



KANCELARIA SEJMU
BIURO EKSPERTYZ I OCENY SKUTKÓW REGULACJI

BEOS-808/26

Warszawa, 18 czerwca 2026 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz.

SPS-III.020.96.22.2026

Data wpływu

10.06.2026

Pan

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie oceny skutków regulacji poselskiego projektu ustawy
o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw
(druk sejmowy nr 2673)**

Na podstawie art. 34 ust. 9a 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:

I. Problem, który zamierzają rozwiązać Wnioskodawcy

Zgodnie z uzasadnieniem projektu i deklarowanymi skutkami regulacji (DSR) proponowana ustawa służy zaradzeniu problemom, jakimi są: pogłębiająca się niestabilność finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia, rosnące obciążenie budżetu państwa, niedostateczna efektywność systemu i wysokie wydatki prywatne pacjentów.

Zła sytuacja finansowa NFZ wynika ze zwiększającej się luki między przychodami a kosztami świadczeń. Wnioskodawcy podnoszą, że prognozy na kolejne lata wskazują na skumulowany i dynamiczny wzrost tej luki, co może spowodować destabilizację całego systemu i konieczność coraz wyższych dotacji podmiotowych z budżetu państwa.

Niestabilność finansowa wpływa negatywnie na sytuację pacjentów: wydłużenie kolejek i czasu oczekiwania na świadczenia (także w przypadkach pilnych). Ten problem, w szerszej perspektywie, przekłada się na zwiększoną absencję chorobową pracowników, spadek produktywności i ograniczoną podaż pracy. W ocenie Wnioskodawców jednym z czynników wysokich kosztów NFZ jest mechanizm waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych w podmiotach

lecniczych, powiązany z dynamicznym wzrostem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

Dodatkowo system jest obciążony problemami strukturalnymi: niską efektywnością alokacji zasobów, rozproszeniem kompetencji i odpowiedzialności między różnymi instytucjami (w tym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz NFZ), a także przenoszeniem na pacjentów kosztów opieki zdrowotnej w postaci konieczności ponoszenia przez nich wydatków własnych. Zdaniem Wnioskodawców problemy obecnego systemu opieki szpitalnej, w którym kładzie się nacisk na utrzymanie zakładów leczniczych niemających możliwości zachowania stabilnej sytuacji finansowej, będą przekładać się na obniżenie poziomu ochrony zdrowia.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawców

Projekt zakłada zmiany:

- art. 12, art. 26, art. 27h i art. 45cd ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych¹;
- art. 18 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa². 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 społecznych³. Zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych będzie wykonywał (oprócz: ZUS, otwartych funduszy emerytalnych oraz płatników składek) także 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 niedoboru środków na wypłatę zasiłków ZUS będzie otrzymywał dotację celową z budżetu państwa.

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.

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 macierzyństwa⁴ 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 Społecznych⁵ oraz zmiana ustaw: z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych⁶ i z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze⁷.

Ponadto projekt zakłada nowelizację ustaw:

- z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸. 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 leczniczej⁹. 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-

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.

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 zdrowia¹⁰. 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 restrukturyzacyjne¹¹. 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 leczniczych¹² (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 Społecznych¹³. 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

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 Zgodnie z art. 89 ust. 6 ustawy 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.

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. 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.

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawców

Wnioskodawcy informują, że wprowadzić rozważano inne rozwiązania, jednak żadne z nich nie zapewniałoby porównywalnej skuteczności w rozwiązaniu problemów strukturalnych systemu ochrony zdrowia.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

Z uwagi na zróżnicowanie rozwiązań zawartych w projekcie, w opracowaniu odniesiono się do wybranych obszarów regulacji: (1) finansowania świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy, (2) kontroli prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich i weryfikacji prawa do świadczenia pieniężnego z tytułu choroby, (3) zarządzania siecią szpitali, (4) preferencji podatkowych na prywatne wydatki zdrowotne, (5) ustalania wzrostu płac w ochronie zdrowia.

Ad (1) W państwach członkowskich UE funkcjonują różne modele finansowania świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy (choroby). W większości państw UE funkcjonują modele łączące odpowiedzialność pracodawcy za początkowy okres absencji z późniejszym finansowaniem świadczeń przez system publiczny lub ubezpieczeniowy. Poszczególne kraje różnią się jednak długością okresów karencji, wysokością świadczenia w pierwszych dniach choroby i momentem przejęcia wypłat przez instytucje publiczne¹⁴. Na przykład w Niemczech pracownik co do zasady zachowuje pełne wynagrodzenie finansowane przez pracodawcę przez pierwsze 6 tygodni niezdolności do pracy, a dopiero następnie wypłatę świadczenia przejmują kasy chorych¹⁵. We Francji świadczenia chorobowe (*indemnités journalières*) wypłacane są co do zasady po 3-dniowym okresie karencji. Świadczenia pieniężne z tytułu choroby są wypłacane przez lokalne kasy ubezpieczenia zdrowotnego (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*, CPAM), działające w ramach systemu *Assurance Maladie*. Podstawowa wysokość świadczenia wynosi zasadniczo 50% wynagrodzenia referencyjnego, w granicach ustawowych limitów. Równolegle, po spełnieniu warunków stażowych, pracownik może otrzymywać uzupełniające świadczenie od pracodawcy (*indemnités complémentaires*)¹⁶. W Holandii pracodawca ponosi odpowiedzialność za wypłatę wynagrodzenia chorobowego przez okres do 2 lat niezdolności do pracy. W tym czasie co do zasady zobowiązany jest do wypłaty co najmniej 70% wynagrodzenia. System publiczny przejmuje odpowiedzialność dopiero w przypadku długotrwałej niezdolności do pracy i przejścia do systemu świadczeń z tytułu niepełnosprawności lub trwałej utraty zdolności do pracy. W niektórych przypadkach (np. ciąża, poród, dawstwo organów) możliwa jest wypłata zasiłku w wysokości 100% dziennego wynagrodzenia¹⁷. W Szwecji stosowany jest mechanizm potrącenia w początkowym okresie absencji (*karensavdrag*). Następnie pracodawca wypłaca świadczenie przez dwa tygodnie, a od 15. dnia odpowiedzialność przejmuje system publiczny¹⁸.

Zróżnicowanie dotyczy również źródeł finansowania świadczeń wypłacanych przez system publiczny lub ubezpieczeniowy. W części państw dominuje model składkowy, w którym świadczenia pieniężne finansowane są ze składek na ubezpieczenia społeczne, a ich wypłatą zajmuje się administracja systemu ubezpieczeń społecznych (np. Czechy, Słowacja, Włochy) lub instytucje

¹⁴ *Sickness benefits in the EU: making sense of diversity*, ETUI Policy Brief, No. 4/2020, <https://www.etui.org/publications/policy-briefs/european-economic-employment-and-social-policy/sickness-benefits-in-the-eu-making-sense-of-diversity> [wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 18 VI 2026 r.].

¹⁵ Informacje z portalu niemieckiego Ministerstwa Zdrowia, <https://gesund.bund.de/en/krankengeld>.

¹⁶ Informacje ze stron internetowych francuskiej administracji publicznej, <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F3053>; <https://code.travail.gouv.fr/contribution/en-cas-darret-maladie-du-salaire-l'employeur-doit-il-assurer-le-maintien-de-salaire>.

¹⁷ Informacje ze stron internetowych holenderskiej administracji publicznej, <https://business.gov.nl/regulations/sick-pay/>.

¹⁸ Informacje ze stron internetowych szwedzkiej instytucji ubezpieczeń społecznych, <https://www.forsakringskassan.se/english/sick/employee/sickness-benefit>.

ubezpieczenia zdrowotnego (np. Chorwacja, Estonia, Niemcy, Słowenia). Inny model to finansowanie świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy głównie ze środków publicznych pochodzących z podatków (np. Dania, Irlandia, Szwecja)¹⁹.

Ad (2) W związku z różnicami w systemach finansowania świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy, w poszczególnych państwach UE funkcjonują również różne modele kontroli prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz weryfikacji prawa do świadczenia pieniężnego z tytułu choroby. Na przykład we Francji kontrolę zwolnień lekarskich przeprowadzają kasy ubezpieczenia zdrowotnego CPAM (*Mutualité Sociale Agricole*, MSA, dla sektora rolnego). Celem kontroli jest sprawdzenie, czy osoba przebywająca na zwolnieniu jest w miejscu zamieszkania (kontrola administracyjna), oraz czy stan zdrowia uzasadnia wystawienie zwolnienia z pracy (kontrola medyczna). Kontrole mogą odbywać się w miejscu zamieszkania albo na podstawie dokumentacji. Jeżeli kontrola administracyjna nie może zostać przeprowadzona z powodu nieobecności w miejscu zamieszkania, CPAM może zawiesić wypłatę świadczenia chorobowego (*indemnités journalières*). Kontrola medyczna jest przeprowadzana przez lekarza konsultanta CPAM. Pracodawca może także wystąpić do systemu zabezpieczenia społecznego o przeprowadzenie kontroli. Jeżeli pracodawca ma obowiązek wypłacać świadczenia uzupełniające (*indemnités complémentaires*) w czasie zwolnienia chorobowego, może zlecić przeprowadzenie kontrolnej wizyty lekarskiej przez lekarza wybranego przez siebie. Lekarz ten musi być niezależny. Lekarz ocenia, czy zwolnienie z pracy jest uzasadnione, w tym także czy uzasadniony jest jego okres trwania. Kontrola pozwala również sprawdzić, czy osoba pozostająca na zwolnieniu przebywa w miejscu zamieszkania. Kontrola może odbyć się w miejscu zamieszkania albo miejscu odpoczynku wskazanym na zwolnieniu bez wcześniejszego uprzedzenia lub w gabinecie lekarza, na podstawie wezwania wysłanego przez lekarza. Jeżeli kontrola nie mogła się odbyć z powodu nieobecności osoby kontrolowanej albo z powodu odmowy poddania się kontroli, pracodawca może zaprzestać wypłaty świadczeń uzupełniających. Jeżeli lekarz kontrolujący nie mógł przeprowadzić wizyty, informuje o tym CPAM w ciągu 48 godzin. Tak samo postępuje, jeżeli uzna, że zwolnienie chorobowe jest nieuzasadnione. Instytucja zabezpieczenia społecznego może wówczas zakończyć wypłatę świadczenia chorobowego (*indemnités journalières*) albo zarządzić przeprowadzenie ponownego badania²⁰. W Holandii system kontroli opiera się na współpracy pracodawcy i pracownika w celu reintegracji, czyli działaniach zmierzających do powrotu pracownika do pracy. Regularny monitoring zdolności do pracy oraz możliwości jej częściowego wykonywania dokonywany jest przez

¹⁹ Informacje z bazy MISSOC, <https://www.missoc.org/missoc-database/organisation/>.

²⁰ Informacje z publicznego francuskiego portalu Service-Public, <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F33908>.

niezależnego lekarza medycyny pracy finansowanego przez pracodawcę²¹. W Niemczech zgodnie z § 275 kodeksu socjalnego (księga V)²² kasy chorych są zobowiązane, w przypadkach określonych ustawowo albo gdy jest to konieczne ze względu na rodzaj, przebieg, zaawansowanie, czas trwania lub częstotliwość choroby, uzyskać opinię Służby Medycznej (*Medizinischer Dienst*) – niezależnej służby medyczno-ekspertckiej – m.in. przy niezdolności do pracy w celu zabezpieczenia powodzenia leczenia albo usunięcia wątpliwości co do niezdolności do pracy. Pracodawca może zażądać, aby kasa chorych zasięgnęła opinii Służby Medycznej w celu zweryfikowania niezdolności do pracy. Kasa chorych może odstąpić od zlecenia Służbie Medycznej, jeżeli medyczne przesłanki niezdolności do pracy wynikają jednoznacznie z dokumentacji medycznej posiadanej przez kasę chorych. Służba Medyczna dokonuje weryfikacji m.in. na podstawie rozpoznania wskazanego w zaświadczeniach o niezdolności do pracy, danych i raportów dotyczących leczenia szpitalnego oraz działań rehabilitacyjnych, a także na podstawie informacji o wykonywanej pracy zawodowej osoby ubezpieczonej. Jeżeli jest to konieczne do sporządzenia społeczno-medycznej opinii, Służba Medyczna może zażądać dodatkowych sprawozdań medycznych z gabinetów lekarskich i szpitali. Na podstawie dostępnych dokumentów, a ewentualnie także po rozmowie z lekarzami prowadzącymi, Służba Medyczna ocenia, w jakim zakresie osoba ubezpieczona może wykonywać pracę. Ostateczna decyzja o świadczeniu – w przypadku oceny niezdolności do pracy np. o dalszej wypłacie wynagrodzenia w czasie choroby albo zasiłku chorobowego z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego – należy co do zasady do kasy chorych²³.

Ad (3) Zarządzanie siecią szpitali w państwach UE cechuje się znacznym zróżnicowaniem, przede wszystkim pod względem stopnia centralizacji i podziału kompetencji między poziom centralny i regionalny. W państwach takich jak Dania, Finlandia, Hiszpania, Szwecja, Włochy odpowiedzialność za organizację i prowadzenie szpitali została w dużej mierze przekazana na poziom regionu, który odpowiada zarówno za planowanie, jak i finansowanie świadczeń. Na przykład w Danii za zarządzanie siecią szpitali główną odpowiedzialność ponosi pięć regionów utworzonych w wyniku reformy administracyjnej z 2007 r. Szpitale są prawie wyłącznie własnością regionów i są przez nie zarządzane. Obowiązują w nich gwarancje dotyczące czasu oczekiwania i leczenia. Jeśli gwarancje te nie są dotrzymywane, regiony mają obowiązek zapewnić pacjentom leczenie w innych regionach, w sektorze prywatnym lub za granicą. W Danii spadek liczby łóżek szpitalnych, trwający od lat 90. XX wieku, wynika z krajowej polityki przenoszenia

²¹ Informacje ze strony internetowej holenderskiej instytucji odpowiedzialnej za świadczenia pracownicze, chorobowe i niezdolność do pracy, <https://www.uwv.nl/en/employers/sickness/a-step-by-step-guide-to-employee-sickness>.

²² *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)*, tekst w j. niemieckim: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/BJNR024820988.htm#BJNR024820988BJNG007300328.

²³ Informacje ze strony internetowej niemieckiej Służby Medycznej, https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Fragen_Antworten/22-01-11_FAQ_AU.pdf.

opieki ze szpitali do placówek środowiskowych i ambulatoryjnych. Przyjęta w 2024 r. reforma służby zdrowia, która wejdzie w życie w 2027 r., zmieni strukturę zarządzania poprzez zmniejszenie liczby regionów z pięciu do czterech oraz utworzenie 17 lokalnych rad ds. zdrowia, w skład których wejdą przedstawiciele szczebla regionalnego i gminnego. Będą one zarządzać usługami opieki zdrowotnej w kilku obszarach, w tym szpitalami²⁴. W Finlandii w 2023 r. weszła w życie reforma, która zmieniła sposób organizacji i finansowania służby zdrowia, opieki społecznej oraz służb ratowniczych. Odpowiedzialność za te usługi została przeniesiona z gmin na 21 nowo utworzonych okręgów usług socjalnych. Okręgi są finansowane z budżetu państwa i zarządzane przez lokalnie wybierane rady. Każdy okręg należy do jednego z pięciu większych regionów współpracy, które są koordynowane przez szpital uniwersytecki odpowiedzialny za świadczenie wysoce specjalistycznej opieki²⁵. We Francji w systemie zarządzania siecią szpitali kluczową rolę odgrywają regionalne agencje zdrowia (*les agences régionales de santé*, ARS), które są organami administracji państwowej odpowiedzialnymi za wdrażanie polityki zdrowotnej w regionach, planowanie rozmieszczenia świadczeń oraz nadzór nad funkcjonowaniem placówek. Agencje koordynują działania i przydzielają budżet operacyjny m.in. szpitalom i klinikom. Koordynacja ma wymiar terytorialny – w celu lepszego rozmieszczenia lekarzy i oferty opieki na danym obszarze – oraz ekonomiczny – w celu lepszego wykorzystania zasobów i kontroli wydatków na opiekę zdrowotną²⁶. Głównym instrumentem regionalnego sterowania polityką zdrowotną jest regionalny projekt zdrowotny (*projet régional de santé*, PRS), który określa wieloletnie cele działań prowadzonych przez regionalną agencję zdrowia w obszarach jej kompetencji, a także środki służące ich osiągnięciu²⁷. Ponadto zgodnie z kodeksem zdrowia publicznego (art. L6132-1 i nast.)²⁸ każda publiczna placówka służby zdrowia, o ile nie obowiązuje odstępstwo wynikające z jej szczególnej roli w regionalnej ofercie opieki zdrowotnej, jest stroną porozumienia regionalnego zrzeszenia szpitali (*groupements hospitaliers de territoire*, GHT). Celem regionalnych zrzeszeń szpitali we Francji jest umożliwienie placówkom wspólnego planowania i organizowania opieki nad pacjentem tak, aby zapewnić równy dostęp do wysokiej jakości świadczeń. Szpitale współpracujące w ramach takiego zrzeszenia koordynują swoje działania, dzielą się zadaniami oraz wspólnie

²⁴ *State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2025*, OECD, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/denmark_365eba00/927bde16-en.pdf.

²⁵ *State of Health in the EU. Finland. Country Health Profile 2025*, OECD, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/finland_0984ad46/311193cc-en.pdf.

²⁶ Informacje ze strony internetowej sieci francuskich regionalnych agencji zdrowia, <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>.

²⁷ Informacje ze strony internetowej sieci francuskich regionalnych agencji zdrowia, <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>.

²⁸ *Code de la santé publique*, tekst w j. francuskim: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171458/#LEGISCTA000031929472.

zarządzają wybranymi funkcjami, co ma zwiększyć efektywność systemu. Każde zrzeszenie opracowuje wspólny projekt medyczny, który określa zakres usług dostępnych lokalnie oraz sposób zapewnienia dostępu do opieki specjalistycznej. Regionalne zrzeszenia są powiązane z ośrodkami uniwersyteckimi, w szczególności z centrami szpitalno-universyteckimi, co umożliwia rozwój działalności klinicznej, dydaktycznej i naukowej. Współpraca ta jest formalizowana w porozumieniach określających zasady współdziałania między szpitalami, w tym także udział szpitali wojskowych w realizacji wspólnych zadań²⁹. W Niemczech kraje związkowe odpowiadają za planowanie infrastruktury szpitalnej i inwestycje, natomiast finansowanie świadczeń realizowane jest na poziomie centralnym przez system ubezpieczeniowy. Kraje związkowe mają obowiązek zapewnić odpowiednią liczbę szpitali i łóżek szpitalnych, aby umożliwić świadczenie opieki medycznej dla ludności. W tym celu opracowują plany szpitalne i podejmują decyzje w sprawie wydawania zezwoleń na prowadzenie szpitali³⁰.

Ad (4) Zakres i konstrukcja preferencji podatkowych na prywatne wydatki zdrowotne różni się znacząco między państwami członkowskimi UE. W części państw nie przewidziano preferencji podatkowych związanych z wydatkami na prywatną opiekę medyczną (np. Chorwacja, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Litwa, Szwecja). Natomiast preferencje takie, o różnej konstrukcji i zakresie, obowiązują w systemach podatkowych m.in. Austrii, Irlandii, Łotwy, Niemiec i Włoch. W Austrii przepisy dotyczące tzw. nadzwyczajnych wydatków umożliwiają osobom fizycznym podlegającym nieograniczonemu obowiązkowi podatkowemu uzyskanie ulgi podatkowej w sytuacji poniesienia szczególnych, nieuniknionych kosztów. Do takich wydatków zalicza się m.in. koszty leczenia nierefundowane przez system ubezpieczenia zdrowotnego i wydatki na specjalistyczne terapie. Ulga ta ma charakter odliczenia od dochodu. Odliczeniu nie podlega cała kwota poniesionych wydatków, lecz jedynie ich część przekraczająca próg udziału własnego, który jest uzależniony od wysokości dochodu podatnika. Próg ten wynosi od 6% dla najniższych dochodów do 12% dla najwyższych i jest liczony jako procent rocznego dochodu. Mechanizm ten oznacza, że podatnik sam ponosi część kosztów, a dopiero nadwyżka może zostać uwzględniona w rozliczeniu podatkowym. W określonych sytuacjach próg ten może zostać obniżony o 1 punkt procentowy, np. gdy podatnik wychowuje dzieci, korzysta z ulg dla samotnych rodziców lub pozostaje w związku małżeńskim z osobą o niskich dochodach³¹. Podobna możliwość odliczenia wydatków na prywatną opiekę zdrowotną w ramach tzw.

²⁹ Informacje ze strony internetowej francuskiej publicznej instytucji zajmującej się międzynarodową koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego i ubezpieczeń zdrowotnych, https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france_en.html#hospital-based.

³⁰ *Healthy in Germany. Everything you need to know about the healthcare system in Germany*, May 2025,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Broschueren/BMG_Ratgeber_Gesund_in_Deutschland_EN_bf.pdf.

³¹ *PwC World Tax Summaries, Austria*, <https://taxsummaries.pwc.com/austria/individual/deductions>.

nadzwyczajnych wydatków jest przewidziana w Niemczech³². W Irlandii prywatne wydatki zdrowotne mogą obniżyć należny podatek w formie ulgi podatkowej wynoszącej 20% poniesionych kosztów. Od podatku można odliczyć wydatki poniesione m.in. na usługi lekarzy i specjalistów, badania diagnostyczne zalecone przez lekarza, usługi świadczone w szpitalach lub placówkach leczniczych, transport karetką pogotowia, zapłodnienie in vitro. Można również ubiegać się o ulgę, jeśli lekarz przepisał, skierował lub zalecił leki i środki lecznicze, leczenie ortoptyczne lub podobne, fizjoterapie lub podobne leczenie, specjalną dietę dla osób z celiakią i cukrzyków, a także koszty zakupu, konserwacji i naprawy sprzętu medycznego, chirurgicznego, stomatologicznego lub pielęgnacyjnego³³. Na Łotwie podatnicy mogą odliczyć od dochodu wydatki na usługi medyczne, w tym leczenie, usługi stomatologiczne oraz planowane zabiegi. Odliczenie to jest limitowane do 600 EUR rocznie na osobę (członka rodziny) i podlega dodatkowym ograniczeniom w relacji do dochodu podatnika (wydatki są objęte wspólnym limitem z innymi odliczeniami np. edukacyjnymi, łączna kwota takich odliczeń nie może przekroczyć 50% dochodu podatnika w danym roku). Odliczeniu podlegają tylko wydatki odpowiednio udokumentowane i niezrefundowane przez system publiczny lub ubezpieczenie³⁴. We Włoszech prywatne wydatki zdrowotne mogą być uwzględnione w rozliczeniu podatkowym w formie odliczenia od podatku. Podatnik może odliczyć 19% poniesionych wydatków medycznych, jednak tylko w części przekraczającej próg, wynoszący 129,11 EUR. Ulga obejmuje katalog kosztów, takich jak usługi świadczone przez lekarza pierwszego kontaktu, zakup leków dostępnych bez recepty oraz na receptę, usługi specjalistycznych analiz, badań radiologicznych, zabiegów chirurgicznych, hospitalizacji, kuracji uzdrowiskowych, zakup lub wynajem urządzeń medycznych i sprzętu medycznego. Ponadto można odliczyć wydatki na specjalistyczną opiekę, np. opiekę pielęgniarstwa i rehabilitacyjną³⁵.

Ad (5) W państwach UE obowiązują zróżnicowane modele ustalania wysokości płac w służbie zdrowia. W części państw wysokość wynagrodzeń i ich wzrost jest wynikiem negocjacji między związkami zawodowymi a organizacjami pracodawców. Nie ma automatycznych, ustawowych mechanizmów waloryzacji wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia. Takie rozwiązanie funkcjonuje m.in. w Holandii³⁶ i w Niemczech³⁷. Z kolei np. na Węgrzech wysokość wynagrodzeń

³² Informacje z portalu informacyjnego o niemieckich podatkach, <https://germantaxes.de/tax-tips/deducting-exceptional-taxes/>.

³³ Informacje ze strony internetowej irlandzkiej administracji skarbowej, <https://www.revenue.ie/en/personal-tax-credits-reliefs-and-exemptions/health-and-age/health-expenses/index.aspx>.

³⁴ Informacje ze strony internetowej łotewskiej administracji skarbowej, <https://www.vid.gov.lv/en/personal-income-tax>.

³⁵ Informacje ze strony internetowej włoskiej administracji skarbowej, <https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/spese-sanitarie-detraibili>.

³⁶ Strona internetowa dotycząca holenderskiego sektorowego układu zbiorowego dla szpitali, <https://cao-ziekenhuizen.nl/>.

³⁷ Strona internetowa niemieckiego zrzeszenie pracodawców jednostek samorządu terytorialnego, <https://www.vka.de/tarifvertraege/tvoed>.

wynika z przepisów ustawowych i wykonawczych, jednak bez stałego mechanizmu waloryzacji³⁸. W Belgii natomiast mechanizm indeksacji wynagrodzeń ma charakter mieszany. Państwo ustala i publikuje wskaźnik inflacyjny (*health index*), natomiast szczegółowe zasady automatycznej indeksacji wynagrodzeń są określane w sektorowych układach zbiorowych pracy³⁹.

V. Skutki prawne projektowanej ustawy

1.

Zaproponowane w projekcie zmiany mają charakter systemowy: oddziałują nie tylko na kwestie organizacji opieki zdrowotnej, lecz także na inne obszary, takie jak ubezpieczenia społeczne i podatki. Dotyczą one przede wszystkim zasad zarządzania opieką szpitalną, w tym w szczególności ograniczenia obecnych kompetencji samorządów powiatowych, a w kwestii ubezpieczeń społecznych przeniesienia do NFZ zadań w zakresie świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, podlegania ubezpieczeniu i ustalania składki na ubezpieczenie chorobowe.

Podstawowym celem projektu jest utworzenie w każdym województwie obszarów koordynacji opieki szpitalnej. Koordynacja ma być realizowana przez wyznaczone szpitale wiodące i przyporządkowane im szpitale podległe. System koordynacji obejmuje jedynie szpitale samorządowe: wojewódzkie i powiatowe. Określono również zadania i uprawnienia kierownika szpitala wiodącego w stosunku do szpitali podległych oraz zasady przekazania określonych szpitali. Zmiana ta ma charakter systemowy dla funkcjonowania szpitali w Polsce. Wprowadza nowe reguły ich działania, zarządzania nimi ze szczególnymi uprawnieniami w tym zakresie kierownika szpitala wiodącego. Wdrożenie zaproponowanej reformy wymaga daleko idących zmian prawnych i organizacyjnych. Wydaje się, że niektóre regulacje, w szczególności zasady przekazywania szpitali, powinny być doprecyzowane.

Projektowana regulacja w zakresie ubezpieczenia chorobowego budzi istotne wątpliwości systemowe. Zmiana polegająca na przeniesieniu z ZUS do NFZ kompetencji w zakresie realizacji niektórych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, w szczególności: kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich, upoważnienia 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, ma doniosłe znaczenie dla funkcjonowania ubezpieczenia

³⁸ 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról, tekst w j. węgierskim, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000100.tv>; New public health-care service contracts with pay rise for doctors, EUROFOUND, https://static.eurofound.europa.eu/covid19db/cases/HU-2021-1_1243.html.

³⁹ Informacje ze strony internetowej belgijskiego federalnego biura planowania (*Le Bureau fédéral du Plan, BFP*)), <https://www.plan.be/en/our-themes/economy/inflation>.

chorobowego. Realizacja przedmiotowych kompetencji będzie wymagała stworzenia w strukturach NFZ odpowiedniego aparatu do wykonywania przedmiotowych zadań, w szczególności w zakresie orzecznictwa lekarskiego, weryfikacji prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich. Są to zadania odbiegające w istotny sposób od obecnej funkcji NFZ i wydaje się, że ich efektywne przejęcie, uwzględniając ich skalę, może w praktyce spowodować poważne trudności w ich realizacji.

W uzasadnieniu projektu wskazano, że składka na ubezpieczenie chorobowe ma być wliczana do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. W projekcie przewidziano, że ZUS do 20. dnia po każdym kwartale odprowadza do NFZ 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. Należy wskazać, że w obecnym stanie prawnym ubezpieczenie chorobowe obejmuje również inne ryzyka niż niezdolność do pracy z powodu choroby, np. niezdolność do pracy związaną z macierzyństwem i opieką nad dzieckiem. Na ubezpieczenie chorobowe opłacana jest jedna niepodzielna składka. W związku z powyższym wydaje się, że pozostawienie jednej składki na ubezpieczenie chorobowe po wprowadzeniu proponowanych zmian systemowych nie będzie odpowiadać koncepcji finansowania zadań w zakresie ubezpieczenia chorobowego.

Projekt przewiduje również rozszerzenie kręgu osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, poprzez zniesienie dobrowolności podlegania ubezpieczeniu chorobowemu niektórych grup, np. zleceniobiorców i objęcie obowiązkiem małżonka Prezydenta RP. Wątpliwości budzi objęcie obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego zleceniobiorców, a niewprowadzenie takiego obowiązku w stosunku do osób prowadzących pozarolniczą działalność. Pomędzy obiema tymi kategoriami ubezpieczonych nie ma istotnych różnic w zakresie narażenia na ryzyka z ubezpieczenia chorobowego, które uzasadniałyby zróżnicowanie w kwestii dobrowolności podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. W stosunku do małżonka Prezydenta RP należy wskazać, że z tytułu tej funkcji nie jest pobierane wynagrodzenie lub uzyskiwany inny przychód. W związku z powyższym nie występuje w tym przypadku ryzyko utraty przychodu ze względu na niezdolność do pracy z powodu choroby i nie można ustalić, w jakiej wysokości miałyby być wypłacane świadczenie. W konsekwencji nie ma możliwości ustalenia kluczowego parametru dla objęcia ubezpieczeniem chorobowym małżonka Prezydenta RP.

Zaproponowane w projekcie wprowadzenie nowej ulgi podatkowej, tzw. „ulgi zdrowotnej”, budzi wątpliwości. 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. W projekcie nie przewidziano żadnych limitów w odniesieniu do przedmiotowej ulgi, dotyczących np. maksymalnej kwoty odliczenia lub limitu odliczenia na osobę, której dotyczą świadczenia. Powyższe oznacza, że osoby osiągające wysokie przychody lub posiadające bliskich osiągających takie przychody będą mogły w znacznie większym stopniu skorzystać z tej ulgi, co może stanowić nieuzasadnioną preferencję podatkową dla tej grupy podatników.

Ze względu na skalę zmian zaproponowanych w projekcie wydaje się, że projektowany termin wejścia w życie – 1 stycznia 2027 r. nie spełnia wymogu ustanowienia odpowiedniego *vacatio legis*.

Projekt był przedmiotem analiz Biura Ekspertyz i Oceny Skutków Regulacji Kancelarii Sejmu (BEOS) dotyczących zgodności z prawem Unii Europejskiej⁴⁰. Omawiany projekt był także przedmiotem analizy BEOS w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu⁴¹.

2.

Zawarta w projekcie propozycja zmiany ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych zawiera szczegółowe rozwiązania dotyczące zasad uwzględniania (nieuwzględniania, odliczania/niemożności odliczania) składek zdrowotnych/wartości świadczeń zdrowotnych i usług rehabilitacyjnych do przychodów osób fizycznych. Regulację tę można wiązać z art. 1 Protokołu dodatkowego do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (EKPC), który dotyczy prawa własności. Zgodnie z powołanym postanowieniem oraz z nim związanym orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, prawo to obejmuje ograniczenia podatkowe, jakie może wprowadzać państwo-strona Konwencji, w zakresie korzystania z szeroko rozumianego mienia. Jednocześnie art. 1 Protokołu upoważnia państwo do pobierania podatków. Regulacja dysponowałaby podstawą ustawową (czego oczekuje art. 1). Nie przewiduje się dyskryminacji. Na tym etapie nie ma zatem problemu zgodności projektu z art. 1 Protokołu dodatkowego.

Propozycje zmian w pozostałych ustawach wiążą się z funkcjonowaniem NFZ i ZUS, łącznie z działaniem systemu teleinformatycznego obsługującego system ochrony zdrowia, a także z ubieganiem się o prawo do zasiłku lub prawa do świadczeń i ich wysokości, jak również z organizacyjno-prawnymi aspektami

⁴⁰ *Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Radosław Lubczyk)*, opinia BEOS z 14 IV 2026 r., BEOS-WPEiM-788/26.

⁴¹ *Opinia w sprawie stwierdzenia, czy poselski projekt ustawy o zmianie 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*, opinia BEOS z 14 IV 2026 r., BEOS-WPEiM-789/26.

działalności leczniczej (rozwiązania dotyczące tzw. szpitali wiodących). Zmiany te nie wykazują bezpośredniego związku z przedmiotem EKPC.

Jeden element regulacji w tym zakresie, dotyczący prawa do sądu cywilnego w sprawach związanych ze świadczeniami pieniężnymi, może kojarzyć się z koniecznością spełnienia standardów art. 6 EKPC. Niemniej przepisy projektu w proponowanym brzmieniu na tym etapie nie budzą zastrzeżeń (art. 4 projektu dotyczący zmian w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwłaszcza projektowany art. 70e i n.).

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A. Podmioty, na które wpływa projekt

Projekt będzie wpływał na następujące podmioty:

- ogół społeczeństwa, w szczególności w zakresie sytuacji prawnej i ekonomicznej osób będących płatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT), beneficjentami świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz osobami objętymi regulacjami ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
- pacjentów i ich rodziny, w szczególności osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz osoby ponoszące prywatne wydatki na świadczenia zdrowotne;
- osoby aktywne zawodowo objęte dotychczas dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, w szczególności zleceniobiorców;
- pracodawców i zleceniodawców;
- samorząd województwa,
- samorząd powiatowy,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- podmioty lecznicze, w szczególności szpitale powiatowe i wojewódzkie;
- pracowników podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne na podstawie umów zawartych z NFZ,
- lekarzy i inne osoby uprawnione do wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz osoby wykonujące zadania orzecznicze;
- sądy powszechne i administracyjne, w szczególności w zakresie potencjalnego wzrostu liczby spraw dotyczących stosowania projektowanych regulacji.

B. Wpływ na społeczeństwo

Proponowana ustawa wprowadza szereg istotnych zmian do obecnie obowiązujących przepisów z zakresu: ubezpieczeń społecznych, podatkowych

dotyczących podatku od osób fizycznych, świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, działalności leczniczej, zasad kształtowania wynagrodzeń w podmiotach leczniczych. Tak różnorodne zmiany będą miały daleko idące skutki społeczne, różne dla określonych grup ludności.

Wnioskodawcy w uzasadnieniu przedstawili tylko niektóre skutki społeczne zaproponowanych zmian, wskazując w szczególności że:

- „[...] wprowadzenie ulgi zdrowotnej w podatku dochodowym od osób fizycznych [...] 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”.

Przekładając to na praktyczną stronę tego zagadnienia stabilizacja ma następować kosztem relatywnego obniżenia wynagrodzeń pracowników sektora zdrowia.

We wskazanych przez Wnioskodawców skutkach społecznych brak jest odniesienia do:

- skutków wzrostu kosztów pracy dla wybranych grup obecnie niepłacących składki chorobowej,
- skutków zmiany waloryzacji minimalnych wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych,
- skutków potencjalnego przejęcia szpitali powiatowych przez marszałków województw,
- rzeczywistych skutków zmiany organizacji wypłacania zasiłków chorobowych i rozliczania składek między ZUS a NFZ,
- skutków terytorialnych projektowanej reorganizacji szpitalnictwa, w szczególności dla mieszkańców powiatów, w których szpital pełni istotną funkcję w zabezpieczeniu lokalnego dostępu do świadczeń.

Należy zwrócić uwagę, że proponowane zmiany nie przedstawiają w sposób wystarczająco przekonujący spójnego i efektywnego modelu organizacji ochrony zdrowia, lecz mogą pogłębiać część istniejących dysfunkcji systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W konsekwencji proponowane rozwiązania mogą przyczynić się do dalszego ograniczenia dostępności świadczeń dla osób uprawnionych. Zidentyfikowane nieprawidłowości mają charakter wieloaspektowy i odnoszą się w szczególności do:

- umieszczenia zagadnień organizacji świadczeń zdrowotnych w przepisach o działalności leczniczej. Ustawa o działalności leczniczej ma inny zakres przedmiotowy⁴² niż organizacja świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Umieszczanie w niej rozdziału o szpitalach wiodących istotnie zmienia zasady tworzenia i organizacji szpitali w Polsce. Koncepcja ta nie jest przy tym dobrze powiązana z odpowiednimi przepisami ustawy o świadczeniach dotyczących sieci szpitali, map potrzeb zdrowotnych i zasad prowadzenia inwestycji w infrastrukturę szpitalną podmiotów publicznych. Wprowadzenie proponowanych przepisów może, oprócz obecnych problemów finansowo-organizacyjnych szpitali powiatowych doprowadzić do sporów kompetencyjno-właścicielskich, co może utrudnić sprawne funkcjonowanie tych placówek i pogorszyć dostęp świadczeniobiorców do opieki zdrowotnej. Można zatem wskazać ryzyko negatywnych

⁴² Art. 1 Ustawa określa: 1) zasady wykonywania działalności leczniczej; 2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami; 3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych; 5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

skutków społecznych tak zaprojektowanych zmian w organizacji szpitali na terenie województw.

- zaproponowane przepisy w rozdziale „Szpitale wiodące” w zasadzie znoszą samodzielność zarządzania tymi szpitalami na poziomie powiatu (co do możliwości decydowania o losach szpitala, dla którego powiat jest organem założycielskim). W praktyce oznacza to przejęcie przez marszałka województwa odpowiedzialności za organizację infrastruktury w zakresie szpitalnictwa na danym terenie. Decyzje marszałka województwa w tym zakresie nie podlegają wystarczająco jasno określonym mechanizmom uzgodnieniowym z powiatami. Kryteria wyboru szpitali wiodących i podległych także nie są jasno, a przede wszystkim obiektywnie określone. Marszałek województwa uzyskuje przy tym szerokie kompetencje koordynacyjne i właścicielskie, co może prowadzić do niejasnego podziału odpowiedzialności między samorządem województwa a NFZ jako płatnikiem i instytucją kontraktującą świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Taki sposób unormowania stosunków właścicielskich szpitali oraz organizacji opieki zdrowotnej może ograniczać społeczną akceptację projektowanych rozwiązań. Także przepisy proponowanego art. 92h ust. 1 ustawy o działalności leczniczej wskazują, że przyjęty model zarządzania szpitalami nie znajduje rozwinięcia w postaci odpowiedzialności finansowej i organizacyjnej za funkcjonowanie podległych jednostek. Może to powodować brak zainteresowania pełnieniem funkcji kierowniczych w szpitalach podległych.

Największym mankamentem tego projektu, z punktu widzenia jego skutków społecznych, jest brak spójnej podstawy aksjologicznej, przez co proponowane zmiany są wrywkowe, skupiają się na doraźnych korzyściach i nie uwzględniają skutków proponowanych zmian dla spójności i trwałości systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Projekt nie odnosi się do szerszego problemu zróżnicowania obciążeń składowych między poszczególnymi grupami ubezpieczonych. Może to ograniczać społeczną akceptację proponowanych zmian, zwłaszcza w sytuacji, gdy część grup zostaje objęta dodatkowymi obciążeniami, a jednocześnie projekt przewiduje preferencje podatkowe związane z prywatnymi wydatkami zdrowotnymi. Wprowadzenie ulgi w podatku dochodowym od osób fizycznych dla osób korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej tylko pogłębia brak sprawiedliwego obciążenia kosztami opieki zdrowotnej poszczególnych grup społecznych.

Zaproponowane zmiany mogą wywierać również negatywne skutki dla lokalnych rynków pracy. Szpitale powiatowe są bowiem często jednymi z największych pracodawców na obszarze danego powiatu, pełniąc istotną funkcję stabilizującą lokalne zatrudnienie oraz aktywność gospodarczą.

Potencjalne procesy związane z przejmowaniem tych podmiotów przez samorządy województw mogą prowadzić do istotnych zakłóceń organizacyjnych i kadrowych, oddziałując niekorzystnie zarówno na osoby zatrudnione w tych jednostkach, jak i na podmioty współpracujące ze szpitalami, w szczególności dostawców usług, wykonawców oraz przedsiębiorców funkcjonujących w ich otoczeniu gospodarczym.

Kontrowersyjna społecznie jest propozycja przekazywania do NFZ nadwyżki środków z funduszu chorobowego i wykorzystywania jej na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia. Spowoduje to ryzyko zaburzenia przejrzystości finansów publicznych w zakresie danin na ubezpieczenie chorobowe, pokrywające świadczenie z tytułu utraty zarobków z powodu choroby, które projekt łączy funkcjonalnie z finansowaniem ochrony zdrowia. Zakładane transfery finansowe między ZUS i NFZ nie mają bezpośredniego związku z rzeczywistymi kosztami poszczególnych świadczeń, a mają – jak wskazują w uzasadnieniu Wnioskodawcy – zwiększyć przychody NFZ. Taki sposób rozwiązywania problemów finansowych NFZ może osłabiać zaufanie obywateli do całego systemu ubezpieczeń społecznych i zwiększać ryzyko rozszerzenia szarej strefy w tym zakresie, w tym unikania oskładkowania dochodów. Zważywszy na ujemne saldo funduszy zarządzanych przez ZUS i gwarancje państwa w tym zakresie, operacja przekazania nadwyżki funduszu chorobowego do NFZ nie eliminuje problemu niedoboru środków w sektorze finansów publicznych, lecz zmienia miejsce jego ujawnienia. W warunkach gwarancji państwa dla wypłaty świadczeń z ubezpieczeń społecznych może to oznaczać konieczność kompensowania niedoborów w innych częściach systemu ze środków budżetu państwa. Trudno więc mówić o społecznej efektywności proponowanych zmian.

Zmiana zasad waloryzacji wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, polegająca na ograniczeniu dynamiki wzrostu wynagrodzeń, może zwiększać ryzyko sporów zbiorowych, protestów pracowniczych lub presji na renegotjację warunków wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia. W konsekwencji istnieje ryzyko pogorszenia dostępu osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Potwierdza to reakcja na propozycję Ministerstwa Zdrowia dotyczącą przesunięcia o pół roku kolejnej waloryzacji wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, która została negatywnie oceniona zarówno przez związki zawodowe, jak i samorządy zawodowe reprezentujące pracowników ochrony zdrowia.

Także propozycje wprowadzenia ulgi podatkowej z tytułu ponoszenia kosztów prywatnych świadczeń opieki zdrowotnej lub finansowania tzw. abonamentów zdrowotnych, przy jednoczesnym utrzymaniu obowiązku opłacania składki zdrowotnej, stanowią przykład istotnie zróżnicowanego podejścia do nakładania obciążeń publicznoprawnych na osoby osiągające dochody. Rozwiązania te prowadziłyby jednocześnie do uprzywilejowania osób bardziej zamożnych, umożliwiając im korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej przy pośrednim wsparciu

finansowym ze środków publicznych. Należy przy tym podkreślić, że korzystanie ze świadczeń prywatnych nie wyłącza możliwości korzystania przez te same osoby z analogicznych świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. W praktyce mogłoby to prowadzić do utrwalenia modelu „dwóch prędkości” dostępu do świadczeń zdrowotnych, uzależnionego od sytuacji majątkowej świadczeniobiorców.

Warto podkreślić, że przyjęcie zaproponowanych w projekcie rozwiązań może mieć negatywny wpływ na grupy szczególnie narażone na ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, mieszkańców obszarów wiejskich i peryferyjnych oraz osoby o niższych dochodach.

C. Konsultacje społeczne

Rozpatrywany projekt nie cieszył się dużym zainteresowaniem w trakcie konsultacji. Nadesłano 5 ankiet, z tego dwóch respondentów opowiedziało się za akceptacją zaproponowanych rozwiązań. Tylko jedna osoba zgodziła się z przedstawioną w projekcie oceną skutków społecznych (czworo respondentów nie odpowiedziało na to pytanie).

W konsultacjach zawarto kilka uwag dotyczących zarówno całego projektu⁴³, jak i szczegółowych rozwiązań w nim zawartych dotyczących projektowanych przepisów odnoszących się do restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Tak ograniczony materiał konsultacyjny nie pozwala na wiarygodną ocenę społecznej akceptacji projektowanych rozwiązań, zwłaszcza biorąc pod uwagę ich zakres, wpływ na samorządy, pacjentów, pracowników ochrony zdrowia oraz organizację szpitalnictwa powiatowego.

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

Projektowana regulacja może spowodować szereg zróżnicowanych skutków o charakterze gospodarczym, które wymagają bliższej analizy w zakresie ich możliwego wpływu na procesy rynkowe.

⁴³ „Ten pomysł wprowadzi tylko chaos w regionach. A danemu szpitalowi więcej roboty i zamiast zajmować się swoimi pacjentami będą zajmować się jeszcze innymi.” (ID ankiety: 150017); „Ten projekt sprawia wrażenie technicznej reorganizacji systemu, ale nie odpowiada na pytanie najważniejsze: czy obywatel otrzyma realnie lepszą opiekę medyczną. Z dokumentu wynika próba uporządkowania struktury, w tym wprowadzenia tzw. „szpitali wiodących” i podporządkowanych, lecz jest to zmiana organizacyjna, a nie jakościowa. Przesuwa się kompetencje, tworzy nowe układy zależności, ale nie widać gwarancji, że pacjent zostanie szybciej przyjęty, lepiej zdiagnozowany i skuteczniej leczony. Najpoważniejszy zarzut dotyczy braku wyraźnego nacisku na profesjonalną opiekę medyczną jako fundament systemu. Szpital nie ma być jedynie elementem struktury administracyjnej, lecz miejscem, gdzie pracują wysoko wykwalifikowani specjaliści, gdzie obowiązują najwyższe standardy leczenia i gdzie pacjent otrzymuje realną pomoc, a nie tylko formalne świadczenie. Tymczasem projekt skupia się na mechanizmach zarządzania, a nie na jakości świadczeń.” (ID ankiety: 158589).

Zgodnie z przedstawioną oceną w DSR w obszarze skutków gospodarczych prognozuje się, że wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego dla zleceniobiorców w krótkiej perspektywie wygeneruje dodatkowe obciążenia finansowe po stronie zleceniodawców, wynikające bezpośrednio z konieczności wygospodarowania środków na ubezpieczenie chorobowe, którym podlegają zleceniobiorcy. Wprowadzenie tego rozwiązania ma na celu systemowe wyrównanie warunków konkurencyjnych pomiędzy podmiotami stosującymi zróżnicowane formy zatrudnienia, co w założeniu ograniczy zjawisko arbitrażu opartego na zastępowaniu stosunku pracy tańszymi kontraktami cywilnoprawnymi (warto w tym miejscu zaznaczyć, że projektodawcy nie odnoszą się do wpływu regulacji na arbitraż między umową o pracę a kontraktami B2B). W ujęciu długookresowym zakłada się, że wprowadzane zmiany przyczynią się do skrócenia okresów niezdolności do pracy, co bezpośrednio przełoży się na wzrost produktywności oraz zwiększenie efektywnej podaży pracy poprzez wydłużenie aktywności zawodowej w dobrym stanie zdrowia.

Jednocześnie zaproponowana „ulga zdrowotna” ma stanowić istotny bodziec behawioralny skłaniający beneficjentów do dokumentowania transakcji i korzystania wyłącznie z usług podmiotów działających w legalnym obrocie gospodarczym. Według prognoz zawartych w DSR mechanizm ten doprowadzi do redukcji szarej strefy w obszarze świadczeń medycznych, co w konsekwencji poszerzy bazę podatkową i zwiększy dochody budżetowe. W DSR odniesiono się więc jedynie do ograniczonego katalogu możliwych skutków gospodarczych, które projektowana regulacja może spowodować.

Warto więc bliżej przyjrzeć się poszczególnym rozwiązaniom proponowanym w analizowanym projekcie regulacji. Wprowadzenie ulgi zdrowotnej w podatku dochodowym od osób fizycznych umożliwiającej odliczenie 10% poniesionych nakładów na świadczenia medyczne, cele rehabilitacyjne, czy usługi opiekuńcze przez podatnika lub na rzecz jego krewnych w linii prostej, rodzeństwa, członków rodziny pozostających we wspólnocie domowej lub na rzecz innych osób na utrzymaniu, może generować szereg istotnych implikacji o charakterze dystrybucyjnym.

Podstawowym efektem wdrożenia tego rozwiązania jest stymulacja popytu na prywatne usługi medyczne przez osoby posiadające odpowiednie środki pozwalające opłacić takie wydatki ex ante. Z kolei zwiększenie popytu może nastąpić znacznie szybciej niż dostosowanie po stronie podażowej. W warunkach, gdy barierą dostępu do świadczeń nie jest jedynie cena, lecz deficyt kadr medycznych, ich zróżnicowanie geograficzne i ograniczone moce operacyjne placówek systemu ochrony zdrowia, ulga ta może prowadzić do wzrostu cen świadczeń prywatnych. Mechanizm rynkowy sugeruje, że dostawcy usług i wyrobów mogą dążyć do częściowej absorpcji korzyści podatkowej poprzez podwyższenie cenników, co stanowi klasyczną ilustrację zjawiska transferu środków publicznych

do sektora prywatnego przy ograniczonym wzroście dobrobytu konsumentów⁴⁴. System ten może generować więc tzw. efekt świętego Mateusza⁴⁵, premiując grupy o wyższych dochodach, które dysponują nadwyżkami finansowymi pozwalającymi na sfinansowanie wydatku ex ante oraz posiadają odpowiednio wysoką podstawę opodatkowania, by w pełni skonsumentować odliczenie. Osoby o najniższych uposażeniach odnotują korzyść niższej wartości, co pogłębia regresywność systemu wsparcia⁴⁶. Jednocześnie mechanizm ten może stymulować procesy formalizacji obrotu gospodarczego, wymuszając na pacjentach gromadzenie dokumentacji fiskalnej, co potencjalnie ogranicza szarą strefę w sektorze medycznym i opiekuńczym. Warto również rozważyć, czy ulga ta nie wywoła skutków o charakterze geograficznym, tj. czy nie będzie ona faworyzowała aglomeracji o rozwiniętej infrastrukturze medycznej kosztem obszarów o ograniczonej podaży usług. Tam, gdzie gęstość placówek medycznych jest większa, tam liczba przypadków korzystania z ulgi zdrowotnej będzie częstsza. W takim wypadku najwięcej skorzystać mogą mieszkańcy największych miast.

Z kolei wprowadzenie obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego dla osób wykonujących zadania na podstawie umów zlecenia może prowadzić do wzrostu pozapłacowych kosztów, wynikającego z konieczności odprowadzania dodatkowej składki. Z perspektywy teorii ekonomii bezpośredni ciężar tego obciążenia zostanie rozłożony pomiędzy zleceniodawcę a zleceniobiorcę, przy czym ostateczna alokacja kosztów będzie determinowana strukturą wynagrodzenia i relatywną siłą przetargową stron umowy. Zjawisko to będzie skutkować obniżeniem relatywnej atrakcyjności umów zlecenia jako tańszej alternatywy względem stosunku pracy, co potencjalnie ograniczy mechanizm arbitrażu składkowego, polegający na optymalizacji kosztowej poprzez wybór form zatrudnienia o niższym poziomie obciążeń podatkowych i składkowych. Wprowadzenie rzeczonej regulacji wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem spadku realnych wynagrodzeń netto tej części zleceniobiorców, od których wynagrodzenia składka zostanie bezpośrednio potrącona, co może dotyczyć zwłaszcza osób o słabszej pozycji negocjacyjnej na rynku. Przedsiębiorstwa intensywnie wykorzystujące elastyczne formy współpracy, w szczególności w sektorach niskomarżowych takich jak gastronomia, handel, ochrona czy usługi opiekuńcze, mogą odnotować wzrost kosztów operacyjnych. W konsekwencji podmioty te mogą dążyć do przerzucenia części obciążeń na konsumentów poprzez korektę cen świadczonych usług, przy czym efekt ten

⁴⁴ Opisany efekt istnieje również w innych sektorach np. w obszarze dopłat do energii elektrycznej: A. Olivier, C. Ruggeri Laderchi, *Analyzing the Incidence of Consumer Price Subsidies and the Impact of Reform on Households - Quantitative Analysis*, World Bank.

⁴⁵ R. K. Merton, *The Matthew Effect in Science*, „Science” 1968, vol. 159, nr 3810, s. 56-63, T. DiPrete, G. Eirich, *Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments*, „Annual Review of Sociology” 2006, vol. 32, s. 271-297.

⁴⁶ Por. G. Goda, I. Lurie, P. Parikh, C. Swete, *The Distributional Implications of Itemized Medical Deductions*, NBER Working Paper No. 33157, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA, 2024.

prawdopodobnie zachowa charakter sektorowy⁴⁷. Jednocześnie obowiązkowa partycypacja w systemie ubezpieczeń chorobowych może przyczynić się do poprawy ochrony dochodowej zleceniobiorców, stabilizując ich sytuację finansową w okresach czasowej niezdolności do pracy. Istnieje jednak ryzyko wystąpienia efektów drugiego rzędu w postaci przesunięcia części aktywności gospodarczej do sfery nierejestrowanej lub mniej przejrzystych form kooperacji, szczególnie w obszarach prac dorywczych.

Z kolei nowe zasady rozliczania składki chorobowej i zdrowotnej z pewnym prawdopodobieństwem wygenerują określone skutki o charakterze makroekonomicznym. Istotną konsekwencją projektowanych rozwiązań będzie obniżenie wynagrodzeń netto. Mimo braku formalnej zmiany stawek podatku dochodowego od osób fizycznych i samej składki zdrowotnej, mechanizm polegający na zwiększeniu podstawy ich naliczania prawdopodobnie doprowadzi do zmniejszenia dostępnego dochodu rozporządzalnego pracowników. Tego rodzaju zmiana strukturalna z dużym prawdopodobieństwem przełoży się na wzrost efektywnego klina podatkowo-składkowego. Praca najemna stanie się w jeszcze wyższym stopniu obciążona składkami, a tym samym mniej atrakcyjna niż jednoosobowa działalność gospodarcza⁴⁸. Choć nie wiadomo, w jakiej skali likwidacja możliwości odliczenia składki chorobowej od podstawy wymiaru składki zdrowotnej i podatku dochodowego powoduje efekt wypychania zatrudnienia do szarej strefy lub optymalizacji form kontraktowania (np. wzrost samozatrudnienia w celu obejścia nowych progów), to należy liczyć się z takim scenariuszem.

Dystrybucja kosztów wprowadzanej regulacji może charakteryzować się odmiennym natężeniem w zależności od decyla dochodowego, przy czym przewiduje się, że najsilniejszy wpływ dotknie jednostki o niższych i średnich zarobkach. Chociaż w ujęciu czysto nominalnym redukcja wartości wynagrodzenia netto może być bardziej odczuwalna w decylach o wysokich dochodach, to mniejsze bufony finansowe i niższa elastyczność budżetów gospodarstw domowych o niższym statusie materialnym czynią je znacznie bardziej podatnymi na spadki dochodu rozporządzalnego.

Z kolei zmiana zasad waloryzacji płac w ochronie zdrowia może wpłynąć na to, jak personel medyczny będzie oceniał relatywną atrakcyjność pracy w sektorze publicznym i prywatnym. Jeśli wynagrodzenia w państwowych placówkach będą rosły wolniej niż stawki rynkowe, firmy prywatne prawdopodobnie zyskają przewagę w pozyskiwaniu pracowników. Może to ułatwić im zatrudnianie lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, szczególnie w zawodach, w których brakuje specjalistów. Istnieje

⁴⁷ O regresywności polskiego systemu podatkowego pisze między innymi IMF: Republic of Poland: 2024 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for the Republic of Poland, <https://www.imf.org/en/publications/cr/issues/2025/01/17/republic-of-poland-2024-article-iv-consultation-press-release-staff-report-and-statement-by-560997>.

⁴⁸ Gigantyczna reforma ochrony zdrowia. Znamy pomysł na reanimację NFZ, <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Gigantyczna-reforma-ochrony-zdrowia-Znamy-pomysl-na-reanimacje-NFZ-9111291.html>.

prawdopodobieństwo, że personel medyczny zacznie częściej wybierać pracę w sektorze prywatnym. Pracownicy mogą formalnie pozostać w publicznych szpitalach, ale prawdopodobnie ograniczą tam swój wymiar godzin, aby poświęcić więcej czasu na pracę w prywatnych gabinetach lub sieciach medycznych. Takie zjawisko może doprowadzić do sytuacji, w której zasoby pracy przesuną się tam, gdzie zarobki są bardziej elastyczne, co z kolei może obniżyć wydajność publicznej ochrony zdrowia.

Przeniesienie na państwo kosztów wynagrodzenia chorobowego już po 14 dniu nieobecności pracownika może doprowadzić do zmniejszenia wydatków przedsiębiorstw na utrzymanie personelu. Taka zmiana prawdopodobnie okaże się najbardziej korzystna dla małych i średnich podmiotów, w których długotrwała choroba nawet jednej osoby stanowi relatywnie większe obciążenie finansowe niż w dużych organizacjach dysponujących większymi rezerwami. Można przypuszczać, że reforma ta wpłynie na spadek ryzyka finansowego związanego z zatrudnianiem osób, które statystycznie częściej mogą korzystać ze zwolnień lekarskich. Pozytywny wpływ na rynek pracy może jednak pozostać umiarkowany, ponieważ pracodawcy nadal będą musieli radzić sobie z kosztami organizacyjnymi nieobecności, takimi jak konieczność szukania zastępstw czy przestoje w pracy.

W ujęciu ogólnym to rozwiązanie może mieć niewielki wpływ na faktyczną wydajność firm, gdyż zmniejsza ono jedynie bezpośrednie koszty wypłaty wynagrodzenia, nie usuwając przy tym problemów związanych z dezorganizacją procesów. Nieobecność pracownika nadal generuje opóźnienia i narusza ciągłość zadań, co sugeruje, że oszczędności finansowe nie muszą przekładać się na lepsze wyniki operacyjne przedsiębiorstw.

Z kolei zwolnienie abonamentów medycznych z podatku dochodowego może sprawić, że staną się one znacznie częściej wybieranym dodatkiem do pensji. Dzięki temu, że wartość takiego pakietu dla pracownika wzrośnie, firmy prawdopodobnie będą chętniej oferować opiekę zdrowotną zamiast tradycyjnych podwyżek pieniężnych. Istnieje jednak scenariusz, w którym takie rozwiązanie okaże się bardziej opłacalne dla obu stron, co może doprowadzić do częstszego zastępowania wypłat w gotówce świadczeniami pozapłacowymi. Taka zmiana może również wzmocnić kondycję prywatnych firm medycznych, ponieważ prawdopodobnie wzrośnie liczba osób kupujących pakiety zdrowotne. Efekt ten może być najbardziej widoczny w średnich i dużych przedsiębiorstwach, które już teraz rywalizują o pracowników za pomocą dodatkowych korzyści. Należy jednak zauważyć, że zyski z tej zmiany mogą nie rozłożyć się po równo. Najbardziej skorzystają osoby pracujące w stabilnych, dużych firmach, natomiast pracownicy najmniejszych podmiotów lub osoby bez stałego zatrudnienia mogą nie odczuć poprawy swojej sytuacji. Co więcej, nagły wzrost zainteresowania abonamentami może przynieść ze sobą ryzyko wzrostu cen lub pogorszenia dostępności lekarzy. Jeśli liczba dostępnych wizyt nie wzrośnie tak szybko jak popyt, ceny pakietów mogą pójść w górę, a czas oczekiwania na pomoc medyczną prawdopodobnie się wydłuży.

Podsumowując, zmiany w sposobie rozliczania składki chorobowej i zdrowotnej i wprowadzenie ulgi zdrowotnej w podatku dochodowym od osób fizycznych, wraz ze zmianą zasad wynagradzania lekarzy, mogą skutkować poprawą pozycji rynkowej prywatnego sektora ochrony zdrowia. Dodatkowo objęcie umów zlecenia obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym, a także efektywne zmniejszenie wynagrodzenia netto pracowników najemnych świadczących pracę na podstawie umowy o pracę może spowodować wzrost popularności jednoosobowych działalności gospodarczych (JDG). Ostateczny wpływ tych zmian na gospodarkę będzie zależał od tego, w jakim stopniu pacjenci, pracownicy medyczni, zleceniobiorcy, pracodawcy i pracownicy będą skłonni zmodyfikować swoje dotychczasowe zachowania rynkowe⁴⁹.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

Wnioskodawcy przedstawiają szczegółowe szacunki skutków finansowych projektu w odniesieniu do czterech głównych obszarów:

- zmiany w sposobie ujmowania składki chorobowej na gruncie składki zdrowotnej i PIT,
- dotacja celowa do funduszu chorobowego oraz transfery między Funduszem Ubezpieczeń Społecznych a NFZ,
- wprowadzenie ulgi zdrowotnej,
- modyfikacja mechanizmu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych.

Dla każdego z tych elementów zaprezentowano wartości końcowe (Tabela 1) oraz sumaryczne zestawienie całościowego wpływu proponowanych zmian (Tabela 2).

Choć wartości liczbowe podane przez Wnioskodawców są arytmetycznie spójne, w wielu miejscach brakuje kluczowych informacji metodologicznych, co uniemożliwia ocenę wiarygodności prognoz.

⁴⁹ W konsultacjach społecznych analizowane skutki gospodarcze nie były podnoszone. Zwracano natomiast uwagę, że projekt koncentruje się jedynie na zmianach organizacyjnych, pomijając kluczowe kwestie równego dostępu do wysokiej jakości opieki, edukacji kadry i wyposażenia szpitali, przez co nie rozwiązuje problemów nierówności i nie poprawia realnie systemu ochrony zdrowia (ID ankiety 158589).

Tabela 1. Skutki finansowe proponowanych rozwiązań w poszczególnych latach wg Wnioskodawców

1. Oczekiwany skutek finansowy rozszerzenia grupy osób objętych ubezpieczeniem chorobowym									
- 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. Oczekiwany skutek finansowy dostosowania w zakresie ujmowania składki chorobowej na gruncie poboru składki zdrowotnej i PIT									
- 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
- 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. Oczekiwany skutek finansowy dotacji celowej do funduszu chorobowego i transferów między Funduszem Ubezpieczeń Społecznych a NFZ									
- 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	5 634	5 821	6 026	6 244	6 476	6 723	6 986	7 266
- 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	1 150	1 174	1 198	1 223	1 248	1 273	1 298	1 323
4. Oczekiwany skutek finansowy wprowadzenia ulgi zdrowotnej									
- 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
- 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. Oczekiwany skutek finansowy zmiany w mechanizmie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych									
- 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

Źródło: DSR projektu.

Nie kwestionując ustaleń Wnioskodawców można wskazać na pewne wątpliwości, które rodzą się w związku z przedstawionymi przez nich szacunkami. W pkt. 1 nie wyjaśniono konstrukcji wskaźnika indeksacji zmian wpływu na saldo funduszu chorobowego w kolejnych latach. Przyrost w roku 2028 w stosunku do roku 2027 wynosi 5,9%, podczas gdy w kolejnych latach w ujęciu rok do roku waha się od 5,9% do 6,2%. Analogiczny problem występuje w pkt. 2. Ponadto nie podano informacji o wysokości przyjętych do obliczeń dodatkowych dochodów NFZ ze składki zdrowotnej ani efektywnej stawki zdrowotnej. Mimo że ustawowa stawka składki zdrowotnej wynosi 9%, to realne wpływy z tej składki w relacji do wynagrodzeń są niższe ze względu na liczne odliczenia, zwolnienia i sposób naliczania składki dla różnych form opodatkowania (np. ryczałt). W związku z czym w prognozach przychodów NFZ uwzględnia się fakt, iż realna kwota wpływów będzie niższa niż 9% obliczone od sumy wszystkich wynagrodzeń w gospodarce. W powyższych obliczeniach zatem powinno się przyjąć realną stawkę składki zdrowotnej w miejsce 9%. Tymczasem do wyliczenia kwoty bazowej w 2027 r. na

poziomie 2 879 mln zł przyjęto stawkę 9,99% ⁵⁰. W pkt. 3 brak jest informacji o jaką kwotę lub procent rok do roku rosną kwoty dotacji celowej z budżetu państwa do funduszu chorobowego w kolejnych latach ⁵¹. W DSR do wyliczeń salda funduszu chorobowego przyjęto prognozę wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2025-2029 opublikowaną w grudniu 2024 r. Tymczasem w październiku 2025 r. opublikowana została analogiczna prognoza na lata 2025-2030. Ponadto nie wiadomo na jakich zasadach przyjęto wyliczenie salda dla kolejnych lat po przekroczeniu horyzontu prognozy.

Tabela 2. Całościowy wpływ proponowanych zmian wg Wnioskodawców (w mln zł)

rok	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2027-2036
dochody ogółem	20,1	21,0	22,3	23,8	25,1	26,6	28,2	29,8	31,6	33,4	261,9
budżet państwa	4,1	4,4	4,6	4,9	5,2	5,5	5,8	6,2	6,5	6,9	54,1
NFZ	9,4	9,8	10,5	11,1	11,7	12,4	13,1	13,9	14,7	15,5	122,1
ZUS	6,5	6,8	7,2	7,7	8,2	8,7	9,2	9,8	10,4	11	85,5
wydatki ogółem	4,7	3,7	0,9	-2,1	-5,4	-9	-12,5	-18	-19,7	-23,4	-78,8
budżet państwa	5,3	5,5	5,8	6,3	6,6	7	7,4	7,9	8,4	8,9	69,1
NFZ	-7,1	-8,5	-12,1	-16,1	-20,3	-24,7	-29,2	-33,7	-38,5	-43,3	-233,5
ZUS	6,5	6,8	7,2	7,7	8,2	8,7	9,2	9,8	10,4	11	85,5
saldo ogółem	15,4	17,3	21,4	25,9	30,5	35,6	40,7	45,8	51,3	56,8	340,7
budżet państwa	-1,2	-1,1	-1,2	-1,4	-1,4	-1,5	-1,6	-1,7	-1,9	-2	-15,0
NFZ	16,5	18,3	22,6	27,2	32	37,1	42,3	47,6	53,2	58,8	355,6
ZUS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: DSR projektu.

Zgodnie z szacunkami Wnioskodawców wpływ projektu na saldo budżetu państwa w roku 2027 ma wynieść –1,2 mld zł. Jednocześnie pominięto fakt, że w horyzoncie projekcji (10 lat) łączny wpływ na budżet państwa jest również ujemny i wynosi –15 mld zł.

Z perspektywy NFZ projektowane rozwiązania mają przynieść w pierwszym roku obowiązywania łączny wzrost dochodów i redukcję wydatków na poziomie 16,5 mld zł, natomiast w okresie 10 lat całkowity efekt dla NFZ oszacowano na blisko 356 mld zł. Należy jednak podkreślić, że w części uzasadnienia dotyczącej skutków finansowych brakuje szczegółowego opisu metodologii obliczeń. Wnioskodawcy nie przedstawili również założeń makroekonomicznych, które są niezbędne do oceny wiarygodności prognoz. Rzetelna analiza skutków finansowych wymaga informacji dotyczących m.in.

- tempa wzrostu wynagrodzeń,
- dynamiki cen konsumpcyjnych oraz tzw. inflacji medycznej,
- zmian liczby ubezpieczonych i aktywności zawodowej,
- kosztów jednostkowych świadczeń i zasad ich waloryzacji,
- wskaźników indeksacji przychodów i kosztów w kolejnych latach.

⁵⁰ Wpływy ze składki chorobowej w 2026 r. 28 837 mld zł x 9,99% = 2 880 mln zł (różnice w stosunku do wartości w Tabeli 1 mogą wynikać z zaokrągleń).

⁵¹ Dla uzyskania zgodności z wartościami podanymi przez Wnioskodawców w pkt. 3 dotyczącymi dodatkowych wydatków z budżetu państwa związanych z dotacją celową do funduszu chorobowego, przyjęto wzrost dotacji rok do roku o 4%.

Brak tych danych uniemożliwia ocenę poprawności przedstawionych prognoz. Wnioskodawcy nie wskazali również szczegółowych źródeł danych, ograniczając się do ogólnych odwołań do ZUS i NFZ. Nie wiadomo, jakie parametry przyjęto do obliczeń ani według jakich kryteriów. Ponieważ prognozy obejmują okres 10 lat, konieczne jest także uwzględnienie założeń demograficznych, takich jak zmiany struktury wiekowej ludności czy liczby osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Brak tych informacji podważa wiarygodność projekcji. W uzasadnieniu projektu oraz w DSR nie ma żadnych odniesień do tych kwestii. W konsekwencji, na podstawie przedstawionych danych nie jest możliwa merytoryczna ocena rzetelności wyliczeń. Projektodawca nie ujawnił:

- metodologii obliczeń,
- przyjętych założeń makroekonomicznych,
- źródeł danych,
- sposobu indeksacji kosztów i przychodów,
- struktury poszczególnych komponentów wpływu.

W związku z tym nie można zweryfikować wiarygodności projekcji, w tym wskazanej nadwyżki ponad 340 mld zł w horyzoncie 10 lat. Kwota ta została przedstawiona jako wynik końcowy, lecz bez możliwości odtworzenia sposobu jej wyliczenia, co uniemożliwia ocenę jej realności. Aby przeprowadzić rzetelną ocenę skutków finansowych projektu, konieczne jest przedstawienie:

- założeń dotyczących wzrostu wynagrodzeń, inflacji i demografii,
- danych wejściowych (NFZ, ZUS, GUS, MF),
- algorytmów obliczeń,
- rozbicia skutków na poszczególne instytucje sektora finansów publicznych,
- analizy ryzyka oraz wariantów alternatywnych.

Brak jawnych założeń i metodologii uniemożliwia ocenę, czy wskazana nadwyżka jest realistyczna. Istnieje wysokie ryzyko, że rzeczywisty wpływ na sektor finansów publicznych (SFP) może znacząco odbiegać od przedstawionych wartości, w tym być istotnie mniej korzystny. W obecnym kształcie ilościowa ocena skutków finansowych projektu na SFP nie jest możliwa. Można natomiast w znacznym stopniu odtworzyć procedurę badawczą zastosowaną przez Wnioskodawców i na tej podstawie jakościowo ocenić rzetelność przedstawionych prognoz i obliczeń oraz wskazać punkty, które budzą wątpliwości. W Tabeli 3 zestawiono sposoby obliczania podstawowych wielkości dochodów, wydatków oraz salda ogółem.

Tabela 3. Równania określające podstawowe kategorie dochodów, wydatków i salda ogółem

DOCHODY
dochody ogółem = dochody budżetu państwa + dochody NFZ + dochody ZUS
dochody budżetu państwa = dodatkowe wpływy z PIT + dodatkowe wpływy z PIT pomniejszone o koszty preferencji podatkowych
dochody NFZ = dodatkowe dochody NFZ ze składki zdrowotnej - wartość transferu środków z tytułu nadwyżki funduszu chorobowego z FUS do NFZ + dodatkowe dochody NFZ ze składki zdrowotnej + zmniejszenie wydatków NFZ
dochody ZUS = dodatkowe wydatki budżetu państwa związane z dotacją celową do funduszu chorobowego + wartość transferu środków z tytułu nadwyżki funduszu chorobowego z FUS do NFZ
WYDATKI
wydatki ogółem = wydatki budżetu państwa + wydatki NFZ + wydatki ZUS
wydatki budżetu państwa = dodatkowe wydatki budżetu państwa związane z dotacją celową do funduszu chorobowego
wydatki NFZ = - zmniejszenie wydatków NFZ
wydatki ZUS = dodatkowe wydatki budżetu państwa związane z dotacją celową do funduszu chorobowego + dodatkowe wpływy z tyt. składki z rozszerzenia grupy osób objętych ubezpieczeniem chorobowym
SALDO OGÓŁEM
saldo ogółem = dochody ogółem - wydatki ogółem
saldo budżetu państwa = dochody budżetu państwa - wydatki budżetu państwa
saldo NFZ = dochody NFZ - wydatki NFZ
saldo ZUS = dochody ZUS - wydatki ZUS

Źródło: Analizy własne na podstawie DSR projektu.

Analiza poszczególnych wielkości jednoznacznie wskazuje, iż największy wpływ na całłościowe saldo proponowanych zmian ma wzrost dochodów i spadek wydatków NFZ. W tym kontekście kluczowe wydaje się zmniejszenie wydatków NFZ z tytułu zmian w mechanizmie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Obecnie wynagrodzenia minimalne ustalone są na podstawie iloczynu współczynnika pracy przypisanego do grupy zawodowej (zależnego od wymaganego wykształcenia) oraz kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej za rok poprzedni⁵². Proponowane rozwiązania zakładają waloryzację wynagrodzeń w oparciu o inflację plus 20% realnego wzrostu płac, co w skrajnych przypadkach może oznaczać nawet kilkukrotnie niższy wzrost płac niż ten wynikający z dotychczasowych reguł.

Bilans ogólny proponowanych zmian jest dodatni i rośnie z roku na rok. Saldo ogółem rośnie z 15,4 mld zł w pierwszym roku do 56,8 mld zł w dziesiątym roku (patrz Tabela 3). Oznacza to, iż proponowane zmiany poprawiają wynik SFP, gdyż wydatki rosną wolniej niż dochody. Dochody ogółem zwiększają się z 20,1 mld zł do 33,4 mld zł rocznie. Największy udział w tym wzroście ma NFZ (ok. 47% całości), potem ZUS (ok. 33%), a najmniejszy budżet państwa (ok. 20%). W praktyce większość efektu dochodowego pochodzi z dodatkowych wpływów ze składek zdrowotnych i ubezpieczeniowych.

Proponowane rozwiązania w początkowym okresie horyzontu prognozy mogą przyczyniać się do wzrostu wydatków SFP, a dopiero w dalszych latach można spodziewać się zmniejszenia wydatków całego sektora. Jednocześnie przez cały okres prognozy przewidywany jest spadek wydatków samego NFZ – od kwoty 7,1

⁵² <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001473>.

mld zł w 2027 r. do 43,3 mld zł w 2036 r. Zmniejszenie wydatków NFZ ma największy udział w ogólnym spadku wydatków sektora, co potwierdza, że zmiana mechanizmu waloryzacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia (inflacja + 20% realnego wzrostu płac) jest kluczowym źródłem oszczędności. Wydatki budżetu państwa rosną z 5,3 mld zł do 8,9 mld zł w horyzoncie prognozy, a saldo pozostaje ujemne przez cały okres prognozy (od -1,2 mld zł do -2,0 mld zł). Oznacza to, że państwo ponosi stały koszt dotacji do systemu, ale jest on relatywnie niewielki wobec korzyści w bilansie NFZ. W Tabeli 2 występuje również saldo ZUS równe 0 przez cały okres. Wynika to z konstrukcji przepływów, dodatkowe składki i wydatki równoważą się, więc ZUS jest tylko kanałem przepływu środków, a nie źródłem efektu netto. Wzrost dochodów i spadek wydatków nie są liniowe, lecz przyspieszają z roku na rok. Wynika to z efektu procentu składanego, gdzie każda kolejna waloryzacja działa na coraz większą bazę płac i składek. W wyniku tego różnice między starym i nowym mechanizmem waloryzacji rosną wykładniczo. Reforma zmniejsza presję kosztową w ochronie zdrowia, poprawia saldo NFZ, nie obciąża znacząco budżetu państwa i utrzymuje neutralność ZUS. W długim horyzoncie (10 lat) daje skumulowaną poprawę salda SFP o ponad 340 mld zł. Jednakże należy zauważyć, iż cały pozytywny efekt finansowy tej reformy opiera się na jednym, bardzo wrażliwym założeniu, a mianowicie, że minimalne wynagrodzenia w ochronie zdrowia będą rosły wolniej niż dotychczas (inflacja + tylko 20% realnego wzrostu płac zamiast pełnej nominalnej dynamiki). Generuje to konkretne, pominięte w DSR, ryzyka systemowe:

- ryzyko niedoszacowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia; Jeśli minimalne wynagrodzenia rosną wolniej niż płace w gospodarce, realne wynagrodzenia pracowników medycznych spadają względem wynagrodzeń na rynku, zawody medyczne stają się mniej konkurencyjne. W efekcie rośnie ryzyko odpływu kadr do sektora prywatnego lub za granicę, wraca presja płacowa poprzez dodatki, premie, negocjacje związkowe itd. A oszczędności NFZ mogą okazać się pozorne, gdyż zostaną skonsumowane przez wtórną presję płacową.
- ryzyko pogorszenia dostępności świadczeń; Niższa dynamika płac oznacza, iż trudniej jest utrzymać personel. W wyniku czego rosną braki kadrowe, kolejki, rotacja, koszty nadgodzin i kontraktów. To jest klasyczny efekt oszczędności na płacach przekładający się na wyższe koszty operacyjne.

W trakcie konsultacji społecznych na dzień sporządzenia niniejszej oceny nie wpłynęły żadne uwagi dotyczące skutków finansowych projektu.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

Rozwiązania zaproponowane w projekcie nakładają nowe obowiązki o charakterze administracyjnym na różne podmioty m.in. NFZ, ZUS, samorządy, podatników, podmioty świadczące usługi medyczne, pracodawców.

Przeniesienie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ubezpieczenia chorobowego do NFZ spowodować musi dostosowanie kadrowo-administracyjne oraz informatyczne w NFZ do wypełniania nowych obowiązków, z kolei w ZUS powinno spowodować odpowiednie dostosowanie/redukcję personelu zajmującego się tym ubezpieczeniem.

Projekt będzie powodował także obciążenia administracyjne po stronie płatników składek, pracodawców, lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie, oddziałów wojewódzkich NFZ oraz sądów rozpoznających sprawy wynikające ze stosowania nowych regulacji.

Jednym z istotnych obciążeń sektora przedsiębiorstw projektowanej regulacji jest zapewnienie administracyjnej obsługi obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego zleceniobiorców. Ponadto podmioty gospodarcze będą musiały zrewidować i dostosować swoje systemy kadrowo-płacowe do nowych, skróconych do 14 dni okresów wypłaty wynagrodzenia chorobowego oraz do wyłączenia składki chorobowej z podstawy opodatkowania i wymiaru składki zdrowotnej. Z kolei wdrożenie mechanizmów ulgi zdrowotnej może wykreować większą częstotliwość procedur ewidencyjnych, zachęcając pacjentów do skrupulatnego dokumentowania transakcji w celu weryfikacji wydatków.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: Projekt przewiduje reformę w zakresie funkcjonowania szpitali w Polsce. Ponadto określa nowe zasady funkcjonowania ubezpieczenia chorobowego, w szczególności w zakresie świadczeń przysługujących z tytułu niezdolności do pracy z powodu choroby. Zaproponowane zmiany mają charakter systemowy zarówno w zakresie systemu opieki zdrowotnej, jak i systemu ubezpieczeń społecznych. W zakresie wprowadzenia nowej koncepcji funkcjonowania szpitali w oparciu o instytucję szpitala wiodącego wymagają one doprecyzowania oraz pogłębionej analizy relacji prawnych pomiędzy szpitalem wiodącym i szpitalami podległymi. Regulacje zawarte w projekcie dotyczące ubezpieczenia chorobowego budzą istotne wątpliwości systemowe. Przekazanie dotychczasowych zadań ZUS do NFZ ze względu na ich charakter wymaga podjęcia nowych zadań przez NFZ z zakresu, w którym nie był on dotychczas aktywny. Sformułowany przez Wnioskodawców krąg osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym budzi wątpliwości w kontekście różnicowania sytuacji prawnej podmiotów podobnych. Zasadne byłoby również dokonanie pogłębionej analizy prawnej regulacji dotyczącej składki chorobowej w kontekście podziału

zadań w ubezpieczeniu chorobowym pomiędzy NFZ a ZUS. Ze względu na skalę zmian zaproponowanych w projekcie wydaje się, że projektowany termin wejścia w życie – 1 stycznia 2027 r. nie spełnia wymogu ustanowienia odpowiedniego *vacatio legis*.

Projekt ustawy nie nasuwa wątpliwości co do zgodności z EKPC.

2. Skutki społeczne: Projekt zawiera szereg zmian mających na celu zmniejszenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, głównie przez zmianę zasad podwyższania wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, oraz zwiększenie przychodów NFZ przez przekierowanie do NFZ nadwyżki funduszu chorobowego oraz dodatkowo nałożenie obowiązku opłacania składki chorobowej na grupy osób dotychczas nieobjęte obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym. Zawarto także przepisy zmieniające własność i organizację szpitali powiatowych. Proponowane przez Wnioskodawców rozwiązania będą miały daleko idące skutki społeczne, zarówno pozytywne, jak i negatywne, dla osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz dla podmiotów ich udzielających. Zaproponowane rozwiązania są niedostatecznie wkomponowane w istniejący system opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), co może prowadzić do pogorszenia dostępu do tych świadczeń. Prezentowana w projekcie koncepcja szpitali wiodących i podległych oraz sposób ich przejmowania i zarządzania może wywołać istotne protesty społeczne.

3. Skutki gospodarcze: Projektowana regulacja może przyczynić się do powstania wielowymiarowych skutków gospodarczych, w tym skutków o charakterze dystrybucyjnym, wśród których na pierwszy plan wysuwa się stymulacja popytu na prywatne usługi medyczne i potencjalny wzrost ich cen, co poprawi relatywną pozycję prywatnych placówek ochrony zdrowia. Wprowadzenie obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego dla zleceniobiorców i modyfikacja zasad odliczania składki chorobowej również dla osób zatrudnionych na umowę o pracę zauważalnie zwiększy klin podatkowo-składkowy, obniżając dochody rozporządzalne podatników i potencjalnie osłabiając atrakcyjność umów zlecenia oraz umów o pracę względem np. JDG. Skrócenie okresu finansowania absencji chorobowej przez pracodawcę do 14 dni odciąży finansowo firmy, a sumarycznie nowe mechanizmy podatkowe i strukturalne – w tym m.in. nowa reguła ustalania minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych – mogą doprowadzić do odpływu części kadr medycznych i transferu korzyści rynkowych do prywatnego sektora ochrony zdrowia.

4. Skutki finansowe: W zakładanym horyzoncie szacunkowe predykcje wskazują na dodatnie saldo proponowanych zmian, co w znacznym stopniu wynika ze zmniejszenia wydatków NFZ z tytułu zmiany sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach

lecniczych. Wprowadzenie w życie tych rozwiązań może rodzić jednak szereg istotnych ryzyk systemowych.

5. Rozwiązania zagraniczne: W państwach członkowskich UE kwestie objęte projektem są uregulowane w zróżnicowany sposób, odzwierciedlający odmienne modele finansowania świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

- W większości państw UE funkcjonują modele łączące odpowiedzialność pracodawcy za początkowy okres absencji z późniejszym finansowaniem świadczeń przez system publiczny lub ubezpieczeniowy. Poszczególne kraje różnią się długością okresów karencji, wysokością świadczenia w pierwszych dniach choroby oraz momentem przejęcia wypłat przez instytucje publiczne.
- W części państw dominuje model składkowy, w którym świadczenia pieniężne z tytułu czasowej niezdolności do pracy finansowane są ze składek na ubezpieczenia społeczne, a ich wypłatą zajmuje się administracja systemu ubezpieczeń społecznych (np. Czechy, Słowacja, Włochy) lub instytucje ubezpieczenia zdrowotnego (np. Chorwacja, Estonia, Niemcy, Słowenia). Inny model to finansowanie świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy głównie ze środków publicznych pochodzących z podatków (np. Dania, Irlandia, Szwecja).
- We Francji kontrolę zwolnień lekarskich przeprowadzają kasy ubezpieczenia zdrowotnego. W Holandii system kontroli opiera się na współpracy pracodawcy i pracownika w celu reintegracji, czyli działaniach zmierzających do powrotu pracownika do pracy. W Niemczech kasy chorych są zobowiązane, w określonych przypadkach uzyskać opinię niezależnej służby medyczno-ekspertskiej przy niezdolności do pracy w celu zabezpieczenia powodzenia leczenia albo usunięcia wątpliwości co do niezdolności do pracy.
- W państwach takich jak Dania, Finlandia, Hiszpania, Szwecja, Włochy odpowiedzialność za organizację i prowadzenie szpitali została w dużej mierze przekazana na poziom regionu, który odpowiada zarówno za planowanie, jak i finansowanie świadczeń. We Francji w systemie zarządzania siecią szpitali kluczową rolę odgrywają regionalne agencje zdrowia, a głównym instrumentem regionalnego sterowania polityką zdrowotną jest regionalny projekt zdrowotny. Ponadto każda publiczna placówka służby zdrowia jest stroną porozumienia regionalnego zrzeszenia szpitali. W Niemczech kraje związkowe odpowiadają za planowanie infrastruktury szpitalnej i inwestycje, natomiast finansowanie świadczeń realizowane jest na poziomie centralnym przez system ubezpieczeniowy.
- W części państw nie przewidziano preferencji podatkowych związanych z wydatkami na prywatną opiekę medyczną (np. Chorwacja, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Litwa, Szwecja). Preferencje takie, o różnej

konstrukcji i zakresie, obowiązują w systemach podatkowych m.in. Austrii, Irlandii, Łotwy, Niemiec i Włoch.

- W części państw wysokość wynagrodzeń i ich wzrost jest wynikiem negocjacji między związkami zawodowymi a organizacjami pracodawców (Holandia i Niemcy). Na Węgrzech wysokość wynagrodzeń wynika z przepisów ustawowych i wykonawczych, jednak bez stałego mechanizmu waloryzacji. W Belgii wzrost wynagrodzeń wynika z postanowień układów zbiorowych odwołujących się do ustawowo obliczanego wskaźnika inflacji.

Autorzy:

Dorota Olejniczak, ekspert ds. legislacji (pkt I-III)

dr Danuta Adamiec, specjalista ds. komparatystycznych (pkt IV, XI.5)

dr hab. Magdalena Szczepańska, ekspert ds. legislacji (pkt V.1, X, XI.1.1)

prof. dr hab. Cezary Mik, ekspert ds. legislacji (pkt V.2, XI.1.2)

Grzegorz Ciura, specjalista ds. społecznych (pkt. VI, X, XI.2)

dr Radosław Zyzik, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt. VII, X, XI.3)

Krzysztof Wołowicz, specjalista ds. finansów publicznych (pkt. VIII, X, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/