

USTAWA
z dnia 2026 r.
o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych

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, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) zasady społecznej kontroli rzetelności korzystania ze środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej;”;

2) po art. 61zb dodaje się dział IIIB w brzmieniu:

„DZIAŁ IIIB
Rady pacjentów i społeczna kontrola finansowania świadczeń

Art. 61zc. 1. Tworzy się powiatowe rady pacjentów, wojewódzkie rady pacjentów oraz Krajową Radę Pacjentów, zwane dalej „radami pacjentów”.

2. Rady pacjentów tworzą samorząd świadczeniobiorców w sprawach społecznej kontroli rzetelności korzystania ze środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Rady pacjentów nie są organami Funduszu ani organami jednostek samorządu terytorialnego.

4. Rady pacjentów działają niezależnie. Fundusz zapewnia radom pacjentów obsługę techniczno-organizacyjną, bez prawa wydawania im poleceń co do treści rozstrzygnięć.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad radami pacjentów wyłącznie pod względem legalności. Nadzór ten nie obejmuje oceny celowości, słuszności ani kierunku rozstrzygnięć rad pacjentów.

6. Rady pacjentów nie zastępują sądów, organów odpowiedzialności zawodowej ani organów uprawnionych do pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W granicach niniejszego działu mogą jednak oceniać, czy sposób udzielania, organizacji, dokumentowania lub finansowania świadczeń narusza minimalne warunki zaufania publicznego z perspektywy świadczeniobiorców jako osób współfinansujących świadczenia ze środków publicznych.

7. Ilekroć w niniejszym dziale jest mowa o:

1) wyłączeniu z finansowania publicznego – rozumie się przez to czasowy zakaz finansowania ze środków Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez wskazanego świadczeniodawcę, podwykonawcę, osobę uczestniczącą w realizacji świadczeń lub podmiot powiązany, w zakresie, na obszarze i na okres określone w decyzji rady pacjentów;

- 2) osobie uczestniczącej w realizacji świadczeń – rozumie się przez to osobę wykonującą zawód medyczny albo inną osobę, której czynności mają istotny wpływ na udzielanie, organizację, dostępność, dokumentowanie lub rozliczanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
- 3) podmiocie powiązanym – rozumie się przez to podmiot, nad którym osoba lub podmiot objęte wyłączeniem z finansowania publicznego sprawują kontrolę, w którym są beneficjentem rzeczywistym, wspólnikiem, akcjonariuszem albo członkiem organu, albo który działa za ich pośrednictwem lub na ich rzecz w celu obejścia wyłączenia.

Art. 61zd. 1. Powiatowa rada pacjentów liczy 7 członków. W mieście na prawach powiatu liczącym powyżej 500 000 mieszkańców powiatowa rada pacjentów liczy 9 członków. Wojewódzka rada pacjentów liczy 15 członków. Krajowa Rada Pacjentów liczy 16 członków.

2. Kadencja rady pacjentów trwa 4 lata.

3. Członków powiatowej rady pacjentów wybierają świadczeniobiorcy zamieszkujący na obszarze powiatu, w wyborach powszechnych, równych, bezpośrednich i tajnych.

4. Członków wojewódzkiej rady pacjentów wybierają, spośród siebie, członkowie powiatowych rad pacjentów z obszaru województwa, w głosowaniu tajnym, w sposób sprzyjający równomiernej reprezentacji powiatów. Krajową Radę Pacjentów tworzą członkowie wybrani przez wojewódzkie rady pacjentów, po jednym z każdego województwa.

5. Wybory do rad pacjentów przeprowadza się z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego zapewniającego identyfikację świadczeniobiorcy, w szczególności Internetowego Konta Pacjenta, oraz z zapewnieniem alternatywnego sposobu oddania głosu przez osoby wykluczone cyfrowo.

6. Kandydatem na członka rady pacjentów może być osoba, która:

- 1) ukończyła 18 lat;
- 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych i korzysta z pełni praw publicznych;
- 3) ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 4) stale zamieszkuje na obszarze działania rady, do której kandyduje;
- 5) nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego albo umyślne przestępstwo skarbowe.

7. Członkiem rady pacjentów nie może być osoba, która w dniu zgłoszenia kandydatury albo w okresie 2 lat poprzedzających ten dzień:

- 1) była pracownikiem lub współpracownikiem Funduszu, ministra właściwego do spraw zdrowia albo Rzecznika Praw Pacjenta, jeżeli wykonywała zadania związane z finansowaniem, kontrolą lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) była świadczeniodawcą, podwykonawcą świadczeniodawcy, członkiem organu, wspólnikiem, akcjonariuszem, beneficjentem rzeczywistym, pracownikiem lub osobą świadczącą usługi na rzecz świadczeniodawcy albo podwykonawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) wykonywała zawód medyczny w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 4) była członkiem organu samorządu zawodowego zawodu medycznego albo pełniła funkcję kierowniczą w organizacji zrzeszającej świadczeniodawców;
- 5) prowadziła działalność gospodarczą, pozostawała w stosunku pracy albo świadczyła usługi na rzecz przedsiębiorcy, którego zasadnicza działalność dotyczy produktów leczniczych, wyrobów medycznych, aptek, ubezpieczeń zdrowotnych lub odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

8. Członkowi rady pacjentów przysługuje zwrot kosztów podróży oraz dieta za udział w posiedzeniu lub wysłuchaniu, w wysokości określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 61zm.

Art. 61ze. 1. Przed objęciem funkcji członek rady pacjentów składa oświadczenie o braku przeszkód, o których mowa w art. 61zd ust. 6 i 7, oraz oświadczenie o interesach, powiązaniach osobistych, majątkowych i zawodowych mogących mieć znaczenie dla wykonywania funkcji.

2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

3. Oświadczenia o interesach są jawne i podlegają udostępnieniu w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z wyłączeniem danych, których ujawnienie naruszałoby prywatność osób trzecich bez znaczenia dla oceny konfliktu interesów.

4. Członek rady pacjentów podlega wyłączeniu od udziału w sprawie, jeżeli jej wynik może dotyczyć jego praw lub obowiązków, praw lub obowiązków osoby mu bliskiej albo podmiotu, z którym pozostaje lub w okresie 5 lat pozostawał w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.

5. Posiedzenia rady pacjentów są jawne. Rada pacjentów może wyłączyć jawność posiedzenia lub jego części wyłącznie w zakresie niezbędnym do ochrony danych osobowych, tajemnicy ustawowo chronionej, dobra pacjenta, bezpieczeństwa świadka albo interesu publicznego.

6. Członkowie rady pacjentów oraz osoby zapewniające jej obsługę są obowiązani do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań, jeżeli informacje te nie podlegają ujawnieniu na podstawie ustawy.

7. Członek rady pacjentów podczas posiedzenia, wysłuchania, kontroli społecznej oraz innych czynności wykonywanych na podstawie niniejszego działu korzysta z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

8. Członek rady pacjentów nie może ponosić negatywnych konsekwencji pracowniczych, służbowych, kontraktowych, organizacyjnych ani środowiskowych z powodu głosowania, stanowiska lub wypowiedzi przedstawionych w związku z wykonywaniem funkcji, chyba że działał umyślnie z naruszeniem prawa, tajemnicy ustawowo chronionej albo dóbr osobistych.

9. Zakazane jest wywieranie nacisku, stosowanie odwetu albo groźby odwetu wobec członka rady pacjentów, osoby zgłaszającej sprawę, świadka, eksperta albo biegłego w związku z postępowaniem przed radą pacjentów.

10. Członek rady pacjentów ma prawo do zwolnienia od pracy albo innych obowiązków zarobkowych na czas niezbędny do udziału w posiedzeniu, wysłuchaniu lub czynności rady pacjentów. Utracone wynagrodzenie lub dochód podlega refundacji na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 61zm.

Art. 61zf. 1. Do zadań rad pacjentów należy:

- 1) analizowanie zgłoszeń dotyczących poważnych nieprawidłowości w udzielaniu, organizacji, dostępności, dokumentowaniu lub rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli w zakresie określonym w dziale IIIA;
- 3) występowanie, za pośrednictwem Funduszu, o dokumenty, wyjaśnienia, zestawienia i dane niezbędne do rozpoznania sprawy;
- 4) prowadzenie wysłuchań publicznych oraz wysłuchań z wyłączoną jawnością w zakresie niezbędnym do ochrony wartości wskazanych w art. 61ze ust. 5;
- 5) wydawanie zaleceń, stanowisk i decyzji w sprawach określonych w niniejszym dziale;
- 6) zawiadamianie właściwych organów, w szczególności Rzecznika Praw Pacjenta, Prezesa Funduszu, organów odpowiedzialności zawodowej, organów ścigania oraz organów prowadzących rejestry działalności leczniczej, o okolicznościach wymagających ich działania.

2. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany, na żądanie Funduszu wydane w związku z wnioskiem rady pacjentów, udzielić wyjaśnień oraz przekazać dokumenty i dane niezbędne do rozpoznania sprawy, w zakresie i terminie wskazanych przez Fundusz.

3. Dokumentacja medyczna oraz dane dotyczące zdrowia mogą być udostępnione radzie pacjentów wyłącznie w zakresie niezbędnym do rozpoznania sprawy i co do zasady w postaci zanonimizowanej albo pseudonimizowanej. Dane pozwalające na identyfikację pacjenta udostępnia się radzie pacjentów tylko za zgodą pacjenta albo gdy jest to konieczne dla ochrony życia, zdrowia, bezpieczeństwa pacjentów lub istotnego interesu publicznego i nie można osiągnąć celu w inny sposób.

4. Prezes Funduszu informuje właściwą radę pacjentów o sposobie rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. Odmowa przeprowadzenia kontroli wymaga uzasadnienia.

5. Rada pacjentów może powoływać ekspertów i biegłych, jeżeli rozpoznanie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, w szczególności z zakresu medycyny, organizacji ochrony zdrowia, finansów publicznych, rachunkowości, informatyki, cyberbezpieczeństwa albo ochrony danych osobowych.

6. Jeżeli zgłoszone nadużycie polega na zarzucie błędu w sztuce medycznej, rada pacjentów przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego zasięga opinii co najmniej jednego niezależnego biegłego posiadającego kwalifikacje odpowiednie do rodzaju sprawy, chyba że podstawą decyzji jest prawomocne orzeczenie sądu, organu odpowiedzialności zawodowej albo ostateczne rozstrzygnięcie właściwego organu potwierdzające okoliczności wymagające wiadomości specjalnych.

7. Opinia eksperta albo biegłego jest dowodem w sprawie i nie zastępuje oceny rady pacjentów. Rada pacjentów może uwzględniać także ocenę społeczno-kliencką dotyczącą zaufania, dostępności, przejrzystości, uczciwości rozliczeń, godności świadczeniobiorców oraz relacji między świadczeniobiorcą a systemem finansowanym ze środków publicznych.

Art. 61zg. 1. Postępowanie przed radą pacjentów wszczyna się na wniosek:

- 1) świadczeniobiorcy;
- 2) co najmniej 15 świadczeniobiorców zamieszkujących na obszarze działania rady;
- 3) organizacji pacjentów albo organizacji społecznej, której cel statutowy obejmuje ochronę praw pacjenta lub ochronę zdrowia;
- 4) Rzecznika Praw Pacjenta, Prezesa Funduszu, dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, organu jednostki samorządu terytorialnego albo organu prowadzącego podmiot leczniczy;
- 5) co najmniej dwóch członków rady pacjentów.

2. Wniosek wskazuje osobę lub podmiot, którego dotyczy sprawa, opis zarzucanych nieprawidłowości oraz znane wnioskodawcy dowody albo źródła informacji.

3. Rada pacjentów odmawia wszczęcia postępowania, jeżeli wniosek jest oczywiście bezzasadny, dotyczy wyłącznie oceny klinicznej indywidualnego leczenia bez wskazania okoliczności systemowych lub klienckich, albo nie należy do zakresu zadań rady pacjentów. Odmowa wymaga uzasadnienia.

4. Właściwa jest powiatowa rada pacjentów, jeżeli sprawa dotyczy świadczeń udzielanych na obszarze jednego powiatu. Wojewódzka rada pacjentów jest właściwa, jeżeli sprawa dotyczy obszaru więcej niż jednego powiatu, świadczeniodawcy o znaczeniu ponadpowiatowym, podmiotu, dla którego organem tworzącym jest województwo, albo gdy powiatowa rada pacjentów została wyłączona od rozpoznania sprawy.

5. W sprawie, w której istnieje podwyższone ryzyko lokalnego konfliktu interesów, odwetu albo nacisku środowiskowego, wojewódzka rada pacjentów przejmuje sprawę albo wyznacza skład mieszany z udziałem członków rad pacjentów z innych powiatów. W składzie mieszanym większość członków stanowią osoby spoza powiatu, którego sprawa dotyczy.

6. Przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego rada pacjentów zawiadamia strony o wszczęciu postępowania, udostępnia im materiał sprawy w zakresie nienaruszającym dóbr chronionych ustawą oraz wyznacza termin co najmniej 14 dni na złożenie wyjaśnień i wniosków dowodowych.

7. Stroną postępowania jest osoba lub podmiot, wobec których może zostać orzeczone wyłączenie z finansowania publicznego, świadczeniodawca, którego umowa może zostać bezpośrednio dotknięta decyzją, oraz Fundusz.

8. Do postępowania w sprawie wyłączenia z finansowania publicznego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, jeżeli niniejsza ustawa nie stanowi inaczej. Rada pacjentów rozstrzyga sprawę w drodze decyzji podejmowanej w formie uchwały.

Art. 61zh. 1. Rada pacjentów może orzec wyłączenie z finansowania publicznego, jeżeli na podstawie zebranego materiału ustali, że osoba lub podmiot objęte postępowaniem dopuściły się poważnego naruszenia minimalnych warunków zaufania koniecznych do

korzystania ze środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Wyłączenie z finansowania publicznego może zostać orzeczone w szczególności w przypadku:

- 1) dokumentowania, rozliczania albo potwierdzania świadczeń, dyżurów lub obecności, które nie miały miejsca;
- 2) świadomego przekazywania nieprawdziwych danych mających wpływ na finansowanie świadczeń;
- 3) manipulowania kolejnością udzielania świadczeń albo dostępem do świadczeń, w szczególności w celu kierowania świadczeniobiorców do odpłatnej ścieżki prywatnej lub do podmiotów powiązanych;
- 4) żądania lub przyjmowania nienależnych opłat, korzyści majątkowych lub osobistych w związku ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych;
- 5) zatajenia istotnego konfliktu interesów mającego wpływ na organizację, udzielanie, dostępność lub rozliczanie świadczeń;
- 6) zastraszania, wywierania niedopuszczalnej presji albo stosowania odwetu wobec świadczeniobiorcy, osoby bliskiej świadczeniobiorcy, pracownika, współpracownika albo sygnalisty w związku z ujawnieniem nieprawidłowości;
- 7) poważnego lub uporczywego naruszania godności, intymności albo innych praw pacjenta, jeżeli okoliczności sprawy wskazują na ryzyko powtarzania naruszeń;
- 8) utrudniania kontroli, niszczenia, ukrywania albo fałszowania dokumentacji związanej z udzielaniem lub rozliczaniem świadczeń;
- 9) podejmowania działań zmierzających do obejścia uprzednio orzeczonego wyłączenia z finansowania publicznego przez wykorzystanie podmiotów powiązanych, podwykonawców, fundacji, spółek, konsorcjów albo innych form organizacyjnych.

3. Wyłączenie z finansowania publicznego określa osobę lub podmiot objęte wyłączeniem, zakres świadczeń, obszar terytorialny, okres obowiązywania oraz warunki jego wykonania. Zakres wyłączenia nie może wykraczać poza to, co jest konieczne do ochrony świadczeniobiorców, środków publicznych oraz zaufania do publicznego finansowania świadczeń.

4. Wyłączenie z finansowania publicznego orzeka się na okres od 3 miesięcy do 3 lat, a w przypadku działania umyślnego, powtarzalnego, szczególnie rażącego albo zmierzającego do obejścia wyłączenia – na okres do 5 lat.

5. Wyłączenie z finansowania publicznego może zostać ograniczone do określonego świadczenia, rodzaju świadczeń, miejsca udzielania świadczeń, zakresu umowy, obszaru powiatu, województwa albo innego obszaru niezbędnego do ochrony świadczeniobiorców i środków publicznych.

6. Wyłączenie z finansowania publicznego nie stanowi pozbawienia prawa wykonywania zawodu, zakazu prowadzenia działalności leczniczej ani rozstrzygnięcia o odpowiedzialności zawodowej, cywilnej lub karnej.

7. Wyłączenia z finansowania publicznego nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych oraz świadczeń udzielanych w stanie nagłym, jeżeli ich nieudzielenie mogłoby spowodować zagrożenie życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu świadczeniobiorcy.

Art. 61zi. 1. Jeżeli uprawdopodobniono poważne naruszenie, o którym mowa w art. 61zh ust. 2, a zwłoka mogłaby spowodować istotne zagrożenie dla życia, zdrowia, bezpieczeństwa świadczeniobiorców lub dla środków publicznych, rada pacjentów może orzec tymczasowe wyłączenie z finansowania publicznego.

2. Tymczasowe wyłączenie z finansowania publicznego orzeka się na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. W szczególnie uzasadnionym przypadku, jeżeli trwa kontrola Funduszu, postępowanie Rzecznika Praw Pacjenta, postępowanie organu odpowiedzialności zawodowej lub postępowanie karne dotyczące tej samej sprawy, rada pacjentów może jednokrotnie przedłużyć tymczasowe wyłączenie na okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

3. Decyzja o tymczasowym wyłączeniu z finansowania publicznego wymaga większości co najmniej 3/5 ustawowego składu rady pacjentów i podlega natychmiastowemu wykonaniu.

4. Rada pacjentów, która orzekła tymczasowe wyłączenie z finansowania publicznego przed wysłuchaniem strony, umożliwia stronie złożenie wyjaśnień w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji i rozpoznaje sprawę co do dalszego trwania zabezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania wyjaśnień albo bezskutecznego upływu terminu do ich złożenia.

Art. 61zj. 1. Wykonalna decyzja o wyłączeniu z finansowania publicznego wiąże Fundusz przy zawieraniu, zmianie, wykonywaniu i rozliczaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W celu wykonania decyzji Fundusz, odpowiednio do jej zakresu:

- 1) odrzuca ofertę albo odmawia zawarcia umowy przewidującej udział osoby lub podmiotu objętych wyłączeniem;
- 2) wzywa świadczeniodawcę do wyłączenia z realizacji umowy osoby, podwykonawcy lub podmiotu powiązanego objętych wyłączeniem;
- 3) zmienia albo rozwiązuje umowę w całości lub w części, jeżeli wykonanie decyzji w sposób, o którym mowa w pkt 2, nie jest możliwe albo świadczeniodawca odmawia wykonania wezwania;
- 4) odmawia finansowania świadczeń udzielonych z naruszeniem wykonalnej decyzji o wyłączeniu, jeżeli świadczeniodawca wiedział albo przy zachowaniu należytej staranności mógł wiedzieć o wyłączeniu.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany informować Fundusz o osobach uczestniczących w realizacji świadczeń oraz o podwykonawcach w zakresie niezbędnym do weryfikacji wykonania decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego.

4. Jeżeli natychmiastowe wykonanie decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego mogłoby istotnie ograniczyć dostępność świadczeń na danym obszarze, Prezes Funduszu albo dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w drodze postanowienia z uzasadnieniem, ograniczyć albo odroczyć wykonanie decyzji na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy, określając sposób zastępczego zabezpieczenia świadczeń.

5. Postanowienie, o którym mowa w ust. 4, publikuje się w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu i doręcza właściwej radzie pacjentów, Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz

ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Postanowienie podlega przeglądowi nie rzadziej niż co 2 miesiące.

6. Finansowanie ze środków Funduszu z udziałem osoby lub podmiotu objętych wyłączeniem za pośrednictwem podmiotu powiązanego, podwykonawcy albo innej konstrukcji prawnej jest niedopuszczalne.

Art. 61zk. 1. Od decyzji powiatowej rady pacjentów w sprawie wyłączenia z finansowania publicznego służy odwołanie do wojewódzkiej rady pacjentów w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

2. Od decyzji wojewódzkiej rady pacjentów, niezależnie od tego, czy została wydana w pierwszej instancji czy w wyniku odwołania od decyzji powiatowej rady pacjentów, służy odwołanie do Krajowej Rady Pacjentów w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

3. Krajowa Rada Pacjentów rozpoznaje odwołanie w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania, a w sprawie tymczasowego wyłączenia z finansowania publicznego – w terminie 14 dni.

4. Odwołanie do Krajowej Rady Pacjentów rozpoznaje pięcioosobowy skład wyznaczony w drodze losowania spośród członków Krajowej Rady Pacjentów. W składzie nie może uczestniczyć członek wybrany przez wojewódzką radę pacjentów z województwa, którego sprawa dotyczy, chyba że wyłączenie to uniemożliwiłoby utworzenie składu.

5. Wniesienie odwołania wstrzymuje wykonanie decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego, z wyjątkiem decyzji o tymczasowym wyłączeniu. Wojewódzka rada pacjentów albo Krajowa Rada Pacjentów może wstrzymać wykonanie decyzji o tymczasowym wyłączeniu, jeżeli przemawia za tym interes świadczeniobiorców albo oczywista nieproporcjonalność zabezpieczenia.

6. Krajowa Rada Pacjentów może utrzymać decyzję w mocy, uchylić ją w całości albo w części, zmienić zakres, czas lub obszar wyłączenia albo przekazać sprawę do ponownego rozpoznania właściwej radzie pacjentów.

7. Na ostateczną decyzję Krajowej Rady Pacjentów w sprawie wyłączenia z finansowania publicznego służy skarga do sądu administracyjnego.

Art. 61zl. 1. Prezes Funduszu prowadzi w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu jawny rejestr wykonalnych decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego.

2. Rejestr obejmuje:

- 1) imię i nazwisko albo nazwę osoby lub podmiotu objętych wyłączeniem;
- 2) numer prawa wykonywania zawodu, NIP, REGON, KRS albo inny identyfikator publiczny, jeżeli jest niezbędny do jednoznacznej identyfikacji osoby lub podmiotu objętych wyłączeniem; numer PESEL ujawnia się wyłącznie w części niejawnego rejestru;
- 3) zakres, obszar i okres wyłączenia;
- 4) oznaczenie rady pacjentów, która wydała decyzję, oraz datę jej wydania;
- 5) informację o ostateczności, wykonalności, wstrzymaniu, zmianie albo uchyleniu decyzji.

3. W rejestrze ani w publikowanych decyzjach nie ujawnia się danych medycznych świadczeniobiorców, danych pozwalających na identyfikację świadczeniobiorcy, który nie

wyraził zgody na ujawnienie, ani danych pozwalających na identyfikację sygnalisty, świadka lub osoby bliskiej świadczeniobiorcy, jeżeli mogłoby to narazić te osoby na szkodę lub odwet.

4. Rady pacjentów, Fundusz oraz świadczeniodawcy przetwarzają dane osobowe w zakresie niezbędnym do wykonywania zadań określonych w niniejszym dziale. Dane te obejmują w szczególności dane świadczeniobiorców, osób zgłaszających sprawę, świadków, osób uczestniczących w realizacji świadczeń, świadczeniodawców, podwykonawców i podmiotów powiązanych.

5. Dane dotyczące zdrowia oraz dane objęte tajemnicą zawodową lub inną tajemnicą ustawowo chronioną przetwarza się wyłącznie w zakresie koniecznym do rozpoznania sprawy i wykonania decyzji, z zastosowaniem środków ograniczających dostęp do tych danych do osób, których udział jest niezbędny.

6. Materiały zawierające dane, o których mowa w ust. 5, przechowuje się w części niejawnej akt sprawy. Dostęp do tej części akt przysługuje stronie w zakresie nienaruszającym dóbr chronionych ustawą oraz prawa świadczeniobiorcy do prywatności.

Art. 61zm. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika Praw Pacjenta, Prezesa Funduszu, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz reprezentatywnych organizacji pacjentów, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy tryb przeprowadzania wyborów do rad pacjentów, w tym sposób zgłaszania kandydatów, oddawania głosu, ustalania wyników i zapewnienia udziału osób wykluczonych cyfrowo;
- 2) szczegółową organizację pracy rad pacjentów, w tym Krajowej Rady Pacjentów, tryb zwoływania posiedzeń, dokumentowania czynności i publikowania uchwał;
- 3) sposób tworzenia składów mieszanych, zasady losowania członków rad pacjentów z innych powiatów, tryb powoływania ekspertów i biegłych oraz zasady ustalania i zwrotu ich wynagrodzenia;
- 4) wzory oświadczeń o braku przeszkód i o interesach oraz sposób ich aktualizacji i udostępniania;
- 5) sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w art. 61zł;
- 6) wysokość diet, zasady zwrotu kosztów podróży członków rad pacjentów oraz zasady refundacji utraconego wynagrodzenia lub dochodu, o których mowa w art. 61ze ust. 10;
- 7) minimalne wymagania dotyczące ochrony danych osobowych, anonimizacji, pseudonimizacji, protokolowania dostępu do akt oraz przechowywania materiałów sprawy.

2. Wydając rozporządzenie, minister właściwy do spraw zdrowia kieruje się potrzebą zapewnienia samorządności i niezależności rad pacjentów, prostoty postępowania, dostępności dla świadczeniobiorców, ochrony danych osobowych, prawa do obrony, jawności działania, ochrony przed lokalnym naciskiem oraz ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

- 3) w art. 97 w ust. 3 w pkt 26 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 27 w brzmieniu:

„27) wykonywanie zadań związanych z obsługą techniczno-organizacyjną rad pacjentów, wykonywaniem decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego oraz prowadzeniem rejestru, o którym mowa w art. 61zł.”;

4) w art. 117 w ust. 1 po pkt 4c dodaje się pkt 4d w brzmieniu:

„4d) koszty obsługi techniczno-organizacyjnej rad pacjentów oraz wykonywania zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 27;”;

5) w art. 136 w ust. 1:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach, a także obowiązek aktualizacji tego wykazu w zakresie niezbędnym do wykonania decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego;”;

b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) obowiązek wskazania osób uczestniczących w realizacji świadczeń w zakresie niezbędnym do weryfikacji, czy nie są objęte wyłączeniem z finansowania publicznego;”;

c) w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) postanowienia zapewniające wykonanie decyzji o wyłączeniu z finansowania publicznego, w szczególności prawo Funduszu do żądania wyłączenia z realizacji umowy osoby, podwykonawcy lub podmiotu powiązanego objętych wyłączeniem oraz prawo rozwiązania umowy w całości albo w części w przypadku niewykonania tego żądania.”;

6) w art. 137 w ust. 1 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) sposób wykonywania decyzji rad pacjentów o wyłączeniu z finansowania publicznego oraz tryb zastępczego zabezpieczenia świadczeń w przypadku ograniczenia albo odroczenia wykonania decyzji na podstawie art. 61zł ust. 4.”;

7) w art. 149 w ust. 1 po pkt 9 dodaje się pkt 10 w brzmieniu:

„10) złożoną przez świadczeniodawcę objętego wykonalnym wyłączeniem z finansowania publicznego albo przewidującą udział osoby, podwykonawcy lub podmiotu powiązanego objętych takim wyłączeniem w zakresie objętym ofertą.”;

8) w art. 155 w ust. 2 wyrazy „w art. 149 ust. 1 pkt 1 i 3–8” zastępuje się wyrazami „w art. 149 ust. 1 pkt 1, 3–8 i 10”.

Art. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, o którym mowa w art. 61zm ustawy zmienianej w art. 1, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie art. 61zm tej ustawy.

Art. 3. 1. Pierwsze wybory do powiatowych rad pacjentów przeprowadza się w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w art. 61zm ustawy zmienianej w art. 1.

2. Pierwsze wybory do wojewódzkich rad pacjentów przeprowadza się w terminie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia wyników pierwszych wyborów do powiatowych rad pacjentów na obszarze danego województwa.

3. Pierwsze wybory członków Krajowej Rady Pacjentów przeprowadza się w terminie 2 miesięcy od dnia pierwszych posiedzeń wszystkich wojewódzkich rad pacjentów.

4. Do dnia rozpoczęcia kadencji pierwszych rad pacjentów nie wszczyna się postępowań w sprawie wyłączenia z finansowania publicznego na podstawie działu IIIB ustawy zmienianej w art. 1.

Art. 4. 1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przed dniem rozpoczęcia kadencji pierwszych rad pacjentów dostosowuje się do przepisów ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą przy najbliższej zmianie albo przedłużeniu umowy, nie później jednak niż w terminie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia kadencji pierwszych rad pacjentów.

2. Do czasu dostosowania umów, o którym mowa w ust. 1, przepisy art. 61zj ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się bezpośrednio.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 2 w zakresie art. 61zm oraz art. 2, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.