



OPZZ/ SK/2460/2026

Warszawa, 14 sierpnia 2026 r.

Pan
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439)**, przekazuję poniższą opinię Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych do przedmiotowej regulacji.

OPZZ z głębokim rozczarowaniem stwierdza, że projekt ustawy wprowadza rozwiązania, które nie realizują intencji zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie zmian uregulowania maksymalnych wynagrodzeń osób pracujących na umowach kontraktowych w podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych. Zamiast jednoznacznych i nie budzących wątpliwości interpretacyjnych przepisów eliminujących praktyki niekontrolowanych wysokości wynagrodzeń kontraktowych, projekt podejmuje próbę regulacji limitów płac, sankcjonując jednocześnie wiele wyjątków otwierających możliwości obejścia przepisów. Czyni to limity wynagrodzeń pozornymi, a całość regulacji – ustawą opartą na uznaniowości przez jednostkowe decyzje kierujących podmiotami leczniczymi oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto jednoznacznie podkreślić, że **projekt ustawy odnosi się do wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, a nie wyłącznie do lekarzy, jak jest to przedstawiane opinii publicznej**. Regulacja obejmuje więc niemal pół miliona zatrudnionych, nie tylko na umowach kontraktowych, ale także umowach o pracę. Tak szeroki zakres podmiotowy wymaga ustawowo zagwarantowanych konsultacji społecznych umożliwiających wszystkim zainteresowanym stronom przedstawienie swoich stanowisk i zastrzeżeń. Jest to tym bardziej uzasadnione, że regulacja ma charakter systemowy ponieważ dotyczy, jak wskazano powyżej, niemal każdego zatrudnionego w systemie ochrony zdrowia. Tym bardziej nie do zaakceptowania jest decyzja Ministerstwa Zdrowia o skróceniu konsultacji społecznych z 30 do 21 dni, do których mamy ustawowe prawo jako strona pracowników reprezentowana w Radzie Dialogu Społecznego; prawo takie jest także regulowane ustawą o związkach zawodowych.

W piśmie przewodnim kierującym projekt do konsultacji społecznych wskazano, że skrócenie terminu konsultacji do 21 dni uzasadnia: „(...) szczególnie pilny charakter projektu, stanowiącego odpowiedź na doniosły problem społeczny, jakim jest niewystarczająco efektywne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, którego naprawie służą rozwiązania zaproponowane w przedkładanym projekcie ustawy”. Warto w tym miejscu podkreślić, że od ponad roku strona społeczna inicjowała dyskusję, prace i przedstawiała propozycje regulacji wynagrodzeń kontraktowych w ramach prac Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, jednak resort nie był otwarty na jakiekolwiek wspólne inicjatywy w tym obszarze. Stąd nie do przyjęcia jest argumentacja zawarta w piśmie przewodnim projektu uzasadniająca skrócenie terminu konsultacji i ekspresowe (czyt. niezgodnione) tempo prac. Dodatkowo, oburzające ze strony resortu zdrowia jest **odrzućenie Uchwały strony pracowników i strony pracodawców Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, podjętej na posiedzeniu Zespołu w dniu 6 sierpnia br., w której wnioskowano o przedłużenie terminu opiniowania projektu ustawy do pełnych 30 dni.** Jest to decyzja nie tylko łamiąca zasady dialogu społecznego, ale przede wszystkim podważająca rolę partnerów społecznych Rady Dialogu Społecznego w procesie stanowienia prawa. Jako OPZZ wyrażamy sprzeciw wobec tak prowadzonego dialogu ze strony Ministerstwa Zdrowia, a przedłożoną regulację uznajemy za niezgodną ze stroną pracowników i pracodawców w kluczowych kwestiach dotyczących szeroko rozumianej pragmatyki zawodowej oraz płac pracowników.

Nie bez znaczenia jest fakt, że **projekt ustawy jest przygotowany bez należytej staranności legislacyjnej, wprowadza chaos terminologiczny i niespójność pojęciową.** Projektodawcy używają zamiennie terminów: "świadczeniodawca", "świadczeniodawca z kontraktem", "świadczeniodawca bez kontraktu". Tworzy to bardzo duży zamęt interpretacyjny w zakresie tego, kogo właściwie dotyczą ograniczenia przepisów czasu pracy, limitów wynagrodzeń oraz jakie wyłączenia obowiązują sektor publiczny i prywatny. Dodatkowo, brak **jakichkolwiek wyliczeń Oceny Skutków Regulacji proponowanych rozwiązań jest znaczącą wadą legislacyjną** świadczącą o niemożności przewidzenia skutków proponowanej „reformy”. Poza wyliczeniami skali zatrudnienia dodatkowych pracowników korpusu kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia – w uzasadnieniu wskazuje się jedynie, że: „,...) wiarygodne oszacowanie wartości potencjalnego efektu finansowego jest obarczone istotnymi ograniczeniami metodologicznymi (...). Każda próba określenia skali zmniejszenia kosztów musi opierać się na szeregu założeń, (...), które mogą nie odzwierciedlać rzeczywistych warunków funkcjonowania poszczególnych świadczeniodawców, co wpływa na wiarygodność uzyskanych wyników”.

Najważniejsze zastrzeżenia do projektu ustawy:

- **Zakres podmiotowy ustawy dotyczący wszystkich rodzajów umów**

Projekt przewiduje wprowadzenie nowego artykułu 132aa i 132ab, zawierającego szereg regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie umów cywilnoprawnych, jak też pracujących na podstawie umowy o pracę.

To zaskakująca konstrukcja ustawy, wprowadzająca wiele zastrzeżeń.

W obecnym kształcie projektowanych przepisów powstaje ryzyko, że **szczególny limit wynagrodzenia przewidziany dla pracowników medycznych będzie prowadził do ograniczenia możliwości pełnej realizacji uprawnień przysługujących pracownikowi na podstawie Kodeksu pracy**, ustawy o działalności leczniczej oraz innych przepisów regulujących stosunek pracy. Dotyczy to w szczególności: wynagrodzenia za dyżury medyczne, pracę w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, niedziele i święta; wynagrodzenia za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, pozostałych świadczeń i uprawnień wynikających ze stosunku pracy, takich jak dodatki stażowe, nagrody jubileuszowe, odprawy oraz innych należności wynikających z przepisów prawa pracy i regulacji zakładowych.

Ustawa wprowadza w ten sposób sytuację, w której pracownik wykonujący zawód medyczny podlega wszystkim obowiązkom wynikającym ze stosunku pracy, ale limit dotyczący tej grupy zawodowej będzie ograniczać ekonomiczną realizację części uprawnień pracowniczych. Taka konstrukcja będzie prowadzić do słabszej ochrony praw wynikających ze stosunku pracy.

- ***Minimalny wymiar czasu pracy i wyjątki***

W dokumencie (art. 132aa ust. 3–4) wskazano, że: „świadczenia (...) mogą być udzielane (...) w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika” oraz „wprowadzono wyjątek (...) w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy”.

Przepisy wprowadzają zasadę, że świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy mającego umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, mogą być udzielane przez pracownika medycznego w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Tym samym określa się minimalny wymiar zatrudnienia przy udzielaniu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradniach przyszpitalnych). Jednocześnie wprowadzono wyjątek od powyższego wymogu, w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, pod warunkiem złożenia pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenia, że pracownik medyczny nie jest zatrudniony u innego świadczeniodawcy.

Pojawia się wiele kontrowersji i pytań na tle konstrukcji takiego rozwiązania:

- czy ust. 4 dotyczy sytuacji, w których pracownik jest zatrudniony u jednego świadczeniodawcy i w tym wypadku nie obowiązuje go minimalny wymiar czasu pracy w szpitalu i AOS ? To tworzy nierówne traktowanie pracowników: ci pracujący tylko w jednym miejscu mogą mieć dowolny wymiar, a ci pracujący w dwóch – muszą mieć co najmniej 1/2 etatu w każdym.
- realizacja przepisu w praktyce wnosi duże ryzyko obejścia; świadczeniodawcy mogą wymuszać na pracownikach deklarację: „pracuję tylko u jednego podmiotu”, aby zatrudniać ich na minimalne ułamki etatu lub kontraktu,

- oświadczenie pracownika pod rygorem odpowiedzialności karnej jest środkiem nieproporcjonalnym bowiem przerzuca ryzyko na pracownika, zamiast tworzyć systemową weryfikację, wprowadza także odpowiedzialność karną za fałszywe deklaracje. W praktyce, system kontroli i odpowiedzialności nie obejmuje w równym zakresie kierownika podmiotu leczniczego, który - jeśli dopełni obowiązek i zbierze oświadczenia od pracowników, zdejmując to z niego odpowiedzialność w sytuacji, gdyby dany pracownik poświadczył nieprawdę.
- pojawia się wątpliwość, czy rygor 1/2 etatu i zgody dyrektora obejmie pracowników medycznych wykonujących w szpitalu wyłącznie usługi czysto komercyjne (np. medycynę pracy) ?
- w całej regulacji brak definicji „zatrudnienia” bądź odniesienia do innych przepisów; nie dookreślono czy obejmuje wolontariat, dyżury kontraktowe, działalność gospodarczą, teleporady?

• **Zatrudnienie u drugiego podmiotu za zgodą**

Dokument wskazuje na: „możliwość zatrudnienia (...) przez innego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy” (art. 132aa ust. 6 - 8)

Projekt zawiera przepis uzależniający możliwość zatrudnienia pracownika medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ przez innego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy i jednocześnie dopuszczający kolejne zatrudnienie jedynie w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Przy czym wprowadza się tryb, zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione np. niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu.

Jest to kolejny **przykład przepisu wprowadzającego wiele pytań i wieloznaczności interpretacyjnych, w szczególności w zastawieniu z wyjątkami od zatrudnienia za zgodą**, które wprowadzono w ust. 7 i 8. Wskazuje się bowiem, że przepisy „za zgodą” nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych, w czasie pełnienia dyżuru medycznego, jak też w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego.

Wyjątki oznaczają, że to kolejne przepisy, które będą w praktyce fikcyjne, bowiem argument uzasadnienia odmowy: „niezaspokojone potrzeby kadrowe” jest nieostry i jednocześnie uniwersalny – każdy szpital może uzasadnić bardzo łatwo braki kadrowe.

Powstaje więc wysokie prawdopodobieństwo chaosu decyzyjnego w umowach; przykładowo w przypadku personelu pracującego już w kilku miejscach, mechanizm uzyskiwania wzajemnych zgód od wszystkich kierowników wydaje się logistycznie niewykonalny. Ponadto w ustawie całkowicie brakuje ścieżki odwoławczej od decyzji dyrektora, który takiej zgody odmówi. Dodatkowo, pojawia się szereg niejasności odnośnie wyrażania zgody na dodatkowe zatrudnienie - czy czasowa zgoda będzie za każdym razem wyrażana i przez kogo: pierwszego czy każdego kolejnego świadczeniodawcę ? W ostateczności w praktyce takie

„furtki” mogą prowadzić do lokalnych monopolii kadrowych – duże szpitale będą blokować pracowników, aby nie „uciekali” do konkurencyjnych podmiotów.

- **Minimalna zawartość umów**

Projekt określa, że: „umowy będą obligatoryjnie określać rodzaj i liczbę wykonywanych zadań (...) oraz stawki godzinowe” (art. 132aa ust. 9–10)

Z zaskoczeniem przyjęliśmy proponowane rozwiązanie zakładające wymogi minimalnej zawartości umowy, na podstawie której będą zatrudniani pracownicy medyczni udzielający świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ – który będzie obowiązywać w odniesieniu do wszystkich umów, a nie tylko kontraktowych. Umowy z pracownikami mają obligatoryjnie określać rodzaj i liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz stawki godzinowe wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań, a w przypadku umów innych niż umowa o pracę - określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie taka była intencja dyskusji prowadzonych wspólnie w Trójstronnym Zespole na ten temat. Wskazywaliśmy, że umowy kontraktowe powinny mieć jednolity wzór, by nie było „wyjątków” umożliwiających ich obchodzenia. Nie było jednak nigdy wskazywane rozszerzanie tej regulacji na umowy o pracę. Ustawa poprzez taką konstrukcję umowy narzuca de facto rygor umów cywilnoprawnych na umowy o pracę i wprowadza sztuczne zrównywanie form zatrudnienia. Poprzez nadmierną ingerencję regulacji w kodeksowe umowy o pracę następuje włączenie w nie elementów charakterystycznych dla kontraktów – co jest nie do przyjęcia.

Przepisy przejściowe zakładają także, że wszystkie umowy niespełniające nowych wymogów wygasną z dniem 31 grudnia 2026 r., co w praktyce będzie oznaczać wypowiedzanie wszystkich umów o pracę (nie tylko umów kontraktowych – a to było ideą zmian!) i zawierania umów zmieniających pod koniec br. Może to skutkować na pół miliona pracowników, co rodzi wysokie prawdopodobieństwo chaosu organizacyjnego i kadrowego pod koniec bieżącego roku w całym systemie ochrony zdrowia. Ustawa bowiem dotyczy wszystkich pracowników medycznych tj. 22 zawody określone w ustawie o niektórych zawodach medycznych oraz pozostałych ustawach zawodowych.

- **Limity wynagrodzeń (miesięczne) wyjątki, dodatkowe wynagrodzenie**

Projekt określa: „maksymalną stawkę godzinową w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia” (art. 132ab ust. 1); limit miesięczny (art. 132ab ust. 7–8), „maksymalne wynagrodzenie miesięczne (...) w wysokości iloczynu (...) i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia”.

Przepisy w obecnym kształcie są nie do przyjęcia; dopuszczają wiele wyjątków od generalnej zasady miesięcznego limitu wynagrodzenia, co oznacza ich fikcyjność w praktyce i uznaniowość zasad przyznawania wynagrodzeń.

Projektodawca wprowadza limit wysokości wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w postaci maksymalnej stawki godzinowej, w wysokości 1/20

minimalnego wynagrodzenia. Jednocześnie świadczeniodawca będzie mógł przyznać wynagrodzenie dodatkowe przekraczające maksymalną stawkę godzinową w przypadkach określonych w ustawie (wykonanie określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, w przypadku zadań kierowniczych, dydaktycznych, naukowych, organizacyjnych, związanych z nadzorem nad jakością lub koordynacją procesu leczenia czy w przypadkach wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą).

Pojawia się wiele pytań: jakie sytuacje można uznać za ponadstandardowe obciążenie pracą? jakie umiejętności można uznać za „szczególne”? Są to nieostre i niezdefiniowane pojęcia, pozostawiające szeroką uznaniowość kierownikom podmiotów leczniczych. **Wdrożenie tak skonstruowanego prawa w praktyce nic nie zmieni, pracownicy zarabiający najwięcej, będą nadal wynagradzani według uznania dyrektora, bez jasnych kryteriów – na mocy ustawowych wyjątków.**

Pytania i wątpliwości na które strona społeczna nie uzyskała odpowiedzi podczas dyskusji na posiedzeniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia są aktualne i w ramach ww. obszaru limitu wynagrodzeń, zasad ich przyznawania i wyjątków dotyczą m.in. sytuacji:

- czy jeśli będę pracować na 1 etacie – to też obowiązuje limit czy nie?
- czy nie jest zagrożeniem ograniczenie dostępności dyżurów, jeśli pracownicy medyczni na dyżurach osiągną limit płac?
- czy maksymalny limit wynagrodzenia (bądź stawki godzinowej) obejmuje dodatki za godziny nadliczbowe, wystugę lat, pracę w nocy, nagrody jubileuszowe oraz wszystkie inne składniki wynagrodzeń obowiązujące w aktach prawa wewnętrznego podmiotu leczniczego (regulaminach wynagrodzeń czy zakładowych układach zbiorowych pracy)?

Odrębną kwestią jest rozważenie proponowanej wysokości maksymalnego wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, które zgodnie z projektem nie będzie mogło przekroczyć 76 800 zł przy wymiarze czasu pracy odpowiadającemu dwóm etatom (38 400 dla wymiaru czasu pracy odpowiadającego 1 etatowi). Wprowadzenie limitu na tym poziomie może stworzyć presję na wzrost płac, zwłaszcza w grupie osób, których obecne wynagrodzenia miesięczne znajdują się poniżej ustalonego w projekcie ustawy limitu. W rezultacie, cel tego rozwiązania może nie zostać w praktyce osiągnięty. Ponadto, opinia publiczna została jedynie poinformowana o takim poziomie maksymalnych płac, nie jest jednak znana metodologia wyliczenia takiego limitu, ani stawki godzinowej.

Należy też jednoznacznie wyjaśnić relację nowych limitów płac, obowiązujących pracowników etatowych na mocy proponowanych przepisów do obowiązującej ustawy o najniższym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, tak aby nie doszło do stopniowego osłabiania jej znaczenia i pogarszania sytuacji płacowej pracowników etatowych objętych ustawą o najniższych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia.

• Pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia a dodatkowe zatrudnienie

Nowelizacja wprowadza zapis, iż: „Prezes NFZ będzie wyrażał zgodę albo jej odmowę (...) na inne aktywności zawodowe pracownika” (art. 112).

Nowe brzmienie przepisu ma na celu stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach. Zdaniem Funduszu jest to niezbędne, z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie i ma wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez Fundusz.

Pojawia się wiele zastrzeżeń odnośnie ryzyka konfliktu interesów, bowiem to Prezes Funduszu będzie decydował, czy pracownik może pracować w sektorze ochrony zdrowia, który NFZ kontroluje. Nietworzenie konfliktu interesów w takiej sytuacji będzie dość trudne, przy możliwości pracy w NFZ i jednoczesnym uzyskiwaniu dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej. Projekt nie wskazuje, jakie klauzule zamierza się zastosować w tych sytuacjach. Wskazanie w przepisach, że podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej ma dotyczyć zakresu niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ oraz nietworzącym konfliktu interesów jest dalece niewystarczające. W naszej ocenie należałoby zadbać o systematyczny wzrost i waloryzację wynagrodzeń pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, o co od lat wnoszą partnerzy społeczni Trójstronnego Zespołu. Uznaniowość i decyzyjność prezesa NFZ jako pracodawcy jest w takiej sytuacji zbyt daleko idąca.

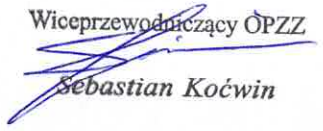
Podsumowując:

Projekt ustawy w obecnym kształcie jest nie do zaakceptowania – ze względu na niespójność i wykluczające się przepisy, dowolność interpretacji oraz pozorne rozwiązania maksymalnych wynagrodzeń, które zamiast wprowadzić przejrzystość wynagrodzeń - wprowadzą chaos organizacyjny i utrwalą obowiązujące patologie w systemie ochrony zdrowia. Przepisy zamiast uporządkować rynek kontraktów w ochronie zdrowia, tworzą chaos prawny, liczne wyjątki i mechanizmy uznaniowe, które pozwolą omijać limity wynagrodzeń i osłabiają prawa pracowników.

Nie ma także zgody OPZZ na łamanie trybu konsultacji społecznych, zwłaszcza w przypadku projektu ustawy wprost regulującego sprawy pracownicze i płacowe. Brak pogłębionego dialogu ze stroną związkową i pracodawcami na temat propozycji przedstawionych w projekcie znacząco osłabia jego wartość merytoryczną sprawiając, że nie jest on zaakceptowany w drodze dialogu i porozumienia.

Z poważaniem

Wiceprzewodniczący OPZZ


Sebastian Koćwin

