

Stanowisko ORL-5/2026/X
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 4 sierpnia 2026 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Wielkopolska Izba Lekarska, realizując zadanie samorządu lekarzy określone w art. 5 pkt 12, 15 i 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.), przedstawia uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (projekt z dnia 24 lipca 2026 r., nr w wykazie prac legislacyjnych UD439).

Wielkopolska Izba Lekarska podziela diagnozę projektodawcy dotyczącą niedoboru wysoce wyspecjalizowanych kadr medycznych oraz niekorzystnych następstw rozproszenia aktywności zawodowej osób wykonujących profesje medyczne. Stwierdza jednocześnie, że przyjęte w projekcie rozwiązania nie odpowiadają diagnozie, w istotnej części nie spełniają konstytucyjnych warunków dopuszczalności ograniczeń praw i wolności.

Uwagi ogólne przedstawiono w części I, uwagi szczegółowe wraz z propozycjami zmian — w części II.

CZĘŚĆ I. UWAGI ZASADNICZE

1. Projektowane ograniczenia nie przechodzą testu proporcjonalności

Rozwiązania zawarte w projektowanym art. 132aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej “ustawą o świadczeniach”, ograniczają jednocześnie: wolność wykonywania zawodu i wyboru miejsca pracy (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP), swobodę umów oraz — po stronie podmiotów zatrudniających — wolność działalności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP). Wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązań ograniczających wskazane powyżej prawa i swobody obywatelskie możliwe jest jedynie sytuacji opisanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Ograniczenia tych praw i swobód mogą być wprowadzane w drodze ustawy jedynie wówczas, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Jednakże, wprowadzane w takich warunkach ograniczenia nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Spełniając wymóg formy ustawowej projekt nie spełnia pozostałych wynikających z art. 31 Konstytucji RP warunków umożliwiających ograniczenie praw i swobód obywatelskich. Tekst projektu oraz jego uzasadnienie nie zawierają rozważenia innych mniej dolegliwych rozwiązań prawnych ani wykazania, że rozwiązania takie okazałyby się niewystarczające.

Tymczasem ocena proporcjonalności projektowanych rozwiązań wypada negatywnie. Skoro istnieje kilka możliwych sposobów ograniczenia danego prawa konstytucyjnego ze względu na konstytucyjnie usprawiedliwiony cel, należy wybrać środek jak najmniej uciążliwy.

Środki mniej dolegliwe wobec problemu rozproszenia personelu istnieją i nie zostały wykorzystane. Należą do nich w szczególności: obowiązkowe protokoły przekazania pacjenta między lekarzami, ustawowe zasady wyznaczania lekarza prowadzącego wraz z zakresem jego odpowiedzialności, wymogi ciągłości opieki odnoszone do procesu leczenia, a nie do wymiaru etatu, a także standardy dokumentacji przekazania. Żaden z nich nie ingeruje w wolność wykonywania zawodu, a każdy odpowiada wprost na ryzyko opisane w uzasadnieniu projektu wskazane jako podstawa interwencji projektodawcy.

2. Uzależnienie zakresu wykonywania zawodu od wymiaru zatrudnienia

Projektowany art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach ogranicza łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców do równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy. Sam kierunek – przeciwdziałanie nadmiernemu, potencjalnie niebezpiecznemu dla pacjentów rozproszeniu aktywności zawodowej – zasługuje co do zasady na aprobatę, jednak projektodawca nie przedstawił w uzasadnieniu żadnej analizy wpływu tego ograniczenia na dostępność świadczeń w regionach i dziedzinach medycyny odczuwających największy deficyt kadr, ani mechanizmu, który zabezpieczałby ciągłość udzielania świadczeń w okresie przejściowym. Wprowadzony w art. 132aa ust. 8 wyjątek, uzależniający czasowe odstępianie od tych wymogów od uznaniowej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia udzielanej na wniosek świadczeniodawcy, nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia interesu pacjentów – jest to rozwiązanie doraźne, aktywowane post factum, a nie systemowe planowanie zasobów kadrowych a przy tym wadliwe, o czym dalej.

Projektowany art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach uzależnia możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju od wymiaru zatrudnienia. Pozostaje to w kolizji z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Projekt czyni zatem zakres wykonywania zawodu pochodną konstrukcji umowy stanowiącej podstawę zatrudnienia, a nie posiadanych kwalifikacji. Stanowi to ingerencję w istotę uprawnień zawodowych, swobodę wykonywania zawodu oraz swobodę działalności gospodarczej. Nie ma żadnych racjonalnych przesłanek, które z punktu widzenia bezpieczeństwa i porządku publicznego albo ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób uzasadniałyby wprowadzenie tego rodzaju ograniczeń. Projektowane zmiany nie zwiększą liczby lekarzy w systemie ani nie zwiększą dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Wymóg połowy wymiaru czasu pracy nie może obejmować ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Niezależnie od zastrzeżeń przedstawionych w pkt 2, rozciągnięcie wymogu z projektowanego art. 132aa ust. 3 na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wymaga odrębnego rozpatrzenia. Izba dostrzega argumenty przemawiające za wiązaniem lekarza z jednym miejscem pracy w warunkach oddziału szpitalnego, gdzie proces leczniczy trwa wiele dni i jest prowadzony zmianowo. Argumenty te nie zachowują jednak aktualności w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej.

Uzasadnienie projektu w części dotyczącej projektowanego art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach odwołuje się wyłącznie do realiów lecznictwa zamkniętego: rotacji personelu w skali tygodnia i miesiąca, konieczności zapoznawania się z postępami procesu leczenia, ryzyka błędu przy przekazywaniu pacjenta między lekarzami, prowadzenia holistycznego procesu leczniczego. Dla objęcia tym projektowanym ograniczeniem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej projektodawca nie przedstawił żadnego argumentu. Rozszerzenie to nie zostało w uzasadnieniu omówione. Oznacza to, że nie tylko nie jest znane uzasadnienie dla objęcia tą zmianą opieki ambulatoryjnej, ale także nie jest możliwe przeprowadzenie w tym zakresie testu proporcjonalności ingerencji ustawodawcy.

Jednostką pracy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest porada — świadczenie jednorazowe, zamknięte i w całości udokumentowane. Nie występuje tu przekazanie pacjenta między zmianami, ponieważ nie występuje zmianowy tryb pracy. Ciągłość opieki zapewnia przypisanie pacjenta do lekarza prowadzącego go w poradni, a nie wymiar zatrudnienia tego lekarza. Specjalista przyjmujący w poradni jeden dzień w tygodniu widzi tego samego pacjenta przy każdej kolejnej wizycie — zapewnia zatem ciągłość większą, nie mniejszą niż zmieniający się skład dyżurowy oddziału.

Skutki praktyczne projektowanych zmian dla opieki ambulatoryjnej są do przewidzenia. Poradnie przyszpitalne w większości funkcjonują w oparciu o specjalistów przyjmujących jeden lub dwa dni w tygodniu. Wymóg zatrudnienia pracowników medycznych w poradniach specjalistycznych w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy oznacza około dwóch i pół dnia pracy jednego lekarza tygodniowo w jednej poradni, co dla większości z nich jest niewykonalne. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowi jednocześnie wąskie gardło systemu, o najdłuższych raportowanych kolejkach do świadczeń zdrowotnych. Ograniczenie kręgu lekarzy uprawnionych do udzielania porad ambulatoryjnych dodatkowo wydłuży czas oczekiwania pacjentów, co pozostaje w sprzeczności z deklarowanym celem projektu. Projektowane zmiany mogą także doprowadzić do zmniejszenia dostępności świadczeń ambulatoryjnych, które zagregowane zostaną w mniejszej liczbie podmiotów leczniczych, które skupią personel medyczny w większym niż dotychczas stosowanym wymiarze czasu pracy.

Odrębną wadą jest zakres zastosowania przepisu prawnego. Wymóg obejmuje ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wyłącznie wtedy, gdy realizowana jest w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy posiadającego umowę z zakresu leczenia szpitalnego. Tożsama porada specjalistyczna, udzielana przez tego samego lekarza, podlega więc odmiennemu reżimowi

w zależności od tego, czy poradnia jest jednostką przyszpitalną, czy organizacyjnie wyodrębnioną. Kryterium to nie ma żadnego związku z jakością ani ciągłością opieki i budzi wątpliwości na gruncie zasady równości (art. 32 Konstytucji RP). Jego przewidywalnym skutkiem jest wyodrębnienie poradni specjalistycznych poza struktury szpitali, a więc pogłębienie rozdrobnienia opieki — odwrotnie od deklarowanego celu projektu.

Analogiczne zastrzeżenia dotyczą świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć. Dyżur ma tam charakter jednostkowy i zamknięty, a lekarz dyżurujący raz w miesiącu w pełni realizuje powierzone mu zadanie. Argument ciągłości wielodniowej opieki nad pacjentem prowadzonej w tych warunkach jest bezprzedmiotowy z uwagi na charakter udzielanych świadczeń.

Wielkopolska Izba Lekarska wnosi w konsekwencji o wykreślenie z art. 132aa ust. 3 wyrazów „lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” oraz o wyłączenie z zakresu tego przepisu świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć.

4. Dyskryminacja pośrednia

Sztywny próg połowy wymiaru czasu pracy jest kryterium pozornie neutralnym. W praktyce wyklucza określone grupy osób, w tym szczególnie osoby łączące pracę zawodową z obowiązkami opiekuńczymi, osoby z niepełnosprawnościami, lekarzy łączących pracę kliniczną z działalnością naukową i dydaktyczną. Wyżej opisana konstrukcja spełnia przesłanki dyskryminacji pośredniej — kryterium nie odwołuje się wprost do cechy chronionej, lecz w rzeczywistości wyodrębnia grupy wyróżniane wspólną cechą.

Izba zwraca uwagę, że projekt wprowadza jednocześnie do ustawy o prawach pacjenta art. 8a zakazujący dyskryminacji między innymi ze względu na płeć i niepełnosprawność.

Wprowadzanie w tym samym projekcie rozwiązań prawnych, które choć pośrednio, to jednak nieodzownie prowadzą do dyskryminacji określonych grup pracowników medycznych w zakresie kształtowania ich warunków zatrudnienia jest wysoce niewłaściwe.

Niezależnie od powyższego ograniczenie jest wprost sprzeczne z celem, jakim jest przeciwdziałanie niedoborowi kadr, gdyż wyklucza z udzielania świadczeń grupy lekarzy mających uzasadniony interes w niestandardowym czasie zatrudnienia, jednocześnie rozwiązując takie ograniczy szpitalom powiatowym dostęp do lekarzy.

5. Stawka godzinowa i propozycja alternatywna

Projektowany art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadza jednolitą, sztywną maksymalną stawkę godzinową brutto w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę (co odpowiada zapowiadanej przez projektodawcę kwocie ok. 240 zł brutto za godzinę), niezależnie od specjalizacji, miejsca i warunków udzielania świadczeń, stopnia deficytowości danej dziedziny medycyny czy trudności w pozyskaniu kadr na danym terenie. Rozwiązanie to, jak trafnie zwracano uwagę w dyskusji publicznej wokół zapowiedzi resortu, „traktuje wszystkich tak samo”, nie uwzględniając zasadniczych różnic między poszczególnymi placówkami. Wielkopolska Izba Lekarska w szczególności zwraca uwagę na ryzyko związane z wprowadzeniem sztywnego limitu, który uderzy najdotkliwiej w szpitale powiatowe i inne

placówki o utrwalonych trudnościach kadrowych. Podmioty te jedynie dzięki konkurencyjnym stawkom wynagrodzeń były w stanie zapewnić dostępność lekarzy dojeżdżających na dyżury z odległych ośrodków. Ograniczenie możliwości finansowego motywowania takich osób, bez jednoczesnego zaproponowania innych, systemowych instrumentów zabezpieczenia obsady dyżurów, może doprowadzić do realnego ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń ratujących życie, w placówkach zlokalizowanych poza dużymi ośrodkami miejskimi – a więc do skutku odwrotnego od zamierzonego.

Izba sprzeciwia się wprowadzeniu maksymalnej stawki godzinowej w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Minimalne wynagrodzenie jest instrumentem ochrony pracowników najniżej wynagradzanych (art. 65 ust. 4 Konstytucji RP), a nie miernikiem wartości pracy. Projekt odwraca funkcję tej instytucji. Dla wynagrodzeń w podmiotach leczniczych ustawodawca posługuje się już inną podstawą odniesienia — przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej, wraz ze współczynnikami różnicującymi według kwalifikacji.

Wynagrodzenie za czas obecności jest właściwe tam, gdzie treścią zobowiązania lekarza jest pozostawanie w gotowości lub w trybie pracy ciągłej nie poddającej się kwantyfikacji świadczenia — na dyżurze, w szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale szpitalnym. Nie jest właściwe tam, gdzie miarą pracy jest liczba i złożoność wykonanych procedur. Wynagrodzenie godzinowe nie premiuje ilości wykonanej pracy: jego wysokość jest identyczna niezależnie od tego, czy lekarz wykona w danym czasie jedną operację, czy trzy.

Izba proponuje w to miejsce rozwiązanie, które realizuje cel projektodawcy pełniej niż limit godzinowy:

- 1) w wycenie każdego świadczenia gwarantowanego wyodrębnia się część odpowiadającą wynagrodzeniu lekarza — obok części przypadającej na wynagrodzenie pozostałego personelu, koszt badań, wyrobów medycznych i pozostałe koszty świadczeniodawcy;
- 2) wynagrodzenie lekarza wykonującego procedury w formie kontraktu ustala się jako iloczyn tak wyodrębnionej kwoty i liczby wykonanych świadczeń;
- 3) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stosuje się stawkę kwotową za poradę, powiększoną o odrębne stawki kwotowe za badania diagnostyczne wykonywane osobiście przez lekarza, w szczególności badania ultrasonograficzne oraz za zabiegi wykonywane w warunkach ambulatoryjnych.

Rozwiązanie to nie jest stawką procentową wynagrodzenia świadczeniodawcy. Nie powoduje automatycznego przenoszenia wzrostu taryfy na wynagrodzenie, a więc odpowiada celowi projektowanego art. 132ab ust. 11, zachowując jednocześnie związek wynagrodzenia z realną wartością wykonanej pracy i różnicując je według złożoności procedury. Model godzinowy przewidziany w projekcie takiego różnicowania nie zapewnia i w praktyce zniechęca do podejmowania procedur najtrudniejszych, wymagających wieloletniego, finansowanego samodzielnie kształcenia.

6. Kara umowna nakładana władczo przez organ

Projektowany art. 311c ust. 11 stanowi, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną. Kara umowna jest instytucją prawa cywilnego (art. 483 Kodeksu cywilnego) — zastrzegają ją strony w umowie; nie jest nakładana jednostronnie przez organ na podstawie przepisu ustawy.

Stosownie do treści art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych określone są w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których treść ustala w formie rozporządzenia Minister Zdrowia. Wprowadzenie do umów zawieranych z świadczeniodawcami przez Narodowy Fundusz Zdrowia nowej kary umownej wymaga zatem zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej a nie zmiany ustawy o świadczeniach.

7. Wadliwość przepisu karnego

Projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11 opisuje znamiona wykroczenia jako podejmowanie działań prowadzących do naruszenia wymogów albo niepodejmowanie działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów. Tak ogólny opis nie spełnia wymogu określoności czynu zabronionego.

Nadto zgodność z limitem czasu pracy zależy od oświadczeń składanych przez osobę zatrudnianą o jej zatrudnieniu u innych podmiotów. Kierownik podmiotu leczniczego nie ma ustawowego narzędzia weryfikacji tych oświadczeń — nie istnieje rejestr wymiaru zatrudnienia osób wykonujących zawody medyczne, a projekt go nie tworzy. Obciąża się zatem kierownika odpowiedzialnością za prawdziwość oświadczenia wiedzy innej osoby. Tak niejasno i blankietowo skonstruowany przepis karny nie może w demokratycznym państwie prawa zostać wprowadzony do obrotu prawnego. Nie daje on kierownikom podmiotów leczniczych pewności jakie ich zachowania pozostają poza dyspozycją tego przepisu, a jakie narażają ich na odpowiedzialność karną.

Przewidziany w projekcie obowiązek składania przez zatrudnianego lekarza pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, oświadczenia o łącznym wymiarze czasu pracy jego równoważnika, wynikającego z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami jest środkiem zbyt rygorystycznym. Cel projektodawcy może być osiągnięty poprzez nałożenie na kierownika zatrudniającego lekarza podmiotu sprawdzenia informacji o wymiarze jego zaangażowania zawodowego w innych podmiotach w systemie SZOI. Projekt powinien zatem wprowadzić mechanizmy umożliwiające weryfikację czasu zatrudnienia lekarza w innych podmiotach posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w systemie SZOI zamiast nakładać na lekarzy obowiązek składania oświadczeń w tym zakresie pod rygorem odpowiedzialności zawodowej.

8. Zakres podmiotowy — objęcie działalności niefinansowanej ze środków publicznych

Projekt istotnie poszerza uprawnienia kontrolne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in. przez dodanie art. 61ba ustawy o świadczeniach, przyznającego Prezesowi Funduszu nieodpłatny dostęp do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych podmiotów leczniczych, w tym w zakresie świadczeń nieobjętych umową z Funduszem, a także art. 61a ust. 1a, umożliwiającego kontrolę sposobu wykorzystania środków publicznych przez świadczeniodawców i apteki. Jakkolwiek cel weryfikacji rzetelności rozliczeń ze środków publicznych jest zrozumiały, zakres i sposób sformułowania tych przepisów budzi wątpliwości co do zachowania zasady proporcjonalności – dostęp do pełnej dokumentacji kadrowej i medycznej, obejmującej również aktywność zawodową poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowi daleko idącą ingerencję w sferę prywatności pracowników medycznych i tajemnicę przedsiębiorstwa świadczeniodawców. Projektodawca w ocenie skutków regulacji wprost stwierdził, że projekt „nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych” i z tego względu odstąpił od przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 RODO – stanowisko to, w świetle zakresu nowych uprawnień NFZ do przetwarzania danych kadrowych i medycznych, Wielkopolska Izba Lekarska uznaje za nietrafne i wymagające ponownej analizy.

Projekt rozciąga obowiązki na podmioty i umowy pozostające całkowicie poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Dotyczy to co najmniej trzech projektowanych przepisów: art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach, który odsyła do pojęcia świadczeniodawcy obejmującego każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą; art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej, które ograniczenia do środków publicznych nie zawierają poza trybem konkursu ofert; oraz art. 192a ust. 1 pkt 4, adresowanego wprost do podmiotów nieposiadających zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest organem nadzoru nad rynkiem usług medycznych. Nie ma podstawy, by gromadził dane o personelu i pacjentach podmiotów, z którymi nie łączy go żaden stosunek prawny, ani by sankcjonował ich odmowę udostępnienia dokumentacji. Rozciągnięcie obowiązków poza system publiczny nie znajduje uzasadnienia w celu projektu i stanowi nieproporcjonalne ograniczenie wolności działalności gospodarczej.

Odrębną wątpliwość budzi wykluczenie osób prawnych z kręgu przyjmujących zamówienie (art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Różnicowanie wykonawców wyłącznie ze względu na formę prowadzenia działalności pozostaje w sprzeczności ze swobodą przedsiębiorczości i swobodą świadczenia usług (art. 49 i art. 56 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej). Cel przeciwdziałania pośrednictwu w zatrudnieniu jest osiągalny przez wymogi przedmiotowe wobec przyjmującego zamówienie, bez wykluczania całej kategorii podmiotów.

9. Wygaśnięcie umów i vacatio legis

Artykuł 4 projektu przewiduje wygaśnięcie z mocy prawa, z dniem 31 grudnia 2026 r., umów zawartych zgodnie z prawem obowiązującym w dacie ich zawarcia. Godzi to w zasadę ochrony praw słusznie nabytych oraz zasadę zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie

prawa (art. 2 Konstytucji RP). Automatyczne wygaśnięcie umów cywilnoprawnych i innych aktów kreujących zatrudnienie, bez zapewnienia realnego okresu przejściowego adekwatnego do konieczności renegotjacji warunków współpracy z dziesiątkami tysięcy osób wykonujących zawody medyczne oraz do harmonogramów pracy szpitali (grafiki dyżurowe, obsada oddziałów), rodzi poważne ryzyko destabilizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych na przełomie 2026 i 2027 r.

Tak daleko idąca ingerencja ustawodawcy w rynek usług, łamiąca podstawową zasadę stosunków cywilnoprawnych opartych na umowach - zasadę swobody umów, jest niespotykana w historii nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale w historii wolnego obrotu gospodarczego w Polsce. Projekt nie przewiduje instytucji dostosowania umowy — jedynym skutkiem jest wygaśnięcie całego stosunku prawnego.

Czternastodniowe *vacatio legis* jest przy tym nieadekwatne do skali zmian, obejmujących wszystkie umowy o pracę i umowy cywilnoprawne w ochronie zdrowia. Odstąpienie od zasady wyrażonej w art. 68b ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców nie zostało wykazane w sposób odpowiadający wadze ograniczenia. Podmioty lecznicze nie są w stanie pozyskać personelu w wymiarze wymaganym przez ustawę w terminie kilku miesięcy.

Odrębną kwestią od czternastodniowego *vacatio legis* samej ustawy pozostaje długość faktycznego okresu, jaki podmioty lecznicze i pracownicy medyczni będą mieli na dostosowanie się do wygaśnięcia umów z dniem 31 grudnia 2026 r. Okres ten zależy od daty wejścia ustawy w życie i nie powinien być utożsamiany z *vacatio legis* — oba zagadnienia wymagają odrębnego wydłużenia, co znajduje odzwierciedlenie w postulatach zawartych w wierszach 26 i 27 części II niniejszych uwag.

Tak daleko idące ingerencje w rynek usług zdrowotnych nie mogą być wprowadzane w życie z *vacatio legis* krótszym niż 12 miesięcy oraz z zastąpieniem wygaśnięcia umów obowiązkiem ich dostosowania, ze skutkiem bezskuteczności wyłącznie postanowień sprzecznych z ustawą.

10. Postulaty uzupełniające

W przypadku procedowania projektu ustawy Wielkopolska Izba Lekarska wnosi o jego rozszerzenie o dwa rozwiązania, bez których proponowana regulacja pozostaje jednostronna.

Po pierwsze — o obowiązek wydania pacjentowi po zakończeniu leczenia szpitalnego zestawienia wartości udzielonego świadczenia z rozbiciem na wyroby medyczne i leki, koszt badań, koszt pobytu, wynagrodzenie personelu oraz pozostałe koszty podmiotu leczniczego. Debata o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia toczy się obecnie bez punktu odniesienia, ponieważ pacjent nie zna ani wartości udzielonego mu świadczenia, ani jej struktury.

Po drugie — o powiązanie limitów wynagrodzeń z wdrożeniem systemu rekompensaty zdarzeń medycznych bez orzekania o winie. Projekt ogranicza wynagrodzenia za świadczenia obarczone najwyższym ryzykiem, nie zmieniając zasad odpowiedzialności lekarza, który za te same świadczenia odpowiada karnie, cywilnie, zawodowo i pracowniczo.

Reasumując powyższe uwagi Wielkopolska Izba Lekarska wskazuje, że projektowane zmiany są niezgodne z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, przewidują rozwiązania, które nie zapewnią realizacji zakładanych przez projektodawcę celów a z pewnością

zwiększą chaos w systemie ochrony zdrowia. Projektodawca nie dokonał oceny skutków projektowanych zmian na przepływ kadr medycznych - zarówno pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym jaki i możliwy odpływ tych kadr z kraju.

Mając powyższe na uwadze projekt w przedstawionym brzmieniu należy odrzucić w całości, a prace nad rozwiązaniami, które w niezbędnym zakresie uregulują sprawy czasu zaangażowania zawodowego pracowników medycznych, warunki ich zatrudnienia rozpocząć od nowa w dialogu ze środowiskami medycznymi.

CZĘŚĆ II. UWAGI SZCZEGÓŁOWE

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
1.	art. 311c ust. 11 ustawy o świadczeniach	Przepis przewiduje, że Prezes Funduszu „może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną”. Zgodnie z treścią art. 137 ust 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach kary umowne określone są w ogólnych warunkach umów	Wykreślić art. 311c ust. 11
2.	art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach	Limit odnosi się do zatrudnienia „u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców”. Pojęcie świadczeniodawcy (art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach) obejmuje każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, także nieposiadający umowy z Funduszem. Do limitu wliczana będzie aktywność zawodowa bez związku ze środkami publicznymi.	Ograniczyć liczenie łącznego wymiaru wyłącznie do zatrudnienia u świadczeniodawców realizujących umowy zawarte z Funduszem.
3.	art. 132aa ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach	Projekt posługuje się pojęciem „równoważnika wymiaru czasu pracy”, nie definiując go ani nie wskazując sposobu obliczania dla umów cywilnoprawnych, przy jednoczesnym obwarowaniu oświadczenia o jego wysokości rygorem odpowiedzialności karnej. Narusza to standard określoności przepisów prawa oraz zasadę nullum crimen sine lege certa w kontekście projektowanej treści art. 192 ustawy o świadczeniach	Wprowadzić ustawową definicję równoważnika wymiaru czasu pracy wraz z algorytmem jego ustalania.
4.	art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach	Uzależnienie możliwości udzielania świadczeń od wymiaru zatrudnienia pozostaje w kolizji z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym wykonywanie zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje. Projekt czyni zakres wykonywania zawodu pochodną konstrukcji umowy będącej podstawą zatrudnienia, a nie kwalifikacji. Wpływa to również na możliwość wypełniania obowiązków zawodowych i etycznych lekarza.	Skreślić ust. 3, ewentualnie ograniczyć wymóg wyłącznie do stanowisk, dla których ciągłość opieki jest wykazana, i zróżnicować próg według dziedziny.
5.	art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach — ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Objęcie wymogiem połowy wymiaru czasu pracy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest pozbawione uzasadnienia. Uzasadnienie projektu odwołuje się wyłącznie do argumentów oddziałowych — rotacji personelu między zmianami, konieczności zapoznawania się z postępami procesu leczniczego, ryzyka	Wykreślić z ust. 3 wyrazy „lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”.

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
		przy przekazywaniu pacjenta. Żaden z nich nie odnosi się do opieki ambulatoryjnej, w której jednostką pracy jest zamknięta, jednorazowa porada, w całości udokumentowana, a ciągłość zapewnia przypisanie pacjenta do lekarza prowadzącego, nie wymiar jego etatu. Projektodawca nie przedstawił dla tego rozszerzenia żadnego argumentu.	
6.	art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach — szpitalny oddział ratunkowy	Dyżur w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć ma charakter jednostkowy i zamknięty — lekarz dyżurujący raz w miesiącu realizuje zadanie w pełni, a argument ciągłości opieki nad pacjentem prowadzonym przez wiele dni jest tu bezprzedmiotowy. Wyłączenie z ust. 7 obejmuje wyłącznie świadczenia udzielane w stanie nagłym, co w warunkach oddziału ratunkowego dotyczy części, lecz nie całości udzielanych świadczeń.	Wyłączyć z zakresu ust. 3 świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć.
7.	art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach	Sztywny próg połowy wymiaru czasu pracy jest kryterium pozornie neutralnym, które w praktyce silniej dotyka określone grupy: osoby łączące pracę zawodową z opieką nad dziećmi, osoby z niepełnosprawnością oraz lekarzy łączących pracę kliniczną z pracą naukową. Jest to konstrukcja dyskryminacji pośredniej. Projekt wprowadza jednocześnie do ustawy o prawach pacjenta art. 8a zakazujący dyskryminacji między innymi ze względu na płeć i niepełnosprawność.	Skreślić ust. 3 w całości albo przewidzieć wyłączenia dla zatrudnienia w niepełnym wymiarze wynikającego z obowiązków opiekuńczych, niepełnosprawności oraz łączenia pracy klinicznej z działalnością naukowo-dydaktyczną.
8.	art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach	Wymóg uniemożliwi korzystanie z konsultacji specjalistycznych w podmiotach nieprowadzących komórki danej specjalności oraz w dziedzinach wąskich. Ograniczenie jest wprost sprzeczne z deklarowanym celem przeciwdziałania niedoborowi kadr, ponieważ wyklucza z udzielania świadczeń grupy lekarzy o uzasadnionym interesie w niestandardowym formacie zatrudnienia.	Wprowadzić wyłączenia dla konsultacji specjalistycznych, dziedzin deficytowych oraz lekarzy w wieku emerytalnym.
9.	art. 132aa ust. 5 ustawy o świadczeniach	Rozwiązanie zatrudnienia z mocy prawa wskutek niezłożenia oświadczenia stanowi obejście przepisów o wypowiedzaniu umów, pozbawia lekarza trybu odwoławczego i wywołuje skutek nieproporcjonalny do naruszenia o charakterze wyłącznie formalnym.	Skreślić zdanie drugie; zastąpić wezwaniem do złożenia oświadczenia w terminie 14 dni.

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
10.	art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach	Uzależnienie podjęcia zatrudnienia od zgody podmiotu konkurującego na tym samym rynku pracy narusza wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP). Przesłanka odmowy w przypadku “niezaspokojonych potrzeb kadrowych” w warunkach powszechnego deficytu będzie spełniona zawsze, wobec czego gwarancja jest pozorna. Norma jest niespójna z uzasadnieniem, w którym mowa o zgodzie wszystkich zatrudniających.	Skreślić ust. 6.
11.	art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach	Wyłączenie obejmuje jedynie świadczenia udzielane w stanie nagłym w czasie dyżuru. W chwili zawierania umowy nie jest możliwe ustalenie, które świadczenia będą udzielone w stanie nagłym, wobec czego wyłączenie jest niewykonalne. Poza wyłączeniem pozostaje kształcenie specjalizacyjne realizowane w innym podmiocie.	Objąć wyłączeniem dyżur medyczny w rozumieniu art. 95 ustawy o działalności leczniczej w całości, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, transport medyczny oraz zatrudnienie i dyżury realizowane w ramach programu specjalizacji i stażu podyplomowego.
12.	art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach	Zgoda Prezesa Funduszu na czasowe odstępianie od wymogów jest uprawnieniem w pełni uznaniowym: bez kryteriów, bez terminu rozpatrzenia, bez trybu odwoławczego i bez możliwości przedłużenia okresu sześciomiesięcznego.	Określić kryteria zgody, termin rozpatrzenia z domniemaniem zgody po jego upływie, tryb odwoławczy oraz dopuszczalność przedłużenia.
13.	art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach	Odniesienie maksymalnej stawki godzinowej do minimalnego wynagrodzenia za pracę jest wadliwe systemowo. Minimalne wynagrodzenie jest instrumentem ochrony pracowników najniżej wynagradzanych (art. 65 ust. 4 Konstytucji RP), nie powinno być miernikiem wartości pracy lekarza specjalisty. Dla wynagrodzeń w podmiotach leczniczych ustawodawca posługuje się inną podstawą odniesienia — przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem brutto w gospodarce narodowej.	Skreślić ust. 1. W razie utrzymania pułapu — oprzeć go na przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej, ze współczynnikami różnicującymi według tytułu specjalisty, dziedziny i stażu.
14.	art. 132ab ust. 1 w związku z ust. 7 ustawy o świadczeniach	Limity są wzajemnie niespójne. Stawka 1/20 minimalnego wynagrodzenia daje 240,30 zł za godzinę, natomiast limit miesięczny (ośmiokrotność minimalnego wynagrodzenia, tj. 38 448 zł) przy przeciętnym miesięcznym wymiarze 168 godzin odpowiada 228,86 zł za godzinę. Limit godzinowy jest pozorny.	Usunąć jeden z limitów albo doprowadzić je do wzajemnej spójności rachunkowej.

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
15.	art. 132ab ust. 4 ustawy o świadczeniach	Katalog zadań uzasadniających wynagrodzenie dodatkowe jest zamknięty i pomija funkcję kierownika specjalizacji, opiekuna stażu podyplomowego oraz gotowość do pracy poza harmonogramem.	Uzupełnić katalog o kierowanie specjalizacją, opiekę nad lekarzem stażystą, udział w komisjach podmiotu leczniczego oraz gotowość poza harmonogramem.
16.	art. 132ab ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach	Limit miesięczny obejmuje także wynagrodzenie za dyżur medyczny, mające charakter dodatku o podstawie ustawowej (art. 95 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 151(1) § 1–3 Kodeksu pracy). Po osiągnięciu limitu świadczeniodawca nie będzie mógł legalnie wynagrodzić lekarza za dyżur, pozostając zobowiązanym do zapewnienia całodobowej opieki. Analogicznie zanikną dodatki za pracę w niedziele i święta, co pozbawi świadczeniodawców jedynego instrumentu pozyskiwania obsady na te dni.	Wyłączyć z podstawy limitów miesięcznych wynagrodzenie za dyżur medyczny oraz dodatki za pracę w porze nocnej, w niedziele i święta.
17.	art. 132ab ust. 11 ustawy o świadczeniach	Cel przepisu — przerwanie automatycznego przenoszenia wzrostu taryfy na wynagrodzenia — jest zrozumiały, lecz obecne brzmienie eliminuje wszelkie modele powiązane z rzeczywiście wykonaną pracą i pozostawia wyłącznie wynagrodzenie za czas obecności.	Utrzymać zakaz stawki procentowej, dopuszczając wynagrodzenie kwotowe za jednostkę świadczenia zgodnie z propozycją zawartą w części I pkt 5 niniejszych uwag.
18.	art. 61ba ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach	Uprawnienie obejmuje nieodpłatny dostęp do dokumentacji medycznej i kadrowej bez ograniczenia przedmiotowego, w tym do informacji o świadczeniach nieobjętych umową z Funduszem. Deklarowany cel jest osiągalny na podstawie samej dokumentacji dotyczącej rozkładu czasu pracy.	Ograniczyć zakres do danych o rozkładzie czasu pracy i wymiarze zatrudnienia; wyłączyć dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów, którym nie udzielono świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
19.	art. 61g ust. 1 oraz uchylenie ust. 4–6 ustawy o świadczeniach	Zniesienie uprzedniego zawiadomienia o kontroli odbiega od standardu przyjętego w ustawie – Prawo przedsiębiorców i nie jest uzasadnione w odniesieniu do kontroli dokumentacyjnych, w których ryzyko utraty dowodów nie występuje. Izba nie kwestionuje potrzeby rzetelnej weryfikacji, lecz wybiórcze objęcie zastrzonym reżimem wyłącznie jednej grupy przedsiębiorców.	Zachować zasadę uprzedniego zawiadomienia z wyjątkami dla uzasadnionego ryzyka utraty dowodów. Jeżeli ustawodawca uznaje odstępienie od zawiadomienia za standard właściwy, powinien wprowadzić go jednolicie dla wszystkich przedsiębiorców, nie zaś wyłącznie w ochronie zdrowia.
20.	art. 61o ust. 4 ustawy o świadczeniach	Rygor odpowiedzialności karnej za wyjaśnienia obejmuje sytuacje, w których te same okoliczności stanowią podstawę odpowiedzialności	Wprowadzić obligatoryjne pouczenie o prawie odmowy udzielenia wyjaśnień w zakresie, w jakim mogłyby narazić składającego lub

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
		wykroczeniowej składającego wyjaśnienia. Projekt nie przewiduje prawa odmowy udzielenia wyjaśnień.	osobę najbliższą na odpowiedzialność karną lub wykroczeniową.
21.	art. 192a ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy o świadczeniach	Obowiązek udostępnienia dokumentacji medycznej obciąża podmioty nieposiadające umowy z Funduszem, a więc dotyczy pacjentów pozostających poza systemem finansowania ze środków publicznych, bez ich zgody i bez obowiązku informacyjnego. Przepis umieszczono poza działem IIIA ustawy, wobec czego nie stosuje się do niego gwarancji proceduralnych postępowania kontrolnego, a odmowa stanowi wykroczenie.	Skreślić lit. a. Pozostawić lit. b, ograniczoną do informacji o rozkładzie czasu pracy.
22.	art. 193 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach	Znamiona wykroczenia opisano jako „podejmowanie działań prowadzących do naruszenia wymogów albo niepodejmowanie działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów”. Tak ogólny opis nie spełnia wymogu określoności czynu zabronionego. Nadto zgodność z limitem czasu pracy zależy od oświadczeń składanych przez zatrudnianego, a kierownik nie dysponuje ustawowym narzędziem ich weryfikacji. Powstaje odpowiedzialność za oświadczenie wiedzy innej osoby, czyli odpowiedzialność o charakterze absolutnym.	Wykreślić projektowany art. 193 ust. 1 pkt 11.
23.	art. 26 ust. 1 i 1a ustawy o działalności leczniczej	Przepisy nie zawierają ograniczenia do podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych — zawiera je wyłącznie ust. 3, dotyczący trybu konkursu ofert. Nowe zasady obejmą także podmioty prowadzące działalność wyłącznie komercyjną.	Dodać w ust. 1 i 1a ograniczenie do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
24.	art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej	Wykluczenie osób prawnych z kręgu przyjmujących zamówienie różnicuje wykonawców wyłącznie ze względu na formę prowadzenia działalności. Rozwiązanie budzi wątpliwości co do zgodności ze swobodą przedsiębiorczości i swobodą świadczenia usług (art. 49 i art. 56 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej), a także z zasadą wyrażoną w prawie zamówień publicznych Unii, zgodnie z którą wykonawca uprawniony do świadczenia usługi w państwie siedziby nie może zostać odrzucony wyłącznie z tego powodu, że	Odstąpić od wykluczenia osób prawnych. Cel przeciwdziałania pośrednictwu w zatrudnieniu osiągnąć przez wymogi przedmiotowe wobec przyjmującego zamówienie — rzeczywiste wykonywanie działalności leczniczej, zasoby własne, zakaz wyłącznego podwykonawstwa osobowego.

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
		wymagana byłaby od niego forma osoby fizycznej albo prawnej.	
25.	art. 27 ust. 4 pkt 1a i 2a ustawy o działalności leczniczej	Obowiązek określenia łącznej liczby godzin oraz równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających, wraz z limitem dwukrotności etatu, obejmie umowy zawierane w sektorze wyłącznie komercyjnym. Nie znajduje to uzasadnienia w celu projektu i jest nieproporcjonalnym ograniczeniem wolności działalności gospodarczej (art. 22 Konstytucji RP).	Ograniczyć oba obowiązki do umów zawieranych przez podmioty realizujące umowy z Funduszem. Analogiczne ograniczenie wprowadzić w przepisach o ewidencjonowaniu i raportowaniu godzin, w tym w projektowanych aktach wykonawczych.
26.	art. 4 projektu	Wygaśnięcie z mocy prawa umów zawartych zgodnie z prawem obowiązującym w dacie ich zawarcia godzi w zasadę ochrony praw słusznie nabytych i zasadę zaufania do państwa (art. 2 Konstytucji RP). Projekt nie przewiduje instytucji dostosowania umowy, lecz wyłącznie jej wygaśnięcie w całości. Okres na dostosowanie jest nieproporcjonalnie krótki.	Zastąpić wygaśnięcie obowiązkiem dostosowania umów w terminie nie krótszym niż 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, ze skutkiem bezskuteczności wyłącznie postanowień sprzecznych z ustawą.
27.	art. 5 projektu	Czternastodniowy okres wejścia w życie jest nieadekwatny do skali zmian obejmujących wszystkie umowy o pracę i umowy cywilnoprawne w ochronie zdrowia. Odstąpienie od zasady z art. 68b ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców nie zostało wykazane w sposób odpowiadający wadze ograniczenia. Podmioty lecznicze nie są w stanie pozyskać personelu w takim terminie.	Wydłużyć okres wejścia w życie do 12 miesięcy od dnia ogłoszenia.
28.	art. 8a ustawy o prawach pacjenta	Izba popiera wprowadzenie zasady równego traktowania pacjentów. Przepis nie definiuje jednak odmiennego traktowania i w powiązaniu z nową przesłanką kontroli (art. 61v ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach) może objąć różnicowanie uzasadnione wskazaniami medycznymi.	Dodać zastrzeżenie, że nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania różnicowanie oparte na kryteriach medycznych, w szczególności na pilności stanu zdrowia i wskazaniach klinicznych.
29.	Postulat dodatkowy — jawność kosztów leczenia	Projekt zmierza do ograniczenia kosztów, nie tworząc jednocześnie żadnego mechanizmu informowania pacjenta o rzeczywistej strukturze kosztu udzielonego świadczenia. Powoduje to, że debata publiczna o wynagrodzeniach toczy się bez punktu odniesienia.	Wprowadzić obowiązek wydania pacjentowi po zakończeniu leczenia szpitalnego zestawienia wartości udzielonego świadczenia z rozbiciem na: wyroby medyczne i leki, koszt badań diagnostycznych, koszt pobytu, wynagrodzenie personelu medycznego oraz pozostałe koszty podmiotu leczniczego.

Lp.	Przepis projektu	Uwaga	Propozycja WIL
30.	Postulat dodatkowy — system no-fault	Projekt ogranicza wynagrodzenia za świadczenia obarczone najwyższym ryzykiem zawodowym, nie zmieniając zasad odpowiedzialności lekarza. Lekarz wykonujący procedury złożone ponosi jednocześnie odpowiedzialność karną, cywilną, zawodową i pracowniczą, a koszt kształcenia w tych procedurach pokrywa w znacznej części samodzielnie.	Powiązanie wprowadzenie limitów wynagrodzeń z wdrożeniem systemu rekompensaty zdarzeń medycznych bez orzekania o winie oraz z ograniczeniem odpowiedzialności karnej za nieumyślne błędy medyczne.
31.	Ocena skutków regulacji	Projekt nie zawiera oszacowania skutków kadrowych — prognozy odpływu lekarzy do sektora komercyjnego i poza granice kraju oraz wpływu tego odpływu na dostępność świadczeń. Bez tej oceny nie jest możliwa weryfikacja adekwatności środków do celu, a w konsekwencji przeprowadzenie testu proporcjonalności. Projektodawca odstąpił od przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych osobowych, uznając, że projekt „nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych”. W świetle nowych uprawnień do przetwarzania danych kadrowych i medycznych (art. 61ba) stanowisko to budzi wątpliwości opisane w części I pkt 8 niniejszych uwag.	Uzupełnić ocenę skutków regulacji o analizę skutków kadrowych i wpływu na dostępność świadczeń, z odrębnym omówieniem dziedzin deficytowych. Przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 RODO, przed dalszym procedowaniem projektu

Kwoty podane w uwagach obliczono przy minimalnym wynagrodzeniu za pracę w wysokości 4 806 zł obowiązującym w 2026 r.

SEKRETARZ

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**
/dokument podpisano elektronicznie/
dr n. med. i n. o zdr. Karol Lubarski

PREZES

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**
/dokument podpisano elektronicznie/
lek. Mateusz Szulca