

Warszawa, dnia 1 kwietnia 2026 r.

RPW/11420/2026 – 1P



EZD RP KS  
(GMS – WŚU)  
Data rejestracji: 2026 – 04 – 01  
Data wpływu: 2026 – 04 – 01

Pan

**Włodzimierz Czarzasty**

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. oraz na podstawie art. 32 ust. 2 Regulaminu Sejmu RP, niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

## **- o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw**

Do reprezentowania wnioskodawców upoważniamy pana posła **Radosława Lubczyka**.

**Wykaz posłanek i posłów popierających projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia  
oraz o zmianie niektórych innych ustaw**

L.p.	Nazwisko	Imię	Klub	Podpis
1.	Bartoszewski	Władysław Teofil	PSL-TD	
2.	Bejda	Paweł	PSL-TD	
3.	Biernacki	Marek	PSL-TD	
4.	Dziedzic	Adam	PSL-TD	
5.	Grzyb	Andrzej	PSL-TD	
6.	Kiepura	Henryk	PSL-TD	
7.	Klimczak	Dariusz	PSL-TD	
8.	Kłopotek	Agnieszka	PSL-TD	
9.	Kosiniak-Kamysz	Władysław	PSL-TD	
10.	Krajewski	Stefan	PSL-TD	
11.	Lubczyk	Radosław	PSL-TD	
12.	Maliszewski	Mirosław	PSL-TD	
13.	Nowogórska	Urszula	PSL-TD	
14.	Orliński	Mirosław Adam	PSL-TD	
15.	Paławska	Urszula	PSL-TD	
16.	Paszyk	Krzysztof	PSL-TD	
17.	Pyrzyk	Michał	PSL-TD	
18.	Raś	Ireneusz	PSL-TD	
19.	Różyński	Wiesław	PSL-TD	
20.	Rzepa	Jarosław	PSL-TD	

**Wykaz posłanek i posłów popierających projekt ustawy o systemie ochrony zdrowia  
oraz o zmianie niektórych innych ustaw**

<b>L.p.</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Imię</b>	<b>Klub</b>	<b>Podpis</b>
21.	Samborski	Tadeusz	PSL-TD	
22.	Sawicki	Marek	PSL-TD	
23.	Siekierski	Czesław	PSL-TD	
24.	Smolarz	Henryk	PSL-TD	
25.	Sosnowski	Zbigniew	PSL-TD	
26.	Sroka	Magdalena	PSL-TD	
27.	Tomczak	Jacek	PSL-TD	
28.	Tomczyszyn	Stanisław	PSL-TD	
29.	Zgorzelski	Piotr	PSL-TD	
30.	Ziejewski	Zbigniew	PSL-TD	
31.	Zięba-Gzik	Jolanta	PSL-TD	
32.	Żelazowska	Bożena	PSL-TD	

**Ustawa**

z dnia ..... 2026 r.

**o systemie ochrony zdrowia oraz o zmianie niektórych innych ustaw**

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

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

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

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

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

3) dodaje się art. 27h w brzmieniu:

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

- 1) cele rehabilitacyjne oraz związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych;
  - 2) wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego nabyte na podstawie recepty;
  - 3) świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2026 r. poz. 156);
  - 4) usługi opiekuńcze świadczone osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, niezależnie od podmiotu, który świadczy te usługi
- poniesione na rzecz podatnika, krewnego podatnika w linii prostej, rodzeństwa podatnika, członka rodziny podatnika pozostającego z nim we wspólnocie domowej lub innej osoby będącej na utrzymaniu podatnika.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„19a) podejmowanie uchwały w sprawie:

- a) zatwierdzenia albo odmowy zatwierdzenia zarządzenia marszałka województwa, o którym mowa w art. 92b ust. 2 i 4, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.<sup>2)</sup>)  
b) polecenia lub decyzji kierownika szpitala wiodącego albo wniosku kierownika szpitala podległego, o której mowa w art. 92h ust. 3 ustawy wymienionej w lit. a;”.

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

- 1) w art. 3:

- a) ust. 1 dodaje się pkt 5:

„5) Narodowy Fundusz Zdrowia”;

- b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 i z 2026 r. poz. 26.

2) art. 11 otrzymuje brzmienie:

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

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

3) dodaje się art. 56a w brzmieniu:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) w art. 18:

a) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

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

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

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

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

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

c) ust. 5 otrzymują brzmienie:

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

d) dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

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

e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

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

f) dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

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

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

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

g) dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

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

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

2) w art. 54:

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

b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

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

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

d) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

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

3) w art. 54a:

a) w ust. 11 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

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

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

„3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia bezpłatnie:

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

7) w art. 58a:

- a) w ust. 1 po wyrazach „ubezpieczonego” dodaje się przecinek i wyrazy „Narodowego Funduszu Zdrowia”;
- b) ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

c) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

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

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

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

8) w art. 59:

a) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

1) lekarzowi inspektorowi,

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

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

g) w ust. 9a otrzymuje brzmienie:

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

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

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

i) ust. 10-13 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

9) w art. 61a otrzymuje brzmienie:

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

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

10) w art. 61b:

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

11) art. 63 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

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

13) w art. 66:

a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 1a i 1b otrzymują brzmienie:

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

1b. Wstrzymanie wypłaty zasiłku następuje poczynając od miesiąca:

- 1) przypadającego po miesiącu, w którym ustało prawo do świadczenia ustalone wskutek okresowej niezdolności do pracy;
- 2) w którym została wydana decyzja o wstrzymaniu wypłaty w przypadkach, o których mowa w ust. 1, albo od następnego miesiąca, jeżeli wcześniejsze wstrzymanie wypłaty nie było możliwe;
- 3) za który przysługiwało świadczenie nedoręczone w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 3.”;

c) dodaje się ust. 1c-1f w brzmieniu:

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

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

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

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

d) ust 3 otrzymuje brzmienie:

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

e) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 7.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.<sup>5</sup>),

1) w art. 81:

- a) w ust. 2 w zdaniu pierwszym po wyrazie "rentowe" skreśla się przecinek oraz wyraz "chorobowe";
- b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

"6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.";

2) w art. 95c w ust. ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, wojewódzkim konsultantom w ochronie zdrowia, wojewódzkiej radzie koordynacji opieki szpitalnej, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania.”;

3) w art. 98 ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 5 w brzmieniu:

"5) główny lekarz inspektor Funduszu.";

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

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

<sup>5</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 i z 2026 r. poz. 26.

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

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

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

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

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

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

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

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

2) w art. 2 w ust. 1 dodaje się:

a) pkt 1a w brzmieniu:

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

b) pkt 9a i 9b w brzmieniu:

„9a) szpital podległy – szpital należący do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.<sup>6)</sup>), który została przyporządkowany do szpitala wiodącego w celu koordynacji zapewnienia opieki szpitalnej przez ten szpital wiodący;

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

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

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

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

„– przedstawiciel szpitala wiodącego – w szpitalu podległym;

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

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

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

„Rozdział 5

**Szpitala wiodące**

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

2. Marszałek województwa, w drodze zarządzenia, wyznacza:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) powiatu, którego starosta jest podmiotem tworzącym dla podmiotu leczniczego prowadzącego ten szpital, albo
  - 2) podmiotu leczniczego prowadzącego ten szpital
- z dniem przekazania stają się własnością podmiotu leczniczego, który zgodnie z porozumieniem o przekazaniu ma prowadzić ten szpital.

6. Z dniem przekazania uprawnień, wierzytelności i zobowiązania:

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

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

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

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

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

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

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

3. Plan koordynacji obejmuje w szczególności:

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

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

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

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

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

2. Kierownik szpitala wiodącego może zdecydować o:

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

2. W skład wojewódzkiej rady koordynacji wchodzi:

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

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

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

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;

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

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

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

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

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

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

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

10. Obsługę wojewódzkiej rady koordynacji zapewnia marszałek województwa.

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

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

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

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

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

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

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

- 6) dodaje się załącznik w następującym brzmieniu:

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

**MAKSYMALNA LICZBA SZPITALI WIODĄCYCH W WOJEWÓDZTWACH**

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

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

- 1) w art. 7 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem dodaje się pkt 12 w brzmieniu:  
„12) przekazywanie Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacji o kwotach, o których mowa w art. 27h ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 163).”;
- 2) w art. 7a:
  - a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) dostęp do informacji i raportów, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, oraz informacji o:
    - a) kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej;
    - b) kwocie wydatków poniesionych przez usługobiorcę na świadczenia, o których mowa w art. 27h ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;”;
  - b) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:  
„6. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, przekazuje Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b.”.

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

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

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

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

- 1) uchyla się art. 3a;
- 2) dodaje się ust. 3b w brzmieniu:  
„Art. 3b. 1. Wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny podlega

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

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

<sup>10)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 304 i 1178 oraz z 2026 r. poz. 26.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) załącznik do ustawy otrzymuje brzmienie:

**Załącznik**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 3) zbycie przez powiat udziałów lub akcji w spółce, o której mowa w pkt 2;
- 4) przekształcenie lub likwidacji podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej prowadzącego szpital, który została utworzony przez radę powiatu.

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

- 1) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest starosta;
- 2) podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, który działa w formie spółki kapitałowej utworzonej przez powiat albo do którego ten powiat przystąpił i w którym posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51 % kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej – co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki.

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

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

- 1) wszelkie postępowania administracyjne, sądowe, egzekucyjne, sądownoadministracyjne i postępowania egzekucyjne w administracji o których przedmiotem są lub mogą być aktywa trwałe, o których mowa w ust. 1 ulegają zawieszeniu z mocy prawa.
- 2) organy właściwych powiatów oraz organy samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej i spółek kapitałowych, nie podejmują czynności zmierzających do czynności prawnych, o których mowa w tym przepisie.

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

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

- 1) 2027 – 5.285 mln zł;
- 2) 2028 – 5.453 mln zł;
- 3) 2029 – 5.834 mln zł;

- 4) 2030 – 6.251 mln zł;
- 5) 2031 – 6.626 mln zł;
- 6) 2032 – 7.024 mln zł;
- 7) 2033 – 7.446 mln zł;
- 8) 2034 – 7.893 mln zł;
- 9) 2035 – 8.366 mln zł;
- 10) 2036 – 8.868 mln zł.

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

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

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

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

## UZASADNIENIE

### I. Przyczyny i potrzeba wprowadzenia zmian

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

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

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

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

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

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

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

## **II. Proponowane rozwiązania legislacyjne**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- o W ustawie określone zostaną kwoty bazowe najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla poszczególnych grup zawodowych na dzień 1 lipca 2025 r. (w załączniku do ustawy).
  - o Corocznie, od 1 stycznia, wynagrodzenia te będą podlegały waloryzacji w oparciu o ostatni znany wskaźnik waloryzacji emerytur i rent ogłaszany przez ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego. Utrzymany zostanie przy tym mechanizm negocjacji i zawierania porozumień ze stroną społeczną (lub decyzji kierownika/podmiotu tworzącego w razie braku porozumienia) co do sposobu wdrożenia podwyżek w danym podmiocie leczniczym. Oczekuje się, że zmiana ta spowolni tempo wzrostu kosztów osobowych, czyniąc je jednocześnie bardziej przewidywalnym i powiązaniem ze wskaźnikami stosowanymi w innych obszarach sektora publicznego.
3. **Zmniejszenie obciążeń pacjentów i zwiększenie transparentności systemu:** Projekt wprowadza istotne zmiany w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (PIT), mające na celu zmniejszenie obciążenia finansowego obywateli ponoszących prywatne wydatki na zdrowie oraz zwiększenie transparentności przepływów finansowych w systemie:
- o Wprowadzenie nowej ulgi podatkowej, tzw. „ulgi zdrowotnej” (nowy art. 27h w ustawie o PIT). Umożliwi ona podatnikom odliczenie od podatku dochodowego (obliczonego wg skali lub liniowo) kwoty równej 10% wartości poniesionych i udokumentowanych wydatków na cele rehabilitacyjne, wyroby medyczne i specjalne środki żywnościowe nabyte na receptę, świadczenia zdrowotne oraz usługi opiekuńcze. Ulga będzie przysługiwała na wydatki poniesione na rzecz podatnika, jego krewnych w linii prostej, rodzeństwa, członków rodziny we wspólnocie domowej lub innych osób na utrzymaniu. Ustawa określa warunki skorzystania z ulgi, m.in. wyłączenie wydatków już sfinansowanych ze środków publicznych (np. NFZ, PFRON) lub zakładowych funduszy. Rozliczenie ulgi ma być w miarę możliwości zautomatyzowane poprzez integrację z systemem informacji w ochronie zdrowia (SIM/CeZ) – dane o wydatkach zarejestrowanych w systemie będą przekazywane do Krajowej Administracji Skarbowej (KAS) i udostępniane podatnikowi w usłudze e-PIT. W przypadku usług nieewidencjonowanych w SIM/CeZ (np. opiekuńczych od osób fizycznych), wymagana będzie faktura. Wprowadzenie ulgi ma nie tylko bezpośrednio zmniejszyć koszty ponoszone przez pacjentów, ale także stworzyć silną zachętę do korzystania z legalnie działających podmiotów i dokumentowania wydatków, co ma przyczynić się do ograniczenia szarej strefy i zwiększenia wpływów podatkowych. Gromadzone dane o wydatkach prywatnych posłużą też do tworzenia bardziej precyzyjnych map potrzeb zdrowotnych.
  - o Wyłączenie z przychodu pracownika podlegającego opodatkowaniu PIT wartości świadczeń zdrowotnych i usług rehabilitacyjnych finansowanych przez pracodawcę w sposób ryczałtowy

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

## **PRZEPISY WPROWADZAJACE INSYTYTUCJE KOOORDYNACJI OPIEKI SZPITALNEJ PRZEZ SZPITAL WIODĄCY**

### **Projektowany art. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej**

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

### **Projektowany art. 2 ustawy o działalności leczniczej**

Zmiany w art. 2 polegają na dodaniu definicji.

Zgodnie z pkt 9a przez szpital podległy rozumie się szpital należący do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 951 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm., który została przyporządkowany do szpitala wiodącego w celu koordynacji zapewnienia opieki szpitalnej przez ten szpital wiodący. Szpitalem podległym będzie mógł być zatem tylko szpital zaliczony do tzw. sieci szpitali.

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

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

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

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

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

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

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

Strukturę tak zbudowanego systemu koordynacji określi marszałek województwa, który w zarządzeniu wskaże obszary koordynacji, szpitale wiodące i przyporządkowane każdemu ze szpitali wiodących szpitale podległe. W celu zapewnienia odpowiedniej skali obszarów koordynacji, maksymalną liczbę szpitali wiodących w województwach powinna określać sama ustawa (załącznik do ustawy o działalności leczniczej). Należy podkreślić, że system koordynacji – zgodnie z projektem – obejmuje jedynie szpitale samorządowe: wojewódzkie i powiatowe (art. 92b ust. 2). Poza systemem pozostaną zatem szpitale resortowe, uczelniane i inne. Objęcie systemem koordynacji tylko szpitali wojewódzkich i resortowych podyktowane jest tym, że te inne szpitale mają zupełnie inny status prawny, a także pełnią także inne funkcje poza świadczeniem opieki szpitalnej ogółowi społeczeństwa.

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

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

### **Projektowany art. 92c ustawy o działalności leczniczej**

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

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

zdrowia).

### **Projektowany art. 92d ustawy o działalności leczniczej**

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

### **Projektowany art. 92e ustawy o działalności leczniczej**

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

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

### **Projektowany art. 92f ustawy o działalności leczniczej**

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

### **Projektowany art. 92g ustawy o działalności leczniczej**

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

### **Projektowany art. 92h ustawy o działalności leczniczej**

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

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

### **Projektowany art. 92i ustawy o działalności leczniczej**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Zmiany w ustawie o samorządzie wojewódzkim**

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

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

### **Zmiany w ustawie – Prawo restrukturyzacyjne**

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

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

#### **Termin na przedstawienie pierwszego zarządzenia przez marszałka sejmikowi**

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

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

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

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

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

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

### **III. Przewidywane skutki regulacji**

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

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

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

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

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

#### **IV. Przepisy przejściowe i wejście w życie**

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

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

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

**DEKLAROWANE SKUTKI REGULACJI (DSR)  
projekt ustawy**

**Informacja o projekcie**

a) Tytuł projektu:

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

b) Przedstawiciel wnioskodawcy:

Radosław Lubczyk

**I. Część wstępna**

[1] Zwięzły opis zidentyfikowanego problemu i proponowanych rozwiązań.

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

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

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

Poza pacjentami, niekorzystna sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia wpływa

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1. Integracja zarządzania ryzykiem choroby i leczenia**

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

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

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

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

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

## **2. Racjonalizacja i kontrola wzrostu kosztów wynagrodzeń w ochronie zdrowia**

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

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

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

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

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

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

[2] Czy były rozważane rozwiązania alternatywne?

- **Nie**

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

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

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

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

### **[3] Jakie są przewidywane skutki prawne projektowanych rozwiązań?**

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

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

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

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

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

waloryzacji emerytur i rent z FUS.

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

[4] Jakie są przewidywane skutki społeczne projektowanych rozwiązań?

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

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

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

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

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

[5] Jakie są przewidywane skutki gospodarcze projektowanych rozwiązań?

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

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

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

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

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

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

### 1. Rozszerzenie grupy osób objętych ubezpieczeniem chorobowym

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

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

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

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

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

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

2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 4. Wprowadzenie ulgi zdrowotnej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Całościowy wpływ proponowanych zmian przedstawia się następująco:

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

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

Podstawowymi źródłami finansowania pakietu projektowanych zmian są:

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

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

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

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

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

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

[8] Czy projekt ustawy podlega procedurze notyfikacyjnej?

- **Nie**

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

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

- **Nie**

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

- **Nie**

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