



Warszawa, 13 maja 2026 r.

OPZZ/ SK / 1555 / 2026

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. *OPS-III.020.96.23.2026*

Data wpływu *23.07.26v.*

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu RP

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na przekazany z Kancelarii Sejmu **poselski projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw**, przekazuję poniższą opinię organizacji członkowskich zrzeszonych w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych do przedmiotowego projektu ustawy.

Najważniejsza uwaga ogólna – projekt nie jest kompleksową ustawą o systemie ochrony zdrowia, jak sugeruje tytuł dokumentu. Treść dokumentu dotyczy fragmentarycznych zmian m.in. w podatkach, ubezpieczeniach społecznych, orzecznictwie o niezdolności do pracy, relacjach Narodowy Fundusz Zdrowia – Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ingerencji w zadania samorządu w ochronie zdrowia czy wynagrodzeń pracowników medycznych. W całym projekcie nie ma ani jednego przepisu systemowego dotyczącego: organizacji świadczeń, systemowego finansowania ochrony zdrowia, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, kadr medycznych, jakości, dostępności, koordynacji czy. zdrowia publicznego. Jest to dokument głęboko ingerujący w strukturę systemu ubezpieczeń społecznych, organizację szpitalnictwa i relacje między samorządami, przy jednoczesnym braku rzetelnej oceny skutków społecznych i finansowych.

Z tego względu, istotną wadą projektu ustawy jest brak wewnętrznej spójności pomiędzy deklarowanym przez projektodawcę w Uzasadnieniu celem regulacji, a jego ujęciem w Deklarowanych Skutkach Regulacji.

Uzasadnienie projektu ustawy koncentruje się na umożliwieniu bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami wykorzystywanymi do udzielania opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń szpitalnych, natomiast DSR podkreśla przede wszystkim cel związany z ograniczeniem luki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zwiększeniem jego dochodów.

Poniżej uwagi do poszczególnych obszarów projektu ustawy:

1. Przeniesienie orzecznictwa o niezdolności do pracy do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projekt stanowi, że NFZ, jako podmiot odpowiedzialny za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma jednocześnie uzyskać kompetencje w zakresie kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, wydawania rozstrzygnięć dotyczących prawa do świadczeń chorobowych oraz weryfikacji prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich. Uzasadnienie projektu podkreśla „integrację zarządzania ryzykiem choroby i procesu leczenia”, jednak w praktyce techniczna obsługa wypłaty świadczeń nadal pozostaje w kompetencji ZUS. W efekcie proponowany model nie tworzy spójnego systemu zarządzania składką chorobową, co jest sprzeczne z intencją projektodawcy.

Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje ustawowo funkcje quasi - rentowe i quasi - sądowe, bowiem projekt przewiduje, że NFZ będzie: wydawał decyzje o prawie do zasiłku (np. art. 63 ust. 3), wstrzymywał wypłaty świadczeń (art. 66 ust. 1a), prowadził kontrolę orzecznictwa, a także rozpatrywał sprzeciwy i zarzuty wadliwości. Taka propozycja oznacza radykalną zmianę charakteru działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, z płatnika świadczeń zdrowotnych w organ administracji rentowej. To zmiana ustrojowa, której nie uzasadniono. Takie usytuowanie instytucji w ocenie OPZZ generuje ryzyko naruszenia praw pacjentów i ubezpieczonych. Projekt przewiduje m.in., że: „Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku” (art. 59 ust. 10), a jednocześnie NFZ będzie: kontrolował lekarzy, prowadził postępowania, wydawał decyzje, nadzorował orzecznictwo. Jest to koncentracja „władzy” w jednym organie, bez mechanizmów równoważących, co może w praktyce to prowadzić do: ograniczenia prawa do świadczeń, arbitralności decyzji, jak i konfliktu interesów NFZ jako płatnika. Projekt zakłada, że: „O okolicznościach (...) orzeka lekarz inspektor (...) Narodowego Funduszu Zdrowia” (cyt. z art. 18 ust. 3). Konsekwencją takiej regulacji jest odebranie ZUS-owi kluczowej

funkcji i przekazanie jej NFZ, który: nie ma struktury terenowej do prowadzenia orzecznictwa, nie ma doświadczenia w prowadzeniu postępowań dowodowych, a także nie posiada kadr ani procedur do obsługi sporów o świadczenia pieniężne.

Jak wskazaliśmy powyżej, koncentracja kompetencji administracyjnych i medycznych w NFZ generuje wiele ryzyk: NFZ stanie się jednocześnie płatnikiem świadczeń i organem orzekającym o prawie do zasiłków, co wprost zwiększa ryzyko konfliktu interesów i podważa rozdział funkcji (kontrola vs. płatność). Projektodawca przenosi decyzje o prawie do zasiłku i decyzje wykonawcze do dyrektorów oddziałów NFZ. Brak precyzyjnych gwarancji proceduralnych (terminy, dostęp do odwołań, niezależność ekspertów) sprawi, że może wzrosnąć liczba skarg i spraw sądowych. Warto podkreślić, że błędne orzeczenia NFZ mogą skutkować roszczeniami pracodawców i ubezpieczonych (np. wypłaty zaległych zasiłków, odsetki, odszkodowania), rośnie więc ryzyko odpowiedzialności odszkodowawczej. Dodatkowo, wiele wątpliwości wzbudzają procesy wdrożeniowe systemów IT: integracja e - ZLA, profili informacyjnych i wymiany danych ZUS – NFZ.

2. Nowy model szpitalnictwa – szpitale wiodące i podległe.

Zaproponowany w projekcie ustawy model szpitali wiodących i podległych to poważna zmiana systemowa, która w ocenie OPZZ może mieć bezpośredni i negatywny wpływ na sposób realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Model organizacji systemu szpitalnego, opartego na strukturze szpitali wiodących i szpitali podległych zakłada: hierarchizację podmiotów leczniczych w województwie, dominującą rolę szpitala wiodącego w zakresie koordynacji świadczeń, zasobów i kadr, możliwość wydawania wiążących poleceń szpitalom podległym, ograniczenie autonomii organizacyjnej i decyzyjnej szpitali powiatowych oraz centralizację zarządzania świadczeniami zdrowotnymi na poziomie województwa.

Z perspektywy pacjenta wprowadzenie takiej struktury może prowadzić do: ograniczenia zakresu świadczeń zdrowotnych w szpitalach podległych, likwidacji lub przekształcania oddziałów w mniejszych miejscowościach, koncentracji usług w szpitalach wiodących, najczęściej zlokalizowanych w dużych miastach, a ostatecznie - wydłużenia dostępu do miejsca realizacji świadczeń oraz czasu oczekiwania. W konsekwencji pacjenci zamieszkujący obszary peryferyjne mogą mieć realnie gorszy dostęp do świadczeń niż mieszkańcy miast wojewódzkich. Orzecznictwo konstytucyjne w tym zakresie wielokrotnie podkreślało, że *równość dostępu oznacza realną, a nie wyłącznie formalną możliwość korzystania ze świadczeń* –

zaproponowany model może tę realność naruszać (art. 68 ust. 2 Konstytucji – zasada równego dostępu do świadczeń). Takie rozwiązania mogą także prowadzić do nieproporcjonalnego ograniczenia prawa do ochrony zdrowia – jeśli bowiem decyzje o przyjęciu pacjenta, przeniesieniu lub odmowie udzielenia mu świadczenia zdrowotnego będą zależeć od szpitala wiodącego istnieje ryzyko: opóźnień w udzielaniu świadczeń czy odsyłania pacjentów między placówkami (co może stanowić naruszenie art. 68 ust. 1 Konstytucji – prawa do ochrony zdrowia).

Z perspektywy pracownika ochrony zdrowia nowy model szpitalnictwa może prowadzić do: nierównego traktowania pracowników szpitali wiodących i podległych, różnicowania warunków pracy i możliwości rozwoju zawodowego czy nawet prawa do delegowania pracowników między placówkami bez ich zgody (co może być naruszeniem art. 32 Konstytucji – zasady równości). Reorganizacja szpitalnictwa może negatywnie wpływać na stabilność zatrudnienia: skutkować zmianą miejsca pracy, zmianą zakresu obowiązków, likwidacją stanowisk pracy w szpitalach podległych czy przeciążeniem pracowników w szpitalach wiodących lub niedoborów kadrowych w szpitalach podległych. Pracownicy szpitali powiatowych zostaną postawieni w sytuacji niepewności co do przyszłości zakładów pracy, nie przewiduje się też dla nich żadnych gwarancji poza formalną ciągłością stosunku pracy (art. 92f projektu ustawy), bez zabezpieczenia warunków zatrudnienia czy wynagrodzeń. Mechanizm przejęć szpitali może prowadzić do likwidacji oddziałów, redukcji zatrudnienia i ograniczenia dostępności świadczeń.

Model szpitali wiodących i podległych przenosi także realne kompetencje decyzyjne na poziom wojewódzki, osłabiając rolę powiatów jako organów prowadzących szpitale, co może budzić uzasadnione wątpliwości o ograniczeniu samodzielności jednostek samorządu terytorialnego w wykonywaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia. Projekt zakłada więc poważną reformę szpitalnictwa, ale zmierza ona do centralizacji i ograniczenia roli powiatów. Wprowadzenie nowych relacji między organami samorządu, a także „przekazanie szpitala (...) może polegać na zmianie podmiotu tworzącego (...) lub przeniesieniu składników majątkowych” (art. 92e ust. 2) – co w praktyce będzie oznaczać pozbawienie powiatów realnej kontroli nad szpitalami. Brakuje uzasadnienia i wieloaspektowej analizy skutków systemowych projektowanej reformy szpitali, jest to bowiem poważna ingerencja w ich zarządzanie oraz relacje między organami samorządu.

3. Zmiana mechanizmu ustalania najniższych wynagrodzeń w ochronie zdrowia
Projekt zakłada odejście od powiązania wynagrodzeń z przeciętnym wynagrodzeniem w gospodarce narodowej i zastąpienie go wskaźnikiem waloryzacji emerytur i rent z FUS (art. 11 ust. 3b), czemu OPZZ zdecydowanie się sprzeciwia. Nowy mechanizm zamraża realny wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia i oznacza odejście od ustawowej ścieżki podwyżek, wypracowanej w dialogu społecznym. W uzasadnieniu projektodawca oczekuje, że zmiana ta „(...) spowolni tempo wzrostu kosztów osobowych w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie czyniąc je bardziej przewidywalnym i powiązaniem ze wskaźnikami waloryzacji innych kategorii wydatków w sektorze publicznym, co ułatwi planowanie finansowe zarówno NFZ, jak i podmiotów leczniczych oraz przyczyni się do stabilizacji finansowej sektora”.

W ocenie organizacji członkowskich OPZZ to bulwersująca propozycja, także w kontekście uzgodnień płacowych w ramach Trójstronnego zespołu ds. Ochrony Zdrowia utrzymujących dotychczasowy mechanizm waloryzacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych. Obecna propozycja posłów wnioskodawców doprowadzi do trwałego spowolnienia wzrostu płac i powrotu do pogłębienia kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia. Obowiązująca ustawa skutecznie zahamowała emigrację zarobkową i zwiększyła zainteresowanie kierunkami medycznymi i zatrudnieniem w sektorze ochrony zdrowia. Zmiana mechanizmu płacowego realnie grozi powrotem do deficytu kadr medycznych. Propozycja jest nie do przyjęcia, nie tylko z punktu widzenia fiskalnego, ale zasad sprawiedliwości społecznej – poszukiwania oszczędności wśród pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, których wynagrodzenia od lat były porównywalne do krajowej płacy minimalnej. Wypracowany w drodze trudnego kompromisu obecny mechanizm wynagrodzeń przywrócił godność wielu grupom zawodowym, jest umową społeczną i efektem wieloletnich negocjacji w ramach trójstronnego dialogu społecznego.

OPZZ zdecydowanie sprzeciwia się propozycjom w zakresie obowiązujących regulacji najniższych wynagrodzeń zasadniczych. Proponowane zmiany są nieakceptowalne z wielu względów, ale przede wszystkim: naruszają dotychczasowy dorobek dialogu społecznego i nieodwracalnie degradują gwarancyjne mechanizmy płacowe wypracowane w 2017 r. w duchu trójstronnego dialogu społecznego; doprowadzą do drastycznego obniżenia realnej dynamiki wzrostu wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych; zagrażają wprost stabilności kadrowej i finansowej podmiotów leczniczych oraz pogłębią nierówności płacowe między grupami zawodowymi w ochronie zdrowia,

Nie ma zgody OPZZ na tego typu rozwiązania ustawowe, degradujące płace pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na umowach o pracę.

4. Zmiana zasad finansowania wynagrodzenia chorobowego.

Projekt stanowi, że pracodawca ma płacić za pierwsze 14 dni niezdolności do pracy (obecnie 33 dni), a od 15 dnia – będzie to zasiłek z NFZ.

Zmiana zasad finansowania wynagrodzenia chorobowego może wyglądać atrakcyjnie na papierze, ale z perspektywy pracownika niesie więcej ryzyk niż korzyści. Zwłaszcza, jeśli mówimy o modelu, w którym część lub całość kosztów świadczenia chorobowego przechodzi z pracodawców do NFZ lub FUS, a jednocześnie zmienia się sposób orzekania o niezdolności do pracy. Takie rozwiązanie może doprowadzić do częstszego kwestionowania zwolnień, bowiem, jeśli NFZ lub FUS będą finansować większą część świadczeń chorobowych naturalnie będzie rosła presja na skracanie okresów zwolnień, częstsze kontrole czy częstsze decyzje o odmowie prawa do świadczenia. Dodatkowo, przeniesienie finansowania i orzecznictwa do innego organu (NFZ), o którym mowa powyżej - oznacza, że w okresie przejściowym pracownik może czekać dłużej na pieniądze. Dostrzegamy wady zmiany zasad finansowania wynagrodzenia chorobowego, szczególnie w modelu NFZ, ze względu na oczywisty konflikt interesów instytucji: NFZ ma finansować świadczenia, a jednocześnie kontrolować zwolnienia i orzekać o niezdolności do pracy. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma ani kadr orzeczniczych, ani infrastruktury, jak i doświadczenia w prowadzeniu masowych postępowań zasiłkowych.

Projekt przewiduje także, że składka na ubezpieczenie chorobowe przestanie pomniejszać podstawę wymiaru składki zdrowotnej oraz podstawę opodatkowania PIT. Zmiana ta bezpośrednio zwiększa obciążenia pracowników, obniżając ich wynagrodzenie netto. Utrzymanie preferencyjnych zasad dla części podatników (przedsiębiorców) przy jednoczesnym zwiększeniu obciążeń pracowników jest rozwiązaniem, którego OPZZ nie akceptuje. W praktyce rozwiązanie to sprowadza się bowiem do poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia poprzez zwiększenie obciążeń osób pracujących, zamiast przedstawienia kompleksowej reformy finansowania ochrony zdrowia przez państwo.

OPZZ podkreśla, że projektowane zwiększenie efektywnych obciążeń składkowo-podatkowych pracowników, poprzez objęcie składki na ubezpieczenie chorobowe podstawą wymiaru składki zdrowotnej oraz eliminację możliwości uwzględnienia

składki chorobowej w podstawie opodatkowania PIT, nie wykazuje związku z deklarowanymi w Uzasadnieniu celami szczegółowymi projektu ustawy, którym są m.in.: konsolidacja zarządzania opieką szpitalną, racjonalizacja świadczeń zdrowotnych na poziomie regionalnym, eliminacja nieefektywnego dublowania świadczeń między szpitalami powiatowymi oraz stworzenie struktury umożliwiającej strategiczne planowanie opieki zdrowotnej w powiązaniu z regionalnymi mapami potrzeb zdrowotnych.

Na uwagę zasługuje natomiast jedna z propozycji w tym obszarze zakładająca m.in. objęcie zleceniobiorców obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym. Projekt ustawy, mimo że przewiduje zwiększenie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, pomija problem nierównego obciążenia składką chorobową pracowników i osób prowadzących działalność gospodarczą. Podczas gdy pracownicy opłacają składki od rzeczywistego dochodu, przedsiębiorcy nadal objęci są w tym zakresie rozwiązaniami preferencyjnymi, co zaburza zasadę sprawiedliwego i powszechnego finansowania zadań publicznych.

5. Ulga zdrowotna

Projektowane rozwiązanie podatkowe obejmujące wprowadzenie nowej ulgi podatkowej, tzw. „ulgi zdrowotnej” oraz wyłączenie z przychodu pracownika podlegającego opodatkowaniu PIT wartości świadczeń zdrowotnych i usług rehabilitacyjnych finansowanych przez pracodawcę w sposób ryczałtowy (abonamenty medyczne) – w ocenie projektodawcy zmniejszą obciążenia finansowe obywateli ponoszących prywatne wydatki na ochronę zdrowia.

Kwestia ta była już przedmiotem dyskusji i opiniowania przez OPZZ w 2022 roku i pomimo przychylności do realizacji tej zmiany w ówczesnym czasie – aktualnie uważamy, że wprowadzenie ulgi zdrowotnej, w obecnych realiach ciągłych zmian systemowych i finansowych publicznego systemu ochrony zdrowia – jest nieakceptowalne z kilku kluczowych powodów. Wprowadzenie ulgi zdrowotnej w sytuacji, w której system finansowania ochrony zdrowia nie jest stabilny i deficytowy, prowadziłoby do dalszego rozwarstwienia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ulga podatkowa z natury rzeczy przynosi największe korzyści osobom o wyższych dochodach, podczas gdy osoby o niższych dochodach – które najczęściej korzystają z publicznego systemu ochrony zdrowia – nie odczułyby jej w sposób proporcjonalny. W efekcie mogłoby dojść do naruszenia zasady równości (art. 32 Konstytucji) czy zasady równego dostępu do świadczeń (art. 68 ust. 2 Konstytucji).

System ochrony zdrowia znajduje się w fazie głębokiej przebudowy instytucjonalnej, obejmującej m.in. reorganizację struktury szpitali czy modyfikację wycen i zasad finansowania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzanie dodatkowych preferencji podatkowych dla sektora prywatnego w tym samym czasie zwiększa ryzyko destabilizacji finansowej systemu publicznego, który już obecnie boryka się z niedoborami kadrowymi, rosnącymi kosztami świadczeń oraz presją inflacyjną. Ulga zdrowotna, jako instrument zmniejszający wpływy publiczne, mogłaby pogłębić te problemy i ograniczyć zdolność państwa do realizacji konstytucyjnego obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo, zmiana ta nie rozwiązuje żadnego z kluczowych problemów systemu ochrony zdrowia: niedoborów kadrowych, niewystarczającej liczby świadczeń, nierówności terytorialnych, braku koordynacji opieki czy niewydolności infrastruktury. Przeciwnie – ograniczenie wpływów publicznych może utrudnić realizację koniecznych inwestycji i reform. Ulga zdrowotna w obecnym kształcie stanowiłaby dodatkowe obciążenie dla finansów publicznych, bez gwarancji, że środki pozostawione podatnikom przełożą się na poprawę zdrowia populacji. W warunkach rosnących kosztów leczenia, starzenia się społeczeństwa oraz zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia długoterminowe i opiekuńcze, priorytetem powinno być wzmocnienie stabilnych źródeł publicznego finansowania systemu ochrony zdrowia, a nie ich ograniczanie.

Z uwagi na przedstawione w niniejszej opinii krytyczne stanowisko do większości zaproponowanych zmian ustawowych – OPZZ uważa, że projekt ustawy nie powinien być przedmiotem dalszych prac legislacyjnych.

Z poważaniem

Wiceprzewodniczący OPZZ.

Sebastian Koćwin



OGÓLNOPOLSKIE
POROZUMIENIE
ZWIĄZKÓW
ZAWODOWYCH

NIP: 526-025-13-39

Regon: 001133016

KRS: 0000033976

OPZZ/ P/ *2026* 2026

Warszawa, 22 lipca 2026 r.

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu RP

W związku z przekazaniem do Kancelarii Sejmu przez Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych opinii do **poselskiego projektu ustawy o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw** (druk sejmowy nr 2673, opinia OPZZ z dnia 13 maja 2026 r., Ldz. OPZZ/SK/1555/ 2026), uprzejmie przedstawiam korektę stanowiska OPZZ w części dotyczącej wprowadzenia nowej ulgi podatkowej, tzw. „ulgi zdrowotnej” (nowy art. 27h w ustawie o PIT).

OPZZ popiera to rozwiązanie i proponuje dodatkowo zwiększenie odliczenia od podatku dochodowego kwoty 15 proc. (zamiast 10 proc., jak uwzględniono w projekcie) wartości poniesionych i udokumentowanych wydatków na cele związane z ochroną zdrowia - zgodnie ze stanowiskiem podjętym wspólnie ze stroną pracodawców w 2022 roku.

Z poważaniem

[Signature]
Przewodniczący OPZZ

Piotr Ostrowski

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. *SPS-III.020.96.24.2026*

Data wpływu *23.07.26r.*