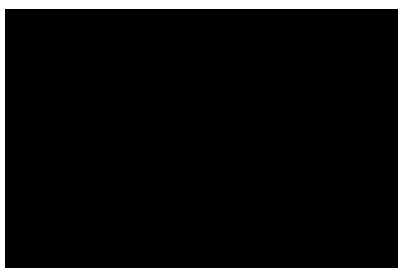




DLU.055.46.2026.RB
Warszawa, 17 września 2026



Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję z dnia 28 sierpnia 2026 r., dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska, w odniesieniu po poszczególnych żądań petycji:

- 1. dopuszczenie w POZ umów ramowych, w których rodzaj powierzanych zadań jest określony w umowie, natomiast rzeczywista liczba zadań, liczba godzin i szczegółowy harmonogram pracy osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych mogą być ustalane lub wykazywane okresowo, w szczególności na kolejny miesiąc, bez konieczności każdorazowego aneksowania umowy; w przypadku gdy projekt wymaga wskazania maksymalnej liczby godzin, wartość ta powinna mieć charakter ramowy, a miesięczny grafik powinien odzwierciedlać rzeczywistą dostępność; należy również wyraźnie dopuścić miesiące, w których dana osoba nie udziela świadczeń.*

Projektowane przepisy określające minimalną treść umów zawieranych z pracownikami medycznymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały zmodyfikowane w toku konsultacji publicznych. Zgodnie z nowym brzmieniem tych przepisów umowa o pracę powinna określać rodzaj pracy oraz liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej - jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy, a ponadto maksymalny miesięczny wymiar czasu pracy i maksymalne miesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące. Natomiast umowa, na podstawie której powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, powinna określać w szczególności liczbę godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stawkę godzinową brutto oraz maksymalny miesięczny wymiar zatrudnienia i maksymalne miesięczne wynagrodzenie.

- 2. zapewnienie analogicznej elastyczności w projektowanej umowie o podwykonawstwo oraz wyłączenie małych kontraktów POZ spod*

obowiązkowego konkursu ofert albo wprowadzenie jasnego wyjątku pozwalającego na bezpośrednie zawarcie umowy w przypadku braku realnej konkurencji na lokalnym rynku pracy, niewielkiego wymiaru świadczeń lub konieczności szybkiego zabezpieczenia dostępności;

Umowa na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych (tzw. umowa o podwykonawstwo), o której mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, już w obecnym stanie prawnym dotyczy pomiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ. Brak jest uzasadnienia dla wyłączenia podmiotów realizujących umowy z tego zakresu z projektowanej regulacji. Ponadto, umowa może określać inne elementy niż wymienione w art. 27 ust. 4 omawianej ustawy, tak aby dostosować ją do specyfiki działalności leczniczej prowadzonej przez danego podwykonawcę.

3. *jednoznaczne dopuszczenie elastycznych modeli wynagradzania, obejmujących obok podstawowej stawki godzinowej także dodatkowe wynagrodzenie zadaniowe oraz wynagrodzenie zależne od liczby lub wartości świadczeń rzeczywiście wykonanych przez daną osobę, w tym ustalone jako określony udział w wartości tych świadczeń, pod warunkiem że łączne wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń finansowanych przez NFZ, przeliczone na rzeczywistą liczbę godzin ich udzielania w miesięcznym okresie rozliczeniowym, nie przekracza ustawowego limitu;*

Wprowadzony w projekcie ustawy zakaz ustalania wynagrodzenia pracownika medycznego, jako określonego udziału procentowego w wartości kontraktu, nie wyklucza wynagradzania w zależności od efektywności pracy danej osoby, w szczególności np. liczby wykonanych procedur. Natomiast wynagrodzenie to, przy przeliczeniu na liczbę godzin, nie może przekraczać ustalonego limitu. Jednocześnie, po analizie uwag zgłoszonych w konsultacjach publicznych projektu, rozszerzono przepisy dot. dodatków do wynagrodzenia zasadniczego, a w szczególności uwzględniono możliwość przyznawania dodatków motywacyjnych.

4. *uwzględnienie zasady proporcjonalności przy stosowaniu maksymalnej stawki godzinowej, w szczególności poprzez wyłączenie albo możliwość odstępstwa dla niewielkich kontraktów w POZ i przypadków, w których przy stawce mieszczącej się w ustawowym limicie nie można pozyskać lekarza, a zagrożona jest dostępność świadczeń; w przypadku POZ położonych poza dużymi ośrodkami miejskimi należy dodatkowo dopuścić odrębny, ustawowo określony i limitowany ryczałt dojazdowy uwzględniający odległość lub czas dojazdu albo zwrot udokumentowanych kosztów przejazdu, niewliczane do maksymalnej stawki godzinowej;*

Maksymalna stawka godzinowa została ustalona na stosunkowo wysokim poziomie - stawka za godzinę pracy medyka w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia miesięcznego. Nie ma uzasadnienia dla stosowania wyjątków od tej wysokości (poza wyjątkami wskazanymi w art. 132ab ust. 6, szczególnie, że jednocześnie wprowadzono możliwość przyznawania dodatków motywacyjnych. Odliczanie kosztów dojazdu do pracy jest materiałą prawa podatkowego (koszty uzyskania przychodu) i nie powinno być odrębnie regulowane w odniesieniu do pracowników medycznych.

5. *monitorowanie wpływu obowiązku minimalnego wymiaru zatrudnienia w leczeniu szpitalnym i przyszpitalnej AOS - z uwzględnieniem wyjątków wprowadzonych w wersji projektu po konsultacjach - na liczbę lekarzogodzin dostępnych dla POZ oraz przewidzenie mechanizmu korekcyjnego, jeżeli*

regulacja pogorszy dostępność podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w małych miejscowościach i na terenach wiejskich;

Efekty wprowadzanych regulacji, w tym w zakresie ustanowionego minimalnego wymiaru czasu pracy przy udzielaniu świadczeń szpitalnych i w ramach AOS w poradniach przyszpitalnych, będą na bieżąco monitorowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. Niemniej jednak nie wydaje się, aby akurat te regulacje mogły wywrzeć wpływ na dostępność świadczeń w POZ.

- 6. zapewnienie proporcjonalności odpowiedzialności kierownika małego podmiotu POZ, w szczególności przez pierwszeństwo wezwania do usunięcia nieumyślnych lub formalnych nieprawidłowości przed zastosowaniem grzywny, niewymaganie od kierownika odpowiedzialności za dane, których nie ma realnej możliwości samodzielnie zweryfikować, oraz zapewnienie narzędzia NFZ pozwalającego sprawdzić, czy łączny wymiar pracy danej osoby pozostaje w ustawowym limicie, bez ujawniania danych o jej umowach z innymi świadczeniodawcami;*

Do nakładania grzywien przewidzianych w projektowanej ustawie będą miały zastosowanie ogólne zasady określone w Kodeksie wykroczeń i Kodeksie postępowania w sprawach o wykroczenia. kierownik podmiotu leczniczego odpowiada tylko za własne działania lub zaniechania, a nie za nieprawidłowe działania pracowników medycznych, w szczególności za błędne oświadczenia.

Od 1 listopada 2026 r., na podstawie znowelizowanego rozporządzenia określającego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do NFZ będą przekazywane dane pozwalające zidentyfikować osobę udzielającą świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Ma to przede wszystkim umożliwić wykrywanie sytuacji, w których ta sama osoba jest wykazywana jako udzielająca świadczeń w tym samym czasie w różnych placówkach, ale jednocześnie umożliwi NFZ kontrolę przestrzegania wprowadzanych norm w zakresie maksymalnego czasu pracy medyków. NFZ będzie uprawniony do przetwarzania danych pracowników medycznych, dot. zatrudnienia i czasu pracy, wyłącznie w celu egzekwowania wprowadzanych w tym zakresie norm i nie będzie, co oczywiste, upoważniony do ujawniania danych uzyskanych w toku kontroli.

- 7. wydłużenie przewidzianego w wersji projektu po konsultacjach sześciomiesięcznego okresu dostosowawczego do co najmniej 12 miesięcy w przypadku małych podmiotów POZ albo wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego dalsze wykonywanie istniejących umów do czasu ich rzeczywistego dostosowania, jeżeli personel nadal chce wykonywać świadczenia, a rozwiązanie umowy mogłoby zagrozić dostępności;*

W przepisie przejściowym zawartym w art. 4 projektowanej ustawy przewidziano 12 miesięczny okres na dostosowanie umów z pracownikami medycznymi do wymogów wprowadzonych w dodawanych art. 132aa i 132 ab ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 8. Dokonanie odrębnej oceny skutków regulacji dla POZ, z uwzględnieniem wielkości populacji objętej opieką, lokalizacji miejskiej lub wiejskiej, odległości od dużych ośrodków, lokalnej dostępności kadr oraz funkcjonowania świadczeniodawcy w więcej niż jednym miejscu udzielania świadczeń.*

Przeprowadzenie takiej analizy nie było uzasadnione ze względu na ograniczenie oddziaływania regulacji w zakresie minimalnego wymiaru zatrudnienia do świadczeń szpitalnych i AOS w poradniach przyszpitalnych.

Z wyrazami szacunku,
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/