

Tytuł projektu

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu

Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Pan Michał Misiura, Zastępca Dyrektora w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
e-mail: m.misiura@mz.gov.pl

Data sporządzenia

24.07.2026 r.

Źródło:

Inicjatywa własna Ministra Zdrowia

Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów:

UD439

OCENA SKUTKÓW REGULACJI**1. Jaki problem jest rozwiązywany?**

Jednym z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej i istotnym źródłem dysfunkcji tego systemu są ograniczone zasoby kadrowe. Zgodnie z najnowszym raportem Komisji Europejskiej „State of Health in the EU – Poland – Country Health Profile 2025” Rzeczypospolita Polska znajduje się w grupie państw członkowskich Unii Europejskiej o najniższym wskaźniku liczby lekarzy (6 miejsce od końca) i pielęgniarek (4 miejsce od końca) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców.

Taki stan rzeczy prowadzi do patologicznych zjawisk, mających swoje źródło w dysproporcji pozycji negocjacyjnej osób wykonujących zawody medyczne, zwanych dalej „pracownikami medycznymi”, (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek) oraz podmiotów leczniczych, na niekorzyść tych ostatnich. Powszechną cechą polskiego systemu opieki zdrowotnej stało się zjawisko zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawisko wzajemnego przeliczowania się świadczeniodawców w poszukiwaniu brakujących kadr medycznych. Prowadzi to nie tylko do niekontrolowanego wzrostu wysokości stawek oferowanych pracownikom medycznym (w tym przede wszystkim lekarzom z poszukiwanymi specjalizacjami zatrudnianym na podstawie umów cywilnoprawnych, niejednokrotnie u wielu świadczeniodawców jednocześnie, w niewielkim wymiarze czasu pracy), ale jednocześnie pociąga za sobą także negatywne konsekwencje z punktu widzenia zapewniania ciągłości opieki nad pacjentem oraz jego bezpieczeństwa.

Powyższa sytuacja wymaga pilnej interwencji ustawodawcy, zmierzającej do uregulowania zasad zatrudniania pracowników medycznych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, w celu ograniczenia dalszej inflacji kosztów tych świadczeń, jako pochodnej niekontrolowanego wzrostu wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych, jak również w celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów.

Sprawny i skuteczny system kontroli NFZ stanowi jeden z podstawowych instrumentów zapewnienia prawidłowego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę skalę środków pozostających w dyspozycji NFZ oraz liczbę podmiotów realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, istnieje potrzeba dalszego wzmacniania kompetencji kontrolnych NFZ, zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i kadrowym. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) przewiduje katalog uprawnień kontrolnych Prezesa NFZ. W szczególności przepisy działu IIIA ustawy umożliwiają prowadzenie kontroli w czterech zasadniczych obszarach:

- 1) realizacji umów o udzielanie świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnych i szpitalnych pod względem dotyczących organizacji, jakości, dostępności oraz zgodności udzielanych świadczeń z obowiązującymi przepisami prawa i warunkami zawartych umów;
- 2) realizacji umów na wydawanie w aptekach ogólnodostępnych leków, wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przepisanych na receptę;
- 3) ordynacji produktów refundowanych przez osoby do tego uprawnione głównie lekarzy udzielających świadczeń zarówno w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego jak i w obszarze komercji oraz
- 4) podmiotów udzielających świadczeń z zakresu przeciwdziałania COVID-19.

Powyższe ukazuje jak szeroka i zróżnicowana merytorycznie jest tematyka poddawana krytycznej weryfikacji w ramach realizacji funkcji kontroli przez NFZ. Powyższe obszary dotyczą wszystkich etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego, transportu sanitarnego, jak również postępowania farmakologicznego czy udzielania usług farmaceutycznych. Kontrolerzy NFZ dysponują uprawnieniami do żądania dokumentów i informacji, przeprowadzania oględzin, zabezpieczania materiału dowodowego oraz weryfikacji dokumentacji związanej z realizacją świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zakres tych kompetencji stanowi podstawę do sprawowania skutecznego nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych.

Zasadne jest dalsze wzmocnienie ustawowych uprawnień kontrolnych, w szczególności przez rozszerzenie i usprawnienie gromadzenia materiału dowodowego.

Jednocześnie doświadczenia związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia wskazują, że sama obecność regulacji prawnych nie jest wystarczająca dla zapewnienia efektywności kontroli. Rosnąca liczba świadczeniodawców oraz wzrastająca wartość kontraktów zawieranych przez NFZ, wykładniczo wzrastający w każdym roku wpływ na budżet płatnika z tytułu wydatków na leki zarówno w obszarze programów lekowych i chemioterapii, jak również realizowanych recept, powodują, że skuteczne wykonywanie ustawowych zadań wymaga odpowiednich zasobów kadrowych oraz organizacyjnych.

Bardzo wiele rygorów i obowiązków uczestników systemu ochrony zdrowia, które determinują oczekiwany standard dostępności, jakości i bezpieczeństwa pacjentów jest zabezpieczony cywilnoprawnym mechanizmem kar umownych. Warunkiem koniecznym przejawiania dbałości o – zgodne z oczekiwaniami społecznymi – funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jest poddawanie weryfikacji wszelkich zgłoszeń pochodzących od adresatów świadczeń zdrowotnych, jak również dynamiczne reagowanie na niepokojące tendencje struktury danych sprawozdawczych, które NFZ ma w swojej dyspozycji. Liczba uczestników systemu ochrony zdrowia: świadczeniodawców, aptek ogólnodostępnych oraz osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych determinuje symetryczny wzrost potencjału kontrolnego NFZ. Warto dostrzec, że w systemie ochrony zdrowia kontrola NFZ jako jedyna oparta na węzle kontraktowym ma największą skuteczność w odzyskiwaniu środków, które zostały niezasadnie wydatkowane, a zatem które są kwalifikowane jako świadczenia nienależne lub niezasadnie wydatkowana refundacja.

Ponadto wyłącznie kontrola NFZ ma zdolność oddziaływania na uczestników systemu ochrony zdrowia takimi mechanizmami jak: możliwość uzyskiwania punktacji ujemnej w ramach konkursu ofert, jeżeli startujący w takim postępowaniu świadczeniodawca miał kontrolę, której wyniki uzasadniały negatywny kierunek oceny. Ponadto NFZ w ramach każdej z negatywnych ocen kształtuje adekwatne zalecenia pokontrolne, które w przypadku, gdy nie będą realizowane stwarzają możliwość nałożenia dalszych sankcji lub nawet rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń lub umowy na wydanie produktów refundowanych w aptece. Z uwagi na fakt, że w systemie ochrony zdrowia tylko NFZ może korzystać z narzędzi kontraktowych jego zakres oddziaływania na uczestników tego systemu jest największy. W praktyce oznacza to konieczność zwiększenia liczby prowadzonych kontroli oraz skrócenia czasu reakcji na sygnały o możliwych nieprawidłowościach.

Dynamiczne zmiany zachodzące w sposobie organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym rozwój sektora komercyjnych świadczeń zdrowotnych, powodują, że obecne rozwiązania prawne nie zapewniają Prezesowi NFZ narzędzi adekwatnych do skutecznej realizacji zadań kontrolnych. W praktyce bardzo często NFZ ma potencjał do zareagowania jedynie wobec kilku spośród kilkuset lub kilku tysięcy podmiotów, w stosunku do których zasadne byłoby przeprowadzenie postępowania kontrolnego, w szczególności ukierunkowanych na eliminowaniu nieprawidłowych praktyk oraz formułowaniu zaleceń pokontrolnych. W związku z tym projekt zakłada stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania informacji od świadczeniodawców nieposiadających kontraktu z NFZ. Będzie to miało zasadnicze znaczenie dla oceny rzeczywistej dostępności personelu medycznego i świadczeń zdrowotnych w sektorze ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych. Pozyskiwanie takich danych pozwoli na pełniejszą ocenę sposobu wykorzystywania zasobów kadrowych oraz skuteczniejszą identyfikację potencjalnych nieprawidłowości. Proponowane zmiany pozwolą również na weryfikację wywiązywania się sektora komercyjnego z obowiązku przekazywania do Systemu Informacji Medycznej (SIM) danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, zgodnie z art. 56 ust. 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Obecnie jest to obszar pozostawiony bez realnego wpływu jakiejkolwiek instytucji, co ma bezpośredni wpływ na strukturę przekazywanych danych.

Ponadto projektowana ustawa ma na celu wzmocnienie potencjału organizacyjnego i kompetencyjnego NFZ, usprawnienie procesu gromadzenia materiału dowodowego oraz zwiększenie efektywności prowadzonych kontroli. W tym celu proponuje się rozwiązania dotyczące zarówno organizacji procesu kontroli, jak i wzmocnienia zasobów

kadrowych NFZ. Obejmują one w szczególności zwiększenie możliwości kształtowania składów zespołów kontrolujących poprzez szersze wykorzystanie osób wykonujących zadania na podstawie stosunków prawnych innych niż umowa o pracę, a także usunięcie barier utrudniających pozyskiwanie wysoko wykwalifikowanych specjalistów, zwłaszcza posiadających wykształcenie medyczne.

Projekt przewiduje także możliwość przeprowadzenia ponownej kontroli w tym samym zakresie, na zasadach analogicznych do rozwiązań przyjętych w ustawie – Prawo przedsiębiorców, w przypadku wystąpienia enumeratywnie wskazanych w ustawie przesłanek.

Projekt przewiduje również stworzenie podstaw prawnych umożliwiających bardziej efektywne wykorzystywanie wiedzy i doświadczenia pracowników NFZ, którzy nie posiadają wykształcenia medycznego – przy analizie dokumentacji medycznej. Zmiany pozwolą na dokonywanie jej oceny – w zakresie innym niż prawidłowość zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – co zwiększy efektywność kontroli, w tym również w niektórych przypadkach w zakresie skuteczności weryfikacji prawidłowości rozliczania świadczeń finansowanych ze środków publicznych i odciaży w tym zadaniu m.in. kontrolerów korpusowych. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666). W tym kontekście, warto odnotować, że wpisy w dokumentacji medycznej tak zbiorczej jak i indywidualnej dokonują osoby wykonujące różne zawody medyczne. Wpisy te mają też różny charakter i stopień skomplikowania, co skłania do wniosku, że wyprowadzanie wniosków z tych wpisów nie zawsze musi dokonywać osoba o tożsamyh kwalifikacjach, co osoba tego wpisu dokonująca. Przykładem obszaru analizy, który nie wymaga kwalifikowanego medycznego wykształcenia, może być weryfikacja czy dokumentacja wytworzona na okoliczność porady ambulatoryjnej zawiera wpis nazwy lub kodu ICD 10 rozpoznania, które zawiera się w wskazaniu refundacyjnym określonym przez Ministra Zdrowia w wykazie leków refundowanych, które uprawnia do wypisania recepty na odpowiednim poziomie odpłatności.

Dodatkowo projekt wprowadza regulację, zgodnie z którą wyjaśnienia składane w toku kontroli będą składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Rozwiązanie to zwiększy wiarygodność materiału dowodowego pozyskiwanego w toku postępowania kontrolnego oraz przyczyni się do podniesienia skuteczności prowadzonych czynności kontrolnych. Obecna praktyka NFZ dowodzi, że wyjaśnienia podmiotów kontrolowanych stanowią uzupełniające względem dokumentacji medycznej oraz recept źródło dowodowe, które jest poddawane wnikliwej analizie w zestawieniu z innymi dowodami. Z uwagi na brak rygoru odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wyjaśnienia nie stanowią źródła prawdy obiektywnej, a jedynie podejmowania przez podmioty kontrolowane próby kształtowania najbardziej korzystnego dla podmiotów kontrolowanych obrazu rzeczywistości. Powyższe sprawia, że dowód ten zamiast przybliżyć do ustalenia prawdy obiektywnej, często będzie stanowił utrudnienie w tym dążeniu.

Projekt obejmuje również zmianę polegającą na powierzeniu Prezesowi Funduszu kompetencji do powoływania (w następstwie konkursu) i odwoływania dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Przyznanie Prezesowi Funduszu kompetencji do samodzielnego powoływania i odwoływania dyrektorów OW umożliwi scentralizowanie polityki kadrowej w rękach organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej instytucji oraz realizację jej ustawowych zadań. Temu samemu celowi służy proponowana zmiana polegająca na skoncentrowaniu kompetencji do prowadzenia czynności sprawdzających w jednym organie NFZ – Prezesie NFZ. Zapewni to większą spójność organizacyjną oraz jednolitość stosowania przepisów.

Obowiązujące przepisy nie przewidują możliwości inicjowania przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja) prac nad ustaleniem lub weryfikacją taryfy świadczenia nieuwjętego w planie taryfikacji, nawet w sytuacjach, gdy posiadane przez Agencję informacje wskazują na istotne niedoszacowanie albo przeszacowanie kosztów świadczenia. Powoduje to ryzyko utrzymywania przez dłuższy czas taryf, które nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie obowiązujący zakres raportu taryfikacyjnego obejmuje elementy, które nie zawsze mają bezpośredni wpływ na ustalenie wysokości taryfy, co prowadzi do powielania analiz wykonywanych wcześniej na etapie kwalifikacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych oraz wydłuża proces taryfikacji.

Kolejnym problemem jest brak ustawowych narzędzi umożliwiających weryfikację prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Pomimo wieloletniego obowiązywania standardu rachunku kosztów i działań edukacyjnych prowadzonych przez Agencję nadal występują istotne różnice w sposobie jego stosowania przez podmioty lecznicze, co ogranicza porównywalność i wiarygodność danych kosztowych wykorzystywanych w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejnym celem niniejszego projektu jest uregulowanie podwykonawstwa w sferze działalności leczniczej. Obecnie częstym zjawiskiem jest tzw. leasing pracowniczy. Podmioty lecznicze, głównie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielają zamówienia na świadczenia zdrowotne, na podstawie przepisów art. 26–27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej innym podmiotom leczniczym, głównie spółkom, które zapewniają wyłącznie pracowników medycznych. Podmioty te (przyjmujące zamówienie) formalnie są podmiotami leczniczymi, choć nie wykonują działalności leczniczej, faktycznie są pośrednikami zatrudnienia. Rozwiązanie to pozwala na ominięcie przepisów dotyczących wykonywania pracy przez pracowników medycznych. Jeżeli stroną umowy jest osoba fizyczna, np. lekarz, łatwiej zidentyfikować jego łączny czas pracy. W przypadku gdy podwykonawcą jest osoba prawna (spółka kapitałowa), ograniczenia dotyczące czasu pracy jej nie obowiązują.

Ponadto projektowana ustawa zmierza do wyeliminowania przypadków nierównego traktowania pacjentów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. W obecnie obowiązujących przepisach o ochronie praw pacjentów brak jest określonego wprost prawa pacjenta do niedyskryminującego i równego traktowania. Brak jest również odpowiadającego temu prawu obowiązku podmiotu leczniczego do podejmowania działań w celu realizacji zasady równego traktowania, w szczególności przez przeciwdziałanie jakimkolwiek formom dyskryminacji pacjentów. Taki stan prawny uniemożliwia Rzecznikowi Praw Pacjenta badanie czy podmioty lecznicze nie dopuszczają się w praktyce dyskryminującego i nierównego traktowania pacjentów polegającego na odmiennym traktowaniu pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń, warunków organizacyjnych ich udzielania, lokalowych i bytowych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Regulacje dotyczące zasad zatrudniania pracowników medycznych

Projekt przewiduje wprowadzenie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szeregu regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach stosunku pracy, jak i na podstawie umów cywilnoprawnych:

- 1) maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy/równoważnika czasu pracy;
- 2) co do zasady pracownik medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS”, w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, będzie musiał być zatrudniony przez tego świadczeniodawcę co najmniej w wymiarze połowy wymiaru czasu pracy albo jego równoważnika;
- 3) zatrudnienie pracownika medycznego, o którym mowa w pkt 2, przez innego świadczeniodawcę, mającego zawartą umowę z NFZ na zakres leczenia szpitalnego, w celu udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub AOS (w poradni przyszpitalnej) będzie możliwe również tylko w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy albo równoważnika oraz będzie obwarowane wymogiem uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy;
- 4) w drodze wyjątku ograniczenia wskazane w pkt 1–3 nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym podczas pełnienia dyżuru medycznego;
- 5) w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie NFZ będzie mógł wyrazić zgodę na czasowe odstępienie od wymogów określonych w pkt 1–3 w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie, udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych albo potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego;
- 6) wprowadzone zostaną wymogi dotyczące minimalnej zawartości umów, na podstawie których są zatrudniane osoby udzielające świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ – wszystkie takie umowy będą obligatoryjnie zawierać określenie:
 - a) rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) stawki godzinowej wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań,
 - c) natomiast w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie ponadto także określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 7) za naruszenie powyższych ograniczeń przewidziana będzie sankcja w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego;
- 8) projektowane normy prawne będą zawierać regulację przejściową, na mocy której umowy z pracownikami medycznymi niespełniające powyższych wymagań wygasną z mocy prawa, z dniem 31 grudnia 2026 r.

Celem powyższych rozwiązań jest zagwarantowanie, że pracownicy medyczni (w szczególności lekarze i pielęgniarki pracujący w oddziałach szpitalnych i poradniach przyszpitalnych) będą związani z jednym podstawowym miejscem pracy, co z jednej strony zagwarantuje odpowiednią opiekę pacjentom tych jednostek, a jednocześnie proponowane rozwiązania ograniczą presję płacową wywieraną przez tę grupę zawodową na świadczeniodawców opieki zdrowotnej, w związku z możliwością nieograniczonej migracji do innych podmiotów leczniczych oraz negocjowania warunków płacowych przez podmioty pośredniczące w zatrudnianiu pracowników medycznych. Przy czym przyjąć należy, że pierwszeństwo w zwiększeniu wymiaru czasu pracy (w przypadku woli zatrudnionej osoby do zwiększenia wymiaru zatrudniania) powinno przysługiwać świadczeniodawcy, u którego dotychczas pozostaje zatrudniona dana osoba wykonująca zawód medyczny, jeżeli w danym podmiocie leczniczym występują niezaspokojone potrzeby kadrowe. Nie byłoby uzasadnione różnicowanie pracowników medycznych pod względem zasad zatrudniania w kontekście wymiaru czasu pracy. Proponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz zagwarantowania ciągłości opieki medycznej nad pacjentami przez zapewnienie odpowiedniego powiązania danego personelu medycznego z danym podmiotem leczniczym. Ciągłość opieki osób wykonujących zawody medyczne i zapewnienie odpowiedniego okresu odpoczynku jest niezbędna niezależnie od rodzaju wykonywanych świadczeń.

W związku z tym, że nie jest możliwe zwiększenie podaży pracowników medycznych w najbliższej perspektywie czasowej, powyższe rozwiązania są konieczne.

Obligatoryjne uszczegółowienie zawieranych umów z pracownikami medycznymi poprawi możliwość kontroli nad realizacją powierzanych im zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ, w tym również przez płatnika.

Regulacje dotyczące wysokości wynagrodzeń osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Projektowana ustawa zawiera szereg regulacji zmierzających do ograniczenia wysokości środków NFZ przeznaczanych na koszty wynagrodzeń pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ:

- 1) wprowadzony zostanie zakaz ustalania wysokości wynagrodzenia pracownika medycznego, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, jako określonego udziału procentowego w kwocie kontraktu świadczeniodawcy z NFZ na dany zakres świadczeń opieki zdrowotnej (nie wpłynie to na ograniczenie liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż w umowach o udzielanie tych świadczeń wysokość wypłaconych przez NFZ środków jest uzależniona co do zasady od liczby wykonanych procedur. Niezależnie od sposobu ustalenia wynagrodzenia zatrudnionych osób wykonujących zawody medyczne – wynagrodzenie świadczeniodawcy uzależnione jest od poziomu realizacji jednostek sprawozdawczych i rozliczeniowych);
- 2) wprowadzone zostaną limity wynagrodzenia pracowników medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ, w postaci maksymalnej stawki godzinowej i miesięcznej:
 - a) umowy będą one określać maksymalną stawkę godzinową wynagrodzenia brutto z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia, określanego w rozporządzeniu Rady Ministrów na podstawie art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2024 r. poz. 1773) – świadczeniodawca będzie mógł zwiększyć wysokość stawki godzinowej brutto, w związku z wykonywaniem przez pracownika medycznego określonych w umowie zadań innych niż związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, np. w związku z pełnieniem funkcji ordynatora,
 - b) zostanie określone maksymalne wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych – w wysokości iloczynu ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy/równoważnika, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (przy założeniu wykonywania pracy w wymiarze równym równoważnikowi dwóch pełnych etatów – definiowanych jako praca przez 8 godzin dziennie x 20 dni w miesiącu x 2 = 320 godzin – kwota maksymalnego wynagrodzenia wynosiłaby 76 800. Jest to kwota odpowiadająca 16-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę

wynoszącego w 2026 r. 4806 zł); odniesienie maksymalnego wynagrodzenia do kwoty minimalnego wynagrodzenia uzasadnia fakt, iż jest to podstawowy i najszerzej stosowany mechanizm opierający się na szerokim wachlarzu wskaźników ekonomicznych; Nie znajduje natomiast uzasadnienia nominalne określenie ww. limitów z uwagi na stały charakter przyjętych rozwiązań oraz konieczność zapewnienia waloryzacji przyjętych wartości w związku z procesami inflacyjnymi.

- 3) za naruszenie powyższych ograniczeń przewidziana będzie sankcja w postaci grzywny nakładanej na kierownika podmiotu leczniczego.

Celem powyższych rozwiązań legislacyjnych jest:

- wyeliminowanie szkodliwej praktyki, w sposób nieuzasadniony prowadzącej do automatycznego wzrostu wynagrodzenia pracowników medycznych w konsekwencji każdorazowego podniesienia wyceny świadczeń,
- powstrzymanie spirali płacowej w publicznej opiece zdrowotnej, powodującej zwiększający się z roku na rok deficyt w finansach NFZ,
- zwiększenie liczby możliwych do sfinansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach ograniczonych środków pozostających w jego dyspozycji.

Projektowane indywidualne limity wynagrodzeń pozostają w związku funkcjonalnym z instrumentami monitorowania udziału kosztów osobowych w przychodach świadczeniodawców (które będą prowadzone przez Agencję Oceny Technologii i Taryfikacji), przewidzianymi w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, określających wskaźniki jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1349).

Projektowana ustawa określa powszechne, indywidualne limity wynagrodzeń i czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne, natomiast wskaźniki jakości odnosić się będą do udziału kosztów osobowych w strukturze przychodów świadczeniodawcy jako całości i umożliwiają kalibrację progów referencyjnych dla poszczególnych rodzajów i profili podmiotów leczniczych na poziomie wykonawczym. Rozwiązania te będą komplementarne: limity indywidualne będą przeciwdziałać nadmiernym wynagrodzeniom jednostkowym, a wskaźniki instytucjonalne – nadmiernemu łącznemu obciążeniu przychodów świadczeniodawcy kosztami osobowymi.

Poszerzenie uprawnień kontrolnych NFZ

Proponowane zmiany w zakresie uprawnień kontrolnych NFZ przewidują:

- 1) stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi NFZ weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) zrównanie rozwiązań do rozwiązań przyjętych w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480, z późn. zm.) w zakresie możliwości zrealizowania ponownej kontroli w sytuacji, gdyby pierwsze postępowanie było obciążone istotną wadliwością prawną;
- 3) uproszczenie zasad zapoznawania się z dokumentacją medyczną w zakresie innym niż postępowania diagnostyczno-terapeutyczne, co przyczyni się do zwiększenia możliwości bardziej efektywnego wykorzystywania potencjału pracowników Departamentu Kontroli NFZ w zakresie badania i wyprowadzania wniosków z ww. dokumentacji. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 4) zwiększenie wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej;
- 5) stworzenie nowej przesłanki uprawniającej NFZ do inicjacji kontroli na podstawie legitymacji kontrolerskiej przyczyni się do prewencji przed nierównym traktowaniem świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń gwarantowanych.

Ponadto projekt zawiera regulacje przewidujące:

- 1) skupienie kompetencji do prowadzenia czynności sprawdzających w jednym organie NFZ – Prezesa NFZ przyczyni się do realizacji tego uprawnienia jednolicie wobec wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju. Powyższe spowoduje, że adresaci czynności sprawdzających bez względu na

województwo, w którym udzielają świadczeń zdrowotnych będą mieli prowadzone postępowanie wedle jednolitej metodyki i tożsamy kryteriów ocen;

- 2) stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym, z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie, które mają wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez NFZ. Modyfikacja obejmuje art. 112 ust. 1 przez uposażenie Prezesa NFZ w kompetencje dokonywania krytycznej oceny i wyrażania zgody albo jej odmowy w stosunku do pracownika, który ma inne aktywności zawodowe w obszarze sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi pracownikom NFZ, w tym z wykształceniem medycznym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej w zakresie niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ oraz nietworzącym konfliktu interesów. Stworzenie możliwości pracy w NFZ i uzyskiwania jednocześnie dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej, przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy;
- 3) stworzenie podstaw prawnych do kształtowania zespołów kontrolerskich, w których funkcjonowałyby osoby z pożądanymi kwalifikacjami w ramach umów cywilnoprawnych, a nie jedynie zatrudnione na podstawie stosunku pracy. Powyższe rozwiązanie przyczyni się do zwiększenia efektywności kontroli, ponieważ umożliwi zawieranie umów cywilnoprawnych z osobami mającymi wykształcenie lub umiejętności niezbędne z perspektywy potrzeb określonego postępowania kontrolnego, a nie stałego funkcjonowania Departamentu Kontroli NFZ;
- 4) zmiana reguł egzaminu kontrolerskiego przyczyni się do dynamicznego rozwoju formacji korpusu kontrolerskiego, będzie bowiem uwzględniał potrzeby kadrowe komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne, a także zwiększy elastyczność Prezesa NFZ w zakresie określania limitów i terminów egzaminu. Zmiany dotyczące zasad prowadzenia egzaminu kontrolerskiego wynikają z doświadczeń z egzaminów przeprowadzanych przez ostatnie 6 lat. Zmiana polegająca w szczególności na zniesieniu obowiązku przeprowadzania egzaminu raz na kwartał umożliwi Prezesowi NFZ elastyczne podejście do organizacji egzaminu kontrolerskiego, zgodne z potrzebami kadrowymi komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne. Prezes będzie mógł również określać limit osób, które mogą zostać powołane w danym roku w każdej wewnętrznej komórce w komórce organizacyjnej NFZ, która prowadzi kontrolę. Dzisiejszy model egzaminacyjny nie przystaje do etapu rozwoju formacji korpusu kontrolerskiego, został bowiem przewidziany do fazy, gdy korpus był budowany od samego początku. W chwili obecnej kontrolerzy korpusowi są w każdym z województw, w ujęciu całościowym w liczbie 114 osób i nie zachodzi uzasadnienie do realizacji egzaminu w każdym kwartale. W chwili obecnej konieczne jest selektywne reagowanie na potencjał kandydatów w poszczególnych województwach, a nie w wymiarze całego kraju i proponowana zmiana realizację powyższego celu gwarantuje.

Przyjęte rozwiązania będą oddziaływały na proces kontroli wobec świadczeniodawców, aptek, punktów aptecznych, osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych, a także realizatorów świadczeń związanych z COVID-19. Przyjęte rozwiązania pozwolą na szybszą eliminację patologicznych praktyk uczestników systemu ochrony zdrowia w szczególności determinujących zawyżoną płatność ze strony NFZ i tym samym większą zdolność do realizacji funkcji prewencyjnej kontroli płatnika, który w sposób szybszy będzie mógł podejmować reakcję, ograniczając ich skutki finansowe. Rozwiązania te będą korzystne dla podmiotów kontrolowanych, które szybciej będą mogły uzyskać informację zwrotną o prawidłowym sposobie realizacji zawieranych z NFZ umów oraz zalecenia pokontrolne odnoszące się do okresów przyszłych. Jednocześnie przyjęte rozwiązania będą korzystne dla adresatów świadczeń zdrowotnych – świadczeniobiorców, bowiem NFZ będzie mógł w większym stopniu – w ramach realizacji funkcji kontroli – przyczynić się do sprawowania pieczy nad koniecznym standardem bezpieczeństwa w ramach uzyskiwanych świadczeń gwarantowanych, a także reagować w każdej sytuacji uzasadnionego podejrzenia nierównego dostępu do tych świadczeń.

Ponadto proponuje się przywrócenie wcześniejszego rozwiązania przewidującego powoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ przez Prezesa NFZ. Przyznanie Prezesowi NFZ kompetencji do samodzielnego powoływania i odwoływania dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ umożliwi scentralizowanie polityki kadrowej w rękach organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej instytucji oraz realizację jej ustawowych zadań. Powyższe wynika z różnorodności dziedzinowej i merytorycznej, która poddawana jest ocenie przez Fundusz w ramach prowadzonych kontroli. Stworzenie podstaw do zawierania umów cywilnoprawnych pozwoli na adekwatne względem celu kontroli ukształtowanie potencjału zespołu kontrolującego NFZ, a jednocześnie zachowanie wszelkich standardów jak wobec pracowników Funduszu, osoby takie bowiem funkcjonowałyby w ramach upoważnień Prezesa NFZ oraz podlegały wszelkim rygorom jak osoby o których mowa w art. 61e ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z § 28 ust. 2a pkt 2 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) OSR projektu aktu normatywnego, który określa zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, zawiera także informację o zastosowaniu proporcjonalnych ograniczeń obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców albo uzasadnienie braku możliwości zastosowania takich ograniczeń, o których mowa w art. 68 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców. Brak możliwości zastosowania proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców wynika z wagi, istoty i znaczenia przedmiotowego projektu. Dąży on do uregulowania kluczowych aspektów życia publicznego i jest odpowiedzią na pojawiające się wyzwania w systemie opieki zdrowotnej. Ważny interes publiczny, który adresuje przedmiotowy projekt oraz fiskalny interes państwa uzasadniają wprowadzenie projektowanych rozwiązań bez możliwości proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców oraz równoważnego zmniejszenia innych obciążeń administracyjnych wynikających z uregulowań prawnych obowiązujących w danej dziedzinie. Zastosowanie ww. ograniczeń uniemożliwiłoby realizację założeń i celów projektowanych przepisów, zastosowanie proponowanych rozwiązań jest wobec powyższego zasadne.

Wzmocnienie szeroko pojętych działań kontrolnych (w tym monitorowania) będzie wymagało zwiększenia etatyzacji zarówno korpusu kontrolerskiego (w głównej mierze), jak i zatrudnienia w oddziałach wojewódzkich NFZ. Docelowo przewiduje się zwiększenie zatrudnienia w NFZ o około 480 osób (432 Departament Kontroli NFZ, 48 oddziały wojewódzkie NFZ).

Poszerzenie kompetencji Agencji

Projekt przewiduje przyznanie Prezesowi Agencji uprawnień do inicjowania, za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia, prac nad określeniem albo weryfikacją taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji. Rozwiązanie to ma umożliwić szybsze reagowanie na zmieniające się uwarunkowania związane z kosztami udzielania świadczeń oraz ograniczyć ryzyko utrzymywania taryf nieodpowiadających rzeczywistym kosztom ich realizacji. Jednocześnie zachowany zostanie dotychczasowy tryb prowadzenia postępowań taryfikacyjnych oraz nadzór ministra właściwego do spraw zdrowia nad uruchomieniem prac poza planem taryfikacji.

Projekt przewiduje także ograniczenie zakresu raportu taryfikacyjnego do elementów mających bezpośrednie znaczenie dla ustalenia taryfy, w szczególności danych kosztowych, analizy podaży i popytu, skutków finansowych oraz wpływu taryfy na strukturę udzielanych świadczeń. Rozwiązanie to ma ograniczyć powielanie analiz oraz umożliwić lepsze dostosowanie zakresu prac analitycznych do celu postępowania taryfikacyjnego.

Ponadto projekt przyznaje Agencji uprawnienie do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów przez świadczeniodawców. Weryfikacja obejmować będzie możliwość pozyskiwania informacji, wyjaśnień i dokumentów niezbędnych do oceny zgodności stosowanych rozwiązań z obowiązującymi wymaganiami. Wyniki weryfikacji będą przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi NFZ. W przypadku stwierdzenia niewdrożenia lub nieprawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów albo nieprzekazania wymaganych danych NFZ będzie mógł zastosować przewidzianą ustawowo karę umowną. Oczekiwanym efektem projektowanych zmian jest poprawa jakości, kompletności i porównywalności danych kosztowych, zwiększenie transparentności procesu taryfikacji oraz zapewnienie bardziej adekwatnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

W wyniku zmiany ustawy Agencja otrzyma nowe zadanie o charakterze ciągłym, polegające na pozyskiwaniu i analizie danych o kosztach osobowych przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie art. 31lc ust. 4a i 4b ustawy o świadczeniach z uwzględnieniem zasad określonych w art. 132aa i 132ab ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w celu analizy kosztów osobowych, monitorowania gospodarności finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Realizacja tego zadania obejmie cykliczne (co najmniej dwa razy w roku) przetwarzanie danych dotyczących około miliona osób zatrudnionych u około 17,6 tys. świadczeniodawców, w tym: agregację danych według numerów PESEL i numerów prawa wykonywania zawodu (NPWZ), łączenie danych dotyczących różnych form zatrudnienia (umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, podwykonawstwo), weryfikację przestrzegania limitów wynagrodzeń, o których mowa w art. 132ab ww. ustawy, walidację danych i obsługę korekt, zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzania danych umożliwiających identyfikację osób fizycznych oraz przygotowywanie analiz i raportów dla ministra właściwego do spraw zdrowia i Prezesa NFZ.

Wykonywanie powyższych zadań, łącznie z postępowaniami taryfikacyjnymi podejmowanymi z inicjatywy Prezesa Agencji oraz weryfikacją prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów, wymagać będzie zwiększenia zatrudnienia w Agencji o 8 etatów na stanowisku głównego specjalisty w Wydziale Taryfikacji oraz dostosowania narzędzi teleinformatycznych Agencji, w tym rozwiązań służących anonimizacji i bezpieczeństwu danych. Zadania te mają charakter ciągły i w znacznej mierze nieprzewidywalny co do liczby i skali, dlatego wymiarowanie etatów uwzględnia pełny cykl analityczny (przygotowanie zbiórki danych, komunikacja ze świadczeniodawcami, pozyskanie i integracja danych, walidacja, analiza kosztów osobowych, przygotowanie i weryfikacja raportów) oraz bufor na zadania zlecane ad hoc.

Uregulowanie podwykonawstwa w sferze działalności leczniczej

W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprowadza się następujące zmiany (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.) proponuje się wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przedkładanymi propozycjami stronami tej umowy będą podmiot leczniczy (niezależnie od formy prawnej oraz formy własności), także podmioty lecznicze, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (udzielający zamówienia) oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w szczególności lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta lub diagnosta laboratoryjny, wykonujący działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka zawodowa lub indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa, wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, zwana dalej „przyjmującym zamówienie”. Przyjmującym zamówienie będzie mogła być jedynie osoba fizyczna, co wyeliminuje nadużycia związane z zawieraniem podobnych umów (na podstawie obecnie obowiązujących przepisów art. 26–27 ustawy o działalności leczniczej) polegające na tworzeniu fikcyjnych podmiotów leczniczych (w celu ominięcia przepisów dotyczących czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne).

Wyjątkowo przyjmującym zamówienie będą mogły być podmioty lecznicze, jeżeli będą udzielały świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem tej umowy w swoim zakładzie leczniczym, a nie w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia. Wyjątek ten umożliwi kontynuowanie i zawieranie umów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi np. laboratoria czy świadczenia zdrowotne z zakresu radiologii.

Omawiane umowy są i będą specyficzną formą zamówienia o charakterze publicznym, do którego jednak nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 793). Przyjmujący zamówienie będzie wyłaniany w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto zaproponowano zmiany polegające na dodaniu nowych elementów ww. umowy, tj. określenie:

- 1) zakresu i liczby świadczeń zdrowotnych;
- 2) łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających na podstawie umowy o pracę oraz udzielających zamówienia na świadczenia zdrowotne, który nie może przekroczyć równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy.

Powyższe zmiany wpłyną pozytywnie na eliminację nieprawidłowości związanych z zawieraniem omawianych umów oraz nadużyć w zakresie gospodarowania środkami publicznymi.

Omawiane regulacje są elementem większej całości, tj. pakietu rozwiązań mających wzmocnić przejrzystość w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto proponowane rozwiązania uniemożliwią zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez (fikcyjne) podmioty lecznicze.

Zapewnienie równego traktowania pacjentów

Projekt przewiduje dodanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.) przepisu stanowiącego, że każdy pacjent ma prawo do niedyskryminującego i równego traktowania. Prawo to wynika wprost z konstytucyjnych regulacji określających prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z Konstytucją RP – każdy ma prawo do ochrony zdrowia a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68). Jednocześnie Konstytucja RP określa, że wszyscy wobec prawa są równi oraz nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny (art. 32 ust. 1 i 2).

Celem projektu jest wprowadzenie przepisów o charakterze gwarancyjnym, gdyż projektowana regulacja stanowi rozwinięcie obowiązujących powszechnie norm konstytucyjnych na gruncie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dodawany przepis ma mieć charakter powszechny – niezależny od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych i rodzaju działalności leczniczej i ma obowiązywać zgodnie z właściwością podmioty wymienione w art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z analizowanych dotychczas danych wynika, że w państwach Unii Europejskiej, od których uzyskano informacje, regulacje tam obowiązujące nie odnoszą się do wysokości wynagrodzeń z tytułu umów cywilnoprawnych. Regulacje w krajach Unii Europejskiej mają przy tym charakter bądź to regulacji ustawowych (Czechy, Słowacja, Słowenia), bądź układów zbiorowych zawieranych przez uprawnione do tego organizacje pracowników i pracodawców (np. Niemcy), albo regulowane są na poziomie regionalnym (np. Szwecja).

Należy zatem wskazać, że ewentualne zebranie informacji na temat zatrudniania i wynagradzania osób wykonujących zawody medyczne w innych państwach nie mogłoby być podstawą do istotnych konkluzji nt. pożądanых rozwiązań w naszym kraju, z uwagi na specyfikę każdego systemu opieki zdrowotnej w szczególności różnice w zasadach finansowania świadczeń oraz liczbie osób wykonujących zawód medyczny oraz odmiennych podstawach prawnych zatrudniania personelu medycznego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Liczba	Źródło danych	Oddziaływanie
osoby wykonujące zawody medyczne	ok. 0,5 mln	Główny Urząd Statystyczny	– ograniczenie możliwości swobodnego zatrudniania się w kilku podmiotach leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w niewielkim wymiarze (obowiązek posiadania jednego szpitala macierzystego), – uszczegółowienie treści umów zawieranych ze świadczeniodawcami, – ograniczenie maksymalnego wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ
podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe)	233153	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	konieczność organizacji sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem odrębnego prawa pacjenta do niedyskryminującego i równego traktowania w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezależnie od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych i rodzaju działalności leczniczej
świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z NFZ	ok. 14 000	NFZ	– obowiązek stosowania wprowadzonych zasad zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego, – poprawa stabilności posiadanych zasobów kadrowych, zmniejszenie presji płacowej ze strony personelu medycznego, – realizacja obowiązków wynikających z procedury kontrolnej lub czynności sprawdzających
NFZ	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	realizacja kompetencji do monitorowania umów o udzielanie świadczeń, umów na wydawania produktów refundowanych, ordynacji osób uprawnionych; podjęcie postępowań rekrutacyjnych w oparciu o nową regulację oraz prowadzenie egzaminu kontrolerskiego z inną względem dotychczasowej częstotliwością
Agencja	1	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	– poszerzenie kompetencji do inicjowania zmiany taryf poza planem taryfikacji, – przyznanie uprawnienia do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania SRK

			- realizacja analiz kosztów osobowych na podstawie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4a i 4b z uwzględnieniem zasad określonych w art. 132 aa i 132ab ustawy
świadczeniodawcy, apteki i punkty apteczne, osoby uprawnione do ordynacji produktów refundowanych			realizacja obowiązków wynikających z procedury kontrolnej lub czynności sprawdzających

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnosnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy zostanie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 7) Radzie Dialogu Społecznego;
- 8) Związkowi Powiatów Polskich;
- 9) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 10) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 11) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 12) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 13) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 14) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 15) Federacji Pacjentów Polskich;
- 16) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 17) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 18) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 19) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 20) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 21) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 22) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 23) Konfederacji „Lewiatan”;
- 24) NSZZ „Solidarność”;
- 25) NSZZ „Solidarność -80”;
- 26) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 27) Forum Związków Zawodowych;
- 28) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 29) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 30) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 31) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 32) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 33) Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 34) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404), projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2026 r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0 20 26	1 20 27	2 20 28	3 20 29	4 20 30	5 20 31	6 20 32	7 20 33	8 20 34	9 20 35	10 20 36	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem		0	1,3	1,6	2,0	2,5	2,9	3,5	4,0	4,6	5,3	6,0	33,8
budżet państwa		0	1,3	1,6	2,0	2,5	2,9	3,5	4,0	4,6	5,3	6,0	33,8
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie):		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- NFZ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem		0	24,1 3	33,3 9	39,9 6	47,2 6	54,7 6	62,7 8	71,3 6	80,4 7	90,5 1	101, 6	606,22
budżet państwa		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie):		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- NFZ		0	22,4 7	31,5 4	38,0 5	45,2 9	52,7 3	60,6 9	69,1 7	78,1 7	88,0 9	99,0 6	585,26
- Agencja			1,66	1,85	1,91	1,97	2,03	2,09	2,19	2,3	2,42	2,54	20,96
Saldo ogółem		0	- 22,8 3	- 31,7 9	- 37,9 6	- 44,7 6	- 51,8 6	- 59,2 8	- 67,3 6	- 75,8 7	- 85,2 1	- 95,6	-572,42
budżet państwa		0	1,3	1,6	2,0	2,5	2,9	3,5	4,0	4,6	5,3	6,0	33,8
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- NFZ		0	- 22,4 7	- 31,5 4	- 38,0 5	- 45,2 9	- 52,7 3	- 60,6 9	- 69,1 7	- 78,1 7	- 88,0 9	- 99,0 6	- 585,26
- Agencja			- 1,66	- 1,85	- 1,91	- 1,97	- 2,03	- 2,09	- 2,19	- -2,3	- 2,42	- 2,54	-20,96
Źródła finansowania	Plan finansowy NFZ. Plan finansowy Agencji – koszty po stronie Agencji zostaną sfinansowane z odpisu z planu finansowego NFZ.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Średnie wynagrodzenie na wybranych stanowiskach w NFZ, Sprawozdanie z działalności NFZ, Sprawozdania finansowe NFZ, Układ Zbiorowy Pracy dla Pracowników Zatrudnionych w NFZ. Koszty projektowanej regulacji będą finansowane w ramach kosztów zarządzania Funduszu, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a projekt nie będzie stanowił podstawy ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.												
	Wejście w życie projektu ustawy wygeneruje w horyzoncie 10-letnim (2027–2036) łączny wzrost wydatków sektora finansów publicznych w kwocie 585 mln zł. Koszty te są bezpośrednio związane z budową struktur kontrolnych i docelowym zwiększeniem zatrudnienia o 480 etatów, w tym w Centrali NFZ o 432 etaty.												
	Szacunek skutków finansowych projektu został opracowany w oparciu o planowany harmonogram zwiększania zatrudnienia w Departamencie Kontroli NFZ w latach 2027–2036.												

Przyjęto stopniowe zwiększanie liczby etatów z 509 do 1 020 pracowników, co oznacza wzrost potencjału kadrowego o 511 etatów (uwzględniając obecne wakaty).

Kalkulacja kosztów została sporządzona według następujących założeń:

- a. zwiększenie zatrudnienia następuje sukcesywnie w kolejnych latach zgodnie z harmonogramem wdrażania projektu,
- b. koszty wynagrodzeń obejmują wynagrodzenie zasadnicze wraz z kosztami pracodawcy;
- c. wynagrodzenia podlegają corocznej waloryzacji o 3%;
- d. odrębnie oszacowano koszty zatrudnienia:
 - pracowników wykonujących zadania wspierające działalność kontrolną,
 - lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących czynności kontrolne,
 - pozostałych pracowników Departamentu Kontroli (w szczególności kontrolerów, analityków i pracowników obsługi prawnej);
- e. uwzględniono jednorazowe oraz bieżące koszty niezbędne do zapewnienia warunków wykonywania pracy, obejmujące:
 - wynajem dodatkowej powierzchni biurowej,
 - zakup wyposażenia stanowisk pracy,
 - zakup sprzętu komputerowego.

Koszty powierzchni biurowej oraz wyposażenia zostały oszacowane na podstawie aktualnych cen rynkowych oraz doświadczeń wynikających z dotychczasowej działalności NFZ. W przypadku kosztów eksploatacyjnych przyjęto ich coroczną indeksację odpowiadającą prognozowanemu wzrostowi cen.

Projekt spowoduje zwiększenie wydatków NFZ związanych z rozbudową potencjału kontrolnego. Łączne koszty realizacji projektu w latach 2027–2036 oszacowano na około 585,3 mln zł, z czego największą pozycję stanowią wydatki na wynagrodzenia wraz z pochodnymi.

Jednocześnie zwiększenie potencjału kadrowego Departamentu Kontroli umożliwi zwiększenie liczby oraz jakości prowadzonych kontroli, skuteczniejsze typowanie podmiotów do kontroli z wykorzystaniem analiz ryzyka oraz szybsze reagowanie na stwierdzone nieprawidłowości. W konsekwencji projekt powinien prowadzić do wzrostu skutków finansowych kontroli, obejmujących w szczególności odzyskiwanie środków publicznych wydatkowanych niezgodnie z przepisami oraz ograniczenie nieprawidłowości w systemie ochrony zdrowia.

W dłuższej perspektywie zwiększenie potencjału kontrolnego powinno wywołać również efekt prewencyjny, polegający na ograniczeniu skali naruszeń przepisów przez świadczeniodawców i inne podmioty podlegające kontroli, co będzie miało pozytywny wpływ na racjonalność wydatkowania środków publicznych oraz stabilność finansową NFZ. Efekt ten widoczny jest już obecnie. Dla przykładu - kontrola rozliczania grupy F22 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego w jednym ze szpitali: wartość sprawozdawanych przez szpital świadczeń w tej jednej grupie JGP w 2021 r. wyniosła blisko 4,4 mln zł, już po rozpoczęciu kontroli spadła do 1,8 mln zł w 2022 r. oraz zanotowano w kolejnych latach sprawozdawczość na poziomie: 333 tys. zł w 2023 r., 575 tys. zł w 2024 r., 285 tys. zł w 2025 r. Nastąpiło zatem urealnienie sprawozdawczości do NFZ.

Zapotrzebowanie na 480 nowych etatów skalkulowano w oparciu o wytyczne podręcznika „Nowe zadania w sektorze publicznym – szacowanie skutków regulacji”, przy założeniu efektywnego czasu pracy na poziomie 1650 godzin rocznie na pracownika.

Źródła danych: Wskaźniki rzeczowe pobrano z bazy danych IRMiR (powierzchnia, meble). Parametry płacowe lekarzy oparto na Układzie Zbiorowym Pracy NFZ (zaszeregowanie do najwyższej kategorii X z limitem wynagrodzenia zasadniczego brutto do 18 700 zł). W wyliczeniach dla tej grupy przyjęto kwotę 18 tys. zł brutto.

Metodyka wyliczeń i struktura etatów:

- a. koszt zatrudnienia 48 osób w oddziałach wojewódzkich NFZ uwzględniając średni koszt wynagrodzenia na stanowisku głównego specjalisty (łącznie ze stażem oraz kosztami pracodawcy, jak również corocznym wzrostem o 3%) – łączny koszt do 2036 roku to 84,9 mln zł

- b. koszt zatrudnienia 432 osób w Centrali NFZ – łączny koszt do 2036 roku to 455,7 mln zł. Na ten koszt składa się:
 - koszt wynagrodzenia lekarza lub lekarza dentysty na poziomie 18 tys. zł brutto – jest to prawie maksymalne możliwe wynagrodzenie w NFZ na stanowisku głównego specjalisty według „Układu zbiorowego pracy dla pracowników zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia”; pokreślić należy, że ujęta w wyliczeniu stawka wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty zważywszy na realia rynku pracy dla tych zawodów jest i tak niska;
 - średni koszt wynagrodzenia dla pozostałych pracowników Departamentu Kontroli NFZ (9,5 tys. zł brutto)
- c. średnie koszty wynajmu dodatkowej powierzchni biurowej uwzględniając zarówno koszty czynszowe, jak i eksploatacyjne – łączny koszt do 2036 r. to 33,9 mln zł;
- d. koszt wyposażenia biurowego – łączny koszt do 2036 r. to 1,5 mln zł;
- e. koszt sprzętu informatycznego uwzględniającego m.in. stacje robocze, licencje, urządzenia drukujące, aplikacje użytkowe oraz bezpieczeństwa – łączny koszt do 2036 r. to 9,4 mln zł.

Wstępny podział dodatkowych 432 etatów w Centrali NFZ:

- 115 kontrolerów korpusowych
- 225 osób realizujących czynności kontrolne, w tym 95 lekarzy lub lekarzy dentystów
- 92 osoby wspierające – m.in. analitycy, prawnicy, uwzględniono również konieczność zwiększenia etatów w takich komórkach jak Biuro Spraw Pracowniczych czy Departament Informatyki.

Koszty po stronie Agencji obejmują zwiększenie zatrudnienia o 8 etatów na stanowisku głównego specjalisty w Wydziale Taryfikacji, w związku z: (1) prowadzeniem cyklicznych analiz kosztów osobowych na podstawie danych przekazywanych przez ok. 17,6 tys. świadczeniodawców (ok. 1 mln osób w każdym cyklu, co najmniej dwa cykle rocznie), obejmujących pozyskanie, integrację, anonimizację, walidację i analizę danych, w tym agregację według numerów PESEL/NPWZ oraz łączenie różnych form zatrudnienia; (2) weryfikacją limitów wynagrodzeń określonych w art. 132ab ustawy o świadczeniach; (3) postępowaniami taryfikacyjnymi podejmowanymi z inicjatywy Prezesa Agencji (art. 31la ust. 8–10); (4) weryfikacją prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów (art. 31lc ust. 9–11).

Zwiększenie kosztów wynagrodzeń osobowych Agencji wyniesie maksymalnie: w 2027 r. – 1 662 409,92 zł, w 2028 r. – 1 854 972,40 zł, w 2029 r. – 1 910 621,57 zł, w 2030 r. – 1 967 940,22 zł, w 2031 r. – 2 026 978,43 zł, w 2032 r. – 2 087 787,78 zł, w 2033 r. – 2 192 177,17 zł, w 2034 r. – 2 301 786,03 zł, w 2035 r. – 2 416 875,33 zł, w 2036 r. – 2 537 719,10 zł (łącznie 20 959 267,95 zł), a w latach kolejnych każdego roku o 3% więcej niż w roku poprzednim. Koszty ustalono według średnich stawek wynagrodzeń, z uwzględnieniem pełnych kosztów ponoszonych przez pracodawcę. Charakter przetwarzanych danych (informacje identyfikowane numerami PESEL/NPWZ, dane o wynagrodzeniach i formach zatrudnienia) oraz wymogi bezpieczeństwa, ciągłości i jakości analiz wykluczają oparcie realizacji tych zadań wyłącznie na usługach zewnętrznych.

Wprowadzenie indywidualnego limitu (cap) maksymalnej stawki wynagrodzenia lekarza na poziomie 240 zł brutto za godzinę nie będzie skutkowało bezpośrednimi oszczędnościami dla systemu ochrony zdrowia rozumianymi jako zmniejszenie wydatków publicznych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mechanizm ten nie wpływa bowiem na poziom finansowania świadczeń przez płatnika publicznego, lecz oddziałuje przede wszystkim na strukturę kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze.

Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. Efekt ten nie powinien być jednak interpretowany jako oszczędność systemowa, lecz jako poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej świadczeniodawców. Zmniejszenie kosztów wynagrodzeń przy niezmiennym poziomie przychodów umożliwi bowiem korzystniejsze ukształtowanie struktury kosztów działalności, w tym zmniejszenie udziału kosztów osobowych w przychodach. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę

płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej. Jednocześnie należy podkreślić, że wiarygodne oszacowanie wartości potencjalnego efektu finansowego jest obarczone istotnymi ograniczeniami metodologicznymi. Każda próba określenia skali zmniejszenia kosztów musi opierać się na szeregu założeń dotyczących m.in. liczby przepracowanych godzin, struktury zatrudnienia, wysokości obecnie stosowanych stawek oraz zachowań podmiotów leczniczych i personelu medycznego po wprowadzeniu limitu. Założenia te mogą nie odzwierciedlać rzeczywistych warunków funkcjonowania poszczególnych świadczeniodawców, co wpływa na wiarygodność uzyskanych wyników.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian	0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
--	---	---	---	---	---	----	----------------

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2026 r.)		–	–	–	–	–	–	–
	duże przedsiębiorstwa	–	–	–	–	–	–	–
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	–	–	–	–	–	–	–
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	–	–	–	–	–	–	–

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na podmioty lecznicze należące do sektora dużych przedsiębiorców, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych oraz ograniczeniu presji płacowej ze strony pracowników medycznych. Projektowane rozwiązania w obszarze kontroli NFZ nie będą wywierały istotnego wpływu na poziom obciążeń regulacyjnych dla poszczególnych kategorii interesariuszy. Wprowadzane zmiany mają przede wszystkim charakter organizacyjny i usprawniający funkcjonowanie procesu kontroli, nie nakładając nowych, znaczących obowiązków na podmioty objęte projektowaną regulacją. Warto w tym miejscu dodać, że niezmieniana pozostaje regulacja reglamentująca aktywność kontrolną NFZ wyrażona w art. 61a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która nakazuje NFZ realizację analizy przedkontrolnej wystąpienia ryzyka nieprawidłowości. Dopiero w przypadku, gdy taka analiza oparta o wszelkie dane, w szczególności sprawozdawcze, którymi dysponuje NFZ pozwoli na uprawdopodobnienie nieprawidłowości typowany jest podmiot do kontroli oraz kształtowany jest jej zakres przedmiotowy. Powyższa regulacja jednoznacznie chroni uczestników systemu ochrony zdrowia przed uznaniowym wyborem w wymiarze podmiotowym i przedmiotowym. Nawet więc jeżeli wzrośnie potencjał kontrolerski NFZ, to nadal będzie on orientowany nie przypadkowo, a jedynie względem zjawisk noszących cechy niepożądanych. Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy będzie miał pozytywny wpływ na podmioty lecznicze należące do sektora średnich przedsiębiorców, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych oraz ograniczeniu presji płacowej ze strony

		pracowników medycznych. Projektowane rozwiązania w obszarze kontroli NFZ nie będą wywierały istotnego wpływu na poziom obciążeń regulacyjnych dla poszczególnych kategorii interesariuszy. Wprowadzane zmiany mają przede wszystkim charakter organizacyjny i usprawniający funkcjonowanie procesu kontroli, nie nakładając nowych, znaczących obowiązków na podmioty objęte projektowaną regulacją. Warto w tym miejscu dodać, że niezmienną pozostaje regulacja reglamentująca aktywność kontrolną NFZ wyrażona w art. 61a ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o świadczeniach która nakazuje NFZ realizację analizy przedkontrolnej wystąpienia ryzyka nieprawidłowości. Dopiero w przypadku, gdy taka analiza oparta o wszelkie dane, w szczególności sprawozdawcze, którymi dysponuje NFZ pozwoli na uprawdopodobnienie nieprawidłowości typowany jest podmiot do kontroli oraz kształtowany jest jej zakres przedmiotowy. Powyższa regulacja jednoznacznie chroni uczestników systemu ochrony zdrowia przed uznaniowym wyborem w wymiarze podmiotowym i przedmiotowym. Nawet więc jeżeli wzrośnie potencjał kontrolerski NFZ, to nadal będzie on orientowany nie przypadkowo, a jedynie względem zjawisk noszących cechy niepożądanych. Ograniczenie maksymalnej wysokości stawek wynagrodzeń lekarzy może prowadzić do obniżenia kosztów osobowych w części podmiotów leczniczych, w szczególności tych, w których obecnie stosowane są stawki przekraczające wskazany limit. W konsekwencji podmioty lecznicze będą mogły przeznaczyć większą część posiadanych środków na poprawę płynności finansowej, terminowe regulowanie bieżących zobowiązań, ograniczenie narastania zadłużenia oraz odbudowę zdolności do finansowania działalności operacyjnej.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt ustawy będzie miał wpływ na poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dzięki poprawie ciągłości opieki nad pacjentem, sprawowanej przez osoby nieznajdujące się w stanie permanentnego przepracowania, a zatem w pełni zdolne do należytego sprawowania takiej opieki. Jednocześnie, z uwagi na wysokość przyjętego maksymalnego progu wynagrodzenia pracownika medycznego, projekt nie spowoduje obniżenia poziomu życia gospodarstw domowych osób należących do tej grupy.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projekt ustawy będzie miał wpływ na poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Przewidziany zakres wyjątków oraz mechanizm wyrażenia zgody przez Prezesa NFZ na odstępianie od przyjętych limitów wartości etatu zatrudnienia, pozwoli na elastyczne reagowanie w sytuacji ograniczonych zasobów kadrowych, przez co nie zostanie ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Z uwagi na niezbędność pilnego wdrożenia przygotowanych zmian celem poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz zwiększenia dostępności świadczeń i ich jakości oraz ograniczenia zjawiska zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawiska niekontrolowanego wzrostu wysokości stawek oferowanych pracownikom medycznym nie ma możliwości zastosowania proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców co wynika z wagi, istoty i znaczenia przedmiotowego projektu. Ważny interes publiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego, który adresuje przedmiotowy projekt oraz fiskalny interes państwa i podmiotów leczniczych uzasadniają wprowadzenie projektowanych rozwiązań bez możliwości proporcjonalnego ograniczania obowiązków administracyjnych wobec przedsiębiorców oraz równoważnego zmniejszenia innych obciążeń administracyjnych wynikających z uregulowań prawnych obowiązujących w danej dziedzinie.	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

☒ zwiększenie liczby dokumentów
☒ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt wpłynie na ograniczenie wynagrodzeń pracowników medycznych, osiągających obecnie zarobki powyżej limitu wprowadzanego na mocy projektowanej ustawy. Jednocześnie projekt, przez ograniczenie nadmiernej mobilności pracowników medycznych i wyeliminowanie pośredników w zatrudnieniu tych osób, poprawi sytuację podmiotów leczniczych w konkurencji o kadry medyczne.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ inne:

☐ demografia
☐ mienie państwowe

☐ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Projekt ustawy będzie sprzyjał poprawie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz wywrze pozytywny wpływ na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dzięki poprawie stabilności posiadanych zasobów kadrowych i ograniczeniu presji płacowej ze strony pracowników medycznych. Ponadto projektowana ustawa wyeliminuje przypadki nierównego traktowania pacjentów przez podmioty lecznicze oraz wzmocni nadzór NFZ nad świadczeniodawcami.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Odstąpienie od określonej w art. 68b ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców – zasady wyznaczania terminu wejścia w życie projektów ustaw, które określają zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, jest uzasadnione ważnym interesem publicznym. Projektowane przepisy mają bowiem na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów przez zapewnienie ciągłości opieki medycznej oraz podniesienie jej jakości w wyniku ograniczenia przypadków zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawiska wzajemnego przelicytowywania się świadczeniodawców w poszukiwaniu brakujących kadr medycznych. Przepisy te mają jednocześnie na celu ochronę interesu fiskalnego państwa i poprawę efektywności wydatkowania środków publicznych, w tym pochodzących ze składek zdrowotnych oraz poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych przez ograniczenie niekontrolowanego wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych. Powyższe uzasadnia niezbędność pilnego wdrożenia zaproponowanych rozwiązań. Projekt przewiduje jednocześnie czas na dostosowanie się podmiotów leczniczych do nowych wymagań ustawowych umożliwiając dostosowanie obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy stosunków zatrudnienia z osobami wykonującymi zawód medyczny do nowych warunków do dnia 31 grudnia 2026 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja efektów projektu nastąpi w oparciu o następujące wskaźniki:

- 1) zmiana (obniżenie) odsetka osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatrudnionych u więcej niż 2 świadczeniodawców,
- 2) zmiana (zwiększenie) odsetka osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatrudnionych u jednego świadczeniodawcy

– po upływie roku od dnia wejścia w życie ustawy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.