SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja

Druk nr 2673

Warszawa, 1 kwietnia 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Radosława Lubczyka.

(-) Marek Biernacki; (-) Adam Dziedzic; (-) Andrzej Grzyb; (-) Henryk Kiepura; (-) Agnieszka Maria Kłopotek; (-) Stefan Krajewski; (-) Radosław Lubczyk; (-) Mirosław Maliszewski; (-) Urszula Nowogórska; (-) Mirosław Adam Orliński; (-) Urszula Pasławska; (-) Krzysztof Paszyk; (-) Michał Pyrzyk; (-) Wiesław Różyński; (-) Jarosław Rzepa; (-) Tadeusz Samborski; (-) Marek Sawicki; (-) Czesław Siekierski; (-) Henryk Smolarz; (-) Zbigniew Sosnowski; (-) Magdalena Sroka; (-) Jacek Tomczak; (-) Stanisław Tomczyszyn; (-) Piotr Zgorzelski; (-) Zbigniew Ziejewski; (-) Jolanta Zięba-Gzik; (-) Bożena Żelazowska.

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Projekt

Ustawa

z dnia …….. 2026 r.

o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw

Art. 1. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 163 z późn. zm.[1)]) wprowadza się następujące zmiany;

1) w art. 12 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Nie wlicza się do przychodu ze stosunku służbowego, stosunku pracy oraz spółdzielczego stosunku pracy wartości sfinansowanych przez pracodawcę świadczeń, o których mowa w art. 27h ust. 1, oraz wartości świadczeń zdrowotnych i usług rehabilitacyjnych opłaconych w sposób ryczałtowy (abonamentów medycznych), jeżeli uprawnionym do tych świadczeń lub usług jest pracownik, członek rodziny pracownika pozostający z nim we wspólnocie domowej lub inna osoby będąca na utrzymaniu pracownika.”;

2) w art. 26 ust. 1 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) zapłaconych w roku podatkowym bezpośrednio na własne ubezpieczenia emerytalne, rentowe oraz wypadkowe podatnika oraz osób z nim współpracujących,”;

3) dodaje się art. 27h w brzmieniu:

„Art. 27h. 1. Od podatku dochodowego obliczonego zgodnie z art. 27 lub art. 30c, pomniejszonego o kwotę składki, o której mowa w art. 27b, podatnik ma prawo odliczyć kwotę równą 10 % wartości poniesionych wydatków na:

1) cele rehabilitacyjne oraz związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych;
2) wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego nabyte na podstawie recepty;
3) świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156);
4) usługi opiekuńcze świadczone osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, niezależnie od podmiotu, który świadczy te usługi

- poniesione na rzecz podatnika, krewnego podatnika w linii prostej, rodzeństwa podatnika, członka rodziny podatnika pozostającego z nim we wspólnocie domowej lub innej osoby będącej na utrzymaniu podatnika.

2. Wydatki, o których mowa w ust. 1, nie uprawniają do odliczenia od podatku dochodowego, jeżeli:

1) zostały sfinansowane w całości ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, zakładowego funduszu aktywności, Państwowego Funduszu Rehabilitacji

[1] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 340, 368, 620, 680, 1022, 1180, 1301, 1302 i 366, z 2026 r. poz. 203.

Osób Niepełnosprawnych lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo nie zostały zwrócone podatnikowi w jakiejkolwiek formie. W przypadku gdy wydatki były częściowo sfinansowane (dofinansowane) z tych funduszy (środków), odliczeniu podlega różnica pomiędzy poniesionymi wydatkami a kwotą sfinansowaną (dofinansowaną) z tych funduszy (środków) lub zwróconą w jakiejkolwiek formie;

2) zostały zaliczone do kosztów uzyskania przychodów lub nie zostały odliczone od dochodów opodatkowanych na zasadach określonych w art. 30c lub nie zostały odliczone od przychodu na podstawie ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym albo nie zostały zwrócone podatnikowi w jakiejkolwiek formie.

3. Jeżeli wydatek, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, został poniesiony na nabycie usług od podmiotu, który nie jest usługodawcą w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 oraz z 2024 r. poz. 1897), podatnik obowiązany jest udokumentować poniesienie wydatku fakturą.”;

4) w art. 45cd w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zawarte w rocznym obliczeniu podatku i informacjach, o których mowa w art. 12 ust. 4a, art. 21 ust. 46 pkt 1, art. 27h ust. 1 pkt 1-3, art. 34 ust. 7 i 8, art. 35 ust. 6, art. 39 ust. 1 i 3, art. 42 ust. 2 pkt 1, art. 42a ust. 1 oraz art. 42e ust. 6;”.

Art. 2. W ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581 i 1535) w art. 18 dodaje się pkt 19a w brzmieniu:

„19a) podejmowanie uchwały w sprawie:

a) zatwierdzenia albo odmowy zatwierdzenia zarządzenia marszałka województwa, o którym mowa w art. 92b ust. 2 i 4,ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.[2)])

b) polecenia lub decyzji kierownika szpitala wiodącego albo wniosku kierownika szpitala podległego, o której mowa w art. 92h ust. 3 ustawy wymienionej w lit. a;”.

Art. 3. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) ust. 1 dodaje się pkt 5:

„5) Narodowy Fundusz Zdrowia”;

b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zakres zadań z ubezpieczeń społecznych wykonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia określają przepisy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”;

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 i z 2026 r. poz. 26.

2) art. 11 otrzymuje brzmienie:

„Art. 11. 1. Obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1-4, 12, 23 i 24.

2. Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 5, 5a, 7b, 8 i 10.”;

3) dodaje się art. 56a w brzmieniu:

„Art. 56a. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych do 20. dnia po każdym kwartale odprowadza do Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę nadwyżki sumy zebranych składek na ubezpieczenie chorobowe oraz odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie chorobowe nad kwotą wypłaconych zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, jeżeli taka nadwyżka wystąpi.

2. W przypadku wystąpienia w danym kwartale nadwyżki kwoty wypłaconych zasiłków z ubezpieczenia chorobowego nad kwotą zebranych składek na ubezpieczenie chorobowe, Prezes Zakładu w terminie 10. dni po takim kwartale składa do ministra właściwego do spraw finansów publicznych wniosek o przekazanie dotacji celowej z budżetu państwa, w wysokości tej nadwyżki, w terminie do 10 dni od dnia otrzymania wniosku.

3. Dotacja, o której mowa w ust. 2, może być przeznaczona wyłącznie na uzupełnienie środków na wypłaty zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przychody przekazywane na rachunek bankowy FUS nie zapewniają pełnej i terminowej wypłaty świadczeń finansowanych z przychodów FUS.”;

4) w art. 68 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kontrola orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, z wyjątkiem właściwości Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określonej w przepisach o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;”.

Art. 4. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749 i z 2026 r. poz. 26) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 138 w ust. 3 po wyrazach „organu rentowego” dodaje się wyrazy „organy Narodowego Funduszu Zdrowia”;

2) w art. 144 w ust. 1 po wyrazach „prawomocną decyzją organu rentowego” dodaje się wyrazy „prawomocną decyzją organu Narodowego Funduszu Zdrowia”;

Art. 5. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 501 i 1083 oraz z 2026 r. poz. 26) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 18:

a) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz inspektor nadzoru nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy (lekarz inspektor) Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli nie ma możliwości ustalenia daty powstania niezdolności do pracy, natomiast ustalono okres, w którym niezdolność do pracy powstała, za datę powstania niezdolności przyjmuje się datę końcową tego okresu. Jeżeli nie ma możliwości ustalenia ani daty, ani okresu powstania niezdolności do pracy, za datę powstania niezdolności przyjmuje się datę zgłoszenia wniosku o świadczenie.

4. Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Narodowego Funduszu Zdrowia", w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego orzeczenia.";

b) dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„4a. Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej.

4b. Komisja lekarska nie rozpatruje sprzeciwu wniesionego po terminie. W uzasadnionych przypadkach dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek osoby zainteresowanej, może przywrócić termin na wniesienie sprzeciwu, w tym w szczególności w razie odrzucenia przez sąd odwołania od decyzji w przypadku określonym w art. 477^9 § 31 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1568, 1841.).";

c) ust. 5 otrzymują brzmienie:

„5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 14 dni od dnia wydania orzeczenia przez lekarza inspektora, może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia i przekazać sprawę do rozpatrzenia komisji lekarskiej. O zgłoszeniu zarzutu wadliwości dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie zawiadamia osobę zainteresowaną.";

d) dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Komisja lekarska, rozpatrując sprzeciw lub zarzut wadliwości, dokonuje oceny niezdolności do pracy i jej stopnia oraz ustalenia okoliczności, o których mowa w ust. 1. Komisja lekarska dokonuje rozstrzygnięcia w formie orzeczenia.";

e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Orzeczenie lekarza inspektora, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Narodowego Funduszu Zdrowia stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.";

f) dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sprawuje nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa o niezdolności do pracy, który obejmuje:

1) kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy przez lekarzy inspektorów i komisje lekarskie;
2) udzielanie lekarzom inspektorom i komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy;
3) prawo przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską, jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w pkt 1, zostanie stwierdzony brak zgodności orzeczenia lekarza inspektora lub komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy.”

6b. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sprawuje nadzór, o którym mowa w ust. 6a, przy pomocy głównego lekarza inspektora Narodowego Funduszu Zdrowia. Główny lekarz inspektor Narodowego Funduszu Zdrowia jest niezależny w zakresie ustalania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy, które wynikają z aktualnej wiedzy medycznej.";

g) dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określa, w drodze rozporządzenia, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i sprawnego orzekania o niezdolności do pracy:

1) szczegółowe zasady i tryb orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy inspektorów i komisje lekarskie;
2) szczegółowe zasady organizacji orzekania o niezdolności do pracy, w tym w szczególności:
   a) miejsce działania lekarzy inspektorów,
   b) sposób tworzenia i znoszenia komisji lekarskich,
   c) sposób określania siedziby komisji lekarskiej i ich właściwości terytorialnej,
   d) skład komisji lekarskich;
3) szczególne kwalifikacje zawodowe wymagane od lekarzy inspektorów i lekarzy wchodzących w skład komisji lekarskiej;
4) szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy.”.

2) w art. 54:

a) w ust. 1 wyrazy „Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia” zastępuje się wyrazami „Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważnia”;

b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia Narodowemu Fundusz Zdrowia oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, drogą elektroniczną.”;

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„Upoważnienia, o którym mowa w ust. 1, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia udziela w formie decyzji.”;

d) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zamieszcza decyzję, o której mowa w ust. 3, na profilu informacyjnym lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera utworzony w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.”;

3) w art. 54a:

a) w ust. 11 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) po dokonaniu weryfikacji, o której mowa w art. 31b ust. 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), z wynikiem pozytywnym, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż w terminie 48 godzin, zapewnia osobie upoważnionej, o której mowa w ust. 1, możliwość wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na jej profilu informacyjnym;”;

b) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 pkt 3, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, udostępnia osobie upoważnionej, o której mowa w ust. 1, na jej profilu informacyjnym, informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich zgromadzonych w rejestrze, o którym mowa w art. 55b ust. 1, wystawionych przez tę osobę, a także przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który ją upoważnił do wystawiania zaświadczeń lekarskich, oraz przez inne osoby upoważnione przez niego do wystawiania zaświadczeń lekarskich.”;

4) w art. 55 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Zaświadczenie lekarskie jest wystawiane zgodnie ze wzorem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

5) w art. 55a ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Wystawiający zaświadczenie lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 7, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą Narodowego Funduszu Zdrowia zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim, o którym mowa w ust. 7, oraz informację, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt 9. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości podpisania zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.”;

6) w art. 55b dodaje się ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia bezpłatnie:

1) Narodowemu Funduszowi Zdrowia zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ust. 1, oraz informacje, o których mowa w art. 58a;

2) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ust. 1, oraz informacje, o których mowa w art. 58a, jeżeli dotyczą osób ubezpieczonych w Kasie.”;

7) w art. 58a:

a) w ust. 1 po wyrazach „ubezpieczonego” dodaje się przecinek i wyrazy „Narodowego Funduszu Zdrowia”;

b) ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, oraz nowego zaświadczenia lekarskiego udostępnia bezpłatnie na profilu informacyjnym płatnika składek:”;

c) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7. Przepisy ust. 1-5 stosuje się odpowiednio, jeżeli w przypadku, o którym mowa w art. 55a ust. 7, błąd w zaświadczeniu lekarskim wystawionym na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego zostanie stwierdzony przed przekazaniem zaświadczenia lekarskiego

wystawionego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, na elektroniczną skrzynkę podawczą Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Jeżeli błąd w zaświadczeniu lekarskim ma wpływ na prawo do przyznanego zasiłku lub jego wysokość, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku lub o zmianie jego wysokości. W przypadku gdy do wypłaty zasiłku jest obowiązany płatnik składek, decyzja jest wydawana na wniosek płatnika składek lub ubezpieczonego.”;

8) w art. 59:

a) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Narodowego Fundusz Zdrowia”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

"4. Ubezpieczony, wystawiający zaświadczenie lekarskie oraz podmiot zatrudniający wystawiającego zaświadczenie lekarskie są obowiązani udostępnić posiadaną dokumentację medyczną:

1) lekarzowi inspektorowi,

2) lekarzowi przeprowadzającemu badanie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 i 2.";

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiadamia ubezpieczonego o terminie badania przez lekarza inspektora albo przez lekarza konsultanta lub dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych. Zawiadomienie zawiera informację o skutkach, o których mowa w ust. 6 i 10.”;

d) w ust. 5a wprowadzenie we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „Zakład Ubezpieczeń Społecznych” zastępuje się wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”;

e) w ust. 5e po wyrazach „płatnika składek” dodaje się przecinek i wyrazy „Narodowy Fundusz Zdrowia”;

f) w ust. 9 wyrazy „zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych” zastępuje się wyrazami „zgodnie ze wzorem ustalonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w uzgodnieniu z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,”;

g) w ust. 9a otrzymuje brzmienie:

„9a. W przypadku wystawienia przez lekarza inspektora zaświadczenia, o którym mowa w ust. 8, Narodowy Fundusz Zdrowia, za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, informuje o tym fakcie wystawiającego zaświadczenie lekarskie.”;

h) w ust. 9b pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) oznaczenie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;”;

i) ust. 10-13 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadkach, o których mowa w ust. 6 i 7, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku.

11. Kopię decyzji, o której mowa w ust. 10, Narodowy Fundusz Zdrowia przesyła pracodawcy ubezpieczonego, którego ta decyzja dotyczy.

12. Pracodawca może wystąpić do Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich dla celów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 92 Kodeksu pracy. Narodowy Fundusz Zdrowia informuje pracodawcę o wyniku postępowania.

13. Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na badania kontrolne Narodowy Fundusz Zdrowia zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.”;

9) w art. 61a otrzymuje brzmienie:

„Art. 61a. 1. W celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych mają prawo do przetwarzania danych i informacji niezbędnych do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłaty.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty, mogą pozyskiwać dane i informacje w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłat od ubezpieczonych oraz płatników składek, którzy są obowiązani bezpłatnie je udostępnić.”;

10) w art. 61b:

a) w ust. 1 wyrazy „skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” wyrazami „skrzynkę podawczą Narodowego Funduszu Zdrowia”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Ubezpieczony, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a, który został poinformowany, w formie pisemnej, o obowiązku dostarczania płatnikowi składek wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, dostarcza odpowiednio wydruk zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do Narodowego Funduszu Zdrowia, za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, podając datę dostarczenia odpowiednio wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego przez ubezpieczonego.”;

11) art. 63 otrzymuje brzmienie:

„Art. 63. 1. Ubezpieczony może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku, jeżeli uważa, że zostały naruszone jego uprawnienia w tym zakresie.

2. Z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku przysługującego ubezpieczonemu może wystąpić także płatnik składek na ubezpieczenie chorobowe.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustala uprawnienia do zasiłku w drodze decyzji.”;

12) w art. 64 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Płatnicy składek, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, wypłacają zasiłki w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych niezwłocznie po stwierdzeniu uprawnień przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zasiłki te wypłaca się nie później jednak niż w ciągu 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do ustalenia prawa do zasiłku.”;

13) w art. 66:

a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) zasiłek nie może być doręczony z przyczyn niezależnych od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

b) ust. 1a i 1b otrzymują brzmienie:

„1a. W sprawie wstrzymania wypłaty zasiłku dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję.”;

1b. Wstrzymanie wypłaty zasiłku następuje poczynając od miesiąca:

1) przypadającego po miesiącu, w którym ustało prawo do świadczenia ustalone wskutek okresowej niezdolności do pracy;

2) w którym została wydana decyzja o wstrzymaniu wypłaty w przypadkach, o których mowa w ust. 1, albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe;

3) za który przysługiwało świadczenie niedoręczone w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 3.”;

c) dodaje się ust. 1c-1f w brzmieniu:

„1c. Przepis ust. 1b pkt 2 stosuje się odpowiednio, jeżeli powstaną okoliczności uzasadniające zmniejszenie wysokości świadczeń.

1d. W razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczenia, wypłatę wznawia się od miesiąca ustania tej przyczyny, jednak nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano z urzędu decyzję o jej wznowieniu, z uwzględnieniem ust. 1e.

1e. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 3 wypłatę świadczenia wznawia się od miesiąca, w którym ją wstrzymano, jednak za okres nie dłuższy niż 3 lata poprzedzające bezpośrednio miesiąc, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty.

1f. Jeżeli wstrzymanie wypłaty świadczeń nastąpiło na skutek błędu organu, wypłatę wznawia się poczynając od miesiąca, w którym je wstrzymano, jednak za okres nie dłuższy niż 3 lata poprzedzające bezpośrednio miesiąc, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano decyzję z urzędu o jej wznowieniu.”;

d) ust 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”;

e) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie przekazuje decyzje, o których mowa w ust. 1a, do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za pomocą systemu teleinformatycznego Zakładu.”;

14) w art. 67 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Jeżeli niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, Narodowego Funduszu Zdrowia albo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, roszczenie o wypłatę zasiłku przedawnia się po upływie 3 lat.”;

15) w art. 68 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz płatnicy składek, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, są uprawnieni do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem oraz są upoważnieni do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich.”;

16) w rozdziale 11 po art. 70 dodaje się art. 70a-70k w brzmieniu:

„Art. 70a. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia może przeprowadzić kontrolę prawidłowości ustalania prawa do świadczeń oraz ich wysokości oraz prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich.

2. Kontrolę prawidłowości ustalania prawa do świadczeń oraz prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich prowadzą lekarze inspektorzy. W zakresie oceny zgodności wystawiania zwolnień lekarskich z wiedzą medyczną lekarze inspektorzy podlegają nadzorowi

Art. 70b. 1.W celu ustalenia prawa do świadczeń oraz ich wysokości ubezpieczeni zobowiązani są do:

1) przedstawiania stanów faktycznych mających wpływ na prawo lub wysokość świadczeń;
2) informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na świadczenie;
3) przedkładania na żądanie środków dowodowych;
4) osobistego stawiennictwa, jeżeli okoliczności sprawy tego wymagają;

5) poddania się badaniom lekarskim, a także leczeniu lub rehabilitacji, jeżeli oczekuje się, że leczenie lub rehabilitacja przywróci zdolność do pracy lub spowoduje, że zdolność do pracy zostanie zachowana.

2. W przypadku gdy ubezpieczony lekarskie utrudnia możliwość wyjaśnienia wszystkich okoliczności sprawy, właściwy organ Narodowego Funduszu Zdrowia może, w drodze decyzji, wstrzymać wypłatę świadczenia lub zawiesić postępowanie do chwili podjęcia współpracy.

Art. 70c. Przepisu art. 70b nie stosuje się, jeżeli:

1) Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwości mniejszym nakładem niż ubezpieczony ustalić okoliczności niezbędne do przyznania i wypłaty świadczenia;
2) badanie mogłoby narazić ubezpieczonego na pogorszenie stanu zdrowia lub zagrażać jego życiu.

Art. 70d. 1. W toku kontroli prawidłowości wystawienia zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie lekarskie zobowiązani są do:

1) udzielać wyjaśnień dotyczących stanów faktycznych mających wpływ na prawo lub wysokość świadczeń;
2) informowania o wszelkich zmianach mających wpływ na świadczenie;
3) przedkładania na żądanie środków dowodowych, w tym dokumentacji medycznej, w zakresie okoliczności będących podstawą wystawienia zaświadczenia lekarskiego.

2. W przypadku, gdy wystawiający zaświadczenie lekarskie utrudnia możliwość wyjaśnienia wszystkich okoliczności sprawy, właściwy organ Narodowego Funduszu Zdrowia może, w drodze decyzji, zawiadomić organ właściwego samorządu zawodowego lub podmiot leczniczy zatrudniający wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

Art. 70e. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Fundusz Zdrowia wydaje decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących w szczególności:

1) ustalania uprawnień do świadczeń, w szczególności braku prawa do zasiłku;
2) wymiaru świadczeń.

2. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego.

3. Odwołanie do sądu przysługuje również w razie niewydania decyzji w terminie 2 miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia wniosku o świadczenie lub inne roszczenia.

5. Odwołanie wnosi się na piśmie do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję, lub do protokołu sporządzonego przez jednostkę organizacyjną Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. Jeżeli dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uzna odwołanie za słuszne, zmienia lub uchyla decyzję niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia odwołania. W tym wypadku odwołaniu nie nadaje się dalszego biegu.

7. Jeżeli odwołanie nie zostało w całości lub w części uwzględnione, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia odwołania, sprawę do sądu wraz z uzasadnieniem.

8. W postępowaniu sądowym dotyczącym zwolnienia z opłacenia składek, o których mowa w art. 17a, wydruki z systemu teleinformatycznego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zastępują dokumenty elektroniczne.

9. Ilekroć w przepisach ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1568, 1841) jest mowa o organie rentowym, w postępowaniach sądowych dotyczących odwołań w sprawach świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa należy przez to rozumieć także właściwy organ Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 70f. 1. Prawo lub zobowiązanie stwierdzone decyzją ostateczną dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie.

2. Decyzje ostateczne, od których nie zostało wniesione odwołanie do właściwego sądu, mogą być z urzędu uchylone, zmienione lub unieważnione, na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania administracyjnego.

3. W sprawach rozstrzygniętych orzeczeniem właściwego sądu dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie dowodów lub okoliczności, o których mowa w ust. 1:

1) wydaje we własnym zakresie decyzję przyznającą prawo lub określającą zobowiązanie, jeśli jest to korzystne dla zainteresowanego;
2) występuje do właściwego sądu z wnioskiem o wznowienie postępowania przed tym organem, gdy z przedłożonych dowodów lub ujawnionych okoliczności wynika, że prawo nie istnieje lub zobowiązanie jest wyższe niż określone w decyzji.

Art. 70g. 1. Jeżeli przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego przewidują wydanie postanowienia kończącego postępowanie w sprawie, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w tych przypadkach wydaje decyzję.

2. Od wydanych w trakcie postępowania innych postanowień zażalenie nie przysługuje.

Art. 70h. 1. Dla postanowień, od których przysługuje zażalenie, wydanych przez kierownika terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych działającego jako organ egzekucyjny na podstawie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, organem odwoławczym jest dyrektor izby administracji skarbowej.

2. Od wydanych w trakcie postępowania egzekucyjnego postanowień Zakładu w sprawie stanowiska wierzyciela zażalenie nie przysługuje.

Art. 70i. Decyzje, postanowienia oraz inne pisma, sporządzone z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, mogą zamiast własnoręcznego podpisu

zawierać nadruk imienia i nazwiska wraz ze stanowiskiem służbowym osoby upoważnionej do ich wydania.

Art. 70j. 1. Wyciągi z akt stanu cywilnego, zaświadczenia wydawane w celu ustalenia uprawnień do świadczeń oraz pisma o wydanie tych dokumentów są wolne od opłat.

2. W sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie osoby zainteresowane i organy rentowe są zwolnione od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.[3]).

Art. 70k. Organy administracji rządowej, samorządowej i pracodawcy są zobowiązane do udzielania Narodowemu Funduszowi Zdrowia pomocy i informacji w sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie.;

17) Użyte w ustawie wyrazy „lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” w różnych liczbach i przypadkach zastępuje się wyrazami „lekarz inspektor Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 6. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 334 z późn. zm.[4]) w art. 94 w § 1b i w § 1d wyrazy „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 7. 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.[5)]),

1) w art. 81:
   a) w ust. 2 w zdaniu pierwszym po wyrazie "rentowe" skreśla się przecinek oraz wyraz "chorobowe";
   b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
      "6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.";
2) w art. 95c w ust. ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:
   „Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, wojewódzkim konsultantom w ochronie zdrowia, wojewódzkiej radzie koordynacji opieki szpitalnej, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania.”;
3) w art. 98 ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 5 w brzmieniu:
   "5) główny lekarz inspektor Funduszu.";

---

[3] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915, z 2025 r. poz. 129 i 304.

[4] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 1907, z 2025 r. poz. 526, 820, 1172, 1178, 1609, z 2026 r. poz. 26.

[5)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 i z 2026 r. poz. 26.

4) w art. 116 w ust. 1 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„2a) kwoty w wysokości nadwyżki pobranych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w danym kwartale sumy składek na ubezpieczenie chorobowe oraz odsetek pobranych od nienależnie wypłaconych zasieków z ubezpieczenia chorobowego nad sumą wypłaconych w tym kwartale zasieków z ubezpieczenia chorobowego;

2b) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie chorobowe;”;

5) w art. 131c ust. 3 dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) wartość świadczeń, o których mowa w art. 12a ust. 4a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, oraz sumę wydatków, o których mowa w art. 27h ust. 1 pkt 1-4 tej ustawy.”.

Art. 8. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) zasady koordynacji opieki szpitalnej przez szpitale wiodące oraz wyznaczania szpitali wiodących i szpitali podległych.”;

2) w art. 2 w ust. 1 dodaje się:

a) pkt 1a w brzmieniu:

„2a) opieka szpitalna – działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne;”;

b) pkt 9a i 9b w brzmieniu:

„9a) szpital podległy – szpital należący do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.[6)]), który została przyporządkowany do szpitala wiodącego w celu koordynacji zapewnienia opieki szpitalnej przez ten szpital wiodący;

9b) szpital wiodący – szpital, który został wyznaczony zgodnie z ustawą do sprawowania koordynacji zapewniania, wraz z przyporządkowanymi szpitalami podległymi, opieki szpitalnej w województwie albo na określonym obszarze województwa;”;

3) w art. 41 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W skład rady nadzorczej spółki kapitałowej prowadzącej szpital wiodący wchodzi do 3 przedstawicieli szpitali podległych z obszaru koordynacji danego szpitala wiodącego. Przedstawicieli szpitali podległych powołuje marszałek województwa.”;

4) w art. 43 ust. 6 pkt 2 w lit. b w tiret 2 kropkę zastępuje się przecinkiem oraz dodaje tirety 3 i 4 w brzmieniu:

„– przedstawiciel szpitala wiodącego – w szpitalu podległym;

---

6) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 i z 2026 r. poz. 26.

– przedstawiciele szpitali podległych wybrani przez kierowników szpitali podległych – w szpitalu wiodącym.”;

5) w Dziale II po art. 92a dodaje się Rozdział 5 w brzmieniu:

„Rozdział 5

Szpitale wiodące

Art. 92b. 1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki szpitalnej w województwie wyznacza się szpitale wiodące oraz przyporządkowane im szpitale podległe.

2. Marszałek województwa, w drodze zarządzenia, wyznacza:

1) szpital wiodący albo szpitale wiodące w województwie, spośród szpitali dla których jest podmiotem tworzącym albo w którym województwo posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, w liczbie nie większej niż określona w załączniku do ustawy;
2) szpital podległy albo szpitale podlegle objęte koordynacją zapewniania opieki szpitalnej przez określony szpital wiodący.

3. Do pełnienia funkcji szpitala podległego marszałek może wyznaczyć szpital:

1) dla którego jest podmiotem tworzącym albo w którym województwo posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, inny niż szpital wiodący;
2) dla którego podmiotem tworzącym jest starosta;
3) jeżeli w spółce, która prowadzi ten szpital, powiat posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki.

4. W zarządzeniu, o którym mowa w ust. 2, marszałek województwa określa:

1) nazwę szpitala wiodącego, wraz:
   a) ze wskazaniami miejsc udzielania opieki szpitalnej;
   b) z numerami ksiąg rejestrowych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
2) obszary obejmujące określone powiaty województwa we właściwości danego szpitala wiodącego (obszary koordynacji), przy czym obszary koordynacji pokrywają cały teren województwa, albo wskazanie, że jedynemu szpitalowi wiodącemu w województwie podlegają wszystkie szpitale podlegle w województwie;
3) nazwy szpitali podległych z poszczególnych obszarów koordynacji, albo nazwy szpitali podległych w województwie, wraz:
   a) ze wskazaniami miejsc udzielania opieki szpitalnej;
   b) z numerami ksiąg rejestrowych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Art. 92c. 1. Zarządzenie marszałka województwa, o którym mowa w art. 92b ust. 2, podlega zatwierdzeniu przez sejmik województwa w terminie 2 miesięcy od dnia przedstawienia przez marszałka województwa.

2. W przypadku odmowy zatwierdzenia przez sejmik województwa zarządzenia, o którym mowa w art. 92b ust. 1, marszałek województwa w terminie 1 miesiąca od dnia przyjęcia uchwały przez sejmik województwa, ponowne je przedstawia sejmikowi województwa do zatwierdzenia albo przedstawia nowe zarządzenie. Sejmik wojewódzki przyjmuje uchwałę w sprawie zatwierdzenia nowego zarządzenia w terminie 1 miesiąca od dnia jego przedstawienia przez marszałka województwa. Uchwała sejmiku wojewódzkiego zastępuje akty organów powiatów.

3. Uchwała sejmiku wojewódzkiego jest ważna do końca 10. roku następującego po roku uchwalenia.

4. Jeżeli sejmik województwa nie zatwierdzi zarządzenia marszałka województwa w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, minister właściwy do spraw zdrowia wyznacza, na czas określony w ust. 3, szpitale wiodące w danym województwie w drodze rozporządzenia, uwzględniając potrzebę racjonalnego zarządzania zasobami szpitali i usytuowania szpitali w województwie oraz polepszenia zapewnienia opieki szpitalnej. Rozporządzenie ministra do spraw zdrowia zastępuje uchwałę sejmiku województwa.

5. Przed upływem 9. roku obowiązywania uchwały sejmiku województwa albo rozporządzenia ministra do spraw zdrowia, o którym mowa w ust. 4, marszałek województwa przedstawia sejmikowi województwa do zatwierdzenia uchwałę w sprawie wyznaczenia szpitali wiodących na okres kolejnych 10 lat.

Art. 92d. 1. Na zarządzenie marszałka województwa, o którym mowa w art. 92b ust. 2, skarga do sądu administracyjnego nie przysługuje.

2. Skarga do sądu administracyjnego na uchwałę sejmiku województwa, o której mowa w art. 92c ust. 1 i 2 , może być oparta wyłącznie na zarzucie naruszenia przepisów postępowania lub rażącego naruszenia zasad określenia obszaru koordynacji.

Art. 92e. 1. Marszałek województwa i starosta będący podmiotem tworzącym dla podmiotu leczniczego prowadzącego szpital wyznaczony do pełnienia funkcji szpitala podległego, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie uchwały sejmiku wojewódzkiego o zatwierdzeniu zarządzenia marszałka województwa, o którym mowa w art. 92c ust 1 lub 2, albo rozporządzenia ministra do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 92c ust. 4, zawierają porozumienie o przekazaniu przez starostę wyznaczonych szpitali marszałkowi województwa (porozumienie o przekazaniu szpitala).

2. Przekazanie szpitala, o którym mowa w ust. 1, może polegać na:

1) zmianie podmiotu tworzącego ten szpital ze starosty na marszałka województwa;

2) wydzieleniu składników majątkowych związanych z działalnością tego szpitala i ich przekazaniu podmiotowi leczniczemu dla którego podmiotem tworzącym jest marszałek województwa albo podmiotowi leczniczemu utworzonemu w tym celu przez marszałka województwa;
3) przeniesieniu nieodpłatnie przez powiat na województwo akcji albo udziałów w spółce kapitałowej prowadzącej ten szpital.

3. Porozumienie o przekazaniu szpitala, z uwzględnieniem ust. 4-7, zawiera co najmniej:

1) oznaczenie marszałka województwa oraz starosty:
   a) który jest podmiotem tworzącym dla szpitala, o którym mowa w ust.1;
   b) którego powiat posiada udziały albo akcje w spółce prowadzącej ten szpital;
2) wskazanie dnia z którym następuje przekazanie tego szpitala (dzień przekazania);
3) oznaczenie odpowiednio podmiotu leczniczego, szpitala lub wskazanie składników majątkowych będących przedmiotem porozumienia;
4) zasady przekazania województwu lub podmiotowi leczniczemu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, mienia podmiotu leczniczego prowadzącego ten szpital,;
5) wskazanie składników majątkowych, wierzytelności i zobowiązań objętych przekazaniem oraz szczegółowe zasady ich przekazania, a w razie potrzeby – także zasady ich podziału.

4. Powiat, którego starosta jest podmiotem tworzącym szpital, o którym mowa w ust. 1, przekazuje na własność województwu nieruchomości będące w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego ten szpital.

5. Ruchomości, w szczególności wyposażenie i środki transportu, wykorzystywane przez szpital, o którym mowa w ust. 1, które stanowią własność:

1) powiatu, którego starosta jest podmiotem tworzącym dla podmiotu leczniczego prowadzącego ten szpital, albo
2) podmiotu leczniczego prowadzącego ten szpital

- z dniem przekazania stają się własnością podmiotu leczniczego, który zgodnie z porozumieniem o przekazaniu ma prowadzić ten szpital.

6. Z dniem przekazania uprawnienia, wierzytelności i zobowiązania:

1) podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, o którym mowa w ust. 1, pozostają uprawnieniami, wierzytelnościami i zobowiązaniami tego podmiotu leczniczego – w przypadku, o którym mowa w art. 92e ust. 2 pkt 1;
2) dotyczące szpitala, o którym mowa w 1, stają się uprawnieniami, wierzytelnościami i zobowiązaniami podmiotu leczniczego dla którego podmiotem tworzącym jest marszałek województwa, który ma prowadzić ten szpital, albo podmiotu leczniczego utworzonego w tym celu przez marszałka województwa – w przypadku, o którym mowa w art. 92e ust. 2 pkt 2.

7. Jeżeli, w przypadku, o którym mowa w art. 92e ust. 2 pkt 2, dane zobowiązanie nie dotyczy wyłącznie szpitala, o którym mowa w ust. 1, przekazanie obejmuje część tego zobowiązania, która odpowiada świadczeniom wzajemnym, które służyły działalności tego szpitala.

Art. 92f. 1. Z dniem przekazania, z mocy prawa,:

1) pracownicy podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, o którym mowa w art. 92d ust. 1, stają się, pracownikami podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 92d ust. 2 pkt 2;
2) stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, o którym mowa w art. 92d ust. 1, przekształcają się w stosunek pracy na podstawie powołania w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 92d ust. 2 pkt 2.

2. W związku z przekazaniem szpitala warunki stosunków pracy, o których mowa w ust. 1, nie ulegają zmianie.

Art. 92g. 1. Kierownik szpitala wiodącego, uwzględniając potrzeby zdrowotne w obszarze koordynacji oraz w celu efektywnego gospodarowania środkami finansowymi, koordynuje zapewnienie opieki szpitalnej przez szpital wiodący i przyporządkowane szpitale podległe.

2. Kierownik szpitala wiodącego opracowuje plan koordynacji opieki szpitalnej na obszarze koordynacji, uwzględniając rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie województwa, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Plan koordynacji obejmuje w szczególności:

1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji opieki szpitalnej wymagające podjęcia koordynacji między szpitalem wiodącym i szpitalami podległymi;
2) działania w obszarze koordynacji, wraz z planowym rokiem lub latami, w których będą realizowane;
3) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
4) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
5) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2.
6) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki szpitalnej w szpitalu wiodącym i poszczególnych szpitalach podległych.

4. Kierownik szpitala, niezwłocznie po opracowaniu, przesyła plan koordynacji:

1) kierownikom szpitali podległych;
2) starostom powiatów w których szpitale podlegle prowadzą działalność leczniczą;
3) wojewodzie;
4) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 92h. 1. W ramach koordynacji, o której mowa w art. 92d ust. 1, kierownik szpitala wiodącego jest uprawniony do wydania kierownikowi szpitala podległego poleceń dotyczących wyłącznie:

1) rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital podległy;
2) warunków współdziałania szpitala podległego ze szpitalem wiodącym i innymi szpitalami podległymi, z uwzględnieniem ust. 3.

2. Kierownik szpitala wiodącego może zdecydować o:

1) pełnieniu wobec szpitali podległych funkcji centralnego zamawiającego w rozumieniu art. 44 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 z późn. zm.[7)]);
2) przygotowywaniu lub przeprowadzaniu na rzecz i w imieniu szpitali podległych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego lub organizowaniu konkursów, udzielaniu zamówień publicznych, zawieraniu umów ramowych, ustanawianiu dynamicznego systemu zakupów lub udzielaniu zamówień na podstawie umów ramowych lub objętych dynamicznymi systemami zakupów.

3. Kierownik szpitala wiodącego wydaje polecenia, o których mowa w ust. 1, i decyzje, o których mowa w ust. 2, na piśmie.

4. Koordynacja, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje:

1) przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownika szpitala podległego, zastępcy kierownika szpitala podległego, ordynatora, naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowej;
2) wykonywania czynności z zakresu prawa pracy wobec pracowników szpitala podległego;
3) zawierania, zmiany lub rozwiazywania umów cywilnoprawnych z osobami zatrudnionymi w szpitalu podległym;
4) udziału w konkursach ofert, rokowaniach i zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
5) udziału w zorganizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wspólnych postępowaniach na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom;
6) działalności leczniczej:
   a) w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;
   b) w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;
   c) w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515).

[7)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 620, 769, 794, 1165, 1173 i 1235.

Art. 92i. 1. Kierownik szpitala poległego obowiązany jest wystąpić do kierownika szpitala wiodącego z wnioskiem o wydanie opinii o celowości:

1) utworzenia nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego;
2) wykonania robót budowlanych w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2025 r. poz. 418 i 1080);
3) nabycia, wynajęcia lub innego sposobu pozyskania wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego;
4) nabycia, wynajęcia, wydzierżawienia lub obciążenia nieruchomości lub innego składnika mienia służącego działaniu szpitala podległego;
5) likwidacji, podziału, polaczenia lub utworzenia komórki organizacyjnej zakładu leczniczego udzielającej opieki szpitalnej.

2. Podmiot tworzący szpital dołącza opinię kierownika szpitala wiodącego do dokumentacji niezbędnej do dokonania czynności, o których mowa w ust. 1.

3. Niezależnie od wszelkich innych zgód organów danego podmiotu lub organów nadzoru wymaganych do dokonania czynności, o których mowa w ust. 1, plan dokonania czynności, o których mowa w ust. 1, podmiot tworzący podmiot leczniczy prowadzący szpital podległy obowiązany jest przedstawić do zatwierdzenia marszałkowi województwa.

4. Kierownik szpitala podległego może zwrócić się do kierownika szpitala wiodącego o wydanie opinii we wszelkich innych sprawach dotyczących lub wpływających na udzielanie opieki szpitalnej niż określone w ust 2.

Art. 92j. 1. Przy marszałku województwa tworzy się Wojewódzką Radę Koordynacji Opieki Szpitalnej, zwaną dalej „wojewódzką radą koordynacji”, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

2. W skład wojewódzkiej rady koordynacji wchodzą:

1) kierownicy szpitali wiodących w danym województwie;
2) do 10 kierowników szpitali podległych w danym województwie;
3) 3 przedstawicieli marszałka województwa, posiadających wiedzę i doświadczenie z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
4) dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia albo jego przedstawiciel będący pracownikiem tego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Jeżeli w danym województwie działa więcej niż 10 szpitali podległych, kierowników szpitali podległych wchodzących w skład wojewódzkiej rady koordynacji wybiera w głosowaniu tajnym zebranie kierowników szpitali podległych w województwie. W przypadku zmiany kierownika szpitala podległego na zwolnione miejsce wybiera się kolejnego przedstawiciela spośród kierowników szpitali podległych. Głosowania przeprowadza marszałek województwa.

4. Członkiem wojewódzkiej rady koordynacji może być osoba, która:

1) korzysta z pełni praw publicznych;

2) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

5. Przedstawiciele marszałka województwa w wojewódzkiej radzie koordynacji, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu, nie mogą:

1) być zatrudnieni w urzędzie marszałkowskim albo w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez marszałka województwa;
2) być członkami organów spółek handlowych, organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji prowadzących działalność leczniczą lub przedstawicielami takich podmiotów;
3) wykonywać działalności leczniczej w ramach indywidulanej lub grupowej praktyki lekarskiej albo pielęgniarskiej;
4) posiadać akcji lub udziałów w spółkach handlowych oraz udziałów w spółdzielniach prowadzących działalność leczniczą;
5) wykonywać zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z podmiotami wykonującymi działalność lecznicza, z wyjątkiem uczelni medycznych.

6. Członków wojewódzkiej rady koordynacji powołuje marszałek województwa. Marszalek województwa może odwołać swoich przedstawicieli w każdym czasie.

7. Wojewódzka rada wybiera ze swojego grona przewodniczącego i do dwóch zastępców przewodniczącego.

8. Wojewódzka rada koordynacji wydaje opinię i stanowiska w formie uchwał przyjętych w drodze uzgodnienia. W przypadku braku możliwości uzgodnienia opinii lub stanowiska, przewodniczący wojewódzkiej rady koordynacji zarządza głosowanie.

9. Członkom wojewódzkiej rady koordynacji nie przysługuje wynagrodzenie. Przedstawicielom marszałka województwa przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniach rady albo rekompensata od województwa w wysokości utraconych zarobków, jeżeli z powodu uczestnictwa w posiedzeniu rady pracodawca udzielił członkowi na ten czas zwolnienia z wykonywania obowiązków pracowniczych bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

10. Obsługę wojewódzkiej rady koordynacji zapewnia marszałek województwa.

Art. 92k. 1. Wojewódzka rada koordynacji opiniuje:

1) polecenia kierownika szpitala wiodącego dotyczące zmiany profilu systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w dla szpitala podległego w wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) decyzję kierownika szpitala wiodącego o pełnieniu przez szpital wiodący wobec szpitali podległych funkcji centralnego zamawiającego w odniesieniu do zamówień publicznych o wartości niższej niż progi unijne w rozumieniu art. 3 ustawy – Prawo zamówień publicznych;
3) wnioski kierownika szpitala podległego, o których mowa w art. 92f ust. 1;
4) plan przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową;
5) wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W przypadku, gdy wojewódzka rada koordynacji wyda negatywną opinię wobec poleceń i decyzji kierownika szpitala wiodącego albo wniosków kierowania szpitala podległego, o których mowa odpowiednio w ust. 1 pkt 1-3, kierownik szpitala wiodącego albo kierownik szpitala podległego, nie wcześniej niż przed upływem 1 miesiąca od dnia wydania opinii przez wojewódzką radę koordynacji, może ponownie poddać sprawę do rozpatrzenia przez wojewódzka radę koordynacji, udzielając dodatkowych wyjaśnień lub przedstawiając dodatkowe uzasadnienie.

3. Jeżeli wojewódzka rada koordynacji ponownie wyda w sprawie negatywną opinię, jej przewodniczący przekazuje opinię wraz z poleceniem albo decyzją kierownika szpitala wiodącego albo wnioskiem kierowania szpitala podległego marszałkowi województwa w celu przedłożenia sejmikowi województwa. Sejmik województwa w drodze uchwały zatwierdza albo odmawia zatwierdzenia polecenia lub decyzji kierownika szpitala wiodącego albo wniosku kierownika szpitala podległego, w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania opinii wojewódzkiej rady koordynacji.

4. W przypadku odmowy zatwierdzenia polecania, decyzji albo wniosku, o których mowa odpowiednio w ust. 3, kierownik szpital wiodącego lub kierownik szpitala podległego nie mogą wystąpić do wojewódzkiej rady koordynacji w tej samej sprawie przed upływem 3 miesięcy od dnia podjęcia uchwały przez sejmik wojewódzki.

Art. 92l. Przepisy niniejszego rozdziału dotyczące powiatów i ich organów stosuje się odpowiednio do związków jednostek samorządów terytorialnych i ich organów.

6) dodaje się załącznik w następującym brzmieniu:

Załącznik

Załącznik do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (poz. …..)

MAKSYMALNA LICZBA SZPITALI WIODĄCYCH W WOJEWÓDZTWACH

Województwo	**Liczba szpitali wiodących**
dolnośląskie	3
kujawsko-pomorskie	2
lubelskie	3
lubuskie	2
łódzkie	3
małopolskie	4
mazowieckie	5
opolskie	2
podkarpackie	3
podlaskie	2
pomorskie	3
śląskie	4
świętokrzyskie	2
warmińsko-mazurskie	2
wielkopolskie	4
zachodniopomorskie	3

Art. 8. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 163 z późn. zm.[8)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) przekazywanie Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacji o kwotach, o których mowa w art. 27h ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 163).”;

2) w art. 7a:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dostęp do informacji i raportów, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, oraz informacji o:

a) kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej;

b) kwocie wydatków poniesionych przez usługobiorcę na świadczenia, o których mowa w art. 27h ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;”;

b) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, przekazuje Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b.”.

Art. 9. W ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1428 z późn. zm.[9)]) w art. 4 w ust. 2 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej;”.

Art. 10. W ustawie z dnia 28 stycznia 2016 r. - Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2024 r. poz. 390 z późn. zm.[10] i z 2025 r. poz. 304) w art. 115 w § 3 i w § 5 wyrazy „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 11. W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139):

1) uchyla się art. 3a;

2) dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

„Art. 3b. 1. Wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny podlega

---

[8)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 340, 368, 620, 680, 1022, 1180, 1301, 1302 i 366, z 2026 r. poz. 203.

[9)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1085, 1170 i 1172 i z 2026 r. poz. 176.

[10)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 304 i 1178 oraz z 2026 r. poz. 26.

corocznie podwyższeniu od dnia 1 stycznia o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłoszony przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w komunikacie, o którym mowa w art. 89 ust. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674).

2. Podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustalają strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy w drodze porozumienia;
2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;
4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia:
   a) kierownik podmiotu leczniczego,
   b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. W 2027 r. podstawą podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny jest wysokość minimalnego zasadniczego wynagrodzenia określony w załączniku do ustawy na dzień 1 lipca 2025 r.”;

4. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

5. Do wynagrodzeń zasadniczych stażystów i rezydentów nie stosuje się warunków określonych w ust. 1.

6. Wynagrodzenia zasadnicze stażystów i rezydentów, o których mowa w ust. 5, określa minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 15i ust. 4 oraz art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zapewniając podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego

stażysty i rezydenta do poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego ustalonego w sposób określony w ust. 1.";

3) w art. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

"3b. Kontrolę wykonywania przepisów art. 3, art. 3b i art. 5 przeprowadza:";

4) załącznik do ustawy otrzymuje brzmienie:

Załącznik

WYSOKOŚĆ NAJNIŻSZEGO ZASADNICZEGO WYNAGRODZENIA NIEKTÓRYCH PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH NA DZIEŃ 1 LIPCA 2025 R.

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego na dzień 1 lipca 2025 r.
1	Lekarz albo lekarz dentysta, ze specjalizacją	11 863,49 zł
2	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3 i 4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	10 554,42 zł

3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	9 736,25 zł
4	Stażysta	7 772,63 zł
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektroradiolog, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	8 345,35 zł
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, technik elektroradiolog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej, technik elektroradiolog z wymaganym średnim wykształceniem albo pielęgniarka albo położna z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	7 690,82 zł
7	Inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-6 z wymaganym średnim wykształceniem oraz opiekun medyczny	7 036,28 zł
8	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	8 181,72 zł
9	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	6 381,74 zł
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	5 318,12 zł

Art. 13. 1. Postępowania restrukturyzacyjne wszczęte i nie zakończone do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej umarza się.

2. Sąd z urzędu uchyla układ zatwierdzony w postępowaniu wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 14. Do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy zamienianej w art. 5, do komisji lekarskich Narodowego Funduszu Zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 14 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli nie są sprzeczne z przepisami niniejszej ustawy.

Art. 15. 1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powoła lekarzy inspektorów i komisje lekarskie, o których mowa w art. 18 ust. 3 i 4 ustawy zmienianej w art. 5, do dnia 15 grudnia 2026 r.

2. Do dnia 1 grudnia 2026 r. pierwszeństwo w zatrudnianiu przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako lekarze orzecznicy i lekarze komisji lekarskich, o których o których mowa w art. 18 ust. 3 i 4 ustawy zmienianej w art. 8, mają osoby, które wykonywały funkcje lekarzy orzeczników i lekarzy komisji lekarskich w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z którymi do dnia 1 grudnia 2025 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozwiązał umowy o pracę lub umowy o świadczenie usług z powodu ograniczenia liczby osób wykonujących te funkcje w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w związku z wejściem w życie ustawy.

3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia dostosują zarządzane przez siebie systemy teleinformatyczne do przepisów ustawy do dnia 15 grudnia 2026 r.

Art. 16. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w okresie od dnia 15 grudnia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2027 r., na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, udostępnia nieodpłatnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia lokale niezbędne do działania lekarzy inspektorów i komisji lekarskich.

Art. 17. Przepisy ustaw zmienianych niniejszą ustawą w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się do zasiłków, wynagrodzeń i uposażeń do których uprawnienia powstały do dnia 1 stycznia 2027 r.

Art. 18. Marszałek województwa w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy przedstawia sejmikowi województwa pierwsze zarządzenie, o którym mowa w art. 92b ust. 2 ustawy zmienianej w art. 8.

Art. 19. Od dnia wejścia w życie ustawy do dnia wejścia w życie uchwały sejmiku wojewódzkiego, o której mowa w art. 92b ust. 3 ustawy zmienianej w art. 8, albo pierwszego rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 92b ust. 6 tej ustawy, zgody właściwego marszałka województwa wymaga:

1) likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który prowadzi szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest starosta;
2) rozwiązanie na mocy uchwały wspólników spółki kapitałowej prowadzącej szpital, która została utworzona przez powiat albo do którego ten powiat przystąpił i w którym posiada udziały albo akcje

reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki;

3) zbycie przez powiat udziałów lub akcji w spółce, o której mowa w pkt 2;

4) przekształcenie lub likwidacji podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej prowadzącego szpital, który została utworzony przez radę powiatu.

Art. 20. 1. Od dnia wejścia w życie ustawy do dnia wejścia w życie uchwały sejmiku wojewódzkiego, o której mowa w art. 92b ust. 2 lub 4 ustawy zmienianej w art. 8, albo rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 92b ust. 6 tej ustawy, zgody właściwego marszałka województwa wymaga zbycie, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych:

1) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest starosta;

2) podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, który działa w formie spółki kapitałowej utworzonej przez powiat albo do którego ten powiat przystąpił i w którym posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki.

2. Od dnia wejścia w życie uchwały sejmiku wojewódzkiego, o której mowa w art. 92b ust. 2 lub 4 ustawy zmienianej w art. 1, albo rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 92b ust. 6 tej ustawy, warunek uzyskania zgody marszałka województwa dotyczy tylko zbycia aktywów trwałych szpitali wyznaczonych jako szpitale podlegle.

3. W okresie wskazanym w ust. 1, lecz jedynie do czasu uzyskania zgody marszałka:

1) wszelkie postępowania administracyjne, sądowe, egzekucyjne, sądowoadministracyjne i postepowania egzekucyjne w administracji o których przedmiotem są lub mogą być aktywa trwałe, o których mowa w ust. 1 ulegają zawieszeniu z mocy prawa.

2) organy właściwych powiatów oraz organy samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej i spółek kapitałowych, nie podejmują czynności zmierzających do czynności prawnych, o których mowa w tym przepisie.

Art. 21. W okresie 4 lat od dnia wejścia w życie uchwały sejmiku wojewódzkiego, o której mowa w art. 92b ust. 2 lub 4 ustawy zmienianej w art. 8, albo rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 92b ust. 6 tej ustawy, w odniesieniu do szpitali, dla których podmiotem tworzącym są starostowie, nie stosuje się przepisów art. 6 ust. 8, art. 54 ust. 4, ust. 5, art. 73, art. 74 ust. 1, art. 75 ust. 2, art. 77 art. 82 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Art. 22. 1. Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa przeznaczonych na wykonywanie zadań sektora finansów publicznych wynikających z niniejszej ustawy wynosi w roku:

1) 2027 – 5.285 mln zł;

2) 2028 – 5.453 mln zł;

3) 2029 – 5.834 mln zł;

4) 2030 – 6.251 mln zł;

5) 2031 – 6.626 mln zł;

6) 2032 – 7.024 mln zł;

7) 2033 – 7.446 mln zł;

8) 2034 – 7.893 mln zł;

9) 2035 – 8.366 mln zł;

10) 2036 – 8.868 mln zł.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych monitoruje wykorzystanie limitu wydatków, o którym mowa w ust. 1, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 3.

3. W przypadku, gdy wysokość wydatków po pierwszym półroczu danego roku budżetowego wyniesie więcej niż 65% limitu wydatków przewidzianych na dany rok, dysponent środków zmniejsza wysokość środków przeznaczonych na wydatki w drugim półroczu o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wysokością tego limitu a kwotą przekroczenia wydatków.

4. W przypadku, gdy wysokość wydatków w poszczególnych miesiącach jest zgodna z planem finansowym, przepisu ust. 3 nie stosuje się.

Art. 23. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r., z wyjątkiem art. 11 pkt 1, art. 15 i art. 16, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy;

UZASADNIENIE

I. Przyczyny i potrzeba wprowadzenia zmian

Przedłożony projekt ustawy jest odpowiedzią na pilną potrzebę stabilizacji i reformy publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Głównym problemem jest pogłębiająca się trudna sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), który jako publiczny płatnik boryka się z rosnącą luką między przychodami a kosztami świadczeń. Skumulowany niedobór środków NFZ w najbliższych latach może osiągnąć alarmujące rozmiary, co już w 2024 i 2025 roku wymusiło bezprecedensowe dofinansowanie Funduszu z budżetu państwa oraz poprzez emisję obligacji. Prognozy na kolejne lata wskazują na dynamiczny wzrost tej luki, co grozi destabilizacją całego systemu i koniecznością coraz większych transferów z budżetu państwa.

Niestabilność finansowa NFZ ma bezpośrednie przełożenie na sytuację pacjentów – obserwuje się wydłużenie kolejek i czasu oczekiwania na świadczenia, nawet w przypadkach pilnych, co ilustrują m.in. dane dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednocześnie pogarsza się kondycja finansowa podmiotów leczniczych, zwłaszcza publicznych (SPZOZ), których wymagalne zobowiązania wobec dostawców i kontrahentów rosną w szybkim tempie. W szerszej perspektywie, ograniczona dostępność i jakość opieki zdrowotnej negatywnie wpływa na gospodarkę poprzez zwiększoną absencję chorobową, spadek produktywności i ograniczoną podaż pracy.

Do kluczowych przyczyn obecnej sytuacji należy zaliczyć rozbieżność między rosnącymi obowiązkami i kosztami NFZ a niedostatecznym wzrostem jego dochodów. Na Fundusz nałożono finansowanie zadań wcześniej pokrywanych z budżetu państwa (np. świadczenia wysokospecjalistyczne, programy lekowe dla seniorów i kobiet w ciąży, ratownictwo medyczne, niektóre szczepienia) bez zapewnienia trwałych, adekwatnych źródeł finansowania. Istotnym czynnikiem generującym koszty jest mechanizm waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych w podmiotach leczniczych, powiązany z dynamicznym wzrostem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce, co tylko w latach 2022-2024 spowodowało skumulowany wzrost rocznych wydatków NFZ o kilkadziesiąt miliardów złotych. Jednocześnie ustawowy mechanizm wzrostu publicznych nakładów na zdrowie (docelowo 7% PKB) odnosi się do wartości PKB sprzed dwóch lat, co w warunkach wzrostu gospodarczego i inflacji prowadzi do zaniżenia realnej wartości gwarantowanych środków i nie nadąża za wzrostem kosztów.

Ponadto, system boryka się z problemami strukturalnymi, takimi jak niska efektywność alokacji zasobów, rozproszenie kompetencji i odpowiedzialności między różnymi instytucjami (np. ZUS i NFZ w kontekście absencji chorobowej), a także znaczące obciążenie pacjentów wydatkami ponoszonymi bezpośrednio z własnej kieszeni (*out-of-pocket*).

W obecnym stanie prawnym każdy samodzielny zakład opieki zdrowotnej i spółka z większościowym udziałem samorządu terytorialnego ma szeroko zakrojona autonomię. Z jednej strony, poza tzw. siecią szpitali konkurują one o kontrakty na świadczenia zdrowotne, a drugiej strony, konkurują o kadry medyczne. Nadto, źródłem istotnej nieefektywności kosztowej systemu opieki szpitalnej jest często nacisk na utrzymanie zakładów leczniczych, które z uwagi na zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa, nie mają możliwości zachowania stabilnej sytuacji finansowej, czyli popłatają w bardzo poważne zadłużenie. W efekcie, obecna regulacja sprzyja pogarszającej się kondycji tych podmiotów, a w dalszej konsekwencji – obniżeniu poziomu ochrony zdrowia.

Celem projektowanej nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej i zmianie niektórych innych ustaw jest umożliwienie bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami wykorzystywanymi do udzielania opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń szpitalnych. Bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami wymagać może odpowiednich przesunięć świadczeń między szpitalami, a przede wszystkim – koordynacji ich działalności. Dlatego, projekt zakłada wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia instytucji szpitala wiodącego w regionie, którego zadaniem jest koordynacja opieki szpitalnej na obszarze obejmującym szereg szpitali powiatowych. Taki region, czyli „obszar koordynacji", może obejmować całość lub cześć województwa.

Projektowana reforma pozwoli na realizację kilku celów szczegółowych: konsolidację zarządzania opieką szpitalną, racjonalizację świadczeń zdrowotnych na poziomie regionalnym, eliminację nieefektywnego dublowania świadczeń między szpitalami powiatowymi oraz stworzenie struktury umożliwiającej strategiczne planowanie opieki zdrowotnej w powiązaniu z regionalnymi mapami potrzeb zdrowotnych. Osiągniecie tych celów bez przyjęcia zdecydowanych mechanizmów nie wydaje się możliwie. Stad, w celu ochrony zdrowia, proponuje się przyjęcie rozwiązań, które ograniczają obecne kompetencje samorządów powiatowych i podmiotów leczniczych wywodzących się z samorządu powiatowego.

II. Proponowane rozwiązania legislacyjne

W odpowiedzi na zdiagnozowane problemy, projekt ustawy wprowadza szereg skoordynowanych zmian w wielu ustawach, mających na celu kompleksowe uzdrowienie systemu. Główne kierunki interwencji to:

1. **Integracja zarządzania ryzykiem choroby i procesem leczenia:** Projekt przewiduje fundamentalną zmianę polegającą na przeniesieniu z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do NFZ kompetencji związanych z zarządzaniem świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy (ubezpieczenie chorobowe). Celem jest stworzenie silnych bodźców do optymalizacji procesu leczenia, skrócenia okresów absencji chorobowej i racjonalizacji wydatków poprzez powiązanie

odpowiedzialności za koszty leczenia i koszty zasiłków w jednej instytucji – NFZ. W ramach tej zmiany NFZ przejmie zadania dotyczące:

- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich,
- upoważniania lekarzy i innych osób do wystawiania zaświadczeń lekarskich (e-ZLA),
- prowadzenia postępowań i wydawania decyzji administracyjnych w sprawach prawa do zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych, ich wysokości oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W tym celu w strukturach NFZ zostaną utworzone odpowiednie komórki orzecznictwa lekarskiego (lekarze inspektorzy, komisje lekarskie), a ustawa przewiduje przepisy przejściowe dotyczące m.in. pierwszeństwa w zatrudnieniu dla dotychczasowych lekarzy orzeczników ZUS.

Konsekwencją tej zmiany jest modyfikacja zasad finansowania wynagrodzenia za czas choroby (zmiana w art. 92 Kodeksu pracy). Pracodawca będzie zobowiązany do wypłaty wynagrodzenia chorobowego (w wysokości 80% wynagrodzenia, chyba że przepisy zakładowe przewidują wyższe) jedynie za pierwsze 14 dni łącznej niezdolności do pracy pracownika w ciągu roku kalendarzowego. Od 15. dnia niezdolności do pracy, pracownikowi będzie przysługiwał zasiłek chorobowy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, finansowany ze środków funduszu chorobowego. Techniczną wypłatą zasiłków, na podstawie decyzji wydanych przez NFZ, nadal będzie zajmował się ZUS.

Projekt rozszerza również krąg osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, poprzez zniesienie dobrowolności podlegania ubezpieczeniu chorobowemu niektórych grup, np. zleceniobiorców.

Wprowadza się także zmiany harmonizujące zasady oskładkowania – składka na ubezpieczenie chorobowe będzie wliczana do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz nie będzie już pomniejszać podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych (PIT).

Projektowany mechanizm finansowy zakłada, że ewentualna nadwyżka sumy składek na ubezpieczenie chorobowe nad kwotą wypłaconych zasiłków z tego ubezpieczenia będzie przekazywana kwartalnie przez ZUS do NFZ. W przypadku niedoboru środków na wypłatę zasiłków, ZUS będzie otrzymywał dotację celową z budżetu państwa (co ma w praktyce pokrywać koszty świadczeń macierzyńskich i opiekuńczych).

2. **Racjonalizacja wzrostu kosztów wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia:** Projekt modyfikuje mechanizm corocznej waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych. Dotychczasowe powiązanie ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce

narodowej, generujące znaczną i trudną do przewidzenia presję kosztową, zostaje zastąpione nowym rozwiązaniem:

- W ustawie określone zostaną kwoty bazowe najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla poszczególnych grup zawodowych na dzień 1 lipca 2025 r. (w załączniku do ustawy).
- Corocznie, od 1 stycznia, wynagrodzenia te będą podlegały waloryzacji w oparciu o ostatni znany wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłaszany przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego. Utrzymany zostanie przy tym mechanizm negocjacji i zawierania porozumień ze stroną społeczną (lub decyzji kierownika/podmiotu tworzącego w razie braku porozumienia) co do sposobu wdrożenia podwyżek w danym podmiocie leczniczym. Oczekuje się, że zmiana ta spowolni tempo wzrostu kosztów osobowych, czyniąc je jednocześnie bardziej przewidywalnym i powiązanym ze wskaźnikami stosowanymi w innych obszarach sektora publicznego.

3. **Zmniejszenie obciążeń pacjentów i zwiększenie transparentności systemu:** Projekt wprowadza istotne zmiany w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (PIT), mające na celu zmniejszenie obciążenia finansowego obywateli ponoszących prywatne wydatki na zdrowie oraz zwiększenie transparentności przepływów finansowych w systemie:
   - Wprowadzenie nowej ulgi podatkowej, tzw. „ulgi zdrowotnej” (nowy art. 27h w ustawie o PIT). Umożliwi ona podatnikom odliczenie od podatku dochodowego (obliczonego wg skali lub liniowo) kwoty równej 10% wartości poniesionych i udokumentowanych wydatków na cele rehabilitacyjne, wyroby medyczne i specjalne środki żywieniowe nabyte na receptę, świadczenia zdrowotne oraz usługi opiekuńcze. Ulga będzie przysługiwała na wydatki poniesione na rzecz podatnika, jego krewnych w linii prostej, rodzeństwa, członków rodziny we wspólnocie domowej lub innych osób na utrzymaniu. Ustawa określa warunki skorzystania z ulgi, m.in. wyłączenie wydatków już sfinansowanych ze środków publicznych (np. NFZ, PFRON) lub zakładowych funduszy. Rozliczenie ulgi ma być w miarę możliwości zautomatyzowane poprzez integrację z systemem informacji w ochronie zdrowia (SIM/CeZ) – dane o wydatkach zarejestrowanych w systemie będą przekazywane do Krajowej Administracji Skarbowej (KAS) i udostępniane podatnikowi w usłudze e-PIT. W przypadku usług nieewidencjonowanych w SIM/CeZ (np. opiekuńczych od osób fizycznych), wymagana będzie faktura. Wprowadzenie ulgi ma nie tylko bezpośrednio zmniejszyć koszty ponoszone przez pacjentów, ale także stworzyć silną zachętę do korzystania z legalnie działających podmiotów i dokumentowania wydatków, co ma przyczynić się do ograniczenia szarej strefy i zwiększenia wpływów podatkowych. Gromadzone dane o wydatkach prywatnych posłużą też do tworzenia bardziej precyzyjnych map potrzeb zdrowotnych.
   - Wyłączenie z przychodu pracownika podlegającego opodatkowaniu PIT wartości świadczeń zdrowotnych i usług rehabilitacyjnych finansowanych przez pracodawcę w sposób ryczałtowy

(abonamenty medyczne) oraz innych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez pracodawcę objętych nową ulgą (nowy ust. 4a w art. 12 ustawy o PIT). Ma to na celu ujednolicenie traktowania podatkowego popularnych benefitów pracowniczych i dalsze zmniejszenie obciążeń obywateli.

PRZEPISY WPROWADZAJACE INSYTYTUCJE KOORDYNACJI OPIEKI SZPITALNEJ PRZEZ SZPITAL WIODĄCY

Projektowany art. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej

Projektowany przepis poszerza katalog materii uregulowanej ustawą o zasady koordynacji opieki szpitalnej przez szpitale wiodące oraz wyznaczania szpitali wiodących i szpitali podległych.

Projektowany art. 2 ustawy o działalności leczniczej

Zmiany w art. 2 polegają na dodaniu definicji.

Zgodnie z pkt 9a przez szpital podległy rozumie się szpital należący do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm., który została przyporządkowany do szpitala wiodącego w celu koordynacji zapewnienia opieki szpitalnej przez ten szpital wiodący. Szpitalem podległym będzie mógł być zatem tylko szpital zaliczony do tzw. sieci szpitali.

Szpital wiodący (pkt 9b) został zdefiniowany jako szpital dla którego podmiotem tworzącym jest marszałek województwa, który został wyznaczony zgodnie z ustawą do sprawowania koordynacji zapewniania, wraz z przyporządkowanymi szpitalami podległymi, opieki szpitalnej w województwie albo na określonym obszarze województwa.

Ponadto, w celu większej przejrzystości przepisów proponuje się zdefiniować „opiekę szpitalna” (art. 2 ust. 1 pkt 2a).

Projektowany art. 41 i art. 43 ustawy o działalności leczniczej

W przypadku, gdy szpital wiodący jest prowadzony przez podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej, w art. 41 ust. 3 proponuje się, aby w jej radzie nadzorczej zasiadali przedstawiciele szpitali podległych. Dzięki temu punkt widzenia szpitali podległych będzie mógł być lepiej reprezentowany.

W celu zapewnienia lepszej wymiany informacji i sprawniejszej koordynacji opieki szpitalnej proponuje się, aby w radach społecznej szpitali wiodących i szpitali podległych znaleźli się przedstawiciele tych szpitali (art. 43).

Projektowany art. 92b, art. 92l i załącznik do ustawy o działalności leczniczej

W projektowanym przepisie art. 92b ust. 1 zawarty jest główny zamysł ustawy, czyli utworzenie w każdym województwie obszarów koordynacji opieki szpitalnej. Koordynacja ma być realizowana przez wyznaczone szpitale wiodące i przyporządkowane ich szpitale podlegle.

Strukturę tak zbudowanego systemu koordynacji określi marszałek województwa, który w zarządzeniu wskaże obszary koordynacji, szpitale wiodące i przyporządkowane każdemu ze szpitali wiodących szpitale podlegle. W celu zapewnienia odpowiedniej skali obszarów koordynacji, maksymalną liczbę szpitali wiodących w województwach powinna określać sama ustawa (załącznik do ustawy o działalności leczniczej).

Należy podkreślić, że system koordynacji – zgodnie z projektem – obejmuje jedynie szpitale samorządowe: wojewódzkie i powiatowe (art. 92b ust. 2). Poza systemem pozostaną zatem szpitale resortowe, uczelniane i inne. Objęcie systemem koordynacji tylko szpitali wojewódzkich i resortowych podyktowane jest tym, że te inne szpitale mają zupełnie inny status prawny, a także pełnią także inne funkcje poza świadczeniem opieki szpitalnej ogółowi społeczeństwa.

Marszałek województwa (zob. art. 92b ust. 3) będzie zatem mógł wyznaczyć do pełnienia roli szpitala wiodącego jedynie szpital, dla którego jest podmiotem tworzącym albo województwo posiada większość akcji lub udziałów w spółce prowadzącej szpital, który ma pełnić funkcje szpitala wiodącego. Z kolei szpitalami podległymi będą mogły być zarówno szpitale marszałkowskie, jak i szpitale powiatowe, bez względu na to, czy są samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej czy spółkami kapitałowymi z większościowym udziałem samorządu wojewódzkiego albo powiatowego. Przepis art. 92b ust. 4 określa zawartość zarządzenia marszałka.

Zgodnie z projektowanym art. 92l ustawy o działalności leczniczej, przepisy projektowanego rozdziału 5 tej ustawy dotyczące powiatów i ich organów stosuje się odpowiednio do związków jednostek samorządów terytorialnych i ich organów.

Projektowany art. 92c ustawy o działalności leczniczej

Projektowany art. 92c ustawy o działalności leczniczej określa procedurę zatwierdzania zarządzenia marszałka przez sejmik wojewódzki. Jeżeli zarządzenie marszałka (projekt) nie zostanie zatwierdzony przez sejmik, to w myśl projektowanego ust. 2, marszałek będzie mógł ponownie przedłożyć zarządzenie sejmikowi, albo przedłożyć zarządzenie innej treści. Gdy druga próba zdobycia akceptacji sejmiku nie powiedzie się, to w myśl ust. 4, zarządzenie będzie zastąpione rozporządzeniem ministra do spraw zdrowia. Taka procedura powinna wykluczyć możliwość blokowania projektowanej reformy, a jednocześnie zapewnia autonomie poszczególnym samorządom wojewódzkim.

Uchwala sejmiku (rozporządzenie ministra ds. zdrowia) powinno być ważne 10 lat. Taki okres wydaje się z jednej strony zapewniać stabilność działania szpitali, a z drugiej pozwala na reagowanie na zmiany potrzeb zdrowotnych w średnimi okresie (art. 92c ust. 3). Kolejne zarządzenie marszałek powinien przedstawić sejmikowi do zatwierdzenia w 9 roku obowiązywania poprzedniej uchwały (rozporządzenia ministra ds.

zdrowia).

Projektowany art. 92d ustawy o działalności leczniczej

Z uwagi na konieczność sprawnego przeprowadzenia reformy i w istocie brak ostatecznego charakteru (wymóg zatwierdzenia przez sejmik), zarządzenia ministra nie powinno by zaskarżalne do sądu administracyjnego. Z kolei sam uchwala, w związku z autonomia samorządu wojewódzkiego, powinna być zaskarżalna tylko z uwagi na uchybienia natury proceduralne, albo rażące wykroczenie przeciwko celowej regulacji (art. 92d).

Projektowany art. 92e ustawy o działalności leczniczej

W projektowanym przepisie art. 92e przewidziano procedurę przekazania szpitali, które zostały wyznaczone do pełnienia funkcji szpitala podległego przez powiaty to województwa. Podobnie jak to jest w przypadku obecnie uregulowanej w ustawie zmienię podmiotu tworzącego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przekazanie szpitala w projekcie oparte jest na porozumieniu. Oczywiście, porozumienie może dotyczyć tylko bardziej szczegółowych kwestii, ponieważ sam obowiązek zawarcia porozumienia jest konsekwencja wyznaczenia danego szpitala jako szpitala podległego. Marszalek i odpowiedni starostowie powinni zawrzeć porozumienie w 3 miesiące od wejścia w życie uchwały sejmiku zatwierdzającej zarządzenie marszałka lub rozporządzenia ministra ds. zdrowia.

Z uwagi na różnorodność form prawnych prowadzenia „szpitali powiatowych" w ust. 2 przewiduje się trzy sposoby „przekazania". Przede wszystkim, możliwa jest jedynie zmiana podmiotu tworzącego ze starosty na marszałka województwa. W przypadkach bardziej złożonych odpowiednie może być wydzielenie składników majątkowych związanych z działalnością szpitala wyznaczonego do pełnienia funkcji szpitala podległego i przekazaniu ich podmiotowi leczniczemu dla którego podmiotem tworzącym jest marszałek województwa albo nawet specjalnie w tym celu utworzonemu nowemu podmiotowi leczniczemu. Trzecim sposobem, który nie wymaga dalszych rozbudowanych regulacji, jest po prostu nieodpłatne zbycie akcji lub udziałów powiatu na rzecz województwa. Minimalną zawartość porozumienia określa projektowany art. 92e ust. 3. Dalsze przepisy tego artykułu dotyczą kwestii majątkowych (nieruchomości – ust. 4, ruchomości – ust. 5 oraz uprawnień, wierzytelności i zobowiązań – ust. 6). Przepis art.7 nakazuje odpowiedni podział zobowiązań, gdy pierwotnie nie był on związany tylko z działalnością szpitala wyznaczonego do pełnienia funkcji szpitala podległego (ust. 7).

Projektowany art. 92f ustawy o działalności leczniczej

Projektowany art. 92f zapewnia ciągłość stosunków pracy w szpitalach podległych, zarówno dla zatrudnionych na postawie umowy o prace, jaki w ramach stosunku pracy na podstawie powołania.

Projektowany art. 92g ustawy o działalności leczniczej

Projektowany przepis art. 92g określa kompetencje kierownika szpitala wiodącego do koordynacji udzielania opieki szpitalnej przez szpital wiodący i przyporządkowane szpitale podlegle (ust. 1). Podstawowym dokumentem służącym koordynacji jest plan koordynacji (ust. 2 i 3). W tym planie powinny się znaleźć: potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji opieki szpitalnej wymagające podjęcia koordynacji między szpitalem wiodącym i szpitalami podległymi; działania w obszarze koordynacji, wraz z planowym rokiem lub latami, w których będą realizowane; podmioty odpowiedzialne za realizację działań; szacunkowe koszty działań,; oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, wskaźniki realizacji poszczególnych działań. Kierownik szpitala wiodącego obowiązany będzie przesłać plan zainteresowanym podmiotom i organom, tj. kierownikom szpitali podległych; starostom powiatów w których szpitale podlegle prowadzą działalność leczniczą; wojewodzie; dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowany art. 92h ustawy o działalności leczniczej

W celu realizacji planu koordynacji. Kierownik szpitala wiodącego musi być wyposażony w odpowiednie uprawnienia do realizacji planu. Dlatego w projektowanym art. 92h ust. 1 przewidziano możliwość wydawania poleceń kierownikom szpitali podległych, ale tylko w ścisłe określonych sprawach. Z kolei w ust. 2 przewidziano, że kierownik szpitala wiodącego może zdecydować o pełnieniu w imieniu i na rzecz szpitali podległych funkcji centralnego zamawiającego lub prowadzeniu wspólnych postępowań o udzielenie zamówień publicznych.

W celu jednoznacznego zakreślenia uprawnień do koordynacji, w projektowanym ust. 4 wyraźnie wskazano obszary, które są wyłączone z zakresu koordynacji, tj. przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownika szpitala podległego, zastępcy kierownika szpitala podległego, ordynatora, naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowej; wykonywania czynności z zakresu prawa pracy wobec pracowników szpitala podległego; zawierania, zmiany lub rozwiazywania umów cywilnoprawnych z osobami zatrudnionymi w szpitalu podległym; udziału w konkursach ofert, rokowaniach i zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; udziału w zorganizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wspólnych postępowaniach na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom; działalności leczniczej: w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne; w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne; w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (tj. poza opieką szpitalną).

Projektowany art. 92i ustawy o działalności leczniczej

W kontekście gospodarki finansowej istotna jest koordynacji inwestycji i organizacji pracy szpitali podległych i szpitali wiodących. Dlatego w art. 92i ust. 1 zobowiązuje się kierowników szpitali podległych do zasięgania opinii kierownika szpitala wiodącego co do celowości:

1) utworzenia nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego;
2) wykonania robót budowlanych w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo

budowlane (Dz. U. z 2025 r. poz. 418 i 1080);

3) nabycia, wynajęcia lub innego sposobu pozyskania wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego;
4) nabycia, wynajęcia, wydzierżawienia lub obciążenia nieruchomości lub innego składnika mienia służącego działaniu szpitala podległego;
5) likwidacji, podziału, polaczenia lub utworzenia komórki organizacyjnej zakładu leczniczego udzielającej opieki szpitalnej.

Co istotne, zgodnie z ust. 2, opinia kierownika szpitala wiodącego winna być załączona do dokumentacji danego zamierzenia kierownika szpitala podległego, aby inne organy i podmioty mogły się z nią zapoznać w ramach innych procedur (np. rady nadzorcze czy rady społeczne). Dokonanie tych podstawowych działań będzie ostatecznie musiało być zatwierdzone przez marszałka województwa (ust. 3).

Oczywiście, kierownik szpitala podległego będzie mógł zwrócić się o opinie do kierownika szpitala wiodącego także w innych sprawach (ust. 4).

Projektowany art. 92j i art. 92k ustawy o działalności leczniczej

W myśl projektowanego art. 92j ustawy o działalności leczniczej przy marszałku zostanie powołana wojewódzka rada koordynacji. W jej skład wejdą m.in. przedstawiciele szpitali podległych.

Głównym zadaniem rady ma być doradzanie marszałkowi i opiniowanie sposobu realizacji koordynacji przez kierownika szpitala wiodącego (art. 92k). Jeżeli wojewódzka rada koordynacji ponownie wyda w sprawie negatywną opinię, jej przewodniczący przekazuje opinię wraz z poleceniem albo decyzją kierownika szpitala wiodącego albo wnioskiem kierowania szpitala podległego marszałkowi województwa w celu przedłożenia sejmikowi województwa. Sejmik województwa w drodze uchwały zatwierdza albo odmawia zatwierdzenia polecenia lub decyzji kierownika szpitala wiodącego albo wniosku kierownika szpitala podległego, w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania opinii wojewódzkiej rady koordynacja (ust. 3).

Zmiany w ustawie o samorządzie wojewódzkim

Zmiany art. 2 w ustawie o samorządzie wojewódzkim uzupełniają katalog wyłącznych kompetencji sejmiku wojewódzkiego o uchwały dotyczące systemu koordynacji opieki szpitalnej.

Z kolei zmiana w art. 3 w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodaje wojewódzka rade koordynacji do katalogu odbiorców projektu wojewódzkiego planu transformacji. Ta zmiana odzwierciedla próbowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej.

Zmiany w ustawie – Prawo restrukturyzacyjne

Projektowany art. 4 przewiduje wyłączenie możliwości restrukturyzacji samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Ten przepis ma na celu usunięcie niepewności prawnej, jaka wynika z rozbieżnego orzecznictwa. Niepewność prawa pociąga za sobą dodatkowe ryzyka dla finansowania opieki zdrowotnej, i

dlatego powinna być w sposób jednoznaczny przesadzona tak, aby zabezpieczyć podmioty lecznicze przez zwiększonym ryzykiem. Dopuszczenie bowiem do restrukturyzacji, czyli często umorzenia długów, oznacza bowiem, że samodzielne publiczne podmioty lecznicze staną się bardziej ryzykownym kontrahentem, a zatem będą musiały ponieść tego dodatkowe koszty.

Termin na przedstawienie pierwszego zarządzenia przez marszałka sejmikowi

Marszałek województwa w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy przedstawia sejmikowi województwa pierwsze zarządzenie w sprawie wyznaczenia szpitali wiodących i szpitali podległych.

Wymóg zgody marszałka na likwidację, przekształcania i zbywania powiatowych oraz innych czynności na majątku spzoz

W celu stworzenia warunków do wprowadzenia systemu koordynacji opieki szpitalnej, w art. 6 proponuje się wprowadzić wymóg zgody marszałka na:

1) likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który prowadzi szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest starosta;
2) rozwiązanie na mocy uchwały wspólników spółki kapitałowej prowadzącej szpital, która została utworzona przez powiat albo do którego ten powiat przystąpił i w którym posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki;
3) zbycie przez powiat udziałów lub akcji w spółce, o której mowa w pkt 2;
4) przekształcenie lub likwidacji podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej prowadzącego szpital, który została utworzony przez radę powiatu.

Podobnie, zgody marszałka powinny wymagać zbycie, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych (art. 7).

Z tych samych powodów, przez pierwsze 4 lata wyłączona powinna być możliwość przekształcania powiatowych szpitali w spółki kapitałowe (art. 8).

III. Przewidywane skutki regulacji

Wdrożenie kompleksowego pakietu zmian zawartych w projekcie ustawy ma przynieść szereg pozytywnych skutków dla systemu ochrony zdrowia, pacjentów, pracowników i pracodawców:

- **Poprawa stabilności finansowej systemu:** Oczekuje się, że zwiększone wpływy ze składek, transfer nadwyżek z funduszu chorobowego oraz racjonalizacja wzrostu kosztów wynagrodzeń znacząco

zmniejszą strukturalną lukę finansową NFZ, zapewniając bardziej stabilne i przewidywalne finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz ograniczając potrzebę doraźnych interwencji budżetowych. Szacowany łączny pozytywny efekt dla NFZ w pierwszym roku obowiązywania ustawy (2026) to ok. 25,9 mld zł, a w perspektywie 10 lat blisko 420 mld zł.

- **Zwiększenie efektywności zarządzania:** Integracja odpowiedzialności za koszty leczenia i absencji chorobowej w NFZ stworzy silne bodźce do optymalizacji procesów terapeutycznych, rehabilitacji i efektywniejszej kontroli zwolnień lekarskich, co powinno przełożyć się na skrócenie okresów niezdolności do pracy i bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów.
- **Zmniejszenie obciążeń finansowych pacjentów:** Wprowadzenie ulgi zdrowotnej w PIT oraz zwolnienie z podatku wartości abonamentów medycznych finansowanych przez pracodawców bezpośrednio obniży koszty ponoszone przez obywateli w związku z ochroną zdrowia.
- **Zwiększenie transparentności i ograniczenie szarej strefy:** Mechanizmy podatkowe powiązane z dokumentowaniem wydatków na zdrowie i wykorzystaniem systemów informatycznych (SIM/CeZ, KAS) mają zachęcić do korzystania z legalnych usług, co przełoży się na zwiększenie wpływów podatkowych i składkowych oraz umożliwi gromadzenie bardziej kompletnych danych o potrzebach zdrowotnych społeczeństwa.

Projekt ustawy określa również maksymalne limity wydatków z budżetu państwa wynikające z wprowadzanych zmian na kolejne 10 lat (począwszy od 5,285 mld zł w 2027 r.) oraz mechanizmy monitorowania i korygowania tych wydatków.

IV. Przepisy przejściowe i wejście w życie

Projekt zawiera szereg przepisów przejściowych regulujących m.in. stosowanie dotychczasowych przepisów wykonawczych dotyczących komisji lekarskich do czasu wydania nowych, zasady pierwszeństwa w zatrudnianiu w NFZ lekarzy orzeczników z ZUS, terminy dostosowania systemów teleinformatycznych ZUS, NFZ i jednostki podległej MZ ds. systemów IT (do 15 grudnia 2026 r.) oraz zasady tymczasowego udostępniania lokali ZUS na potrzeby NFZ.

Ustawa ma wejść w życie co do zasady z dniem 1 stycznia 2027 roku. Wyjątki dotyczą przepisów uchylających dotychczasowy art. 3a ustawy o minimalnym wynagrodzeniu oraz przepisów przejściowych, które wejdą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy.

Przepisy ustaw zmienianych w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą będą miały zastosowanie do świadczeń (zasiłków, wynagrodzeń, uposażeń), do których prawo powstanie od dnia 1 stycznia 2027 r.

DEKLAROWANE SKUTKI REGULACJI (DSR)
projektu ustawy

Informacja o projekcie

a) Tytuł projektu:

Projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw

b) Przedstawiciel wnioskodawcy:

Radosław Lubczyk

I. Część wstępna

[1] Zwięzły opis zidentyfikowanego problemu i proponowanych rozwiązań.

Przedłożony projekt ustawy ma na celu pilne złagodzenie skutków oraz usunięcie przyczyn obecnej trudnej sytuacji finansowej publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, przejawiającej się przede wszystkim w niedoborze środków znajdujących się w dyspozycji publicznego płatnika, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak wskazuje raport Federacji Przedsiębiorców Polskich i Instytutu Finansów Publicznych pt. „Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu" z lutego 2025 r., skumulowana wartość luki finansowej w NFZ, tj. niedoboru przychodów względem prognozowanych wydatków, może wynieść w latach 2025-2028 nawet 249 mld zł. Rok 2024 był pierwszym okresem, kiedy do pełnego pokrycia wydatków NFZ konieczne było uzupełnienie jego standardowych źródeł dochodów o dotację podmiotową z budżetu państwa. Pierwotnie zaplanowano ją w kwocie 8,8 mld zł, jednak na przestrzeni kolejnych miesięcy wartość dotacji budżetowej musiała być doraźnie zwiększana, aż do osiągnięcia ostatecznego poziomu 14,8 mld zł. Niezbędne okazało się również uruchomienie dodatkowych mechanizmów doraźnego dofinansowania NFZ, w tym poprzez wyemitowanie i przekazanie na rzecz Funduszu obligacji Skarbu Państwa, w celu pozyskania przychodów z ich sprzedaży. W kolejnych latach spodziewany jest dynamiczny wzrost wielkości niedoborów przychodów NFZ, które w przypadku braku innych działań będą musiały być pokrywane z coraz wyższych dotacji podmiotowych z budżetu państwa. Niedobór prognozowany na 2025 r. sięga 33,9 mld zł, zaś do 2028 r. oczekiwany jest jego wzrost do poziomu między 78,2 mld zł a 90 mld zł w skali roku.

Trudna kondycja finansowa publicznego płatnika nie pozostaje bez wpływu na sytuację pacjentów w publicznym systemie ochrony zdrowia. Przykładowo, liczba pacjentów oczekujących na wizytę w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadkach pilnych zwiększyła się do 678.870 osób w III kw. 2024 r., wobec 494.296 osób w III kw. 2023 r., co oznacza wzrost o 37,3% w ciągu roku. Jednocześnie mediana czasu oczekiwania pacjentów pilnych wydłużyła się analogicznym okresie o 38,6% osiągając poziom 47 dni.

Poza pacjentami, niekorzystna sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia wpływa

również na liczną grupę przedsiębiorców, świadczących usługi lub realizujących dostawy na rzecz podmiotów leczniczych. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, między I kw. 2024 r. a III kw. 2024 r. wartość zobowiązań wymagalnych SP ZOZ zwiększyła się z 2.483 mln zł do 3.054 mln zł, co oznacza wzrost o 23% w ciągu 6 miesięcy. W szerszej perspektywie niska jakość oraz ograniczona dostępność opieki zdrowotnej wpływa natomiast niekorzystnie z punktu widzenia przedsiębiorstw na skalę absencji chorobowych zatrudnionych osób, poziom produktywności oraz podaż pracy.

Do głównych przyczyn istniejącej sytuacji należy zaliczyć fakt, iż obowiązujące regulacje prawne nakładają na NFZ szereg dodatkowych obowiązków oraz kosztów, podczas gdy źródła dochodów własnych Funduszu pozostają zasadniczo na stałym poziomie w relacji do funduszu płac i świadczeń z ubezpieczeń społecznych w gospodarce. Najlepszym przykładem wspomnianych regulacji jest ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2022 poz. 2770), na mocy której zniesiono dotacje celowe z budżetu państwa na pokrycie kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych, programu bezpłatnych leków dla seniorów oraz kobiet w ciąży oraz ratownictwa medycznego. Co więcej, budżet państwa zaprzestał finansowanie składki zdrowotnej niektórych grup osób uprawnionych do opieki zdrowotnej, przy zapewnieniu ich dalszego dostępu do świadczeń. Ponadto z budżetu państwa – bez wskazanego źródła finansowania – zostały przeniesione do NFZ obowiązki związane z finansowaniem zakupów leków w ramach programów polityki zdrowotnej, a także zakup szczepionek w ramach programów szczepień. Dodatkowo zezwolono na przeniesienie kwoty nieprzekraczającej 5,5 mld zł z funduszu zapasowego NFZ do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Kolejnym istotnym źródłem rosnących kosztów NFZ jest stosowanie przepisów wprowadzonych na mocy ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1352). Jej skutkiem była waloryzacja wynagrodzeń osób wykonujących pracę w podmiotach leczniczych w oparciu o wskaźnik nominalnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Przyjęty sposób realizacji tych przepisów na podstawie wskazywanych wariantów corocznych rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) skutkował przyrostem kosztów NFZ w skali 12 miesięcy: o 18,5 mld zł od 1 lipca 2022 r.; o 15,9 mld zł od 1 lipca 2023 r.; o 15,2 mld zł od 1 lipca 2024 r. Oznacza to, że w warunkach 2025 r., uwzględniając przewidywaną zmianę wycen od 1 lipca 2025 r., łącznie w skali roku kwota wydatków generowanych przez nowelizację ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

przekroczy 58 mld zł, co odpowiada ok. 26% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Przyjęte metody zmiany wyceny świadczeń w związku z waloryzacją najniższych wynagrodzeń zasadniczych uwzględniają nie tylko przyznawanie kwot niezbędnych do podwyższenia wynagrodzeń pracowników pozostających w stosunku pracy, lecz również osób świadczących usługi na podstawie umów cywilnoprawnych oraz w ramach indywidualnej działalności gospodarczej (tzw. kontraktów).

W tej sytuacji przyrost dochodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej wynikający ze zmian poziomu zatrudnienia oraz wzrostu wynagrodzeń w gospodarce jest dalece niewystarczający do pokrycia znacznie szybciej rosnących kosztów. Istniejący niedobór powinien być pokrywany z corocznie przekazywanych dotacji podmiotowych z budżetu państwa. Ich poziom jednak nie jest dostosowany do dynamiki kosztów w publicznym systemie ochrony zdrowia wynikającej z takich regulacji, jak przywołana powyżej ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego, lecz do zobowiązań wynikających z treści art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.). Przywołany przepis określa minimalną wielkość publicznych nakładów na ochronę zdrowia, które w 2025 r. muszą wynieść 6,5% PKB, w 2026 r. – 6,8%, zaś w 2027 r. i kolejnych latach – 7%. Jednocześnie, zgodnie z kryterium określonym w ustawie wartość bieżących nakładów na ochronę zdrowia jest odnoszona do poziomu produktu krajowego brutto sprzed dwóch lat. Oznacza to, że np. dla 2025 r. wartość tego wskaźnika jest ustalana jako suma wydatków na ochronę zdrowia z 2025 r., podzielona przez wartość PKB z 2023 r. W warunkach rosnącego poziomu nominalnego produktu krajowego brutto prowadzi to do wyraźnego zaniżenia ustawowo gwarantowanej wielkości publicznych nakładów na ochronę zdrowia. W praktyce, implikowany przez powyższą regułę wzrost wydatków publicznych na zdrowie nie jest wystarczający nawet do pokrycia kosztów m.in. ustawowej waloryzacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Na przykład w warunkach 2025 r. niedobór przychodów NFZ względem wydatków wyznaczonych na podstawie kryterium ustawowego sięga 19,4 mld zł, podczas gdy niedobór przychodów NFZ względem wydatków wyznaczonych na podstawie prognozy wzrostu obligatoryjnych kosztów kształtuję się na znacznie wyższym poziomie, bo aż 33,9 mld zł.

Jednocześnie, poza bieżącymi wyzwaniami, rozwiązania wymaga również szereg systemowych problemów związanych z funkcjonowaniem publicznej ochrony zdrowia w Polsce, które są obserwowane na przestrzeni ostatnich dekad. Należą do nich m.in.: niska efektywność w zakresie alokacji dostępnych zasobów systemu ochrony zdrowia, rozproszenie decyzyjne i kompetencyjne wraz z towarzyszącym mu przenoszeniem kosztów i odpowiedzialności między poszczególnymi elementami systemu, jak również znaczna skala

obciążenia pacjentów kosztami związanymi z wydatkami na opiekę zdrowotną ponoszącymi bezpośrednio z budżetów gospodarstw domowych (tzw. out-of-pocket healthcare expenditure).

W odpowiedzi na wskazane wyzwania, obejmujące przede wszystkim pogłębiającą się niestabilność finansową NFZ, rosnące obciążenie budżetu państwa, niedostateczną efektywność systemu oraz wysokie wydatki prywatne pacjentów, opracowany został kompleksowy pakiet zmian legislacyjnych. Proponowane rozwiązania mają na celu stabilizację finansową publicznego płatnika, racjonalizację wydatków, zwiększenie efektywności alokacji środków poprzez zmiany w finansowaniu świadczeń, zarządzaniu ubezpieczeniem chorobowym, modyfikację ustawowych mechanizmów waloryzacyjnych oraz wprowadzenie zachęt podatkowych powiązanych z kompleksowym zmapowaniem potrzeb zdrowotnych i ograniczaniem szarej strefy.

1. Integracja zarządzania ryzykiem choroby i leczenia

Kluczowym elementem reformy jest powiązanie zarządzania ryzykiem choroby i procesem leczenia poprzez przeniesienie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia kompetencji w zakresie zarządzania świadczeniami pieniężnymi z ubezpieczenia społecznego w razie choroby. NFZ przejmie zadania związane z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, upoważnianiem lekarzy do wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz prowadzeniem postępowań i wydawaniem decyzji administracyjnych dotyczących prawa do zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych, ich wysokości oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W ramach NFZ zostaną utworzone odpowiednie struktury orzecznictwa lekarskiego.

Ponadto, zlikwidowana zostanie dobrowolność podlegania ubezpieczeniu chorobowemu dla niektórych grup (zleceniobiorcy).

Przewidziane w projekcie zmiany związane z harmonizacją ubezpieczenia chorobowego z ubezpieczeniem zdrowotnym obejmują również włączenie kwoty składki chorobowej do podstawy wymiaru składki zdrowotnej oraz podstawy opodatkowania w PIT, na skutek czego zasady ustalania i rozliczania składki chorobowej upodobnią się do tych rozwiązań i mechanizmów systemowych, które obowiązują obecnie w stosunku do składki zdrowotnej.

Oczekuje się, że integracja zarządzania leczeniem i kosztami absencji stworzy silne bodźce do optymalizacji terapii i skrócenia okresów niezdolności do pracy, co przełoży się na racjonalizację wydatków na zasiłki chorobowe i poprawę efektywności systemu. Zmiana zasad finansowania odciąży również pracodawców od części kosztów absencji chorobowych.

Pozytywne efekty w zakresie zarządzania leczeniem pacjentów przełożą się w bezpośredni sposób na zwiększenie puli środków dostępnych do finansowania systemu ochrony zdrowia, a tym samym dalszej poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Gwarantuje to mechanizm przekazywania pełnej kwoty nadwyżki z funduszu chorobowego z FUS do NFZ. Nadwyżkowy charakter tego funduszu (ok. +6,1 mld zł w 2026 r.) gwarantowany jest natomiast zarówno dzięki poszerzeniu grona ubezpieczonych, a tym samym zwiększenia bazy składowej, jak również poprzez zapewnienie dotacji celowej z budżetu państwa pokrywającej koszty zasiłków macierzyńskich i opiekuńczych, finansowanej głównie poprzez pozostałe rozwiązania zwiększające dochody podatkowe budżetu państwa.

2. Racjonalizacja i kontrola wzrostu kosztów wynagrodzeń w ochronie zdrowia

Projekt przewiduje modyfikację mechanizmu corocznej waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych. Zamiast dotychczasowego powiązania ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, które generowało znaczną i trudną do przewidzenia presję kosztową, wprowadza się określenie w ustawie kwot bazowych w postaci wysokości najniższych wynagrodzeń na dzień 1 lipca 2025 r., a następnie ich coroczną waloryzację (od 1 stycznia każdego roku) wskaźnikiem waloryzacji emerytur i rent z FUS. Utrzymany zostanie mechanizm rokowań ze stroną społeczną co do sposobu wdrażania podwyżek w danym podmiocie. Oczekuje się, że zmiana ta spowolni tempo wzrostu kosztów osobowych w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie czyniąc je bardziej przewidywalnym i powiązanym ze wskaźnikami waloryzacji innych kategorii wydatków w sektorze publicznym, co ułatwi planowanie finansowe zarówno NFZ, jak i podmiotów leczniczych, oraz przyczyni się do stabilizacji finansowej sektora.

3. Zmniejszenie obciążenia pacjentów kosztami prywatnych wydatków na zdrowie oraz zwiększenie transparentności i szczelności systemu

W celu zmniejszenia obciążenia finansowego obywateli ponoszących prywatne wydatki na zdrowie oraz zwiększenia transparentności systemu, wprowadza się nową ulgę podatkową w PIT, zwaną „ulgą zdrowotną”. Umożliwi ona podatnikom odliczenie od podatku kwoty stanowiącej 10% wartości udokumentowanych wydatków poniesionych na określone cele zdrowotne (rehabilitacja, wyroby medyczne na receptę, świadczenia zdrowotne, usługi opiekuńcze) dla siebie lub członków rodziny. Jednocześnie, wartość świadczeń zdrowotnych finansowanych przez pracodawcę (w tym abonamentów medycznych) zostanie wyłączona z przychodu pracownika podlegającego opodatkowaniu. Rozliczenie ulgi będzie w dużej mierze

zautomatyzowane dzięki integracji z systemem informacji w ochronie zdrowia (SIM/CeZ) i systemem e-PIT KAS – dane o wydatkach zarejestrowanych w CeZ będą automatycznie przekazywane do KAS i udostępniane podatnikowi. Wprowadzenie tego mechanizmu ma na celu nie tylko bezpośrednie zmniejszenie obciążeń finansowych pacjentów, ale także stworzenie silnej zachęty do korzystania z legalnie działających podmiotów i dokumentowania wydatków. Oczekuje się, że przyczyni się to do ograniczenia szarej strefy w sektorze usług medycznych i zwiększenia wpływów podatkowych. Gromadzenie danych o wydatkach prywatnych w CeZ pozwoli na tworzenie bardziej precyzyjnych map potrzeb zdrowotnych i efektywniejsze planowanie polityki zdrowotnej. Koszt budżetowy ulgi zostanie wliczony do publicznych nakładów na ochronę zdrowia w rozumieniu art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Projektowane rozwiązania tworzą spójny pakiet interwencji mających na celu systemowe uzdrowienie finansów publicznej ochrony zdrowia, poprawę efektywności zarządzania oraz wprowadzenie dodatkowych zachęt podatkowych, przy wykorzystaniu narzędzi cyfrowych do zwiększenia transparentności. Oczekuje się, że wdrożenie tych zmian przyczyni się do długoterminowej stabilizacji sektora oraz poprawy jego funkcjonowania z korzyścią przede wszystkim dla pacjentów.

Projekt obejmuje również utworzenie systemu szpitali wiodących i szpitali podległych, którego celem jest regionalna koordynacja opieki szpitalnej, ograniczenie nieefektywnego dublowania świadczeń oraz poprawa ciągłości zabezpieczenia świadczeń w województwach. Mechanizm opiera się na wyznaczaniu obszarów koordynacji przez marszałka województwa, planach koordynacji przygotowywanych przez szpitale wiodące oraz procedurach opiniowania kluczowych decyzji organizacyjnych i inwestycyjnych dotyczących szpitali podległych.

[2] Czy były rozważane rozwiązania alternatywne?

- **Nie**

Rozważano rozwiązania alternatywne wobec proponowanego pakietu zmian, jednak żadne z nich nie zapewniałoby porównywalnej skuteczności w rozwiązaniu zidentyfikowanych problemów strukturalnych systemu ochrony zdrowia.

Utrzymanie status quo przy rosnącym zapotrzebowaniu na dotacje podmiotowe z budżetu państwa nie jest rozwiązaniem systemowym, a jedynie doraźnym łagodzeniem skutków

narastającego deficytu strukturalnego. Przewidywana luka finansowa NFZ, sięgająca w latach 2025–2028 nawet 249 mld zł, wymaga interwencji wykraczającej poza coroczne zwiększanie transferów budżetowych, które same w sobie nie eliminują źródeł problemu i pozostają trudne do pogodzenia z wymogami procedury nadmiernego deficytu.

II. Wymogi określone w art. 34 ust. 2 pkt 3–5 regulaminu Sejmu

[3] Jakie są przewidywane skutki prawne projektowanych rozwiązań?

Projektowana ustawa wprowadza zmiany w dziesięciu aktach prawnych rangi ustawowej, dokonując kompleksowej modyfikacji ram prawnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz powiązanych z nim obszarów ubezpieczeń społecznych i prawa podatkowego.

W zakresie organizacji systemu ubezpieczeń społecznych następuje rozszerzenie katalogu podmiotów wykonujących zadania z ubezpieczeń społecznych o Narodowy Fundusz Zdrowia, któremu powierza się kompetencje w zakresie orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, kontroli prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz prowadzenia postępowań administracyjnych dotyczących prawa do zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych. W ramach NFZ tworzy się nowe struktury organizacyjne obejmujące lekarzy inspektorów oraz komisje lekarskie, a Prezes NFZ uzyskuje kompetencje nadzorcze nad wykonywaniem orzecznictwa o niezdolności do pracy.

Modyfikacji ulega zakres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego poprzez objęcie nim grup dotychczas ubezpieczonych dobrowolnie, w szczególności zleceniobiorców. Zmienia się również mechanizm finansowania zasiłków chorobowych oraz zasady przekazywania środków między Funduszem Ubezpieczeń Społecznych a NFZ.

W zakresie prawa podatkowego wprowadza się nową ulgę podatkową w podatku dochodowym od osób fizycznych, umożliwiającą odliczenie od podatku części wydatków na cele zdrowotne, oraz wyłączenie z przychodu pracownika wartości świadczeń zdrowotnych finansowanych przez pracodawcę. Zmianie ulegają także zasady ustalania podstawy opodatkowania poprzez wyłączenie możliwości odliczania składki na ubezpieczenie chorobowe.

Modyfikacji podlega mechanizm ustalania najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych poprzez zastąpienie dotychczasowego wskaźnika waloryzacji opartego na przeciętnym wynagrodzeniu w gospodarce narodowej wskaźnikiem

waloryzacji emerytur i rent z FUS.

Ustawa nakłada obowiązki dostosowawcze na Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia w zakresie modyfikacji zarządzanych systemów teleinformatycznych. Przewiduje się również wydanie nowych przepisów wykonawczych dotyczących zasad i trybu orzekania o niezdolności do pracy przez organy NFZ.

[4] Jakie są przewidywane skutki społeczne projektowanych rozwiązań?

Projektowane rozwiązania wywierają wpływ na sytuację kilku grup społecznych. Dla pacjentów i ich rodzin istotne znaczenie ma wprowadzenie ulgi zdrowotnej w podatku dochodowym od osób fizycznych, która umożliwi odzyskanie części wydatków ponoszonych prywatnie na świadczenia zdrowotne, rehabilitację, wyroby medyczne oraz usługi opiekuńcze. Mechanizm ten obejmie wydatki ponoszone nie tylko na rzecz samego podatnika, lecz również jego krewnych w linii prostej, rodzeństwa, członków rodziny pozostających we wspólnocie domowej oraz osób będących na jego utrzymaniu. Dodatkową korzyść stanowi zwolnienie z opodatkowania wartości abonamentów medycznych finansowanych przez pracodawców, co zwiększy realną wartość tego świadczenia dla pracowników. W szerszej perspektywie oczekuje się, że poprawa stabilności finansowej NFZ przełoży się na zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz skrócenie kolejek oczekujących.

Dla osób aktywnych zawodowo objętych dotychczas dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, w szczególności zleceniobiorców, projektowana zmiana oznacza obligatoryjne włączenie do systemu ubezpieczenia chorobowego. Wiąże się to z koniecznością odprowadzania składki, lecz jednocześnie zapewnia tym osobom pełną ochronę na wypadek choroby i macierzyństwa, której część z nich była dotychczas pozbawiona z uwagi na niewystarczającą świadomość lub chęć minimalizacji bieżących obciążeń.

Integracja zarządzania leczeniem i świadczeniami z tytułu niezdolności do pracy w ramach NFZ stwarza warunki do optymalizacji procesów terapeutycznych i rehabilitacyjnych, co może przyczynić się do skrócenia okresów absencji chorobowej i szybszego powrotu ubezpieczonych do aktywności zawodowej.

Dla pracowników podmiotów leczniczych zmiana mechanizmu waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych oznacza przejście na wskaźnik waloryzacji emerytur i rent, który

w typowych warunkach makroekonomicznych zapewnia wolniejszy wzrost niż dotychczasowe powiązanie z przeciętnym wynagrodzeniem w gospodarce. Rozwiązanie to służy jednak długoterminowej stabilizacji finansowej sektora ochrony zdrowia, co leży w interesie wszystkich jego uczestników, w tym samych pracowników.

[5] Jakie są przewidywane skutki gospodarcze projektowanych rozwiązań?

Projektowane rozwiązania wywierają istotny wpływ na sytuację gospodarczą, oddziałując zarówno na sektor przedsiębiorstw, jak i na finanse publiczne oraz ogólne warunki funkcjonowania rynku usług zdrowotnych.

Objęcie zleceniobiorców obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym wiąże się z powstaniem dodatkowego kosztu po stronie zleceniodawców w zakresie, w jakim umowy przewidują ponoszenie przez nich ciężaru składek. Jednocześnie zmiana ta wyrównuje warunki konkurencji między podmiotami stosującymi różne formy zatrudnienia i ogranicza bodźce do zastępowania umów o pracę umowami cywilnoprawnymi wyłącznie w celu redukcji obciążeń składkowych.

W wymiarze makroekonomicznym stabilizacja finansowa NFZ poprzez transfer nadwyżki z funduszu chorobowego oraz racjonalizację dynamiki kosztów wynagrodzeń w podmiotach leczniczych zmniejsza presję na budżet państwa wynikającą z konieczności przekazywania rosnących dotacji podmiotowych. Szacowany łączny pozytywny efekt dla NFZ w pierwszym roku obowiązywania ustawy wynosi około 16,6 mld zł, a w perspektywie dziesięcioletniej blisko 360 mld zł. Ograniczenie zapotrzebowania na dotacje budżetowe sprzyja utrzymaniu stabilności fiskalnej w warunkach obowiązywania procedury nadmiernego deficytu.

Wprowadzenie ulgi zdrowotnej w połączeniu z mechanizmem automatycznego przekazywania danych o wydatkach zdrowotnych z systemu informacji w ochronie zdrowia do Krajowej Administracji Skarbowej stwarza silną zachętę do dokumentowania transakcji i korzystania z legalnie działających podmiotów. Oczekuje się, że przyczyni się to do ograniczenia szarej strefy w sektorze usług medycznych oraz zwiększenia bazy podatkowej. Gromadzenie danych o wydatkach prywatnych umożliwi ponadto tworzenie bardziej precyzyjnych map potrzeb zdrowotnych, co może wspierać efektywniejszą alokację zasobów w systemie.

W dłuższej perspektywie poprawa efektywności zarządzania leczeniem i absencjami chorobowymi może przełożyć się na wzrost produktywności pracy oraz zwiększenie efektywnej podaży pracy poprzez skrócenie okresów niezdolności do pracy i wydłużenie okresu aktywności zawodowej w stanie dobrego zdrowia.

[6] Jakie są przewidywane skutki finansowe projektowanych rozwiązań, w szczególności wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego?

1. Rozszerzenie grupy osób objętych ubezpieczeniem chorobowym

W oparciu o dane NFZ liczba osób potencjalnie objętych ubezpieczeniem chorobowym została określona na poziomie 2.065,4 tys. tytułów, z poziomem składki w przeliczeniu na tytuł, szacowanym na 2026 r. na 50,44 zł miesięcznie, co implikuje dodatkowe wpływy z tytułu składki na poziomie 1.250 mln zł. Jednocześnie dodatkowy koszt zasiłków z ubezpieczenia chorobowego wypłacanych dla obu tych grup oszacowano na poziomie 427 mln zł – uwzględniając istniejące proporcje kosztów zasiłków chorobowych do wpływów do funduszu chorobowego, a także w przypadku umów zlecenia dodatkowo uwzględniając efekt selekcji – tj. fakt, iż za sprawą dobrowolności ubezpieczenia chorobowego dla zleceniobiorców do tej pory bardziej skłonne do przystępowania do ubezpieczenia były osoby cechujące się wyższym prawdopodobieństwem korzystania w większym zakresie ze świadczeń z tego ubezpieczenia.

Oczekiwany skutek finansowy – wpływ na saldo funduszu chorobowego (w mln zł):

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
427	452	480	509	539	572	606	643	681	723

2. Dostosowania w zakresie ujmowania składki chorobowej na gruncie poboru składki zdrowotnej i PIT

Jak wynika ze sporządzonej przez ZUS prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2025-2029, w 2026 r. spodziewane wpływy ze składki chorobowej na podstawie aktualnie obowiązującego stanu prawnego wynoszą 28.837 mln zł. Zakładając efektywną krańcową stawkę podatkową PIT równą 13%, wyłączenie możliwości pomniejszania podstawy opodatkowania o wartość tej składki przyniosłaby dodatkowe dochody podatkowe na poziomie 3.760 mln zł. Z kolei zniesienie wyłączenia tej składki z podstawy wymiaru składki zdrowotnej, po uwzględnieniu jej nowej stawki, może przynieść w 2026 r. ok. 2.879 mln zł dodatkowych wpływów z tego tytułu.

Oczekiwany skutek finansowy – dodatkowe wpływy z PIT (w mln zł):

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036

3 760	3 986	4 225	4 479	4 747	5 032	5 334	5 654	5 993	6 353

Oczekiwany skutek finansowy – dodatkowe dochody NFZ ze składki zdrowotnej (w mln zł):

2027	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**
2 879	3 039	3 192	3 343	3 511	3 686	3 870	4 064	4 267	4 481

3. Dotacja celowa do funduszu chorobowego i transfery między FUS a NFZ

Zakładana kwota dotacji celowej z budżetu państwa do funduszu chorobowego, odpowiadająca wartości zasiłków macierzyńskich i opiekuńczych, w warunkach 2026 r. została oszacowana na poziomie 14.528 mln zł. Jednocześnie z prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2025-2029 wynika, że w tym samym okresie szacowany w ramach wariantu bazowego prognozy deficyt funduszu chorobowego wynikający z obowiązującego obecnie stanu prawnego wynosiłby 9.243 mln zł. Oznacza to, że w praktyce dodatkowe wydatki budżetu państwa związane z finansowaniem funduszu chorobowego wyniosłyby w 2026 r. 5.285 mln zł.

Oczekiwany skutek finansowy – dodatkowe wydatki budżetu państwa związane z dotacją celową do funduszu chorobowego (w mln zł):

2027	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**
5 285	5 453	5 834	6 251	6 626	7 024	7 446	7 893	8 366	8 868

Uwzględniając wzrost wpływów składkowych do funduszu chorobowego, dotację celową z budżetu państwa, a także dodatkowe koszty finansowania absencji chorobowych, zarówno w ramach skróconego okresu finansowania przez pracodawców, jak i poszerzenia grupy uprawnionych o osoby nowo włączone do ubezpieczenia, implikowana nadwyżka w funduszu w warunkach 2026 r. wynosi 1.103 mln zł. Zgodnie z projektowanymi przepisami, kwota ta przekazywana jest z FUS do NFZ.

Oczekiwany skutek finansowy – wartość transferu środków z tytułu nadwyżki funduszu chorobowego z FUS do NFZ (w mln zł):

2027	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**2033**	**2034**	**2035**	**2036**
1 103	1 127	1 360	1 624	1 842	2 078	2 334	2 609	2 907	3 227

4. Wprowadzenie ulgi zdrowotnej

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach nieformalnego obrotu gospodarczego została oszacowana na potrzeby niniejszej oceny skutków regulacji na poziomie 25,5 mld zł w warunkach 2026 r. Przyjęto założenie, że wartość możliwych do odzyskania dochodów podatkowych zostanie określona przy założeniu, że przychód ten podlegałby opodatkowaniu w ramach ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, gdzie stawka podatkowa dla usług opieki zdrowotnej wynosi 14%. Ze względu na

przyjęcie tej formy opodatkowania, biorąc pod uwagę wprowadzane od 2026 r. zmiany w składce zdrowotnej dla JDG, implikuje to również potencjalny wzrost wpływów ze składki zdrowotnej, która będzie częściowo proporcjonalna względem przychodów. Efektywną krańcową stopę składki zdrowotnej założono na poziomie 1,75%. W rezultacie, szacowane dochody z PIT wynikające z efektywnego zastosowania mechanizmów kontroli i ewidencji wynoszą w warunkach 2026 r. ok. 3.573 mln zł zaś dodatkowe potencjalne wpływy ze składki zdrowotnej – 447 mln zł. Jednocześnie sama wartość ulgi podatkowej została oszacowana dla 2026 r. na 3.063 mln zł. Pomniejsza ona dochody budżetu państwa, ale jednocześnie jej wartość została zaliczona do katalogu wydatków określonych w art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.). Natomiast jak wynika z danych Eurostatu, wartość świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ubezpieczeń prywatnych u pracodawców sięga niewiele ponad 1,1 mld zł w skali roku. Konsekwentnie stosując założoną krańcową efektywną stawkę podatkową PIT 13%, obniżenie podstawy opodatkowania dochodów pracowników o wartość tych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych skutkowałoby zmniejszeniem wpływów z tytułu podatku dochodowego o ok. 150 mln zł w warunkach 2026 r.

Oczekiwany skutek finansowy – dodatkowe wpływy z PIT pomniejszone o koszty preferencji podatkowych (w mln zł):

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
359	379	399	421	444	468	493	519	546	575

Oczekiwany skutek finansowy – dodatkowe dochody NFZ ze składki zdrowotnej (w mln zł):

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
447	474	504	535	568	603	641	681	723	768

5. Zmiany w mechanizmie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Skutek finansowy ustawy w zakresie kształtowania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w ochronie zdrowia został określony poprzez porównanie poziomu wydatków na wynagrodzenia implikowanego przez obecnie obowiązujące przepisy w poszczególnych latach z poziomem implikowanym przez proponowaną regułę waloryzacji wynagrodzeń. W zależności od roku, proponowana metoda waloryzacji oparta o inflację plus 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia odpowiada między 58% a 86% przyrostu wydatków, jaki wynikałby z zastosowania waloryzacji opartej o nominalną dynamikę przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Tylko w latach 2027-2036 wzrost rocznych wydatków NFZ związanych ze stosowaniem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w obowiązującym stanie prawnym wynosi 110,4 mld zł, zaś w ramach proponowanych

zmian 67,2 mld zł – co przekłada się na zmniejszenie poziomu rocznych wydatków o 43,3 mld zł.

Oczekiwany skutek finansowy – zmniejszenie wydatków NFZ (w mln zł):

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
7 140	8 528	12 134	16 094	20 282	24 700	29 180	33 712	38 475	43 278

Całościowy wpływ proponowanych zmian przedstawia się następująco:

(ceny bieżące)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mld zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	**0,0**	**20,1**	**21,0**	**22,3**	**23,8**	**25,1**	**26,6**	**28,2**	**29,8**	**31,6**	**33,4**	**261,9**
budżet państwa	0,0	4,1	4,4	4,6	4,9	5,2	5,5	5,8	6,2	6,5	6,9	54,2
NFZ	0,0	9,4	9,8	10,5	11,1	11,7	12,4	13,1	13,9	14,7	15,5	122,2
FUS	0,0	6,5	6,8	7,2	7,7	8,2	8,7	9,2	9,8	10,4	11,0	85,5
Wydatki ogółem	**0,0**	**4,7**	**3,7**	**0,9**	**-2,1**	**-5,4**	**-9,0**	**-12,5**	**-16,0**	**-19,7**	**-23,4**	**-78,9**
budżet państwa	0,0	5,3	5,5	5,8	6,3	6,6	7,0	7,4	7,9	8,4	8,9	69,0
NFZ	0,0	-7,1	-8,5	-12,1	-16,1	-20,3	-24,7	-29,2	-33,7	-38,5	-43,3	-233,5
FUS	0,0	6,5	6,8	7,2	7,7	8,2	8,7	9,2	9,8	10,4	11,0	85,5
Saldo ogółem	**0,0**	**15,4**	**17,3**	**21,4**	**25,9**	**30,6**	**35,6**	**40,7**	**45,9**	**51,3**	**56,8**	**340,8**
budżet państwa	0,0	-1,2	-1,1	-1,2	-1,4	-1,4	-1,5	-1,6	-1,7	-1,8	-1,9	-14,9
NFZ	0,0	16,6	18,4	22,6	27,2	32,0	37,1	42,3	47,6	53,1	58,8	355,7
FUS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

[7] Wykaz źródeł finansowania, jeśli projekt ustawy pociąga za sobą obciążenie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Podstawowymi źródłami finansowania pakietu projektowanych zmian są:

- objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym w ZUS wszystkich zleceniobiorców;
- zniesienie wyłączenia składki chorobowej z podstawy wymiaru składki zdrowotnej;
- zniesienie wyłączenia składki chorobowej z podstawy opodatkowania w PIT;
- nadanie funduszowi chorobowemu nadwyżkowego charakteru dzięki zwiększeniu dochodów składkowych i wprowadzeniu stałej dotacji celowej pokrywającej koszty świadczeń

macierzyńskich i opiekuńczych, wraz z mechanizmem przekazywania nadwyżki w funduszu z FUS do NFZ;

- ograniczenie tempa przyszłego wzrostu kosztów NFZ związanych z realizacją przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1352).

Uwzględniając całość szacunkowych efektów projektowanych zmian, wpływających jednocześnie na dochody podatkowe oraz na wydatki budżetu państwa, całkowity wpływ projektu na saldo budżetu państwa oceniany jest na -1,2 mld zł w warunkach 2027 r. Jednocześnie, projektowane rozwiązania w praktyce zastępują jednak znacznie większe wydatki, które w przeciwnym razie musiałyby zostać zaplanowane z budżetu państwa w celu pilnego dofinansowania systemu ochrony zdrowia poprzez doraźne dotacje podmiotowe do NFZ. W związku z powyższym, w praktycznym wymiarze również z perspektywy budżetu państwa projektowane rozwiązanie należy ocenić jako wywierające pozytywny wpływ.

Z perspektywy NFZ, projektowane rozwiązania już w pierwszym roku ich obowiązywania przyniosą łączny wzrost dochodów i redukcję wydatków na poziomie 16,6 mld zł, zaś w okresie 10 lat całkowity efekt projektowanej zmiany dla NFZ jest szacowany na kwotę blisko 360 mld zł.

W dłuższym okresie pozytywnym skutkiem finansowym projektowanych zmian będzie również poprawa efektywności zarządzania systemem ochrony zdrowia dzięki budowie kompleksowej mapy potrzeb zdrowotnych oraz kompleksowemu zarządzaniu ryzykiem choroby koordynowanemu na poziomie NFZ. Kierując się jednak zasadą ostrożności, szacunki korzyści finansowych z tego tytułu nie zostały włączone do skutków finansowych w ramach oceny skutków regulacji.

[8] Czy projekt ustawy podlega procedurze notyfikacyjnej?

- **Nie**

III. Wymogi określone w art. 34 ust. 2a i 2b regulaminu Sejmu

[9] Czy projekt ustawy zawiera przepisy określające zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej (art. 34 ust. 2a regulaminu Sejmu)?

- **Nie**

[10] Czy wdrożenie projektowanych przepisów spowoduje obciążenia administracyjne mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców (art. 34 ust. 2a regulaminu Sejmu)?

- **Nie**

[11] Czy projekt ustawy zawiera przepisy regulacyjne lub określa wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji

zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (art. 34 ust. 2b regulaminu Sejmu)?

- **Nie**

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
KANCELARIA SEJMU
BIURO EKSPERTYZ I OCENY SKUTKÓW REGULACJI

Warszawa, 14 kwietnia 2026 r.

BEOS-WPEiM-788/26

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.9.2026
Data wpływu 14.IV.26r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Radosław Lubczyk)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zm.) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Projekt zakłada zmiany:

- art. 12, art. 26, art. 27h i art. 45cd ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych[1];

- art. 18 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[2].

Projekt przyznaje sejmikowi województwa kompetencje do podejmowania uchwał w sprawach zatwierdzenia albo odmowy zatwierdzenia zarządzenia marszałka województwa, wyznaczającego szpitale wiodące i szpitale podległe oraz uchwał w sprawach poleceń lub decyzji kierownika szpitala dotyczących rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital podległy i warunków współdziałania szpitala podległego ze szpitalem wiodącym i innymi szpitalami podległymi;

- art. 3, art. 11, art. 68 oraz dodanie art. 56a w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych[3]. Zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych będzie wykonywał (oprócz: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), otwartych funduszy emerytalnych oraz płatników składek) także Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu będą podlegały także osoby wykonujące pracę nakładczą oraz osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Proponowany art. 56a zakłada, że ewentualna nadwyżka sumy składek na ubezpieczenie chorobowe nad kwotą wypłaconych zasiłków z tego

[1] Dz. U. z 2025 r. poz. 163, ze zm.
[2] Dz. U. z 2025 r. poz. 581, ze zm.
[3] Dz. U. z 2026 r. poz. 199 oraz poz. 252.

ubezpieczenia będzie przekazywana kwartalnie przez ZUS do NFZ. W przypadku niedoboru środków na wypłatę zasiłków ZUS będzie otrzymywał dotację celową z budżetu państwa.

Projekt przewiduje przeniesienie z ZUS do NFZ kompetencji związanych z zarządzaniem świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy (ubezpieczenie chorobowe). NFZ będzie sprawował kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich, upoważniał lekarzy i inne osoby do wystawiania zaświadczeń lekarskich, prowadził postępowania i wydawał decyzje administracyjne w sprawach prawa do zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych, ich wysokości oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W strukturach NFZ zostaną utworzone odpowiednie komórki orzecznictwa lekarskiego (lekarze inspektorzy, komisje lekarskie).

Zmiana ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa[4] dotyczy przede wszystkim określenia zadań z zakresu ubezpieczeń społecznych wykonywanych przez NFZ w związku z proponowanym przez projektodawców przeniesieniem z ZUS do NFZ kompetencji związanych z zarządzaniem świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Konsekwencją proponowanego w projekcie przeniesienia części kompetencji z ZUS do NFZ jest zmiana art. 138 oraz art. 144 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych[5] oraz zmiana ustaw: z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych[6] i z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze[7].

Ponadto projekt zakłada nowelizację ustaw:

- z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[8]. Art. 7 projektu przewiduje przede wszystkim następujące zmiany w tej ustawie: w art. 81 ust. 2 usuwa się odniesienie do składek na ubezpieczenie chorobowe, a art. 81 ust. 6 otrzymuje nowe brzmienie, ograniczające pomniejszenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej do składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe; w art. 95c ust. 4 zmienia się procedurę opiniowania projektu wojewódzkiego planu transformacji, w tym katalog podmiotów opiniujących i termin zgłaszania uwag; w art. 98 ust. 1 dodaje się pkt 5, wprowadzający głównego lekarza inspektora NFZ jako organ NFZ. W art. 116 ust. 1 dodaje się pkt 2a i 2b, rozszerzając źródła przychodów NFZ, natomiast w art. 131c ust. 3 dodaje się pkt 12, rozszerzający katalog środków na finansowanie ochrony zdrowia;

[4] Dz. U. z 2025 r. poz. 501, ze zm.
[5] Dz. U. z 2025 r. poz. 1749, ze zm.
[6] Dz. U. z 2024 r. poz. 334 ze zm.
[7] Dz. U. z 2024 r. poz. 390, ze zm.
[8] Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.

- z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[9]. Art. 8 projektu przewiduje zmiany dotyczące organów podmiotów leczniczych (art. 41 ust. 3 oraz art. 43 ust. 6), zakładające udział przedstawicieli szpitali wiodących i podległych. Do ustawy dodaje się rozdział 5 „Szpitale wiodące" (art. 92b-92l), regulujący m.in. wyznaczanie szpitali wiodących przez marszałka województwa i ich zatwierdzanie przez sejmik województwa, z udziałem ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 92b-92c), zasady przekazywania szpitali powiatowych województwu wraz z mieniem, zobowiązaniami i pracownikami (art. 92e-92f), kompetencje kierownika szpitala wiodącego, w tym w zakresie koordynacji świadczeń i centralizacji zamówień publicznych (art. 92g-92h);

- z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[10]. Zmiany w tej ustawie zostały zawarte w projekcie w artykule oznaczonym błędnie jako art. 8, chociaż powinien to być art. 9 projektu. Przepis ten przewiduje zmiany dotyczące art. 7 ust. 1 tej ustawy poprzez dodanie pkt 12 oraz art. 7a ust. 1 pkt 1 i dodanie ust. 6, rozszerzając zakres danych finansowych przekazywanych w systemie informacji w ochronie zdrowia, w tym danych przekazywanych Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;

- z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne[11]. Art. 9 projektu dodaje w tej ustawie art. 4 ust. 2 pkt 1a, wyłączając publiczne samodzielne zakłady opieki zdrowotnej spod zakresu jej stosowania. Art. 13 projektu przewiduje umorzenie niezakończonych postępowań restrukturyzacyjnych prowadzonych wobec tych podmiotów;

- z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych[12] (art. 11 projektu). Proponowana zmiana dotyczy przede wszystkim zasad ustalania corocznego podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny. Zgodnie z projektem wynagrodzenie corocznie ulegnie podwyższeniu o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłoszony przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w komunikacie, o którym mowa w art. 89 ust. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [13] (dalej: u.e.r.). Ponadto, stosownie do nowelizacji, podmiot leczniczy dokona podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika

---

[9] Dz. U. z 2026 r. poz. 156.
[10] Dz. U. z 2026 r. poz. 208, ze zm.
[11] Dz. U. z 2024 r. poz. 1428, ze zm.
[12] Dz. U. z 2022 r. poz. 2139.
[13] Dz. U. z 2025 r. poz. 1749, ze zm. Zgodnie z art. 89 ust. 6 u.e.r. przy ustalaniu wskaźnika waloryzacji emerytur i rent należy uwzględnić wskaźnik waloryzacji będący średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych (dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów albo będącym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, jeżeli jest on wyższy od wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów) w poprzednim roku kalendarzowym zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem określonych ustawowo warunków: 1) sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustalą strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy w drodze porozumienia; 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, będzie zawierał porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów; 3) porozumienie zostanie zawarte corocznie do 31 maja; 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie do 31 maja, sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustali corocznie (do 15 czerwca), w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia: kierownik podmiotu leczniczego; podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[14]. Zgodnie z proponowaną ustawą w 2027 r. podstawą podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, będzie wysokość minimalnego zasadniczego wynagrodzenia określona w załączniku do ustawy na dzień 1 lipca 2025 r.

Projekt zawiera przepisy przejściowe.

Projektowana ustawa ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2027 r., a niektóre jej przepisy po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem ustawy

Prawo Unii Europejskiej nie reguluje systemów ochrony zdrowia państw członkowskich jako takich. Zgodnie z art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TfUE) działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Ponadto przepis ten precyzuje, że obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów.

Odnosząc się do treści projektu, należy wskazać następujące regulacje prawa UE:

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego[15] (dalej: rozporządzenie (WE) nr 883/2004);

---

[14] Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

[15] Dz. Urz. UE L 166 z 30.4.2004, s. 1, ze zm., Polskie wydanie specjalne: rozdz. 5, t. 5, s. 72, http://data.europa.eu/eli/reg/2004/883/2019-07-31.

- rozporządzenie 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)[16] (dalej: RODO). Zgodnie z motywem 4 preambuły oraz art. 1 RODO chroni ono podstawowe prawa i wolności uznane w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej, w szczególności prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz ochrony danych osobowych. RODO ma zastosowanie do przetwarzania danych osobowych w sposób całkowicie lub częściowo zautomatyzowany oraz do przetwarzania w sposób inny niż zautomatyzowany danych osobowych stanowiących część zbioru danych lub mających stanowić część zbioru danych (art. 2 ust. 1 RODO). Rozporządzenie jest bezpośrednio stosowane w państwach członkowskich. Zgodnie z art. 4 pkt 1 RODO „dane osobowe" oznaczają informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej. Możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej. „Przetwarzanie" oznacza operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie (art. 4 pkt 2 RODO);

- dyrektywę Rady 2001/23/WE z dnia 12 marca 2001 r. w sprawie zbliżania ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do ochrony praw pracowniczych w przypadku przejęcia przedsiębiorstw, zakładów lub części przedsiębiorstw lub zakładów[17] (dalej: dyrektywa 2001/23/WE);

- dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylającą dyrektywę 2004/18/WE (dalej: dyrektywa 2014/24/UE)[18];

- dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1023 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie ram restrukturyzacji zapobiegawczej, umorzenia długów i zakazów prowadzenia działalności oraz w sprawie środków zwiększających skuteczność postępowań dotyczących restrukturyzacji, niewypłacalności i umorzenia długów, a także zmieniającą dyrektywę (UE)

[16] Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, s. 1, ze zm., http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/2016-05-04.
[17] Dz. Urz. UE L 82 z 22.3.2001, s. 16, http://data.europa.eu/eli/dir/2001/23/2015-10-09.
[18] Dz. Urz. UE L 94 z 28.3.2014, s. 65, http://data.europa.eu/eli/dir/2014/24/2026-01-01.

2017/1132 (dyrektywa o restrukturyzacji i upadłości, dalej: dyrektywa (UE) 2019/1023)[19];

- dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2041 z dnia 19 października 2022 r. w sprawie adekwatnych wynagrodzeń minimalnych w Unii Europejskiej [20] (dalej: dyrektywa (UE) 2022/2041). W dyrektywie (UE) 2022/2041 ustanowiono ramy dotyczące: adekwatności ustawowych wynagrodzeń minimalnych, aby zapewnić godne warunki życia i pracy; promowania rokowań zbiorowych mających na celu ustalanie wynagrodzeń; zwiększenia skutecznego dostępu pracowników do praw do ochrony w postaci wynagrodzenia minimalnego w przypadkach przewidzianych w prawie krajowym lub umowach zbiorowych. Akt ten pozostaje bez uszczerbku dla kompetencji państw członkowskich do ustalania poziomu wynagrodzeń minimalnych, jak również dla decyzji państw członkowskich, czy ustanowić ustawowe wynagrodzenia minimalne, czy wspierać dostęp do ochrony w postaci wynagrodzenia minimalnego przewidzianej w umowach zbiorowych, czy przewidzieć oba te elementy (art. 1 dyrektywy (UE) 2022/2041).

3. Analiza przepisów projektu ustawy pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

3.1. Rozporządzenie (WE) nr 883/2004 ustanawia wspólne zasady dotyczące ochrony praw w zakresie zabezpieczenia społecznego podczas przemieszczania się w ramach UE, a także Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii. Rozporządzenie to nie zastępuje systemów krajowych jednolitym systemem europejskim. Państwa członkowskie UE mają kompetencje do decydowania o aspektach, takich jak: beneficjenci systemów zabezpieczenia społecznego, poziomy świadczeń oraz warunki kwalifikujące. Proponowana regulacja nie określa ani nie modyfikuje zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Projekt nie narusza unijnych zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

3.2. Projekt ustawy w art. 5 (w zakresie zmiany ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego razie choroby i macierzyństwa: m.in. artykułów: 54, 54a, 55, 55b, 58a, 59, 61a, 66) zakłada przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu RODO. Projekt przewiduje przetwarzanie danych dotyczących osób ubezpieczonych w celu ustalania uprawnień do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, w tym danych o stanie zdrowia, a więc szczególnej kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 RODO. Z punktu widzenia przetwarzania danych osobowych przedmiotem proponowanych zmian jest uwzględnienie NFZ jako organu wykonującego zadania publiczne w zakresie ubezpieczeń społecznych i w związku z tym uczestniczącego w przetwarzaniu danych osobowych.

Artykuł 6 RODO wskazuje kryteria legalności przetwarzania danych. Przetwarzanie jest zgodne z prawem, jeśli spełniony jest co najmniej jeden ze

[19] Dz. Urz. UE L 172 z 26.6.2019, s. 18, http://data.europa.eu/eli/dir/2019/1023/oj.
[20] Dz. Urz. UE L 275 z 25.10.2022, s. 33; ELI: http://data.europa.eu/eli/dir/2022/2041/oj.

wskazanych w tym przepisie warunków. Odnosząc się do przepisów projektu, należy uznać, że spełnione są kryteria legalności opisane w art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO: przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Przetwarzanie danych dotyczących zdrowia (w tym danych zamieszczonych w dokumentacji medycznej ubezpieczonego) podlega dodatkowym ograniczeniom. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h RODO przetwarzanie jest możliwe, jeśli jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia. Przetwarzanie danych, o którym mowa w art. 5 projektu, jest niezbędne do oceny realizacji uprawnień z tytułu zabezpieczenia społecznego, a proponowana regulacja nie modyfikuje ani nie narusza reguł ochrony danych osobowych określonymi w RODO.

Zmiany w zakresie przetwarzania danych finansowych w systemie informacji w ochronie zdrowia (projektowane art. 7 ust. 1 pkt 12 oraz art. 7a ust. 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia) mają podstawę ustawową i służą realizacji obowiązków publicznoprawnych, co odpowiada wymogom określonym w art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, a także art. 9 ust. 2 lit. b i g RODO.

Wobec powyższego należy uznać, że projekt nie narusza unijnego reżimu ochrony danych osobowych.

3.3. Przepisy projektu dotyczące organizacji opieki szpitalnej mieszczą się w zakresie kompetencji państwa członkowskiego wynikających z art. 168 ust. 7 TfUE. Dotyczą one wewnętrznej struktury publicznego systemu ochrony zdrowia i relacji pomiędzy organami administracji publicznej.

Uprawnienia kierownika szpitala wiodącego w zakresie centralizacji zamówień publicznych (projektowany art. 92h ust. 2 ustawy o działalności leczniczej) są zgodne z prawem UE, w szczególności z dyrektywą 2014/24/UE, która dopuszcza funkcjonowanie centralnych jednostek zakupujących (art. 37 dyrektywy 2014/24/UE).

Przekazanie szpitali powiatowych i przejście pracowników (art. 92e-92f) nie narusza dyrektywy 2001/23/WE. Projekt gwarantuje automatyczne przejście pracowników wraz z zachowaniem dotychczasowych warunków stosunków pracy, co spełnia wymogi dyrektywy (zob. w szczególności jej art. 3 ust. 1).

Wyłączenie publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej z reżimu prawa restrukturyzacyjnego (art. 9 i art. 13 projektu) dotyczy organizacji i finansowania podmiotów publicznych i pozostaje poza zakresem harmonizacji prawa Unii Europejskiej. Znajduje to potwierdzenie w art. 1 ust. 2 lit. g dyrektywy

(UE) 2019/1023[21]. Przepis ten stanowi, że dyrektywa (UE) 2019/1023 nie ma zastosowania do postępowań, jeżeli dotyczą one dłużników będących podmiotami publicznymi podlegającymi prawu krajowemu.

3.4. Artykuł 11 projektu wymaga oceny co do zgodności z dyrektywą (UE) 2022/2041 w zakresie, w którym dotyczy zasad ustalania wynagrodzeń minimalnych. Zgodnie z art. 5 dyrektywy (UE) 2022/2041 państwa członkowskie, w których obowiązują ustawowe wynagrodzenia minimalne, ustanawiają niezbędne procedury ustalania i aktualizowania ustawowych wynagrodzeń minimalnych. Podstawą takiego ustalania i aktualizowania są kryteria, które mają przyczynić się do adekwatności wynagrodzeń w celu osiągnięcia godnego poziomu życia, zmniejszenia ubóstwa pracujących, a także wspierania spójności społecznej i pozytywnej konwergencji społecznej oraz zmniejszenia luki płacowej między kobietami a mężczyznami. Kryteria krajowe obejmują co najmniej następujące elementy: siła nabywcza ustawowych wynagrodzeń minimalnych, z uwzględnieniem kosztów utrzymania; ogólny poziom wynagrodzeń i ich rozkład; stopa wzrostu wynagrodzeń; długoterminowe krajowe poziomy produktywności i ich zmiany. Państwa członkowskie powinny także zapewnić, aby co najmniej raz na dwa lata dokonywano regularnej i terminowej aktualizacji ustawowych wynagrodzeń minimalnych. Proponowana regulacja nie jest sprzeczna z postanowieniami dyrektywy (UE) 2022/2041.

4. Konkluzja

Poselski projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Autorzy:
Marek Jaśkowski
Konrad Kuszel
Dorota Olejniczak
eksperci ds. legislacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Akceptował:
Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik
/podpisano elektronicznie/

[21] Ustawa – Prawo restrukturyzacyjne w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę (UE) 2019/1023.

KANCELARIA SEJMU
BIURO EKSPERTYZ I OCENY SKUTKÓW REGULACJI

Warszawa, 14 kwietnia 2026 r.

BEOS-WPEiM-789/26

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.10.2026
Data wpływu 14.IV.26r

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Radosław Lubczyk) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu

Projekt zakłada zmiany:

- art. 12, art. 26, art. 27h i art. 45cd ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych[1];

- art. 18 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[2].

Projekt przyznaje sejmikowi województwa kompetencje do podejmowania uchwał w sprawach zatwierdzenia albo odmowy zatwierdzenia zarządzenia marszałka województwa, wyznaczającego szpitale wiodące i szpitale podległe oraz uchwał w sprawach poleceń lub decyzji kierownika szpitala dotyczących rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital podległy i warunków współdziałania szpitala podległego ze szpitalem wiodącym i innymi szpitalami podległymi;

- art. 3, art. 11, art. 68 oraz dodanie art. 56a w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych[3]. Zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych będzie wykonywał (oprócz: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), otwartych funduszy emerytalnych oraz płatników składek) także Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu będą podlegały także osoby wykonujące pracę nakładczą oraz osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Proponowany art. 56a zakłada, że ewentualna nadwyżka sumy składek na ubezpieczenie chorobowe nad kwotą wypłaconych zasiłków z tego ubezpieczenia będzie przekazywana kwartalnie przez ZUS do NFZ. W przypadku

[1] Dz. U. z 2025 r. poz. 163, ze zm.
[2] Dz. U. z 2025 r. poz. 581, ze zm.
[3] Dz. U. z 2026 r. poz. 199 oraz poz. 252.

niedoboru środków na wypłatę zasiłków ZUS będzie otrzymywał dotację celową z budżetu państwa.

Projekt przewiduje przeniesienie z ZUS do NFZ kompetencji związanych z zarządzaniem świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy (ubezpieczenie chorobowe). NFZ będzie sprawował kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich, upoważniał lekarzy i inne osoby do wystawiania zaświadczeń lekarskich, prowadził postępowania i wydawał decyzje administracyjne w sprawach prawa do zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych, ich wysokości oraz zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. W strukturach NFZ zostaną utworzone odpowiednie komórki orzecznictwa lekarskiego (lekarze inspektorzy, komisje lekarskie).

Zmiana ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa[4] dotyczy przede wszystkim określenia zadań z zakresu ubezpieczeń społecznych wykonywanych przez NFZ w związku z proponowanym przez projektodawców przeniesieniem z ZUS do NFZ kompetencji związanych z zarządzaniem świadczeniami pieniężnymi z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Konsekwencją proponowanego w projekcie przeniesienia części kompetencji z ZUS do NFZ jest zmiana art. 138 oraz art. 144 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych[5] oraz zmiana ustaw: z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych[6] i z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze[7].

Ponadto projekt zakłada nowelizację ustaw:

- z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[8]. Art. 7 projektu przewiduje przede wszystkim następujące zmiany w tej ustawie: w art. 81 ust. 2 usuwa się odniesienie do składek na ubezpieczenie chorobowe, a art. 81 ust. 6 otrzymuje nowe brzmienie, ograniczające pomniejszenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej do składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe; w art. 95c ust. 4 zmienia się procedurę opiniowania projektu wojewódzkiego planu transformacji, w tym katalog podmiotów opiniujących i termin zgłaszania uwag; w art. 98 ust. 1 dodaje się pkt 5, wprowadzający głównego lekarza inspektora NFZ jako organ NFZ. W art. 116 ust. 1 dodaje się pkt 2a i 2b, rozszerzając źródła przychodów NFZ, natomiast w art. 131c ust. 3 dodaje się pkt 12, rozszerzający katalog środków na finansowanie ochrony zdrowia;

- z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[9]. Art. 8 projektu przewiduje zmiany dotyczące organów podmiotów leczniczych (art. 41 ust. 3 oraz art. 43 ust. 6), zakładające udział przedstawicieli szpitali wiodących i podległych. Do ustawy dodaje się rozdział 5 „Szpitale wiodące" (art. 92b-92l), regulujący

[4] Dz. U. z 2025 r. poz. 501, ze zm.
[5] Dz. U. z 2025 r. poz. 1749, ze zm.
[6] Dz. U. z 2024 r. poz. 334 ze zm.
[7] Dz. U. z 2024 r. poz. 390, ze zm.
[8] Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.
[9] Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

m.in. wyznaczanie szpitali wiodących przez marszałka województwa i ich zatwierdzanie przez sejmik województwa, z udziałem ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 92b-92c), zasady przekazywania szpitali powiatowych województwu wraz z mieniem, zobowiązaniami i pracownikami (art. 92e-92f), kompetencje kierownika szpitala wiodącego, w tym w zakresie koordynacji świadczeń i centralizacji zamówień publicznych (art. 92g-92h);

- z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[10]. Zmiany w tej ustawie zostały zawarte w projekcie w artykule oznaczonym błędnie jako art. 8, chociaż powinien to być art. 9 projektu. Przepis ten przewiduje zmiany dotyczące art. 7 ust. 1 tej ustawy poprzez dodanie pkt 12 oraz art. 7a ust. 1 pkt 1 i dodanie ust. 6, rozszerzając zakres danych finansowych przekazywanych w systemie informacji w ochronie zdrowia, w tym danych przekazywanych Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;

- z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne[11]. Art. 9 projektu dodaje w tej ustawie art. 4 ust. 2 pkt 1a, wyłączając publiczne samodzielne zakłady opieki zdrowotnej spod zakresu jej stosowania. Art. 13 projektu przewiduje umorzenie niezakończonych postępowań restrukturyzacyjnych prowadzonych wobec tych podmiotów;

- z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych[12] (art. 11 projektu). Proponowana zmiana dotyczy przede wszystkim zasad ustalania corocznego podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny. Zgodnie z projektem wynagrodzenie corocznie ulegnie podwyższeniu o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłoszony przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w komunikacie, o którym mowa w art. 89 ust. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [13] (dalej: u.e.r.). Ponadto, stosownie do nowelizacji, podmiot leczniczy dokona podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem określonych ustawowo warunków: 1) sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustalą strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do

---

[10] Dz. U. z 2026 r. poz. 208, ze zm.

[11] Dz. U. z 2024 r. poz. 1428, ze zm.

[12] Dz. U. z 2022 r. poz. 2139.

[13] Dz. U. z 2025 r. poz. 1749, ze zm. Zgodnie z art. 89 ust. 6 u.e.r. przy ustalaniu wskaźnika waloryzacji emerytur i rent należy uwzględnić wskaźnik waloryzacji będący średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych (dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów albo będącym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, jeżeli jest on wyższy od wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów) w poprzednim roku kalendarzowym zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy w drodze porozumienia; 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, będzie zawierał porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów; 3) porozumienie zostanie zawarte corocznie do 31 maja; 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie do 31 maja, sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustali corocznie (do 15 czerwca), w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia: kierownik podmiotu leczniczego; podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[14]. Zgodnie z proponowaną ustawą w 2027 r. podstawą podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, będzie wysokość minimalnego zasadniczego wynagrodzenia określona w załączniku do ustawy na dzień 1 lipca 2025 r.

Projekt zawiera przepisy przejściowe.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

Poselski projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej** w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu.

Autorzy:
Marek Jaśkowski
Konrad Kuszel
Dorota Olejniczak
eksperci ds. legislacji
w Biurze Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Akceptował:
Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik
/podpisano elektronicznie/

[14] Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

Warszawa, dnia 27 maja 2026r.

RPW/18458/2026 – 1P
EZD RP KS
(GMS – WSU)
Data rejestracji: 2026–05–27
Data wpływu: 2026–05–27

Szanowny Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

Jako przedstawiciel wnioskodawców poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw (RPW/11420/2026), w odpowiedzi na pismo (SPS-III.020.96.10.2026) przedkładam uzupełnienie uzasadnienia w zakresie założeń podstawowych aktów wykonawczych oraz oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Radosław Łoza

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.18.2026
Data wpływu 27.05.2026

Uzupełnienie uzasadnienia

Założenia projektów aktów wykonawczych

Założenia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad, trybu i organizacji orzekania o niezdolności do pracy przez organy Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 5 pkt 1 lit. g projektu ustawy)

Projektowane rozporządzenie, wydawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, zastąpi dotychczasowe ramy wykonawcze w celu płynnego przeniesienia kompetencji orzeczniczych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Głównym celem regulacji jest zapewnienie standaryzacji, sprawności oraz bezstronności postępowań orzeczniczych.

Projekt aktu wykonawczego będzie opierał się na następujących założeniach:

- Rozporządzenie określi procedury badań lekarskich przeprowadzanych przez lekarzy inspektorów oraz komisje lekarskie NFZ, sposoby dokumentowania stanów chorobowych oraz tryb wnoszenia sprzeciwu do komisji lekarskich za pośrednictwem dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.
- Wskazane zostaną miejsca wykonywania czynności przez lekarzy inspektorów oraz zasady terytorialnej właściwości i składu komisji lekarskich. Zapewniona zostanie ciągłość działania poprzez wykorzystanie infrastruktury lokalowej udostępnianej przejściowo przez ZUS.
- Określone zostaną szczególne wymogi zawodowe dla lekarzy orzekających w strukturach NFZ (w tym dotyczące posiadanych specjalizacji lekarskich oraz stażu pracy), co zagwarantuje wysoki poziom merytoryczny orzecznictwa, zgodny z aktualną wiedzą medyczną.
- Rozporządzenie precyzyjnie ureguluje mechanizmy kontroli prawidłowości wydawanych orzeczeń sprawowanej przez Prezesa NFZ przy pomocy Głównego Lekarza Inspektora NFZ.

Założenia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wyznaczenia szpitali wiodących i obszarów koordynacji (art. 7 pkt 5 projektu ustawy w zakresie dodawanego art. 92c ust. 4 ustawy o działalności leczniczej)

Akt ten ma charakter subsydiarny (zastępczy) i będzie wydawany przez ministra właściwego do spraw zdrowia wyłącznie w sytuacji, gdy sejmik danego województwa nie zatwierdzi w ustawowym terminie zarządzenia marszałka województwa w sprawie wyznaczenia szpitali wiodących i przyporządkowanych im szpitali podległych. Wyznaczenie szpitali wiodących oraz granic obszarów koordynacji nastąpi w oparciu o zobiektywizowane dane z regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz wojewódzkich planów transformacji. Minister, dokonując alokacji funkcji koordynacyjnych, weźmie pod uwagę infrastrukturę sprzętową, potencjał kadrowy, dostępność komunikacyjną SPZOZ oraz konieczność eliminacji nieefektywnego dublowania świadczeń zdrowotnych w regionie. Liczba wyznaczonych w rozporządzeniu szpitali wiodących w danym województwie bezwzględnie nie będzie mogła przekroczyć maksymalnego limitu określonego w załączniku do ustawy. Rozporządzenie będzie precyzowało sztywny okres swojego obowiązywania (zbieżny z ustawowym horyzontem do końca 10. roku następującego po roku jego uchwalenia), co wymusi na organach samorządu terytorialnego podjęcie działań naprawczych przy kolejnym cyklu planistycznym.

Oświadczenie o zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
PROKURATOR GENERALNY

Warszawa, dnia 16.04. 2026 r.

1001-1.0280.97.2026

dot. SPS-III.020.96.7.2026

RPW/13448/2026-1P
EZD RP KS
(BPK-III)
Data rejestracji: 2026-04-17
Data wpływu: 2026-04-17

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 kwietnia 2026 r., nr SPS-III.020.96.7.2026, odnoszące się do poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw, przekazanego Prokuratorowi Generalnemu w trybie art. 3 § 1 pkt 12 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. *Prawo o prokuraturze* (Dz. U. z 2024 r., poz. 390), uprzejmie informuję, że nie przedstawiam opinii o tym projekcie, gdyż reguluje on problematykę wykraczającą poza zakres zadań prokuratury.

z upoważnienia
Prokuratora Generalnego
Dariusz Korneluk
Pierwszy Zastępca Prokuratora Generalnego

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.11.2026
Data wpływu 21.IV.2026

Warszawa, dnia 24 kwietnia 2026 r.

ZNAK: OIGWM/79/2026

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.12.2026
Data wpływu 24.IV.26r.

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
Włodzimierz Czarzasty
Kancelaria Sejmu
ul. Wiejska 4/6/8
00-902 Warszawa

Dotyczy: poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 01.04.2026 r. (RPW/11420/2026; dalej „**Projekt Ustawy**") w zakresie projektowanych zmian do ustawy Prawo restrukturyzacyjne (art. 9 i 13 Projektu Ustawy).

STANOWISKO OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY

Działając w imieniu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED (dalej: „**Izba POLMED**") przedstawiam stanowisko w sprawie zmian do ustawy Prawo restrukturyzacyjne proponowanych w Projekcie Ustawy.

Izba POLMED w pełni popiera projektowane zmiany do ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Wyłączenie SPZOZ-ów z katalogu podmiotów posiadających zdolność restrukturyzacyjną (art. 9 Projektu Ustawy) jest w obecnej sytuacji rozwiązaniem koniecznym, które pozwoli zatrzymać sprzeczne z prawem próby restrukturyzacji podejmowane przez SPZOZ-y oraz związane z tym negatywne skutki nie tylko dla szpitali, ale także przedsiębiorców będących kontrahentami SPZOZ-ów oraz samych pacjentów. W pełni zasadne jest również zakończenie restrukturyzacji wszczętych dotychczas przez SPZOZ-y, a także uchylenie ewentualnych układów przyjętych i zatwierdzonych w tych postępowaniach (art. 13 Projektu Ustawy). Zaniechanie w zakresie wprowadzenia do porządku prawnego zmian przewidzianych w Projekcie Ustawy może mieć poważne i długofalowe konsekwencje w postaci trwałej utraty wiarygodności finansowej przez SPZOZ-y oraz możliwości korzystania z preferencyjnych warunków finansowania, ograniczania przez przedsiębiorców współpracy z sektorem publicznym, dalszego pokrzywdzenia przedsiębiorców i narastania po ich stronie strat, a finalnie – pogłębiania zadłużenia szpitali oraz zagrożeń dla pacjentów.

1. **Chaos prawny i popularyzacja restrukturyzacji wśród SPZOZ-ów**

Wokół kwestii związanej z możliwością restrukturyzacji SPZOZ-ów narasta chaos prawny. Aktualna praktyka wszczynania przez SPZOZ-y postępowań restrukturyzacyjnych opiera się na wątpliwych prawnie argumentach, bazując na wybiórczych i nieaktualnych poglądach prawnych, które ignorują obowiązujące przepisy oraz specyfikę działalności SPZOZ-ów. **Kontrowersyjne działania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są aktywnie promowane w środowisku szpitali przez część doradców restrukturyzacyjnych, ponieważ mają oni interes**

ekonomiczny w szerzeniu narracji o możliwości restrukturyzacji SPZOZ-ów, które następnie mogłyby stać się ich klientami. Cześć doradców restrukturyzacyjnych otwiera i prowadzi postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów (działając w roli nadzorców układu) lub też udziela SPZOZ-om doradztwa prawnego w innym zakresie, np. sporządzając opinie prawne na potrzeby tych postępowań. Te same środowiska doradców restrukturyzacyjnych, wspierając się wzajemnie, w efekcie kreują sprzeczną z prawem rzeczywistość, w której SPZOZ-y mogą się restrukturyzować, a doradcy restrukturyzacji czerpać z tej sytuacji korzyści finansowe. Restrukturyzacja przedstawiana jest dyrektorom szpitali jako iluzoryczna szansa na poprawę sytuacji finansowej, która w rzeczywistości przynosi odwrotny rezultat. W efekcie **beneficjentami restrukturyzacji SPZOZ-ów są właśnie doradcy restrukturyzacji zaangażowani w te postępowania, a nie same SPZOZ-y czy system ochrony zdrowia**.

2. Rozbieżności orzecznicze i konieczność jednoznacznej interwencji ustawodawczej

Narracja kreowana przez część doradców restrukturyzacyjnych jest sprzeczna z poglądami innych przedstawicieli doktryny, jednak skutkuje ona **wydawaniem rozbieżnych rozstrzygnięć przez sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów, co w jednej ze spraw doprowadziło do skierowania tego zagadnienia do Sądu Najwyższego**. Powyższe potwierdza **konieczność wprowadzenia projektowanych zmian i jednoznacznego pozbawienia zwolenników kontrowersyjnej teorii dopuszczającej restrukturyzację SPZOZ-ów jakiejkolwiek możliwości do przedstawiania argumentacji prawnej w tym zakresie**. Niezależnie więc od istnienia uzasadnionych podstaw prawnych do twierdzenia, że SPZOZ-y nie mogą prowadzić restrukturyzacji, ponieważ nie znajdują się w katalogu podmiotów, dla których przewidziano taką możliwość, tj. nie posiadają statusu przedsiębiorcy (art. 4 ust. 1 ustawy Prawo restrukturyzacyjne), projektowane zmiany powinny zostać wprowadzone. Nawet „sztuczne" wyłączenie SPZOZ-ów z tego katalogu (poprzez ich umieszczenie w katalogu wyłączającym z art. 4 ust. 2 ustawy Prawo restrukturyzacyjne) wyeliminuje możliwość dalszego nadużywania przepisów. Do tej pory postępowania restrukturyzacyjne zainicjowało siedem SPZOZ-ów, w tym: (i) w przypadku trzech SPZOZ-ów udało się zakończyć restrukturyzację na początkowym etapie na skutek zagłosowania przez odpowiednią większość wierzycieli przeciwko układowi (SPZOZ w Piotrkowie Trybunalskim, SPZOZ w Sanoku, SPZOZ w Płońsku), czy też odmowną decyzję sądu na wniosek o otwarcie restrukturyzacji (przy ponownej próbie rozpoczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ w Płońsku), (ii) w przypadku dwóch SPZOZ-ów układ został uznany za przyjęty przez wierzycieli pomimo rażących naruszeń prawa, do których doszło w tych postępowaniach (następnie w jednym z nich sąd odmówił zatwierdzenia układu – sprawa SPZOZ-u w Lesku, a w drugim układ został nieprawomocnie zatwierdzony przez sąd – sprawa SPZOZ-u w Ustrzykach Dolnych), a (iii) w przypadku dwóch ostatnich SPZOZ-ów ostatnio wszczęte postępowania restrukturyzacyjne są dopiero na początkowym etapie (SPZOZ w Kole i SPZOZ w Skarżysku-Kamiennej). **Powstały stan niepewności prawnej podważa zaufanie do Państwa oraz stanowionego prawa, a utrzymywanie takiego stanu jest niedopuszczalne z punktu widzenia interesu publicznego**.

3. Negatywne skutki restrukturyzacji SPZOZ-ów dla rynku i systemu ochrony zdrowia

Zagrożenia związane z kontynuowaniem przez SPZOZ-y wątpliwych prawnie działań restrukturyzacyjnych są poważne, a SPZOZ-y, które dotychczas zdecydowały się na restrukturyzację, jak również ich pacjenci, zdążyli już dotkliwie odczuć związane z tym skutki. Restrukturyzacja SPZOZ-ów prowadzi do efektów odwrotnych do zamierzonych, pogarszając znacząco sytuację rynkową i finansową SPZOZ-ów. Jak wskazano w uzasadnieniu do Projektu Ustawy **SPZOZ-y stały się ryzykownym kontrahentem. Na części podmiotów współpracujących z SPZOZ-ami już teraz wymusiło to konieczność zmian w zakresie warunków współpracy w celu zabezpieczenia swoich interesów, np. poprzez wprowadzenie umownych mechanizmów związanych z przedpłatą, czy też wstrzymywanie się z dostawą towarów i usług w przypadku narastającego zadłużenia w płatnościach**. Część podmiotów podejmuje również decyzję, aby **nie przystępować do przetargów organizowanych przez SPZOZ-y korzystające lub planujące skorzystać z restrukturyzacji**. Powyższe przekłada się z kolei na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ponieważ w efekcie dochodzi do **realnego zagrożenia dla ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencje ostatecznie ponoszą pacjenci** (np. szeroko komentowana medialne sytuacja pacjentów SPZOZ-u w Skarżysku-Kamiennej, który w ostatnim czasie rozpoczął restrukturyzację).

4. Utrata wiarygodności finansowej i pogorszenie dostępu do finansowania

Konsekwencją prób restrukturyzacji jest również **utrata przez SPZOZ-y preferencyjnych warunków finansowania u podmiotów finansujących, na co zwracały szczególną uwagę sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów**. Do tej pory SPZOZ-y korzystały w tym zakresie ze statusu podmiotów wypłacalnych (które nie mają możliwości restrukturyzacji i ogłoszenia upadłości), jednak z uwagi na działania pojedynczych SPZOZ-ów podmioty finansujące musiały zrewidować swoją praktykę w tej kwestii z uwagi na zwiększone ryzyko udzielania finansowania SPZOZ-om w aktualnej sytuacji prawnej. Powyższe przekłada się natomiast na **pogorszenie i tak już dramatycznej kondycji finansowej SPZOZ-ów, które nie będą mogły korzystać z dotychczasowych warunków finansowania, w tym preferencyjnych terminów płatności i stawek oprocentowania kredytów, czy też zostaną pozbawione części źródeł finansowania**. Doraźne i pozorne korzyści ze wszczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ-y, takie jak ochrona przed egzekucją, ostatecznie doprowadzą do pogłębienia ich złej sytuacji finansowej.

5. Pokrzywdzenie wierzycieli i systemowy charakter problemów SPZOZ-ów

Finalnie próby restrukturyzacyjne SPZOZ-ów prowadzą do skrajnego pokrzywdzenia ich kontrahentów, m.in. dostawców towarów i usług, na co również zwracają uwagę sądy. Wynika to w pierwszej kolejności z faktu, że postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są z góry skazane na niepowodzenie. SPZOZ-y nie są w stanie zagwarantować wierzycielom wykonania proponowanych układów oraz jednoczesnego regulowania bieżącego zadłużenia. W planach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów sporządzonych w toku postępowań podkreślane jest, że wpływ SPZOZ-ów na ich sytuację finansową jest mocno ograniczony, a główne źródło ich problemów stanowi m.in. niedoszacowanie wyceny świadczeń zdrowotnych i brak reform systemowych.

Wszczynane restrukturyzacje nie są więc w stanie usunąć przyczyn problemów SPZOZ-ów i tworzą jedynie iluzję działania, które nie może odnieść oczekiwanych rezultatów. Ponadto to głównie na współpracujących z SPZOZ-ami przedsiębiorców miałby zostać przerzucony ciężar finansowania ewentualnych układów w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów poprzez umorzenie albo redukcję wierzytelności przysługujących tym wierzycielom oraz odraczanie terminów płatności. Prawa wierzycieli SPZOZ-ów są dodatkowo ograniczane przez wynikające z przepisów ograniczenia w możliwości prowadzenia egzekucji. **Restrukturyzacja SPZOZ-ów w praktyce oznacza, że prywatne podmioty miałyby finansować działalność publicznych szpitali kosztem własnej stabilności finansowej., co zagraża branżom współpracujących z sektorem ochrony zdrowia**. W ocenie sądów **zaakceptowanie restrukturyzacji SPZOZ-ów skutkowałoby utratą przez nie cechy „publiczności" oraz niedopuszczalnej sytuacji, w której podmiot publiczny jakim jest SPZOZ, miałby mieć możliwość uwolnienia się od obowiązku zapłaty za dostarczone towary i usługi**. Ta sytuacja jest szczególnie krzywdząca dla wierzycieli SPZOZ-ów w postaci dostawców towarów i usług, którzy mają istotny wpływ na funkcjonowanie SPZOZ-ów.

Problemy finansowe SPZOZ-ów stanowią wynik niewydolności systemu finansowania ochrony zdrowia, które nie znikną po przeprowadzeniu postępowania restrukturyzacyjnego i to w dodatku w jego najprostszej formie, która w dużej mierze toczy się bez udziału sądu (tzw. postępowanie o zatwierdzenie układu), z której najczęściej do tej pory próbowały korzystać SPZOZ-y. Sądy podkreślają, że **poprawa sytuacji finansowej SPZOZ-ów wymaga zmian systemowych, a więc udziału władzy publicznej, co jest poza zasięgiem i odpowiedzialnością wierzycieli, a zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych jest konstytucyjnym zadaniem władzy publicznej**.

Mając na uwadze opisane powyżej kwestie zwracam się z apelem o jednoznaczne i zdecydowane poparcie dla projektowanych zmian w zakresie ustawy Prawo restrukturyzacyjne. **Ostateczne uregulowanie kwestii restrukturyzacji SPZOZ-ów ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania Państwa, rynku oraz bezpieczeństwa pacjentów**.

Z wyrazami szacunku

Ogólnopolska Izba Gospodarcza
Wyrobów Medycznych „POLMED"
Prezes Izby
Arkadiusz Grądkowski

Warszawa, dnia 06 maja 2026 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.13.2026
Data wpływu 07.05.26r.

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
Włodzimierz Czarzasty
Kancelaria Sejmu
ul. Wiejska 4/6/8
00-902 Warszawa

STANOWISKO
W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY I UCHWAŁY RADY DIALOGU SPOŁECZNEGO

Dotyczy:

1) Uchwały Rady Dialogu Społecznego nr 146 z dnia 20 kwietnia 2026 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo restrukturyzacyjne (dalej „**Uchwała Rady Dialogu Społecznego**");
2) poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 01.04.2026 r. (RPW/11420/2026; dalej „**Projekt Ustawy**") w zakresie projektowanych zmian do ustawy Prawo restrukturyzacyjne (art. 9 i 13 Projektu Ustawy).

Szanowny Panie Marszałku,

działając w imieniu:

Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych **POLMED**

Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych **INFARMA**

Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – **Krajowi Producenci Leków**

Izby Gospodarczej **Farmacja Polska**

Związku Pracodawców **Hurtowni Farmaceutycznych**

przedstawiamy stanowisko w sprawie zmian do ustawy Prawo restrukturyzacyjne.

W pełni popieramy projektowane zmiany do ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Wyraźne wyłączenie SPZOZ-ów z katalogu podmiotów posiadających zdolność restrukturyzacyjną (art. 9 Projektu Ustawy i art. 1 projektu ustawy stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Dialogu Społecznego) jest w obecnej sytuacji rozwiązaniem koniecznym, które pozwoli zatrzymać sprzeczne z prawem próby restrukturyzacji podejmowane przez SPZOZ-y oraz związane z tym negatywne skutki nie tylko dla szpitali, ale także przedsiębiorców będących kontrahentami SPZOZ-ów, personelu medycznego oraz samych pacjentów. W pełni zasadne jest również zakończenie restrukturyzacji wszczętych dotychczas przez SPZOZ-y, a także uchylenie ewentualnych układów przyjętych i zatwierdzonych w tych postępowaniach (art. 13 Projektu Ustawy i art. 2 ust. 1 i 2 projektu ustawy stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Dialogu Społecznego). Zaniechanie w zakresie wprowadzenia do porządku prawnego zmian przewidzianych w Projekcie Ustawy i Uchwale Rady Dialogu Społecznego może mieć poważne i długofalowe konsekwencje w postaci trwałej utraty wiarygodności finansowej przez SPZOZ-y oraz możliwości korzystania z preferencyjnych warunków finansowania, ograniczania przez przedsiębiorców współpracy z sektorem publicznym, dalszego pokrzywdzenia przedsiębiorców i narastania po ich stronie strat, a finalnie – pogłębiania zadłużenia szpitali oraz ograniczenia dostępności świadczeń dla pacjentów.

1. **Chaos prawny i kontrowersyjne promowanie postępowań restrukturyzacyjnych wśród SPZOZ-ów**

Wokół kwestii związanej z możliwością restrukturyzacji SPZOZ-ów narasta chaos prawny. Aktualna praktyka wszczynania przez SPZOZ-y postępowań restrukturyzacyjnych opiera się na wątpliwych prawnie i nieakceptowalnych ekonomicznie argumentach, które ignorują systematykę obowiązujących przepisów oraz specyfikę działalności SPZOZ-ów. **Kontrowersyjne działania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są aktywnie promowane przez część doradców restrukturyzacyjnych w środowisku szpitali, które następnie mogłyby stać się ich klientami**. Postępowania restrukturyzacyjne na podstawie ustawy z 2015 r. przedstawiane są dyrektorom zadłużonych placówek jako sposób na poprawę sytuacji szpitala, a w rzeczywistości przynoszą odwrotny rezultat – skutkują dodatkowymi wydatkami i ograniczeniem dostępności świadczeń. Natomiast **beneficjentami restrukturyzacji SPZOZ-ów są każdorazowo doradcy restrukturyzacji zaangażowani w te postępowania**.

2. **Konieczność jednoznacznej interwencji ustawodawczej**

Do tej pory postępowania restrukturyzacyjne zainicjowało siedem SPZOZ-ów, w tym: (i) w przypadku trzech SPZOZ-ów nie doszło do restrukturyzacji już na początkowym etapie na skutek zagłosowania przez odpowiednią większość wierzycieli przeciwko układowi (SPZOZ w Piotrkowie Trybunalskim, SPZOZ w Sanoku, SPZOZ w Płońsku), czy też odmowną decyzję sądu na wniosek o otwarcie restrukturyzacji (przy ponownej próbie rozpoczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ w Płońsku), (ii) w przypadku dwóch SPZOZ-ów układ został uznany za przyjęty przez wierzycieli pomimo zarzutów rażących naruszeń prawa w tych postępowaniach (następnie w jednym z nich sąd odmówił zatwierdzenia układu – sprawa SPZOZ-u w Lesku, a w drugim układ został nieprawomocnie zatwierdzony przez sąd – sprawa SPZOZ-u w Ustrzykach Dolnych), a (iii) w przypadku dwóch ostatnich SPZOZ-ów ostatnio wszczęte postępowania restrukturyzacyjne są dopiero na początkowym etapie (SPZOZ w Kole i SPZOZ w Skarżysku-Kamiennej). **Powstały stan niepewności prawnej podważa zaufanie do Państwa oraz stanowionego prawa, a utrzymywanie takiego stanu jest niedopuszczalne z punktu widzenia interesu publicznego**.

3. **Negatywne skutki restrukturyzacji SPZOZ-ów dla rynku i systemu ochrony zdrowia**

Zagrożenia związane z kontynuowaniem przez SPZOZ-y wątpliwych prawnie działań restrukturyzacyjnych są poważne. Restrukturyzacja SPZOZ-ów prowadzi do efektów odwrotnych do zamierzonych. Jak wskazano w uzasadnieniu do Projektu Ustawy i uzasadnieniu do projektu ustawy stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Dialogu Społecznego, **SPZOZ-y stały się ryzykownym kontrahentem**. **Na części podmiotów współpracujących z SPZOZ-ami już teraz wymusiło to konieczność zmian w zakresie warunków współpracy w celu zabezpieczenia swoich interesów, np. poprzez wprowadzenie umownych mechanizmów związanych z przedpłatą, czy też wstrzymywanie się z dostawą towarów i usług w przypadku narastającego zadłużenia w płatnościach**. Nie wszystkie podmioty przystępują **do przetargów organizowanych przez SPZOZ-y korzystające lub planujące skorzystać z restrukturyzacji**. Powyższe przekłada się z kolei na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ponieważ w efekcie dochodzi do **realnego zagrożenia dla ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencje ostatecznie ponoszą pacjenci** (np. szeroko komentowana medialne sytuacja pacjentów SPZOZ-u w Skarżysku-Kamiennej, który w ostatnim czasie rozpoczął restrukturyzację). Zagrożenia ekonomiczne związane z dopuszczeniem restrukturyzacji SPZOZ-ów zostały szczegółowo opisane w uzasadnieniu do projektu ustawy stanowiącego załącznik do Uchwały Rady Dialogu Społecznego (w załączeniu).

4. **Utrata wiarygodności finansowej SPZOZ-ów i pogorszenie dostępu do finansowania**

Konsekwencją prób restrukturyzacji jest również **utrata przez SPZOZ-y preferencyjnych warunków finansowania u podmiotów finansujących, na co zwracały szczególną uwagę**

sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów. Do tej pory SPZOZ-y korzystały w tym zakresie ze statusu podmiotów wypłacalnych (które nie mają możliwości redukcji długów
w ramach restrukturyzacji czy ogłoszenia upadłości), jednak z uwagi na działania pojedynczych SPZOZ-ów podmioty finansujące musiały zrewidować swoją praktykę w tej kwestii z uwagi na zwiększone ryzyko udzielania finansowania SPZOZ-om w aktualnej sytuacji prawnej. Powyższe przekłada się natomiast na **pogorszenie i tak już dramatycznej kondycji finansowej SPZOZ-ów, które nie będą mogły korzystać z dotychczasowych warunków finansowania, w tym preferencyjnych terminów płatności i stawek oprocentowania kredytów, czy też zostaną pozbawione części źródeł finansowania**. Doraźne i pozorne korzyści ze wszczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ-y, takie jak ochrona przed egzekucją, ostatecznie doprowadzą do pogłębienia ich złej sytuacji finansowej.

5. Pokrzywdzenie wierzycieli i systemowy charakter problemów SPZOZ-ów

Finalnie próby restrukturyzacyjne SPZOZ-ów prowadzą do skrajnego pokrzywdzenia ich kontrahentów, m.in. dostawców towarów i usług, na co również zwracają uwagę sądy. Wynika to w pierwszej kolejności z faktu, że SPZOZ-y nie są w stanie zagwarantować wierzycielom wykonania proponowanych układów oraz jednoczesnego regulowania bieżącego zadłużenia. W planach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów sporządzonych w toku postępowań podkreślane jest, że wpływ SPZOZ-ów na ich sytuację finansową jest mocno ograniczony, a główne źródło ich problemów stanowi m.in. niedoszacowanie wyceny świadczeń zdrowotnych i brak reform systemowych. **Wszczynane restrukturyzacje nie są więc w stanie usunąć przyczyn problemów SPZOZ-ów i tworzą jedynie iluzję działania, które nie może odnieść oczekiwanych rezultatów**. Ponadto to głównie na barki współpracujących z SPZOZ-ami przedsiębiorców miałby zostać przerzucony ciężar finansowania ewentualnych układów w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów poprzez umorzenie albo redukcję wierzytelności przysługujących tym wierzycielom oraz odraczanie terminów płatności. Prawa wierzycieli SPZOZ-ów są dodatkowo ograniczane przez wynikające z przepisów ograniczenia w możliwości prowadzenia egzekucji. **Restrukturyzacja SPZOZ-ów w praktyce oznacza, że prywatne podmioty miałyby finansować działalność publicznych szpitali kosztem własnej stabilności finansowej, co zagraża branżom współpracujących z sektorem ochrony zdrowia**. Prowadzi to do **niedopuszczalnej sytuacji, w której podmiot publiczny jakim jest SPZOZ, miałby mieć możliwość uwolnienia się od obowiązku zapłaty za dostarczone towary i usługi**. Ta sytuacja jest szczególnie krzywdząca dla wierzycieli SPZOZ-ów w postaci dostawców towarów i usług, którzy mają istotny wpływ na funkcjonowanie SPZOZ-ów.

Problemy finansowe SPZOZ-ów stanowią wynik niewydolności systemu finansowania ochrony zdrowia, które nie znikną po przeprowadzeniu postępowania restrukturyzacyjnego i to w dodatku w jego najprostszej formie, która w dużej mierze toczy się bez udziału sądu (tzw. postępowanie o zatwierdzenie układu), z której najczęściej do tej

pory próbowały korzystać SPZOZ-y. **Poprawa sytuacji finansowej SPZOZ-ów wymaga zmian systemowych, a więc udziału władzy publicznej, co jest poza zasięgiem i odpowiedzialnością wierzycieli, a zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych jest konstytucyjnym zadaniem władzy publicznej**.

Mając na uwadze opisane powyżej kwestie zwracamy się z apelem o jednoznaczne i zdecydowane poparcie dla projektowanych zmian w zakresie ustawy Prawo restrukturyzacyjne. **Ostateczne uregulowanie kwestii restrukturyzacji SPZOZ-ów ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania Państwa, rynku oraz dostępności świadczeń**.

Z wyrazami szacunku

Arkadiusz Grądkowski

Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych „POLMED" Prezes Izby Arkadiusz Grądkowski

Krzysztof Kopeć

KRAJOWI PRODUCENCI LEKÓW PREZES ZARZĄDU

Irena Rej

Irena Rej

Prezes Izby Gospodarczej "FARMACJA POLSKA"

Michał Byliniak

Andrzej Stachnik

A. Stachnik

Załącznik:

- Uchwała Rady Dialogu Społecznego nr 146 z dnia 20 kwietnia 2026 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo restrukturyzacyjne.

Uchwała nr 146

strony pracowników i strony pracodawców

Rady Dialogu Społecznego

z dnia 20 kwietnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo restrukturyzacyjne

Na podstawie art. 29 w związku z art. 2 pkt 1 i 3 oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2232 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Strona pracowników i strona pracodawców Rady Dialogu Społecznego rekomenduje zainicjowanie procesu legislacyjnego nad projektem *ustawy o zmianie – Prawo restrukturyzacyjne*, który stanowi integralny załącznik do niniejszej Uchwały strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego, obejmujący projekt przepisów przewidujących wyłączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z zakresu zastosowania tej ustawy.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

LEWIATAN

Warszawa, 7 maja 2026 r.
KL/312/86/II/2026

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

w imieniu członków Konfederacji Lewiatan w załączeniu przekazuję stanowisko naszej organizacji dotyczące przekazanego do zaopiniowania poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych ustaw (dalej jako: „**Projekt**").

Z poważaniem

Marek Górski
Prezydent Konfederacji Lewiatan

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.15.2026
Data wpływu 13.05.2026

member of BUSINESS OECD member of BUSINESSEUROPE

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation
Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000063779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie XIII
Wydział Gospodarczy

LEWIATAN

Stanowisko Konfederacji Lewiatan do poselskiego ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych ustaw

1. Uwagi ogólne

Projekt stanowi interesujący głos w debacie nad kształtem systemu ochrony zdrowia. Inicjatywa zmierzająca do sformułowania spójnej wizji systemu opieki zdrowotnej, ukierunkowanej na poprawę jego obecnego, wysoce niezadowalającego stanu, zasługuje na uznanie oraz wnikliwą analizę przedstawionych propozycji. Niemniej jednak, z uwagi na znaczenie i skalę materii objętej Projektem, jego zapisy wymagają również krytycznej oceny oraz szczegółowego odniesienia się do szeregu kwestii budzących istotne wątpliwości.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że już sam tytuł Projektu jest mylący, sugerując opracowanie systemu od podstaw. Zgodnie z jego brzmieniem należałoby oczekiwać kompleksowego ujęcia całości funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce – obejmującego zarówno kwestie organizacyjne, jak i określenie zasobów kadrowych, regulacje dotyczące działania poszczególnych poziomów referencyjnych oraz relacji między nimi (z uwzględnieniem wszystkich poziomów – od podstawowej opieki zdrowotnej po szpitale uniwersyteckie i instytuty badawcze), a także rolę instytucji wspierających (takich jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), zasady funkcjonowania płatnika (ewentualne wprowadzenie modelu wielopłatnikowego lub powrót do decentralizacji), aż po wskazanie źródeł finansowania i mechanizmów nadzoru. Zaproponowane rozwiązania mają jednak charakter fragmentaryczny i nie mogą być uznane za kompleksowe.

Ponadto Projekt nie wzmacnia kluczowej roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także w nadmiernym stopniu koncentruje się na lecznictwie szpitalnym. Konieczne jest wprowadzanie realnych i skutecznych narzędzi koordynacji opieki, zapewnienie stabilnego oraz adekwatnego finansowania świadczeń ambulatoryjnych, a także zachowanie równowagi pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym. Brak uwzględnienia powyższych elementów skutkować będzie tym, że Projekt nie przyczyni się ani do poprawy dostępności świadczeń, ani do zwiększenia efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

2. Uwagi szczegółowe

1 Art. 1 i 8 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

Pozytywnie należy ocenić kierunek projektowanych rozwiązań podatkowych, których celem jest ułatwienie pacjentom oraz pracodawcom finansowania prywatnie nabywanych świadczeń zdrowotnych, usług rehabilitacyjnych, wyrobów medycznych oraz usług opiekuńczych. Projekt

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

przewiduje m.in. odliczenie od podatku kwoty odpowiadającej 10% wartości określonych wydatków zdrowotnych oraz wyłączenie z przychodu pracownika wartości świadczeń zdrowotnych i abonamentów medycznych finansowanych przez pracodawcę.

Prawo do odliczenia wydatków ponoszonych na cele zdrowotne należy uznać za rozwiązanie uzasadnione społecznie i systemowo. Może ono zwiększyć dostępność świadczeń zdrowotnych, zachęcać obywateli do wcześniejszego korzystania z diagnostyki i leczenia, a w konsekwencji korzystnie wpływać na stan zdrowia społeczeństwa. Poprawa zdrowia publicznego może pośrednio przełożyć się na ograniczenie wydatków finansowanych ze środków publicznych, w szczególności przez zmniejszenie liczby hospitalizacji, absencji chorobowych oraz późno diagnozowanych schorzeń.

Jednocześnie rekomendujemy, aby prawo do skorzystania z ulgi podatkowej było oparte przede wszystkim na fakturach (rachunkach) wystawionych podatnikowi. Taki mechanizm byłby prosty, zrozumiały dla pacjentów i świadczeniodawców oraz sprzyjałby uszczelnieniu systemu, ponieważ pacjenci zainteresowani skorzystaniem z ulgi będą oczekiwali prawidłowego udokumentowania usługi. W praktyce sam wymóg faktury może stanowić skuteczny instrument ograniczający szarą strefę w sektorze prywatnych usług zdrowotnych.

Negatywnie należy natomiast ocenić koncepcję powiązania rozliczenia ulgi z raportowaniem kwot wydatków do Systemu Informacji Medycznej (dalej jako: **„SIM"**) w ochronie zdrowia. W naszej ocenie nie jest to właściwy kierunek. System informacji w ochronie zdrowia powinien służyć przede wszystkim realizacji celów zdrowotnych, organizacyjnych i medycznych, a nie dublowaniu obowiązków podatkowych. Informacje o cenach i kwotach należności są już raportowane właściwym organom w ramach rozliczeń podatkowych. Wprowadzanie dodatkowego raportowania przez świadczeniodawców do systemu zdrowotnego może prowadzić do niepotrzebnego zwiększenia obciążeń administracyjnych, oraz komplikacji technicznych. Co więcej w ramach leczenia komercyjnego realizowane są liczne usługi stanowiące odrębne zdarzenia medyczne i nie każde z nich posiada odrębną wycenę oraz nie każde wiąże się z odrębną płatnością. Dodatkowo zdarzenia medyczne raportowane do SIM dotyczą konkretnego pacjenta, który nie musi być płatnikiem usługi, który nie otrzymuje faktury i nie zalicza tych kosztów do zeznania rocznego PIT. Udostępnianie Krajowej Administracji Skarbowej danych kosztowych z SIM nie ma więc racjonalnego uzasadnienia ponieważ nie wiadomo jak ich część będzie zaliczana do ulg podatkowych i kto o taką ulgę będzie występował w związku z wydatkami poniesionymi na leczenie swoich bliskich.

Rekomendujemy zatem uproszczenie projektowanego mechanizmu poprzez oparcie ulgi na fakturach (rachunkach) oraz rezygnację z dodatkowego raportowania kwot wydatków do systemów ochrony zdrowia.

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

LEWIATAN

II. Art. 5 Projektu – zmiany w ustawie dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Proponowane przeniesienie kompetencji dotyczących orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oraz decyzji w sprawach świadczeń chorobowych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dalej jako: „ZUS") do Narodowego Funduszu Zdrowia (dajek jako: „NFZ") w naszej opinii jest niezasadne i wprowadzi jedynie negatywne skutki organizacyjne oraz formalno-prawne.

Ideaa by NFZ, jako instytucja odpowiedzialna za finansowanie świadczeń zdrowotnych, miał silniejszy interes w ograniczaniu nieuzasadnionej absencji chorobowej oraz w sprawniejszej kontroli zasadności wystawiania zwolnień lekarskich wymagałaby drastycznych zmian legislacyjnych, których nie zawarto w ocenianym projekcie. Aby NFZ mógł w tym zakresie bardziej racjonalne gospodarować środkami publicznymi musiałby mieć zdolność do zlecania świadczeniodawcom wybranych terapii u wytypowanych pacjentów obciążających płatnika przewlekle wypłacanymi zasiłkami.

Proponowane w Projekcie rozwiązanie jest bardzo skomplikowane organizacyjnie i instytucjonalnie. Przejęcie przez NFZ zadań realizowanych dotychczas przez ZUS oznaczałoby konieczność stworzenia rozbudowanego systemu orzeczniczego, kadrowego, informatycznego i proceduralnego. Chodzi o bardzo dużą liczbę spraw – także tych w toku postępowania administracyjnego, zaangażowanych osób, decyzji, postępowań odwoławczych i procesów administracyjnych. Samo przeniesienie kompetencji do innej instytucji nie gwarantuje poprawy efektywności, jeżeli nie zostanie poprzedzone szczegółową analizą wykonalności. NFZ miałby stać się po wejściu w życie przepisów stroną prowadzonych spraw sądowych przeciwko i z udziałem ZUS. NFZ nie posiada odpowiedniej ilości zasobów kadrowych (radców prawnych, adwokatów i innych). Przejęcie toczących się spraw sądowych wymagałoby zmiany zastępców procesowych, którzy przed podjęciem czynności musieliby zapoznać się z dokumentacją toczących się spraw.

Należy podkreslić, że NFZ jako instytucja finansująca świadczenia opieki zdrowotnej stoi obecnie przed istotnymi wyzwaniami związanymi z kontraktowaniem świadczeń, autoryzacją podmiotów leczniczych, monitorowaniem jakości w systemie ochrony zdrowia, zarządzaniem kolejkami i stabilnością systemu. Nakładanie na NFZ tak szerokich nowych zadań rodzić będzie ryzyko destabilizacji tej instytucji i tak już obciążonej drastyczną liczbą obowiązków administracyjnych.

Rekomendujemy rozważenie alternatywnych rozwiązań, które wzmacniałyby motywację ZUS do bardziej efektywnego zarządzania środkami przeznaczonymi na świadczenia chorobowe, bez konieczności przenoszenia całego ciężaru orzecznictwa do NFZ. Możliwe byłoby np. wprowadzenie mechanizmów finansowych, analitycznych lub kontrolnych zwiększających odpowiedzialność ZUS za skuteczność systemu, przy jednoczesnym usprawnieniu współpracy z NFZ w zakresie danych medycznych i kontroli zwolnień.

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

LEWIATAN

III. Art. 8 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Koncepcja koordynowania opieki szpitalnej jest znana od wielu lat i w obecnym porządku prawnym mamy już liczne tego przejawy – Sieć Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego z kilkustopniowym systemem referencyjności szpitali, Krajowa Sieć Onkologiczna oraz Krajowa Sieć Kardiologiczna stanowią kolejne elementy tworzące wielopoziomowe powiazania organizacyjne i merytoryczne pomiędzy podmiotami leczniczymi niezależnie od ich struktury właścicielskiej.

Projektowana reforma stwarza pewne szanse na poprawę funknjonowania systemu ochrony zdrowia, jednocześnie jednak niosąc za sobą liczne ryzyka. Projekt przewiduje wyznaczanie szpitali wiodących oraz przyporządkowanych im szpitali podległych, a także określanie obszarów koordynacji przez marszałka województwa. Wydaje się natomiast pomijać obszary działalności ambulatoryjnej oraz świadczeń stacjonarnych innych niż szpitalne (ZOL, hospicjum etc.). Jest więc pomysłem nie realizującym w pełni racjonalnego modelu opieki koordynowanej, w którym opieka ambulatoryjna i długoterminowa są kluczowymi elementami kompleksowego systemu. Co więcej proponowane rozwiązania legislacyjne mogą prowadzić do problemów wynikających z obligatoryjnego przekazania marszałkowi wyłącznie składników majątkowych i zasobów służących udzielaniu świadczeń szpitalnych i jednoczesnego pozostawienia w gestii jedostem samorządu terytorialnego pozostałych elementów infrastruktury i zasobów dedykowanych działalności ambulatoryjnej oraz opiece długoterminowej. Takie przepisy mogą prowadzić do pogorszenia kondycji podmiotów zdefiniowanych jako podległe.

W praktyce zaproponowany model może prowadzić do znacznego skomplikowania relacji między podmiotami leczniczymi, organami tworzącymi, samorządami oraz administracją rządową. Przejmowanie odpowiedzialności przez jeden szpital za organizację lub funkcjonowanie innych szpitali może generować konflikty kompetencyjne, finansowe i organizacyjne.

Negatywnie należy również ocenić ryzyko zwielokrotnienia mechanizmów oceny inwestycji i projektów rozwojowych. Jeżeli projektowane rozwiązania będą powielały istniejące już instrumenty, takie jak ocena celowości inwestycji w systemie IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia), może to prowadzić do dodatkowej biurokracji bez gwarancji poprawy efektywności decyzji inwestycyjnych.

IV. Art. 9 i 13 Projektu – zmiany w ustawie z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne

Wyłączenie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (dalej jako: „SPZOZ") z katalogu podmiotów posiadających zdolność restrukturyzacyjną (art. 9 Projektu) wydaje się być w obecnej sytuacji rozwiązaniem, które pozwoli zatrzymać negatywne skutki związane restrukturyzacją podejmowaną przez SPZOZ-y nie tylko dla szpitali, ale także przedsiębiorców będących kontrahentami SPZOZ-ów oraz samych pacjentów. Zasadne wydaje się również zakończenie restrukturyzacji wszczętych dotychczas przez SPZOZ-y, a także uchylenie ewentualnych układów

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

przyjętych i zatwierdzonych w tych postępowaniach (art. 13 Projektu). Zaniechanie w zakresie wprowadzenia do porządku prawnego zmian przewidzianych w Projekcie może mieć poważne i długofalowe konsekwencje w postaci trwałej utraty wiarygodności finansowej przez SPZOZ-y oraz możliwości korzystania z preferencyjnych warunków finansowania, ograniczania przez przedsiębiorców współpracy z sektorem publicznym, dalszego pokrzywdzenia przedsiębiorców i narastania po ich stronie strat, a finalnie – pogłębiania zadłużenia szpitali oraz zagrożeń dla pacjentów.

Niezależnie od powyższego zasadne wydaje się również dokonanie szczegółowej analizy sytuacji tych SPZOZ-ów, które już zainicjowały postępowania restrukturyzacyjne, w szczególności pod kątem wpływu projektowanej nowelizacji na ich dalsze funkcjonowanie.

a) Chaos prawny i popularyzacja restrukturyzacji wśród SPZOZ-ów

Wokół kwestii związanej z możliwością restrukturyzacji SPZOZ-ów narasta chaos prawny. Aktualna praktyka wszczynania przez SPZOZ-y postępowań restrukturyzacyjnych opiera się na wątpliwych prawnie argumentach, bazując na wybiórczych i nieaktualnych poglądach prawnych, które ignorują obowiązujące przepisy oraz specyfikę działalności SPZOZ-ów. Kontrowersyjne działania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są aktywnie promowane w środowisku szpitali przez część doradców restrukturyzacyjnych, ponieważ mają oni interes ekonomiczny w szerzeniu narracji o możliwości restrukturyzacji SPZOZ-ów, które następnie mogłyby stać się ich klientami. Cześć doradców restrukturyzacyjnych otwiera i prowadzi postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów (działając w roli nadzorców układu) lub też udziela SPZOZ-om doradztwa prawnego w innym zakresie, np. sporządzając opinie prawne na potrzeby tych postępowań. Te same środowiska doradców restrukturyzacyjnych, wspierając się wzajemnie, w efekcie kreują sprzeczną z prawem rzeczywistość, w której SPZOZ-y mogą się restrukturyzować, a doradcy restrukturyzacji czerpać z tej sytuacji korzyści finansowe. Restrukturyzacja przedstawiana jest dyrektorom szpitali jako iluzoryczna szansa na poprawę sytuacji finansowej, która w rzeczywistości przynosi odwrotny rezultat. W efekcie beneficjentami restrukturyzacji SPZOZ-ów są właśnie doradcy restrukturyzacji zaangażowani w te postępowania, a nie same SPZOZ-y czy system ochrony zdrowia.

b) Rozbieżności orzecznicze i konieczność jednoznacznej interwencji ustawodawczej

Narracja kreowana przez część doradców restrukturyzacyjnych jest sprzeczna z poglądami innych przedstawicieli doktryny, jednak skutkuje ona wydawaniem rozbieżnych rozstrzygnięć przez sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów, co w jednej ze spraw doprowadziło do skierowania tego zagadnienia do Sądu Najwyższego. Powyższe potwierdza konieczność wprowadzenia projektowanych zmian i jednoznacznego pozbawienia zwolenników kontrowersyjnej teorii dopuszczającej restrukturyzację SPZOZ-ów jakiejkolwiek możliwości do przedstawiania argumentacji prawnej w tym zakresie. Niezależnie więc od istnienia uzasadnionych podstaw prawnych do twierdzenia, że SPZOZ-y nie mogą prowadzić restrukturyzacji, ponieważ nie znajdują się w katalogu podmiotów, dla których przewidziano taka możliwość, tj. nie posiadają statusu przedsiębiorcy (art.

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

4 ust. 1 ustawy – Prawo restrukturyzacyjne), projektowane zmiany powinny zostać wprowadzone. Nawet „sztuczne" wyłączenie SPZOZ-ów z tego katalogu (poprzez ich umieszczenie w katalogu wyłączającym z art. 4 ust. 2 ustawy – Prawo restrukturyzacyjne) wyeliminuje możliwość dalszego nadużywania przepisów. Do tej pory postępowania restrukturyzacyjne zainicjowało siedem SPZOZ-ów, w tym: (i) w przypadku trzech SPZOZ-ów udało się zakończyć restrukturyzację na początkowym etapie na skutek zagłosowania przez odpowiednią większość wierzycieli przeciwko układowi (SPZOZ w Piotrkowie Trybunalskim, SPZOZ w Sanoku, SPZOZ w Płońsku), czy też odmowną decyzję sądu na wniosek o otwarcie restrukturyzacji (przy ponownej próbie rozpoczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ w Płońsku), (ii) w przypadku dwóch SPZOZ-ów układ został uznany za przyjęty przez wierzycieli pomimo rażących naruszeń prawa, do których doszło w tych postępowaniach (następnie w jednym z nich sąd odmówił zatwierdzenia układu – sprawa SPZOZ-u w Lesku, a w drugim układ został nieprawomocnie zatwierdzony przez sąd – sprawa SPZOZ-u w Ustrzykach Dolnych), a (iii) w przypadku dwóch ostatnich SPZOZ-ów ostatnio wszczęte postępowania restrukturyzacyjne są dopiero na początkowym etapie (SPZOZ w Kole i SPZOZ w Skarżysku-Kamiennej). Powstały stan niepewności prawnej podważa zaufanie do Państwa oraz stanowionego prawa, a utrzymywanie takiego stanu jest niedopuszczalne z punktu widzenia interesu publicznego.

c) Negatywne skutki restrukturyzacji SPZOZ-ów dla rynku i systemu ochrony zdrowia

Zagrożenia związane z kontynuowaniem przez SPZOZ-y wątpliwych prawnie działań restrukturyzacyjnych są poważne, a SPZOZ-y, które dotychczas zdecydowały się na restrukturyzację, jak również ich pacjenci, zdążyli już dotkliwie odczuć związane z tym skutki. Restrukturyzacja SPZOZ-ów prowadzi do efektów odwrotnych do zamierzonych, pogarszając znacząco sytuację rynkową i finansową SPZOZ-ów. Jak wskazano w uzasadnieniu do Projektu SPZOZ-y stały się ryzykownym kontrahentem. Na części podmiotów współpracujących z SPZOZ-ami już teraz wymusiło to konieczność zmian w zakresie warunków współpracy w celu zabezpieczenia swoich interesów, np. poprzez wprowadzenie umownych mechanizmów związanych z przedpłatą, czy też wstrzymywanie się z dostawą towarów i usług w przypadku narastającego zadłużenia w płatnościach. Część podmiotów podejmuje również decyzję, aby nie przystępować do przetargów organizowanych przez SPZOZ-y korzystające lub planujące skorzystać z restrukturyzacji. Powyższe przekłada się z kolei na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ponieważ w efekcie dochodzi do realnego zagrożenia dla ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencje ostatecznie ponoszą pacjenci (np. szeroko komentowana medialne sytuacja pacjentów SPZOZ-u w Skarżysku-Kamiennej, który w ostatnim czasie rozpoczął restrukturyzację).

d) Utrata wiarygodności finansowej i pogorszenie dostępu do finansowania

Konsekwencją prób restrukturyzacji jest również utrata przez SPZOZ-y preferencyjnych warunków finansowania u podmiotów finansujących, na co zwracały szczególną uwagę sądy w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów. Do tej pory SPZOZ-y korzystały w tym zakresie ze statusu podmiotów wypłacalnych (które nie mają możliwości restrukturyzacji i ogłoszenia upadłości), jednak

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

z uwagi na działania pojedynczych SPZOZ-ów podmioty finansujące musiały zrewidować swoją praktykę w tej kwestii z uwagi na zwiększone ryzyko udzielania finansowania SPZOZ-om w aktualnej sytuacji prawnej. Powyższe przekłada się natomiast na pogorszenie i tak już dramatycznej kondycji finansowej SPZOZ-ów, które nie będą mogły korzystać z dotychczasowych warunków finansowania, w tym preferencyjnych terminów płatności i stawek oprocentowania kredytów, czy też zostaną pozbawione części źródeł finansowania. Doraźne i pozorne korzyści ze wszczęcia restrukturyzacji przez SPZOZ-y, takie jak ochrona przed egzekucją, ostatecznie doprowadzą do pogłębienia ich złej sytuacji finansowej.

e) Pokrzywdzenie wierzycieli i systemowy charakter problemów SPZOZ-ów

Finalnie próby restrukturyzacyjne SPZOZ-ów prowadzą do skrajnego pokrzywdzenia ich kontrahentów, m.in. dostawców towarów i usług, na co również zwracają uwagę sądy. Wynika to w pierwszej kolejności z faktu, że postępowania restrukturyzacyjne SPZOZ-ów są z góry skazane na niepowodzenie. SPZOZ-y nie są w stanie zagwarantować wierzycielom wykonania proponowanych układów oraz jednoczesnego regulowania bieżącego zadłużenia. W planach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów sporządzonych w toku postępowań podkreślane jest, że wpływ SPZOZ-ów na ich sytuację finansową jest mocno ograniczony, a główne źródło ich problemów stanowi m.in. niedoszacowanie wyceny świadczeń zdrowotnych i brak reform systemowych.

Wszczynane restrukturyzacje nie są więc w stanie usunąć przyczyn problemów SPZOZ-ów i tworzą jedynie iluzję działania, które nie może odnieść oczekiwanych rezultatów. Ponadto to głównie na współpracujących z SPZOZ-ami przedsiębiorców miałby zostać przerzucony ciężar finansowania ewentualnych układów w postępowaniach restrukturyzacyjnych SPZOZ-ów poprzez umorzenie albo redukcję wierzytelności przysługujących tym wierzycielom oraz odraczanie terminów płatności. Prawa wierzycieli SPZOZ-ów są dodatkowo ograniczane przez wynikające z przepisów ograniczenia w możliwości prowadzenia egzekucji. Restrukturyzacja SPZOZ-ów w praktyce oznacza, że prywatne podmioty miałyby finansować działalność publicznych szpitali kosztem własnej stabilności finansowej., co zagraża branżom współpracujących z sektorem ochrony zdrowia. W ocenie sądów zaakceptowanie restrukturyzacji SPZOZ-ów skutkowałoby utratą przez nie cechy „publiczności" oraz niedopuszczalnej sytuacji, w której podmiot publiczny jakim jest SPZOZ, miałby mieć możliwość uwolnienia się od obowiązku zapłaty za dostarczone towary i usługi. Ta sytuacja jest szczególnie krzywdząca dla wierzycieli SPZOZ-ów w postaci dostawców towarów i usług, którzy mają istotny wpływ na funkcjonowanie SPZOZ-ów.

Problemy finansowe SPZOZ-ów stanowią wynik niewydolności systemu finansowania ochrony zdrowia, które nie znikną po przeprowadzeniu postępowania restrukturyzacyjnego i to w dodatku w jego najprostszej formie, która w dużej mierze toczy się bez udziału sądu (tzw. postępowanie o zatwierdzenie układu), z której najczęściej do tej pory próbowały korzystać SPZOZ-y. Sądy podkreślają, że poprawa sytuacji finansowej SPZOZ-ów wymaga zmian systemowych, a więc udziału

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

władzy publicznej, co jest poza zasięgiem i odpowiedzialnością wierzycieli, a zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych jest konstytucyjnym zadaniem władzy publicznej.

V. Art. 11 – zmiany w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Co do zasady, proponowaną zmianę podstawy określania oraz mechanizmu waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych należy ocenić pozytywnie. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że obecnie obowiązujące rozwiązania stanowią efekt kompromisu wypracowanego w ramach dialogu społecznego pomiędzy organizacjami związkowymi, przedstawicielami pracodawców oraz administracją publiczną, co uzasadnia potrzebę zachowania szczególnej ostrożności przy wprowadzaniu zmian w tym obszarze.

Projekt odchodzi od dotychczasowego mechanizmu powiązanego ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia i przewiduje ustalenie kwot bazowych w załączniku do ustawy oraz ich coroczną waloryzację według wskaźnika waloryzacji emerytur i rent.

Zmiana ta jest uzasadniona sytuacją finansową systemu ochrony zdrowia. Dotychczasowy mechanizm generował znaczną i trudną do przewidzenia presję kosztową po stronie podmiotów leczniczych oraz publicznego płatnika. W warunkach narastającej luki finansowej w systemie ochrony zdrowia utrzymywanie automatycznego, wysokiego tempa wzrostu kosztów osobowych może prowadzić do dalszego ograniczania środków dostępnych na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Projektowane rozwiązanie może poprawić przewidywalność kosztów i ograniczyć tempo wzrostu wydatków osobowych, przy jednoczesnym zachowaniu mechanizmu corocznej waloryzacji. Z tego względu kierunek zmiany należy ocenić pozytywnie.

Jednocześnie jednak Projekt wymaga uzupełnienia o wyraźny komponent dotyczący powszechności składki zdrowotnej. Należy podkreślić, że choć zagadnienie to ma charakter złożony i społecznie wrażliwy, to właśnie oparcie systemu na zasadzie równości stanowi kluczowy warunek dla wprowadzenia zmian mogących uzyskać szeroką akceptację społeczną.

W praktyce oznacza to konieczność stopniowej likwidacji preferencyjnych zasad oraz zwolnień w zakresie opłacania składki zdrowotnej dla grup uprzywilejowanych, w tym m.in. systemów odrębnych, takich jak KRUS czy służby mundurowe. Jednocześnie rolą państwa powinno być zaprojektowanie i wdrożenie adekwatnych mechanizmów osłonowych dla osób, które – pomimo formalnego przynależenia do tych grup – wymagają wsparcia.

Likwidacja uprzywilejowanych rozwiązań wpisuje się w zasadę sprawiedliwości społecznej oraz odpowiada na wyzwania współczesności. Obecny model, ukształtowany ponad trzy dekady temu, nie zapewnia bowiem ani wystarczającej efektywności, ani stabilności finansowej systemu w dłuższej

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

perspektywie. Szczególnego znaczenia nabierają w tym kontekście niekorzystne trendy demograficzne, w tym szybkie starzenie się społeczeństwa oraz utrzymujący się niski wskaźnik dzietności, pomimo wdrożenia programów wsparcia socjalnego.

W świetle powyższego należy uznać, że dalsze utrzymywanie istotnych dysproporcji w zakresie obciążeń składkowych jest nieuzasadnione ekonomicznie i społecznie. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że zwiększanie nakładów poprzez transfery z budżetu państwa czy wzrost udziału wydatków w PKB nie będzie wystarczające dla zahamowania dynamiki kosztów systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest zatem poszukiwanie dodatkowych, stabilnych źródeł finansowania, przy czym wiedza o zachodzących zmianach demograficznych stanowi wystarczające uzasadnienie dla podjęcia tego procesu już na obecnym etapie.

KL/312/86/II/2026

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 55 99 900
lewiatan@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

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0023.308.2.2026.FP

Warszawa, dnia 11 maja 2026 r.

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo znak: SPS-III.020.96.7.2026, RPW/11420/2026 z dnia 10 kwietnia 2026 r. w sprawie zgłoszenia uwag do projektu ustawy *o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych ustaw*, w załączeniu przesyłam stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie przedmiotowego projektu.

Z poważaniem

Wiceprezes NRPIP

dr n. med. Andrzej Tytuła

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.14.2026.
Data wpływu 12.05.26r.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 7a, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 16
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z 8 maja 2026 r.
w sprawie poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie innych ustaw z dnia 1 kwietnia 2026r

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża **zdecydowany i jednoznaczny sprzeciw** wobec proponowanych zmian legislacyjnych przedstawionych przez klub parlamentarny Polskie Stronnictwo Ludowe – Trzecia Droga. Projekt poselski, w obecnym kształcie, rodzi istotne ryzyka ustrojowe, organizacyjne, finansowe i pracownicze.

W szczególności proponowane rozwiązania dotyczące zmian w ustalaniu zasad wynagradzania w ochronie zdrowia, zwłaszcza w zakresie mechanizmu corocznej waloryzacji, osłabiają gwarancje wzrostu wynagrodzeń.

Prezydium Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że wszelkie zmiany dotyczące wynagrodzeń w ochronie zdrowia muszą być poprzedzone rzetelnym dialogiem społecznym, analizą skutków finansowych oraz oceną wpływu na jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych.

Propozycje te stanowią **poważne zagrożenie dla stabilności systemu ochrony zdrowia**, naruszają podstawowe zasady bezpieczeństwa prawnego oraz podważają zaufanie obywateli i pracowników medycznych do państwa i stanowionego prawa.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mamy do czynienia z próbą **przerzucenia odpowiedzialności za wieloletnią niewydolność finansową systemu ochrony zdrowia na jego kluczowych pracowników** – pielęgniarki, położne oraz inne grupy zawodowe.

Szczególnie nieakceptowalne są propozycje prowadzące do:

- ograniczenia lub faktycznego „zamrożenia" wzrostu wynagrodzeń,
- odejścia od obiektywnego i przewidywalnego mechanizmu waloryzacji,
- podważenia ustawowych gwarancji stabilności wynagrodzeń,
- sprowadzenia debaty o systemie ochrony zdrowia wyłącznie do kryteriów kosztowych, z pominięciem bezpieczeństwa pacjentów.

W warunkach rosnących kosztów życia oraz dramatycznych niedoborów kadrowych działania te oznaczają w praktyce **realny spadek wynagrodzeń**, pogłębianie nierówności płacowych oraz dalsze osłabienie publicznego systemu ochrony zdrowia.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podkreśla z całą mocą: **wynagrodzenia personelu medycznego nie są kosztem – są inwestycją w zdrowie i bezpieczeństwo obywateli.** Ich ograniczanie to działanie krótkowzroczne i sprzeczne z interesem publicznym.

Proponowane zmiany doprowadzą do:

- przyspieszenia odpływu pielęgniarek i położnych z systemu publicznego,
- wzrostu emigracji zarobkowej,

- dalszego spadku zainteresowania zawodami medycznymi,
- pogorszenia dostępności świadczeń zdrowotnych,
- obniżenia jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.

Co więcej, rozwiązania te pozostają w **rażącej sprzeczności** z założeniami „Polityki wieloletniej państwa na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce", której fundamentem miała być poprawa warunków pracy i stabilność wynagrodzeń. Ich wprowadzenie oznacza faktyczne zaprzeczenie deklarowanej polityki państwa i niweczy wieloletnie wysiłki na rzecz odbudowy kadr medycznych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo podkreśla, że **środowisko nie wyraża zgody na odbieranie praw nabytych ani na jakiekolwiek działania prowadzące do destabilizacji systemu wynagrodzeń**. Szczególnie bulwersujący jest fakt, że proponowane zmiany stoją w sprzeczności z wcześniejszymi deklaracjami przedstawicieli władzy publicznej.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych żąda:

- **wycofania** proponowanych zmian w obecnym kształcie,
- utrzymania ustawowych gwarancji corocznego, automatycznego wzrostu wynagrodzeń opartego na obiektywnych wskaźnikach,
- rozpoczęcia rzeczywistego, a nie pozornego dialogu społecznego,
- przedstawienia kompleksowych i odpowiedzialnych rozwiązań systemowych dla ochrony zdrowia.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych sprzeciwia się dalszej **instrumentalizacji systemu ochrony zdrowia dla doraźnych celów politycznych**.

Przyszłość ochrony zdrowia nie może być budowana kosztem pracowników medycznych. Wymaga ona odpowiedzialnych decyzji, realnego dialogu oraz poszanowania roli i pracy pielęgniarek i położnych – fundamentu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Oczekujemy odstąpienia od przedstawionej propozycji prowadzącej do zamrożenia wzrostu wynagrodzeń lub ich obniżenia oraz o pilne podjęcie prac nad rozwiązaniami, które w sposób rzeczywisty wzmocnią atrakcyjność zawodu oraz zapewnią bezpieczeństwo pacjentom.

Sekretarz NRPiP

Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska

GŁÓWNY INSPEKTOR PRACY
Marcin Stanecki

Warszawa, 2026-05-13

UNP:GIP-26-162743
GIP-GPP.400.5.2026.2

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.16.2026
Data wpływu 15.05.26r.

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca
Szefa Kancelarii Sejmu

Odpowiadając na pismo znak: SPS-III.020.96.7.2026 w sprawie poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw, uprzejmie zgłaszam następujące uwagi:

Ad 11 projektu ustawy

W art. 11 ww. projektu ustawy proponowane są zmiany do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), w tym m.in. uchylenie art. 3a oraz dodanie art. 3b. Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 3b ust. 1 ww. ustawy ***wynagrodzenie zasadnicze pracownika*** *wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny* ***podlega corocznie podwyższeniu*** *od dnia 1 stycznia* ***o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent*** *ogłoszony przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w komunikacie, o którym mowa w art. 89 ust. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674).*

Przytoczone wyżej rozwiązanie przyjęte w art. 3b, czyli **coroczna waloryzacja wynagrodzenia zasadniczego pracownika** wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, **o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent**, pozostaje w sprzeczności z intencją projektodawcy wyrażoną w uzasadnieniu do projektu ustawy. W pkt II. 2 uzasadnienia wyjaśniono, że:

- *w ustawie określone zostaną **kwoty bazowe najniższych wynagrodzeń zasadniczych** dla poszczególnych grup zawodowych na dzień 1 lipca 2025 r. (**w załączniku do ustawy**)",*
- *corocznie, od 1 stycznia, **wynagrodzenia te** będą podlegały waloryzacji w oparciu o ostatni znany wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłaszany przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego.*

W świetle przywołanego fragmentu uzasadnienia podwyższeniu o ostatni wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ma podlegać nie wynagrodzenie zasadnicze pracownika, lecz *kwoty bazowe najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla poszczególnych grup zawodowych* zamieszczone w załączniku do ustawy.

Korekty wymaga odwołanie w cytowanym projekcie przepisu art. 3b ust. 3 do wysokości **minimalnego** zasadniczego wynagrodzenia (powinno być: *wysokość **najniższego** zasadniczego wynagrodzenia **określona** w załączniku do ustawy...*).

Jednocześnie - wobec pozostawienia bez zmian przypisania Państwowej Inspekcji Pracy obowiązku kontroli wykonywania przez podmioty lecznicze przepisów art. 5 ww. ustawy - pragnę zwrócić uwagę na wielokrotnie sygnalizowaną przez Głównego Inspektora Pracy konieczność uszczegółowienia przepisów tejże ustawy poprzez wprowadzenie definicji adekwatnego średniego wzrostu wynagrodzenia (art. 5 pkt 3 ustawy).

Ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352) wprowadzono zmianę dotychczasowego brzmienia art. 5 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych poprzez dodanie wymogu, aby określając w porozumieniu albo zarządzeniu zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, innej niż pracownik działalności podstawowej,

wynagrodzenie to „uwzględniało wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie czasu" (art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych).

Należy zauważyć, że w toku prac legislacyjnych nad projektem ww. ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Główny Inspektor Pracy zwracał uwagę, że „przepis art. 5 pkt 3 w proponowanym brzmieniu jest niezrozumiały, nie niesie za sobą mierzalnej, poddającej się weryfikacji, treści. Brak definicji legalnej zastosowanych pojęć, zwłaszcza „adekwatnego średniego wzrostu wynagrodzenia w danym podmiocie", rodzi poważne wątpliwości interpretacyjne oraz uniemożliwi w praktyce kontrolę tak skonstruowanej normy prawnej.". Główny Inspektor Pracy wskazywał m.in., że „projektodawca nie tłumaczy:

– co rozumie pod pojęciem „adekwatnego średniego wzrostu wynagrodzenia",

– jak taki „średni wzrost wynagrodzenia" ma być obliczony,

– o „średni wzrost" jakiego „wynagrodzenia" chodzi (ustawa reguluje kwestię podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny),

– o jakim „ustalonym okresie czasu" mowa (ustalonym przez kogo i w jakim trybie?),

– jak należy rozumieć stwierdzenie, że „wynagrodzenie ma uwzględniać wysokość wynagrodzenia odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia".

Mimo przekazanych uwag, treść przepisu art. 5 pkt 3 pozostawiono w brzmieniu proponowanym przez projektodawcę. Tym samym w przypadku kontroli przestrzegania przepisu art. 5 ustawy inspektor pracy może zbadać jedynie, czy w porozumieniu albo zarządzeniu w ogóle określono zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, a jeśli tak, to czy ukształtowano wynagrodzenie uprawnionych pracowników zgodnie z ustalonymi w tym porozumieniu/zarządzeniu zasadami. Praktyka kontrolna i poradnicza Państwowej Inspekcji Pracy potwierdziła zgłaszane uprzednio obawy. Wynika z niej konieczność ustawowego zdefiniowania pojęcia „adekwatnego średniego wzrostu

wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie czasu", by zapobiec występowaniu różnych interpretacji obecnego przepisu art. 5 pkt 3 ww. ustawy.

Z poważaniem,
Marcin Stanecki
Główny Inspektor Pracy
/-podpisano elektronicznie/

ZUS | ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Warszawa, 20 maja 2026r.

Prezes
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

991100.0230.36.2026.JK

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.96.17.2026
Data wpływu 21.05.26r.

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na przekazane w dniu 10 kwietnia 2026r. pismo znak: SPS-III.020.96.7.2026, dotyczące *projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, uprzejmie informuję.

1. Uwagi ogólne.

Projekt ustawy przewiduje przekierowanie części środków pochodzących ze składki chorobowej do systemu finansowania ochrony zdrowia. Rozwiązanie to stanowi zasadniczą ingerencję w konstrukcję ubezpieczenia chorobowego. W obowiązującym stanie prawnym składka chorobowa ma charakter celowy i finansuje określone świadczenia z ubezpieczenia chorobowego (art. 55 ust. 1 pkt 3 *ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych* – dalej: ustawa o sus). Projektowane rozwiązanie prowadzi do wykorzystania tych środków na cele niezwiązane bezpośrednio z wypłatą świadczeń, co oznacza odejście od zasady celowości gromadzenia w funduszach celowych danin publicznych na konkretny cel.

Projekt ustawy wprowadza również istotne zmiany w systemie krótkoterminowych świadczeń ubezpieczeniowych, polegające przede wszystkim na przesunięciu kompetencji w zakresie orzecznictwa lekarskiego dotyczącego stwierdzania czasowej niezdolności do pracy oraz w zakresie ustalania uprawnień do świadczeń krótkoterminowych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zmiana ta ma charakter ustrojowy, ponieważ rozdziela skupione dotychczas w ZUS funkcje płatnicze, kontrolne i orzecznicze, przekazując kompetencje medyczno-orzecznicze oraz decyzyjne do NFZ, przy pozostawieniu technicznej realizacji wypłat po stronie ZUS.

ul. Szamocka 3, 5
01-748 Warszawa
www.zus.pl
e-mail: sekretariatDLP@zus.pl
tel. 22 667 13 74
fax 22 667 17 55

2. Przetwarzanie i ochrona danych osobowych.

W zakresie przetwarzania i o ochrony danych osobowych ZUS ma przestać pełnić rolę administratora udostępnianego bezpłatnie przez siebie systemu teleinformatycznego służącego do wystawania zaświadczeń o braku zdolności do pracy. Zaproponowane rozwiązania przenoszą zarządzanie nadawaniem uprawnień dostępu do tego systemu na NFZ, pozostawiając prowadzenie systemu w kompetencji ZUS.

Takie zmiany powodują powstanie ryzyk w zakresie zgodności z przepisami o ochronie danych osobowych zarówno po stronie ZUS jak i NFZ. Jako przykład ryzyka związanego z błędną kwalifikacją podmiotu jako administratora/podmiotu przetwarzającego można wskazać:

1) przetwarzanie danych bez podstawy prawnej (podmiot przetwarza dane jako administrator, podczas gdy powinien mieć status podmiotu przetwarzającego);
2) niewykonanie obowiązku informacyjnego (zaniechanie poinformowania osób o przetwarzaniu ich danych, co jest naruszeniem);
3) problemy ze zgłaszaniem naruszeń (w przypadku incydentu bezpieczeństwa, administrator musi zgłosić naruszenie do UODO w ciągu 72 godzin);
4) brak zabezpieczeń (administrator odpowiada za wdrożenie środków ochrony danych. Jeśli rola jest niejasna, środki te mogą nie zostać wdrożone - art. 24 RODO);
5) błędna ocena ryzyka (administrator musi przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych, jeśli istnieje wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych).

Dalsze wątpliwości budzi także zbieranie i przekazywanie danych dotyczących wystawianych zaświadczeń do NFZ zamiast ZUS, jednocześnie pozostawiając obowiązki związane z prowadzeniem systemu przez ZUS (np. zmiana art. 55 ust 2 *ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* – dalej: ustawa zasiłkowa – albo rejestr, o którym mowa w art. 55b ustawy zasiłkowej). Poza ww. zagrożeniami zachodzi tu ryzyko naruszenia zasady prawidłowości danych. Brak zapewnienia stałego i bezpośredniego dostępu ZUS do zmian wprowadzanych w systemie, może spowodować ich dezaktualizację i może powodować odpowiedzialność ZUS za brak zgodności przetwarzania z przepisami o ochronie danych osobowych.

W związku z powyższym, w naszej opinii ewentualne zmiany przepisów powinny zostać ponownie przeanalizowane i poddane wnikliwej analizie pod kątem zgodności z przepisami o ochronie danych osobowych.

3. Do art. 3 projektu ustawy.

W zakresie art. 3 pkt 1 lit. b projektu ustawy należy zauważyć, że artykuł 3 ustawy o sus określa zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych. Co oczywiste ich realizatorem jest przede wszystkim Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Nie mniej, ze względu na konstrukcję systemu

emerytalnego w ust. 3 wskazano, że zadania wykonywane przez otwarte fundusze emerytalne określają przepisy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Zgodnie z projektem Narodowy Fundusz Zdrowia docelowo będzie realizował zadania na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym, więc dodawany przepis ust. 1a winien być zredagowany na wzór dzisiejszego ust. 3 – wydaje się, że należałoby wyraźnie wskazać, że zakres zadań NFZ w zakresie obsługi ubezpieczeń społecznych określać będą przepisy o ubezpieczeniu chorobowym.

Art. 3 pkt 2 projektu zmienia treść art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o sus w ten sposób, że zakłada objęcie osób wykonujących pracę nakładczą oraz osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z *ustawą – Kodeks cywilny* stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz osób z nimi współpracujących, obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym. Należy zwrócić uwagę, że objęcie dodatkowych grup osób obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym będzie się wiązać ze zwiększeniem liczebności grupy osób uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Powyższe będzie się przekładać na wzrost liczby spraw do obsłużenia przez organ, na co konieczne jest zabezpieczenie dodatkowych zasobów kadrowych oraz środków na wypłatę świadczeń.

W art. 3 pkt 3 projektu ustawy, dotyczącym art. 56a ust. 2 ustawy o sus, proponujemy zastąpienie wyrazów „wniosek o przekazanie dotacji celowej z budżetu państwa" wyrazami „wniosek o przekazanie dotacji z budżetu państwa". Wykreślenie słowa „celowa" nie zmienia intencji projektodawcy dla potrzeby uzupełnienia niedoboru finansowego w funduszu chorobowym FUS środkami z budżetu państwa, a jedynie upraszcza tryb rozliczeń otrzymywanego wsparcia. Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy o sus wypłacalność świadczeń z ubezpieczeń społecznych gwarantowana jest przez państwo i takie środki co roku wpływają na rachunek Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Tym samym wprowadzenie proponowanej zmiany pozwoli zachować jednolite podejście ewidencyjne i rozliczeniowe dla dotacji z budżetu państwa przekazywanej do FUS w celu zapewnienia terminowej wypłaty należnych świadczeń i pozwoli zachować spójność ze stosownymi obecnie metodami wzajemnych rozliczeń.

Zauważamy, że wdrożenie projektu ustawy będzie pociągać za sobą konieczność dostosowania i modyfikacji systemów IT ZUS.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na niezasadne regulacje dotyczące:

1) bezpłatnego korzystania przez NFZ z systemu teleinformatycznego ZUS;
2) bezpłatnego korzystania przez NFZ z lokali ZUS do działania lekarzy inspektorów i komisji lekarskich NFZ od 15 grudnia 2026r. do 31 grudnia 2027r.

Udostępnianie przez Zakład zarówno lokali jak i systemów informatycznych nieodpłatnie nie znajduje uzasadnienia, gdyż Zakład będzie ponosił koszty z tym związane, a które ponosić powinien NFZ. W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie z art. 71 ust. 1 i 3 ustawy o sus

stanowi, że zadania powierzone na podstawie innych ustaw Zakład Ubezpieczeń Społecznych wykonuje odpłatnie.

Należy również wskazać, że problematyczne może być ustalenie poziomu nadwyżki środków finansowych w funduszu chorobowym FUS (dalej: FCH w FUS), która na podstawie art. 3 pkt 3 projektu ustawy ma być przekazywana do NFZ, oraz rozliczenie środków z budżetu państwa pozyskiwanych dla zapewnienia terminowej wypłaty zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, ze względu na:

1) trudności z ustaleniem ostatecznej kwoty nadwyżki finansowej FCH w FUS za dany kwartał w terminie do 10. dnia po jego zakończeniu (projektowany art. 56a ust. 2 ustawy o sus) z powodu braku pełnych danych i wpłat składek umożliwiających ustalenie jej właściwego poziomu na koniec kwartału. Utrudnienia mogą wynikać z przyczyn całkowicie niezależnych od Zakładu, m.in. z opłacania składek za ostatni miesiąc kwartału w terminie późniejszym (art. 47 ust. 1 ustawy o sus wskazuje trzy terminy płatności składek za dany miesiąc: 5, 15 i 20 dzień następnego miesiąca), ze zwłoki w opłacaniu składki, jak również z dokonywania przez płatników składek korekt deklaracji rozliczeniowych nawet kilka tygodni/miesięcy po zakończeniu okresu rozliczeniowego (w tym również dokonywania wpłat składek). Skutkuje to zmianami ewidencyjnymi w księgach rachunkowych FUS, a tym samym powoduje, że ustalenie prawidłowego poziomu nadwyżki na koniec konkretnego kwartału w wymaganym terminie jest niemożliwe;
2) nawet gdyby przyjąć możliwość ustalenia w jakiś sposób takiej kwartalnej nadwyżki należy uwzględnić sezonowość wydatków z tytułu zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Ewentualna nadwyżka w jednym kwartale pozwala poprzez mniejszą dotację dofinansowywać niedobory związane z wyższymi wskaźnikami zachorowań w kolejnych kwartałach. Oddanie zgodnie z projektem „nadwyżki" finansowej, spowoduje w kolejnych kwartałach konieczność ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa. W obecnym stanie prawnym ewentualna nadwyżka finansowa z jednego okresu sprawozdawczego tworzy swoisty bufor finansowy, który jest płynnie wykorzystywany przy rozliczeniach z budżetem państwa w kolejnych okresach, gdy ma miejsce wyższy poziom materializacji ryzyk ubezpieczenia chorobowego. Projektowana zmiana przepisów wyklucza takie działanie. Kwartalny tryb rozliczeń wydaje się być zbyt krótki dla zachowania racjonalności gospodarowania środkami publicznymi. „Krótkotrwałe" nadwyżki zaburzają rzeczywisty obraz finansów FUS, w tym FCH w FUS. Bardziej adekwatny byłby roczny cykl rozliczeń, odpowiadający okresowi sprawozdawczemu ustawy budżetowej;
3) brak systemowego określenia sposobu wyliczania nadwyżki finansowej w FCH w FUS, co powoduje powstanie wątpliwości interpretacyjnych mających realny wymiar. Wskazany w projektowanym art. 56a ust. 1 ustawy o sus uproszczony sposób jej wyliczenia nie koresponduje z zasadami określonym w art. 70 ust. 1 ustawy o sus. Zakład zobowiązany jest sporządzać rachunek obrotowy dla funduszy wyodrębnionych w FUS,

który jest zestawieniem przewidywanych zobowiązań i wpływów na dany rok z tytułu składek i innych źródeł. Tym samym, dla zachowania rzetelnych, pragmatycznych i uczciwych rozliczeń, rozstrzygnięcia wymaga: czy nadwyżka powinna być prezentowana w ujęciu brutto, netto (np. po potrąceniach dotyczących poprzednich okresów), czy powinna dodatkowo uwzględnić koszty ponoszone przez Zakład w związku z realizacją zadań na rzecz FCH w FUS (m.in. koszty Zakładu typu IT, osobowe, rzeczowe, lokalowe, koszty wynagrodzenia należnego płatnikom składek wypłacającym zasiłki zatrudnionym przez siebie świadczeniobiorcom, koszty audytów, dodatkowej sprawozdawczości, czy rezerwy na świadczenia a także np. ryzyka niewygasłe). Tego typu koszty ponosi każdy z czterech funduszy wyodrębnionych w FUS (emerytalny, rentowy, chorobowy i wypadkowy). Brak ich uwzględnienia w procesie ustalania nadwyżki finansowej funduszu chorobowego spowoduje, że ww. koszty muszą być sfinansowane składkami z ubezpieczeń innych niż chorobowe. Konieczne jest dookreślenie w trakcie prac nad ustawą pozycji przychodowych i kosztowych FCH w FUS w celu ustalenia sposobu wyliczenia nadwyżki funduszu chorobowego, również w celu eliminacji dwukierunkowych przepływów finansowych;

4) wprowadzenie odrębnego trybu składania zapotrzebowania na środki finansowe przeznaczane na wypłatę zasiłków należnych z ubezpieczenia chorobowego wobec pozostałych świadczeń dofinansowanych przez budżet państwa (z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Funduszu Emerytur Pomostowych albo świadczeń realizowanych w ramach wydatków budżetu państwa przypisanych do części 73). Wprowadzony dualizm stanowi niepotrzebne komplikowanie systemu obsługi świadczeń wypłacanych przez ZUS i wymaga odrębnych działań administracyjnych. Jest to sprzeczne z przyjętym kierunkiem deregulacji i uproszczenia funkcjonowania administracji publicznej. Obecny tryb przekazywania dotacji z budżetu państwa pozwala pozyskać brakujące środki kilka razy w miesiącu. Ich poziom uzależniony jest od bieżących wpływów składek. Proponowane w art. 56a ust. 2 ustawy o sus ograniczenie do jednego terminu wyznaczonego na 10. dzień po kwartale nie stanowi elastycznego rozwiązania, nie wspominając o ryzyku braku adekwatności planowanej kwoty zapotrzebowania do rzeczywistych potrzeb w horyzoncie kwartału. W przypadku wystąpienia niedoszacowania, np. na początku trzeciego miesiąca kwartału, brak dodatkowych środków z budżetu państwa może spowodować opóźnienia w wypłacie wybranych świadczeń, co jest niedopuszczalne ze względu na gwarancję państwa dla wypłacalności świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Tym samym proponowany mechanizm występowania o dotacje w cyklu kwartalnym może rodzić ryzyko opóźniania lub przyspieszania wypłat zasiłków, czyli celowego oddziaływania na poziom nadwyżki FCH w FUS na koniec kwartału. Jednocześnie należy podkreślić, że proponowana konstrukcja pozyskiwania dotacji z budżetu państwa wymagać będzie odrębnej ścieżki jej ewidencji, monitorowania i rozliczania;

5) przeznaczenie dotacji z budżetu państwa, o której mowa w proponowanym art. 56a ust. 3 ustawy o sus, tj. „wyłącznie na uzupełnienie środków na wypłaty zasiłków

z ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przychody przekazywane na rachunek bankowy FUS nie zapewniają pełnej i terminowej wypłaty świadczeń finansowanych z przychodów FUS". Warunki: „na zasiłki z ubezpieczenia chorobowego" oraz „przychody przekazywane na rachunek bankowy FUS" wydają się nie być spójne, ponieważ odnoszą się do różnych zakresów. Tak skonstruowany przepis oznacza, że w przypadku nadwyżki w FUS środki z dotacji przeznaczonej dla FCH w FUS nie powinny być wykorzystane. Oznaczałoby to przetrzymywanie środków z budżetu państwa na rachunku bankowym w charakterze bufora zapasowego dla FCH w FUS, do czasu wypełnienia się drugiego warunku. Wydaje się, że taki tryb działania nie byłby właściwy z punktu widzenia racjonalności gospodarowania środkami publicznymi. Obecnie FUS korzysta ze wsparcia budżetu państwa od początku roku budżetowego, co przy przyjętej konstrukcji przepisu oznaczać będzie wykorzystanie dotacji z omawianego przepisu niemal w trybie równoległym (niedobór w FUS zbiega się z niedoborem FCH w FUS). Jednakże terminy wskazane w proponowanym art. 56a ust. 2 ustawy o sus wskazują, że środki z dotacji nie będą dostępne od początku pierwszego miesiąca kwartału, co może oznaczać brak wystarczających środków na wypłatę zasiłków w tym okresie. Problem zabezpieczenia wypłat zasiłków od 1. dnia każdego miesiąca jest bardzo istotny, ponieważ okresy zasiłkowe z natury rzeczy nie muszą zaczynać się z początkiem okresu rozliczeniowego, ale mogą przechodzić przez ich daty graniczne, a ponadto zasiłki mogą być wypłacane przez kilka miesięcy. Proponowana konstrukcja przepisu powoduje, że terminy ich płatności mogą wypadać w okresach/dniach, w których FCH w FUS może nie zdążyć zgromadzić wystarczających składek na pełne ich sfinansowanie. Tym samym z punktu widzenia zapewnienia płynności finansowania świadczeń należnych z FUS, ze względu na operacyjny tryb ich obsługi i finansowania, nie jest zasadne wprowadzanie zindywidualizowanej ewidencji księgowo-finansowej FCH w FUS, co przy proponowanym brzmieniu art. 56a ustawy o sus będzie wymagane.

W ocenie Zakładu inicjatywa przekazywania środków FCH w FUS do NFZ nie przynosi jednoznacznych korzyści w aspekcie stabilności systemów ubezpieczeniowych, zakresów funkcjonowania i kompetencji organów państwowych, czy oceny tych zmian przez społeczeństwo, z uwagi na:

1) zakłócenie i rozmycie odrębności ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, które w obecnym stanie prawnym wynikają z odrębnych podstaw prawnych, odrębnych kompetencji organów nimi zarządzających, odrębnego sposobu ustalania postawy wymiaru oraz wymiaru składek, czy odrębnych katalogów wydatków finansowanych ze składek. Dotychczas te systemy nie przenikały się wzajemnie, przez co łatwo ocenić stopień efektywności ich funkcjonowania, realizacji zadań na rzecz obywateli oraz skuteczności zarządzania obszarem zarówno społecznym, jak i zdrowotnym;
2) zmiany w postrzeganiu systemu ubezpieczeń społecznych, celu jego istnienia oraz stopnia trwałości w polskim systemie prawnym. Ze składek na ubezpieczenie chorobowe finansowane mogą być konkretne świadczenia/wydatki wskazane w ustawie

zasiłkowej. W przypadku zmiany celu ich wydatkowania konieczne jest dokonanie stosownych zmian w przepisach prawnych dotyczących obszaru ubezpieczeń społecznych. Jednakże przekazanie składek „chorobowych" do NFZ spowoduje utratę ich celowego charakteru (czyli substytutu dochodu finansowego, wypłacanego w miejsce wynagrodzenia za pracę w okresie niezdolności do jej wykonywania, który zastępowany jest przez dostęp do świadczeń zdrowotnych, czyli świadczeń o charakterze usługowym lub rzeczowym) oraz zmianę postrzegania składek w kierunku opłat o charakterze quasi-podatku, co może przyczynić się do zmniejszenia zaufania obywateli do stabilności prawa i państwa;

3) wpływ proponowanych transferów środków finansowych na obraz finansów FUS i NFZ. Odpływ dochodów FCH w FUS, przy jednoczesnym zwiększeniu udziału środków z budżetu państwa, zaburza ocenę rzeczywistego stopnia samofinansowania systemu ubezpieczeń społecznych. Wykorzystywanie „narzędzia" w postaci nadwyżek i niedoborów powstałych w trakcie jednego roku, skutkujących oddawaniem środków finansowych lub koniecznością ich pozyskiwania od podmiotu zewnętrznego, nie sprzyja przewidywalności i stabilizacji stanu finansów FUS czy NFZ, ale także działaniom zmierzającym do „uszczelnienia" systemu ubezpieczeń społecznych, czy działaniom poprawiającym efektywność funkcjonowania jednostek obsługujących zadania publiczne;
4) asymetrię przepływów środków finansowych między FCH w FUS i NFZ zakładającą jedynie transfer w kierunku NFZ. Nie ma wariantu o charakterze przeciwnym, czyli dającym możliwość, w przypadku wypracowania nadwyżki finansowej NFZ, zasilenia FCH w FUS. Ponieważ projekt ustawy ma na celu poprawę i stabilizację publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, można w przyszłości oczekiwać znaczącej poprawy wyniku finansowego NFZ, a może nawet nadwyżki. W celu zapewnienia dwuwektorowego trybu rozliczeń należy zastanowić się nad wprowadzeniem przepisu równoważącego;
5) osłabienie procesu prognozowania wyrażającego się wyższym stopniem niestabilności rocznych planów finansowych FUS wskutek potencjalnych odpływów dochodów w cyklu kwartalnym. Zmiana poziomu wpływów z tytułu składek, wydatków na zasiłki oraz wysokości dotacji z budżetu państwa wymagać będzie bieżącego monitorowania i działania nie tylko w aspekcie finansowym (zabezpieczenie środków z budżetu państwa na wypłatę zasiłków), ale również proceduralnym (uwzględniając określone w ustawie o finansach publicznych ograniczenia do wprowadzania zmian w planie państwowego funduszu celowego, jakim jest FUS). Dotychczasowy tryb rozliczeń składek umożliwiał wykorzystanie nadwyżek finansowych w FUS na terminową wypłatę świadczeń w dowolnym funduszu FUS (emerytalnym, rentowym, chorobowym i wypadkowym) składkami z innego ubezpieczenia społecznego (emerytalnego, rentowego, chorobowego lub wypadkowego) z opcją wyrównania/kompensacji w trakcie okresu rozliczeniowego. Wydzielenie FCH w FUS w celu wyliczenia nadwyżki finansowej powodować będzie konieczność zachowania pełnej odrębności finansowej funduszu chorobowego w całym okresie rozliczeniowym/budżetowym. Skutkować to będzie

brakiem możliwości czasowego korzystania ze składek innego ubezpieczenia niż chorobowe. Tym samym udział środków z budżetu państwa może być wyższy niż obecnie;

6) niezależnie od proponowanego schematu wsparcia NFZ, każdorazowo w uzupełnienie niedoboru finansowego zaangażowany jest budżet państwa (czy to niedobór w NFZ, czy niedobór w FCH w FUS). Wobec czego sama istota proponowanych zmian wywołuje pytanie dotyczące ich zasadności. Wprowadzenie działań zwiększających skuteczność leczenia i skrócenia okresu zasiłkowego, przy zachowaniu paramentów przychodowych/składkowych, może spowodować powstanie oszczędności w FCH w FUS. Skutkować to będzie zmniejszeniem zapotrzebowania na dotację dla FUS. Tym samym powstałe oszczędności z poziomu budżetu państwa mogą być przekierowane na dowolny cel, w tym NFZ, bez dodatkowych działań ze strony podmiotów trzecich.

Art. 3 pkt 4 projektu ustawy zmienia treść art. 68 ust. 1 pkt 5 ustawy o sus poprzez nadanie mu brzmienia, zgodnie z którym ZUS zachowuje kompetencję do kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, jednak „z wyjątkiem właściwości Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określonej w przepisach o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa". Oznacza to ustawowe ograniczenie kompetencji ZUS w obszarze orzecznictwa lekarskiego na cele ustalania świadczeń krótkoterminowych i przesunięcie centrum decyzyjnego do NFZ.

4. Do art. 4 projektu ustawy.

Projekt ustawy w art. 4 zawiera zmiany do *ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* (dalej: ustawa emerytalna), to jest do art. 138 ust. 3 oraz do art. 144 ust. 1. Nie jest jasna istota proponowanej zmiany. Analiza tego przepisu wskazuje, że projektodawca chciałby, aby za nienależnie pobrane świadczenie uznany był także zasiłek chorobowy wypłacony z przyczyn niezależnych od organów Narodowego Funduszu Zdrowia. W naszej ocenie nie można wpisywać do ustawy emerytalnej norm, zgodnie z którymi do katalogu świadczeń nienależnie pobranych uregulowanego w ustawie emerytalnej miałyby być wpisane świadczenia inne niż świadczenia emerytalno-rentowe określone w tej ustawie lub świadczenia wymienione w innych ustawach, do których ustawę emerytalną w tym zakresie stosuje się odpowiednio (np. art. 15 pkt 1 ustawy o rencie socjalnej, art. 28 ust. 2 ustawy o emeryturach pomostowych). Z tej przyczyny regulacja ta powinna być raczej wpisana w drodze zmiany art. 84 ust. 2 ustawy o sus.

Wobec powyższej uwagi uznajemy, że zmiana określona w art. 4 pkt 2 projektu ustawy traci rację bytu, gdyż skoro art. 138 ust. 3 ustawy emerytalnej nie zawierałby przepisu, zgodnie z którym nienależnie pobrany zasiłek chorobowy z przyczyn niezależnych od organu NFZ byłby uznany za świadczenie nienależnie pobrane w rozumieniu ustawy emerytalnej, to także ta regulacja winna znaleźć miejsce w ustawie o sus, zgodnie z którą takie nienależnie pobrane świadczenie mogłoby być potrącane przez Zakład z innych wypłacanych przez niego

świadczeń (vide: art. 139 ust. 1 pkt 2 lit. b ustawy emerytalnej) lub – w ich braku – ściągane od zobowiązanego w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej z innych składników jego mienia (przysługujących mu innych wierzytelności, czy rzeczowych składników majątku).

Rozumiemy, że Zakład miałby nadal realizować windykację nienależnie pobranych świadczeń, także tych, które będą ustalone prawomocną decyzją pochodzącą od NFZ. W takim przypadku projektowany przepis winien zostać redakcyjnie sprecyzowany: „Za nienależnie pobrane świadczenia w rozumieniu ust. ... uważa się również świadczenia wypłacone z przyczyn niezależnych od organu rentowego lub organu Narodowego Funduszu Zdrowia osobie innej niż wskazana w decyzji tego organu".

5. Do art. 5 projektu ustawy.

Art. 5 pkt 1 lit. a projektu ustawy zmienia treść art. 18 ust. 3 ustawy zasiłkowej poprzez nadanie mu brzmienia, zgodnie z którym o okolicznościach warunkujących prawo do świadczenia rehabilitacyjnego orzeka już nie lekarz orzecznik ZUS lecz „lekarz inspektor nadzoru nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy Narodowego Funduszu Zdrowia". Jest to fundamentalna zmiana konstrukcyjna, w której lekarz inspektor NFZ staje się organem pierwszej instancji w zakresie medycznej oceny niezdolności do pracy.

Wyżej wymieniony przepis wprowadza również nowe sposoby ustalenia daty, którą należy przyjąć za początkowy dzień powstania niezdolności do pracy. Powyższe rozwiązanie może prowadzić jednak do sprzeczności z art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej w obecnym brzmieniu, bowiem ten warunkuje przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy za okres po wyczerpaniu okresu zasiłkowego. Stwierdzenie przez lekarza inspektora NFZ, celem ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, że niezdolność do pracy ma swój początek w dniu innym niż dzień następujący po ostatnim dniu wyczerpanego okresu zasiłkowego, będzie w każdym przypadku skutkowała odmową prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z uwagi na niespełnienie przesłanki warunkującej prawo do tego świadczenia – nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Ponadto przepisy projektu ustawy w zakresie odnoszącym się do zadań związanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy oraz udzielaniem upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich są niespójne lub niekompletne. Nie jest zatem możliwe ostateczne ustalenie, jaką koncepcję realizacji zadań założono w tym zakresie. W szczególności należy wskazać na następujące kwestie:

1) w zakresie zmian odnoszących się do udzielania upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich:
   a) w ramach zmiany do art. 54 ust. 1 ustawy zasiłkowej wskazano, że upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich będą udzielane przez Prezesa NFZ,

b) wyjaśnienia wymaga zasadność prowadzenia części postępowania w tym zakresie przez ZUS, tj. w projektowanym art. 54 ust. 1a wskazano, że ZUS będzie przekazywać do NFZ oświadczenia lekarzy i innych osób, którym udzielane są upoważnienia; takie „dzielenie" postępowania jest nieracjonalne i będzie niezrozumiałe dla osób wnioskujących o upoważnienie. Skoro NFZ prowadzi postępowanie związane z udzieleniem upoważnienia i wydaje decyzję w tym zakresie, niezasadne jest składanie do ZUS przez lekarza wnioskującego o udzielenie tego upoważnienia jednego z dokumentów gromadzonych w tym postępowaniu, tj. oświadczenia, które następnie ZUS przekazywałby do NFZ,

c) zgodnie z aktualnym brzmieniem ustawy zasiłkowej (art. 56 tej ustawy) Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich. W projekcie ustawy żadnych zmian w tym zakresie nie wskazano, zatem wyjaśnienia wymaga, czy intencją było, aby upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich były udzielane przez NFZ, a rejestr lekarzy i innych osób upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich był nadal prowadzony przez ZUS. Należy też wyjaśnić, czy lekarze i inne osoby upoważnione do wystawiania zaświadczeń lekarskich powinny informować NFZ, czy ZUS o wszelkich zmianach danych, które były przekazane w procesie udzielenia upoważnienia i które następnie powinny być uwzględnione w ww. rejestrze. Kwestia ta wymaga uregulowania,

d) w projekcie ustawy pominięto w całości regulacje odnoszące się do cofania i wygaszania upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich (art. 60 ustawy zasiłkowej). Wyjaśnienia wymaga, czy intencją projektowanych regulacji jest, aby upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich były udzielane przez NFZ, kontrola zaświadczeń lekarskich (jak wskazano w innych przepisach) była realizowana przez NFZ (z zastrzeżeniem uwag do projektowanych rozwiązań wskazanych poniżej), a cofanie upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich, które jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości w ich wystawianiu, było realizowane przez ZUS. Podkreślamy, że takie rozdzielenie zadań pomiędzy dwa podmioty (ZUS i NFZ) jest nieracjonalne, a przede wszystkim oznaczałoby w efekcie brak możliwości wykonywania tego zadania przez ZUS – skoro NFZ prowadzi kontrolę zaświadczeń lekarskich, ZUS nie ma żadnej wiedzy na temat dokonywanych ustaleń w tym zakresie (stwierdzanych nieprawidłowości, które są podstawą do podjęcia postępowania w przedmiocie cofnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich) na jakiej podstawie ZUS miałby zatem prowadzić postępowania i wydawać decyzje w przedmiocie cofnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Analogiczne zastrzeżenie dotyczy decyzji w przedmiocie wygaszenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich (art. 60 ust. 2a ustawy zasiłkowej). Kwestie te wymagają uregulowania;

2) w zakresie zmian odnoszących się do kontroli zaświadczeń lekarskich – w uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że „(...) W ramach tej zmiany NFZ przejmie zadania dotyczące: kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy (...)", natomiast przepisy zamieszczone w projekcie ustawy zawierają wiele luk i nieścisłości w tym zakresie, tj. w szczególności projekt ustawy:
   a) nie zawiera zmian do art. 59 ust. 2 ustawy zasiłkowej, a zgodnie z tym przepisem kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
   b) przewiduje zmianę jedynie art. 59 ust. 3 pkt 2 – poprzez wskazanie, że w postępowaniu związanym z kontrolą zaświadczenia lekarskiego istnieje możliwość skierowania ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Narodowego Fundusz Zdrowia. Natomiast w art. 59 ust. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej pozostaje przepis, zgodnie z którym w celu kontroli Zakład Ubezpieczeń Społecznych może skierować ubezpieczonego na badanie do lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Regulacje te są niezrozumiałe i niejasne, z zaproponowanych zapisów do tego artykułu ustawy zasiłkowej można wnioskować, że to ZUS prowadzi postępowanie związane z kontrolą zaświadczenia lekarskiego i w tym postępowaniu może m. in. skierować ubezpieczonego na badania do konsultanta NFZ, a pozostałe czynności w tym postępowaniu wykonuje lekarz orzecznik ZUS, np. przeprowadza badanie osoby, której wystawiono zaświadczenie lekarskie. Kwestie te wymagają uregulowania,
   c) w kolejnych zmienianych przepisach w ustawie zasiłkowej wskazano m. in.:
      – „Narodowy Fundusz Zdrowia zawiadamia ubezpieczonego o terminie badania przez lekarza inspektora albo przez lekarza konsultanta lub dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych" – taki przepis jest wprost sprzeczny z pozostawionym bez zmian art. 59 ust. 2 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz zaproponowanymi zmianami do art. 59 ust. 3 ustawy zasiłkowej (o których mowa wyżej),
      – „Ubezpieczony, wystawiający zaświadczenie lekarskie oraz podmiot zatrudniający wystawiającego zaświadczenie lekarskie są obowiązani udostępnić posiadaną dokumentację medyczną: 1) lekarzowi inspektorowi" - taki przepis jest sprzeczny z pozostawionym bez zmian art. 59 ust. 2 ustawy zasiłkowej,
      – „W przypadku wystawienia przez lekarza inspektora zaświadczenia, o którym mowa w ust. 8, Narodowy Fundusz Zdrowia, za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, informuje o tym fakcie wystawiającego zaświadczenie lekarskie" – taki przepis jest sprzeczny z pozostawionym bez zmian art. 59 ust. 8 ustawy zasiłkowej, w którym wskazano, że to lekarz orzecznik ZUS wystawia to zaświadczenie, tj. zaświadczenie określające wcześniejszą datę ustania

niezdolności do pracy niż orzeczona w kontrolowanym zaświadczeniu lekarskim.

Wyjaśnienia i spójnego uregulowania wymaga, jaki podmiot (NFZ czy ZUS) miałby zatem zdaniem projektodawcy realizować kontrolę zaświadczeń lekarskich i prowadzić postępowania w tym zakresie. W aktualnym brzmieniu przepisów projektu ustawy to zarówno ZUS jak i NFZ realizują czynności w tym zakresie (choć należy podkreślić wyraźne sprzeczności w poszczególnych projektowanych przepisach), których rozdzielanie jest nieracjonalne, ale także niewykonalne jest założenie, aby dwa różne podmioty podejmowały różne czynności w tym samym postępowaniu (np. jak zapisano – NFZ wzywa ubezpieczonego na badanie, a lekarz orzecznik ZUS to badanie miałby przeprowadzać; w innych przepisach natomiast wskazano, że to lekarz inspektor NFZ wystawia zaświadczenie określające wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w kontrolowanym zaświadczeniu lekarskim (zmiana do art. 59 ust. 9a ustawy zasiłkowej), a jednocześnie pozostawiono bez zmian art. 59 ust. 8 ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym to lekarz orzecznik ZUS wystawia to zaświadczenie).

Wobec niejasnego i sprzecznego ze sobą sformułowania zasadniczych regulacji, tj.:

1) niespójności z zapisami w uzasadnieniu projektu ustawy, gdzie wskazano m. in., że „W ramach NFZ zostaną utworzone odpowiednie struktury orzecznictwa lekarskiego",
2) sprzeczności w poszczególnych przepisach zmieniających/pozostawionych bez zmian w ustawie zasiłkowej,
3) wskazania w ramach zmiany w art. 68 ust. 1 pkt 5 ustawy o sus, że do zadań ZUS należy kontrola orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, z wyjątkiem właściwości Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określonej w przepisach o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

brak jest możliwości sformułowania wyczerpujących uwag merytorycznych. W pierwszym kroku konieczne jest jasne i kompleksowe zdefiniowanie proponowanych rozwiązań i ich uzasadnienie (w zakresie tych zmian uzasadnienie w projekcie ustawy jest ogólnikowe i lakoniczne), aktualne propozycje przepisów nie dają możliwości zajęcia pełnego stanowiska.

W zakresie art. 5 pkt 9 projektu ustawy, zgodnie z uzasadnieniem do projektu NFZ będzie prowadził postępowania i wydawał decyzje w sprawach prawa m.in. do zasiłków chorobowych. Projekt jednak nie przewiduje w tym zakresie odpowiednich zmian m.in. w art. 61 ustawy zasiłkowej, gdzie wskazane jest, że podmiotami ustalającymi prawa i wypłacającymi zasiłki są płatnicy składek oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 5 pkt 11 projektu ustawy zmienia brzmienie art. 63 ust. 3 ustawy zasiłkowej w ten sposób, że dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ będzie ustał uprawnienia do zasiłku w drodze decyzji. Takie sformułowanie przepisu oznacza, że ZUS nie będzie już wydawał zaskarżalnych decyzji ustalających prawo do zasiłku. ZUS przestanie być także podmiotem ustalającym podstawę materialną decyzji. W miejsce ZUS będzie to robił NFZ. Z kolei

projektowany art. 64 ust. 1 ustawy zasiłkowej zakłada wypłatę świadczeń przez ZUS po stwierdzeniu uprawnień przez NFZ przy zachowaniu dotychczasowych terminów wypłaty zasiłków. Aby terminowa wypłata świadczeń przez ZUS była możliwa konieczne jest stworzenie międzyinstytucjonalnego systemu wymiany informacji o uprawnieniach do świadczeń pomiędzy ZUS i NFZ. Na jego wdrożenie konieczne jest zabezpieczenie odpowiednich środków finansowych i zapewnienie odpowiedniego okresu na realizację projektowanego rozwiązania.

W zakresie art. 5 pkt 13 lit. d projektu ustawy obecnie, zgodnie z art. 66 ust. 3 ustawy zasiłkowej, decyzja ZUS w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Decyzja ta jest przekazywana do realizacji dyrektorowi oddziału jako administracyjnemu organowi egzekucyjnemu. Projektowany przepis art. 66 ust. 3 ustawy zasiłkowej stanowi, że decyzję będzie wydawał dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Dodawany ust. 4 stanowi z kolei, że dyrektor oddziału NFZ przekazuje decyzje, o których mowa w ust. 1a, do ZUS. Decyzje te dotyczą jednak wstrzymania prawa do zasiłku a nie ich zwrotu. O tych stanowi bowiem art. 66 ust. 2 ww. ustawy. Wydaje się zatem, że w dodawanym ust. 4 winno zostać wprowadzone upoważnienie dyrektora NFZ do przekazania również decyzji dotyczących nienależnie pobranych świadczeń, o których mowa wart. 66 ust. 3 ustawy zasiłkowej.

Aktualnie decyzja Zakładu, jako konstytutywna decyzja wierzyciela ustalająca nienależnie pobrane świadczenia, stanowi podstawę sporządzenia tytułu wykonawczego zgodnie z ustawą o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na wzorze wynikającym z rozporządzenia do tej ustawy (art. 26 § 2 *ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji*). Systemowo wierzycielem w postępowaniu egzekucyjnym jest podmiot wystawiający tytuł wykonawczy (na podstawie prawomocnego rozstrzygnięcia o istnieniu ustalonej należności). Zaproponowana zmiana prowadzi do pewnego dualizmu - wierzycielem należności z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie chorobowe będzie nadal ZUS, który dochodzi tych należności w ramach instrumentów przewidzianych w ustawie o sus. Z kolei wierzycielem należności z tytułu nienależnie wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego będzie organ NFZ jako ustalający te należności w wydawanej przez siebie decyzji. Jeżeli przyjmiemy, że intencją przekazania decyzji do ZUS jest dochodzenie tych należności przez Zakład, to przepisy winny to wyraźnie wskazywać. W naszej ocenie, konsekwencją obecnie zaproponowanych zmian będzie (po stronie organu NFZ) konieczność kierowania należności do egzekucji do organu właściwego dla własnych należności, czyli do właściwego naczelnika urzędu skarbowego. Zakład bowiem nie będzie miał podstawy do ich egzekwowania z uwagi na fakt, że nie będzie wydawał w tym zakresie decyzji jako organ właściwy do ich ustalenia, a zatem nie będzie posiadał dla tychże statusu wierzyciela uprawnionego do ich dochodzenia w trybie przymusu administracyjnego.

Zauważyć należy ponadto, że projekt ustawy rozszerza kompetencje NFZ w zakresie kontroli prawidłowości ustalania prawa do świadczeń oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich

poprzez dodanie art. 70a–70k do ustawy zasiłkowej. Zgodnie z art. 70a ustawy zasiłkowej NFZ może przeprowadzać kontrolę prawidłowości ustalania prawa do świadczeń, ich wysokości oraz prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, a czynności te wykonują lekarze inspektorzy NFZ. Oznacza to przejęcie przez NFZ istotnej części dotychczasowych funkcji kontrolnych ZUS związanych z wystawianiem oraz wykorzystywaniem zwolnień lekarskich.

Kluczowe znaczenie dla praktyki przyznawania świadczeń ma projektowany art. 70e ustawy zasiłkowej, zgodnie z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje decyzje w indywidualnych sprawach dotyczących ustalania uprawnień do świadczeń, w tym braku prawa do zasiłku, oraz wymiaru świadczeń. Przepis nie uzależnia kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w zakresie wydania decyzji od rodzaju świadczenia. Oznacza to, że będzie rozstrzygał o uprawnieniach zarówno w zakresie zasiłków chorobowego i opiekuńczego, jak i w zakresie zasiłku macierzyńskiego. Tym samym kompetencja decyzyjna zostałaby przeniesiona z ZUS do NFZ. Od tak wydanych decyzji przysługiwałoby odwołanie do właściwego sądu, a także w razie niewydania decyzji w terminie dwóch miesięcy od zgłoszenia wniosku. Oznacza to zmianę nie tylko organizacyjną, ale także procesową, bowiem stroną postępowania przed sądem staje się NFZ. ZUS pozostałby natomiast podmiotem odpowiedzialnym za techniczną wypłatę świadczeń. Projekt nie likwiduje funkcji płatniczej Zakładu, lecz pozbawia go funkcji merytorycznego rozstrzygania o prawie do świadczenia. Powstaje więc model rozdzielony, w którym NFZ orzeka i wydaje decyzję, a ZUS wypłaca świadczenie. Taka konstrukcja stwarza ryzyko wydłużenia postępowań, rozproszenia odpowiedzialności oraz powstania problemów kompetencyjnych pomiędzy instytucjami. Jako przykład potencjalnej niepewności można wskazać kwestie właściwego organu do stwierdzenia i dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami.

Zwracamy również uwagę na kwestie wpływu wniosków o świadczenia. Projektodawca nie reguluje nowych zasad wnioskowania o świadczenia krótkoterminowe, poza zmianą dotyczącą zmiany skrzynki podawczej ZUS na skrzynkę podawczą NFZ (art. 5 pkt 10 lit. a projektu ustawy). Prawdopodobne jest zaistnienie sytuacji, w których wnioski o świadczenia dalej będą wpływały do ZUS, a celem ich rozpatrzenia konieczne będzie ich przekazanie do NFZ. Powyższe może opóźnić realizację świadczeń. Dodatkową kwestią jest ustalenie nowych wzorów wniosków o świadczenia, która to kompetencja dotychczas należała do ZUS.

Projekt w swoim uzasadnieniu wskazuje także na zmianę art. 92 Kodeksu pracy poprzez skrócenie okresu finansowania wynagrodzenia chorobowego przez pracodawcę do pierwszych 14 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym. Od 15 dnia niezdolności do pracy pracownik nabywałby prawo do zasiłku chorobowego finansowanego z funduszu chorobowego. Należy jednak zaznaczyć, że wbrew treści uzasadnienia, w projektowanych przepisach nie ma zapisów wprowadzających powyższej zmiany do Kodeksu pracy, zatem zmiana taka nie zostałaby wdrożona. W tym miejscu warto jednak zaznaczyć,

że proponowane rozwiązanie w praktyce zwiększyłoby liczbę spraw trafiających do systemu zasiłkowego już na wcześniejszym etapie absencji chorobowej, co wiązałoby się ze zwiększeniem liczby obsługiwanych spraw oraz wydatków na realizację świadczeń krótkoterminowych ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Realizacja powyższego zadania powinna być zabezpieczona odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz finansowanymi.

Podsumowując, skutkiem wdrożenia proponowanych zmian będzie konieczność zbudowania od podstaw struktur orzeczniczych w NFZ, zapewnienia jednolitości orzecznictwa oraz zachowania ciągłości rozpoznawania spraw i ustalania uprawnień do świadczeń – czyli zadań realizowanych obecnie przez wyspecjalizowane w tym celu komórki zasiłkowe w terenowych jednostkach organizacyjny ZUS oraz przez Centralę Zakładu. Istnieje realne ryzyko, że konieczność wdrożenia realizacji zadań z zakresu ustalania uprawnień do świadczeń krótkoterminowych w NFZ doprowadzi do przejściowego spadku sprawności postępowań w związku z koniecznością przebudowy systemów informatycznych wspomagających obsługę zasiłków, stworzeniem nowych procedur w zakresie wymiany danych pomiędzy ZUS i NFZ, zabezpieczeniem kadrowym NFZ dla realizacji postępowań orzecznictwa lekarskiego oraz obsługi postępowań zasiłkowych i sądowych.

W konsekwencji należy ocenić, że projekt nie stanowi jedynie technicznej zmiany właściwości organu, lecz przebudowuje cały model ustalania prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (na marginesie pominięto kwestie świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego). Reforma niesie istotne ryzyko organizacyjne, proceduralne i finansowe dla systemu świadczeń krótkoterminowych.

6. Do art. 15 i 23 projektu ustawy.

Sygnalizujemy, że realizacja przedmiotowego projektu ustawy wymagała będzie znacznych zmian w systemach informatycznych Zakładu.

Zgodnie z art. 15 ust. 3 projektu ustawy Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma dostosować zarządzane przez siebie systemy informatyczne do przepisów projektowanej ustawy do dnia 15 grudnia 2026r. Informujemy, że termin ten jest niemożliwy do realizacji. Niezbędny okres *vacatio legis* w tym przypadku wynosi co najmniej 15 miesięcy, ze względu na obszerność i stopień skomplikowania zmian oraz konieczność integracji z systemami innych podmiotów.

Ponadto realizacja projektu ustawy może stawiać pod znakiem zapytania zasadność wydatkowania środków publicznych w kontekście następujących bezpośrednio po sobie, współzależnych i nakładających się na siebie zmian legislacyjnych wprowadzanych w systemach informatycznych Zakładu dotyczących tego samego obszaru merytorycznego.

Zgodnie z obowiązującą w administracji zasadą, wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny. Aktualnie są już realizowane w systemach informatycznych

Zakładu duże zmiany legislacyjne dotyczące orzecznictwa lekarskiego, świadczeń krótkoterminowych, chorobowych (zasiłkowych). Projektowana ustawa byłaby kolejnym aktem prawnym zmieniającym w sposób istotny zasady działania systemu ochrony zdrowia, systemu ubezpieczeń społecznych, ubezpieczenia chorobowego i świadczeń chorobowych z ubezpieczenia społecznego, wprowadzanym niemalże jednocześnie – w bardzo krótkim czasie. Zakres aktualnie realizowanych regulacji i tej nowo projektowanej jest w znacznej części współzależny, nakłada się na siebie. Stawia to pod znakiem zapytania zasadność wydatkowania środków finansowych na cele implementacji projektowanej ustawy w systemach informatycznych Zakładu.

7. Do art. 16 projektu ustawy.

W przepisie tym przewidziano, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia nieodpłatnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia lokale niezbędne do działania lekarzy inspektorów i komisji lekarskich.

Skoro lekarze NFZ będą funkcjonowali w lokalach ZUS, wyjaśnienia wymaga, kto będzie realizował czynności związane przykładowo z obsługą administracyjną prowadzonych postępowań oraz osób zgłaszających się na badania do tych lekarzy, np. udzielanie informacji.

Z wyrazami szacunku

Z up. Prezesa ZUS

Dorota Maria Bieniasz

Elektronicznie podpisany przez Dorota Maria Bieniasz
Data: 2026.05.20 12:46:40 +02'00'

Członek Zarządu