowniczemu" i tworzeniu fikcyjnych podmiotów leczniczych. Przyjęte kryterium miejsca udzielania świadczenia nie służy jednak rozpoznaniu tego zjawiska. O tym, czy mamy do czynienia z pośrednictwem zatrudnienia, czy z rzeczywistym wykonaniem kompleksowej usługi, powinny decydować: zakres przejętych obowiązków, samodzielność organizacyjna, własne kierownictwo i nadzór, odpowiedzialność za ciągłość i jakość świadczeń, sposób rozliczenia, zapewnienie sprzętu i materiałów, ponoszenie ryzyka gospodarczego oraz odpowiedzialność wobec pacjentów i zamawiającego. Miejsce udzielania świadczenia nie przesądza o żadnej z tych cech. Projekt eliminuje zatem nie tylko podmioty fikcyjne, ale także podmioty rzeczywiście wykonujące działalność leczniczą, jeżeli charakter świadczenia wymaga obecności w miejscu wyznaczonym przez szpital. Jest to środek nieadekwatny i nieproporcjonalny do deklarowanego celu. 2. Pojęcie „zakładu leczniczego" nie jest kryterium miejsca: Zgodnie z ustawową definicją zakład leczniczy jest zespołem składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Nie jest on tożsamy ani z budynkiem, ani z prawem własności nieruchomości. Sformułowanie, że świadczenia mają być udzielane „wyłącznie w zakładzie leczniczym" wykorzystuje pojęcie funkcjonalno-majątkowe jako określenie miejsca i prowadzi do poważnych wątpliwości interpretacyjnych. W szczególności nie wiadomo, czy za spełnienie warunku będzie uznawane prowadzenie zakładu OPC w pomieszczeniach wynajętych od szpitala lub użyczonych przez szpital, użytkowanych wyłącznie przez OPC w godzinach działania NiSOZ i ujawnionych w RPWDL. Brak jednoznacznej odpowiedzi narazi podmioty lecznicze i szpitale na ryzyko rozbieżnych ocen NFZ, organów rejestrowych i kontrolnych. 3. Niemożność objęcia wymogiem świadczeń mobilnych i wizyt domowych: Zakres NiSOZ obejmuje nie tylko świadczenia ambulatoryjne, ale także świadczenia lekarskie i pielęgniarskie udzielane w miejscu pobytu pacjenta. Świadczenia te z natury nie są udzielane w zakładzie leczniczym żadnej ze stron. Użycie słowa „wyłącznie" oznacza, że podmiot realizujący prawidłowo pełny zakres NiSOZ, w tym wizyty domowe, nie będzie mógł spełnić warunku projektowanego art. 26 ust. 1a. Ten sam problem dotyczy innych świadczeń mobilnych, zespołów wyjazdowych, transportu medycznego z opieką medyczną i świadczeń udzielanych w miejscu zdarzenia. Projekt	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na

			przewiduje wyjątek ukształtowany z myślą o laboratoriach i radiologii, lecz pomija świadczenia, których istotą jest działanie poza stałą lokalizacją. 4. Projektowany art. 26 ust. 1a pozostaje niedostosowany do ustawowego modelu organizacyjnego NiŚOZ przy szpitalach PSZ oraz posiadających SOR: Specyfika NiŚOZ przemawia za wykonywaniem tych świadczeń w bezpośrednim powiązaniu organizacyjnym i lokalizacyjnym ze szpitalem. W przypadku szpitala posiadającego szpitalny oddział ratunkowy przepisy dotyczące organizacji SOR wymagają zapewnienia w lokalizacji oddziału miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że model zakładający przeniesienie przez podwykonawcę świadczeń NIŚOZ do odrębnej, niezależnej lokalizacji tylko w celu spełnienia wymogu projektowanego art. 26 ust. 1a może być sprzeczny z właściwą organizacją tych świadczeń oraz z celem regulacji dotyczących SOR. Problemem nie jest przy tym sam tytuł prawny do pomieszczeń szpitala. Istotne jest, że NIŚOZ pozostaje elementem świadczeń realizowanych przez szpital w ramach jego umowy z NFZ, a jednocześnie może być kompleksowo wykonywana przez profesjonalnego podwykonawcę. Kryterium miejsca świadczenia nie pozwala odróżnić takiego modelu od niedopuszczalnego udostępniania personelu. 5. Niezgodność z technicznym modelem raportowania do NFZ: W przypadku podwykonawstwa NiŚOZ świadczenia są wykonywane w ramach umowy szpitala z NFZ. OPC nie tworzy własnej dokumentacji medycznej dotyczącej tych świadczeń i nie sprawozdaje ich do NFZ ani do Ministra Zdrowia jako świadczeń udzielonych przez OPC. Dokumentacja medyczna jest prowadzona w ramach systemu dokumentacji świadczeniodawcy będącego stroną umowy z NFZ, a dane o wykonanych świadczeniach są raportowane przy wykorzystaniu właściwych dla niego kodów umowy, miejsc udzielania świadczeń oraz komórek organizacyjnych. Oznacza to, że w dokumentacji i systemach sprawozdawczych świadczenie nie będzie identyfikowane jako świadczenie udzielone w zakładzie leczniczym OPC, nawet jeżeli OPC ponosi pełną odpowiedzialność kontraktową za organizację powierzonego zakresu, zapewnia personel, zastępstwa, wyposażenie, transport i obsługę wizyt domowych, i to OPC wysyła tę sprawozdawczość ze swojego systemu komputerowego. Projektowany art. 26 ust. 1a tworzy zatem wymóg, którego spełnienie może być kwestionowane właśnie z uwagi na prawidłowy sposób dokumentowania i sprawozdawania świadczeń w modelu podwykonawstwa. Projekt nie określa, jakie dokumenty i okoliczności mają przesądzać o spełnieniu warunku z art. 26 ust. 1a. Brak kryteriów utrudni przygotowywanie konkursów, ocenę ofert, kontrolę wykonywania umów i zachowanie ciągłości świadczeń. 6. Skutki dla konkurencji i kosztów: Bezwzględny zakaz wykonywania świadczeń w miejscu udzielającego zamówienia faworyzuje duże, pionowo zintegrowane podmioty i eliminuje wyspecjalizowanych przedsiębiorców, którzy wykonują wyodrębnione zakresy działalności leczniczej. Ograniczenie liczby wykonawców zmniejszy konkurencję w konkursach ofert, utrudni szpitalom wybór optymalnego modelu i może prowadzić do wzrostu kosztów. W uzasadnieniu projektu przyjęto, że projekt nie wpływa na mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców. Teza ta wymaga ponownej weryfikacji. Regulacja bezpośrednio dotyczy wyspecjalizowanych podmiotów leczniczych działających jako podwykonawcy oraz ich pracowników i współpracowników. 7. Proponowana zmiana art. 26: OPC proponuje w pierwszej kolejności zastąpienie projektowanego art. 26 ust. 1a rozwiązaniem opartym na kryterium rzeczywistego, kompleksowego wykonywania świadczeń, a nie wyłącznie na miejscu ich udzielania.	podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.

			Proponowane brzmienie art. 26 ust. 1a–1c: „1a. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 1, zwany dalej „udzielającym zamówienia", może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych innemu podmiotowi leczniczemu." „1b. Jeżeli świadczenia będą udzielane w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia, w miejscu pobytu pacjenta albo przy wykorzystaniu zespołu wyjazdowego lub mobilnego, przyjmujący zamówienie jest obowiązany zapewnić kompleksową i samodzielną organizację powierzonego zakresu świadczeń, w szczególności personel, kierownictwo i nadzór, ciągłość udzielania świadczeń, wyposażenie wymagane do realizacji zamówienia oraz odpowiedzialność za jakość i bezpieczeństwo świadczeń." „1c. Za udostępnianie personelu medycznego nie uważa się wykonywania przez podmiot leczniczy kompleksowo powierzonego mu zakresu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1b, także w przypadku, gdy świadczenia są udzielane w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia lub w miejscu pobytu pacjenta, a dokumentacja medyczna i sprawozdawczość tych świadczeń są prowadzone przez udzielającego zamówienia jako świadczeniodawcę będącego stroną umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia." Wariant minimalny: dodanie po projektowanym art. 26 ust. 1a przepisu stanowiącego, że wymogu udzielania świadczeń wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie nie stosuje się do kompleksowej realizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, świadczeń udzielanych w miejscu pobytu pacjenta, świadczeń transportu medycznego oraz innych świadczeń wykonywanych przez zespoły wyjazdowe lub mobilne. Uwagi do art. 27 ustawy o działalności leczniczej i przepisów przejściowych: 1. Projektowany art. 27 ust. 4 pkt 1a i 2a nie jest dostosowany do umów między podmiotami leczniczymi: Projekt nakazuje wskazywanie w umowie łącznej liczby godzin udzielania świadczeń oraz równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających i udzielających zamówienia. Obowiązek ten jest zrozumiały w umowie zawieranej bezpośrednio z osobą fizyczną, lecz nie odpowiada naturze umowy z innym podmiotem leczniczym. Spółka przyjmująca zamówienie nie pozostaje w stosunku zatrudnienia i nie posiada własnego „równoważnika wymiaru czasu pracy". Umowa kompleksowa określa wymaganą obsadę, dostępność i rezultat organizacyjny, natomiast indywidualne harmonogramy mogą się zmieniać w toku realizacji. Literalne stosowanie projektowanego pkt 2a do umów między podmiotami leczniczymi jest niewykonalne albo prowadzi do błędnego utożsamienia całej usługi z sumą czasu pracy personelu. Należy wyraźnie ograniczyć obowiązek określony w art. 27 ust. 4 pkt 2a do sytuacji, w której przyjmującym zamówienie jest osoba wykonująca zawód medyczny. W umowie z podmiotem leczniczym powinno się natomiast określać minimalną obsadę i harmonogram dostępności świadczeń, jeżeli jest to uzasadnione ich charakterem. 2. Art. 4 projektu jest wewnętrznie niespójny: Art. 4 projektu odnosi się literalnie do umów między świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny, lecz jako warunki, których niespełnienie prowadzi do wygaśnięcia umowy, wymienia również art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej. Przepisy te po zmianie mają regulować także umowy zawierane między dwoma podmiotami leczniczymi. Nie wiadomo zatem, czy	

			projektodawca zamierza objąć automatycznym wygaśnięciem również umowy szpital–podmiot leczniczy, czy też pozostawić je poza przepisem przejściowym. Niepewność ma zasadnicze znaczenie dla wieloletnich umów zawartych w trybie konkursu, zobowiązań kadrowych, najmu pomieszczeń, inwestycji w sprzęt i ciągłości świadczeń. Przy 14-dniowym vacatio legis szpitale i wykonawcy nie będą w stanie bezpiecznie ustalić skutków wejścia ustawy w życie. 3. Ochrona umów istniejących i odpowiednie vacatio legis: Umowy zawarte zgodnie z prawem obowiązującym w chwili ich zawarcia powinny zachować moc do upływu okresu, na który zostały zawarte, co najmniej przez okres umożliwiający przeprowadzenie nowych postępowań, zorganizowanie własnej struktury przez szpitale oraz zabezpieczenie personelu. Automatyczne wygaśnięcie z końcem 2026 r. może nastąpić w środku okresu obowiązywania umowy z NFZ i bez możliwości natychmiastowego zastąpienia wykonawcy. 4. Proponowane brzmienie przepisu przejściowego: „Do umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy pomiędzy podmiotami leczniczymi stosuje się przepisy dotychczasowe do końca okresu, na jaki umowy te zostały zawarte.” „Umowy i inne akty stanowiące podstawę zatrudnienia osób wykonujących zawód medyczny, niespełniające warunków określonych w art. 132aa lub art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1, mogą być wykonywane przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.”	
293	OPC sp. z o.o.	art. 132aa i 132ab	Uwagi do projektowanych art. 132aa i 132ab ustawy o świadczeniach: 1. Limit równowartości dwóch etatów – brak metody ustalania równoważnika: Projektowany art. 132aa ust. 1 obejmuje zarówno stosunki pracy, jak i umowy cywilnoprawne, lecz nie określa sposobu przeliczania zobowiązań wynikających z kontraktów na równoważnik wymiaru czasu pracy. W praktyce umowy personelu medycznego mogą przewidywać zmienną liczbę dyżurów, gotowość, dyżury domowe, zastępstwa, wynagrodzenie ryczałtowe albo rozliczenie za wykonane świadczenia. Nie jest jasne, czy równoważnik ma wynikać z maksymalnego harmonogramu, średniej z okresu rozliczeniowego, faktycznie przepracowanych godzin czy deklaracji stron. Brak metody przeliczenia uniemożliwia świadczeniodawcy ocenę prawidłowości oświadczenia oraz tworzy ryzyko odpowiedzialności mimo braku dostępu do danych o innych kontraktach danej osoby. Ustawa powinna zawierać delegację do określenia jednolitej metody obliczeń oraz wskazywać, że świadczeniodawca może opierać się na oświadczeniu osoby wykonującej zawód medyczny, o ile nie posiada informacji świadczących o jego nieprawdziwości. 2. Oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej i automatyczne rozwiązanie zatrudnienia: Projekt opiera system na oświadczeniach personelu, jednocześnie przewidując daleko idące skutki ich niezłożenia. Automatyczne rozwiązanie zatrudnienia może nastąpić z przyczyn czysto formalnych i spowodować natychmiastową lukę w obsadzie. W NiŚOZ brak jednej osoby w grafiku może uniemożliwić zachowanie ciągłości udzielania świadczeń. Zasadne jest wprowadzenie obowiązku uprzedniego wezwania do złożenia oświadczenia, dodatkowego terminu co najmniej 14 dni i	Uwagi częściowo uwzględnione Maksymalny limit czasu pracy ma charakter uniwersalny i dotyczy wszystkich rodzajów umów. Przepis przewidujący automatyczne rozwiązanie umowy w przypadku niezłożenia oświadczenia o zatrudnieniu na mniej niż ½ etatu został usunięty. Doprecyzowano przepis dot. zgody NFZ na czasowe odstępstwo od wymogów dot. wymiaru zatrudnienia. Wprowadzenie zakazu określania wynagrodzenia jako udziału w kwocie kontraktu nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.

			możliwości dalszego wykonywania świadczeń do czasu zapewnienia zastępstwa, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo pacjentów. 3. Minimalny wymiar zatrudnienia i zgoda kierownika – potrzeba jednoznacznego wyłączenia NiŚOZ: Projektowany art. 132aa ust. 3–7 został sformułowany w odniesieniu do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w zakładzie świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalnego. NiŚOZ jest odrębnym zakresem świadczeń, dlatego literalna wykładnia przemawia za niestosowaniem tych ustępów do NiŚOZ. Ze względu na lokalizowanie punktów NiŚOZ w zakładach szpitalnych oraz częste łączenie aktywności przez ten sam personel istnieje jednak ryzyko odmiennej praktyki interpretacyjnej. Ustawa powinna wyraźnie wskazywać, że ust. 3–7 nie stosuje się do udzielania świadczeń NiŚOZ. W przeciwnym razie szpitale i podwykonawcy będą zmuszeni do zachowawczego stosowania wymogu co najmniej połowy etatu i uzyskiwania zgód, co istotnie ograniczy bazę personelu dostępnego do pojedynczych dyżurów. Niezależnie od powyższego mechanizm zgody kierownika tworzy konflikt interesów. Kierownik podmiotu, który sam poszukuje personelu, może blokować możliwość wykonywania dyżurów u innego świadczeniodawcy z powołaniem się na niezaspokojone potrzeby kadrowe. W odniesieniu do świadczeń dyżurowych bardziej proporcjonalne byłoby zastąpienie zgody obowiązkiem powiadomienia, z możliwością sprzeciwu jedynie z przyczyn związanych z naruszeniem norm odpoczynku lub konkretnym zagrożeniem dla ciągłości świadczeń. 4. Zgoda Prezesa NFZ na czasowe odstąpienie – instrument niewystarczający: Projektowany art. 132aa ust. 8 pozwala Prezesowi NFZ, na wniosek świadczeniodawcy, czasowo odstąpić od wymogów na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy. Instrument ma charakter uznaniowy, następczy i ograniczony czasowo. Nie zapewnia bezpieczeństwa organizacyjnego przy zawieraniu wieloletnich umów i planowaniu obsady. Należy co najmniej określić krótki termin rozpoznania wniosku, zasadę milczącej zgody po jego bezskutecznym upływie, możliwość przedłużania zgody oraz jej obowiązywanie do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia wniosku o przedłużenie. Dla NiŚOZ bardziej właściwe jest stałe wyłączenie niż cykliczne uzyskiwanie zgód. 5. Limity wynagrodzeń – ryzyko odpływu personelu z systemu publicznego: Jednolity limit stawki godzinowej i wynagrodzenia miesięcznego nie uwzględnia specjalizacji, regionu, pory udzielania świadczeń, odpowiedzialności, deficytu kadrowego ani kosztów prowadzenia działalności gospodarczej. NiŚOZ jest wykonywana w nocy, weekendy i święta, czyli w godzinach konkurujących z odpoczynkiem i innymi dyżurami. Sztywna stawka może nie zapewnić możliwości pozyskania personelu w mniejszych miejscowościach i regionach o największych brakach kadrowych, a także w okresach świątecznych czy wakacyjnych. Ograniczenie obejmujące wyłącznie świadczenia finansowane ze środków publicznych może jednocześnie zwiększyć atrakcyjność sektora komercyjnego. Skutkiem może być nie obniżenie kosztów, lecz ograniczenie dostępności kadr i konieczność zamykania punktów albo częstszego korzystania z wyjątków. OPC postuluje wprowadzenie możliwości podwyższenia limitu dla świadczeń udzielanych w porze nocnej, w dni wolne od pracy, w NiŚOZ, w regionach deficytowych oraz w przypadku	

			konieczności nagłego zabezpieczenia ciągłości. Mechanizm powinien być oparty na obiektywnych kryteriach lub zgodzie NFZ udzielanej w krótkim terminie. 6. Zakaz wynagrodzenia procentowego a swoboda doboru modelu rozliczenia: Bezwzględny zakaz określania wynagrodzenia jako stawki procentowej pomija fakt, że w części zakresów taki model wiąże wynagrodzenie z rzeczywistą aktywnością, efektywnością i ryzykiem kontraktowym. W NiŚOZ, finansowanej przede wszystkim za gotowość, problem ma mniejsze znaczenie, jednak regulacja systemowa powinna obejmować jedynie modele prowadzące do automatycznego i nieuzasadnionego przenoszenia wzrostu wyceny NFZ na wynagrodzenie, a nie każdy model procentowy bez względu na jego konstrukcję. 7. Proponowane uzupełnienie art. 132aa ust. 7: Proponowane brzmienie: „7. Przepisów ust. 3–6 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz do innych świadczeń dyżurowych lub interwencyjnych wskazanych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.”	
294	Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dla województwa warmińsko-mazurskiego	Uwagi ogólne	Cel projektu, tj. przeciwdziałanie nieprawidłowościom w organizacji zatrudnienia i rozliczaniu świadczeń, jest zasadny. Jednak projekt posługuje się rozwiązaniami projektowanymi przede wszystkim dla problemu wieloetatowości w dużych podmiotach leczniczych. Bez odpowiednich wyłączeń oraz przepisów przejściowych mogą one przynieść w psychiatrii dzieci i młodzieży skutek przeciwny do deklarowanego: nie poprawę dostępności i bezpieczeństwa, lecz zmniejszenie liczby realnie dostępnych godzin pomocy. Niniejsze stanowisko koncentruje się na skutkach regulacji dla województwa warmińsko-mazurskiego i dla pierwszego poziomu referencyjnego psychiatrii dzieci i młodzieży. Nie zastępuje ono szerszych uwag zgłaszanych przez środowisko psychiatryczne, psychologiczne i psychoterapeutyczne. 1. Limit łącznego wymiaru zaangażowania i minimalny wymiar pracy (projektowany art. 132aa ust. 1 i 3). Wnoszę o wyłączenie spod tych regulacji osób udzielających świadczeń w ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny), a co najmniej o wyłączenie ośrodków działających na obszarach o udokumentowanym niedoborze kadry. I poziom jest w całości oparty na zawodach, których praca ma charakter rozproszony i często jest wykonywana na podstawie umów cywilnoprawnych. Wymóg minimalnego wymiaru u jednego świadczeniodawcy oraz warunek wyłączności sprawią, że specjalista będzie musiał zrezygnować z obsługi części lokalizacji. 2. Zgoda podmiotu podstawowego na dodatkowe zaangażowanie (projektowany art. 132aa ust. 6). Wnoszę o usunięcie wymogu zgody w odniesieniu do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W warunkach powszechnego niedoboru kadry przesłanka odmowy w postaci niezaspokojonych potrzeb kadrowych będzie niemal zawsze spełniona. Mechanizm nie zwiększy liczby godzin pracy specjalisty, lecz może zablokować ich wykorzystanie w innym podmiocie. Co najmniej należy określić obiektywne kryteria odmowy, termin jej rozpatrzenia, skutek milczenia oraz niezależny tryb weryfikacji. 3. Forma współpracy z psychologami, psychoterapeutami i terapeutami środowiskowymi (projektowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej). Należy wprost dopuścić zawieranie umów cywilnoprawnych z osobami posiadającymi kwalifikacje do udzielania tych świadczeń, jeżeli ustawa nie przewiduje dla danego zawodu formy indywidualnej	Uwaga częściowo uwzględniona W dzisiejszym stanie prawnym NFZ ma dostęp do dok med. wytworzonej na okoliczność świadczeń zdrowotnych w psychiatrycznych. Nie istnieje ryzyko ujawnienia faktu korzystania ze świadczeń psychiatrycznych poza systemem publicznym przez pacjenta, choćby z konieczności zachowania tajemnicy kontrolerskiej każdej osoby biorącej udział w kontroli/w ramach kontroli oraz przepisów dotyczących RODO. To nie pacjent jest podmiotem będącym w zainteresowaniu kontroli, ale pracownik medyczny udzielający świadczenia/deklarujący udzielanie świadczenia w danym dniu/danemu pacjentowi. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

			praktyki zawodowej. W przeciwnym razie projekt objąłby te osoby obowiązkami przewidzianymi dla osób wykonujących zawód medyczny, ale zarazem ograniczyłby podstawę prawną ich współpracy z podmiotami leczniczymi. To ryzyko jest krytyczne dla I poziomu, którego kadra jest oparta właśnie na tych zawodach. 4. Limit stawki godzinowej wynagrodzenia (projektowany art. 132aa ust. 9–11). Wnoszę o wyłączenie spod limitu stawki godzinowej specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, a co najmniej o wprowadzenie dla tej dziedziny mechanizmu odstępstwa z uwagi na udokumentowany niedobór kadry. Projektowana granica wynosząca w 2026 r. 240,30 zł brutto za godzinę nie uwzględnia wyjątkowej rzadkości tej specjalizacji. W województwie warmińsko-mazurskim stawki komercyjne za konsultacje psychiatryczne dla dzieci i młodzieży sięgają obecnie około 600 zł za godzinę. Przy takiej różnicy ośrodki finansowane ze środków publicznych, w tym planowane placówki kompleksowej opieki psychiatrycznej, nie będą w stanie pozyskać ani utrzymać psychiatrów dzieci i młodzieży. Skutkiem nie będzie obniżenie kosztów systemu, lecz ograniczenie publicznej dostępności świadczeń i dalsze przesunięcie podaży do sektora komercyjnego. 5. Ciągłość leczenia, okres dostosowawczy i przepisy przejściowe. Wnoszę o wydłużenie okresu dostosowawczego do nie mniej niż 12 miesięcy oraz o przepis przejściowy chroniący pacjentów, wobec których rozpoczęto już proces terapeutyczny lub objęto ich opieką po hospitalizacji albo opieką środowiskową. Jednoczesne wygaszenie umów niespełniających nowych wymogów może przerwać terapię dzieci i młodzieży, a w wielu powiatach nie będzie możliwe przekazanie pacjenta do innego specjalisty bez wielomiesięcznego oczekiwania. 6. Dokumentacja psychoterapeutyczna i czynności kontrolne. Zakres dostępu Funduszu do dokumentacji powinien zostać ograniczony do danych niezbędnych do weryfikacji rozliczeń i czasu pracy: danych identyfikacyjnych, daty, kodu świadczenia oraz osoby udzielającej świadczenia. Należy wyłączyć opis przebiegu psychoterapii oraz dokumentację świadczeń finansowanych prywatnie. Czynności kontrolne nie powinny odbywać się w gabinecie ani prowadzić do przerwania rozpoczętej sesji, ujawnienia obecności pacjenta w poradni lub naruszenia jego intymności. 7. Ocena skutków regulacji. Przed kontynuowaniem prac należy uzupełnić Ocenę Skutków Regulacji o odrębną analizę wpływu na I poziom opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, w szczególności w województwach o niskiej dostępności kadry i rozproszonej sieci świadczeniodawców. Analiza powinna uwzględniać liczbę ośrodków, strukturę ich zatrudnienia, liczbę lokalizacji obsługiwanych przez jednego specjalistę oraz ryzyko utraty dostępności w skali powiatowej. Konkluzja Wnoszę o uwzględnienie powyższych postulatów oraz o przeprowadzenie odrębnej analizy wpływu projektu na środowiskową opiekę psychologiczną i psychoterapeutyczną dla dzieci i młodzieży. Skuteczna regulacja powinna eliminować nadużycia, ale nie może usuwać z systemu publicznego tych specjalistów, którzy dziś zapewniają dzieciom dostęp do pomocy najbliżej miejsca zamieszkania. W województwie warmińsko-mazurskim utrzymanie możliwości elastycznego organizowania pracy kadry jest warunkiem realnej, a nie wyłącznie formalnej dostępności opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.
295	VitalAire sp. z o.o./ BetaMed S.A.	art. 1 pkt 11	Sugerowana zmiana przewiduje w praktyce możliwość przeprowadzania niezapowiedzianych kontroli NFZ. Sformułowanie “najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli” daje przy tym nie tylko taką możliwość, ale też nie ogranicza tego typu kontroli jedynie do szczególnie uzasadnionych sytuacji.	Zmieniono brzmienie przepisu.

			Ograniczenie możliwości przeprowadzenie niezapowiedzianej wcześniej kontroli w art. 61g Ustawy jedynie do szczególnie uzasadnionych sytuacji, wymienionych w Ustawie.	
296	VitalAire sp. z o.o./ BetaMed S.A.	art. 1 pkt 22 (dot. proponowanego nowego art. 132aa ust. 6	proponowany obowiązek uzyskiwania zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy budzi wątpliwości m.in co do tego, czy zawarcie kolejnej umowy na ten sam wymiar/równoważnik czasu pracy będzie traktowane jak nowe zatrudnienie oraz czy zgodę mają w takiej sytuacji wyrażać wszyscy kierownicy podmiotów, w których dotychczas zatrudniony był dany pracownik. uszczegółowienie proponowanej regulacji bądź rezygnacja z mechanizmu wyrażania zgody na kolejne zatrudnienie przez kierownika podmiotu leczniczego.	Przepisy zostały doprecyzowane.
297	VitalAire sp. z o.o./ BetaMed S.A.	art. 1 pkt 22 (dot. proponowanego nowego 132aa ust. 10	projektowany obowiązek szczegółowego określania harmonogramów udzielania świadczeń abstahuje od licznych sytuacji realizowania świadczeń w nieprzewidywalnych i zmiennych warunkach, wymagających elastyczności. zastąpienie obowiązku określania w umowach szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń obowiązkiem wskazania łącznego lub maksymalnego wymiaru godzin udzielania świadczeń w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz ogólnych ram ich realizacji.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.
298	VitalAire sp. z o.o./ BetaMed S.A.	art. 1 pkt 22 (dot. proponowanego nowego art. 132ab	proponowany mechanizm maksymalnej stawki godzinowej abstrahuje całkowicie od przychodu z tytułu świadczeń realizowanych przez danego pracownika medycznego. Ograniczenie możliwości sformułowania sposobu wynagrodzenia stanowi w tym kontekście nieuprawnioną i nieuzasadnioną ingerencję ustawodawcy w swobodę prowadzenia działalności, co tyczy się zarówno świadczeniodawców, jak też pracowników medycznych objętych regulacjami w projektowanym kształcie. Rezygnacja z określania maksymalnej stawki godzinowej, z jednoczesnym pozostawieniem maksymalnego wynagrodzenia do wysokości szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.	Uwaga niezasadna Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.
299	VitalAire sp. z o.o./ BetaMed S.A.	art. 3 pkt 1	ograniczenie możliwości składania przez świadczeniodawców zamówień na świadczenia zdrowotne jedynie do osób fizycznych, stanowi nieuzasadnione ograniczenie działalności podmiotów leczniczych i doprowadzić może do trwałego wykluczenia z rynku szeregu podmiotów oraz do wzrostu cen jednostkowych zamówień.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt

				14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
300	VitalAire sp. z o.o.	Uwagi ogólne	Wątpliwości dotyczące adekwatności proponowanych przepisów do świadczeń domowej wentylacji mechanicznej: Niezależnie od podniesionych powyżej zasadniczych wątpliwości konstytucyjnych, zwrócić należy też uwagę na dużą ogólnikowość projektu, stojącą w sprzeczności ze złożoną i nieraz bardzo odmienną charakterystyką szeregu świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców, realizujących poszczególne rodzaje świadczeń. Działalność prowadzona przez Vitalaire Sp. z o.o. skupia się w przeważającej części na świadczeniu domowej wentylacji mechanicznej. Projektowane rozwiązania są jednak w znacznym stopniu całkowicie niedostosowane do realiów tego typu świadczeń. Wydaje się bowiem, że projektowane przepisy przewidziane zostały przede wszystkim jako regulacja elementów organizacji pracy oraz rozliczeń typowych dla oddziałów szpitalnych i poradni przyszpitalnych. Domowa wentylacja mechaniczna jest zaś świadczeniem o odmiennym profilu kliniczno-organizacyjnym, choćby dlatego że udziela się jej w miejscu zamieszkania pacjenta. Uzasadnienie projektu wprost wskazuje natomiast, że celem rozwiązań jest związanie „pracowników medycznych (w szczególności lekarzy i pielęgniarek) pracujących w oddziałach szpitalnych i poradniach przyszpitalnych” z jednym podstawowym miejscem pracy oraz ograniczenie presji płacowej w tym segmencie. Potwierdza to również zakres minimalnych wymiarów zatrudnienia i wymóg zgody kierownika placówki – 1/2 etatu (lub równoważnika) oraz zgoda na dodatkowe zatrudnienie – które projektodawca ograniczył do „leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Świadczy to o niedostosowaniu projektowanych zmian do innych dziedzin opieki, takich jak domowa wentylacja mechaniczna. Zauważyć należy jednak, że kluczowe elementy projektu obejmują także świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ obejmujące świadczenia poza szpitalem (w tym opiekę domową), tj. limit łącznego „dwóch etatów/równoważnika” dla osób wykonujących zawód medyczny, obowiązek wpisywania stawek godzinowych i harmonogramów w umowach (dla kontraktów), sztywną „maksymalną stawkę godzinową” 1/20 minimalnego wynagrodzenia i limity miesięczne oderwane od specyfiki świadczenia. W praktyce domowej wentylacji mechanicznej świadczenia są natomiast	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

			planowane i modyfikowane pod potrzeby pacjenta przebywającego w domu (proces opieki nad pacjentem wentylowanym, edukacja, wsparcie sprzętowe), a dostępność i jakość kontraktowo mierzy się m.in. kryteriami ciągłości opieki między hospitalizacjami, udziałem pacjentów o najniższej sprawności oraz strukturą kwalifikacji personelu – nie zaś sztywnym, z góry zadeklarowanym harmonogramem godzin jednostkowych. Wymóg określania liczby i harmonogramu godzin w każdej umowie (projektowany art. 132aa ust. 10 Ustawy) jest więc trudny do pogodzenia z dynamicznym, środowiskowym charakterem opieki domowej, która z definicji powinna być zapewniana w środowisku zamieszkania i koordynowana kompleksowo. Dodatkowo, projekt radykalnie ogranicza modele podwykonawstwa przez powiązanie zamówień na świadczenia z osobami fizycznymi prowadzącymi praktyki oraz jedynie wyjątkowe dopuszczenie podwykonawcy-podmiotu (tj. osoby prawnej), przy czym wyłącznie gdy udziela on świadczeń we własnym zakładzie leczniczym. Ponieważ, jak wspomniano, domowa wentylacja mechaniczna jest świadczeniem „domowym", realizowanym w miejscu zamieszkania pacjenta, wyjątek podmiotowy (świadczenia we własnym zakładzie) z natury rzeczy nie obejmuje typowych kontraktów w tej formie opieki – co w praktyce pozbawia świadczeniodawców elastyczności w budowaniu przez świadczeniodawcę zabezpieczenia dyżurowego.	
301	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 1	Rozwiązanie jest nadmiernie szerokie; zasadne jest rozważenie wyłączenia świadczeniodawców udzielających świadczeń POZ i AOS. Odesłanie do art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej nie pozwala przy tym jednoznacznie ustalić zamkniętego katalogu zawodów objętych regulacją. Może to prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych pomiędzy świadczeniodawcami oraz organami kontrolnymi co do zakresu podmiotowego przepisu. Brak jednoznacznego określenia adresatów normy utrudnia także prawidłowe wdrożenie nowych obowiązków po stronie podmiotów leczniczych. W praktyce może to powodować konieczność przyjmowania ostrożnościowych, niejednolitych założeń przez poszczególnych świadczeniodawców, zwiększając ryzyko sporów oraz nakładów administracyjnych Projekt może istotnie ograniczyć dostępność świadczeń, zwłaszcza poza największymi ośrodkami miejskimi i akademickimi, gdzie już obecnie występują trudności z obsadzeniem stanowisk lekarskich. Specjaliści często współpracują z kilkoma podmiotami w ograniczonym wymiarze czasu, dlatego sztywny limit może utrudnić organizację świadczeń i korzystanie z wysokospecjalistycznej kadry. W praktyce może to prowadzić do ograniczenia liczby dostępnych harmonogramów przyjęć oraz wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia. Ryzyko to będzie szczególnie widoczne w przypadku specjalizacji deficytowych, w których dostępność personelu jest już obecnie niewystarczająca. Dodatkowo podmioty działające w mniejszych miejscowościach mogą utracić możliwość pozyskiwania specjalistów do realizacji nawet niewielkiego zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Działy kadrowo-płacowe nie dysponują narzędziem umożliwiającym weryfikację rzeczywistego łącznego wymiaru zatrudnienia danej osoby. Brak zamkniętego katalogu zawodów medycznych dodatkowo utrudnia jednoznaczną identyfikację osób objętych regulacją. Projekt nie przewiduje również centralnego rejestru ani innego mechanizmu pozwalającego na skuteczne potwierdzenie informacji przekazywanych przez personel medyczny. W konsekwencji odpowiedzialność za przestrzeganie limitu może zostać przerzucona na świadczeniodawców pomimo braku realnych możliwości jego zweryfikowania. Może to prowadzić do konieczności opierania się wyłącznie na oświadczeniach składanych przez personel, które z natury rzeczy nie gwarantują pełnej aktualności i kompletności danych.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

302	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 1	Wymóg zatrudnienia personelu medycznego w wymiarze co najmniej połowy etatu lub jego równoważnika nie uwzględnia specyfiki poszczególnych zawodów medycznych ani sposobu organizacji świadczeń. Projekt nie przedstawia analizy skutków dla podmiotów działających w warunkach deficytu kadrowego, zwłaszcza poza największymi ośrodkami akademickimi. Regulacja może ograniczyć dostępność świadczeń, wydłużyć czas oczekiwania pacjentów oraz utrudnić korzystanie z wysokospecjalistycznej kadry współpracującej z kilkoma podmiotami w ograniczonym wymiarze. W wielu specjalizacjach świadczenia realizowane są przez lekarzy i innych pracowników medycznych wykonujących świadczenia w kilku podmiotach jednocześnie, co pozwala na racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów kadrowych. Narzucenie minimalnego poziomu zaangażowania u jednego świadczeniodawcy może ograniczyć możliwość świadczenia usług w innych placówkach, pomimo braku negatywnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Może to prowadzić do dalszej koncentracji personelu medycznego w największych podmiotach i pogłębiania dysproporcji w dostępności świadczeń pomiędzy regionami. Może również prowadzić do odpływu kadry do sektora komercyjnego lub podmiotów nieobjętych finansowaniem publicznym. Wymóg zatrudnienia w wymiarze co najmniej 0,5 etatu nie odpowiada realiom wielu poradni ambulatoryjnych. W części zakresów AOS wartość kontraktu NFZ i potrzeby zdrowotne populacji nie uzasadniają zatrudnienia specjalisty w tak dużym wymiarze. Skutkiem może być zamknięcie części poradni pomimo istniejącego zapotrzebowania pacjentów. Dotyczy to w szczególności poradni realizujących świadczenia w niszowych lub deficytowych specjalizacjach, gdzie liczba pacjentów nie uzasadnia stałej obecności lekarza przez znaczną część miesiąca. W praktyce wiele podmiotów zapewnia dostęp do specjalisty w wymiarze kilku lub kilkunastu godzin tygodniowo, co pozwala pogodzić potrzeby pacjentów z realiami rynku pracy. Wprowadzenie sztywnego progu może doprowadzić do rezygnacji z utrzymywania takich poradni, mimo że obecnie prawidłowo realizują one świadczenia i odpowiadają na lokalne potrzeby zdrowotne. Szpitale – zwłaszcza mniejsze jednostki powiatowe i szpitale specjalistyczne w ośrodkach o ograniczonej podaży kadr – borykają się z chronicznymi brakami personelu medycznego. Wymóg minimum połowy etatu znacznie zawęzi pulę osób, które będą mogły legalnie podejmować zatrudnienie u danego świadczeniodawcy, co w połączeniu z ograniczeniami łącznego czasu pracy określonymi w ust. 1 projektowanego art. 132aa, może de facto uniemożliwić obsadzenie wielu stanowisk. Skutkiem będą nieobsadzone harmonogramy, niemożność spełnienia wymogów NFZ, a w konsekwencji – konieczność zawieszenia lub zamknięcia oddziałów i ograniczenie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych Nowa regulacja może wykluczyć z rynku podwykonawców udzielających faktycznych świadczeń w komórkach organizacyjnych szpitala przy użyciu personelu i sprzętu podwykonawcy, co ograniczy możliwość korzystania z modeli współpracy opartych na outsourcingu medycznym i wsparciu technologiczno-organizacyjnym. Projektowane rozwiązanie może szczególnie dotknąć wyspecjalizowane podmioty świadczące usługi diagnostyczne, zabiegowe lub konsultacyjne na rzecz wielu szpitali i poradni jednocześnie. Model ten pozwala obecnie na efektywne wykorzystanie specjalistycznego personelu oraz kosztownej infrastruktury medycznej bez konieczności jej dublowania przez każdy podmiot leczniczy. Ograniczenie możliwości angażowania personelu w różnych lokalizacjach może skutkować zmniejszeniem efektywności organizacyjnej systemu, wzrostem kosztów realizacji świadczeń oraz ograniczeniem dostępności świadczeń wymagających wysokich kompetencji lub specjalistycznego wyposażenia.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.

303	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 4	Przepis nakłada obowiązek złożenia oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej, lecz nie zapewnia świadczeniodawcy narzędzi do weryfikacji jego prawdziwości. Podmiot leczniczy będzie zmuszony działać w zaufaniu do oświadczenia, mimo ryzyka poniesienia negatywnych konsekwencji w razie podania nieprawdziwych informacji. Zasadne jest doprecyzowanie skutków prawnych takiego oświadczenia oraz zakresu odpowiedzialności świadczeniodawcy działającego w dobrej wierze. Brak możliwości samodzielnej weryfikacji informacji zawartych w oświadczeniu powoduje, że świadczeniodawca pozostaje zależny wyłącznie od danych przekazanych przez osobę wykonującą zawód medyczny. Projekt nie wskazuje przy tym, jakie działania powinien podjąć podmiot leczniczy, aby wykazać dochowanie należytej staranności w procesie zatrudnienia. Może to prowadzić do powstania niepewności prawnej oraz ryzyka nakładania negatywnych konsekwencji na podmioty, które działały w oparciu o oświadczenia złożone zgodnie z wymogami ustawowymi. Regulacja zwiększy zakres dokumentacji przekazywanej działom kadrowym oraz wymaga wdrożenia nowych mechanizmów ewidencyjnych w systemie kadrowo-płacowym. Pozyskiwanie i obsługa oświadczeń, zwłaszcza od personelu lekarskiego, będą czasochłonne i kosztowne, a jednocześnie nie zapewnią możliwości rzeczywistej weryfikacji danych. Dodatkowe obowiązki administracyjne będą wymagały opracowania nowych procedur wewnętrznych dotyczących gromadzenia, aktualizowania oraz archiwizacji składanych oświadczeń. W praktyce konieczne może okazać się również okresowe ponawianie oświadczeń w celu uwzględnienia zmian w zakresie aktywności zawodowej personelu medycznego. Oznacza to wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych bez jednoczesnego zapewnienia skutecznego mechanizmu kontroli prawdziwości przekazywanych danych. Nowa regulacja może wykluczyć z rynku podwykonawców udzielających faktycznych świadczeń w komórkach organizacyjnych szpitala przy użyciu personelu i sprzętu podwykonawcy, co ograniczy możliwość korzystania z modeli współpracy opartych na outsourcingu medycznym i wsparciu technologiczno-organizacyjnym. Wyjątek przewidziany w ust. 4 będzie miał ograniczone zastosowanie do personelu medycznego zaangażowanego w realizację świadczeń w modelach podwykonawczych. W praktyce osoby wykonujące świadczenia na rzecz podwykonawców często współpracują równolegle z więcej niż jednym świadczeniodawcą lub podmiotem leczniczym. Oznacza to, że rozwiązanie przewidziane w ust. 4 nie eliminuje ryzyk związanych z ograniczeniem dostępności wyspecjalizowanego personelu dla podmiotów działających w modelu outsourcingu medycznego.	Uwaga niezasadna Kierownik podmiotu leczniczego nie będzie ponosił odpowiedzialności za nieprawidłowe oświadczenia pracowników a jedynie za własne działania bądź zaniechania.
304	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 6	Projekt uzależnia zatrudnienie osoby wykonującej zawód medyczny przez kolejnego świadczeniodawcę od zgody kierownika innego podmiotu. Stanowi to istotną ingerencję w swobodę wykonywania zawodu i podejmowania zatrudnienia. Nieprecyzyjna przesłanka „niezaspokojonych potrzeb kadrowych” może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych, nierównego stosowania prawa i utrudnienia pozyskiwania personelu przez podmioty działające w warunkach niedoboru kadr. Projekt nie wskazuje w sposób obiektywny, według jakich mierników mają być oceniane „niezaspokojone potrzeby kadrowe”, pozostawiając kierownikowi podmiotu znaczną swobodę uznania. Może to prowadzić do sytuacji, w których analogiczne stany faktyczne będą oceniane odmiennie przez poszczególnych świadczeniodawców. Brak precyzyjnych kryteriów zwiększa także ryzyko sporów pomiędzy personelem medycznym a podmiotami leczniczymi oraz utrudnia przewidywanie skutków podejmowanych decyzji zawodowych. Czternastodniowy termin na zajęcie stanowiska oraz obowiązek pisemnego uzasadnienia odmowy zwiększą obciążenia administracyjne i ryzyko niedochowania terminu, szczególnie przy dużej liczbie wniosków, absencji osób decyzyjnych lub konieczności przeprowadzenia dodatkowych analiz. W praktyce obsługa wniosków będzie wymagała każdorazowo przeprowadzenia oceny sytuacji kadrowej,	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.

			co może angażować kierowników komórek organizacyjnych, działy kadr oraz osoby zarządzające podmiotem leczniczym. Szczególne trudności mogą wystąpić w dużych organizacjach prowadzących działalność w wielu lokalizacjach lub zakresach świadczeń. Pierwszy pracodawca uzyska faktyczną możliwość blokowania zatrudnienia personelu przez inne, w tym konkurencyjne, podmioty. Projekt nie definiuje kryteriów oceny niezaspokojonych potrzeb kadrowych, wymaganych dokumentów ani trybu odwołania od odmowy, przez co decyzja kierownika może mieć w praktyce charakter ostateczny. Brak przewidzianego w ustawie środka odwoławczego może prowadzić do sytuacji, w której osoba wykonująca zawód medyczny lub zainteresowany jej zatrudnieniem świadczeniodawca pozostaną pozbawieni realnej możliwości zakwestionowania odmowy. Powoduje to ryzyko wykorzystywania projektowanego mechanizmu nie tylko w celu zabezpieczenia potrzeb kadrowych, lecz również dla ograniczania mobilności personelu medycznego. W konsekwencji regulacja może negatywnie wpływać na konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami na rynku pracy oraz utrudniać pozyskiwanie specjalistów przez nowe lub mniejsze podmioty lecznicze. Mechanizm szczególnie utrudni funkcjonowanie poradni ambulatoryjnych opierających działalność na współpracy ze specjalistami przyjmującymi w kilku lokalizacjach. Ograniczenie mobilności lekarzy może pogłębić nierówności w dostępie do świadczeń między dużymi miastami a mniejszymi ośrodkami. W wielu przypadkach poradnie specjalistyczne funkcjonują dzięki lekarzom świadczącym usługi przez kilka lub kilkanaście godzin miesięcznie w różnych lokalizacjach. Uzależnienie możliwości podjęcia dodatkowej współpracy od zgody innego świadczeniodawcy może prowadzić do ograniczenia liczby miejsc udzielania świadczeń przez specjalistów. Efektem może być dalsza koncentracja świadczeń w największych ośrodkach oraz pogorszenie dostępności opieki specjalistycznej dla pacjentów zamieszkujących mniejsze miejscowości i obszary peryferyjne	
305	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 8	Przepis nie określa szczegółowych przesłanek odstąpienia, trybu postępowania, terminu rozpatrzenia wniosku ani możliwości ponowienia zgody. Brak terminów może uniemożliwić uzyskanie decyzji przed wystąpieniem problemu kadrowego. Zasadne jest określenie maksymalnego terminu rozpoznania wniosku oraz rozważenie instytucji milczącej zgody. Nie jest również jasne, czy w okresie rozpatrywania wniosku świadczeniodawca może kontynuować udzielanie świadczeń w dotychczasowym modelu organizacyjnym. Powstaje zatem ryzyko, że samo oczekiwanie na rozstrzygnięcie będzie skutkować koniecznością ograniczenia działalności lub czasowego zawieszenia realizacji części świadczeń. Brak przewidywalnego i szybkiego trybu procedowania wniosków istotnie osłabia praktyczną użyteczność projektowanego mechanizmu. Projekt nie wskazuje, jak wykazywać brak dostępności personelu, jakie działania rekrutacyjne i dokumenty będą wymagane ani według jakich kryteriów Prezes NFZ oceni wniosek. Może to prowadzić do uznaniowości i niejednolitego stosowania prawa. W sytuacjach nagłych oczekiwanie na decyzję może uniemożliwić realizację świadczeń. Należy rozważyć powierzenie tej kompetencji dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ, znającym lokalne uwarunkowania. Brak ustawowych kryteriów oceny może skutkować różnym traktowaniem świadczeniodawców znajdujących się w podobnej sytuacji faktycznej. Nie wiadomo również, czy dla wykazania braku dostępności personelu wystarczające będą prowadzone działania rekrutacyjne, czy też konieczne będzie przedstawienie dodatkowych analiz rynku pracy lub dokumentacji potwierdzającej brak kandydatów. Może to prowadzić do zwiększenia obciążeń formalnych i wydłużenia procesu uzyskiwania zgody, zwłaszcza w przypadkach wymagających szybkiej reakcji organizacyjnej. W AOS problemy kadrowe mają często charakter trwały. Sześciomiesięczne odstępstwo może być niewystarczające w specjalizacjach deficytowych, takich jak alergologia, reumatologia,	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.

			endokrynologia, neurologia czy psychiatria, co może prowadzić do zawieszania działalności poradni mimo prowadzonych rekrutacji. W wielu regionach kraju trudności z pozyskaniem specjalistów utrzymują się przez okres znacznie dłuższy niż sześć miesięcy i mają charakter strukturalny, a nie przejściowy. Po upływie okresu odstępstwa świadczeniodawca może ponownie znaleźć się w sytuacji braku możliwości spełnienia wymogów ustawowych, pomimo podejmowania aktywnych działań rekrutacyjnych. W rezultacie regulacja może prowadzić do cyklicznej niepewności organizacyjnej i utrudniać długoterminowe planowanie działalności poradni specjalistycznych.	
306	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 9	Należy doprecyzować zakres wymaganych danych i ograniczyć obowiązki dokumentacyjne do informacji niezbędnych do realizacji celu ustawy. Pojęcie „liczby wykonywanych zadań" jest nieostre i może powodować trudności interpretacyjne oraz spory podczas kontroli. Projekt nie wyjaśnia, czy przez „liczbę wykonywanych zadań" należy rozumieć liczbę świadczeń, procedur medycznych, czynności zawodowych czy też zakres obowiązków przypisanych danej osobie. Brak jednoznacznej definicji może prowadzić do niejednolitego konstruowania umów przez świadczeniodawców oraz rozbieżności w ocenie ich prawidłowości przez organy kontrolne. Dodatkowe wątpliwości budzi również obowiązek wskazywania stawki godzinowej w przypadku umów opartych na innych modelach rozliczeń, powszechnie wykorzystywanych w praktyce ochrony zdrowia. Dostosowanie nowych i obowiązujących umów w krótkim terminie będzie wymagało znacznego nakładu pracy. Przy dużej liczbie osób objętych regulacją przygotowanie, uzgodnienie i wdrożenie zmian może nie być możliwe w zakładanym czasie, co rodzi ryzyko organizacyjne i kadrowe oraz konieczność rozwiązania części umów. Szczególne trudności mogą wystąpić w podmiotach zatrudniających dużą liczbę osób wykonujących zawody medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych lub kontraktów B2B. Proces aneksowania obowiązujących umów będzie wymagał nie tylko przygotowania nowych dokumentów, ale również przeprowadzenia indywidualnych uzgodnień z personelem medycznym. W przypadku braku możliwości terminowego dostosowania wszystkich stosunków prawnych świadczeniodawcy mogą zostać postawieni przed koniecznością ograniczenia zakresu działalności lub czasowego wstrzymania realizacji części świadczeń.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy zostały doprecyzowane.
307	American Heart of Poland	art. 132aa ust. 10	Umowy cywilnoprawne często wymagają elastycznego ustalania harmonogramów zgodnie z potrzebami pacjentów, zastępstwami i organizacją pracy podmiotu. Obowiązek szczegółowego określenia harmonogramu w umowie może ograniczyć możliwość bieżącego reagowania na zmiany. Zasadne jest dopuszczenie harmonogramów ramowych albo okresowej aktualizacji harmonogramu bez każdorazowej zmiany umowy. W praktyce harmonogramy pracy personelu medycznego są często ustalane z krótkim wyprzedzeniem i podlegają częstym modyfikacjom wynikającym z absencji, zmian liczby pacjentów lub konieczności zapewnienia zastępstw. Wymóg każdorazowego dostosowywania dokumentacji umownej do zmian harmonogramu może prowadzić do nadmiernego formalizmu i zwiększenia obciążeń administracyjnych po stronie świadczeniodawców. Może to również utrudnić efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi w przypadku nagłych zmian organizacyjnych. Dostosowanie nowych i obowiązujących umów w krótkim terminie będzie wymagało znacznego nakładu pracy. Przy dużej liczbie osób objętych regulacją przygotowanie, uzgodnienie i wdrożenie zmian może nie być możliwe w zakładanym czasie, co rodzi ryzyko organizacyjne i kadrowe. Szczególnie dotkliwe może to być dla podmiotów leczniczych współpracujących z dużą liczbą lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne na podstawie kontraktów lub umów cywilnoprawnych. Konieczność aktualizacji istniejących umów oraz bieżącego dostosowywania harmonogramów do wymogów ustawowych będzie wymagała znacznego zaangażowania działów kadrowych i prawnych.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został zmodyfikowany (usunięto wymóg dot. harmonogramu).

			W przypadku trudności z terminowym wdrożeniem zmian istnieje ryzyko powstania niepewności co do zgodności obowiązujących umów z nowymi wymaganiami. Sztywne harmonogramy utrudnią funkcjonowanie poradni ambulatoryjnych i POZ, gdzie godziny przyjęć są dostosowywane do dostępności lekarzy, zastępstw oraz sezonowych zmian zapotrzebowania, zwłaszcza w okresach wakacyjnych i infekcyjnych. Regulacja może również utrudnić organizację świadczeń w mniejszych podmiotach leczniczych, które opierają swoją działalność na współpracy z lekarzami dostępnymi jedynie w określonych dniach lub godzinach. Ograniczenie elastyczności harmonogramów może prowadzić do zmniejszenia liczby dostępnych terminów wizyt oraz utrudniać reagowanie na okresowe wzrosty zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. W efekcie może dojść do pogorszenia dostępności świadczeń dla pacjentów, pomimo utrzymania niezmienionego potencjału kadrowego po stronie świadczeniodawcy.	
308	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 1	Ustawowe limitowanie wynagrodzeń budzi wątpliwości z perspektywy zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP), wolności działalności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP) oraz wolności wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP). Jednolite limity nie uwzględniają różnic między specjalizacjami, poziomu referencyjności podmiotów ani sytuacji kadrowej. Regulacja może utrudnić pozyskanie i utrzymanie specjalistów, w tym personelu udzielającego świadczeń wysokospecjalistycznych, oraz prowadzić do jego odpływu do sektora komercyjnego. Projekt nie przedstawia analiz potwierdzających, że proponowany limit wynagrodzenia jest adekwatny do realiów poszczególnych dziedzin medycyny oraz lokalnych uwarunkowań rynku pracy. W praktyce koszty pozyskania personelu medycznego znacząco różnią się w zależności od specjalizacji, regionu kraju oraz poziomu skomplikowania udzielanych świadczeń. Przyjęcie jednolitego limitu może prowadzić do sytuacji, w której podmioty realizujące świadczenia wymagające szczególnych kwalifikacji nie będą w stanie skutecznie konkurować o personel medyczny. Wynagrodzenie uzależnione od określonych wskaźników jakościowych, ale też ilościowych jak np. liczba wykonanych świadczeń stanowi istotny element motywacyjny skłaniający lekarzy do zwiększonej aktywności zawodowej, co bezpośrednio przekłada się na dostępność pacjentów do opieki specjalistycznej. Oderwanie wynagrodzenia od efektów pracy i zastąpienie go jednolitym limitem – nieróżnicującym między specjalizacjami deficytowymi a powszechnymi, między ośrodkami referencyjnymi a jednostkami podstawowymi, między świadczeniami kompleksowymi a rutynowymi – może skutkować spadkiem motywacji lekarzy i ich efektywności, ograniczeniem faktycznego czasu pracy poświęcanego pacjentom, i tym samym może negatywnie odbić się na wydłużeniu czasu oczekiwania na określone świadczenia. W dalszej perspektywie może skutkować odpływem kadry do sektora komercyjnego lub za granicę. W rezultacie zamiast poprawy dostępności świadczeń – ich dalsze ograniczenie. W AOS konkurencja o personel ma charakter ogólnopolski i obejmuje sektor publiczny oraz komercyjny. Sztywne limity mogą ograniczyć liczbę porad specjalistycznych finansowanych przez NFZ wskutek odpływu lekarzy do działalności komercyjnej lub indywidualnej praktyki. Ryzyko to jest szczególnie istotne w specjalizacjach deficytowych, w których już obecnie występują trudności z zapewnieniem odpowiedniej obsady kadrowej. Lekarze posiadający wysokie kwalifikacje mogą preferować wykonywanie działalności poza systemem finansowanym przez NFZ, jeżeli warunki wynagradzania w tym systemie zostaną ustawowo ograniczone. W konsekwencji regulacja może prowadzić do zmniejszenia liczby dostępnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz dalszego wydłużania czasu oczekiwania pacjentów na wizyty specjalistyczne. jednocześnie projektowane zmiany nie precyzują czy stawka 1/20 minimalnego wynagrodzenia (na	Uwaga niezasadna Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

			dzień sporządzania uwag do projektu ustawy - 240 zł/h) odnosi się do każdej jednostkowej godziny zasadniczego wynagordzenia brutto z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych czy jest to kwota, którą należy traktować jako kwotę efektywyną (średnią) za wszystkie godziny świadczeń wykonywanych przez osobę wykonującą zawód medyczny na podstawie więcej niż jedna umowa, tj. czy możliwe jest zwiększenie stawki godzinowej ponad 240 zł/h w ramach jednej umowy, przy jednoczesnym obniżeniu tej stawki w ramach drugiej i kolejnej umowy. Przepis nie rozstrzyga czy limit powinien być oceniany odrębnie dla każdego stosunku prawnego, czy też na poziomie łącznego wynagrodzenia uzyskiwanego przez osobę wykonującą zawód medyczny u wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ. Brak jednoznacznej regulacji może prowadzić do stosowania różnych modeli wynagradzania przez świadczeniodawców oraz rozbieżności interpretacyjnych w toku kontroli. Zasadne jest doprecyzowanie sposobu kalkulacji stawki godzinowej oraz wskazanie, czy limit ma charakter bezwzględny dla każdej umowy z osobna, czy też odnosi się do średniego wynagrodzenia osiąganego przez daną osobę w określonym okresie rozliczeniowym.	
309	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 4	Zamknięty katalog zadań uzasadniających przyznanie wynagrodzenia dodatkowego może nie uwzględniać specyfiki działalności poszczególnych podmiotów leczniczych ani rzeczywistego zakresu obowiązków osób wykonujących zawody medyczne. W praktyce osoby wykonujące zawody medyczne często realizują również zadania nieujęte w projektowanym katalogu, które mają istotne znaczenie dla funkcjonowania podmiotu leczniczego i jakości udzielanych świadczeń. Dotyczy to m.in. udziału we wdrażaniu nowych technologii medycznych, koordynacji współpracy z podwykonawcami, realizacji projektów rozwojowych czy działań związanych z cyberbezpieczeństwem i cyfryzacją procesów medycznych. Zbyt wąskie określenie przesłanek przyznawania wynagrodzenia dodatkowego może ograniczyć możliwość elastycznego kształtowania zakresu obowiązków personelu oraz dostosowywania modeli organizacyjnych do potrzeb konkretnego podmiotu leczniczego. Wdrożenie regulacji będzie wymagało nowych mechanizmów ewidencyjnych i weryfikacyjnych w systemie kadrowo-płacowym, co wygeneruje dodatkowe koszty. Konieczne może być również stworzenie procedur pozwalających na dokumentowanie rodzaju wykonywanych zadań oraz wykazanie, że mieszczą się one w ustawowym katalogu uprawniającym do przyznania wynagrodzenia dodatkowego. W przypadku podmiotów zatrudniających znaczną liczbę osób wykonujących zawody medyczne będzie to wiązało się z dodatkowym obciążeniem działów kadrowych, prawnych i finansowych. Brak jednoznacznych kryteriów kwalifikowania poszczególnych czynności może ponadto zwiększać ryzyko kwestionowania sposobu wynagradzania przez organy kontrolne.	Uwaga niezasadna
310	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 5	Pojęcia „szczególne umiejętności” i „ponadstandardowe obciążenie pracą” są nieostre i mogą prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych. Zasadne jest wskazanie ustawowych kryteriów albo wprowadzenie delegacji do określenia ich znaczenia w akcie wykonawczym. Projekt nie wskazuje, czy przez „szczególne umiejętności” należy rozumieć posiadanie określonej specjalizacji, certyfikatu, doświadczenia zawodowego, kompetencji zabiegowych czy innych kwalifikacji zawodowych. Brak jednoznacznych kryteriów może prowadzić do różnej praktyki stosowanej przez poszczególnych świadczeniodawców oraz utrudniać ocenę prawidłowości przyznawanego wynagrodzenia dodatkowego podczas kontroli. Może to skutkować ograniczeniem korzystania z przewidzianego mechanizmu z obawy przed zakwestionowaniem przyjętych rozwiązań. Podobne wątpliwości dotyczą pojęcia „ponadstandardowego obciążenia pracą”, które nie zostało powiązane z żadnymi mierzalnymi wskaźnikami. Nie wiadomo, czy ocena ta powinna uwzględniać	Uwaga uwzględniona Przesłanki wyłączenia zostały doprecyzowane.

			liczbę pacjentów, rodzaj wykonywanych procedur, stopień ich skomplikowania, czas pracy czy inne okoliczności związane z realizacją świadczeń. Brak precyzyjnych zasad może prowadzić do sporów interpretacyjnych oraz niejednolitego stosowania przepisów przez świadczeniodawców i organy kontrolne. Wdrożenie regulacji będzie wymagało nowych mechanizmów ewidencyjnych i weryfikacyjnych w systemie kadrowo-płacowym, co wygeneruje dodatkowe koszty. Dodatkowo projektowany obowiązek odrębnego raportowania będzie wymagał stworzenia procedur pozwalających na identyfikację, dokumentowanie i wykazywanie przypadków uzasadniających wypłatę wynagrodzenia dodatkowego. W praktyce może to wymagać prowadzenia dodatkowej dokumentacji potwierdzającej zarówno zakres wykonywanych czynności, jak i spełnienie przesłanek ustawowych. Szczególnie istotne obciążenia organizacyjne mogą wystąpić w podmiotach zatrudniających dużą liczbę lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne, w tym w podmiotach korzystających z rozbudowanych modeli współpracy kontraktowej	
311	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 7	Ustawowe limity maksymalnego wynagrodzenia nie uwzględniają różnic między specjalizacjami medycznymi, poziomu referencyjności podmiotów ani sytuacji kadrowej na rynku pracy. Mogą utrudnić pozyskanie i utrzymanie specjalistów, w tym kadry wysokospecjalistycznej, oraz prowadzić do jej odpływu do podmiotów nieobjętych finansowaniem publicznym. Regulacja budzi również wątpliwości z perspektywy art. 22, art. 31 ust. 3 i art. 65 ust. 1 Konstytucji RP. Projektowany mechanizm opiera się na jednolitych limitach wynagrodzeń, niezależnie od rodzaju wykonywanych świadczeń, stopnia ich skomplikowania czy odpowiedzialności związanej z ich realizacją. W praktyce prowadzi to do zrównania sytuacji zawodowej osób wykonujących świadczenia o istotnie różnym poziomie specjalizacji i deficytowości na rynku pracy. Może to osłabić zdolność świadczeniodawców do konkurowania o najbardziej doświadczonych specjalistów, zwłaszcza w dziedzinach wymagających unikalnych kompetencji lub wieloletniego doświadczenia zawodowego. Wątpliwości budzi również przyjęcie powiązania limitu wynagrodzenia z minimalnym wynagrodzeniem za pracę, bez wskazania merytorycznych przesłanek uzasadniających wybór właśnie takiego miernika. Jawność stawek wynikająca z obligatoryjnych elementów umów (art. 132aa ust. 9 projektu) oraz wymóg przeprowadzania konkursów ofert (zmieniony art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej) doprowadzą w praktyce do wypłaszczenia wynagrodzeń na poziomie zbliżonym do dopuszczalnego maksimum. Mechanizm rynkowy spowoduje, że podmioty oferujące stawki niższe od maksymalnych nie będą w stanie skutecznie pozyskać personelu, co pozornie zwiększy koszty dla wszystkich świadczeniodawców jednocześnie, nie zapewniając systemowi żadnych oszczędności. Dostępność informacji o wynagrodzeniach skłoni pracowników do żądania stawek bliskich górnej granicy, niezależnie od jakości pracy i specyfiki danej jednostki, co wyeliminuje możliwość różnicowania warunków wynagradzania jako instrumentu zarządzania zasobami kadrowymi. Wdrożenie limitów będzie wymagało nowych mechanizmów ewidencyjnych i weryfikacyjnych w systemie kadrowo-płacowym, co wygeneruje dodatkowe koszty. Dodatkowym problemem będzie konieczność monitorowania łącznej wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego przez daną osobę u różnych świadczeniodawców, co pozostaje poza zakresem informacji dostępnych pojedynczemu podmiotowi leczniczemu. Projekt nie przewiduje centralnego mechanizmu umożliwiającego weryfikację przestrzegania limitu na poziomie całego systemu, pomimo że limit odnosi się do łącznego wynagrodzenia uzyskiwanego z wielu źródeł. Może to prowadzić do przerzucenia na świadczeniodawców obowiązków kontrolnych, których wykonanie w praktyce będzie utrudnione lub niemożliwe.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

312	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 8	Podwyższone limity wynagrodzenia z tytułu dodatkowych zadań nadal mają charakter sztywny i nie uwzględniają różnic między specjalizacjami, poziomu referencyjności podmiotów ani sytuacji kadrowej. Mogą utrudnić pozyskanie i utrzymanie specjalistów oraz prowadzić do odpływu kadry do sektora komercyjnego. Regulacja budzi wątpliwości z perspektywy art. 22, art. 31 ust. 3 i art. 65 ust. 1 Konstytucji RP. Samo podwyższenie ustawowego limitu wynagrodzenia w przypadku wykonywania dodatkowych zadań nie eliminuje podstawowego problemu, jakim jest administracyjne ograniczenie swobody kształtowania wynagrodzeń przez świadczeniodawców. W wielu przypadkach nawet zwiększony limit może pozostawać niewystarczający do pozyskania specjalistów posiadających unikalne kompetencje lub wykonujących świadczenia w szczególnie deficytowych dziedzinach medycyny. Może to prowadzić do pogorszenia konkurencyjności podmiotów realizujących świadczenia finansowane przez NFZ względem podmiotów komercyjnych nieobjętych analogicznymi ograniczeniami. Wynagrodzenie dodatkowe jako element motywujący nie powinno wliczać się do limitu wynagrodzenia miesięcznego. Wątpliwości budzi również przyjęcie identycznego maksymalnego limitu dla wszystkich rodzajów dodatkowych zadań, niezależnie od ich zakresu, odpowiedzialności czy wpływu na funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Zadania związane z zarządzaniem jednostką organizacyjną, nadzorem nad jakością czy koordynacją złożonych procesów leczenia mogą znacząco różnić się pod względem nakładu pracy i wymaganych kompetencji. Ujednolicenie zasad wynagradzania dla tak zróżnicowanych aktywności może prowadzić do zaburzenia rynkowych mechanizmów wyceny pracy wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Wdrożenie limitów będzie wymagało nowych mechanizmów ewidencyjnych i weryfikacyjnych w systemie kadrowo-płacowym, co wygeneruje dodatkowe koszty. Dodatkowym wyzwaniem będzie prawidłowe wyodrębnianie wynagrodzenia należnego za wykonywanie zadań podstawowych i dodatkowych oraz monitorowanie, czy nie dochodzi do przekroczenia ustawowych limitów. Świadczeniodawcy będą zmuszeni do wdrożenia dodatkowych procedur dokumentacyjnych i kontrolnych pozwalających na wykazanie prawidłowości rozliczeń. Szczególne trudności mogą wystąpić w przypadku osób wykonujących jednocześnie świadczenia zdrowotne oraz zadania organizacyjne, kierownicze lub związane z koordynacją procesu leczenia Jednocześnie nie można ustalić na podstawie proponowanego brzmienia przepisu czy wynagrodzenie dodatkowe przewidziane w art. 132 ab ust. 8 (dwunastokrotność miminalnego wynagrodzenia za pracę, tj. na dzień sporządzania uwag do projektu ustawy 57.627 zł) wchodzi w zakres wynagrodzenia maksymalnego w wysokości szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (tj. na dzień sporządzenia uwag do projektu ustawy 76.896 zł), o którym mowa w art. 132ab ust. 7. Treść przepisu pozwala na co najmniej dwie odmienne interpretacje: zgodnie z pierwszą wynagrodzenie dodatkowe jest elementem limitu szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę, natomiast zgodnie z drugą stanowi odrębną kategorię wynagrodzenia, która może być przyznawana niezależnie od tego limitu. Brak jednoznacznego rozstrzygnięcia tej kwestii może prowadzić do istotnych rozbieżności w praktyce stosowania przepisów przez świadczeniodawców oraz organy kontrolne. Zasadne jest jednoznaczne wskazanie w ustawie relacji pomiędzy limitem określonym w ust. 8 a maksymalnym łącznym wynagrodzeniem, o którym mowa w ust. 7, tak aby wyeliminować ryzyko sporów interpretacyjnych i niejednolitego stosowania regulacji. Należy rozważyć wyłączenie przedmiotowego dodatku spod projektowanej regulacji i ukształtowanie go jako odrębnego, fakultatywnego składnika wynagrodzenia. Charakter tego świadczenia wskazuje bowiem, że jego celem jest stworzenie	Uwaga niezasadna j.w. Przepis dot. maksymalnego łącznego wynagrodzenia przy maksymalnym dopuszczalnym czasie pracy (16-krotność minimalnego wynagrodzenia) jest precyzyjny i jednoznaczny.

			mechanizmu motywacyjnego, służącego premiowaniu określonych postaw, zaangażowania lub osiąganych wyników. Z uwagi na powyższe objęcie go regulacjami właściwymi dla świadczeń o charakterze gwarancyjnym nie znajduje dostatecznego uzasadnienia i mogłoby osłabić jego funkcję motywacyjną.	
313	American Heart of Poland	art. 132ab ust. 9	System kontroli opiera się na oświadczeniach składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej, lecz nie zapewnia świadczeniodawcom narzędzi do weryfikacji ich prawdziwości. W praktyce podmiot leczniczy może ponosić negatywne konsekwencje mimo braku możliwości sprawdzenia informacji przekazanych przez zatrudnioną osobę. Zasadne jest określenie zakresu odpowiedzialności świadczeniodawcy działającego w dobrej wierze. Projekt nie przewiduje żadnego centralnego mechanizmu umożliwiającego świadczeniodawcom potwierdzenie wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego przez daną osobę u innych świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ. Oznacza to, że podmiot leczniczy będzie zmuszony opierać się wyłącznie na informacjach przekazanych przez personel medyczny, bez możliwości ich samodzielnej weryfikacji. W rezultacie ryzyko błędów lub nieścisłości w oświadczeniach może zostać faktycznie przeniesione na świadczeniodawców, pomimo braku wpływu na treść składanych informacji.	Uwaga niezasadna Kierownik pomiotu nie będzie ponosić odpowiedzialności za nieprawidłowe oświadczenia pracownika medycznego.
314	American Heart of Poland	art. 132ab ust. `11	Zakaz ustalania wynagrodzenia jako procentu wynagrodzenia świadczeniodawcy stanowi istotną ingerencję w zasadę swobody umów. Mechanizmy procentowe mogą pełnić funkcję motywacyjną i pozwalać na elastyczne dostosowanie wynagrodzenia do zakresu i efektywności udzielanych świadczeń. Projekt nie przedstawia uzasadnienia, dlaczego wszystkie modele wynagradzania oparte na mechanizmie procentowym miałyby być uznane za niepożądane lub sprzeczne z interesem publicznym. W praktyce rozwiązania takie są powszechnie stosowane w wielu segmentach rynku usług medycznych i pozwalają powiązać wysokość wynagrodzenia z rzeczywistym zakresem wykonywanej pracy oraz osiąganymi wynikami. Całkowity zakaz ich stosowania może prowadzić do ograniczenia elastyczności organizacyjnej i kontraktowej świadczeniodawców. Regulacja szczególnie dotknie podmioty wykorzystujące modele rozliczeń uzależnione od liczby wykonanych procedur, udzielonych świadczeń lub wartości zrealizowanego kontraktu. W takich przypadkach mechanizm procentowy często stanowi podstawowe narzędzie dostosowywania wynagrodzenia do rzeczywistego zaangażowania personelu medycznego co przekłada się na wyższą dostępność świadczeń. Jego wyeliminowanie może wymagać przebudowy całych systemów wynagradzania oraz ograniczyć funkcję motywacyjną wynagrodzenia Regulacja wymaga zmiany warunków wynagradzania zarówno w nowych, jak i obowiązujących umowach. Przy dużej liczbie osób objętych regulacją przygotowanie, uzgodnienie i wdrożenie zmian w krótkim terminie może nie być możliwe. Dostosowanie obowiązujących umów będzie wymagało przeprowadzenia indywidualnych negocjacji z personelem medycznym oraz przygotowania licznych aneksów lub nowych umów. Proces ten może okazać się szczególnie czasochłonny w podmiotach współpracujących z dużą liczbą lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne na podstawie kontraktów lub umów cywilnoprawnych. Brak odpowiednio długiego okresu przejściowego może prowadzić do istotnych zakłóceń organizacyjnych oraz trudności w zapewnieniu ciągłości udzielania świadczeń. W przypadku części specjalistów zmiana modelu wynagradzania może zostać oceniona jakokonomicznie niekorzystna, co zwiększa ryzyko rezygnacji ze współpracy lub ograniczenia dostępności dla świadczeniodawców realizujących świadczenia finansowane przez NFZ. Dotyczy to w szczególności dziedzin medycyny, w których konkurencja o wykwalifikowany personel jest	Uwaga niezasadna Wprowadzenie zakazu ustalania wynagrodzenia jako procentu od wartości kontraktu nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu.

			największa. W efekcie projektowana regulacja może pośrednio wpływać na dostępność świadczeń dla pacjentów oraz zdolność świadczeniodawców do realizacji zakontraktowanych świadczeń	
315	American Heart of Poland	art. 3	Ograniczenie kręgu przyjmujących zamówienie do osób wykonujących działalność w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, indywidualnej praktyki zawodowej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki zawodowej może wyłączyć inne dopuszczalne formy wykonywania działalności leczniczej. Projektowana zmiana może istotnie wpłynąć na funkcjonujące obecnie modele organizacyjne oparte na współpracy z podmiotami leczniczymi działającymi w formie spółek prawa handlowego. W praktyce znaczna część świadczeń zdrowotnych jest realizowana przez wyspecjalizowane podmioty zatrudniające personel medyczny, dysponujące własną infrastrukturą organizacyjną i ponoszące odpowiedzialność za jakość oraz ciągłość udzielanych świadczeń. Wyłączenie takich podmiotów z możliwości przyjmowania zamówień może prowadzić do konieczności przebudowy istniejących modeli działalności i współpracy. Regulacja może szczególnie negatywnie oddziaływać na podwykonawców realizujących świadczenia na rzecz szpitali i innych podmiotów leczniczych przy wykorzystaniu własnego personelu, sprzętu, wyrobów medycznych oraz zaplecza organizacyjnego. W wielu obszarach ochrony zdrowia model taki pozwala efektywnie wykorzystywać zasoby kadrowe i technologiczne bez konieczności ich dublowania przez każdy podmiot leczniczy. Ograniczenie możliwości korzystania z takich rozwiązań może skutkować wzrostem kosztów działalności oraz ograniczeniem dostępności niektórych świadczeń. Zasadne jest wyjaśnienie celu takiego zawężenia oraz ocena jego wpływu na dostępność personelu i dotychczasowe modele współpracy. Dostosowanie działalności do nowych wymogów może wiązać się z koniecznością rozwiązania lub istotnej modyfikacji obowiązujących umów zawartych pomiędzy podmiotami leczniczymi. W przypadku większych organizacji medycznych proces ten może generować znaczące koszty organizacyjne, prawne i operacyjne. Brak odpowiednio długiego okresu przejściowego dodatkowo zwiększa ryzyko zakłóceń w realizacji świadczeń zdrowotnych.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
316	American Heart of Poland	Art. 3	Rozwiązanie ograniczy dotychczas stosowane modele organizacyjne, w szczególności współpracę z lekarzami i innymi specjalistami działającymi w kilku lokalizacjach lub korzystającymi z własnej infrastruktury. Może uniemożliwić albo znacznie utrudnić współpracę między podmiotami leczniczymi w zakresie badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych i świadczeń realizowanych przez	Uwaga niezasadna Zaproponowany przepis ma na celu wyeliminowanie patologii polegającej na zawieraniu umów na udzielanie świadczeń

			wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne, a w konsekwencji wykluczyć z rynku część efektywnie działających podmiotów. Nowa regulacja może prowadzić do wykluczenia z rynku podwykonawców, którzy faktycznie udzielają świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych szpitala, wykorzystując własny personel medyczny oraz sprzęt. Ograniczenie tego modelu współpracy może zmniejszyć dostępność wyspecjalizowanych świadczeń (świadczenie z zakresu kardiologii inwazyjnej), zakłócić ciągłość realizacji kontraktów z NFZ oraz wymusić przejęcie przez szpitale personelu, infrastruktury i obowiązków organizacyjnych podwykonawców co może być nieefetkwyne finansowo dla szpitali. Projekt nie przewiduje mechanizmów przejściowych ani wyjątków pozwalających utrzymać takie świadczenia w przypadkach, gdy podwykonawca zapewnia zasoby, których szpital nie posiada lub nie może samodzielnie pozyskać. Regulacja może również negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie podmiotów leczniczych specjalizujących się w realizacji określonych świadczeń na rzecz wielu świadczeniodawców, których model działalności opiera się na wykorzystaniu wyspecjalizowanego personelu i infrastruktury w różnych lokalizacjach. Na rynku usług medycznych funkcjonują bowiem podwykonawcy prowadzący realną i kompleksową działalność leczniczą – podmioty posiadające własny personel medyczny, specjalistyczny sprzęt i aparaturę, wyroby medyczne, wyodrębnioną administrację oraz ponoszące pełne ryzyko organizacyjne i finansowe związane z udzielaniem świadczeń. W wielu przypadkach modele takie są wynikiem wieloletnich inwestycji: remontów i adaptacji pomieszczeń, zakupu specjalistycznego wyposażenia, zawarcia umów dzierżawy oraz budowy własnych struktur zarządczych. Dla szpitali zlecających takim podmiotom świadczenia, model podwykonawstwa jest nie tylko korzystny organizacyjnie – pozwala na zabezpieczenie świadczeń, których szpital nie byłby w stanie zapewnić wyłącznie własnymi zasobami, przy jednoczesnym podziale ryzyka i kosztów operacyjnych. W efekcie może dojść do ograniczenia efektywnego wykorzystania zasobów kadrowych i technicznych, a także wzrostu kosztów realizacji świadczeń po stronie podmiotów zobowiązanych do samodzielnego zapewnienia tych zasobów. Zasadne wydaje się wprowadzenie ustawowego wyraźnego rozróżnienia pomiędzy fikcyjnymi podmiotami pośredniczącymi w zatrudnieniu, a podmiotami leczniczymi rzeczywiście i kompleksowo prowadzącymi działalność leczniczą, pomimo braku zakładu leczniczego w strukturach zamawiającego. Dotychczasowe stosunki prawne nawiązane z tymi ostatnimi powinny zostać objęte ochroną, z uwzględnieniem poniesionych nakładów i ukształtowanych modeli współpracy – tym bardziej, że ich eliminacja pozbawi szpitale istotnego instrumentu zabezpieczenia ciągłości świadczeń. Zasadne jest doprecyzowanie, czy zakres projektowanego art. 26 ust. 1a obejmuje również świadczenia diagnostyczne takiej jak w szczególności teleradiologię, telekonsultacje specjalistyczne oraz inne formy zdalnego wykonywania lub opisywania badań diagnostycznych. W obecnym brzmieniu przepisu nie jest jasne, czy wymóg udzielania świadczeń „wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie” odnosi się do miejsca pobytu pacjenta, miejsca wykonywania badania, miejsca sporządzenia opisu badania czy miejsca wykonywania czynności przez personel medyczny. Brak jednoznacznego doprecyzowania może prowadzić do podważenia dopuszczalności powszechnie stosowanych modeli organizacyjnych wykorzystywanych przy realizacji badań diagnostycznych, w szczególności badań obrazowych opisywanych przez lekarzy znajdujących się poza lokalizacją podmiotu wykonującego badanie. Wątpliwości mogą również dotyczyć świadczeń wykonywanych przez wyspecjalizowane podmioty diagnostyczne świadczące usługi na rzecz wielu szpitali i poradni, co może prowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń oraz wzrostu kosztów ich realizacji. Zasadne jest jednoznaczne wskazanie, że projektowana regulacja nie wyłącza możliwości realizacji	zdrowotnych z fikcyjnym podmiotami leczniczymi, które są tworzona po to aby obchodzić ograniczenia dotyczące czasu pracy. Podmioty te de facto są agencjami zatrudnienia; nie udzielają żadnych świadczeń zdrowotnych. Już w obecnym stanie prawny podmiot leczniczy powinien dysponować swoim zakładem leczniczym.

			świadczeń diagnostycznych i telemedycznych w modelach zgodnych z obowiązującymi przepisami oraz aktualną praktyką organizacyjną systemu ochrony zdrowia	
317	American Heart of Poland	Art. 3	Obowiązek przeprowadzenia konkursu ofert obejmie wszystkie podmioty udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od zakresu świadczeń. Tak daleka zmiana wieloletniego modelu kontraktowania wymaga analizy wpływu na dostępność świadczeń i funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Projekt nie różnicuje sytuacji podmiotów leczniczych ze względu na skalę działalności, rodzaj udzielanych świadczeń ani charakter współpracy z personelem medycznym. W rezultacie identyczne wymogi proceduralne będą stosowane zarówno do dużych szpitali wieloprofilowych, jak i niewielkich podmiotów realizujących pojedyncze zakresy świadczeń. Może to prowadzić do nieproporcjonalnego wzrostu obciążeń organizacyjnych po stronie mniejszych świadczeniodawców. Wątpliwości budzi również brak rozwiązań umożliwiających kontynuowanie współpracy z dotychczasowymi wykonawcami świadczeń w sytuacjach, w których jakość i ciągłość realizacji świadczeń nie budzi zastrzeżeń. Obowiązek każdorazowego przeprowadzania procedury konkursowej może prowadzić do nadmiernego formalizmu i ograniczenia efektywności zarządzania personelem oraz współpracownikami. W konsekwencji zwiększeniu ulegnie liczba czynności administracyjnych niezwiązanych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Procedura konkursowa ograniczy możliwość szybkiego reagowania na nagłe braki kadrowe, zabezpieczania dyżurów, organizowania zastępstw i obsady w okresach zwiększonej absencji. Zwiększy również koszty pracy komisji konkursowych i obsługi administracyjnej. Zasadne jest pozostawienie konkursu jako trybu podstawowego przy jednoczesnym wprowadzeniu wyjątków dla sytuacji wymagających zapewnienia ciągłości świadczeń lub pilnego uzupełnienia personelu. W AOS częste i szybkie uzupełnianie grafików jest konieczne z uwagi na absencje, sezonowość i zmiany organizacyjne. Pełne postępowanie konkursowe może wydłużyć pozyskiwanie personelu, ograniczyć liczbę dostępnych terminów wizyt oraz prowadzić do czasowego niespełniania wymagań NFZ.	Uwaga niezasadna Utrzymywanie obecnego stanu prawnego (brak jawności ofert, konkursów) oraz brak niezbędnej interwencji legislacyjnej w tym zakresie naruszałby istotnie interes publiczny, w szczególności uniemożliwiałby pełną jawność wydatkowania środków publicznych. Projektowane regulacje nakładające nowe obowiązki administracyjne na podmioty lecznicze są zatem proporcjonalne, adekwatne oraz konieczne do osiągnięcia zakładanych celów.
318	American Heart of Poland	Art. 3	Obowiązek określenia łącznej liczby godzin udzielania świadczeń może ograniczyć elastyczne reagowanie na zmiany zapotrzebowania, absencje i zastępstwa. Należy doprecyzować okres, którego dotyczy liczba godzin, oraz dopuścić jej aktualizację w ramach harmonogramu lub uzgodnionego przedziału bez konieczności aneksowania umowy. Projekt nie wskazuje, czy liczba godzin ma być określana w ujęciu miesięcznym, kwartalnym, rocznym czy dla całego okresu obowiązywania umowy. Brak jednoznacznych zasad może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych oraz utrudniać prawidłowe konstruowanie i wykonywanie umów. W praktyce podmioty lecznicze często dostosowują liczbę godzin udzielania świadczeń do bieżących potrzeb pacjentów, zmian organizacyjnych oraz dostępności personelu medycznego. Konieczność każdorazowej zmiany umowy w przypadku modyfikacji liczby godzin może zwiększyć obciążenia administracyjne i ograniczyć sprawność organizacyjną świadczeniodawców.	Uwaga niezasadna Elementy umowy określone w ust. 4 mają charakter katalogu otwartego. Strony mogą wprowadzić dodatkowe przepisy uszczegółowiające uwzględniające specyfikę świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy.
319	American Heart of Poland	Art. 3	Przepis nie określa metody ustalania równoważnika wymiaru czasu pracy dla różnych podstaw zatrudnienia ani sposobu weryfikacji łącznego wymiaru u wielu podmiotów. Może to prowadzić do rozbieżnych obliczeń i odpowiedzialności świadczeniodawcy mimo braku dostępu do danych. Należy określić metodologię przeliczeń, okres referencyjny, zasady aktualizacji danych i zakres odpowiedzialności podmiotu działającego w zaufaniu do oświadczenia. Szczególne wątpliwości mogą dotyczyć umów cywilnoprawnych i kontraktów medycznych, w przypadku których czas wykonywania świadczeń nie zawsze odpowiada klasycznym normom czasu	Uwaga uwzględniona Zrezygnowano z przepisu dotyczącego równoważnika etatu

			pracy. Brak jednolitej metodologii przeliczeń może prowadzić do stosowania odmiennych zasad przez poszczególnych świadczeniodawców oraz utrudniać ocenę zgodności z przepisami podczas kontroli. Projekt nie przewiduje również narzędzi umożliwiających świadczeniodawcy bieżące monitorowanie zmian równoważnika wymiaru czasu pracy wynikających z aktywności zawodowej danej osoby u innych podmiotów. W konsekwencji ryzyko błędnego ustalenia limitu może zostać przerzucone na świadczeniodawcę pomimo braku realnego wpływu na kompletność i aktualność posiadanych informacji. Proponowane brzmienie przepisu wydaje się pomijać sytuacje, w których osoby wykonujące zawody medyczne pozostają w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych lub wykonują obowiązki związane z zabezpieczeniem dostępności świadczeń poza czasem faktycznego wykonywania czynności medycznych. Konieczne jest doprecyzowanie, czy czas pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, w tym gotowości do stawienia się na wezwanie podmiotu leczniczego, podlega uwzględnieniu przy ustalaniu równoważnika wymiaru czasu pracy oraz limitu, o którym mowa w art. 27 ust. 4 pkt 2a. Brak jednoznacznej regulacji w tym zakresie może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych pomiędzy świadczeniodawcami oraz utrudniać prawidłowe ustalanie równoważnika wymiaru czasu pracy. W wielu zakresach świadczeń, zwłaszcza wymagających zapewnienia całodobowej dostępności specjalistów, gotowość do udzielania świadczeń stanowi istotny element organizacji pracy i zabezpieczenia ciągłości leczenia. Niejasność przepisów może powodować trudności w planowaniu obsady oraz zwiększać ryzyko kwestionowania przyjętych rozwiązań podczas kontroli	
320	Ogólnopolski Związek Zawodowy Elektroradiologów	art. 132aa ust. 6	Projektowany art. 132aa ust. 6 uzależnia zatrudnienie u kolejnego świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego od zgody kierownika pierwszego podmiotu leczniczego. Odmowa może nastąpić z powodu „niezaspokojonych potrzeb kadrowych" tego podmiotu. Zapis ten budzi wątpliwości wątpliwości w świetle: • art. 65 ust. 1 Konstytucji RP, gwarantującego wolność wyboru miejsca pracy; • art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, wymagającego, aby ograniczenie wolności było konieczne i proporcjonalne; • art. 26^1 Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca co do zasady nie może zakazać pracownikowi zatrudnienia u innego pracodawcy; • art. 9 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1152, chroniącego zatrudnienie równoległe poza harmonogramem ustalonym z podstawowym pracodawcą. Braki kadrowe podmiotu leczniczego nie powinny prowadzić do obowiązku pozostawania pracownika w faktycznej dyspozycji pracodawcy poza czasem pracy objętym umową. Cel projektu można osiągnąć środkami mniej ingerującymi w wolność pracy, takimi jak kontrola nakładania się harmonogramów oraz możliwość sprzeciwu wyłącznie w przypadku konkretnej kolizji godzin pracy. NFZ ani podmioty do tej pory tego nie kontrolowali, zatrudniając lekarzy? Projekt nie przewiduje również szybkiego i niezależnego trybu odwołania od odmowy. Pisemne uzasadnienie nie stanowi wystarczającej ochrony, jeżeli sądowe rozpoznanie sprawy nastąpi już po utracie możliwości podjęcia dodatkowego zatrudnienia.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.
321	Ogólnopolski Związek Zawodowy Elektroradiologów	art. 132aa ust. 3 i 6	Projektowany art. 132aa ust. 3 i 6 przewiduje, że osoba udzielająca świadczeń w leczeniu szpitalnym lub przyszpitalnej AOS powinna być zatrudniona zasadniczo co najmniej na połowę etatu, a kolejne zatrudnienie u świadczeniodawcy posiadającego kontrakt/ umowę zlecenie szpitalny również nie może być niższe niż połowa etatu. Rozwiązanie może uniemożliwić zatrudnianie personelu na kilka lub kilkanaście godzin tygodniowo, nawet gdy taki wymiar jest wystarczający do zabezpieczenia określonych procedur diagnostycznych.	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono wyłączenie od wymogu minimum ½ pełnego wymiaru w przypadku AOS przyszpitalnego, gdy niższy wymiar wynika z harmonogramu do umowy z NFZ.
322	Ogólnopolski Związek	art. 132ab ust. 5	Projektowany art. 132ab ust. 5 pozwala przyznać wynagrodzenie dodatkowe za świadczenia wymagające „szczególnych umiejętności" lub powodujące „ponadstandardowe obciążenie pracą".	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany.

	Zawodowy Elektroradiologów		Pojęcia te nie zostały zdefiniowane, mimo że stanowią wyjątek od ustawowego limitu wynagrodzenia. Tak szeroka uznaniowość może pozostawać w kolizji z zasadą określoności prawa wynikającą z art. 2 Konstytucji oraz zasadą równego traktowania określoną w art. 32 Konstytucji. Istnieje ryzyko, że wyjątek będzie stosowany głównie wobec grup posiadających najsilniejszą pozycję negocjacyjną, natomiast koszty dodatkowych wynagrodzeń będą ograniczały środki przeznaczone na pozostałych członków zespołów medycznych. Ustawa powinna określać obiektywne, weryfikowalne i jednakowe dla wszystkich zawodów medycznych kryteria szczególnych umiejętności, ponadstandardowego obciążenia, sposobu dokumentowania zadań oraz ustalania wysokości dodatku. Regulacje ekonomiczne powinny być ponadto poprzedzone ustanowieniem aktualnych i mierzalnych standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń. W diagnostyce obrazowej brak jednolitych standardów bezpieczeństwa np. w MR oraz niezakończona aktualizacja procedur wzorcowych dla procedur wykorzystujących promieniowanie jonizujące, różnice technologiczne w aparaturze medycznej pomiędzy jednostkami powodują, że kontrola kosztów może dominować nad kontrolą rzeczywistej jakości i bezpieczeństwa badań oraz premiować podmioty działające w modelu wysokowolumenowym.	
323	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Uwagi ogólne	KRDL zwraca uwagę, że projektowane ograniczenia dotyczące zatrudnienia i wynagrodzeń obejmują szeroki krąg zawodów medycznych, podczas gdy uzasadnienie projektu koncentruje się przede wszystkim na sytuacji lekarzy i pielęgniarek, bez odrębnej analizy wpływu regulacji na diagnostów laboratoryjnych i funkcjonowanie medycznych laboratoriów diagnostycznych. W ocenie KRDL specyfika organizacji pracy laboratoriów, ograniczona dostępność diagnostów posiadających specjalizacje i szczególne kwalifikacje oraz konieczność zapewnienia ciągłości diagnostyki wymagają odrębnego podejścia, gdyż jednolite ograniczenia mogą pogorszyć dostępność świadczeń i zagrozić ich ciągłości. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych zgłasza zastrzeżenia do objęcia diagnostów laboratoryjnych projektowanymi ograniczeniami dotyczącymi wymiaru zatrudnienia i pracy u więcej niż jednego świadczeniodawcy. W medycynie laboratoryjnej praca w kilku podmiotach, zwłaszcza diagnostów posiadających specjalizacje lub szczególne uprawnienia, w tym w obszarze serologii transfuzjologicznej, często stanowi warunek zapewnienia ciągłości i dostępności świadczeń. Projektowane ograniczenia mogą szczególnie negatywnie wpłynąć na mniejsze szpitale i podmioty działające poza dużymi ośrodkami, utrudniając zapewnienie wymaganej obsady laboratoriów. Przewidziana możliwość czasowego odstępstwa za zgodą NFZ nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia trwałych potrzeb kadrowych medycyny laboratoryjnej. KRDL postuluje zatem wyłączenie diagnostów laboratoryjnych z tych ograniczeń albo wprowadzenie uproszczonej procedury odstępstwa dla diagnostów posiadających specjalizację, szczególne kwalifikacje lub uprawnienia niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń. KRDL zwraca uwagę, że objęcie diagnostów laboratoryjnych projektowanymi limitami wynagrodzeń, w tym maksymalną stawką godzinową, wymaga odrębnej oceny. Z uzasadnienia projektu nie wynika, aby problem wynagrodzeń osiągających poziomy uzasadniające wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej występował w istotnej skali w środowisku diagnostów laboratoryjnych. KRDL postuluje zatem przeprowadzenie odrębnej oceny skutków regulacji dla diagnostów laboratoryjnych i medycznych laboratoriów diagnostycznych oraz, w zależności od jej wyników, odpowiednie dostosowanie zakresu projektowanych ograniczeń.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis dot. zatrudnienia na minimum ½ wymiaru czasu pracy ograniczono do niektórych zawodów med. (z wyłączeniem m.in. diagnostów).

324	OPZZ	Uwagi ogólne	Zakres podmiotowy ustawy dotyczący wszystkich rodzajów umów. Projekt przewiduje wprowadzenie nowego artykułu zawierającego szereg regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie umów cywilnoprawnych, jak też pracujących na podstawie umowy o pracę. To zaskakująca konstrukcja ustawy, wprowadzająca wiele zastrzeżeń. W obecnym kształcie projektowanych przepisów powstaje ryzyko, że szczególny limit wynagrodzenia przewidziany dla pracowników medycznych będzie prowadził do ograniczenia możliwości pełnej realizacji uprawnień przysługujących pracownikowi na podstawie Kodeksu pracy, ustawy o działalności leczniczej oraz innych przepisów regulujących stosunek pracy. Dotyczy to w szczególności: wynagrodzenia za dyżury medyczne, pracę w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, niedziele i święta; wynagrodzenia za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, pozostałych świadczeń i uprawnień wynikających ze stosunku pracy, takich jak dodatki stażowe, nagrody jubileuszowe, odprawy oraz innych należności wynikających z przepisów prawa pracy i regulacji zakładowych. Ustawa wprowadza w ten sposób sytuacje, w której pracownik wykonujący zawód medyczny podlega wszystkim obowiązkom wynikającym ze stosunku pracy, ale limit dotyczący tej grupy zawodowej będzie ograniczać ekonomiczną realizację części uprawnień pracowniczych. Taka konstrukcja będzie prowadzić do słabszej ochrony praw wynikających ze stosunku pracy. Minimalny wymiar czasu pracy i wyjątki - W dokumencie wskazano, że: „świadczenia (...) mogą być udzielane (...) w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika" oraz „wprowadzono wyjątek (...) w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy". Przepisy wprowadzają zasadę, że świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy mającego umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, mogą być udzielane przez pracownika medycznego w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Tym samym określa się minimalny wymiar zatrudnienia przy udzielaniu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradniach przyszpitalnych). Jednocześnie wprowadzono wyjątek od powyższego wymogu, w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, pod warunkiem złożenia pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenia, że pracownik medyczny nie jest zatrudniony u innego świadczeniodawcy.Pojawia się wiele kontrowersji i pytań na tle konstrukcji takiego rozwiązania:- czy ust. 4 dotyczy sytuacji, w których pracownik jest zatrudniony u jednego świadczeniodawcy i w tym wypadku nie obowiązuje go minimalny wymiar czasu pracy w szpitalu i AOS ? To tworzy nierówne traktowanie pracowników: ci pracujący tylko w jednym miejscu mogą mieć dowolny wymiar, a ci pracujący w dwóch - muszą mieć co najmniej 1/2 etatu w każdym.- realizacja przepisu w praktyce wnosi duże ryzyko obejścia; świadczeniodawcy mogą wymuszać na pracownikach deklarację: „pracuję tylko u jednego podmiotu", aby zatrudniać ich na minimalne ułamki etatu lub kontraktu, - oświadczenie pracownika pod rygorem odpowiedzialności karnej jest środkiem nieproporcjonalnym bowiem przerzuca ryzyko na pracownika, zamiast tworzyć systemową weryfikację, wprowadza także odpowiedzialność karną za fałszywe deklaracje. W praktyce, system kontroli i odpowiedzialności nie obejmuje w równym zakresie kierownika podmiotu leczniczego, który - jeśli dopełni obowiązek i zbierze oświadczenia od pracowników, zdejmuje to z niego odpowiedzialność w sytuacji, gdyby dany pracownik poświadczył nieprawdę. - pojawia się wątpliwość, czy rygor 1/2 etatu i zgody dyrektora obejmie pracowników medycznych wykonujących w szpitalu wyłącznie usługi czysto komercyjne (np. medycynę pracy) ? - w całej regulacji brak definicji „zatrudnienia" bądź odniesienia do innych przepisów; nie dookreślono czy obejmuje wolontariat,	Uwagi częściowo uwzględnione W zakresie projektowanego art. 112 Pracownicy NFZ stanowią grupę zawodową o bardzo zróżnicowanej strukturze wykształceń. Istniejąca obecnie regulacja jest nadmiernie restrykcyjna, gdyż stanowi ogólny, bardzo szeroki zakaz aktywności zawodowej pracowników NFZ, bez względu na rodzaj tej aktywności. Cel projektowanej regulacji wpisuje się w cel nowelizacji ustawy, tj. zwiększenie korpusu kontrolerskiego NFZ. W tym celu NFZ chcąc pozyskać wykwalifikowaną kadrę powinien wpisywać się w konkurencyjność na rynku pracy, podczas gdy dzisiejsze brzmienie art. 112 tą konkurencyjność wypacza. Przepisy dot. dodatków do wynagrodzenia, wydawania zgody na zatrudnienie u kolejnego świadczeniodawcy oraz zgody MFZ na czasowe odstępstwo od reguł dot. wymiaru czasu pracy zostały doprecyzowane.

			dyżury kontraktowe, działalność gospodarczą, teleporady? Zatrudnienie u drugiego podmiotu za zgodą Dokument wskazuje na: „możliwość zatrudnienia (...) przez innego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy" (art. 132aa ust. 6 - 8) Projekt zawiera przepis uzależniający możliwość zatrudnienia pracownika medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ przez innego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy i jednocześnie dopuszczający kolejne zatrudnienie jedynie w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Przy czym wprowadza się tryb, zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione np. niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu. Jest to kolejny przykład przepisu wprowadzającego wiele pytań i wieloznaczności interpretacyjnych, w szczególności w zastawieniu z wyjątkami od zatrudnienia za zgodą, które wprowadzono w ust. 7 i 8. Wskazuje się bowiem, że przepisy „za zgodą" nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych, w czasie pełnienia dyżuru medycznego, jak też w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego. Wyjątki oznaczają, że to kolejne przepisy, które będą w praktyce fikcyjne, bowiem argument uzasadnienia odmowy: „niezaspokojone potrzeby kadrowe" jest nieostry i jednocześnie uniwersalny - każdy szpital może uzasadnić bardzo łatwo braki kadrowe. Powstaje więc wysokie prawdopodobieństwo chaosu decyzyjnego w umowach; przykładowo w przypadku personelu pracującego już w kilku miejscach, mechanizm uzyskiwania wzajemnych zgód od wszystkich kierowników wydaje się logistycznie niewykonalny. Ponadto w ustawie całkowicie brakuje ścieżki odwoławczej od decyzji dyrektora, który takiej zgody odmówi. Dodatkowo, pojawia się szereg niejasności odnośnie wyrażania zgody na dodatkowe zatrudnienie - czy czasowa zgoda będzie za każdym razem wyrażana i przez kogo: pierwszego czy każdego kolejnego świadczeniodawcę ? • Minimalna zawartość umów Projekt określa, że: „umowy będą obligatoryjnie określać rodzaj i liczbę wykonywanych zadań (...) oraz stawki godzinowe" (art. 132aa ust. 9-10) Z zaskoczeniem przyjęliśmy proponowane rozwiązanie zakładające wymogi minimalnej zawartości umowy, na podstawie której będą zatrudniani pracownicy medyczni udzielający świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ - który będzie obowiązywać w odniesieniu do wszystkich umów, a nie tylko kontraktowych. Umowy z pracownikami mają obligatoryjnie określać rodzaj i liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz stawki godzinowe wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań, a w przypadku umów innych niż umowa o pracę - określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nie taka była intencja dyskusji prowadzanych wspólnie w Trójstronnym Zespole na ten temat. Wskazywaliśmy, że umowy kontraktowe powinny mieć jednolity wzór, by nie było „wyjątków" umożliwiających ich obchodzenia. Nie było jednak nigdy wskazywane rozszerzanie tej regulacji na umowy o pracę. Ustawa poprzez taką konstrukcję umowy narzuca de facto rygor umów cywilnoprawnych na umowy o pracę i wprowadza sztuczne zrównywanie form zatrudnienia. Poprzez nadmierną ingerencję regulacji w kodeksowe umowy o pracę następuje włączenie w nie elementów charakterystycznych dla kontraktów - co jest nie do przyjęcia. Przepisy przejściowe zakładają także, że wszystkie umowy niespełniające nowych wymogów wygasną z dniem 31 grudnia 2026 r., co w praktyce będzie oznaczać wypowiadanie wszystkich umów o pracę (nie tylko umów kontraktowych - a to było ideą zmian!) i zawierania umów zmieniających pod koniec br. Może to skutkować na pół miliona pracowników, co rodzi wysokie prawdopodobieństwo chaosu organizacyjnego i kadrowego pod koniec bieżącego roku w całym systemie ochrony zdrowia. Ustawa bowiem dotyczy wszystkich pracowników medycznych tj. 22	

			zawody określone w ustawie o niektórych zawodach medycznych oraz pozostałych ustawach zawodowych. • Limity wynagrodzeń (miesięczne) wyjątki, dodatkowe wynagrodzenie Projekt określa: „maksymalną stawkę godzinową w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia" (art. 132ab ust. 1); limit miesięczny (art. 132ab ust. 7-8), „maksymalne wynagrodzenie miesięczne (...) w wysokości iloczynu (...) i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia". Przepisy w obecnym kształcie są nie do przyjęcia; dopuszczają wiele wyjątków od generalnej zasady miesięcznego limitu wynagrodzenia, co oznacza ich fikcyjność w praktyce i uznaniowość zasad przyznawania wynagrodzeń. Projektodawca wprowadza limit wysokości wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w postaci maksymalnej stawki godzinowej, w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Jednocześnie świadczeniodawca będzie mógł przyznać wynagrodzenie dodatkowe przekraczające maksymalną stawkę godzinową w przypadkach określonych w ustawie (wykonanie określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, w przypadku zadań kierowniczych, dydaktycznych, naukowych, organizacyjnych, związanych z nadzorem nad jakością lub koordynacją procesu leczenia czy w przypadkach wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą). Pojawia się wiele pytań: jakie sytuacje można uznać za ponadstandardowe obciążenie pracą ? jakie umiejętności można uznać za „szczególne'[7]? Są to nieostre i niezdefiniowane pojęcia, pozostawiające szeroką uznaniowość kierownikom podmiotów leczniczych. Wdrożenie tak skonstruowanego prawa w praktyce nic nie zmieni, pracownicy zarabiający najwięcej, będą nadal wynagradzani według uznania dyrektora, bez jasnych kryteriów - na mocy ustawowych wyjątków. Pytania i wątpliwości na które strona społeczna nie uzyskała odpowiedzi podczas dyskusji na posiedzeniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia są aktualne i w ramach ww. obszaru limitu wynagrodzeń, zasad ich przyznawania i wyjątków dotyczą m.in. sytuacji: - czy jeśli będę pracować na 1 etacie - to też obowiązuje limit czy nie ? - czy nie jest zagrożeniem ograniczenie dostępności dyżurów, jeśli pracownicy medyczni na dyżurach osiągną limit płac? - czy maksymalny limit wynagrodzenia (bądź stawki godzinowej) obejmuje dodatki za godziny nadliczbowe, wysługę lat, pracę w nocy, nagrody jubileuszowe oraz wszystkie inne składniki wynagrodzeń obowiązujące w aktach prawa wewnętrznego podmiotu leczniczego (regulaminach wynagrodzeń czy zakładowych układach zbiorowych pracy) ? Odrębną kwestią jest rozważenie proponowanej wysokości maksymalnego wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, które zgodnie z projektem nie będzie mogło przekroczyć 76 800 zł przy wymiarze czasu pracy odpowiadającemu dwóm etatom (38 400 dla wymiaru czasu pracy odpowiadającego 1 etatowi). Wprowadzenie limitu na tym poziomie może stworzyć presję na wzrost płac, zwłaszcza w grupie osób, których obecne wynagrodzenia miesięczne znajdują się poniżej ustalonego w projekcie ustawy limitu. W rezultacie, cel tego rozwiązania może nie zostać w praktyce osiągnięty. Ponadto, opinia publiczna została jedynie poinformowana o takim poziomie maksymalnych płac, nie jest jednak znana metodologia wyliczenia takiego limitu, ani stawki godzinowej. Należy też jednoznacznie wyjaśnić relację nowych limitów płac, obowiązujących pracowników etatowych na mocy proponowanych przepisów do obowiązującej ustawy o najniższym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, tak aby nie doszło do stopniowego osłabiania jej znaczenia i pogarszania sytuacji płacowej pracowników etatowych objętych ustawą o najniższych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. • Pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia a dodatkowe zatrudnienie Nowelizacja wprowadza zapis, iż: „Prezes NFZ będzie wyrażał zgodę albo jej odmowę (...) na inne aktywności zawodowe pracownika" (art. 112). Nowe brzmienie przepisu ma na celu stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach. Zdaniem Funduszu jest to	

			niezbędne, z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie i ma wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez Fundusz. Pojawia się wiele zastrzeżeń odnośnie ryzyka konfliktu interesów, bowiem to Prezes Funduszu będzie decydował, czy pracownik może pracować w sektorze ochrony zdrowia, który NFZ kontroluje. Nietworzenie konfliktu interesów w takiej sytuacji będzie dość trudne, przy możliwości pracy w NFZ i jednoczesnym uzyskiwaniu dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej. Projekt nie wskazuje, jakie klauzule zamierza się zastosować w tych sytuacjach. Wskazanie w przepisach, że podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej ma dotyczyć zakresu niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ oraz nietworzącym konfliktu interesów jest dalece niewystarczające. W naszej ocenie należałoby zadbać o systematyczny wzrost i waloryzację wynagrodzeń pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, o co od lat wnoszą partnerzy społeczni Trójstronnego Zespołu. Uznaniowość i decyzyjność prezesa NFZ jako pracodawcy jest w takiej sytuacji zbyt daeko idąca. Projekt ustawy w obecnym kształcie jest nie do zaakceptowania - ze względu na niespójność i wykluczające się przepisy, dowolność interpretacji oraz pozorne rozwiązania maksymalnych wynagrodzeń, które zamiast wprowadzić przejrzystość wynagrodzeń - wprowadzą chaos organizacyjny i utrwalą obowiązujące patologie w systemie ochrony zdrowia. Przepisy zamiast uporządkować rynek kontraktów w ochronie zdrowia, tworzą chaos prawny, liczne wyjątki i mechanizmy uznaniowe, które pozwolą omijać limity wynagrodzeń i osłabią prawa pracowników. Nie ma także zgody OPZZ na łamanie trybu konsultacji społecznych, zwłaszcza w przypadku projektu ustawy wprost regulującego sprawy pracownicze i płacowe. Brak pogłębionego dialogu ze stroną związkową i pracodawcami na temat propozycji przedstawionych w projekcie znacząco osłabia jego wartość merytoryczną sprawiając, że nie jest on zaakceptowany w drodze dialogu i porozumienia.	
325	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „OTMĘT” s.c./ Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego	Uwagi ogólne	Uzasadnienie opisuje problem jako zjawisko dotyczące lekarzy specjalistów łączących zatrudnienie w kilku szpitalach, a dobrane instrumenty odpowiadają temu obrazowi: ograniczenie łącznego wymiaru zaangażowania, górna granica stawki godzinowej, obowiązkowy harmonogram, wyłączenie rozliczenia procentowego. W zdrowiu psychicznym każde z tych założeń jest odwrotne, a pięć cech tego obszaru działa w tym samym kierunku. ● Godzina terapeuty jest jedyną jednostką zdolności systemu. Nie ma tu sprzętu, sali operacyjnej ani zespołu, które mogłyby zwiększyć przepustowość. Każda godzina odebrana systemowi publicznemu przekłada się liniowo na liczbę pacjentów bez leczenia. Nie działa żaden efekt skali ani substytucja technologiczna. ● Rozproszone zatrudnienie jest konstrukcją systemu, a nie jego patologią. Poradnia w powiecie potrzebuje terapeuty dziecięcego na jedną piątą etatu, ponieważ tyle wynosi lokalne zapotrzebowanie, a nikt nie zatrudni się na jedną piątą etatu w jednym miejscu. Model łączenia kilku ułamkowych zaangażowań jest jedynym, w którym mniejsze ośrodki mają dostęp do kadry. ● Bariera wyjścia z sektora publicznego nie istnieje. Do prowadzenia psychoterapii poza systemem publicznym wystarczy gabinet albo połączenie wideo. Regulacja ceny pracy po jednej stronie rynku, przy zerowym koszcie przeniesienia podaży na drugą stronę, daje w tym obszarze skutek migracyjny pełny, a nie częściowy. ● Produktem jest relacja, a nie procedura. Ciągłość kontaktu z tą samą osobą jest czynnikiem leczącym o udokumentowanej sile działania, a nie elementem organizacji pracy. Przerwanie procesu nie jest opóźnieniem świadczenia, tylko zdarzeniem klinicznym, a pacjenta nie da się przekazać innemu terapeucie w sposób neutralny.	Uwagi niezasadne Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru, z uwzględnieniem także zatrudnienia w podmiotach prywatnych, jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów. Normy dot. maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

			● Poufność jest warunkiem skuteczności, a nie tylko obowiązkiem prawnym. Dokumentacja zawiera treści, których pacjent nie ujawnił nikomu innemu, oraz dane osób trzecich, które nigdy nie były pacjentami. Każde osłabienie przekonania o poufności obniża jakość leczenia u tych, którzy się zgłosili, i zgłaszalność u tych, którzy się wahają. Wniosek jest taki, że jednolity instrument zastosowany do obszaru o odwrotnej charakterystyce daje w nim skutek jakościowo inny. W lecznictwie zabiegowym projekt ogranicza dochody wąskiej grupy. W zdrowiu psychicznym ogranicza liczbę godzin terapeutycznych dostępnych publicznie, przy czasach oczekiwania liczonych już dziś w miesiącach, a w opiece dla dzieci i młodzieży w wielu powiatach przy braku jakiejkolwiek alternatywy. Zakres podmiotowy projektu jest znacznie szerszy niż postawiona diagnoza Zakres podmiotowy przepisów wyznacza definicja osoby wykonującej zawód medyczny, której drugi człon obejmuje każdą osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie. Nie wymaga on odrębnej ustawy zawodowej, przynależności do samorządu ani prawa wykonywania zawodu. Objęci projektem są zatem, obok lekarzy psychiatrów, także certyfikowani psychoterapeuci, psycholodzy i psycholodzy kliniczni, specjaliści psychoterapii uzależnień oraz terapeuci środowiskowi, czyli grupy stanowiące w tym obszarze większość kadry. Ocena Skutków Regulacji nie zawiera ani oszacowania liczby osób objętych w podziale na zawody, ani analizy skutków dla zawodów innych niż lekarski, mimo że to właśnie w tych grupach udział zaangażowania ułamkowego i umów cywilnoprawnych jest najwyższy w całym systemie ochrony zdrowia. Postulat. albo zawęzić zakres podmiotowy przepisów o limitach do grupy zawodowej opisanej w diagnozie, albo przedstawić w Ocenie Skutków Regulacji analizę skutków dla każdej z grup faktycznie objętych, wraz z oszacowaniem liczby osób i wpływu na obsadę poradni i ośrodków. Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy wpływu na dostępność świadczeń, na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień jako rodzaj świadczeń, na sektor mikroprzedsiębiorców i małych przedsiębiorców ani na koszt administracyjny po stronie świadczeniodawców. Uzasadnienie stwierdza jednocześnie, że projekt nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych i że nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych, podczas gdy ten sam dokument opisuje cykliczne przetwarzanie danych rzędu miliona osób. Twierdzenia te wzajemnie się wykluczają. Przepis. Łączny wymiar zaangażowania osoby wykonującej zawód medyczny u wszystkich zatrudniających świadczeniodawców nie może przekraczać równowartości dwóch pełnych etatów. Ograniczany jest zasób, a nie podmiot, a przesłanką zastosowania jest posiadanie przez zatrudniającego umowy z Funduszem, przy czym samo pojęcie świadczeniodawcy nie jest w ustawie powiązane z posiadaniem takiej umowy, co rodzi wątpliwość co do objęcia także działalności niefinansowanej publicznie. Mechanizm. Godziny przepracowane poza systemem publicznym wypełniają pulę dostępną na pracę w tym systemie. Osoba, która chce utrzymać dotychczasowy dochód, musi ograniczyć zaangażowanie tam, gdzie stawka jest ograniczona ustawowo, a obciążenie administracyjne i ekspozycja kontrolna są najwyższe. W każdym z tych trzech kryteriów przegrywa poradnia realizująca kontrakt publiczny. Ubytek jest zatem kierunkowy, a nie przypadkowy, i przebiega w kierunku odwrotnym do zamierzonego. Mechanizm nie zależy przy tym od motywacji: dotychczasowy model, w którym część kadry pracuje na kontrakcie publicznym z pobudek pozafinansowych, a dochód uzupełnia komercyjnie, przestaje być możliwy do utrzymania w dotychczasowej skali.	

			Skutek dla pacjenta. Skutek ma rozkład geograficzny. W dużym mieście ubytek jednego terapeuty wchłaniają pozostali. W powiecie, w którym poradnia utrzymuje kontrakt dzięki dwóm osobom dojeżdżającym na ułamkach etatu, oznacza on koniec świadczeń w tej lokalizacji. Osobno działa kolizja z reformą centrów zdrowia psychicznego: wymagana obsada modułu podstawowego jest w warunkach deficytu spełniana wyłącznie przez sumowanie ułamkowych zaangażowań wielu osób. Odrębnego rozstrzygnięcia wymagają świadczenia udzielane na odległość. Teleporada jest mechanizmem, dzięki któremu terapeuta z większego ośrodka obsługuje obszar pozbawiony kadry na miejscu. Wliczanie tych godzin do limitu ogranicza dostępność bez zysku po stronie bezpieczeństwa, ponieważ ryzyko, któremu przepis ma przeciwdziałać. Projekt przewiduje możliwość czasowego wyrażenia przez Fundusz zgody na odstąpienie od ograniczeń w razie braku personelu lub konieczności zabezpieczenia dyżurów. Mechanizm ten nie zastępuje wyłączeń ustawowych, ponieważ jest uznaniowy, nie ma określonych przesłanek, terminu rozpatrzenia ani skutku bezczynności, a obowiązuje czasowo. Podmiot planujący obsadę na kolejny kwartał nie może opierać jej na decyzji, której nie da się przewidzieć. Wyjątek dla stanu nagłego. Wyjątek dotyczący świadczeń udzielanych w stanie nagłym podczas dyżuru medycznego odnosi się do wymogu minimalnego wymiaru zaangażowania oraz do wymogu zgody, a nie do limitu łącznego wymiaru. Limit obowiązuje zatem także wobec godzin dyżurowych, w tym w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego i w zespole interwencji kryzysowej. Postulat. ograniczyć obliczanie limitu do zaangażowania u świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem oraz przesądzić to wprost w przepisie. Wprowadzić wyłączenia dla podmiotów działających na obszarach o udokumentowanym niedoborze kadry, dla świadczeń udzielanych w formie teleporady oraz dla ośrodków pierwszego poziomu opieki dla dzieci i młodzieży. Określić ustawowo przesłanki, termin rozpatrzenia i skutek bezczynności przy zgodzie Funduszu na czasowe odstąpienie od ograniczeń, a w sytuacji zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń uczynić ją obligatoryjną. Górna granica wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczeń objętych umową z Funduszem wynosi jedną dwudziestą minimalnego wynagrodzenia za pracę, czyli 240,30 zł w 2026 r. Ograniczenie nie obejmuje świadczeń finansowanych ze środków innych niż publiczne. Trzy progi miesięczne. Granice miesięczne są trzy: wymiar zaangażowania pomnożony przez ośmiokrotność minimalnego wynagrodzenia bez wynagrodzenia dodatkowego, przez dwunastokrotność z wynagrodzeniem dodatkowym oraz nie więcej niż szesnastokrotność łącznie u wszystkich świadczeniodawców. Świadczeniodawca ma zatem zapewnić zgodność umowy z wielkością zależną od wypłat dokonywanych przez inne podmioty, o których wie wyłącznie z oświadczenia. Katalog wynagrodzenia dodatkowego pomija kategorie kliniczne. Różnica między progiem ośmiokrotności a dwunastokrotności jest jedynym miejscem na wynagrodzenie dodatkowe, a katalog obejmuje zadania kierownicze, dydaktyczne, naukowe, organizacyjne, projakościowe oraz koordynację leczenia. Są to wyłącznie kategorie organizacyjne. Poza katalogiem pozostają kompetencje kliniczne, których rzadkość decyduje o dostępności: diagnostyka psychologiczna i neuropsychologiczna, psychoterapia zaburzeń osobowości, psychoterapia zaburzeń po traumie oraz psychoterapia dzieci i młodzieży. W tym obszarze oznacza to, że wyżej wynagradzana jest funkcja w strukturze niż kwalifikacja do pracy z pacjentem. Mechanizm, warstwa pierwsza. Stawki godzinowe w psychoterapii finansowanej ze środków publicznych są istotnie niższe od tego poziomu, wobec czego granica nie wiąże niemal nigdy, natomiast staje się publicznym punktem odniesienia. Jedna liczba ogłoszona w ustawie będzie	

			odczytywana nie jako maksimum, lecz jako stawka należna, a każdy podmiot płacący mniej będzie musiał uzasadniać, dlaczego płaci poniżej poziomu uznanego przez ustawodawcę za dopuszczalny. Trzy cechy tego obszaru wzmacniają mechanizm: stawka jest ustalana indywidualnie przy każdej umowie cywilnoprawnej, a nie regulaminem wynagradzania, kadra pracuje równolegle w części komercyjnej i zna poziom stawek po obu stronach, a projekt dokłada jawność warunków finansowych postępowań konkursowych oraz krajową agregację danych o wynagrodzeniach. Mechanizm, warstwa druga. Tam, gdzie granica wiąże, wiąże selektywnie. Dotyczy to kompetencji rzadkich, w których stawka odzwierciedla nie czas, lecz kwalifikację: diagnostyki psychologicznej i neuropsychologicznej, psychoterapii zaburzeń osobowości, psychoterapii zaburzeń po traumie oraz psychoterapii dzieci i młodzieży. Są to jednocześnie obszary, w których pacjent ma najmniejszą możliwość znalezienia świadczenia gdzie indziej. Przewidziane w projekcie wynagrodzenie dodatkowe za świadczenia wymagające szczególnych umiejętności jest fakultatywne i uznaniowe, wobec czego nie zabezpiecza dostępności w skali systemu. Skutek dla pacjenta. Wycena sesji przez płatnika nie jest powiązana ze wzrostem stawek personelu i nie podlega automatycznej indeksacji. Wzrost kosztu godziny przy niezmienionej wycenie oznacza ograniczenie liczby godzin kontraktowanych, a w części podmiotów rezygnację z umowy. Jednocześnie kompetencje rzadkie przechodzą do sektora komercyjnego, w którym granica nie obowiązuje. Obie warstwy nie są sprzeczne. Ta sama granica jest jednocześnie zbyt wysoka jako punkt odniesienia dla większości rynku i zbyt sztywna tam, gdzie odzwierciedla rzadką kompetencję. Wadą jest konstrukcja jednej liczby stosowanej jednakowo do wszystkich zawodów i rodzajów świadczeń, a nie wyłącznie jej wysokość. Odnotowujemy przy tym, że nie istnieją publikowane dane o rozkładzie stawek w tym obszarze, a Ocena Skutków Regulacji takiego rozkładu nie zawiera. Granicę ustalono bez przedstawienia rozkładu wielkości, którą ma regulować. Kierunek docelowy. Granica stawki godzinowej reguluje cenę czasu, a nie wartość pracy. Dopóki jednostką regulacji pozostaje godzina, żadne przesunięcie jej poziomu nie usunie obu opisanych wad naraz. Rozwiązaniem stosowanym w innych systemach jest wycena oparta na jednostkach relatywnej wartości pracy, uwzględniających złożoność, pracochłonność, natężenie i trudność, z wartością punktu ustalaną odrębnie. Kierunek ten został zgłoszony publicznie w toku obecnych konsultacji, ze wskazaniem na możliwość rozwinięcia metodyki we współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Postulat. obniżyć granicę podstawową i powiązać ją z systemem współczynników pracy znanym z przepisów o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym zamiast z minimalnym wynagrodzeniem za pracę. Potwierdzić, że do świadczeń wymagających szczególnych umiejętności zalicza się diagnostykę psychologiczną i neuropsychologiczną, psychoterapię zaburzeń osobowości, psychoterapię zaburzeń po traumie oraz psychoterapię dzieci i młodzieży, a także przesądzić, czy wynagrodzenie dodatkowe wlicza się do podniesionej granicy miesięcznej. Zrezygnować z obowiązku ujawniania warunków finansowych umów z personelem. Przed ustaleniem poziomu granicy przedstawić rozkład stawek na podstawie danych będących już w dyspozycji administracji oraz wprowadzić delegację i harmonogram opracowania metodyki wyceny opartej na relatywnej wartości pracy, nadając granicy godzinowej charakter przejściowy.	
326	NZOZ GAJA Sp. z o.o.	art. 132aa ust. 10	Proszę o rezygnację z obowiązku zawierania w umowach z medykami liczby godzin, harmonogramów czasu pracy i stawki godzinowej brutto. W zakresie działalności hospicjów domowych istnieje możliwość wykazania jedynie średniotygodniowego czasu pracy, bez wykazywania czasu dyżurów pod telefonem w miejscu zamieszkania medyka, który to czas nie	Uwaga częściowo uwzględniona Przepisy dot. zawartości umów zostały zmodyfikowane (min. usunięto wymóg harmonogramów).

			wlicza się do czasu pracy. Ponadto, z uwagi na brak możliwości ustalenia ilości i czasu trwania poszczególnych porad domowych i czasu dojazdu do pacjenta nie jest możliwe określenie stawki godzinowej brutto. 1. Medycy (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i psycholodzy) świadczący opiekę paliatywną i hospicyjną dla pacjentów w ich domach dostosowują godziny i czas pracy do preferencji pacjentów i ich rodzin oraz do liczby pacjentów pozostających aktualnie pod opieką medyka. W tej sytuacji praktycznie nie jest możliwe ustalenie i zapisanie w umowie konkretnego, godzinowego harmonogramu czasu pracy lub liczby świadczeń do realizacji. Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga podania średniotygodniowego czasu pracy uwzględniając właśnie tego typu sytuacje. Kodek Pracy – który stosujemy tu jako pewną analogię – dopuszcza stosowanie nawet rocznych okresów rozliczeniowych czasu pracy. 2. Zawarte umowy cywilnoprawne (B2B i zlecenia) operują stawką brutto pracodawcy za realizację konkretnych świadczeń uwzględniając zarówno czas realizacji świadczeń jak i czas dojazdu do miejsca zamieszkania pacjenta. Praktycznie nie jest możliwe zaplanowanie konkretnego harmonogramu czasu pracy na poszczególne dni jak i stawki godzinowej. Rozliczamy się najczęściej np. za wizytę kwalifikacyjną u pacjenta oraz realizację wizyt objętych planem opieki i wizyt interwencyjnych. Są to konkretne stawki za sprawozdawane świadczenia. Oczywiście nie stosujemy w umowach stawek procentowych (odsetek stawki NFZ). 3. Sztuczne określanie w umowach cywilnoprawnych (B2B i zlecenia) harmonogramów pracy i stawek godzinowych – wymuszane przez projektowaną ustawę – może prowadzić do uznawania tych umów przez Państwową Inspekcję Pracy za umowy mające cechy umów o pracę. Próba przejścia na umowy o pracę spowoduje drastyczne ograniczenie możliwości realizacji świadczeń i zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami w ich domach.	Nie zachodzi wskazane ryzyko związane z kontrolami PIP, skoro dookreślenie elementów umów cywilnoprawnych, bez pozbawienia ich takiego charakteru, będzie wynikać z samej ustawy.
327	NZOZ GAJA Sp. z o.o.	art. 132aa ust. 9 i 10	Proponuję zapisanie w projekcie ustawy, że operując pojęciem kwoty brutto mamy na myśli pełny koszt zatrudnienia współpracownika (brutto pracodawcy). Jest to zresztą oczywiste w kontekście konkursów na świadczenia, ponieważ w ofertach konkursowych oferenci – bez względu na preferowaną umowę (B2B lub umowa-zlecenie) są zobowiązani do stosowania kwoty brutto zleceniodawcy, ponieważ tylko tak można uzyskać porównywalność ofert dla komisji konkursowej. Uzasadnienie: Dla porównywalności stawek zawartych w poszczególnych umowach i w celu przeciwdziałania dyskryminacji określonych grup medyków z punktu widzenia zawartej umowy i limitów wynagrodzeń za pracę / świadczenie usług medycznych należy zapewnić porównywalność nakładów przeznaczanych przez świadczeniodawców na zatrudnienie poszczególnych współpracowników. Taki walor ma jedynie pełny koszt zatrudnienia pracownika, czyli kwota brutto pracodawcy zawierająca w szczególności: 1. W przypadku umowy B2B – wszelkie koszty ponoszone przez udzielającego zamówienie, ponieważ medyk sam płaci składki i podatek. 2. W przypadku umów-zleceń: a. składki społeczne pozostające po stronie zleceniodawcy (emerytalne, rentowe, wypadkowe, fundusz pracy i FGŚP), b. składki społeczne pozostające po stronie zleceniobiorcy (emerytalne, rentowe i chorobowe), c. składka zdrowotna i	Uwaga niezasadna Uzasadnione jest wprowadzenie jednej maksymalnej kwoty określającej dopuszczalna stawkę godzinową z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktów z NFZ.

			d. podatek dochodowy. 3. W przypadku umów o pracę: a. składki społeczne pozostające po stronie pracodawcy (emerytalne, rentowe, wypadkowe, Fundusz Pracy i FGŚP), b. składki społeczne pozostające po stronie pracownika (emerytalne, rentowe i chorobowe), c. składka zdrowotna, d. podatek dochodowy i e. wynagrodzenie za urlop i ewentualne zwolnienia chorobowe.	
328	NZOZ GAJA Sp. z o.o.	art. 132ab ust. 7 i 8	Proszę o zapisanie w projekcie ustawy, że limity miesięcznych wynagrodzeń medyków, o których mowa w projektowanym art. 132ab ust. 7 i 8 dotyczą wyłącznie czasu pracy i, co do zasady, nie obejmują innych kosztów, takich jak: • kosztów wykorzystania samochodu współpracownika, którym dojeżdża do pacjentów, • kosztu używania telefonu i komputera, a także • wynagrodzenia za czas dyżuru w gotowości do realizacji świadczeń w domu medyka. Uzasadnienie: 1. Z uwagi na specyfikę działalności hospicjum domowego wszyscy medycy (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i psycholodzy) dojeżdżają do pacjentów na wizyty własnymi samochodami. Jest to uzasadnione między innymi minimalizacją czasu reakcji (dotarcia do pacjenta) podczas interwencji kryzysowych, lepszym wykorzystaniem czasu przez medyków (brak konieczności pobierania samochodów służbowych z bazy) i ograniczeniem kosztów działalności, co przekłada się na wyceny świadczeń. Oczywistym jest, że umowy na świadczenia z naszymi medykami uwzględniają koszty wykorzystania własnych samochodów, a także telefonów i laptopów wykorzystywanych do kontaktu z pacjentami i prowadzenia dokumentacji medycznej. 2. Dla porównania lekarz i pielęgniarka pracujący w szpitalu nie ponoszą dodatkowych kosztów związanych z miejscem pracy. W zasadzie wszystko – nawet ubranie służbowe – zapewnia zleceniodawca. Wynagrodzenie w tym przypadku dotyczy faktycznie jedynie pracy. 3. Dyżur pod telefonem realizowany w miejscu zamieszkania medyka zgodnie z Kodeksem Pracy nie jest wliczany do czasu pracy. Oczywistym jest, że wynagrodzenie za dyżur pod telefonem dla żadnego typu umowy nie może wchodzić do ustalonego limitu wynagrodzenia.	Uwaga niezasadna Maksymalna stawka wynagrodzenia brutto powinna mieć charakter uniwersalny. Kwestia kosztów uzyskania przychodu jest zagadnieniem za zakresu przepisów podatkowych.
329	NZOZ GAJA Sp. z o.o.	Art. 3	Proszę o rezygnację z obowiązku przeprowadzania konkursu ofert na zatrudnianie medyków w placówkach niepublicznych ewentualnie pozostawiając możliwość (fakultatywność) przeprowadzenia konkursu. Dla transparentności warunków zatrudnienia wystarczy przecież publikowanie informacji o warunkach zawartych umów. Uzasadnienie: 1. Wprowadzenie obowiązku przeprowadzania konkursów ofert dotyczących zatrudnienia medyków: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i psychologów, których zadaniem będzie realizowanie świadczeń hospicjum domowego w domach pacjentów w naszym odczuciu może pogorszyć jakość opieki nad pacjentami. Obecnie właściciel podmiotu bierze odpowiedzialność za funkcjonowanie zespołów opieki paliatywnej, ponieważ ma wpływ na zatrudnianie współpracowników. Jeśli będziemy musieli ogłaszać konkursy ofert i zatrudniać	Uwaga niezasadna Podmioty, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

			osoby, które przedłożą oferty, to wpływ na jakość świadczeń realizowanych przez medyka w domu pacjenta będzie iluzoryczny. 2. Nasza placówka obejmuje opieką tereny wiejskie czterech powiatów. Staramy się pozyskiwać do współpracy medyków z terenu tych powiatów biorąc pod uwagę ich miejsce zamieszkania. Bliskość miejsca zamieszkania w stosunku do obsługiwanego terenu (gminy lub jej części) pozwala na szybki dostęp medyka do pacjenta w przypadku konieczności realizacji wizyt interwencyjnych. Redukuje również koszty dojazdu do pacjenta. W przypadku choroby lub urlopu medycy są w stanie zastępować kolegów działających na sąsiednim terenie. W sytuacji stosowania konkursów ofert taki dobór zespołów będzie praktycznie niemożliwy. 3. Przeprowadzanie konkursów – zarówno ich ogłaszanie jak i rozstrzyganie, a zapewne również przygotowywanie ofert za medyków – będzie stanowiło znaczące obciążenie dla naszej szczupłej administracji. Zapewne będzie to prowadziło do wzrostu kosztów działalności. Z przyjętego rozwiązania nie będzie jakichkolwiek korzyści dla naszej jednostki – same problemy. Z punktu widzenia Ministerstwa cel, jakim zapewne jest porównywalność warunków zatrudnienia, można osiągnąć poprzez publikowanie informacji o warunkach zawartych umów.	
330	Fundacja Zdrowie i Rozwój	Uwagi ogólne	Wskazać należy, że Projekt zawiera zmianę art. 26 oraz art. 27 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Ze względu na zaproponowane nowe brzmienie wnosimy o odstąpienie od projektowanej zmiany art. 26 ustawy działalności leczniczej w zakresie, w jakim prowadzi ona do wyłączenia możliwości udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne podmiotom leczniczym działającym w formie spółek, w zakresie w jakim uniemożliwiają one działalność podmiotów leczniczych świadczących świadczenia zdrowotne i jednocześnie zwiększających podaż kadr medycznych na rynku polskim. Jeżeli projektodawca nie zdecyduje się na całkowite odstąpienie od tej zmiany, konieczne jest co najmniej wprowadzenie wyjątku umożliwiającego zawieranie takich umów z podmiotami leczniczymi będącymi spółkami, jeżeli działalność tych podmiotów w sposób rzeczywisty i udokumentowany przyczynia się do zwiększania ilości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zasobu personelu medycznego dostępnego w Polsce. Projekt w obecnym kształcie posługuje się środkiem zbyt szerokim w stosunku do problemu, który ma rozwiązać. W celu przeciwdziałania nadużyciom związanym z czasem pracy i tworzeniem podmiotów pozornych eliminuje bowiem również legalnie i rzeczywiście działające podmioty lecznicze, które mogą pełnić istotną, pozytywną funkcję w systemie ochrony zdrowia – zwiększać podaż lekarzy. 1. Proponowane rozwiązanie abstrahuje od najważniejszego problemu systemowego – niedoboru lekarzy w Polsce Szczególnie istotne jest, że samo uzasadnienie projektowanej ustawy identyfikuje ograniczone zasoby kadrowe jako jeden z głównych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia oraz wskazuje na niską liczbę lekarzy w Polsce na tle innych państw Unii Europejskiej. Problem ten znajduje bardzo mocne potwierdzenie w opublikowanym przez Think Tank #SGH dla ochrony zdrowia raporcie „Braki kadry lekarskiej – strategia działań w różnych horyzontach czasowych”[1]. Oficjalne omówienie raportu wskazuje m.in., że problemy z zatrudnieniem lekarzy są przez zdecydowaną większość dyrektorów szpitali oceniane jako poważne lub bardzo poważne, a	Uwaga nieuwzględniona Utrzymywanie obecnego stanu prawnego (brak jawności ofert, konkursów) oraz brak niezbędnej interwencji legislacyjnej w tym zakresie naruszałby istotnie interes publiczny, w szczególności uniemożliwiałby pełną jawność wydatkowania środków publicznych. Projektowane regulacje nakładające nowe obowiązki administracyjne na podmioty lecznicze są zatem proporcjonalne, adekwatne oraz konieczne do osiągnięcia zakładanych celów.

			niedobory już powodują ograniczanie możliwości realizowania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie jednym z rekomendowanych kierunków jest wspieranie zatrudnienia lekarzy z zagranicy. W odniesieniu do zainteresowania szpitali pozyskiwaniem personelu zagranicznego raport stwierdza wprost: „87% deklaruje gotowość do zwiększania zatrudnienia" (Raport SGH, s. 4). Nie mamy więc do czynienia z marginalnym zjawiskiem, które nie ma znaczenia dla funkcjonowania systemu. Zapotrzebowanie placówek na lekarzy spoza Polski jest realne i bardzo wysokie. Dyrektorzy szpitali potrzebują instrumentów pozwalających im skutecznie pozyskiwać personel, a nie regulacji zmniejszających liczbę podmiotów zdolnych taki proces profesjonalnie zorganizować 2. Lekarze z zagranicy stanowią realne zwiększenie podaży personelu medycznego Szczególne znaczenie ma rozróżnienie pomiędzy prostym przesuwaniem tych samych lekarzy pomiędzy polskimi placówkami a pozyskiwaniem do polskiego systemu osób, które wcześniej w nim nie pracowały. W pierwszym przypadku rzeczywiście może dochodzić jedynie do redystrybucji istniejącego, ograniczonego zasobu. W drugim przypadku mamy natomiast do czynienia z rzeczywistym zwiększaniem dostępnego w Polsce zasobu kadry, a w konsekwencji z realnym zwiększeniem świadczeń zdrowotnych. Skala tego zjawiska już dzisiaj jest zauważalna. Raport SGH wskazuje, że w Polsce świadczeń zdrowotnych udziela „blisko 7 tys. lekarzy z zagranicy" (Raport SGH, s. 18). Każdy prawidłowo przygotowany do pracy i posiadający wymagane uprawnienia lekarz pozyskany spoza Polski może zatem oznaczać rzeczywiste zwiększenie liczby osób zdolnych udzielać świadczeń pacjentom. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia pracy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, które dziś w znaczącej mierze borykają się z brakiem kadry, który jest pokłosiem warunków i ciężaru świadczonej pracy. Niejednokrotnie miejsce polskiego personelu lekarskiego miejsce na SOR zajmują dziś lekarze spoza Polski. W warunkach strukturalnego niedoboru personelu medycznego działalność prowadząca do zwiększenia podaży jest działalnością korzystną z perspektywy całego systemu ochrony zdrowia. Nie należy więc traktować jednakowo spółki utworzonej jedynie po to, aby formalnie pośredniczyć w świadczeniu usług przez osoby już funkcjonujące na krajowym rynku, oraz spółki, która ponosi rzeczywiste nakłady i organizuje proces adaptacji nowych lekarzy do polskiego systemu.	
331	Stowarzyszenie Jednym Tchem	Uwagi ogólne	Wpływ projektowanych zmian na dostępność personelu Specyfika domowej wentylacji mechanicznej powoduje, że część lekarzy realizujących to świadczenie łączy opiekę nad pacjentami w ich domach z pracą w szpitalach lub ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zmiana zasad wykonywania dodatkowej pracy w tych podmiotach może zatem pośrednio wpłynąć na możliwość dalszego realizowania przez nich świadczeń domowych. W przypadku ograniczenia dostępności tych lekarzy powstaje zasadnicze pytanie, w jaki sposób zostanie zapewniona ciągłość opieki i kto przejmie opiekę nad pacjentami, jeżeli obecnie zaangażowani specjaliści ograniczą wykonywanie świadczeń domowych. Zmniejszenie dostępności personelu może osłabić nadzór nad terapią oraz możliwość szybkiej interwencji w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Zwracamy przy tym uwagę, że sam projektodawca wskazuje w uzasadnieniu projektu, iż w najbliższej perspektywie czasowej nie jest możliwe zwiększenie podaży pracowników medycznych. Tym bardziej konieczne jest zatem przeanalizowanie, czy zmiana zasad wykorzystania już istniejących zasobów kadrowych nie doprowadzi do ograniczenia dostępności personelu w innych zakresach świadczeń finansowanych przez NFZ, w tym w domowej wentylacji mechanicznej. Pacjent wymagający wentylacji mechanicznej nie może czasowo zrezygnować ze świadczenia	Uwagi niezasadne Normy dot. minimalnego wymiaru zatrudnienia - ½ wymiaru - nie dotyczą świadczeń z zakresu opieki długoterminowej. Dookreślono że czas pozostawania w gotowości nie wlicza się do czasu pracy.

			W ocenie Stowarzyszenia kwestia ta ma fundamentalne znaczenie i odróżnia domową wentylację mechaniczną od wielu innych świadczeń. Pacjenci wymagający wentylacji mechanicznej nie mają możliwości czasowej rezygnacji ze świadczenia ani ograniczenia zakresu niezbędnej opieki do czasu ustabilizowania sytuacji kadrowej. Jeżeli z powodu braku odpowiedniej liczby lekarzy lub innego personelu medycznego nie będzie możliwe bezpieczne kontynuowanie opieki w warunkach domowych, system będzie musiał zapewnić pacjentowi odpowiednią opiekę w warunkach stacjonarnych - w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w ramach innej odpowiedniej formy opieki całodobowej. Konsekwencją problemu kadrowego w DWM nie będzie więc wyłącznie ograniczenie dostępności świadczenia. Może nią być przeniesienie ciężko chorych pacjentów z ich domów do systemu opieki stacjonarnej, a tym samym przesunięcie problemu kadrowego z jednego obszaru systemu do innych, które również dysponują ograniczonymi zasobami. Oznaczałoby to nie tylko istotne pogorszenie jakości życia pacjentów i ich rodzin, lecz również zwiększenie kosztów ponoszonych przez system ochrony zdrowia, dodatkowe obciążenie szpitali i placówek opieki długoterminowej oraz zajmowanie miejsc, które mogłyby służyć pacjentom rzeczywiście wymagającym leczenia stacjonarnego. Po doświadczeniach ostatnich miesięcy szczególne obawy budzi możliwość ponownego powstania sytuacji, w której pacjenci zakwalifikowani do leczenia w warunkach domowych będą zmuszeni pozostawać w szpitalach wyłącznie z powodu braku możliwości zapewnienia im personelu niezbędnego do realizacji DWM. Dlatego ryzyko ograniczenia dostępności personelu w DWM nie może być oceniane wyłącznie jako problem organizacyjny świadczeniodawców. Jego konsekwencje dotyczą bezpośrednio bezpieczeństwa pacjentów, ale również funkcjonowania i kosztów całego systemu ochrony zdrowia. Mechanizm czasowego odstąpienia od nowych wymogów. Dostrzegamy, że projektowany art. 132aa ust. 8 przewiduje możliwość czasowego odstąpienia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od części nowych wymogów dotyczących zatrudnienia w przypadku braku dostępności personelu zagrażającego ciągłości lub dostępności świadczeń. Sam fakt wprowadzenia takiego rozwiązania wskazuje, że projektodawca uwzględnia możliwość wystąpienia problemów kadrowych po wejściu w życie nowych regulacji. Mechanizm ten ma jednak charakter czasowy, jest uruchamiany na wniosek świadczeniodawcy i nie stanowi trwałego rozwiązania problemu dostępności personelu. W związku z tym prosimy o wskazanie: ▪ czy możliwość skorzystania z projektowanego art. 132aa ust. 8 będzie obejmowała świadczeniodawców realizujących domową wentylację mechaniczną; ▪ jakie kryteria będą stosowane przy ocenie takich wniosków; ▪ w jakim terminie będą one rozpatrywane; ▪ w jaki sposób zostanie zabezpieczona ciągłość świadczeń do czasu wydania rozstrzygnięcia; ▪ czy Ministerstwo przewiduje szczególne rozwiązania dla świadczeń, w których przerwanie ciągłości opieki może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta. Projektowane ograniczenia dotyczące wynagrodzeń Istotne znaczenie mają również projektowane ograniczenia dotyczące zasad ustalania i wysokości wynagrodzeń personelu medycznego. Organizacja świadczeń domowej wentylacji mechanicznej istotnie różni się od świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych. Opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych wiąże się m.in. z koniecznością pokonywania przez personel znacznych odległości pomiędzy miejscami pobytu pacjentów, pozostawania w gotowości do podejmowania niezbędnych interwencji oraz wykonywania czynności organizacyjnych wynikających ze specyfiki świadczenia realizowanego poza podmiotem leczniczym.	

			Ograniczenie możliwości wynagradzania lekarzy w sposób uwzględniający specyfikę i warunki realizacji tych świadczeń może wpłynąć na ich gotowość do podejmowania lub kontynuowania pracy w domowej wentylacji mechanicznej. Nie przesądzamy, że taki skutek nastąpi, jednak ze względu na jego potencjalne konsekwencje dla pacjentów powinien on zostać przeanalizowany przed wejściem regulacji w życie. Dodatkowe obowiązki administracyjne Kolejnym elementem wymagającym oceny są dodatkowe obowiązki administracyjne przewidziane w projekcie po stronie świadczeniodawców. Konieczność pozyskiwania, gromadzenia oraz weryfikowania informacji i oświadczeń personelu medycznego dotyczących m.in. wymiaru zatrudnienia i wysokości wynagrodzenia może wiązać się z dodatkowymi obciążeniami organizacyjnymi po stronie świadczeniodawców. W przypadku DWM, którego organizacja wymaga zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami przebywającymi w wielu różnych lokalizacjach, obciążenia te mogą mieć dodatkowe znaczenie. Zasadne jest zatem uwzględnienie w Ocenie Skutków Regulacji również kosztów i obciążeń administracyjnych związanych z wdrożeniem nowych wymogów przez świadczeniodawców DWM oraz ich potencjalnego wpływu na organizację i ciągłość świadczeń.	
332	Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej	Uwagi ogólne	Z perspektywy podmiotu leczniczego projektowane rozwiązania należy ocenić jako istotnie ingerujące w sposób organizacji udzielania świadczeń, politykę kadrową oraz gospodarkę finansową szpitala. Kierunek zmian, polegający na zwiększeniu odpowiedzialności świadczeniodawcy za organizację pracy personelu, zapewnienie ciągłości świadczeń i racjonalizację kosztów, jest co do zasady zrozumiały. Jednocześnie część proponowanych regulacji może w praktyce doprowadzić do skutków odwrotnych od zakładanych, jeżeli nie zostaną uwzględnione realia funkcjonowania szpitali, w szczególności niedobór lekarzy i pielęgniarek w określonych specjalnościach, konieczność zabezpieczenia dyżurów oraz konkurencję pomiędzy podmiotami leczniczymi o ograniczone zasoby kadrowe. Szczególnej analizy wymagają rozwiązania, które nakładają na kierownika podmiotu leczniczego bezpośrednią odpowiedzialność za przestrzeganie limitów czasu pracy i wynagrodzeń, przy jednoczesnym braku pełnej kontroli nad aktywnością zawodową pracowników poza szpitalem. 2. Ograniczenie łącznego czasu pracy Projekt zakłada maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich świadczeniodawców na poziomie odpowiadającym dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy. Rozwiązanie to wymaga doprecyzowania mechanizmu kontroli rzeczywistego czasu pracy pracownika u wszystkich podmiotów. Nie jest wystarczające nałożenie odpowiedzialności na kierownika szpitala, jeżeli dyrektor nie posiada skutecznego i bieżącego narzędzia pozwalającego zweryfikować wszystkie miejsca zatrudnienia i faktyczny harmonogram pracy lekarza lub innego pracownika medycznego. Postulat: odpowiedzialność za przekroczenie limitu powinna być rozłożona pomiędzy wszystkie podmioty uczestniczące w zatrudnieniu pracownika, a pracownik powinien mieć ustawowy obowiązek składania aktualnego oświadczenia o wszystkich miejscach wykonywania pracy i wymiarze tej pracy. Dane powinny być możliwe do zweryfikowania w jednym, centralnym systemie. 3. Obowiązek zatrudnienia co najmniej na 1/2 etatu Projekt przewiduje obowiązek zatrudniania określonych pracowników medycznych przez świadczeniodawcę posiadającego kontrakt na leczenie szpitalne co najmniej w wymiarze 1/2 etatu. Rozwiązanie to może być szczególnie trudne dla szpitali, które korzystają z lekarzy specjalistów pracujących w kilku podmiotach. Dotyczy to zwłaszcza specjalności deficytowych.	Uwagi częściowo uwzględnione Przepisy dot. wydawania zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy zostały doprecyzowane. Wydłużono vacatio legis do 30 dni. Ponadto w przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			Wymóg formalnego zwiększenia wymiaru zatrudnienia nie spowoduje automatycznie zwiększenia dostępności lekarzy na rynku. Może natomiast doprowadzić do sytuacji, w której lekarz zrezygnuje z pracy w danym szpitalu, ponieważ nie będzie zainteresowany zwiększeniem wymiaru zatrudnienia. Postulat: należy przewidzieć możliwość odstąpienia od wymogu 1/2 etatu nie tylko w przypadkach określonych przez NFZ, ale również w sytuacji udokumentowanego braku możliwości pozyskania pracownika na wymaganym rynku lokalnym. 4. Zgoda podstawowego świadczeniodawcy Projekt przewiduje, że zatrudnienie pracownika przez kolejnego świadczeniodawcę w określonych przypadkach będzie wymagało zgody pierwszego świadczeniodawcy. Należy doprecyzować, według jakich kryteriów dyrektor powinien udzielać lub odmawiać zgody. Postulat: odmowa zgody powinna być możliwa wyłącznie z obiektywnych i weryfikowalnych przyczyn, związanych przede wszystkim z koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, zabezpieczeniem dyżurów lub występowaniem rzeczywistych potrzeb kadrowych. 5. Okres przejściowy i wygaszanie umów Szczególnie istotne jest rozwiązanie przewidujące wygaśnięcie z mocy prawa, z dniem 31 grudnia 2026 r., umów niespełniających nowych wymogów. Termin ten może być niewystarczający na przeprowadzenie audytu wszystkich umów, uzgodnienie nowych warunków z personelem, przygotowanie grafików oraz zapewnienie obsady oddziałów i dyżurów. Ryzyko jest szczególnie wysokie w szpitalach, w których znaczna część kadry medycznej wykonuje świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych. Postulat: należy wydłużyć okres dostosowawczy oraz wprowadzić rozwiązanie zabezpieczające ciągłość udzielania świadczeń w przypadku braku możliwości zawarcia nowych umów z przyczyn niezależnych od szpitala. 6. Limity wynagrodzeń Projekt wprowadza maksymalne stawki godzinowe i miesięczne wynagrodzeń osób wykonujących zawody medyczne w związku z udzielaniem świadczeń finansowanych przez NFZ. Kluczowe jest, aby regulacja nie doprowadziła do odpływu najbardziej doświadczonego personelu. Szpital nie może ponosić odpowiedzialności za zapewnienie świadczeń na wymaganym poziomie, jeżeli jednocześnie ustawodawca ogranicza mu możliwość kształtowania wynagrodzeń adekwatnie do lokalnej sytuacji kadrowej. Postulat: limity powinny uwzględniać różnice pomiędzy specjalnościami, regionami oraz poziomem referencyjnym szpitala. Powinna również istnieć możliwość czasowego przekroczenia limitu w przypadku udokumentowanego deficytu kadrowego, za zgodą właściwego organu. 7. Odpowiedzialność kierownika podmiotu leczniczego Projekt przewiduje sankcję w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego za naruszenie ograniczeń dotyczących zatrudnienia i wynagrodzeń. Rozwiązanie to budzi poważne zastrzeżenia z punktu widzenia zarządzania szpitalem. Dyrektor powinien odpowiadać za działania pozostające w zakresie jego rzeczywistej kontroli. Jeżeli przepisy uzależniają odpowiedzialność dyrektora od informacji dotyczących aktywności zawodowej pracownika u innych świadczeniodawców, konieczne jest stworzenie skutecznego mechanizmu pozyskiwania i weryfikowania tych informacji. Postulat: odpowiedzialność kierownika powinna być ograniczona do przypadków zawinionego naruszenia przepisów, przy uwzględnieniu należytej staranności oraz możliwości wykazania, że podmiot leczniczy posiadał i stosował procedury kontroli.	

			8. Obowiązki dokumentacyjne i kontrolne Projekt przewiduje szczegółowe wymagania dotyczące treści umów, w tym rodzaju i liczby zadań, stawki godzinowej, a w przypadku umów cywilnoprawnych także liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń. Z perspektywy szpitala oznacza to znaczący wzrost obowiązków administracyjnych i konieczność przebudowy systemów kadrowych, płacowych oraz ewidencji czasu pracy. Należy zapewnić odpowiedni okres vacatio legis oraz jednolite wzory dokumentów i interpretacje przepisów. 9. Rozszerzenie uprawnień kontrolnych NFZ Projekt przewiduje istotne zwiększenie możliwości kontrolnych NFZ, w tym pozyskiwanie informacji od podmiotów komercyjnych oraz szerszy dostęp do dokumentacji i wyjaśnień. Należy pozytywnie ocenić dążenie do ujednolicenia i zwiększenia skuteczności kontroli, jednak równocześnie konieczne jest zagwarantowanie proporcjonalności czynności kontrolnych i ograniczenie obciążeń administracyjnych po stronie szpitala. Szczególnego doprecyzowania wymaga zakres informacji, które NFZ będzie mógł pozyskiwać, sposób ich zabezpieczenia oraz odpowiedzialność za ich wykorzystanie. 10. Rachunek kosztów i przekazywanie danych Projekt zakłada weryfikację przez Agencję prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów, a także cykliczne przekazywanie danych dotyczących kosztów osobowych. Rozwiązanie może poprawić transparentność finansowania, ale wymaga zapewnienia jednolitych standardów raportowania i odpowiednich narzędzi informatycznych. Należy również uwzględnić koszt dostosowania systemów finansowo-księgowych i kadrowych po stronie świadczeniodawców. Postulat: przed wejściem w życie obowiązków należy udostępnić świadczeniodawcom jednolite wytyczne, słowniki danych, formaty raportów oraz środowisko testowe umożliwiające sprawdzenie poprawności przekazywanych danych. 11. Najważniejszy postulat – ochrona ciągłości świadczeń Podstawowym kryterium oceny proponowanych rozwiązań powinno być bezpieczeństwo pacjenta i możliwość nieprzerwanego zabezpieczenia świadczeń. Projekt słusznie wskazuje bezpieczeństwo pacjentów i ciągłość opieki jako jeden z celów regulacji. Jednocześnie mechanizmy ograniczające zatrudnienie i wynagrodzenia mogą w określonych warunkach zwiększyć ryzyko braków kadrowych. Dlatego postulowane jest wprowadzenie zasady, zgodnie z którą w przypadku wystąpienia rzeczywistego zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń dyrektor szpitala, po spełnieniu określonych ustawowo warunków, będzie mógł czasowo zastosować rozwiązania odstępne od standardowych limitów.	
333	Business Centre Club	132aa i art. 132ab	Business Centre Club wnosi o wyłączenie świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego spod zakresu zastosowania projektowanych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projektowanych zmian art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 4 projektu. Stanowisko BCC nie kwestionuje celów projektodawcy. Ograniczenie fikcyjnego wykazywania dostępności personelu, zapewnienie ciągłości opieki oraz racjonalizacja wydatków publicznych znajdują pełne uzasadnienie systemowe. Należy jednak zauważyć, że instrumenty przyjęte w projekcie zostały zaprojektowane dla lecznictwa szpitalnego i przeniesione na stomatologię bez analizy	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

			odrębności tego segmentu. W leczeniu stomatologicznym przepisy te nie realizują żadnego z deklarowanych celów, a wywołują skutki przeciwne do zamierzonych: obniżają dostępność świadczeń publicznych, przenoszą koszty do droższego lecznictwa zamkniętego oraz przyspieszają odpływ świadczeniodawców, postępujący nieprzerwanie od 2019 r. Waga fiskalna sprawy pozostaje przy tym marginalna. Leczenie stomatologiczne odpowiada za 2,4% nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia - 4,4 mld zł wobec 183,6 mld zł ogółem w 2025 r. Wyłączenie tego segmentu nie narusza konstrukcji reformy ani jej efektu budżetowego; objęcie go regulacją nie przyniesie natomiast oszczędności, a wygeneruje koszty i ryzyka wskazane w dalszej części stanowiska. Stomatologia publiczna jest segmentem kurczącym się, nie ekspansywnym. Projekt odnosi się do zjawiska nadmiernej kumulacji zaangażowań oraz presji płacowej wywieranej na publicznego płatnika. W leczeniu stomatologicznym problem ma jednak kierunek przeciwny - sektor publiczny od lat traci wykonawców. Liczba świadczeniodawców posiadających umowę na leczenie stomatologiczne spadła z 7 018 w 2019 r. do 5 459 w 2023 r., to jest o 22,2%; w latach 2024–2025 ubyło kolejne 4%, a w 2026 r. dalsze 2,65%, co daje spadek o około 28% w ciągu siedmiu lat. Współpracę z Funduszem utrzymuje obecnie w przybliżeniu co trzeci lekarz dentysta. Udział stomatologii w nakładach Funduszu, mimo nominalnego wzrostu kwot, pozostaje na poziomie ułamka wartości historycznych: 4,2% w 2008 r., 3,7% w 2009 r., 2,06% w 2024 r. i 2,4% w 2025 r. W projekcie planu finansowego na 2026 r. na leczenie stomatologiczne przewidziano 4,1 mld zł wobec 100,1 mld zł na leczenie szpitalne. Równolegle sektor prywatny wchłonął większość popytu: na świadczenia refundowane przez Fundusz przypada jedynie około 20% wartości rynku usług stomatologicznych w Polsce, a leczenie próchnicy u dzieci w ramach Funduszu obejmuje 28% przypadków. Regulacja skierowana do rynku pracy, na którym publiczny płatnik jest podmiotem dominującym, zostaje zatem zastosowana do segmentu, w którym odpowiada on zaledwie za jedną piątą obrotu. Okoliczność ta stanowi źródło wszystkich dalszych zastrzeżeń.	
334		Uwagi ogólne	Deficyt kadr specjalistycznych wymusza pracę wielomiejscową, którą projekt uniemożliwia Struktura kadr specjalistycznych jest skrajnie nierównomierna. Na koniec 2025 r. specjalizację w stomatologii zachowawczej z endodoncją posiadało 10 857 lekarzy dentystów, a w periodontologii — jedynie 623 (proporcja ok. 17:1). Czynnych periodontologów jest w skali kraju około pięciuset, skupionych w przeważającej mierze w ośrodkach akademickich; istnieją województwa i duże miasta, w których nie działa ani jeden periodontolog współpracujący z Funduszem. Przy tak nielicznej kadrze pokrycie zapotrzebowania na świadczenia specjalistyczne jest fizycznie możliwe wyłącznie wtedy, gdy jeden specjalista udziela świadczeń w kilku podmiotach, w każdym w niewielkim wymiarze. Rozproszone, kilkugodzinne zaangażowanie tego samego specjalisty w wielu placówkach nie stanowi patologii, lecz jedyny dostępny sposób zapewnienia dostępu do świadczeń deficytowych poza największymi ośrodkami. Projektowane przepisy uderzają dokładnie w ten model. Limit łącznego zaangażowania liczony „u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców", wymóg minimalnego wymiaru zatrudnienia (art. 132aa ust. 3) oraz uzależnienie podjęcia pracy u kolejnego świadczeniodawcy od zgody kierownika dotychczasowego podmiotu (art. 132aa ust. 6) w praktyce eliminują możliwość rozproszonego zatrudnienia specjalistów. Skutkiem nie będzie skoncentrowanie kadry w jednym miejscu, lecz zamknięcie dostępu do świadczeń specjalistycznych w mniejszych ośrodkach i pogłębienie istniejących „białych plam". Mechanizm wynagradzania jest nieadekwatny, a wynikająca z niego oszczędność - pozorna	Uwaga niezasadna j.w.

			Projektowany art. 132aa ust. 9 pkt 2 nakazuje określać w umowie stawkę godzinową brutto, a art. 132ab ust. 11 zakazuje ustalania wynagrodzenia jako stawki procentowej przychodów świadczeniodawcy z Funduszu. Obie normy pozostają w stomatologii niespójne z konstrukcją samego świadczenia. Stomatologia jest dziedziną ściśle zabiegową opierającą się na pojedynczych procedurach medycznych. Jednostką rozliczeniową z Funduszem jest wykonane i udokumentowane świadczenie, nie zaś czas pracy lekarza. Płatnik publiczny nie finansuje godzin - finansuje wykonanie wypełnienia ubytku próchnicowego, ekstrakcję zęba, opracowanie kanału korzeniowego czy wykonania konsultacji specjalistycznej. Wynagrodzenie wykonawcy powiązane z wartością wykonanych świadczeń wiernie odwzorowuje sposób, w jaki Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza świadczeniodawcę, co stanowi standard zarówno w kontraktach publicznych, jak i w sektorze komercyjnym – zatwierdzony również w analizach AOTMiT, na podstawie których została ustalona wartość wykonywanych procedur medycznych. Zastąpienie tego modelu stawką godzinową zrywa związek między wynagrodzeniem wykonawcy a przychodem podmiotu leczniczego. Prowadzi to do rozwiązania ekonomicznie niespójnego, skutkującego w praktyce ograniczeniem liczby świadczeń realizowanych w jednostce czasu. Należy również podkreślić, że argument o bodźcach ilościowych, uzasadniający zakaz z art. 132ab ust. 11, ma w stomatologii ograniczone zastosowanie. Ryzyko nadużyć jest skutecznie minimalizowane przez istniejące narzędzia kontrolne płatnika, ponieważ procedura stomatologiczna jest jednoznacznie udokumentowana i pozostawia trwały ślad kliniczny. Stawka godzinowa daje oszczędność pozorną, a jej realnym skutkiem jest spadek dostępności Ograniczenie ceny czasu pracy stanowi oszczędność wyłącznie w ujęciu jednostkowym. W ujęciu systemowym tańsza godzina pracy lekarza dentysty oznacza mniejszą liczbę pacjentów przyjętych w tym samym czasie, ustaje bowiem bodziec do efektywnego wykorzystania czasu pracy. Warto zauważyć, że obniżenie ceny godziny pracy lekarza, choć łatwe do przedstawienia jako sukces w racjonalizacji wydatków, a dla pacjenta oznacza dłuższą kolejkę i mniejszą liczbę zrealizowanych procedur. Ocena skuteczności regulacji powinna być prowadzona w oparciu o mierniki odnoszące się do pacjenta - liczbę wykonanych świadczeń i czas oczekiwania - nie zaś poprzez mierniki wykonania samej restrykcji. Nieproporcjonalność limitu w warunkach w pełni rozwiniętego rynku prywatnego Maksymalna stawka godzinowa wynosi 1/20 minimalnego wynagrodzenia, czyli 240,30 zł brutto w 2026 r. Miernik ten został zaczerpnięty z ustawy regulującej wynagrodzenie pracy najprostszej i nie ma żadnego związku z rynkiem pracy wykwalifikowanego lekarza dentysty ani ze strukturą kosztów procedury stomatologicznej. Przy współpracy w formule gospodarczej kwota ta obejmuje po stronie wykonawcy także składki, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i część kosztów wykonania świadczenia — nie jest zatem dochodem lekarza, lecz przychodem brutto godziny fotela. Istota problemu leży jednak gdzie indziej. W stomatologii koszt wyjścia z systemu publicznego jest bliski zeru. W lecznictwie szpitalnym rezygnacja z pracy dla publicznego płatnika wymaga infrastruktury, której alternatywnie w większości przypadków nie ma — prywatnych oddziałów, bloków operacyjnych, zaplecza diagnostycznego. W stomatologii infrastruktura alternatywna to ten sam gabinet, ten sam unit i ten sam zespół; zmiana polega wyłącznie na przyjęciu w tej samej godzinie pacjenta komercyjnego zamiast pacjenta z umowy z Funduszem. Decyzja o ograniczeniu aktywności publicznej nie wymaga zmiany pracodawcy, formy działalności ani miejsca pracy i może zostać podjęta z miesiąca na miesiąc.	

			Ma to dwie konsekwencje. Po pierwsze, elastyczność podaży pracy jest w tym segmencie wyższa niż w jakiejkolwiek innej dziedzinie medycyny, co czyni limit cenowy narzędziem najmniej skutecznym właśnie tam, gdzie jest stosowany. Po drugie, rynek zdolny wchłonąć uwolnione zasoby już istnieje i jest głęboki — odpowiada za ok. 80% wartości rynku usług stomatologicznych, szacowanego przez PMR na ok. 15,5 mld zł w 2024 r. Ciężar tej realokacji poniosą wyłącznie pacjenci, których nie stać na leczenie komercyjne. Sektor prywatny nie zniknie ani nie podrożeje; skurczy się część publiczna, czyli jedyna dostępna dla osób o najniższych dochodach, dla pacjentów starszych i dla dzieci z rodzin nieponoszących kosztów leczenia prywatnego. Ograniczenie mobilności anestezjologów zagraża pacjentom bez alternatywy terapeutycznej Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym wymaga udziału lekarza anestezjologa, który pracuje w tym modelu zazwyczaj w wymiarze kilkunastu godzin miesięcznie, obok pełnego etatu w szpitalu. Projektowany art. 132aa ust. 3–6, wprowadzający wymóg zaangażowania na poziomie co najmniej połowy etatu oraz zgody kierownika dotychczasowego podmiotu, faktycznie eliminuje ten model współpracy. Wnosimy o uwzględnienie, że świadczenia te nie mają alternatywy: pacjent (np. dziecko z niepełnosprawnością), który nie uzyska stomatologicznego leczenia w znieczuleniu ogólnym – zostanie przekierowany do lecznictwa szpitalnego, gdzie koszty będą znacznie wyższe. Jest to szczególnie krytyczne w świetle obowiązującego od 1 stycznia 2026 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 1), które słusznie rozszerzyło uprawnienia na dzieci niewspółpracujące i pacjentów z zaburzeniami ogólnoustrojowymi. Ograniczenie dostępu do anestezjologów zablokuje realizację tych praw w systemie publicznym. Stomatologia ambulatoryjna pełni w systemie funkcję zabezpieczającą. Ograniczenie jej dostępności nie usuwa problemu zdrowotnego, lecz przesuwa go w czasie i zmienia miejsce jego rozwiązania na droższe. Nieleczona próchnica i infekcje okołozębowe prowadzą do powikłań wymagających leczenia szpitalnego, ze stanem bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia włącznie, których koszt jednostkowy jest wielokrotnie wyższy niż koszt zaniechanej procedury ambulatoryjnej. Ten sam mechanizm dotyczy pacjentów z niepełnosprawnościami i dzieci niewspółpracujących: brak dostępu do planowego zabiegu w znieczuleniu ogólnym oznacza leczenie w trybie pilnym, w warunkach szpitalnych, z pełnym zabezpieczeniem anestezjologicznym i hospitalizacją. Proporcje planu finansowego pokazują skalę tego transferu: 4,1 mld zł przewidziano na całe leczenie stomatologiczne wobec 100,1 mld zł na leczenie szpitalne. Nawet niewielki odsetek świadczeń przeniesionych z opieki ambulatoryjnej do zamkniętej generuje po stronie płatnika koszt przewyższający jakąkolwiek oszczędność możliwą do uzyskania na wynagrodzeniach w stomatologii. Podnosimy, że Ocena Skutków Regulacji nie modeluje tego efektu. Nie przewiduje mierników liczby świadczeń, wakatów, odwołanych zabiegów, czasu oczekiwania ani zdarzeń niepożądanych, koncentrując ewaluację na wzorcach zatrudnienia. Miernik ten poprawi się również wtedy, gdy dostępność się pogorszy.	
335	Pracodawcy Zdrowia	Art. 132aa ust. 1	Projekt obejmuje POZ i pozaszpitalny AOS – mimo “szpitalnego” uzasadnienia Art. 132aa ust. 1 nie ogranicza się do personelu szpitalnego. Dotyczy każdej osoby wykonującej zawód medyczny zatrudnionej przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę z NFZ. Tak samo szeroki zakres mają art. 132aa ust. 9, art. 132ab oraz przepisy kontrolne. POZ i pozaszpitalnego AOS nie obejmuje natomiast szczególna reguła minimalnego zatrudnienia na poziomie połowy etatu ani wymóg zgody na kolejne zatrudnienie z art. 132aa ust. 3–6. Reguły te dotyczą leczenia szpitalnego oraz AOS realizowanego w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę szpitalną. Nie usuwa	Uwagi niezasadne Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby

			to jednak zagrożenia dla sektora pozaszpitalnego, które wynika przede wszystkim ze wspólnego limitu dwóch etatów, limitów wynagrodzeń, zakazu rozliczeń procentowych, wygaśnięcia umów oraz ograniczenia podwykonawstwa. Takie rozłożenie zakresu regulacji jest niespójne. Ustawodawca dostrzega specyfikę AOS przyszpitalnej przy wymogu pół etatu, lecz pomija specyfikę całego sektora ambulatoryjnego przy limitach wynagrodzeń, obowiązkach umownych, oświadczeniach i kontroli. Jest to rozróżnienie niepoparte w OSR żadnymi danymi. Limit równoważnika dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy nie przystaje do organizacji POZ oraz AOS realizowanej na warunkach określonych poniżej. (art 132 a.a.1 projektowanej ustawy) Zgodnie z przedstawionym przez inicjatorów projektu istotnym zagadnieniem, które należy rozwiązać za pomocą nowych uregulowań jest cyt. ”Jednym z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej i istotnym źródłem dysfunkcji tego systemu są ograniczone zasoby kadrowe”. Ograniczenie dostępnych zasobów poprzez uniemożliwienie wykonywania świadczeń osobom, które chcą i mogą je wykonywać stoi w całkowitej sprzeczności z założonym celem nowelizacji. W POZ oraz AOS realizowanej w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia pozaszpitalnego znaczna część lekarzy, pielęgniarek i położnych łączy zatrudnienie lub kontrakty w kilku niewielkich placówkach, szczególnie na obszarach wiejskich i w małych miastach. Nie jest to zjawisko patologiczne, lecz sposób zabezpieczenia dostępności przy niedoborze kadr i rozproszeniu populacji. Ograniczenie łącznego zaangażowania do równowartości dwóch etatów może skłonić personel do rezygnacji z najmniejszych placówek, które oferują kilka lub kilkanaście godzin pracy tygodniowo. Wprowadzone rozwiązania ograniczające dostepność wykwalifikowanych kadr nie rozwiązują podstawowego problem systemu ochrony zdrowia a jedynie go pogłębiają. W ocenie opiniującego brak jest jakichkolwiek logicznych przesłanek wskazujących na zasadność proponowanych rozwiązań. Projekt nie definiuje sposobu wyliczania „równoważnika” etatu dla kontraktów B2B, umów zadaniowych, teleporad, zastępstw, pracy o zmiennej liczbie godzin ani wynagrodzenia kapitacyjnego. Nie wiadomo też, jak traktować gotowość do udzielania świadczeń, zadania koordynatora, profilaktykę i opiekę koordynowaną. Brak tej definicji tworzy ryzyko różnej praktyki OW NFZ i odpowiedzialności kierowników placówek za okoliczności, których nie są w stanie samodzielnie zweryfikować. Limity wynagrodzeń mogą pogorszyć dostępność Jednolita maksymalna stawka godzinowa w powiązaniu ze zdiagnozowaną przez ustawodawcę niedostępnością kadr, powiązana z maksymalnym wynagrodzeniem, pomija specjalizację, doświadczenie, odpowiedzialność, lokalny deficyt kadr, pracę w godzinach nietypowych i konieczność zapewnienia zastępstw. W zdiagnozowanym przez projektodawcę ustawy systemowym braku kadr oczywistym jest bowiem, że wskazane w projekcie ustawy wynagrodzenie maksymalne, będzie w istocie wynagrodzeniem minimalnym stosowanym na rynku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo, opiniowany projekt zawiera, w ocenie opiniującego, krytyczny brak wyrażający się w nieprecyzyjnym określeniu limitów wynagrodzeń. Projekt operuje bowiem pojęciem “minimalnego wynagrodzenia”. Tymczasem w obrocie prawnym funkcjonują co najmniej dwa określenia minimalnego wynagrodzenia mogące mieć zastosowanie w opiniowanym przypadku. Są to: minimalne wynagrodzenie określone na podstawie przepisów wydanych w ramach Ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz określone w ramach Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt nie precyzuje o jakie konkretnie wynagrodzenie	bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości. Ograniczenie czasu pracy medyków do 2-krotności pełnego wymiaru jest podyktowane nadrzędnymi względami bezpieczeństwa pacjentów.

			chodzi posługując się pojęciem “minimalne wynagrodzenie” Definicji takiej nie zawiera również nowelizowana Ustawa. Ponadto opiniujący wskazuje, że ograniczona możliwość konkurowania o personel nie zwiększy podaży pracy. Może natomiast przesunąć lekarzy i pielęgniarki do sektora komercyjnego albo do podmiotów, w których mogą uzyskać wynagrodzenie dodatkowe za szerzej opisane zadania. Projekt stwarza przy tym pozorną jednolitość. Dopuszcza dodatki za zadania organizacyjne, koordynację procesu leczenia, szczególne umiejętności i ponadstandardowe obciążenie, lecz pojęć tych nie definiuje. Powstanie presja na konstruowanie rozbudowanych dodatków oraz nierówna praktyka kontrolna zamiast rzeczywistego ograniczenia kosztów. Nie da się prosto wydzielić wynagrodzenia „za świadczenia objęte umową z NFZ” W modelu kapitacyjnym POZ wynagrodzenie świadczeniodawcy nie odpowiada prostej liczbie godzin ani liczbie wykonanych procedur. Ten sam personel w tej samej zmianie może wykonywać czynności finansowane stawką kapitacyjną, świadczenia odrębnie sprawozdawane, działania profilaktyczne, zadania organizacyjne. Projekt nie określa metody przypisania czasu i wynagrodzenia do poszczególnych źródeł finansowania. Ryzyko błędnej kwalifikacji przerzucono na placówkę i jej kierownika.	
336	Pracodawcy Zdrowia	art. 132aa i 132ab	Limit dwóch etatów może pozbawić małe poradnie specjalistów Pozaszpitalny AOS opiera się w znacznej części na specjalistach pracujących równolegle w szpitalu, poradni przyszpitalnej i jednej lub kilku samodzielnych poradniach. W mniejszych podmiotach lekarz przyjmuje często kilka godzin tygodniowo albo kilka razy w miesiącu. Nie jest to fikcyjne zatrudnienie, lecz podstawowy sposób zapewnienia dostępności przy niewielkim kontrakcie i niedoborze specjalistów. Po wprowadzeniu wspólnego limitu dwóch etatów lekarz będzie musiał ograniczyć łączny wymiar zaangażowania u świadczeniodawców NFZ. Wybierze z reguły podmiot oferujący największą liczbę godzin, stabilność i możliwość uzyskania dodatków za zadania organizacyjne, koordynacyjne lub szczególne obciążenie. Mała poradnia, w której specjalista pracuje kilka godzin, znajdzie się na końcu tej hierarchii. Utrata jednego lekarza może oznaczać niespełnienie warunków umowy z NFZ, zamknięcie danego zakresu albo całej poradni. Należy przy tym precyzyjnie zaznaczyć, że zgoda kierownika szpitala z art. 132aa ust. 6 nie jest wymagana przy podejmowaniu zatrudnienia u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna poza zakładem leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę z Funduszem w rodzaju leczenie szpitalne. Ryzyko dla pozaszpitalnej poradni ma charakter pośredni, lecz realny: wynika z łącznego limitu czasu pracy i z przewagi organizacyjnej dużych podmiotów, a nie z formalnego prawa szpitala do zablokowania zatrudnienia w niezależnej poradni. Regulacja będzie sprzyjać koncentracji AOS Duży szpital lub sieć może zaoferować specjaliście pełny wymiar pracy, większą liczbę pacjentów oraz dodatkowo płatne zadania organizacyjne. Świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna poza zakładem leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę z Funduszem w rodzaju leczenie szpitalne realizująca niewielki kontrakt NFZ nie ma porównywalnych możliwości. Projekt nie tworzy więc neutralnego ograniczenia dla wszystkich świadczeniodawców, lecz mechanizm selekcyjny premiujący podmioty największe. Skutkiem może być przenoszenie kadr i kontraktów z mniejszych poradni bliżej miejsca zamieszkania pacjentów do bardziej odległych większych ośrodków szpitalnych i dużych podmiotów medycznych.	Uwaga częściowo uwzględniona W przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach. W zakresie wymogu zatrudnienia co najmniej w wymiarze ½ etatu wprowadzono możliwość zatrudnienia poniżej tego wymogu jeśli niższy wymiar wynika z umowy zawartej z NFZ. Limit ½ ponadto nie dotyczy AOS działającego poza podmiotem szpitalnym,

			Szczególnie zagrożone są małe miasta i obszary wiejskie, gdzie zamknięcie jednego zakresu AOS nie zostanie skompensowane przez innego lokalnego świadczeniodawcę. Wygaśnięcie umów może przerwać ciągłość AOS Bezwzględny rygor wygaśnięcia umów z dniem 31 grudnia 2026 r. stanowi bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. W przypadku deficytowych specjalizacji, gdzie osoba wykonująca zawód medyczny może nie zaakceptować nowych limitów lub stawek godzinowych, poradnie z dnia na dzień zostaną pozbawione personelu. Wnosimy o wprowadzenie mechanizmu, w którym – za uprzednią zgodą Dyrektora właściwego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu – możliwe byłoby kontynuowanie udzielania świadczeń na dotychczasowych zasadach przez okres 6 miesięcy, z możliwością dalszego przedłużenia tego terminu w przypadkach szczególnie uzasadnionych interesem pacjenta. Brak takiej elastyczności może doprowadzić do paraliżu opieki specjalistycznej w mniejszych placówkach. Kumulacja zmian tworzy ryzyko likwidacji poradni Każde z ograniczeń oceniane oddzielnie może wydawać się możliwe do wdrożenia. Dla małego AOS decydujące znaczenie ma jednak ich łączny skutek: utrata możliwości konkurowania stawką, ograniczenie wymiaru czasu pracy specjalisty, zakaz dotychczasowego modelu rozliczeń, konieczność przebudowy umów, ograniczenie podwykonawstwa i wzrost ryzyka kontrolnego. Poradnia, która utraci jednego kluczowego specjalistę albo nie będzie mogła ekonomicznie wykonać kontraktu, może zrezygnować z zakresu lub całkowicie zakończyć działalność finansowaną przez NFZ.	
337	Pracodawcy Zdrowia	Art. 3	Ograniczenie podwykonawstwa uderzy także w ambulatoryjne podmioty Zmiana art. 26 ustawy o działalności leczniczej zasadniczo ogranicza możliwość powierzenia świadczeń podmiotowi leczniczemu w taki sposób, aby jego personel pracował w zakładzie udzielającego zamówienia. Dopuszcza natomiast indywidualną praktykę zawodową działającą w tym zakładzie oraz podmiot leczniczy udzielający świadczeń we własnym zakładzie. Takie rozróżnienie nie zostało przekonująco uzasadnione. Dla POZ i AOS może to oznaczać konieczność rozwiązania legalnie funkcjonujących umów z grupowymi praktykami lub spółkami medycznymi zapewniającymi personel, zastępstwa albo określone zakresy świadczeń w miejscu udzielania świadczeń zamawiającego. Projekt nie wykazuje, że sama forma prawna kontrahenta wpływa na bezpieczeństwo pacjenta. Wymóg konkursu ofert dla każdego zamówienia udzielanego przez podmiot finansowany publicznie jest również nieproporcjonalny w przypadku pilnego zastępstwa lub małej wartości świadczeń.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać

				podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
338	Pracodawcy Zdrowia	Art. 61a/ ba/d	Rozszerzenie kontroli NFZ – brak granic i gwarancji Projektowany art. 61a ust. 1a pozwala kontrolować prawidłowość wykorzystania środków nie tylko względem przepisów prawa, lecz również „wymagań określonych przez Prezesa Funduszu”. Oznacza to możliwość tworzenia przez płatnika pozaustawowych kryteriów wydatkowania środków już przekazanych na podstawie umowy. W POZ, finansowanym w znacznej części stawką kapitacyjną, prowadziłoby to do faktycznego uznania, że NFZ może ingerować w wewnętrzną gospodarkę finansową przedsiębiorcy bez jasno określonej podstawy i granic. Art. 61ba nakazuje udostępnianie informacji także o świadczeniach nieobjętych umową z NFZ oraz całej dokumentacji medycznej i kadrowej wytworzonej przez podmiot. Zakres nie został ograniczony do danych niezbędnych dla konkretnej kontroli ani do informacji dotyczących personelu zgłoszonego do kontraktu. Samo ogólne odesłanie do ochrony danych osobowych nie zastępuje zasad minimalizacji, proporcjonalności, retencji i ograniczenia celu. Dodatkowe zastrzeżenia budzą: możliwość rozpoczęcia kontroli bez wcześniejszego zawiadomienia; wykonywanie czynności przez osoby niebędące kontrolerami, także na umowach cywilnoprawnych; poddanie wszystkich wyjaśnień rygorowi odpowiedzialności karnej; dostęp osób bez kwalifikacji medycznych do dokumentacji medycznej w zakresie uznanym za formalny; oraz możliwość ponownej kontroli. Łączny efekt tych zmian istotnie osłabia gwarancje kontrolowanego podmiotu. Szczególny sprzeciw budzi projektowany art. 61d ust. 5a, który umożliwia Prezesowi NFZ przeprowadzenie ponownej kontroli w zakresie już wcześniej skontrolowanym. Wprowadzenie niejasnych przesłanek takich jak „uzasadnione podejrzenie” naruszenia prawa lub „nowe okoliczności” powoduje, że świadczeniodawcy będą żyli w stanie permanentnej niepewności co do wyniku kontroli. Narusza to zasadę ne bis in idem oraz podważa zaufanie obywatela do państwa, uniemożliwiając uznanie prawomocnie zakończonego postępowania za ostateczne. Projekt przewiduje udostępnianie Prezesowi NFZ dokumentacji medycznej i kadrowej, w tym dotyczącej świadczeń komercyjnych (art. 61ba). Zgodnie z RODO i wytycznymi UODO, przetwarzanie danych wrażliwych (o zdrowiu) na dużą skalę obligatoryjnie wymaga przeprowadzenia DPIA przed wdrożeniem przepisów. Brak tej analizy na etapie legislacyjnym to istotna wada prawna projektu. Teza o braku wpływu na obszar danych osobowych w OSR jest nieprawdziwa. Projektowany art. 61ba nakazuje podmiotom udostępniać informacje o świadczeniach komercyjnych bez żadnego doprecyzowania, o jaki zakres danych chodzi. Zapis ten rażąco narusza zasadę minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c RODO) oraz zasadę ograniczenia celu. NFZ, jako dysponent środków publicznych, nie ma legitymacji do wglądu w pełną dokumentację pacjentów, którzy sami sfinansowali swoją	Uwaga niezasadna Art. 61 a - Podstawowym kryterium kontroli NFZ jest legalność. Zakres kompetencji NFZ określony jest w przepisach ustawy o świadczeniach i nie jest możliwe realizowanie kontroli poza obszarami zadań NFZ. Granice wydatkowania środków publicznych zakreśla świadczeniodawcy zawarta umowa, o której mowa projektowanym przepisie. Zauważenia wymaga że zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe okoliczności w dostateczny sposób zawężają zakres kompetencyjny NFZ. Art. 61ba - Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o

			opiekę i nie wyrazili zgody na przetwarzanie ich danych przez publicznego płatnika. Tak szerokie uprawnienie kontrolne wykracza poza cel, jakim jest „weryfikacja dostępności personelu”. W przypadku naruszenia prywatności pacjenta lub pracownika w toku kontroli NFZ (prowadzonej np. bez zawiadomienia, przez osoby na umowach cywilnoprawnych), kontrolowany podmiot nie ma zapewnionego skutecznego środka ochrony prawnej zgodnego z art. 47 Karty Praw Podstawowych UE. Rozszerzenie uprawnień kontrolnych płatnika (art. 61a) bez jednoczesnego wzmocnienia gwarancji procesowych kontrolowanego jest sprzeczne ze standardami unijnymi.	informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku. Art. 61d - Celem projektowanej regulacji jest ochrona podmiotu kontrolowanego przed pozostawieniem w obrocie prawnym skutku kontroli (wystąpienia pokontrolnego) niezgodnego z prawem, stanem faktycznym, oraz zapewnienie gwarancji procesowych do dwukrotnego merytorycznego rozpatrzenia sprawy. Projektowany art. 61d ust. 5a pkt 1-3 za możliwość uruchomienia rekontroli uważa zaistnienie w poprzedniej kontroli nieprawidłowości w samym postępowaniu (fałszywe dowody, wyjście na jaw istotnych dla sprawy okoliczności), lub wystąpieniu pokontrolnym. Projektowana regulacja ma służyć ponownemu przeprowadzaniu postępowania kontrolnego, którego nieprawidłowości tkwiły w samym postępowaniu lub wystąpieniu pokontrolnym. Jest to również gwarancja dla podmiotu kontrolowanego, że w obrocie prawnym nie pozostaną wystąpienia pokontrolne obarczone poważnymi wadami prawnymi. Inicjatywa do wszczęcia takiego postępowania może leżeć również po stronie samego podmiotu kontrolowanego w szczególności świadczeniodawcy.

339	Polskie Towarzystwo Stomatologiczne	art. 132aa i art. 132ab / art. 26 i art. 27 ustawy o dział. l.	Polskie Towarzystwo Stomatologiczne wnosi o wyłączenie świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego spod zakresu zastosowania projektowanych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projektowanych zmian art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 4 projektu, poprzez wprowadzenie wyłączenia przedmiotowego o następującej treści: „Przepisów art. 132aa i art. 132ab nie stosuje się do osób wykonujących zawód medyczny w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego.” oraz odpowiedniego wyłączenia w art. 4 projektu: „Przepisu art. 4 nie stosuje się do umów i innych aktów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego.” przy jednoczesnym pozostawieniu dotychczasowego brzmienia art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej w odniesieniu do zamówień na świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego. Wyłączenie to nie narusza konstrukcji reformy ani jej efektu budżetowego, dotyczy bowiem segmentu odpowiadającego za 2,4% nakładów płatnika. Jeżeli projektodawca nie zdecyduje się na pełne wyłączenie, wnosimy - jako rozwiązanie minimalne - o dopuszczenie wynagrodzenia powiązanego z liczbą prawidłowo wykonanych i rozliczonych procedur oraz co najmniej dwunastomiesięczny okres dostosowawczy. Przyjęte w projekcie instrumenty zaprojektowano dla lecznictwa szpitalnego i przeniesiono na stomatologię bez analizy odrębności tej dziedziny, wskutek czego nie realizują one tu żadnego z deklarowanych celów, a wywołują skutki przeciwne do zamierzonych - obniżają dostępność świadczeń publicznych i przenoszą koszty do droższego lecznictwa zamkniętego. Odrębność ta ma charakter przede wszystkim kliniczny. Efekt leczniczy w stomatologii powstaje w pojedynczej, zdefiniowanej i udokumentowanej procedurze wykonywanej przez jednego operatora - w wypełnieniu ubytku próchnicowego, ekstrakcji zęba, opracowaniu kanału korzeniowego czy konsultacji specjalistycznej - a nie w procesie ciągłym, opartym na obsadzie zmianowej i przekazywaniu pacjenta między członkami zespołu, który to proces reguluje projekt. Jednostką rozliczeniową w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia jest wykonane i udokumentowane świadczenie, a jego wartość ustalono na podstawie analiz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; wynagrodzenie wykonawcy powiązane z wartością wykonanych procedur odwzorowuje zatem sposób, w jaki płatnik sam rozlicza świadczeniodawcę, i stanowi w tej dziedzinie standard. Projektowany art. 132aa ust. 9 pkt 2, nakazujący rozliczenie według stawki godzinowej, oraz art. 132ab ust. 11, zakazujący wynagrodzenia powiązanego z wartością świadczeń, zrywają związek wynagrodzenia z efektem leczniczym i w praktyce ograniczają liczbę świadczeń wykonywanych w jednostce czasu. Argument o bodźcach ilościowych ma przy tym w stomatologii ograniczone zastosowanie, ponieważ każda procedura jest jednoznacznie udokumentowana, pozostawia trwały ślad kliniczny i podlega kontroli płatnika.	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnego czasu pracy i maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości. Wprowadzenie maksymalnej stawki godzinowej oraz zakazu ustalania wynagradzania jako udziału procentowego wartości kontraktu nie wyklucza wynagradzania medyków w zależności od efektywności ich pracy, w szczególności np. liczby wykonanych procedur.
340	Porozumienie Elektroradiologów	art. 132aa ust. 6	oceniamy negatywnie / rekomendujemy rezygnację z tego zapisu Niezrozumiałym pozostaje pod względem faktycznym, a także wątpliwym pod względem prawnym zapis o przedkładaniu zgody kierownika poprzedniego świadczeniodawcy na zatrudnienie osoby wykonującej zawód medyczny u kolejnego świadczeniodawcy. Takie rozwiązanie jawi się jako sprzeczne z art. 65 Konstytucji RP oraz art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych Społecznych i Kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 r. Dz. U 1977 nr 38 poz. 169. Wskazać ponadto należy, że brak jest jakiejkolwiek instytucji ochrony takiego pracownika przed arbitralną decyzją poprzedniego pracodawcy o odmowie udzielenia zgody na pracę u dalszego świadczeniodawcy.	Uwaga niezasadna Wymóg uzyskiwania zgody podmiotu aktualnie zatrudniającego danego medyka jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawcy, u którego dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej

				opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym.
341	Porozumienie Elektroradiologów	Art. 132aa ust. 8	Oceniamy negatywnie / rekomendujemy rezygnację z tego zapisu Wskazać w tym miejscu należy, że możliwość udzielenia w tym zakresie dyskrecjonalnej władzy administracyjnej Prezesowi NFZ jest zupełnie niezrozumiała. Z jednej strony projektodawca formułuje mechanizm ochronny i bariery dla nieograniczonej ilości miejsc świadczenia pracy przez osoby wykonujące zawody medyczne, aby następnie wprowadzić możliwość stosowania wyjątków w sposób zupełnie arbitralny przez Prezesa NFZ. Takie rozwiązanie ostatecznie spowoduje, że sytuacja zatrudnienia w wielu miejscach zostanie utrzymana na dotychczasowym poziomie.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis został doprecyzowany. W szczególnie uzasadnionych sytuacjach zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i dostępu do świadczeń konieczne jest wdrożenie rozwiązania umożliwienia czasowego odstąpienia od przyjętych limitów czasu zatrudnienia
342	Porozumienie Elektroradiologów	Art. 132aa ust. 9	oceniamy negatywnie / rekomendujemy zmianę tego zapisu. Nie sposób wyobrazić sobie realizacji tego zapisu w ramach umowy o pracę. Zapis powodowałby, że wynagrodzenie co miesiąc byłoby inne uzależnione od rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Rekomendujemy zmianę tego zapisu poprzez jego ograniczenie do kontraktów i umów cywilnoprawnych.	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.
343	Porozumienie Elektroradiologów	Art. 133ab ust. 1 ust. 2 i ust. 3	oceniamy negatywnie / proponujemy zmianę zapisu Jako rozwiązanie problemu kominów płacowych w służbie zdrowia proponujemy określenie maksymalnej sumarycznej liczby godzin pracy osoby wykonującej zawód medyczny u wszystkich świadczeniodawców, nie natomiast określenie maksymalnej stawki godzinowej. Podobnie niezrozumiałym pozostaje dlaczego ustawodawca z jednej strony wprowadza ograniczenie wysokości stawki, co stanowi przejaw realizacji oczekiwań społecznych, aby z drugiej strony zaproponować możliwość stosowania wyjątków w oparciu o nieczytelne kryteria przyznania wynagrodzenia dodatkowego.	Uwaga niezasadna, maksymalna sumaryczna liczba godzin nie wystarczy do ograniczenia zjawiska niekontrolowanego wzrostu wynagrodzeń w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Możliwość przyznania dodatku jest również ograniczona maksymalnym limitem miesięcznego wynagrodzenia.
344	Porozumienie Elektroradiologów	Art. 26 ust. 1	oceniamy negatywnie / postulujemy zmianę zapisu Obecnie podmiot zbiorowy może udzielać w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą (przyjmującemu zamówienie), pod warunkiem jednak posiadania przez ten podmiot wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą przy czym warunkiem uzyskania przez taki podmiot wpisu do Rejestru jest posiadanie własnego zakładu leczniczego, pomimo, że wówczas świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotu przyjmującego zamówienie (świadczeniodawcy). Należy zatem postulować zachowanie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym przez podmioty zewnętrzne w tym podmioty zbiorowe, przy czym należy postulować zwolnienie takich podmiotów z obowiązku posiadania własnego zakładu leczniczego (jako wymóg wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) w sytuacji gdy świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez pracowników tego podmiotu (osoby wykonujące zawód medyczny) wyłącznie w zakładach leczniczych zamawiającego.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników

				majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
345	Porozumienie Elektroradiologów	Art. 26 ust. 1a	oceniamy negatywnie / proponujemy doprecyzowanie zapisu Skoro ustawodawca dopuszcza jednak możliwość udzielania świadczeń przez zbiorowe podmioty zewnętrzne pod warunkiem, że świadczenia będą udzielane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie to traci sens legislacyjny udzielanie takiego zamówienia skoro świadczenia zdrowotne i tak będą wykonywane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie.	Uwaga niezasadna Już w obecnie obowiązującym stanie prawnym - wykonywanie działalności leczniczej przez więcej niż jeden podmiot leczniczy e tych samych pomieszczeniach jest dopuszczalne jedynie w przypadku świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku udzielania tych świadczeń możliwe jest współkorzystanie przez dwa albo więcej podmiotów z tych samych pomieszczeń przy zastosowaniu podziału czasowego. W przypadku świadczeń stacjonarnych i całodobowych ze względu na ich specyfikę taka możliwość nie istnieje. Jednocześnie informuję, że praktyka polegająca na udzielaniu przez jeden podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym innego podmiotu leczniczego jest niezgodna z prawem. W art. 2 ust. 1 pkt 14 ww. ustawy został zdefiniowany zakład leczniczy jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Natomiast jednym z warunków jakie obowiązany jest spełniać podmiot leczniczy, określony w art. 17 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, jest obowiązek posiadania pomieszczeń lub urządzeń spełniającego

				warunki określone w art. 22 ustawy – żeby zgodnie z ww. przepisem za ich pomocą wykonywać działalność leczniczą. Wyjątkiem od zasady wykonywania działalności za pomocą własnego zakładu leczniczego jest indywidualna praktyka zawodowa „w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem leczniczym”.
346	Unia Uzdrowisk Polskich	Uwagi ogólne	Z analizy treści zapisów projektu ustawy wynika, że przewiduje on m.in. maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich świadczeniodawców, nie prze kra czający równowartości dwóch pełnych wymiarów czasu pracy, obowiązek wskazania głównego miejsca zatrudnienia w podmiocie posiadającym umowę z NFZ oraz uzyskiwania zgody na dodatkowe zatrudnienie, a także mechanizmy ograniczające maksymalną stawkę godzinową i maksymalne miesięczne wynagrodzenie. Projekt ma obejmować zarówno zatrudnienie pracownika jak i kontraktowe, a przestrzeganie nowych regulacji ma podlegać rozszerzonemu nadzorowi i kontroli NFZ. Naszym zdaniem każde z proponowanych rozwiązań może być racjonalne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i gospodarowania środkami publicznymi na zdrowie. Problem powstaje wtedy, kiedy identyczny model/rozwiązanie zastosuje się do podmiotów o całkowicie odmiennej strukturze świadczeń, poziomie finansowania (lecznictwo uzdrowiskowe najmniej finansowany obszar), lokalizacji i możliwości przyciągnięcia personelu medycznego. Regulacje płac i czasu pracy nie działają w próżni: to zmieni zachowania pracowników na całym rynku pracy i może przesunąć deficytową kadrę pomiędzy obszarami/segmentami ochrony zdrowia. Lecznictwo uzdrowiskowe konkuruje o tę samą kadrę lekarską z silniejszymi finansowo obszarami/segmentami systemu Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują na tym samym rynku pracy „ochrony zdrowia". O lekarza specjalistę konkurują ze szpitalami, ambulatoryjną opieką specjalistyczną, podstawową opieką zdrowotną oraz z sektorem prywatnym. Jednocześnie ich przychody w części finansowanej ze środków publicznych są w wysokim stopniu zależne od wyceny świadczeń i wartości umów z NFZ. Oznacza to znacznie mniejszą możliwość reagowania na gwałtowne zmiany oczekiwań płacowych niż w podmiotach mogących przesuwać środki pomiędzy wysokowycenionymi procedurami. Wyrażamy uzasadnioną obawę, że lekarz rozważający dodatkowe miejsce pracy (w lecznictwie uzdrowiskowym), może dokonać wyboru nie tylko według stawki, ale również według możliwości rozwoju zawodowego, dostępu do nowoczesnej diagnostyki i procedur, prestiżu ośrodka, perspektywy specjalizacyjnej oraz lokalizacji. Małe miejscowości uzdrowiskowe z natury rzeczy nie zawsze mogą zaoferować warunki porównywalne z dużym szpitalem klinicznym lub rynkiem prywatnym w dużych aglomeracjach. Jeżeli dodatkowo projektodawca ograniczy swobodę łączenia miejsc pracy i nada szczególne znaczenie „głównemu" świadczeniodawcy (pracodawcy), to zakład lecznictwa uzdrowiskowego może stać się dla lekarzy miejscem zatrudnienia dalszego wyboru lub rezygnacji. Z punktu widzenia podmiotów uzdrowiskowych w warunkach niedoboru lekarzy, uzależnienie dodatkowej aktywności zawodowej lekarza od zgody głównego świadczeniodawcy wzmocni pozycję dużych szpitali i podmiotów miejskich. To te ośrodki najczęściej będą „głównym miejscem pracy", natomiast lecznictwo uzdrowiskowe ulegnie marginalizacji prawno-systemowej.	Uwagi niezasadne Brak uzasadnienia dla wprowadzania szczególnych zasad dot. czasu pracy i wynagradzania pracowników medycznych w sferze lecznictwa uzdrowiskowego. W przepisie przejściowym zawartym w art. 4 przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami med. do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawą ustawy o świadczeniach.

			W wielu zakładach model organizacyjny opiera się na łączeniu zatrudnienia lekarzy w kilku podmiotach. Nie jest to zjawisko patologiczne przy właściwym nadzorze rozliczania czasu pracy, lecz racjonalna odpowiedź na geograficzne rozproszenie świadczeniodawców i ograniczoną podaż specjalistów. Naszym zdaniem, ustawowe ograniczenie tej elastyczności bez równoczesnego stworzenia mechanizmu zabezpieczającego świadczenia w miejscowościach o trudnej dostępności kadrowej (w uzdrowiskach) może spowodować likwidację/wykluczenie świadczeń gwarantowanych z tego obszaru. Dodatkowo podnosimy, że projektowany limit wynagrodzenia paradoksalnie może podnieść oczekiwania płacowe w tzw. „słabszych" (z uwagi na finansowanie przez NFZ) segmentach. W lecznictwie uzdrowiskowym, gdzie możliwość kompensowania kosztów przychodami z wysokospecjalistycznych procedur jest niemożliwe, problem może wystąpić szybciej niż w innych rodzajach świadczeń. Ustawowa stawka maksymalna, nawet jeżeli została pomyślana jako ograniczenie wynagrodzeń skrajnie wysokich, może stać się rynkowym punktem odniesienia, skutkiem czego może być presja na wzrost stawek, a nie ich ustabilizowanie. Brak personelu medycznego (lekarza) wpływ na dostępność świadczenia gwarantowanego Kontraktowe wymogi dotyczące kwalifikacji i liczebności personelu są elementem warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Niedobór kadry może prowadzić do nie tylko do trudności organizacyjnych, ale do niemożności spełnienia warunków kontraktowych, ograniczenia liczby miejsc, czasowego wstrzymania działalności albo koniecznej rezygnacji z umowy z NFZ. Z perspektywy pacjenta konsekwencją będzie ograniczenie realnego dostępu do lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, pomimo tego, że świadczenia te formalnie pozostają w koszyku świadczeń gwarantowanych. Z uwagi na przytoczoną argumentację, ocena projektu ustawy nie może ograniczać się do oceny, czy maksymalna stawka lub maksymalny czas pracy są co do zasady właściwe. Ustawodawca powinien zbadać, czy po zmianie przepisów i reguł, system ochrony zdrowia będzie dysponował wystarczającą liczbą lekarzy, którzy mogą pracować poza dużymi ośrodkami oraz czy finansowanie świadczeń pozwoli realizować świadczenia gwarantowane w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i konkurować o kadrę medyczną. Lecznictwo uzdrowiskowe, uzdrowisko jako lokalny ekosystem gospodarczy Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (spółki uzdrowiskowe, podmioty lecznicze) w małych miejscowościach nie są wyłącznie jednym z wielu pracodawców medycznych. Podmioty, które reprezentujemy stanowią często podstawowy element lokalnego ekosystemu gospodarczego: tworzą bezpośrednio i pośrednio miejsca pracy dla personelu medycznego, rehabilitantów, pielęgniarek, pracowników administracji i obsługi, a pośrednio generują popyt na usługi hotelarskie, gastronomiczne, transportowe, handlowe i komunalne. Ograniczenie działalności leczniczej w uzdrowiskach może mieć efekt mnożnikowy wykraczający poza system ochrony zdrowia. Projektowane zmiany ustawowe powinny również uwzględniać ustawowy i konstytucyjny wymiar równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zmiany przepisów nie powinny prowadzić do sytuacji, w której dostępność do świadczeń zdrowotnych zależy faktycznie od atrakcyjności lokalizacji dla personelu medycznego. W takim razie pacjenci oraz mieszkańcy mniejszych miejscowości poniosą koszty zmian zaprojektowanych z perspektywy problów wynikających z nieprawidłowości w największych podmiotach Wnioski, uwagi i postulaty Unii Uzdrowisk Polskich 1. Uprzejmie prosimy i wnosimy, aby w ocenie skutków regulacji wyodrębnić analizę wpływu projektu na poszczególne rodzaje świadczeń gwarantowanych ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej.Analiza powinna obejmować co najmniej: liczbę lekarzy zatrudnionych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, strukturę wymiaru zatrudnienia, skalę łączenia pracy u kilku świadczeniodawców, udział kosztów personelu w kosztach NFZ, strukturę wieku lekarzy oraz	

			estymację, w kosztach nowych ograniczeń na możliwość spełnienia warunków realizacji świadczeń. 2. Przeprowadzenie analizy wpływu projektu na lecznictwo uzdrowiskowe oraz podmioty działające w małych miejscowościach uzdrowiskowych. 3. Takie ukształtowanie przepisów o głównym miejscu zatrudnienia i dodatkowym zatrudnieniu, aby nie uniemożliwiały elastycznej pracy lekarzy, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w ograniczonym wymiarze, jeżeli łączny czas pracy pozostaje bezpieczny. 4. rozważenie wyjątku albo szczególnego mechanizmu dla świadczeniodawców działających w obszarze o udokumentowanym niedoborze lekarzy, w tym w miejscowościach uzdrowiskowych. 5. Ustanowienie odpowiednio długiego okresu przejściowego oraz mechanizmu monitorowania skutków kadrowych po wejściu w życie ustawy, z możliwością szybkiej korekty regulacji. 6. Włączenie reprezentatywnych organizacji lecznictwa uzdrowiskowego i uzdrowisk do dalszych konsultacji projektu oraz do prac nad rozwiązaniami wykonawczymi i mechanizmami kompensującymi ryzyka kadrowe.	
347	NFZ	Art. 31lc ust. 3	Projektowane brzmienie art. 31lc ust. 3 rozszerza cel udostępniania danych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w tym o zadanie określone w art. 31n pkt 5 ustawy. W związku z tym wnoszę o rozważenie, czy analogiczne rozszerzenie celu nie powinno zostać wprowadzone również w art. 31lc ust. 4d, celem zachowania wewnętrznej spójności przepisu.	Uwaga niezasadna. Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 31lc ust. 4d ustawy o świadczeniach dane, o których mowa w ust. 4a i 4b, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b-5. Tym samym przedmiotowe dane mogą być również przetwarzane w celach określonych w art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach, tj. w związku z realizacją innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wskazane w art. 31lc ust. 4d cele, w jakich Agencja może przetwarzać dane określone w ust. 4a i 4b są wystarczające. Katalog celów przetwarzania danych wskazany w art. 31lc ust. 3 ustawy o świadczeniach jest szerszy niż katalog celów przetwarzania danych określony w art. 31lc ust. 4d ustawy o świadczeniach, gdyż dotyczy on szerszego zakresu danych, tj. wszystkich danych określonych w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach a nie tylko danych określonych w art. 31lc ust. 4a i 4b ustawy o świadczeniach.
348	NFZ	Art. 31lc ust. 11	Proponuję następującą zmianę brzmienia projektowanego przepisu w zakresie art. 31lc ust. 11: „11. W przypadku stwierdzenia, w wyniku weryfikacji, o której mowa w ust. 9, niewdrożenia albo nieprawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów albo w przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę danych, o których mowa w ust. 4 i 4a, w zakresie lub terminie 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	Uwaga uwzględniona

			zobowiązań dotyczących leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w programach lekowych oraz leków stosowanych w chemioterapii. 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.“ Proponowana zmiana brzmienia ma na celu wyeliminowanie wątpliwości w zakresie ustalenia wysokości kary umownej w przypadku posiadania przez świadczeniodawcę więcej niż jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w przypadku posiadania umów nieposiadających kwoty zobowiązania, tj. umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	
349	NFZ	Art. 48e	Wnoszę o rozważenie uszczegółowienia art. 48e poprzez określenie zakresu danych, które mogą być przetwarzane w związku z realizacją programu pilotażowego, wskazanie sposobu i źródeł ich pozyskiwania, trybu ich przechowywania przez Fundusz oraz podmiotów, którym mogą być udostępniane. Brak takich regulacji rodzi wątpliwości co do podstaw prawnych przetwarzania danych osobowych w ramach wykonywania przez Fundusz zadań w zakresie wdrażania, finansowania, kontroli, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego. Ponadto zgłaszam wątpliwość wymagającą rozstrzygnięcia, czy projektowany art. 61a ust. 1a – w związku z art. 48e – obejmuje swoim zakresem kontrolę prawidłowości wykorzystania środków budżetowych, dotacyjnych oraz dofinansowanych ze środków europejskich, przekazanych świadczeniodawcom realizującym programy pilotażowe, czy też zakres tej kontroli ogranicza się wyłącznie do środków przekazywanych z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie art. 48e ust. 6 proponuję następującą zmianę brzmienia: „6. Fundusz zawiera umowę o realizacji 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.“ W związku z projektowanym rozszerzeniem zakresu kontroli NFZ, zawartym w dodawanym art. 61a ust. 1a, zasadne jest uwzględnienie tego rozszerzenia również w odniesieniu do umów o realizację programu pilotażowego. Pominięcie odesłania do art. 61a ust. 1a prowadziłoby do ograniczenia zakresu kontroli realizatorów programów pilotażowych do obszarów nieobejmujących nowych kompetencji kontrolnych Prezesa Funduszu	Uwaga uwzględniona w części Doprecyzowano art. 48e ust. 6. Wskazanie szczegółowego katalogu danych lub źródeł ich pozyskiwania mogłoby mieć charakter zawężający i prowadzić do nieuzasadnionego ograniczenia możliwości przetwarzania danych niezbędnych do prawidłowej realizacji programu pilotażowego, w sytuacjach przewidzianych przepisami powszechnie obowiązującego prawa. W zakresie art. 61a ust. 1a należy wskazać, że w przepisie wyraźnie określono, że dotyczy on „wykorzystania środków publicznych przekazywanych świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w aptece z tytułu realizacji umowy”.
350	NFZ	Art. 61ba	Proponuję przywrócenie brzmienia projektowanego przepisu wypracowanego pierwotnie przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, z modyfikacją zaznaczoną poniżej wytłuszczeniem, oraz objęcie jego zakresem podmiotów leczniczych nieposiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Proponowane brzmienie: „Art. 61ba. 1. Podmioty lecznicze nieposiadające umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są obowiązane współdziałać z Prezesem Funduszu, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Funduszu informacje we wskazanym przez Prezesa NFZ 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 wytworzonej na okoliczność świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej w szczególności informacje dotyczące rozkładu czasu pracy, wytworzonej przez podmiot, o którym mowa w ust. 1. 3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, jeżeli zawierają dane osobowe, podlegają ochronie na podstawie przepisów o ochronie danych osobowych i są chronione przed dostępem do nich osób nieuprawnionych.“ Przepis w brzmieniu zaproponowanym w projekcie obejmuje podmioty lecznicze posiadające umowę z Funduszem, podczas gdy realizacja celu określonego w projektowanym art. 132aa ustawy – tj. weryfikacja łącznego wymiaru czasu pracy pracowników medycznych u wszystkich świadczeniodawców, zarówno w systemie powszechnego	Uwaga niezasadna. Należy podkreślić, że kompetencje kontrolne Funduszu są co do zasady są związane z wykonywaniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uprawnienia do pozyskiwania informacji i dokumentacji od podmiotów leczniczych, które nie pozostają z Funduszem w żadnym stosunku umownym i nie korzystają ze środków publicznych, na etapie postępowania kontrolnego byłoby działaniem nieproporcjonalnym. Wskazać należy, że możliwość pozyskania informacji i dokumentacji również od podmiotów leczniczych nieposiadających

			ubezpieczenia zdrowotnego, jak i w sektorze komercyjnym – wymaga pozyskiwania informacji i dokumentacji również od podmiotów leczniczych umowy z Funduszem nieposiadających. Projektowany przepis nie rozszerza kręgu uczestników systemu ochrony zdrowia, wobec których Fundusz może realizować postępowanie kontrolne – stwarza jedynie podstawę prawną do pozyskiwania określonych informacji. Realizacja tego obowiązku przez podmiot leczniczy nieposiadający umowy z Funduszem nie będzie rodzić negatywnych konsekwencji prawnych ani ekonomicznych dla tego podmiotu: informacje te stanowić będą podstawę ustaleń i ocen wyłącznie wobec kontrahentów NFZ. Analogiczne rozwiązanie funkcjonuje już w art. 48 ust. 7 ustawy o refundacji, przewidującym prawo Funduszu do żądania informacji i dokumentacji medycznej od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń komercyjnych, w zakresie niezbędnym do realizacji celu publicznoprawnego NFZ. Zaproponowane doprecyzowanie w ust. 2, że uprawnienie Prezesa Funduszu do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczy dokumentacji wytworzonej na okoliczność świadczeń opieki zdrowotnej, jest konieczne w celu zapobieżenia interpretacji wskazującej, że przepis dotyczy dokumentacji medycznej pracowników medycznych. Jednocześnie doprecyzowanie zakresu dokumentacji kadrowej – poprzez wskazanie, że obejmuje ona w szczególności informacje dotyczące rozkładu czasu pracy – eliminuje wątpliwości interpretacyjne co do zakresu dokumentów objętych obowiązkiem udostępnienia, z uwzględnieniem wrażliwego charakteru części danych kadrowych. Nie każdy dokument kadrowy powinien być udostępniany w toku kontroli, szczególnie że niektóre dokumenty mogą zawierać dane wrażliwe. Ponadto zakres dostępu do dokumentacji medycznej w znaczącym stopniu pokrywa się z projektowaną normą z art. 192a.	umowy z Funduszem przewiduje w art. 192a. Odnosząc się do kwestii doprecyzowania zakresu dokumentacji kadrowej – poprzez wskazanie, że obejmuje ona w szczególności informacje dotyczące rozkładu czasu pracy, może wypaczyć sens przepisu. Wskazanie w przepisie jedynie informacji dotyczących rozkładu czasu pracy może sugerować, że jest to podstawowy lub oczekiwany zakres dokumentacji podlegającej udostępnieniu, podczas gdy dla prawidłowego ustalenia stanu faktycznego niezbędne mogą być również inne dokumenty kadrowe. Ponadto rozkład czasu pracy nie zawsze odzwierciedla rzeczywisty czas wykonywania pracy lub udzielania świadczeń zdrowotnych.
351	NFZ	Art. 61g ust. 1 pkt 4	Jako rozwiązanie alternatywne wobec propozycji zawartej w projekcie, która polega na całkowitym odejściu od 7-dniowego uprzedzenia o kontroli poprzez uchylenie ust. 4–6 w art. 61g, proponuję zmianę ograniczoną wyłącznie do nadania nowego brzmienia pkt 4 w art. 61g ust. 1. Proponowane brzmienie przepisu art. 61g ust. 1 pkt 4: „4) o których mowa w art. 61a ust. 3“ Proponowana zmiana polega na odejściu od obecnej regulacji, zgodnie z którą: „4) o których mowa w art. 61a ust. 3, których uprawdopodobnione skutki finansowe wynoszą co najmniej 10 000 zł, z wyłączeniem kontroli realizacji recept otaksowanych za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia“. Z uwagi na fakt, że również recepty papierowe podlegają obecnie elektronicznemu otaksowaniu, wyjątek od wyjątku określony w pkt 4 faktycznie nie ma zastosowania w praktyce. Zmieniany przepis był tworzony w latach 2018–2019, kiedy recepty elektroniczne i elektroniczne otaksowanie były dopiero wprowadzane do systemu ochrony zdrowia. W tamtym czasie istniała rzeczywista potrzeba wyłączenia z obowiązku uprzedzenia kontroli recept otaksowanych elektronicznie, gdyż stanowiły one wówczas mniejszość. Obecnie, gdy praktycznie wszystkie recepty są otaksowywane elektronicznie, utrzymywanie tego wyłączenia jest pozbawione sensu i prowadzi jedynie do niepotrzebnego skomplikowania przepisu. Proponowana zmiana wzmocni kompetencje kontrolne Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontroli realizacji recept, nie wywołując jednocześnie kontrowersji związanych z całkowitym odejściem od uprzedzenia o kontroli w pozostałych obszarach. Jednocześnie uprości przepis i usunie zapis, który od czasu uchwalenia przestał mieć zastosowanie w praktyce, co przyczyni się do poprawy przejrzystości i zrozumiałości regulacji. Rozwiązanie to stanowi kompromis między potrzebą wzmocnienia efektywności kontroli a zachowaniem gwarancji proceduralnych dla podmiotów kontrolowanych, które w większości	Zmieniono brzmienie przepisu.
352	NFZ	Art. 61h ust. 2	Proponuję nadanie następującego brzmienia przepisowi art. 61h ust. 2: „2. W razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej, albo odmowy udziału w czynnościach wyrażonej przez kierownika lub osobę przez niego upoważnioną, dokumenty, o których	Uwaga niezasadna Odmowa udziału osób uprawnionych w czynnościach inicjacji kontroli lub oględzin

			mowa w ust. 1, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, okazuje pracownikowi podmiotu kontrolowanego, który może być uznany za osobę, o której mowa w art. 97 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2025 r. poz. 1071 i 1172), zwanego dalej »pracownikiem czynnym«, albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącemu pracownikiem Funduszu.“ Uzasadnienie do uwag dotyczących art. 61h ust. 2 i art. 61q ust. 2: Proponowane zmiany polegają na dodaniu okoliczności polegającej na odmówieniu przez osoby uprawnione w imieniu podmiotu kontrolowanego udziału w czynnościach inicjacji kontroli i przeprowadzenia oględzin. W dotychczasowym stanie prawnym wyłącznie fizyczna nieobecność kierownika lub osoby upoważnionej pozwala na wykonanie tych czynności wobec pracownika czynnego albo świadka – funkcjonariusza publicznego. W praktyce kontrolnej zdarzają się jednak sytuacje, w których kierownik lub osoba upoważniona są fizycznie obecni w podmiocie kontrolowanym, lecz odmawiają wzięcia udziału w czynnościach kontrolnych, co prowadzi do faktycznego paraliżu kontroli. Nieobecność jest pojęciem na tyle jednoznacznym, że należy uznać, iż dotyczy ona fizycznej nieobecności tych osób w podmiocie, a nie nieobecności przy czynnościach kontrolnych. Taka interpretacja prowadzi do sytuacji, w której podmiot kontrolowany może skutecznie uniemożliwić przeprowadzenie kontroli poprzez bierną odmowę współpracy, mimo fizycznej obecności osób uprawnionych do reprezentacji. W praktyce kontrolnej zachodzi konieczność zagwarantowania możliwości niezachwianej prawnie skutecznej inicjacji kontroli w przypadku odmowy współpracy przedstawiciela podmiotu kontrolowanego, ponieważ jedynie taka gwarancja pozwala na realizację zasady obiektywizmu ustaleń. Jest to szczególnie istotne w zakresie czynności dowodowej oględzin, które w przypadku utraty cechy niezwłoczności tracą swoją wiarygodność dowodową – stan faktyczny może bowiem ulec zmianie w czasie oczekiwania na współpracę ze strony podmiotu kontrolowanego, co uniemożliwi ustalenie rzeczywistego stanu rzeczy w momencie wszczęcia kontroli. Proponowane brzmienie przepisu zapobiega nadużyciom ze strony podmiotów kontrolowanych polegającym na udaremnianiu kontroli poprzez bierną odmowę współpracy i wzmacnia kompetencje kontrolne NFZ, jednocześnie zachowując gwarancje proceduralne dla podmiotów kontrolowanych poprzez wymóg obecności pracownika czynnego lub funkcjonariusza publicznego jako świadka dokonywanych czynności. Rozwiązanie to jest proporcjonalne do realizowanego celu publicznego, jakim jest zapewnienie skuteczności kontroli wykorzystania środków publicznych w systemie ochrony zdrowia	stanowi jedną z form braku współdziałania podmiotu kontrolowanego, która może być dokumentowana i uwzględniana w ramach obowiązujących przepisów, np. art. 61m. Dodanie odrębnej przesłanki prowadziłoby do nadmiernego uszczegółowiania regulacji
353	NFZ	Art. 61o ust. 4	Proponuję następującą zmianę brzmienia projektowanego przepisu – o charakterze redakcyjnym, usuwającą oczywistą omyłkę pisarską: „4. Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. 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 zeznań.“ W przepisie zastępuje się wyraz „oświadczenia“ wyrazem „wyjaśnienia“ (wytłuszczono), gdyż regulacja odnosi się do wyjaśnień składanych przez podmiot kontrolowany w toku kontroli. W samym brzmieniu pouczenia pozostawia się wyraz „oświadczenia“, użyty w znaczeniu oświadczenia wiedzy, będącego przedmiotem składanych wyjaśnień	Doprecyzowano przepis.
354	NFZ	Art. 61q ust. 2	Proponuję nadanie następującego brzmienia przepisowi art. 61q ust. 2: „2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego, a w razie ich nieobecności albo odmowy udziału w czynnościach wyrażonej przez kierownika lub osobę przez niego upoważnioną, w obecności	Uwaga niezasadna Odmowa udziału osób uprawnionych w czynnościach inicjacji kontroli lub oględzin stanowi jedną z form braku współdziałania

			pracownika czynnego albo przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącego pracownikiem Funduszu.“ Uzasadnienie dodano do pkt 6	podmiotu kontrolowanego, która może być dokumentowana i uwzględniana w ramach obowiązujących przepisów, np. art. 61m. Dodanie odrębnej przesłanki prowadziłoby do nadmiernego uszczegółowiania regulacji.
355	NFZ	Art. 107 ust. 5 pkt 8 lit. b	Proponuję następującą zmianę brzmienia projektowanego przepisu: „b) realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym: – 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 art. 132aa oraz art. 132ab, – pod względem zgodności z przepisami powszechnie obowiązującymi,“ Zmiana obejmuje dwa elementy. Po pierwsze, proponuje się zastąpienie wyrazu „w szczególności“ wyrazem „w tym“, co jest podyktowane koniecznością zachowania spójności z techniką legislacyjną stosowaną w analogicznych przepisach. Po drugie, proponuje się dodanie tiret dotyczącego monitorowania zgodności z art. 132aa oraz art. 132ab. Zadanie weryfikacji łącznego wymiaru czasu pracy pracowników medycznych oraz maksymalnej stawki godzinowej brutto wynagrodzenia, skierowane do wszystkich świadczeniodawców będących kontrahentami Funduszu, determinuje zdywersyfikowanie kompetencji między obydwoma organami NFZ: Prezesem NFZ w zakresie kontroli oraz dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie monitorowania	Uwaga niezasadna Zastąpienie zwrotu „w szczególności” zwrotem „w tym” może prowadzić do wątpliwości interpretacyjnych co do charakteru wyliczenia. Zwrot „w szczególności” jest powszechnie przyjmowany w technice prawodawczej jako wskazujący na otwarty katalog przypadków, podczas gdy użycie zwrotu „w tym” nie daje tak jednoznacznego rezultatu i może rodzić spory co do zakresu stosowania przepisu. Ponadto, przesłanka monitorowania pod względem zgodności z przepisami powszechnie obowiązującymi ma charakter szeroki i obejmuje całość obowiązującego porządku prawnego, nie jest zasadne uszczegóławianie przepisu poprzez odwoływanie się do konkretnych regulacji ustawowych. Wskazanie wybranych przepisów lub ustaw mogłoby prowadzić do wątpliwości interpretacyjnych co do zakresu monitorowania, sugerując, że obejmuje ono wyłącznie regulacje wyraźnie wymienione w przepisie. Pozostawienie ogólnego odesłania do przepisów powszechnie obowiązujących zapewnia większą elastyczność regulacji, jej spójność systemową oraz eliminuje konieczność każdorazowej nowelizacji w przypadku zmian w stanie prawnym.
356	NFZ	Art. 112 ust. 1	Proponuję nadanie art. 112 ust. 1 następującego brzmienia: „w art. 112 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 lub pracownikami świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów; 2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę.“ Proponowane brzmienie zawiera uporządkowanie pkt 1 i 2 w celu uniknięcia powtarzania regulacji. Jednocześnie wnoszę o rozważenie przywrócenia wykreślonego z art. 112 ust. 1 pkt 2 sformułowania „lub osobami współpracującymi z tymi podmiotami“. Pominięcie osób	Doprecyzowano przepis.

			współpracujących może prowadzić do nieuzasadnionego różnicowania ich sytuacji prawnej w porównaniu z pracownikami w kontekście potencjalnego konfliktu interesów – osoby współpracujące powinny być traktowane identycznie jak pracownicy w zakresie ograniczeń wynikających z tego przepisu	
357	NFZ	Art. 132aa ust. 6	Proponuję uzupełnienie art. 132aa ust. 6 o mechanizm umożliwiający udokumentowanie zaistnienia milczącej zgody kierownika podmiotu leczniczego. Proponowane brzmienie zdania ostatniego: „[…] Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza wyrażenie zgody; w tym przypadku za równoznaczne przedłożeniu zgody uznaje się złożenie oświadczenia przez tę osobę o niezajęciu stanowiska w powyżej określonym terminie przez kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 3, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę.“ W przypadku gdy kierownik podmiotu leczniczego nie zajmie stanowiska w ustawowym terminie, co zgodnie z projektowanym przepisem oznacza wyrażenie zgody (milcząca zgoda), osoba wykonująca zawód medyczny nie dysponuje żadnym dokumentem, który mogłaby przedłożyć nowemu świadczeniodawcy. Proponowane uzupełnienie eliminuje tę lukę, przyznając osobie starającej się o zatrudnienie prawo do złożenia stosownego oświadczenia, traktowanego jako równoważne zgodzie	Uwaga uwzględniona
358	NFZ	Art. 132aa ust. 7/8	PROPONOWANA ZMIANA: „7. Przepisów ust. 3–6 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. 8. W zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze Prezes Funduszu, na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na czasowe odstąpienie 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 i 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.” Uzasadnienie: Proponujemy rozważenie możliwości dodania wyjątku od wymogów zawartych w ust. 3–6 również dla grupy określonej w art. 95 ust. 1a ustawy o działalności leczniczej, tj. pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego. Personel ten może być zobowiązany do pełnienia dyżuru medycznego, a specyfika realizowanych, przez te jednostki, świadczeń opieki zdrowotnej może powodować potrzebę wydłużenia czasu pracy z uwagi na potrzebę ustabilizowania stanu zdrowia pacjenta, czy też zabezpieczenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego zadysponowanego przed zakończeniem dyżuru danej osoby personelu.	Uwaga częściowo uwzględniona
359	NFZ	Art. 132ab ust. 8	Proponuję zmianę brzmienia art. 132ab ust. 8 poprzez: – zmianę organu uprawnionego do wydawania zgody na czasowe odstąpienia od wymogów określonych w art. 132ab 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; – wyłączenie stosowania przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1691, z późn. zm.). Do podstawowych zadań NFZ należy prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu, kontraktowanie świadczeniodawców, a także monitorowanie, finansowanie i kontrolowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mając na uwadze tak określone kompetencje NFZ, zadania związane z monitorowaniem łącznego wymiaru czasu pracy osób wykonujących zawód medyczny wydaje się nie być zgodne z rolą NFZ w systemie ochrony zdrowia. Bardziej adekwatne w tym zakresie wydaje się minister właściwy do spraw zdrowia lub organy samorządów zawodowych	Uwaga częściowo uwzględniona

			poszczególnych zawodów medycznych, które sprawują nadzór nad wykonywaniem zawodów medycznych, zaś minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje również nadzór i kontrolę nad podmiotami leczniczymi. NFZ nie wykonuje żadnej z tych kompetencji. Z uwagi na okoliczność, iż projektowany przepis pośrednio reguluje prawa i obowiązki osób wykonujących zawód medyczny z wysokim prawdopodobieństwem sądy administracyjne opowiedzą się za koniecznością stosowania do jego wykonania przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. Z tego względu należy rozważyć wprowadzenie regulacji wyłączającej stosowanie przepisów procedury administracyjnej.	
360	NFZ	Art. 132ab ust. 2, 3 i 5	Proponuję następującą zmianę brzmienia art. 132ab ust. 2, 3 i 5 – uwagi o charakterze redakcyjnym i systematyzującym: „2. Świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z przysługującymi osobom, o których mowa w ust. 1, dodatkami do wynagrodzenia, ustalonymi do wysokości określonej w ustawie. Przepis ust. 8 stosuje się odpowiednio. 3. Świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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. Świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z wykonaniem przez osobę, o której mowa w ust. 1, określonych w umowie zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą pod warunkiem ich odrębnego określenia w umowie oraz odrębnego raportowania.“. Zmiana ma na celu uchylenie niepewności co do adresata normy. Rygor maksymalnej stawki godzinowej brutto wynagrodzenia powinien obowiązywać wyłącznie w obszarze kontrahentów Funduszu, ponieważ wymiar wynagrodzenia w obszarze komercyjnych świadczeń zdrowotnych będzie kształtowany w oparciu o mechanizmy wolnorynkowe.	Uwaga częściowo uwzględniona
361	NFZ	Art. 132ab ust. 9	Proponuję następującą zmianę brzmienia art. 132ab ust. 9: „9. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed zatrudnieniem oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, o nieprzekraczaniu limitów wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikających z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.“ Celem przepisu jest zapewnienie przestrzegania limitów wynagrodzenia, co zostanie osiągnięte przez oświadczenie o spełnianiu tych limitów, nie zaś przez ujawnienie konkretnych kwot wynagrodzenia. Oświadczenie o łącznych zarobkach może ujawniać zatrudniającemu podmiotowi warunki umowy zawartej przez osobę z innym, konkurencyjnym podmiotem, co nie jest ani niezbędne, ani pożądane z punktu widzenia celu regulacji	Uwaga niezasadna
362	NFZ	Art. 192a ust. 1	Proponuję następującą zmianę brzmienia art. 192a ust. 1: „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 o nieodpłatne udostępnienie dokumentacji pracowników medycznych, udzielających świadczeń zdrowotnych, obejmującej w szczególności informacje, o których mowa w	Uwaga niezasadna. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie

			art. 132aa i art. 132ab– w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.“ Projektowane brzmienie pkt 4 kieruje obowiązek udostępnienia dokumentacji pracowników medycznych wyłącznie do świadczeniodawców nieposiadających umowy z Funduszem. Tymczasem realizacja przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ zadania monitorowania umów w zakresie zgodności z art. 132aa i art. 132ab – o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 8 lit. b – wymaga uprawnienia do żądania tej dokumentacji również od świadczeniodawców umowę z Funduszem posiadających. Proponowane brzmienie pkt 4, skierowane do świadczeniodawcy bez zawężenia podmiotowego, stanowi warunek konieczny skutecznej realizacji tego zadania monitorującego.	zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.
363	NFZ	Art. 193 ust. 1 pkt 12	Proponuję następującą zmianę brzmienia art. 193 ust. 1 pkt 12: „12) będąc zobowiązanym do udostępnienia dokumentacji, zgodnie z art. 192a ust. 1 pkt 2–4, odmawia jej udostępnienia,“ Propozycja ma na celu zabezpieczenie realizacji obowiązku wyrażonego w art. 192a ust. 1 pkt 2–4 ustawy. Projektowany pkt 12 w brzmieniu zaproponowanym przez Ministerstwo odnosi się wyłącznie do art. 192a ust. 1 pkt 4, nie obejmując tym samym sankcją grzywny odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej przez świadczeniodawcę (pkt 2) ani recept przez aptekę (pkt 3). Rozszerzenie zakresu odniesienia jest szczególnie istotne wobec podmiotów udzielających świadczeń w sektorze komercyjnym, wobec których nie będą zachodziły podstawy do korzystania z mechanizmów kontraktowych.	Uwaga uwzględniona
364	NFZ	Art. 193 ust. 1 pkt 13	Proponuję przeniesienie regulacji zawartej w projektowanym art. 193 ust. 1 pkt 13 do ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jako odrębnej jednostki redakcyjnej zawierającej przepisy karne, w następującym brzmieniu: „1. Kto, będąc zobowiązanym do przekazywania do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji zgodnie z art. 56 ust. 2a, nie dopełnia tego obowiązku, podlega karze grzywny. 2. Za wykroczenia określone w ust. 1 grzywnę wymierza się w wysokości do 30 000 złotych.“ Projektowany przepis dotyczy obowiązku określonego w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia i jako taki wykracza poza zakres przedmiotowy nowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dla zachowania spójności systemu prawnego i prawidłowej systematyki przepisów karnych właściwym miejscem dla tej regulacji jest ustawa nakładająca przedmiotowy obowiązek.	Uwaga poza zakresem regulacji.
365	NFZ	Art. 3	W wyniku przeprowadzonej analizy, po wejściu w życie projektowanego przepisu, stwierdzono możliwe do wystąpienia zagrożenie związane z brakiem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń udzielanych przez nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Zidentyfikowano dużą grupę podmiotów leczniczych realizujących świadczenia NiŚOZ, głównie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), korzystających z leasingu pracowniczego. Wejście w życie procedowanych przepisów doprowadzi do sytuacji w której ok. 9% obecnych obszarów zabezpieczenia niniejszych świadczeń pozostanie bez zabezpieczenia. Zagrożenie zidentyfikowano również w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych, a także w zespołach transportu medycznego. W niniejszych świadczeniach występują duże trudności w zabezpieczeniu personelu niezbędnego do ich realizacji. Świadczeniodawcy zgłaszają, że „samodzielne” zabezpieczenie wymaganego personelu medycznego może być niemożliwe. W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o rozważenie możliwości: 1) Wyłączenia problematycznych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. głównie świadczeń	Uwaga częściowo uwzględniona W projekcie dodano odpowiednia zmianę art. 132b ustawy o świadczeniach.

			„przedszpitalnych” – ratownictwa medycznego oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z obowiązku wynikającego z art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, lub 2) wprowadzenia okresu przejściowego, np. rocznego, pozwalającego na uporządkowanie, tej grupie świadczeniodawców, zasobów kadrowych w odpowiedni sposób, poprzez wskazanie, że przepis art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w odniesieniu do umów realizowanych w rodzaju ratownictwo medyczne, podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, obowiązuje od 1 stycznia 2028 r., ewentualnie: 3) wprowadzenia, wraz z okresem przejściowym wskazanym w pkt 2), reorganizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej polegającej na zniesieniu obowiązku realizacji tego typu świadczeń przez podmioty PSZ. W związku z powyższym niezbędne byłoby wprowadzenie zmiany przepisów zawartych w art. 95l oraz art. 132b ustawy o świadczeniach i skorelowanie ich wejścia w życie z okresem przejściowym wskazanym do stosowania art. 26 ust. 1 ustawy o działalności. Wprowadzenie okresu przejściowego jest niezbędne z uwagi na czas potrzebny do podjęcia decyzji przez podmioty PSZ w zakresie kontynuacji umowy NiŚOZ, ponownego uporządkowania obszarów zabezpieczenia NiŚOZ przez oddziały wojewódzkie NFZ oraz przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia nowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na obszarach niezabezpieczonych.	
366	NFZ	Art. 95l i 132b	Propozycja zmiany art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach: Art. 95l 1. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej "systemem zabezpieczenia", zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych oraz leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Propozycja zmiany art. 132b ustawy o świadczeniach polegająca na modyfikacji ust. 1 i 1b oraz usunięciu ust. 1a Art. 132b 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 Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1. 1a. W przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitalnej izby przyjęć świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu przezświadczeniodawcę wniosku o umożliwienie udzielania tych świadczeń do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1. 1b. W przypadku świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, u których co najmniej dwie trzecie spośród realizowanych profili systemu zabezpieczenia stanowią profile dla dzieci, w umowie, o której mowa w art. 159a ust. 1, strony mogą zastrzec, że świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane wyłącznie świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia. 2. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań. 3. W przypadku konieczności zabezpieczenia dodatkowych świadczeń, o których mowa w art. 95m ust. 10 pkt 1 lit. a, na danym obszarze terytorialnym określonym w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia te mogą być udzielane również przez	Uwagi uwzględnione

			świadczeniodawcę zakwalifikowanego do systemu zabezpieczenia na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu wniosku o umożliwienie ich udzielania do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1. Przepisu części wspólnej art. 95m ust. 10 nie stosuje się.	
367	Unia Szpitali Klinicznyych	Uwagi ogólne	Projekt, ekstrapoluje oczywiste i konieczne do napiętnowania patologie na całe środowisko medyczne i system ochrony zdrowia, co jest niesprawiedliwe i populistyczne. Nie pochyla się nad podmiotami osiągającymi wysoka efektywność systemową, mierzoną stałym zwiększaniem udzielania świadczeń oraz stabilnym funkcjonowaniem ekonomicznym. Oczywiście z przyczyn społecznych, powinniśmy ustalić maksymalna wysokość wynagrodzeń pracowników czy faktur wystawianych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art.26 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 156 ze zm.). Przyjęte rozwiązanie, że kwota wynagrodzenia, miesięcznie w okresie rozliczeniowym nie mogłaby przekroczyć kwoty iloczynu 0,2 minimalnego wynagrodzenia brutto (aktualnie 4806,00 zł) razy 160 czy 300 godzin, wydaje się rozsądna. Limit ten powinien obowiązywać tylko w podmiotach leczniczych wymagających wdrożenia programu naprawczego i tylko wtedy, jeśli wystąpiła któraś z poniższych przesłanek: 1. EBITDA podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia, o którym mowa w art.26 ust.1 ustawy o działalności leczniczej, w ostatnim roku obrotowym wykazywała wartość ujemna; 2. wskaźnik szybciej płynności wynosił mniej niż 0,9 poprzednim roku obrotowym; 3. łączne koszty pracy w poprzednim roku obrotowym w podmiocie będącym: a) Szpitalem Ogólnopolskim przekraczały 55% wartości przychodów; b) Szpitalem 3 i 2 Poziomu Krajowej Sieci Szpitali przekraczały 60% wartości przychodów; c) Szpitalem 1 Poziomu Krajowej Sieci Szpitali lub innym podmiotem realizującym świadczenia, przekraczały 65% wartości przychodów. Podmioty udzielające zamówienia, o którym mowa w art.26 ust.1 ustawy o działalności leczniczej, u których nie wystąpiła żadna z przesłanek, o których mowa wyżej, powinny zostać wyłączone podmiotowo z nowych regulacji. Osoby zatrudnione na podstawie art. 92 ustawy o działalności leczniczej powinny zostać objęte limitami wysokości wynagrodzeń, z zachowaniem odrębnego mechanizmu zatrudnienia opartego o system zadaniowy. Wynika to ze specyfiki udzielania świadczeń przemiennie z prowadzeniem dydaktyki i nauki w szpitalach klinicznych. Ustalenie limitu na poziomie 16 krotności minimalnego wynagrodzenia pozwoli pozyskać i zaktywizować najlepszych ekspertów do szkolenia nowych absolwentów medycznych przy jednoczesnym zapewnieniu retencji kadry akademickiej. Nauczyciele akademiccy uczelni medycznych oraz doktoranci w uczelniach medycznych lub federacjach podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki prowadzących działalność naukową w zakresie nauk medycznych są zatrudnieni w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 89 ust. 1, albo w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 89 ust. 2 i 3: 1) w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, (art. 92 ustawy o działalności leczniczej). Ustawa wprowadza minimalny wymiar pracy medyka na poziomie ½ etatu lub jego równoważnika u kontraktowców. Taki zapis w zasadzie wyklucza możliwość zatrudnienia przez szpital specjalistów wykonujących jedynie rzadkie procedury medyczne, np. jedna operacja na miesiąc. W przypadku zatrudnienia takiego specjalisty na ½ etapu wystąpią następujące negatywne skutki: • płacenie za puste godziny (minimum 80 godzin w miesiącu) lekarzowi operującego jeden lub dwa razy w miesiącu, w tym czasie specjalista albo czeka na swój przypadek albo leczy pacjentów o mniej skomplikowanych	Uwagi częściowo uwzględnione Przepisy dot. dodatków do wynagrodzenia zostały doprecyzowane. Dookreślono, że czas pozostawania w gotowości nie wlicza się do czasu pracy Wymóg co najmniej ½ etatu - Uwaga niezasadna – wymóg uzasadniony jest koniecznością zabezpieczenia ciągłości opieki nad pacjentem i bezpieczeństwa pacjenta i zapobieżeniu rozproszeniu zatrudnienia po cząstkach etatów w różnych podmiotach. Regulacja ta ma na celu podniesienie jakości i bezpieczeństwa nad pacjentem, pozostawianym często bez opieki specjalistycznej po jedynie wykonaniu specjalistycznego zabiegu z uwagi na ograniczony wymiar zatrudnienia.

			stanach zdrowotnych, co skutkuje marnowaniem potencjału takiego specjalisty, np. transplantologa; • lekarz taki będzie mógł być zatrudniony jedynie w 4 ośrodkach – co skutkować będzie ograniczaniem dostępności do danego rodzaju procedury dla pacjentów oraz koniecznością dłuższych podróży w celu uzyskania świadczenia medycznego. Projektowane rozwiązanie prowadzić będzie do dalszego rozwarstwienia sytuacji materialnej szpitali. Część szpitali może zostać pozbawiona możliwości wykonywania wysokopłatnych procedur medycznych. W ustawie powinna być możliwość kontaktowania/zatrudniania lekarzy do konkretnej procedury medycznej, bez ustalania limitu czasu pracy i stawki godzinowej. Takie rozwiązania mogą prowadzić do odejścia specjalistów z leczenia finansowanego przez NFZ, na rzecz sektora leczenia komercyjnego, w którym brak jawności zarobków oraz limitów wynagrodzenia. Dodatkowo należy wprowadzić regulację określającą relacje płacowe między poszczególnymi grupami zawodowymi. Wprowadzając zasadę, że w podmiotach realizujących kontrakty z NFZ, łączny koszt z tytułu kosztów pracy i umów, o których mowa w art.26 ust.1 ustawy o działalności leczniczej (kontraktów) lekarzy, w danej jednostce organizacyjnej podmiotu (OKP wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, nie przekroczą 25% wartości przychodów pomniejszonych o wartość leków i materiałów wszczepialnych używanych do realizacji świadczeń objętych udzielonymi zleceniami. Projekt pomija kwestię pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń (dyżur pod telefonem), a zapisy odnoszące się do dyżuru medycznego są niejasne. W tym przypadku należy również wprowadzić dodatkowy limit wynagrodzenia, które nie może przekroczyć wartości 0,05 minimalnego wynagrodzenia brutto razy 120. Projekt niestety nie wprowadza oczekiwanego zakazu jednoczesnego udzielania świadczeń zdrowotnych komercyjnie i w systemie publicznym. To znaczy, jeśli udzielający świadczeń (kontraktowiec) wystawia faktury podmiotowi realizującemu świadczenia w ramach umów z NFZ, czyli ze środków publicznych, nie powinien udzielać świadczeń komercyjnie, czy to w ramach własnego gabinetu, czy też na rzecz innego podmiotu udzielającego komercyjnych świadczeń Bez tego typu rozwiązania nie uzyskamy transparentności ruchu chorych, mimo wprowadzenia kolejek elektronicznych. Istotnym mankamentem projektu jest brak uregulowania jakie świadczenia pieniężne, wynikające z obwiązujących w podmiocie leczniczym: Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy lub Regulaminu Wynagrodzeń, mogą lub nie mogą być wypłacane, przy wprowadzeniu miesięcznych limitów wynagrodzeń. Nie określono w projekcie wpływu nowych zapisów na indywidualne i zbiorowe stosunki pracy. W tym kontekście projekt, ograniczając stosowanie postanowień prawa wewnątrzzakładowego, narusza przepisy: • art. 59 Konstytucji RP, w zakresie prowadzenia rokowań zbiorowych; • Kodeksu pracy; • ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2026 r. poz. 549); • art. 64, art. 65 ust.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 156 ze zm.); • ustawy z dnia 5 listopada 2025 r. o układach zbiorowych pracy i porozumieniach zbiorowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1661). Proponujemy w art. 1 zmieniającym treść ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: W punkcie 22 dotyczącym treści art. 132aa: • dodać ust. 11, w brzmieniu: „11. Osoba, o której mowa w ustępie 1 zatrudniona u świadczeniodawcy, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może udzielać świadczeń komercyjnie czy to w ramach własnej działalności (gabinetu), czy też na rzecz innego podmiotu udzielającego komercyjnych świadczeń medycznych. Umowa osoby, o której mowa w ust, 1, ze świadczeniodawcą, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozwiązuje się z mocy prawa z dniem podjęcia działalności komercyjnej, o której mowa wyżej.”	

			• zmienić treść ust. 3 dodając na końcu ostatniego zdania po przecinku: „nie dotyczy to specjalistów, udzielających specjalistycznych konsultacji lub biorących udział w konsyliach albo realizujących świadczenia w ramach oddelegowania na podstawie umowy między podmiotami, które zawarły z NFZ umowy o udzielanie świadczeń.” • zmienić treść ust. 10 dodając na końcu ostatniego zdania po przecinku: „zapisy ust. 9 i 10 nie maja zastosowania do osób, o których mowa w art. 92 ustawy o działalności leczniczej.” W punkcie dotyczącym treści art. 132ab, dodać ust. 12, 13, 14, w brzmieniu: „12. Maksymalna wartość udzielonych świadczeń, związanych z pozostawaniem w gotowości do udzielania świadczeń (dyżur pod telefonem) nie może przekroczyć wartości 0,05 minimalnego wynagrodzenia brutto razy 120 godzin. Wynagrodzenia tego nie wlicza się do limitów wynikających z ustępów 7 i 8.” „13. Maksymalne wynagrodzenie osób, o których mowa w artykule 92 ustawy o działalności leczniczej, nie może przekroczyć kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia o pracę” „14. W każdej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego (OPK wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców) udzielającego świadczeń leczniczych w zakresie szpitalnym na podstawie umowy z NFZ, suma kosztów z tytułu kosztów pracy lekarzy i umów, o których mowa w art.26 ust.1 ustawy o działalności leczniczej (kontraktów lekarskich), nie może przekroczyć 25% wartości przychodów jednostki organizacyjnej, pomniejszonych o wartość leków i materiałów wszczepialnych używanych do realizacji świadczeń.”	
368	Forum Hospicjów Polskich	Art.132aa	W związku z trwającymi konsultacjami społecznymi projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Forum Hospicjów Polskich w imieniu zrzeszonych w nim pozarządowych stowarzyszeń i fundacji (60 podmiotów leczniczych) realizujących w opiekę paliatywną i hospicyjną w oparciu o nowelizowaną ustawę wnosi o dodanie w art. 132aa zapisu: „Przepisów ust. 1 i ust. 2 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej”. Jedną z proponowanych regulacji jest dodanie art. 132aa zapisu wyznaczającego maksymalny łączny wymiar czasu pracy osoby wykonującej zawód medyczny u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców do równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy / równoważnika czasu pracy. Projektowana regulacja znacząco ograniczy możliwość realizacji całodobowych świadczeń przez lekarzy i pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej zobowiązanych do zapewnienia takiej dostępności rozrządzeniem koszykowym, a co za tym idzie ograniczy ciągłość świadczeń dla pacjentów paliatywnych. Do czasu doprecyzowania, jak należy realizować całodobowy dostęp 7 dni w tygodniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę w zakładach leczniczych innych niż szpitale tj. doprecyzowania czy i jak w równoważniku i w limitach wynagrodzeń uwzględniać czas dojazdu, gotowość telefoniczną i interwencyjną oraz wizyty pozaplanowe — elementy konstytutywne świadczeń domowych - Forum wnosi o wyłączenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z wymogów określonych w ust. 1 i 2 art.132aa.	Uwaga częściowo uwzględniona Dodano przepis, zgodnie z którym do łącznego wymiaru czasu pracy nie włącza się czasu pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
369	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	art. 31la	W art. 1 w pkt 2 (w zakresie zmiany art. 31la) proponuje się dodanie po ust. 10 ust. 11 w brzmieniu: „11. W przypadku opracowywania taryfy świadczenia opieki zdrowotnej dotyczącego świadczeń	Uwaga poza zakresem regulacji.

			wykonywanych przez przedstawicieli zawodów medycznych Prezes Agencji zasięga opinii właściwego samorządu zawodowego.”. Proces taryfikacji świadczeń powinien uwzględniać wiedzę i doświadczenie samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody medyczne. W przypadku świadczeń fizjoterapeutycznych umożliwi to bardziej rzetelną ocenę rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń, organizacji pracy oraz zapotrzebowania kadrowego. Włączenie samorządów zawodowych zwiększy transparentność procesu taryfikacji i jakość przygotowywanych taryf. o W art. 1 w pkt 4 (w zakresie zmiany art. 31lc) po ust. 9 proponuje się dodać ust. 9a w brzmieniu „9a. Dane przekazywane na potrzeby taryfikacji powinny umożliwiać wyodrębnienie kosztów świadczeń fizjoterapeutycznych oraz kosztów pracy fizjoterapeutów.” Prawidłowa wycena świadczeń wymaga możliwości identyfikacji rzeczywistych kosztów poszczególnych rodzajów świadczeń. Obecny sposób agregowania kosztów nie pozwala na ocenę kosztów rehabilitacji, co może prowadzić do nieadekwatnej taryfikacji świadczeń fizjoterapeutycznych.	
370	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	art. 132aa	W art. 1 w pkt 22 (w zakresie zmiany art. 132aa) proponuje się po ust. 10 dodać ust. 11 w brzmieniu: „11. Przepisów niniejszego artykułu nie stosuje się do zatrudniania lub zawierania umów z fizjoterapeutami." Projektowany przepis wprowadza obowiązek wykonywania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w wymiarze co najmniej połowy etatu. Regulacja ta została uzasadniona potrzebą zapewnienia ciągłości leczenia oraz ograniczenia rozproszenia zatrudnienia personelu medycznego koncentrując się w uzasadnieniu na problemach w kontekście zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy. Jednocześnie projektodawca nie przedstawił analizy wpływu tej regulacji na wykonywanie innych zawodów, w tym wykonywanie zawodu fizjoterapeuty. W uzasadnieniu projektu brak jest jakiejkolwiek analizy dotyczącej organizacji świadczeń rehabilitacyjnych, sposobu zatrudniania fizjoterapeutów oraz skutków projektowanych zmian dla dostępności rehabilitacji. Stanowisko KIF znajduje potwierdzenie w danych dotyczących dostępności świadczeń rehabilitacyjnych. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na utrzymujące się długie kolejki do fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz znaczne zróżnicowanie regionalne czasu oczekiwania. W takich warunkach każda regulacja ograniczająca możliwość organizacji pracy fizjoterapeutów powinna zostać poprzedzona szczegółową analizą skutków dla dostępności świadczeń.	Uwaga niezasadna Brak uzasadnienia dla wyłączenia fizjoterapeutów spod projektowanej regulacji w sytuacji gdy zawód ten wiąże się z bezpośrednim sprawowaniem opieki nad pacjentem i procesem leczenia.
371	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	art. 132aa	W przypadku zachowania obowiązku określonego w art. 132aa alternatywnie proponujemy wprowadzenie po art. 4 art. 4a w brzmieniu: „Art. 4a Minister właściwy do spraw zdrowia dokona, w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, oceny wpływu niniejszych przepisów na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności świadczeń rehabilitacyjnych.” Uzasadnienie Projektowane rozwiązania wprowadzają istotne zmiany organizacji zatrudnienia osób wykonujących zawody medyczne. Zasadne jest ustawowe zobowiązanie do oceny skutków regulacji, zwłaszcza w zakresie dostępności świadczeń rehabilitacyjnych, gdzie nawet niewielkie ograniczenia kadrowe mogą przełożyć się na dalsze wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów. Ponadto, jak wskazano wcześniej, fizjoterapeuci są zatrudniani w różnych wymiarach czasu pracy i wprowadzenie sztywnych ograniczeń co do norm zatrudnienia (nie mniej niż pół etatu) może spowodować zmniejszeniem dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych, szczególnie w małych ośrodkach.	Uwaga niezasadna. Proces monitorowania dostępu do świadczeń jest zadaniem stałym realizowanym przez NFZ.

372	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	Art. 2	W art. 2 (w zakresie dodawanego art. 8a) proponuje się po ust. 2 dodać ust. 2a w brzmieniu: „2a. Prawo do równego traktowania obejmuje również zapewnienie równego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od miejsca zamieszkania.” Jednym z najistotniejszych przejawów nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych są znaczące różnice regionalne w dostępności rehabilitacji oraz czasach oczekiwania na świadczenia fizjoterapeutyczne. Natomiast zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP na władzach publicznych ciąży obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie Krajowej Izby Fizjoterapeutów uzupełnienie projektowanego przepisu o wskazanie świadczeń rehabilitacyjnych będzie zgodne z konstytucyjną zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podkreśli znaczenie rehabilitacji jako integralnego elementu systemu ochrony zdrowia.	Uwaga niezasadna Projektowany przepis obejmuje również świadczenia z zakresu rehabilitacji.
373	Centrum Medyczne WUM	art. 61ba	Proponowane rozwiązanie budzi zasadnicze wątpliwości z punktu widzenia konstytucyjnej zasady proporcjonalności, prawa do prywatności i autonomii informacyjnej jednostki, a także zasad przetwarzania danych osobowych. Rozszerzenie kompetencji płatnika publicznego na informacje dotyczące świadczeń finansowanych w całości ze środków prywatnych pacjentów wymaga szczególnie precyzyjnego określenia celu takiego przetwarzania oraz zakresu pozyskiwanych danych. Tymczasem projektowany przepis formułuje obowiązek podmiotów leczniczych w sposób bardzo szeroki, nie określając zakresu informacji dotyczących świadczeń nieobjętych umową z NFZ, których Fundusz będzie mógł żądać. Samo ustawowe stwierdzenie, że informacje uzyskane przez NFZ podlegają ochronie na podstawie przepisów o ochronie danych osobowych, ma charakter deklaratoryjny i nie usuwa braku precyzyjnego określenia celu i zakresu projektowanego przetwarzania. Wątpliwości te są tym bardziej uzasadnione, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych już obecnie przekazują do Systemu Informacji Medycznej dane dotyczące zdarzeń medycznych, tj. świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ten nie jest ograniczony wyłącznie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia w art. 11 ust. 3 przewiduje jednak, że dane dotyczące świadczeń finansowanych ze środków publicznych są udostępniane NFZ wyłącznie w celu ich rozliczania. Projektodawca powinien zatem wyjaśnić, dlaczego realizacja zamierzonego celu wymaga ustanowienia kolejnego, bezpośredniego obowiązku przekazywania informacji do NFZ, zamiast – w zakresie, w jakim dane te są już przetwarzane w SIM – wykorzystania istniejącej infrastruktury i ustanowienia ściśle określonego nowego celu w zakresie dostępu do niezbędnych danych. Nakładanie na podmioty lecznicze dodatkowych obowiązków informacyjnych w zakresie danych, które są już przekazywane do systemu P1, powinno następować wyłącznie w takim zakresie, w jakim projektodawca wykaże, że dane pozostające w systemie informacji są niewystarczające do realizacji konkretnego zadania publicznego. Należy przy tym uwzględnić zarówno potrzebę ograniczania obciążeń administracyjnych podmiotów leczniczych, jak i ryzyka wynikające z tworzenia kolejnych kanałów przekazywania danych o zdrowiu. Zastrzeżenia budzi także możliwość uzyskania przez Prezesa NFZ dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń udzielanych pacjentom poza zakresem umowy z Funduszem. Pacjent korzystający ze świadczenia finansowanego prywatnie nie pozostaje w tym zakresie beneficjentem świadczenia finansowanego przez NFZ. Dostęp płatnika publicznego do pełnej dokumentacji medycznej takiego pacjenta stanowi więc daleko idącą ingerencję w jego prywatność i tajemnicę informacji związanych z leczeniem. Projekt powinien co najmniej	Uwaga niezasadna Przepis jest sformułowany analogicznie jak istniejący art. 61b ustawy, na podstawie którego NFZ ma prawo zwracać się również do podmiotów niezwiązanych umowami z NFZ o informacje, które niezbędne są do realizacji celów kontroli 61ba. Przepis ten stanowi naturalną konsekwencję przenikania się procesów udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia oraz komercyjnych. Celem jest wyłącznie pozyskanie informacji umożliwiających pełniejsze rozpoznanie zaangażowania zawodowego personelu medycznego. Projektowany przepis jest dopełnieniem regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 19 czerwca 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 972), która weszła w życie dnia 5 sierpnia 2026 roku.

			jednoznacznie określać przypadki, cel i zakres takiego dostępu oraz ograniczać go do danych rzeczywiście niezbędnych do realizacji ustawowo wskazanego zadania NFZ.	
374	Centrum Medyczne WUM	art. 61j ust. 2	Projektowana regulacja wymaga doprecyzowania przez jednoznaczne określenie, jakie elementy dokumentacji medycznej mogą być badane i oceniane przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego. Samo wyłączenie z zakresu ich kompetencji oceny zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego nie pozwala bowiem w sposób dostatecznie precyzyjny ustalić granic dopuszczalnej oceny dokumentacji. Z uzasadnienia projektu wynika, że zamiarem projektodawcy jest umożliwienie takim osobom dokonywania ustaleń niewymagających wiedzy specjalistycznej ani oceny medycznej, w szczególności weryfikacji dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Takie ograniczenie nie znajduje jednak odpowiedniego odzwierciedlenia w projektowanym przepisie. Pojęcie „zakresu innego niż zastosowane postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne" jest znacznie szersze niż pojęcie kontroli formalnej dokumentacji i może prowadzić do rozbieżności co do tego, które informacje zawarte w dokumentacji mogą podlegać samodzielnej ocenie przez kontrolera nieposiadającego kwalifikacji medycznych.	Uwaga niezasadna. Należy podkreślić, że w zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy, przewidująca rygory dotyczące wykształcenia lub wykonywania zawodu przez pracownika NFZ który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medyczne. Przepis projektowany dotyczy wszystkich tych sytuacji w których wyprowadzenie wniosków z wpisów z dokumentacji medycznej nie wymaga wiedzy medycznej, a jedynie ustalenie istnienia określonych faktów. Przykładem może być również weryfikacja dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, a zatem rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666). Do osób o których mowa w projektowanej regulacji mają zastosowania przepisy o tajemnicy kontrolerskiej (art. 61z ustawy) oraz o zasadach wyłączenia z kontroli (art. 61f ustawy). Wszystkie czynności osób mogących brać udział w kontroli będą się mieściły w graniach upoważnień kontrolerskich.
375	Centrum Medyczne WUM	art. 132aa i art. 132ab	W odniesieniu do pracowników projekt nie określa jednak relacji projektowanych ograniczeń do przepisów prawa pracy regulujących czas pracy oraz zasady ustalania wynagrodzenia. W szczególności nie jest jasne, jakie składniki wynagrodzenia mają być uwzględniane przy ustalaniu maksymalnej wysokości wynagrodzenia przewidzianej w projektowanych przepisach - wynagrodzenie należne z tytułu pracy w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, pełnienia dyżuru medycznego, a także inne dodatki lub składniki wynagrodzenia wynikające z przepisów prawa pracy czy układów zbiorowych pracy lub regulaminów wynagradzania. Nie jest zatem jasne, czy wszystkie te składniki mają być zaliczane do projektowanego maksymalnego wynagrodzenia miesięcznego, czy też limit ma dotyczyć wyłącznie wynagrodzenia bezpośrednio należnego za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową z NFZ. W związku z powyższym wnosimy o doprecyzowanie projektowanych art. 132aa i art. 132ab ustawy o świadczeniach o relację do przepisów prawa pracy i przepisów szczególnych dotyczących pracowników podmiotów leczniczych w zakresie innych składników wynagrodzenia oraz uzupełnienie uzasadnienia do projektu poprzez wskazanie przykładów	Uwaga niezasadna Projektowane przepisy są wystarczająco precyzyjne i określają, że dodatki do wynagrodzenia wynikające z umowy o pracę i w wysokości w ustawie określonej objęte są limitem miesięcznego maksymalnego wynagrodzenia.

			sposobu obliczania maksymalnego wynagrodzenia w typowych przypadkach występujących w podmiotach leczniczych.	
376	Centrum Medyczne WUM	art. 132a ust. 1	Projektowana regulacja budzi wątpliwości w zakresie sposobu ustalania łącznego wymiaru czasu pracy osoby wykonującej zawód medyczny. Ustawodawca posługuje się bowiem pojęciem „świadczeniodawcy", zdefiniowanym w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach, co oznacza, że do wskazanego limitu nie będzie wliczane każde zatrudnienie, lecz wyłącznie zatrudnienie u świadczeniodawcy, którym jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz podmiot udzielający opieki farmaceutycznej. W konsekwencji przy ustalaniu, czy osoba wykonująca zawód medyczny osiągnęła maksymalny dopuszczalny wymiar zatrudnienia, pominięte może zostać zatrudnienie u innych pracodawców, nawet jeżeli jest ono wykonywane w pełnym wymiarze czasu pracy i w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Może to dotyczyć przykładowo zatrudnienia lekarza w firmie farmaceutycznej, ale problem ten będzie szczególnie widoczny w przypadku lekarzy będących jednocześnie nauczycielami akademickimi zatrudnionymi w uczelniach medycznych. W przypadku tej grupy zawodowej równoległe pozostawanie w stosunku zatrudnienia z uczelnią oraz z podmiotem leczniczym jest rozwiązaniem wynikającym ze specyfiki działalności dydaktycznej i klinicznej. Art. 89 i 92 ustawy o działalności leczniczej przesądzają o konieczności zatrudnienia nauczycieli akademickich w podmiocie leczniczym utworzonym lub prowadzonym przez uczelnię medyczną. Brzmienie projektowanego art. 132a ust. 1 ustawy o świadczeniach może zatem prowadzić do sytuacji, w której lekarz zatrudniony w uczelni medycznej w pełnym wymiarze czasu pracy będzie mógł być jednocześnie zatrudniony u świadczeniodawców w wymiarze odpowiadającym dwóm kolejnym pełnym etatom, ponieważ zatrudnienie w uczelni nie będzie uwzględniane przy obliczaniu limitu określonego w projektowanym przepisie.	Uwaga niezasadna Przepis dotyczy zatrudnienia u świadczeniodawców (które to pojęcie jest jednoznacznie zdefiniowane w ustawie o świadczeniach), co oznacza, że nie obejmuje on np. działalności dydaktycznej w uczelni medycznej.
377	Centrum Medyczne WUM	art. 132aa ust. 2	Proponowany mechanizm budzi istotne wątpliwości zarówno z punktu widzenia jego proporcjonalności, jak i efektywności. Oparcie systemu kontroli maksymalnego łącznego wymiaru czasu pracy na cyklicznych oświadczeniach składanych przez osoby wykonujące zawody medyczne prowadzi bowiem do istotnego zwiększenia obowiązków administracyjnych po stronie zarówno tych osób, jak i zatrudniających je świadczeniodawców. Dodatkowe zastrzeżenia budzi objęcie tych oświadczeń rygorem odpowiedzialności karnej. Sankcja karna powinna przecież stanowić ostateczność i być stosowana w sytuacji, w której mniej dolegliwe środki nie pozwalają na osiągnięcie zamierzonego celu regulacji. Tymczasem projekt nie wskazuje, dlaczego prawidłowość danych dotyczących łącznego wymiaru zatrudnienia musi być zabezpieczona właśnie za pomocą odpowiedzialności karnej ani dlaczego niemożliwe jest stworzenie mechanizmu pozwalającego na ich obiektywną weryfikację na podstawie danych pozostających w dyspozycji instytucji publicznych. Należy również zwrócić uwagę, że ustalenie „łącznego wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika" może wymagać przeliczenia różnych podstaw zatrudnienia, w tym stosunków pracy oraz umów cywilnoprawnych. W takich warunkach nie każda nieprawidłowość w oświadczeniu musi wynikać ze świadomego podania informacji nieprawdziwej. Wprowadzenie odpowiedzialności karnej może zatem prowadzić do powstawania sporów dotyczących prawidłowości sposobu ustalania tego wymiaru. Mechanizm oparty na oświadczeniach nie zapewnia ponadto sam w sobie skutecznej weryfikacji rzeczywistego czasu pracy. Świadczeniodawca otrzymujący oświadczenie nie posiada bowiem możliwości jego weryfikacji. Jednocześnie to na kierownika podmiotu leczniczego projekt ustawy w art. 193 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach nakłada odpowiedzialność za nie podejmowanie działań niezbędnych do dopełnienia wymogów wynikających z art. 132aa lub art. 132ab. Powstaje więc niejasność, jaki zakres czynności weryfikacyjnych powinien podjąć świadczeniodawca, aby można	Uwaga niezasadna Wymóg składania oświadczeń dot. wymiaru zatrudnienia jest niezbędny dla egzekwowania wprowadzonej normy maksymalnego łącznego czasu pracy medyka. Sankcja odpowiedzialności karnej dotyczy fałszywego oświadczenia, niezgodnego z prawdą.

			było uznać, że należycie wykonał swoje obowiązki, oraz jak powinien postąpić w przypadku uzyskania informacji podważających prawdziwość wcześniej złożonego oświadczenia. Jeżeli ustawodawca uznaje kontrolę łącznego wymiaru zatrudnienia osób wykonujących zawody medyczne za niezbędną dla prawidłowego funkcjonowania systemu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zasadne byłoby stworzenie jednolitego mechanizmu umożliwiającego weryfikację tej informacji na poziomie ogólnokrajowym, zamiast wielokrotnego gromadzenia oświadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców, przez modyfikację istniejących systemów i obowiązków sprawozdawczych dotyczących zatrudnienia personelu medycznego. Tego typu systemowe rozwiązanie umożliwiające automatyczną albo elektroniczną weryfikację łącznego wymiaru zatrudnienia pozwalałoby osiągnąć cel projektowanej regulacji skuteczniej niż mechanizm oparty na oświadczeniach składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej, a jednocześnie ograniczyłoby obciążenia administracyjne świadczeniodawców i personelu medycznego. W związku z powyższym proponuje się rezygnację z mechanizmu składania oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej i zastąpienie go rozwiązaniem umożliwiającym świadczeniodawcy weryfikację łącznego wymiaru zatrudnienia na podstawie danych zgromadzonych w jednym, właściwie zabezpieczonym systemie publicznym, z zapewnieniem dostępu wyłącznie do informacji niezbędnej do stwierdzenia spełnienia warunku określonego w art. 132aa ust. 1.	
378	Centrum Medyczne WUM	w art. 132a ust. 3	Brzmienie projektowanego przepisu może budzić wątpliwości co do zakresu zastosowania wymogu zatrudnienia w wymiarze co najmniej połowy etatu w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z uzasadnienia projektu wynika, że zamiarem projektodawcy jest objęcie tym ograniczeniem świadczeń AOS realizowanych przez świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ z zakresu leczenia szpitalnego, w szczególności świadczeń udzielanych w poradniach przyszpitalnych. Zasadne jest jednak jednoznaczne przesądzenie w projektowanych przepisach albo co najmniej wyraźne wyjaśnienie w uzasadnieniu, że obowiązek zatrudnienia w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy nie znajduje zastosowania do osób wykonujących zawody medyczne udzielających świadczeń AOS u świadczeniodawców, którzy nie posiadają umowy z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego i prowadzą działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rozstrzygnięcie tej kwestii ma istotne znaczenie praktyczne. W przypadku wielu świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia AOS zakres i wartość zawartej z NFZ umowy oraz organizacja ich udzielania nie uzasadniają, a niejednokrotnie nie pozwalają na zatrudnienie każdego lekarza lub innej osoby wykonującej zawód medyczny w wymiarze co najmniej połowy etatu albo jego równoważnika. Specyfika AOS polega bowiem często na udzielaniu świadczeń przez poszczególnych specjalistów w ograniczonej liczbie godzin lub dni w tygodniu, odpowiadającej wielkości kontraktu i rzeczywistemu zapotrzebowaniu na dany zakres świadczeń. Objęcie takich świadczeniodawców wymogiem wynikającym z projektowanego art. 132a ust. 3 mogłoby prowadzić do niemożności utrzymania części obecnie realizowanych umów z NFZ, ograniczenia dostępności niektórych świadczeń specjalistycznych, a w skrajnych przypadkach do rezygnacji z realizacji określonych zakresów AOS. Skutek taki pozostawałby w sprzeczności z deklarowanym celem projektu, którym jest m.in. poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym projektowany art. 132a ust. 3 ustawy o świadczeniach lub uzasadnienie powinny zostać doprecyzowane w sposób jednoznacznie wskazujący, że wymóg zatrudnienia osoby wykonującej zawód medyczny w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika nie obejmuje świadczeniodawców realizujących świadczenia AOS, ale nie będących szpitalami.	Uwaga niezasadna Przepis dot. minimum ½ wymiaru nie dotyczy AOS w poradniach pozaszpitalnych (tj. prowadzonych przez podmiot niemający umowy na leczenie szpitalne), co nie budzi żadnych wątpliwości. W zakresie możliwości zatrudnienia poniżej ½ wymiaru czasu pracy gdy niższy wymiar wynika z umowy z NFZ uwaga została uwzględniona.

379	Centrum Medyczne WUM	w art. 132a ust. 4	Proponowany wyjątek wymaga ponownej analizy oraz szczegółowego uzasadnienia jego ratio legis. Osoba zatrudniona u więcej niż jednego świadczeniodawcy będzie co do zasady musiała zostać zatrudniona w wymiarze co najmniej połowy czasu pracy, podczas gdy osoba zatrudniona tylko u jednego świadczeniodawcy będzie mogła wykonywać świadczenia w znacznie mniejszym wymiarze. Może to prowadzić do niezamierzonych skutków na rynku pracy. Dla świadczeniodawców osoby spełniające przesłankę wyłącznego zatrudnienia mogą stać się bowiem szczególnie atrakcyjne w przypadkach, w których rzeczywiste zapotrzebowanie kadrowe nie uzasadnia zatrudnienia pracownika w wymiarze co najmniej połowy etatu. W konsekwencji projektowany wyjątek może wpływać zarówno na decyzje dotyczące zatrudnienia, jak i na pozycję negocjacyjną poszczególnych grup pracowników, a tym samym prowadzić do efektów innych niż zamierzone przez projektodawcę. Należy bowiem zauważyć, że zatrudnienie „wyłącznie u jednego świadczeniodawcy" nie musi oznaczać, że dana osoba wykonuje aktywność zawodową wyłącznie na rzecz tego podmiotu.	Uwaga niezasadna Wymóg co najmniej ½ etatu uzasadniony jest koniecznością zabezpieczenia ciągłości opieki nad pacjentem i bezpieczeństwa pacjenta i zapobieżeniu rozproszeniu zatrudnienia po cząstkach etatów w różnych podmiotach. Zatrudnienie w jednym podmiocie służy możliwości zatrudnienia osób, które z uwagi na ograniczenia osobiste nie są w stanie być zatrudnionym w większym wymiarze. Zmiana wiąże się również ze zmianami w art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej
380	Centrum Medyczne WUM	w art. 132a ust. 4	Projektowana regulacja budzi istotne wątpliwości z uwagi na nieostry charakter przesłanki „niezaspokojonych potrzeb kadrowych". Projekt nie określa, w jaki sposób potrzeby te mają być ustalane, według jakich kryteriów oceniane ani jakie okoliczności powinny zostać przedstawione w uzasadnieniu odmowy. W praktyce większość podmiotów leczniczych może wskazywać na występowanie niedoborów kadrowych, co stwarza ryzyko bardzo szerokiego i niejednolitego stosowania projektowanego wyjątku. Ponadto samo wprowadzenie obowiązku pisemnego uzasadnienia odmowy oraz zasady milczącej zgody w przypadku niezajęcia stanowiska w terminie 14 dni nie zapewnia osobie wykonującej zawód medyczny wystarczającej ochrony. Projekt nie przewiduje bowiem mechanizmu umożliwiającego zakwestionowanie odmowy ani poddania ocenie, czy powołane przez kierownika niezaspokojone potrzeby kadrowe rzeczywiście istnieją i uzasadniają ograniczenie możliwości podjęcia dodatkowego zatrudnienia. W konsekwencji decyzja kierownika może w praktyce bezpośrednio przesądzać o możliwości wykonywania zawodu u innego świadczeniodawcy, bez określenia procedury weryfikacji zasadności takiego rozstrzygnięcia. Regulacja ta stanowi jednocześnie ingerencję w swobodę wyboru miejsca wykonywania pracy. Z tego względu przesłanki pozwalające jednemu podmiotowi faktycznie ograniczyć możliwość zatrudnienia przez inny podmiot powinny zostać określone w sposób szczególnie precyzyjny. Projektowane rozwiązanie może ponadto prowadzić do niezamierzonych skutków na rynku świadczeń zdrowotnych. W przypadku podmiotów konkurujących o personel medyczny, a niekiedy również o kontrakt z NFZ w tym samym zakresie świadczeń, możliwość odmowy zgody na dodatkowe zatrudnienie może stać się instrumentem ograniczającym dostęp konkurującego świadczeniodawcy do personelu. W takim przypadku regulacja, która ma służyć stabilizacji zatrudnienia i zabezpieczeniu potrzeb kadrowych, może paradoksalnie nasilać konkurencję o personel i utrudniać racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów kadrowych w systemie.	Uwaga częściowo uwzględniona Przepis dot. wydawania zgody na zatrudnienie u innego świadczeniodawcy został doprecyzowany. Uregulowanie odwołania nie jest konieczne gdyż stron nie łączy stosunek administracyjny a stosunek pracy lub cywilnoprawny, w której z uwagi na uwarunkowania rynkowe występuje równoważna pozycja stron. Regulacja nie stanowi ingerencji w swobodę wyboru miejsca wykonywania pracy, gdyż ustawa nie nakłada obowiązku pracy w określonym miejscu. Zatrudniany może wybrać innego świadczeniodawcę jako „podstawowego".
381	Centrum Medyczne WUM	w art. 132a ust. 9	Projektowany wymóg określania „rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej" jest nieprecyzyjny i w wielu przypadkach niemożliwy do zastosowania w praktyce. Projekt ustawy nie definiuje pojęcia „zadania związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej" ani nie wyjaśnia, w jakich jednostkach i według jakich zasad należy ustalać liczbę takich zadań. Nie jest w szczególności jasne, czy przez „zadania" należy rozumieć świadczenia zdrowotne, procedury medyczne, czynności wykonywane wobec pacjenta, liczbę przyjętych pacjentów czy jeszcze inną kategorię. Specyfika udzielania świadczeń zdrowotnych powoduje, że w wielu przypadkach określenie z góry liczby wykonywanych „zadań" nie jest możliwe. Osoba wykonująca zawód	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy.

			medyczny może zostać zatrudniona do udzielania określonego rodzaju lub zakresu świadczeń w oznaczonym czasie, jednak rzeczywista liczba udzielonych świadczeń, wykonanych procedur czy przyjętych pacjentów zależy m.in. od liczby zgłaszających się pacjentów, ich stanu zdrowia, stopnia złożoności poszczególnych przypadków oraz czasu niezbędnego do prawidłowego udzielenia konkretnego świadczenia. Nie sposób zatem racjonalnie i wiążąco określić tej liczby już w chwili zawierania umowy. W praktyce umowy z osobami wykonującymi zawody medyczne określają przede wszystkim zakres lub rodzaj udzielanych świadczeń oraz zasady organizacji ich udzielania. W przypadku rozliczenia godzinowego możliwe jest wskazanie stawki za godzinę udzielania świadczeń oraz planowanego albo maksymalnego wymiaru godzin, natomiast rzeczywista liczba świadczeń wykonanych w tym czasie może być zmienna. Należy również odróżnić określenie rodzaju lub zakresu świadczeń, do których udzielania zobowiązuje się dana osoba, od określenia konkretnej liczby świadczeń, które zostaną przez nią wykonane. Przykładowo możliwe jest określenie, że lekarz będzie udzielał świadczeń z określonego zakresu albo wykonywał określone procedury, jednak nie w każdym modelu zatrudnienia możliwe ani zasadne jest zagwarantowanie z góry konkretnej liczby takich procedur w okresie obowiązywania umowy.	
382	Centrum Medyczne WUM	w art. 132a ust. 9	Wątpliwości budzi obligatoryjne zamieszczenie w umowie szczegółowego harmonogramu godzin udzielania świadczeń bez określenia zasad jego późniejszej aktualizacji. W praktyce zawierania umów z osobami wykonującymi zawód medyczny harmonogram udzielania świadczeń nie jest elementem niezmiennym przez cały okres obowiązywania umowy. Ustala się go na moment zawarcia umowy albo na poszczególne okresy jej realizacji, a następnie podlega on bieżącym zmianom uzgadnianym przez strony bez konieczności zmiany umowy. Wynika to zarówno z konieczności zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, jak i z bieżącej organizacji pracy podmiotu, nieobecności poszczególnych osób, przerw w wykonywaniu świadczeń, chorób, zastępstw oraz zmian w zapotrzebowaniu na świadczenia. W związku z powyższym projektowany art. 132aa ust. 10 powinien zostać zmieniony w taki sposób, aby umowa określała zasady ustalania i aktualizowania harmonogramu ich udzielania, zamiast wymagać wskazania w treści umowy sztywnego harmonogramu obowiązującego przez cały okres jej wykonywania. Alternatywnie przepis powinien jednoznacznie przesądzać, że harmonogram może być ustalany i zmieniany przez strony w sposób określony w umowie, bez konieczności każdorazowego dokonywania zmiany umowy.	Uwaga uwzględniona
383	Centrum Medyczne WUM	w art. 132ab ust. 1	Przyjęcie jednej maksymalnej stawki wynagrodzenia zasadniczego dla bardzo zróżnicowanej grupy osób wykonujących zawody medyczne budzi zasadnicze wątpliwości z punktu widzenia adekwatności projektowanego instrumentu do celu regulacji. Poszczególne zawody medyczne, specjalizacje i rodzaje świadczeń różnią się bowiem wymaganymi kwalifikacjami, stopniem odpowiedzialności czy dostępnością personelu. Osoby wykonujące te zawody różnią się również co najmniej posiadanym doświadczeniem zawodowym. Jedna stawka maksymalna nie uwzględnia rzeczywistych różnic występujących na rynku pracy w ochronie zdrowia, a zatem wprowadzenie jednolitego limitu dla wszystkich osób wykonujących zawody medyczne wymaga szczegółowego uzasadnienia, którego w projekcie brakuje. Chociaż stawka określona w art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach ma charakter maksymalny i sama przez się nie tworzy roszczenia pracownika o wynagrodzenie w tej wysokości, jej ustawowe określenie może stać się punktem odniesienia w negocjacjach płacowych i prowadzić do presji na podwyższanie wynagrodzeń osób otrzymujących obecnie stawki znacząco niższe od ustawowego maksimum. Efekt regulacji może być zatem odmienny w poszczególnych podmiotach – prowadzić do ograniczenia kosztów tam, gdzie obecnie wypłacane są wynagrodzenia przekraczające projektowany limit, a jednocześnie generować presję na wzrost wynagrodzeń w podmiotach stosujących stawki niższe. Przeanalizowania wymaga również przewidziany w projektowanych	Uwaga niezasadna Normy dot. maksymalnej wysokości wynagrodzenia powinny mieć charakter uniwersalny. Ustanowienie odrębnych reguł dla różnych rodzajów działalności leczniczej byłoby bardzo skomplikowane i narażone na zarzut uznaniowości.

			przepisach system dodatkowego wynagrodzenia. Ustawowe wskazanie szerokiego katalogu okoliczności, w których możliwe jest przyznanie dodatkowego wynagrodzenia, może stać się istotnym elementem negocjacji płacowych. Dotyczy to w szczególności zadań kierowniczych, organizacyjnych, naukowych, dydaktycznych, związanych z jakością lub koordynacją procesu leczenia, które w praktyce są wykonywane przez znaczną część personelu medycznego w ramach jego zwykłych obowiązków.	
384	Centrum Medyczne WUM	art. 132ab ust. 18–19	Projektowany mechanizm budzi analogiczne zastrzeżenia jak rozwiązanie przewidziane w odniesieniu do kontroli łącznego wymiaru czasu pracy. Oparcie systemu kontroli maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia na indywidualnych oświadczeniach składanych każdemu kolejnemu świadczeniodawcy powoduje istotne zwiększenie obowiązków administracyjnych zarówno po stronie osób wykonujących zawody medyczne, jak i podmiotów leczniczych, nie zapewniając jednocześnie efektywnego mechanizmu obiektywnej weryfikacji przestrzegania ustawowego limitu. Świadczeniodawca, któremu składane jest oświadczenie, nie dysponuje bowiem samodzielnie informacjami pozwalającymi zweryfikować wysokość wynagrodzeń uzyskiwanych przez daną osobę u innych świadczeniodawców. W związku z powyższym postulowane jest odstąpienie od mechanizmu opartego na oświadczeniach składanych pod rygorem odpowiedzialności karnej i zastąpienie go jednolitym systemowym mechanizmem weryfikacji łącznego wynagrodzenia osób wykonujących zawody medyczne.	Uwaga niezasadna Kierownik pomiotu nie będzie ponosić odpowiedzialności za nieprawidłowe oświadczenia pracownika medycznego.
385	Centrum Medyczne WUM	Art. 2	Projektowana regulacja wymaga doprecyzowania w zakresie relacji zasady równego traktowania do obowiązku różnicowania sposobu i kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zdrowia pacjenta, stopień pilności udzielenia świadczenia oraz inne kryteria medyczne. Równe traktowanie pacjentów nie może bowiem oznaczać ich identycznego traktowania niezależnie od różnic w stanie klinicznym. Zapewnienie pacjentowi adekwatnej opieki wymaga bowiem niejednokrotnie „uprzywilejowania" jednego pacjenta względem innego właśnie z uwagi na większe zagrożenie zdrowia lub życia albo pilniejszą potrzebę udzielenia świadczenia zdrowotnego. Ustawa o prawach pacjenta już obecnie stanowi w art. 6 ust. 2, że w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń, a w art. 7 przyznaje prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Również przepisy ustawy o świadczeniach przewidują różnicowanie kolejności udzielania świadczeń na podstawie kryteriów medycznych oraz szczególne uprawnienia określonych grup pacjentów do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Projektowany art. 8a powinien zatem jednoznacznie wskazywać, że odmienne traktowanie pacjentów uzasadnione ich stanem zdrowia, kryteriami medycznymi, pilnością udzielenia świadczenia albo szczególnymi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania ani dyskryminacji. Rozważenia wymaga również, czy zamiast wprowadzania ogólnej normy antydyskryminacyjnej nie należałoby doprecyzować obowiązujących przepisów dotyczących kryteriów ustalania kolejności dostępu do świadczeń, tak aby w praktyce było jednoznaczne, jakie względy uzasadniają pierwszeństwo jednego pacjenta przed innym. Problemem praktycznym dla podmiotów leczniczych jest brak dostatecznie zobiektywizowanych kryteriów pozwalających w wielu przypadkach ocenić, czy odmienne potraktowanie dwóch pacjentów stanowiło uzasadnione medycznie zróżnicowanie ich sytuacji, czy też naruszenie zasady równego traktowania. Obowiązujące przepisy odwołują się do kryteriów medycznych przy ustalaniu kolejności dostępu do świadczeń, jednak kryteria te mają charakter ogólny i nie tworzą dla wszystkich zakresów świadczeń szczegółowych, jednolitych i wiążących ścieżek postępowania pozwalających każdorazowo ustalić pierwszeństwo konkretnego pacjenta. Ocena stanu zdrowia, pilności udzielenia świadczenia oraz potrzeb diagnostycznych i terapeutycznych pozostaje	Uwaga częściowo uwzględniona. Proponowane w art. 2 brzmienie art. 8a zostało zmienione na następujące: „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 odmienne zasady w tym zakresie wynikają z przepisów odrębnych.".

			zatem w istotnym zakresie oceną medyczną dokonywaną przez lekarza. W przypadku dwóch podobnych przypadków pacjentów lekarze mogą, działając zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dokonać nieco odmiennej oceny stopnia pilności lub optymalnego sposobu postępowania. W takiej sytuacji szczególnej ostrożności wymaga stworzenie odrębnego prawa pacjenta do równego traktowania, jeżeli projekt nie określa jednocześnie obiektywnego wzorca pozwalającego ocenić, kiedy medycznie uzasadnione różnicowanie sytuacji pacjentów przekracza granicę dopuszczalnej oceny klinicznej i staje się nierównym traktowaniem lub dyskryminacją.	
386	Centrum Medyczne WUM	Art. 3	Projektowana ustawa oraz jej uzasadnienie nie wyjaśniają wzajemnej relacji obu równolegle procedowanych nowelizacji, w szczególności nie wskazują, jakie brzmienie art. 26 ust. 1 ma być docelowo przyjęte w przypadku wejścia w życie obu ustaw ani w jaki sposób zostanie zapewniona spójność projektowanych regulacji. Projektowana regulacja w proponowanym kształcie powinna zostać usunięta albo zasadniczo zmieniona. Wprowadza ona bowiem generalne ograniczenie dopuszczalnego modelu współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi, niezależnie od rodzaju i specyfiki udzielanych świadczeń, sposobu ich organizacji oraz źródła ich finansowania. Tymczasem możliwość korzystania z podwykonawstwa oraz zasady jego wykonywania powinny być kształtowane przede wszystkim z uwzględnieniem specyfiki konkretnego rodzaju lub zakresu świadczeń zdrowotnych. Zastrzeżenie to jest tym bardziej istotne, że z uzasadnienia projektu ustawy wynika, iż jednym z zasadniczych celów proponowanych zmian jest przeciwdziałanie nadużyciom polegającym na tworzeniu „fikcyjnych podmiotów leczniczych". Projektodawca wskazuje, że proponowany model podwykonawstwa, w którym podwykonawcą miałaby być osoba fizyczna wykonująca działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej, ma eliminować właśnie tego rodzaju zjawiska. Tak określony cel nie uzasadnia jednak wprowadzenia powszechnego ograniczenia rzeczywistego podwykonawstwa pomiędzy faktycznie funkcjonującymi podmiotami leczniczymi. Czym innym jest bowiem utworzenie podmiotu, którego rzeczywistą funkcją jest wyłącznie obchodzenie ograniczeń ustawowych, a czym innym powierzenie innemu, rzeczywiście prowadzącemu działalność podmiotowi leczniczemu wykonania określonego zakresu świadczeń zdrowotnych, w ramach zorganizowanej współpracy, za którą podmiot ten ponosi odpowiedzialność. Jeżeli projektodawca zidentyfikował problem funkcjonowania podmiotów leczniczych, które jedynie formalnie posiadają ten status, podczas gdy faktycznie nie prowadzą działalności leczniczej w sposób odpowiadający istocie tego rodzaju działalności, problem powinien zostać rozwiązany u źródła. Zasadne byłoby w takim przypadku przeanalizowanie zasad wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, warunków utrzymywania takiego wpisu, instrumentów kontroli rzeczywistego wykonywania działalności leczniczej oraz przesłanek wykreślenia z rejestru, ewentualnie wprowadzenie szczególnej normy przeciwdziałającej wykorzystywaniu podmiotów leczniczych w celu obejścia przepisów. Nie jest natomiast właściwym środkiem zwalczania fikcyjnych podmiotów leczniczych ograniczenie możliwości zawierania umów przez wszystkie podmioty lecznicze, w tym podmioty prowadzące rzeczywistą działalność i wykorzystujące podwykonawstwo jako uzasadniony element organizacji świadczeń. Przyjęcie przeciwnego założenia prowadziłoby w istocie do przerzucenia konsekwencji niedostatecznego mechanizmu weryfikacji rzeczywistego wykonywania działalności leczniczej na cały rynek podmiotów leczniczych. Projektowany art. 26 ust. 1a nie rozróżnia bowiem przypadków pozornej działalności leczniczej od rzeczywistego podwykonawstwa. W celu wyeliminowania określonego przez projektodawcę nadużycia ogranicza również takie modele współpracy, które z obchodzeniem przepisów prawa nie mają nic wspólnego. Powstają w związku z tym zasadnicze wątpliwości co do adekwatności i proporcjonalności zastosowanego środka do deklarowanego celu regulacji. W przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych system prawny już obecnie	Uwaga niezasadna Aktualnie nie jest planowane połączenie tych projektów. Projekty mogą być połącznie na etapie prac sejmowych.

			umożliwia dostosowanie zasad podwykonawstwa do specyfiki poszczególnych rodzajów świadczeń. Warunki realizacji określonego rodzaju świadczeń są kształtowane w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych oraz w szczegółowych warunkach zawierania i realizacji umów określanych przez Prezesa NFZ. Pozwala to na dopuszczenie podwykonawstwa w tych obszarach, w których jest ono uzasadnione sposobem organizacji świadczeń, oraz jego ograniczenie tam, gdzie przemawiają za tym względy bezpieczeństwa, jakości, ciągłości lub konieczność osobistego zapewnienia określonych zasobów przez świadczeniodawcę. Właśnie na tym poziomie powinny być eliminowane konkretne nieprawidłowości. Jeżeli w określonym rodzaju świadczeń podwykonawstwo prowadzi do obchodzenia wymogów kadrowych, pozornego zapewniania personelu albo innych niepożądanych zjawisk, właściwym rozwiązaniem jest odpowiednie ukształtowanie warunków realizacji tego konkretnego zakresu świadczeń, a nie ustanowienie jednolitego ograniczenia odnoszącego się do całej działalności leczniczej. Szczególnego potraktowania wymaga w tym kontekście podstawowa opieka zdrowotna. POZ ma odrębną pozycję organizacyjną w systemie ochrony zdrowia – jego cele i organizację reguluje odrębna ustawa, a świadczenia te mają charakter podstawowy i są organizowane w sposób zapewniający pacjentowi bieżącą dostępność opieki ambulatoryjnej. Odrębność POZ znajduje odzwierciedlenie również w szczególnych zasadach organizacji, finansowania i sprawozdawania tych świadczeń. Odrębność ta uzasadnia co najmniej przeprowadzenie osobnej analizy skutków projektowanego art. 26 ust. 1a dla POZ, zamiast automatycznego objęcia go ogólną regulacją. Problem jest szczególnie widoczny w przypadku nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, która stanowi nie tylko świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim wspomaga i odciąża działanie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Obowiązujący model przewiduje udział podwykonawców w realizacji świadczeń NiŚOZ oraz ujmowanie ich zasobów i personelu w dokumentacji dotyczącej realizacji umowy. Istota tego modelu polega na tym, że świadczeniodawca odpowiada wobec NFZ za zabezpieczenie świadczeń w określonym miejscu i czasie, a przy realizacji tego obowiązku może korzystać z potencjału podwykonawcy. Udział podwykonawcy nie oznacza zatem automatycznie przeniesienia udzielania zakontraktowanych świadczeń do zakładu leczniczego tego podwykonawcy. Projektowany art. 26 ust. 1a, nakazując wykonywanie świadczeń powierzonych innemu podmiotowi leczniczemu wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie, jest z takim modelem organizacyjnym niemożliwy do pogodzenia, a jego wejście w życie uniemożliwi w praktyce korzystanie w NiŚOZ z podwykonawców. Projekt może więc doprowadzić do efektu odwrotnego od pożądanego: w celu przeciwdziałania nadużyciom polegającym na tworzeniu fikcyjnych podmiotów utrudni organizację rzeczywistego udzielania świadczeń przez podmioty, które w sposób zgodny z obecnymi warunkami NFZ wykorzystują podwykonawstwo dla zapewnienia obsady i ciągłości świadczeń. Zasadnicze wątpliwości budzi również fakt, że art. 26 ustawy o działalności leczniczej nie ogranicza się do świadczeń finansowanych ze środków NFZ. Projektowane rozwiązanie będzie więc wpływało również na zasady współpracy podmiotów leczniczych przy udzielaniu świadczeń komercyjnych. Tymczasem deklarowane w uzasadnieniu problemy związane z fikcyjnym pośrednictwem zostały powiązane przede wszystkim z obchodzeniem projektowanych zasad czasu pracy i zatrudniania personelu. Jeżeli ustawodawca zamierza ingerować również w sposób organizacji działalności finansowanej ze środków prywatnych, powinien odrębnie wykazać cel, konieczność i proporcjonalność takiej ingerencji. Nie została również przedstawiona wystarczająca analiza wpływu proponowanej zmiany na istniejące stosunki umowne i organizację udzielania świadczeń. Podmioty lecznicze zawierały umowy	

			podwykonawstwa i kształtowały swoje modele działalności w oparciu o obowiązujący stan prawny oraz warunki realizacji świadczeń ustalane przez płatnika publicznego. Niejednokrotnie wiązało się to z podjęciem zobowiązań kadrowych i organizacyjnych, poniesieniem kosztów oraz przyjęciem określonych założeń dotyczących prowadzenia działalności w kolejnych okresach. Nagłe wyeliminowanie ustawowo dopuszczalnego dotychczas modelu współpracy bez zapewnienia odpowiednio długiego okresu i mechanizmu dostosowawczego rodzi również wątpliwości z punktu widzenia zasady zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz bezpieczeństwa prawnego przedsiębiorców. Szczególnie istotne jest przy tym, aby zmiana modelu prawnego nie prowadziła do zakłócenia ciągłości świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym postuluje się usunięcie projektowanego art. 26 ust. 1a w proponowanym brzmieniu oraz pozostawienie możliwości różnicowania dopuszczalności i zasad podwykonawstwa stosownie do rodzaju i specyfiki poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli celem regulacji jest przeciwdziałanie funkcjonowaniu fikcyjnych podmiotów leczniczych wykorzystywanych do obchodzenia prawa, projektodawca powinien zaproponować instrumenty odnoszące się bezpośrednio do tego zjawiska – na poziomie zasad wykonywania działalności leczniczej, mechanizmów rejestrowych i kontrolnych albo poprzez precyzyjną klauzulę przeciwdziałającą obchodzeniu określonych przepisów – zamiast ograniczać możliwość zawierania umów przez wszystkie prawidłowo funkcjonujące podmioty lecznicze. Jeżeli mimo powyższych zastrzeżeń projektodawca zdecyduje się na utrzymanie projektowanego art. 26 ust. 1a, konieczne jest co najmniej wprowadzenie wyłączenia dla tych rodzajów świadczeń, w których ze względu na ich specyfikę przepisy dotyczące świadczeń gwarantowanych lub warunki zawierania i realizacji umów z NFZ dopuszczają realizację świadczeń z udziałem podwykonawcy w miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawcy. Wyłączenie takie powinno obejmować w szczególności podstawową opiekę zdrowotną, a zwłaszcza nocną i świąteczną opiekę zdrowotną.	
387	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 132aa i 132ab	Limity czasu pracy i maksymalne stawki wynagrodzenia (arL 132aa i 132ab u.ś.o.z.) W ocenie PPOZ w odniesieniu do umów zawieranych przez podmioty w sektorze prywatnym prawodawca może, kierując się dobrem pracowników i zleceniobiorców, regulować minimalne wynagrodzenie, natomiast regulacja wynagrodzenia maksymalnego (w tym maksymalnej stawki godzinowej) byłaby - jako nieproporcjonalna - sprzeczna z wyrażoną w art. 20 i 22 Konstytucji RP zasadą swobody działalności gospodarczej, której elementem jest zasada swobody umów. Z tego też względu prawodawca może regulować maksymalną stawkę godzinową i maksymalne miesięczne wynagrodzenie jedynie w odniesieniu do publicznych podmiotów leczniczych należących np. do Skarbu Państwa czy jednostek samorządu terytorialnego (w tym zwłaszcza: samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). Regulacja taka jest zaś niedopuszczalna, gdy idzie o zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę albo umowę cywilnoprawną u świadczeniodawców będących przedsiębiorcami (w tym w odniesieniu do niepublicznych podmiotów leczniczych). Oceny tej nie zmienia fakt, że część niepublicznych podmiotów leczniczych udziela świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Środki należne świadczeniodawcy od NFZ z tytułu umowy o udzielanie świadczeń tracą bowiem, z chwilą ich wypłacenia, charakter środków publicznych i stają się prywatną własnością przedsiębiorcy. Prawodawca nie może zaś limitować przedsiębiorców w zakresie wysokości środków, jakie przedsiębiorca chciałby zainwestować we własny personel czy też wypłacić swym kontrahentom z tytułu świadczonych usług. Niezależnie od powyższego PPOZ zwraca uwagę, że określona w art. 132ab ust. 1 u.ś.o.z. maksymalna stawka godzinowa brutto jest niedostosowana do warunków rynkowych. Proponowana kwota, wynosząca obecnie 240.30 zł, jest zbyt niska i może skłonić wielu lekarzy - np. kardiologów czy	Uwaga niezasadna Ograniczenia wysokości płac pracowników medycznych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych, w dłuższej perspektywie czasowej, przełoży się na zwiększenie liczby świadczeń możliwych do sfinansowania przez płatnika, a tym samym do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

			ortopedów - do porzucenia pracy w sektorze publicznym i otwarcia gabinetów prywatnych, w których stawki pobierane bezpośrednio od pacjentów umożliwią kilkukrotnie wyższe zarobki. Stawka taka uniemożliwi jednak także tym świadczeniodawcom POZ, którzy do tej pory zachęcali lekarzy do pracy wysokimi zarobkami, dalsze konkurowanie w ten sposób o personel.	
388	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	art. 132aa ust. 9 i 10	PPOZ sprzeciwia się też drobiazgowym regulacjom dotyczącym treści umów, jakie prywatny przedsiębiorca działający w sektorze ochrony zdrowia zawierać ma ze swoim personelem (art. 132aa ust. 9 i 10 u.ś.o.z.). W uzasadnieniu Projektu wskazuje się, że *„Obligatoryjne uszczegółowienie zawieranych umów z pracownikami medycznymi poprawi możliwość kontroli nad realizacją powierzanych im zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ”.* Fakt, że umowa zawierać ma przede wszystkim elementy odnoszące się do „rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń", „stawki godzinowej" oraz „liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej" wskazuje, że chodzi tu o czas i koszty pracy. Dane w tym zakresie świadczeniodawca i tak przekazywać jednak musi do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w trybie art. 3 lic u.ś.o.z. Z tego też względu PPOZ jest zdania, że zmuszanie prywatnych kontrahentów do zawierania w treści umowy postanowień tylko ze względu na to, że mogą one być przedmiotem kontroli NFZ, jest - w sytuacji, w której NFZ może zdobyć te dane w inny sposób, w tym w oparciu o wyjaśnienia złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej - nieproporcjonalnie dolegliwe. PPOZ wskazuje też, że treść art. 132aa ust. 9 i 10 u.ś.o.z. jest niedostostosowana do realiów podstawowej opieki zdrowotnej. Nie sposób ocenić, jak w umowie z zakresu POZ określić „liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń", nie da się bowiem z góry ustalić, ile np. porad lekarskich zostanie w danym miesiącu udzielonych, a ile dzieci - zaszczepionych. Sprzeciw budzi też konieczność określania w umowach cywilnoprawnych „harmonogramu godzin udzielania świadczeń": praktyka pokazuje, że harmonogram ten ulega częsty zmianom, co zmuszać będzie strony do częstych - być może: comiesięcznych - aneksów.	Uwaga częściowo uwzględniona Doprecyzowano, że liczbę wykonywanych zadań określa się, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy, usunięto wymóg dot. załączania harmonogramów.
389	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Art. 132aa i 132ab	PPOZ negatywnie ocenia też wprowadzenie obowiązku składania przez lekarzy oświadczeń o czasie pracy i wynagrodzeniu pod rygorem odpowiedzialności karnej oraz nałożenie na kierowników podmiotów leczniczych dotkliwych sankcji za naruszenie obowiązków z art. 132aa i 132ab u.ś.o.z. Niezależnie od skrajnie nieprecyzyjnego sposobu sformułowania art. 193 ust. 1 pkt 11 u.ś.o.z., regulacje takie nie powinny dotyczyć sektora prywatnego. Nie jest przy tym zrozumiałe, dlaczego tak wysoka sankcja ma być wymierzana za naruszenie obowiązków o charakterze administracyjnym, takich jako zapewnienie określonej treści umów zawartych z personelem.	Uwaga niezasadna Wymóg składania oświadczeń dot. wymiaru zatrudnienia jest niezbędny dla egzekwowania wprowadzonej normy maksymalnego łącznego czasu pracy medyka. Kierownik pomiotu nie będzie ponosić odpowiedzialności za nieprawidłowe oświadczenia pracownika medycznego.
390	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	art. 26 ustawy o dz. l.	Za całkowicie nieakceptowalne PPOZ uznaje zmiany wart. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W obecnym stanie prawnym przepisy tej ustawy dotyczące udzielania zamówień na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych stosuje się wyłącznie do publicznych podmiotów leczniczych, podlegających przepisom ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych. Tymczasem Projekt przewiduje rozszerzenie stosowania tego trybu na wszystkie podmioty lecznicze, bez względu na ich formę prawną i formę własności. Co więcej, przewiduje on stosowanie trybu konkursu ofert w odniesieniu do wszystkich podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, o ile dojdzie do przekroczenia progu 30.000 EURO wartości zamówienia. Biorąc pod uwagi zarobki personelu medycznego oraz konieczność uwzględnienia rocznych wynagrodzeń (art. 26a ust. 5 u.dl), stosowanie konkursu ofert przez świadczeniodawców POZ może być standardem, gdy idzie o zatrudnienie lekarzy	Uwaga niezasadna Rozszerzenie zakresu podmiotów, wobec których będą miały zastosowanie projektowane przepisy ma na celu zapewnieniem wyższego stopnia jawności życia publicznego, w tym wydatkowania środków publicznych.

			na umowy cywilnoprawne B2B. O ile regulacja ta jest zrozumiała w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dysponujących środkami publicznymi, o tyle jest nie do przyjęcia, gdy idzie o świadczeniodawców będących prywatnymi przedsiębiorcami. Zmuszanie prywatnych przedsiębiorców działających w sektorze ochrony zdrowia, by ci dokonywali wyboru swoich kontrahentów (tj. zatrudnianego na umowy B2B personelu) w trybie konkursu ofert - a nie np. w drodze zwykłego podpisania umowy - jest całkowicie bezzasadne, skoro personel ten nie jest opłacany ze środków publicznych, a prywatnych środków przedsiębiorcy. Także i w tym przypadku mamy więc do czynienia z nieproporcjonalnym naruszeniem zasady swobody działalności gospodarczej. Rozwiązanie to jest przy tym szczególnie absurdalne, gdy idzie o świadczeniodawców POZ. Należy przypomnieć, że w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nie przeprowadza się konkursu ofert, ale NFZ podpisuje umowę o udzielanie świadczeń z każdym podmiotem, który spełnia warunki do jej podpisania (art. 159 ust. 1 i 2 u.ś.o.z.). Świadczeniodawca taki, po podpisaniu umowy z NFZ, musiałby jednak przeprowadzić konkurs ofert w celu zatrudnienia lekarza POZ (np. na roczną umowę). Oznacza to, że NFZ, który w oparciu o zawartą z placówką POZ umowę wydatkowałby środki publiczne, byłby zwolniony z przeprowadzenia konkursu ofert - zaś niepubliczny świadczeniodawca POZ, który ze swoich, prywatnych już środków chciałby zatrudnić dodatkowego lekarza POZ, musiałby taki konkurs przeprowadzić. Rozwiązanie takie trudno ocenić inaczej niż jako absurdalne.	

WZROST ZATRUDNIENIA		2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
OW - liczba nowych pracowników	48	48									
DK - liczba nowych pracowników - lekarze, lekarze dentyści (co do zasady osoby realizujące czynności kontrolne)	95	14	9	9	9	9	9	9	9	9	9
DK - liczba nowych pracowników (bez lekarzy, lekarzy dentystów) - m.in. kontrolerzy, analitycy, prawnicy	257	26	26	26	26	26	26	26	25	25	25
RAZEM	**400**										

SZACOWANE KOSZTY	Przyjęte koszty na 1 etat:	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Razem	Uwagi
OW - roczny koszt zatrudnienia nowych pracowników	12 860,00	7 407 360,00	7 629 580,80	7 858 468,22	8 094 222,27	8 337 048,94	8 587 160,41	8 844 775,22	9 110 118,48	9 383 422,03	9 664 924,69	**84 917 081,06**	48 pracowników, zadania wynikające z art. 107 ust. 5 pkt. 8, wzięto pod uwagę średni koszt głównego specjalisty w OW NFZ (12.860,00 uwzględniając staż oraz koszt pracodawcy), koszt powiększony rok do roku o 3%
DK - roczny koszt nowych lekarzy, wyrównanie pensji już zatrudnionym	21 600,00	3 628 800,00	6 140 448,00	8 799 528,96	11 612 628,37	14 586 594,18	17 728 546,56	21 045 888,16	24 546 314,56	28 237 825,24	32 128 734,88	**168 455 308,91**	przyjęto średni koszt 18 tys zł brutto (z kosztami pracodawcy 21.686 zł), wg układu zbiorowego masymalna grupa zaszeregowania głównego specjalisty to kategoria X dla której maksymalny poziom wynagrodzenia to 18.700,00 zł, koszt powiększony rok do roku o 3%; koszulka 1804712 - propozycja zmian do układu zbiorowego dla lekarzy (wydzielenie tej grupy zawodowej, podniesienie wynagrodzenia); zgodnie z propozycją zmian przepisów - mozliwość zatrudnienia pracownika na innej podstawie niż stosunek pracy
DK - roczny koszt zatrudnienia pozostałych pracowników	11 445,00	3 570 840,00	7 355 930,40	11 364 912,47	15 607 813,12	20 095 059,40	24 837 493,41	29 846 387,92	34 964 551,47	40 362 943,09	46 053 770,11	**234 059 701,39**	przyjęto średni koszt 9,5 tys zł brutto (z kosztami pracodawcy 11.445 zł), koszt powiększony rok do roku o 3%
koszt wynajmu dodatkowej powierzchni	852,39	900 123,84	1 289 580,83	1 688 774,25	2 097 947,50	2 517 350,08	2 947 237,73	3 387 872,57	3 829 038,88	4 281 234,35	4 744 734,70	**27 683 894,72**	na podstawie danych z BAG, +2,5% rok do roku
koszt zakupy mebli	2 870,00	252 560,00	102 961,25	105 535,28	108 173,66	110 878,00	113 649,95	116 491,20	115 991,96	118 891,75	121 864,05	**1 266 997,12**	na podstawie danych z BAG, +2,5% rok do roku
sprzęt komputerowy	13 080,00	1 151 040,00	503 580,00	553 938,00	609 331,80	670 264,98	737 291,48	811 020,63	866 633,47	953 296,82	1 048 626,50	**7 905 023,67**	na podstawie danych z DI (bez kosztów dodatkowych pracowników), +10% rok do roku - wg DI inflacja w IT jest wyższa niż standardowa
Razem		**16 910 723,84**	**23 022 081,28**	**30 371 157,18**	**38 130 116,73**	**46 317 195,58**	**54 951 379,54**	**64 052 435,69**	**73 432 648,81**	**83 337 613,28**	**93 762 654,93**	**524 288 006,85**	

wynagrodzenie p	11 445,00	11 788,35	12 142,00	12 506,26	12 881,45	13 267,89	13 665,93	14 075,91	14 498,18	14 933,13
lekarze wynagro	21600	22248	22915,44	23602,9032	24310,9903	25040,32	25791,52961	26565,27549	27362,23376	28183,10077
meble	2870	2941,75	3015,29375	3090,676094	3167,942996	3247,141571	3328,32011	3411,528113	3496,816316	3584,236724
inf	13080	14388	15826,8	17409,48	19150,428	21065,4708	23172,01788	25489,21967	28038,14163	30841,9558

Rok	Wartość nałozonych sankcji finansowych	Poziom zatrudnienia	wzrost zatrudnienia		współczynnik efektywności	Szacowane skutki finansowe razem	Dodatkowy efekt finansowy uwzględniający założony wzrost zatrudnienia	Koszty OSR (poprawione)	efekt persaldo
2022	88 306 185,51 zł	509							
2023	135 861 478,09 zł	509							
2024	133 992 165,31 zł	509							
2025	156 955 850,87 zł	509							
2026	211 325 055,50 zł	509							
2027		628	119	23,4%	1,2	200 989 830,25 zł	44 033 979,38 zł	16 910 723,84	27 123 255,54 zł
2028		663	35	30,3%	1,2	213 941 000,66 zł	56 985 149,79 zł	23 022 081,28	33 963 068,50 zł
2029		698	35	37,1%	1,2	226 892 171,06 zł	69 936 320,19 zł	30 371 157,18	39 565 163,01 zł
2030		733	35	44,0%	1,2	239 843 341,47 zł	82 887 490,60 zł	38 130 116,73	44 757 373,87 zł
2031		768	35	50,9%	1,2	252 794 511,88 zł	95 838 661,00 zł	46 317 195,58	49 521 465,43 zł
2032		803	35	57,8%	1,2	265 745 682,28 zł	108 789 831,41 zł	54 951 379,54	53 838 451,87 zł
2033		838	35	64,6%	1,2	278 696 852,69 zł	121 741 001,82 zł	64 052 435,69	57 688 566,13 zł
2034		872	34	71,3%	1,2	291 277 989,65 zł	134 322 138,78 zł	73 432 648,81	60 889 489,98 zł
2035		906	34	78,0%	1,2	303 859 126,62 zł	146 903 275,75 zł	83 337 613,28	63 565 662,47 zł
2036		940	34	84,7%	1,2	316 440 263,58 zł	159 484 412,71 zł	93 762 654,93	65 721 757,78 zł

WZROST ZATRUDNIENIA		2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
OW - liczba nowych pracowników	48	48									
DK - liczba nowych pracowników - lekarze, lekarze dentyści (co do zasady osoby realizujące czynności kontrolne)	95	14	9	9	9	9	9	9	9	9	9
DK - liczba nowych pracowników (bez lekarzy, lekarzy dentystów) - m.in. kontrolerzy, analitycy, prawnicy	257	26	26	26	26	26	26	26	25	25	25
RAZEM	**400**										
		628	663	698	733	768	803	838	872	906	940

SZACOWANE KOSZTY	Przyjęte koszty na 1 etat:	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Razem	Uwagi
OW - roczny koszt zatrudnienia nowych pracowników	12 860,00	7 407 360,00	7 629 580,80	7 858 468,22	8 094 222,27	8 337 048,94	8 587 160,41	8 844 775,22	9 110 118,48	9 383 422,03	9 664 924,69	**84 917 081,06**	48 pracowników, zadania wynikające z art. 107 ust. 5 pkt. 8, wzięto pod uwagę średni koszt głównego specjalisty w OW NFZ (12.860,00 uwzględniając staż oraz koszt pracodawcy), koszt powiększony rok do roku o 3%
DK - roczny koszt nowych lekarzy, wyrównanie (?) pensji już zatrudnionym	21 600,00	3 628 800,00	6 140 448,00	8 799 528,96	11 612 628,37	14 586 594,18	17 728 546,56	21 045 888,16	24 546 314,56	28 237 825,24	32 128 734,88	**168 455 308,91**	przyjęto średni koszt 18 tys zł brutto (z kosztami pracodawcy 21.686 zł), wg układu zbiorowego masymalna grupa zaszeregowania głównego specjalisty to kategoria X dla której maksymalny poziom wynagrodzenia to 18.700,00 zł, koszt powiększony rok do roku o 3%; koszulka 1804712 - propozycja zmian do układu zbiorowego dla lekarzy (wydzielenie tej grupy zawodowej, podniesienie wynagrodzenia); zgodnie z propozycją zmian przepisów - mozliwość zatrudnienia pracownika na innej podstawie niż stosunek pracy
DK - roczny koszt zatrudnienia pozostałych pracowników, w tym: 115 kontrolerów,	11 445,00	3 570 840,00	7 355 930,40	11 364 912,47	15 607 813,12	20 095 059,40	24 837 493,41	29 846 387,92	34 964 551,47	40 362 943,09	46 053 770,11	**234 059 701,39**	przyjęto średni koszt 9,5 tys zł brutto (z kosztami pracodawcy 11.445 zł), koszt powiększony rok do roku o 3%
Razem		**14 607 000,00**	**21 125 959,20**	**28 022 909,65**	**35 314 663,77**	**43 018 702,51**	**51 153 200,38**	**59 737 051,29**	**68 620 984,50**	**77 984 190,36**	**87 847 429,68**	**487 432 091,35**	

TABELA - SZACOWANE WYLICZENIA DOCHODU Z TYTUŁU PODATKU PIT OD WYNAGRODZEŃ

SZACOWANE DOCHODY z zaliczki na PIT	SZACOWANE DOCHODY MIESIĘCZNE 1 etat	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Razem
OW - roczny koszt zatrudnienia nowych pracowników	1 210,00	696 960	717 869	739 405	761 587	784 435	807 968	832 207	857 173	882 888	909 376	**7 989 866**
DK - roczny koszt nowych lekarzy, wyrównanie pensji już zatrudnionym	2 289,00	384 552	653 844	940 800	1 246 728	1 572 600	1 918 680	2 286 432	2 676 828	3 089 808	3 527 160	**18 297 432**
DK - roczny koszt zatrudnienia pozostałych pracowników	1 043,00	325 416	676 416	1 054 872	1 462 656	1 898 520	2 368 080	2 867 592	3 385 692	3 936 576	4 524 228	**22 500 048**
Razem		**1 406 928**	**2 048 129**	**2 735 077**	**3 470 971**	**4 255 555**	**5 094 728**	**5 986 231**	**6 919 693**	**7 909 272**	**8 960 764**	**48 787 346**

TABELA - SZACOWANE WPŁYWY Z TYTUŁU SKŁADEK OD WYNAGRODZEŃ

Pozycja	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Razem
ZUS pracownik	1 661 034	2 403 935	3 189 925	4 020 897	4 898 869	5 825 903	6 804 124	7 816 600	8 883 685	10 007 769	55 512 740
ZUS pracodawca	1 645 846	2 968 536	3 939 121	4 965 273	6 049 438	7 194 192	8 402 171	9 652 453	10 970 165	12 358 250	68 145 445
ZUS RAZEM	3 306 879	5 372 471	7 129 046	8 986 170	10 948 307	13 020 096	15 206 295	17 469 053	19 853 850	22 366 019	**123 658 185**
NFZ	940 903	1 361 724	1 806 949	2 277 659	2 774 997	3 300 114	3 854 241	4 427 767	5 032 218	5 668 973	**31 445 544**
Fundusz Pracy	238 176	429 586	570 041	718 537	875 432	1 041 095	1 215 921	1 396 827	1 587 533	1 788 412	**9 861 559**
Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	**4 485 958**	**7 163 780**	**9 506 035**	**11 982 366**	**14 598 736**	**17 361 304**	**20 276 457**	**23 293 647**	**26 473 600**	**29 823 404**	**164 965 288**

Założenie	Wartość
Udział budżetu państwa	15%
Udział JST	85%
Suma udziałów	100%

Podział	Budżet państwa										
Stawka	15%										
SZACOWANE DOCHODY z zaliczki na PIT	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**	**Razem**
OW - roczny koszt zatrudnienia nowych pracowników	104 544	107 680	110 911	114 238	117 665	121 195	124 831	128 576	132 433	136 406	1 198 480
DK - roczny koszt nowych lekarzy, wyrównanie pensji już zatrudnionym	57 683	98 077	141 120	187 009	235 890	287 802	342 965	401 524	463 471	529 074	2 744 615
DK - roczny koszt zatrudnienia pozostałych pracowników	48 812	101 462	158 231	219 398	284 778	355 212	430 139	507 854	590 486	678 634	3 375 007
Razem	**211 039**	**307 219**	**410 262**	**520 646**	**638 333**	**764 209**	**897 935**	**1 037 954**	**1 186 391**	**1 344 115**	**7 318 102**

Podział	Jednostki samorządu terytorialnego										
Stawka	85%										
SZACOWANE DOCHODY z zaliczki na PIT	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**	**Razem**
OW - roczny koszt zatrudnienia nowych pracowników	592 416	610 188	628 494	647 349	666 770	686 773	707 376	728 597	750 455	772 969	6 791 386
DK - roczny koszt nowych lekarzy, wyrównanie pensji już zatrudnionym	326 869	555 767	799 680	1 059 719	1 336 710	1 630 878	1 943 467	2 275 304	2 626 337	2 998 086	15 552 817
DK - roczny koszt zatrudnienia pozostałych pracowników	276 604	574 954	896 641	1 243 258	1 613 742	2 012 868	2 437 453	2 877 838	3 346 090	3 845 594	19 125 041
Razem	**1 195 889**	**1 740 909**	**2 324 815**	**2 950 325**	**3 617 222**	**4 330 519**	**5 088 296**	**5 881 739**	**6 722 881**	**7 616 649**	**41 469 244**