Warszawa, 02-11-2026 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

V.7010.92.2026.ŁK

Pani Beata Małecka-Libera

Senator RP

Przewodnicząca Komisji Zdrowia

Senatu RP

Via ePUAP

Szanowna Pani Przewodnicząca, Szanowna Pani Senator,

w związku z otrzymanymi sygnałami, Rzecznik Praw Obywatelskich dokonał analizy wybranych regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 22 października 2026 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 893 Senatu RP XI kadencji). Wyniki tej analizy wskazują na istnienie istotnych wątpliwości dotyczących niektórych przyjętych rozwiązań. Mając na względzie prace, toczące się obecnie w Senacie RP nad wspomnianą ustawą, pozwalam sobie przekazać na ręce Pani Przewodniczącej (a za Pani pośrednictwem także pozostałym członkom Komisji) opinię do niektórych zmian wprowadzanych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025r. poz. 1461 ze zm.).

Zgodnie z art. 64a ust. 1 Prezes Funduszu, w drodze decyzji, orzeka wobec lekarza lub lekarza dentysty **zakaz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze**

środków publicznych, zwany dalej „zakazem”, jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w dziale IIIA, czynności sprawdzających, o których mowa w art. 61w, lub na podstawie informacji przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalono, że osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej umyślnie, wiedząc o niezgodności ze stanem faktycznym:

1) poświadczyła nieprawdę co do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, w szczególności co do wykonania procedury medycznej w dokumentacji medycznej lub w dokumencie stanowiącym podstawę rozliczenia świadczenia z Funduszem;
2) poświadczyła nieprawdę co do czasu lub miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w ewidencji czasu pracy, harmonogramie pracy, rachunku lub innym dokumencie stanowiącym podstawę rozliczenia ze świadczeniodawcą lub z Funduszem;
3) wystawiła zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 854 i 1123), niezgodnie ze stanem faktycznym;
4) wystawiła zaświadczenie, orzeczenie lub inny dokument niezgodny ze stanem faktycznym w celu osiągnięcia przez pacjenta lub inną osobę korzyści osobistej lub majątkowej.

Powyższy zakaz orzeka się na okres od 1 miesiąca do 8 lat (art. 64a ust. 2 ustawy). Prezes Funduszu na podstawie art. 64a ust. 4 ustawy orzeka też zakaz dożywotnio wobec lekarza lub lekarza dentysty, który, po rozpoczęciu obowiązywania wcześniej orzeczonego zakazu, ponownie dopuścił się naruszenia:

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

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

Podkreślenia wymaga, że decyzja o orzeczeniu zakazu podlega natychmiastowemu wykonaniu. Zakaz obowiązuje od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji (art. 64b ust. 4 ustawy).

Nie powinno budzić wątpliwości, że wprowadzany wskazanymi przepisami zakaz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w istocie odpowiada swoją treścią środkowi karnemu opisanemu w art. 40 § 1aa pkt 3 k. k. W świetle tego przepisu sąd orzeka zakaz wykonywania wszelkiej lub określonej pracy na podstawie stosunku pracy, umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub umowy o dzieło – w organach i instytucjach państwowych i samorządu terytorialnego, a także w spółkach prawa handlowego, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego posiadają bezpośrednio lub pośrednio przez inne podmioty co najmniej 10% akcji lub udziałów.

W doktrynie wskazuje się zaś (por. „Kodeks karny. Część ogólna", t. I, cz. I, komentarz do art. 1-52 pod red. W. Wróbla i A. Zolla, wyd. V, WK 2016), że różnica pomiędzy karami a środkami karnymi ma raczej charakter formalny niż merytoryczny, są one orzekane za popełnione przestępstwo, wymierzane są przez sądy oraz zawsze zawierają większy lub mniejszy ładunek dolegliwości. O ich retrybutywnym założeniu świadczy zaś nazwa „środki karne."

Powyższe pozwala na postawienie tezy, że rzeczywistym celem omawianych przepisów nie jest załatwienie sprawy administracyjnej, lecz wymierzenie lekarzowi kary. Odpowiedzialność karna w rozumieniu art. 42 ust. 1 Konstytucji RP obejmuje każdy rodzaj odpowiedzialności, w ramach której względem jednostki stosuje się

środki prawne mające postać kary. Środki te służą wyrażeniu negatywnej oceny i potępieniu popełnionego czynu. Ich celem jest też powstrzymanie innych osób od naruszania danej normy oraz zaspokojenie naruszonego poczucia sprawiedliwości. Odpowiedzialność karna obejmuje każdy rodzaj odpowiedzialności, który realizuje funkcję represyjną polegającą na ograniczeniu praw lub wolności konstytucyjnych (m. in. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z: dnia 3 listopada 2004 r., sygn. K 18/03; dnia 12 kwietnia 2011 r., sygn. P 90/08; dnia 21 października 2014 r., sygn. P 50/13).

Przewidziane przepisami ustawy będącej przedmiotem prac legislacyjnych zakazy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z całą pewnością służą wyrażeniu negatywnej oceny i potępieniu czynów popełnionych przez lekarza, przybierających postać poświadczenia nieprawdy czy też działań niezgodnych ze stanem faktycznym. Zakazy te mają również charakter represyjny, mogą zostać bowiem orzeczone przez organ administracji publicznej nawet dożywotnio ograniczając wolność wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP). Dlatego też tak ukształtowane środki z punktu widzenia standardów konstytucyjnych nie mieszczą się w zakresie zadań administracji publicznej.

Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego prawem do sądu objęte są wszelkie sytuacje, w których pojawia się konieczność rozstrzygania o prawach podmiotu w relacji do innych równorzędnych podmiotów lub w relacji do władzy publicznej, a jednocześnie natura danych stosunków pranych wyklucza arbitralność rozstrzygania o sytuacji prawnej podmiotu przez drugą stronę tego stosunku (por. wyroki z dnia: 10 maja 2000 r., sygn. K 21/99; 25 lutego 2002 r., sygn. SK 29/01; 13 marca 2012 r., sygn. P 39/10; 22 stycznia 2013 r., sygn. SK 18/11). Rozstrzyganie o odpowiedzialności karnej w rozumieniu konstytucyjnym, w tym wymierzanie w ramach tego środków pokrywających się treściowo ze środkami karnymi opisanymi w Kodeksie karnym, mieści się więc w pojęciu „sprawy” w rozumieniu art. 45 ust. 1 Konstytucji RP i stanowi wymierzanie sprawiedliwości. Stanowi więc domenę sądów, a

nie administracji publicznej. Potwierdza to art. 42 ust. 3 Konstytucji RP, z którego treści wynika, że każdego uważa się za niewinnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu. To sąd więc, a nie organ administracji publicznej może w sposób wiążący ustalić czy dany lekarz działając umyślnie poświadczył nieprawdę bądź wystawił zaświadczenie niezgodne ze stanem faktycznym. Tymczasem ustawa powierza te konstytucyjne kompetencje sądu organowi administracji publicznej, dodatkowo czyniąc jego decyzję natychmiast wykonalną.

Przyjęta w tym zakresie konstrukcja prawna zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich narusza art. 42 ust. 3, art. 45 ust. 1 i art. 175 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie bowiem z Konstytucją, to sądy, a nie administracja publiczna, wymierzają sprawiedliwość i tylko one w myśl Konstytucji mogą uchylić prawomocnym wyrokiem zasadę domniemania niewinności. Zaproponowane w tym zakresie rozwiązanie pozostaje także w kolizji z zasadą podziału władzy (art. 10 Konstytucji RP), skoro ustawa powierza wykonywanie funkcji stanowiącej istotę władzy sądowniczej organowi administracji publicznej będącemu elementem władzy wykonawczej.

Tej samej natury zastrzeżenia należy podnieść w stosunku do dodawanego nowelizacją do art. 12 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.) ust. 4 – 6. Z zaproponowanego art. 12 ust. 4 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynika, że pacjent ma prawo do informacji, że lekarz, który ma udzielić świadczenia zdrowotnego, jest objęty zakazem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje tę informację (art. 12 ust. 5 tej ustawy) w sposób wyraźny i zrozumiały:

1) przy rejestracji na świadczenie zdrowotne, w tym dokonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;
2) przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego;

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

Wskazane przepisy przewidują więc podanie do wiadomości publicznej, nawet przed upływem terminu do wniesienia odwołania od decyzji, że dany lekarz dopuścił się czynu polegającego na umyślnym poświadczeniu nieprawdy oraz umyślnym wystawianiu zaświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym. W tym zakresie więc przepisy te swoją treścią odpowiadają środkowi karnemu określonemu w art. 39 pkt 8 k. k. , z tym że podanie do publicznej wiadomości nie następuje na podstawie prawomocnego wyroku sądowego, lecz na podstawie decyzji administracyjnej, od której stornie może jeszcze służyć odwołanie do sądu.

Również więc w zakresie zaproponowanej treści art. 12 ust. 4-6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uzasadniona jest ocena, że narusza ona art. 10, art. 42 ust. 3, art. 45 ust. 1 i art. 175 ust. 1 Konstytucji RP. Organ administracji publicznej wydając decyzję natychmiast wykonalną wkracza bowiem w chronioną konstytucyjnie materię czci i dobrego imienia lekarzy, bez uprzedniego obalenia przez sąd konstytucyjnej zasady domniemania niewinności. Wkroczenie to ma zaś charakter nieproporcjonalnej ingerencji w te konstytucyjnie chronione wartości, co dodatkowo powoduje, że w zaproponowanym kształcie przepisy art. 12 ust. 4-6 tej ustawy są również niezgodne z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Stosownie do dodawanego do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 61ba ust. 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 kontrolnych, o których mowa w dziale IIIa ustawy. Artykuł 61ba ust. 2 ustawy, wśród dokumentacji, do której Prezes Funduszu ma uzyskiwać dostęp wymienia dokumentację medyczną i dokumentację „kadrową" dotyczącą osób wykonujących zawód medyczny. W odniesieniu do dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem, ustawodawca zastrzega obowiązek jej udostępnienia jedynie w zakresie niezbędnym do weryfikacji wspomnianej dokumentacji „kadrowej". Zgodnie natomiast z dodawanym do ustawy art. 192a ust. 1 pkt 4, Fundusz może zwrócić się z wnioskiem do świadczeniodawcy **nieposiadającego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – o nieodpłatne udostępnienie dokumentacji osób wykonujących zawód medyczny oraz – w zakresie niezbędnym do weryfikacji tej dokumentacji – także dokumentacji medycznej**.

Przytoczone regulacje rozszerzą dotychczasowy zakres informacji i danych, do których dostęp miał Prezes Funduszu (Fundusz). Wraz z wejściem w życie komentowanej ustawy, zyska on uprawnienie do dostępu do dokumentacji związanej z „komercyjną" działalnością wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terytorium RP; zarówno takich, które obok działalności „komercyjnej" są związane umową z Funduszem, jak i takich, które świadczenia opieki zdrowotnej udzielają wyłącznie na zasadach komercyjnych. Niewątpliwie dostęp do danych i informacji na zasadach określonych przytoczonymi przepisami, stanowić będą ingerencję w autonomię informacyjną osób wykonujących zawody medyczne, a nade wszystko pacjentów, do których dokumentacji medycznej, Fundusz uzyska dostęp. Rodzi do po stronie ustawodawcy obowiązek oceny przyjmowanych rozwiązań przez pryzmat zasad, na jakich Konstytucja RP dopuszcza ograniczenia wolności i praw jednostki, w tym

statuowanego art. 47 prawa do prywatności, przede wszystkim zasadę proporcjonalności wynikającą z art. 31 ust. 3 zd. pierwsze Konstytucji RP.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (por. wyroki z 20 czerwca 2005 r. sygn. K 4/04; z 22 września 2005 r. sygn. Kp 1/05; z 23 kwietnia 2008 r. sygn. SK 16/07; 17 czerwca 2008 r. sygn. K 8/04) wskazuje się, że ustalenie, czy norma wprowadzająca ograniczenie wolności i praw jednostki jest proporcjonalna w ujęciu art. 31 ust. 3 zd. pierwsze Konstytucji RP, wymaga udzielenia twierdzącej odpowiedzi na trzy pytania: 1) czy jest ona w stanie doprowadzić do zamierzonych przez ustawodawcę skutków (przydatność normy); 2) czy jest ona niezbędna (konieczna) dla ochrony interesu publicznego, z którym jest owiązana (konieczność podjęcia przez ustawodawcę działania); 3) czy jej efekty pozostają w proporcji do nałożonych przez nią na obywatela ciężarów lub ograniczeń (proporcjonalność sensu stricto).

W odniesieniu do przyjętych komentowaną nowelą rozwiązań, zasadnicze wątpliwości należy wyrazić co najmniej co do drugiego ze wskazanych elementów zasady proporcjonalności, tj. niezbędności ich wprowadzenia dla ochrony interesu publicznego.

Zgodnie z uzasadnieniem do rządowego projektu ustawy, który legł u podstaw komentowanej nowelizacji, omawiane zmiany mają 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. [podkr. własne]”[1].

Przy tak zdefiniowanym przez samego projektodawcę noweli celu omawianych regulacji, brak niezbędności wynikającej z nich ingerencji w autonomię informacyjną osób fizycznych wydaje się oczywisty. Skoro deklarowanym celem jest wyłącznie „informacja i analiza” a nie kontrola konkretnych nieprawidłowości, to tak szeroki, jak to wynika z przyjętych regulacji dostęp Prezesa Funduszu do danych osobowych osób wykonujących zawody medyczne bez związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a nade wszystko, dostęp (nawet ograniczony) do dokumentacji medycznej „komercyjnych” świadczeń, nie znajduje uzasadnienia. Podkreślić bowiem należy, że realizację deklarowanych celów „informacyjnych i analitycznych” zapewni dostęp chociażby do oświadczeń o łącznym maksymalnym wymiarze czasu zatrudnienia, jakie osoby wykonujące zawody medyczne zobligowane będą składać w związku z zatrudnieniem przez świadczeniodawcę w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wprowadzane komentowaną nowelą art. 132aa i następne ustawy).

Z wyrazami szacunku

Stanisław Trociuk

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/

[1] s. 11-12 uzasadnienia do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, druk nr 3157 Sejmu RP X kadencji.