

DLA	Dolnośląska Izba Lekarska ul. Kazimierza Wielkiego 45 50-077 Wrocław
DATA	5 sierpnia 2026 r.
PRZEDMIOT	Uwagi do projektu UD439 do wykorzystania w stanowisku Izby

UWAGI DO PROJEKTU UD439 DLA IZBY LEKARSKIEJ

Merytoryczna krytyka projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z 24 lipca 2026 r. (UD439)

Streszczenie projektu i danych • ocena merytoryczna i prawna • skutki dla pacjentów i systemu • środki mniej dolegliwe

Konkluzja

Zasadne jest uwzględnienie w stanowisku Izby postulatu wycofania projektu w obecnym kształcie i przeprowadzenia ponownej oceny skutków regulacji. Przedstawione materiały nie wykazują, aby skumulowane ograniczenia wynagrodzeń, czasu i miejsc pracy, form kontraktowania, trwałości umów oraz dostępu do danych były konieczne, skuteczne i proporcjonalne do deklarowanych celów.

1. Wprowadzenie i zakres stanowiska

Niniejszy materiał zawiera merytoryczną i prawną ocenę projektu UD439 oraz analizę jego możliwych skutków dla dostępności świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów, warunków wykonywania zawodów medycznych, ciągłości leczenia i stabilności systemu ochrony zdrowia.

Materiał opracowano z przeznaczeniem do wykorzystania przez Dolnośląską Izbę Lekarską przy formułowaniu stanowiska kierowanego do projektodawcy. Udział Izby w konsultacjach odpowiada ustawowym zadaniom samorządu lekarzy: opiniowaniu warunków pracy i płac, ochronie interesów indywidualnych i zbiorowych lekarzy, zajmowaniu stanowiska w sprawach polityki zdrowotnej i organizacji ochrony zdrowia oraz opiniowaniu projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza. Wynika to wprost z art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 12, 14-16 i 20 ustawy o izbach lekarskich. [P6]

Cele w postaci ochrony pacjentów, przeciwdziałania przemęczeniu personelu, kontroli wydatkowania środków publicznych i stabilności finansowej świadczeniodawców należy uznać za prawnie legitymowane. Przedmiotem krytyki są projektowane środki: ich konstrukcja, kumulacja, brak wykazania konieczności i skuteczności oraz ryzyko przeniesienia kosztów regulacji na deficytowy personel medyczny i pacjentów korzystających z opieki publicznej.

2. Streszczenie projektu i najważniejsze dane

2.1. Zakres projektowanych zmian

Projekt UD439 z 24 lipca 2026 r. został przedstawiony jako reforma służąca bezpieczeństwu pacjentów, ciągłości leczenia oraz ograniczeniu presji płacowej. Z oficjalnej informacji Ministerstwa Zdrowia i OSR wynikają następujące podstawowe rozwiązania: [S1] [S2]

Element projektu	Treść rozwiązania	Źródło
Limit zaangażowania	Łącznie do równowartości dwóch pełnych etatów u świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ; OSR posługuje się również limitem 320 godzin miesięcznie.	[S1] [S2]
Minimalny wymiar	Co najmniej 0,5 etatu w leczeniu szpitalnym i AOS działającej w strukturze szpitala; mniejsze poradnie pozaszpitalne mają pozostać poza tym obowiązkiem.	[S1] [S2]
Drugie zatrudnienie szpitalne	Co najmniej 0,5 etatu oraz zgoda pierwszego świadczeniodawcy, powiązana z oceną zaspokojenia jego potrzeb kadrowych.	[S1] [S2]
Wynagrodzenie	Maksymalna stawka godzinowa równa 1/20 minimalnego wynagrodzenia; miesięczny limit 8-krotności minimalnego wynagrodzenia przy jednym etacie i 16-krotności przy dwóch etatach; dopuszczalne dodatki za funkcje i kompetencje.	[S1] [S2]
Model rozliczeń	Zakaz wynagrodzenia stanowiącego procent wartości kontraktu z NFZ oraz ograniczenia dotyczące pośredniczących spółek i podwykonawstwa.	[S1] [S2]
Treść i trwałość umów	Obowiązek określenia rodzaju i liczby zadań, stawki godzinowej brutto, a przy umowach cywilnoprawnych również godzin i ich rozkładu; umowy niezgodne z nowymi zasadami mają wygasnąć 31 grudnia 2026 r.	[S1] [S2]
Odstępstwa	Wyjątek dla stanów nagłych oraz czasowe odstępstwo za zgodą Prezesa NFZ, maksymalnie na 6 miesięcy, jeżeli wymaga tego ciągłość lub dostępność świadczeń.	[S1] [S2]

Element projektu	Treść rozwiązania	Źródło
Kontrola	Rozszerzony dostęp NFZ do dokumentacji i danych kadrowych, także od podmiotów bez umowy z Funduszem; możliwość ponownej kontroli i odpowiedzialność za fałszywe wyjaśnienia.	[S1] [S2]

2.2. Dane istotne dla oceny projektu

Dane / zagadnienie	Ustalenie	Źródło
Skutek dla wydatków NFZ	OSR nie wykazuje bezpośredniej oszczędności po stronie NFZ. Zakłada przede wszystkim zmianę struktury kosztów świadczeniodawców oraz możliwą poprawę ich płynności lub zadłużenia.	[S2]
Koszt wdrożenia 2027-2036	NFZ: około 585,26 mln zł; AOTMiT: około 20,96 mln zł; łącznie około 606,22 mln zł. Saldo wskazane w OSR wynosi około -572,42 mln zł.	[S2]
Nowe etaty	480 dodatkowych etatów w NFZ, w tym 432 w centrali i 48 w oddziałach, oraz 8 etatów w AOTMiT.	[S2]
Personel kontrolny	W centrali kontrolnej przewidziano 95 lekarzy lub lekarzy dentystów. Wynagrodzenie lekarza-kontrolera ustalono na 18 tys. zł brutto i opisano jako niskie względem warunków rynkowych.	[S2]
Skala przetwarzania danych	AOTMiT ma cyklicznie przetwarzać dane dotyczące około 1 mln osób u około 17,6 tys. świadczeniodawców.	[S2]
Dostępność kadr	W 2025 r. w Polsce przypadało 3,9 praktykującego lekarza na 1000 mieszkańców wobec średniej UE 4,3 oraz 5,9 pielęgniarki wobec średniej UE 8,5. Niedobory są szczególnie widoczne w części specjalizacji, małych powiatach i na obszarach wiejskich.	[S3]
Niezaspokojone potrzeby	5,2% osób zgłaszających potrzebę opieki nie uzyskało jej z powodu kosztu, czasu oczekiwania lub odległości, wobec średniej UE 3,6%.	[S3]
Wydatki na zdrowie	Wydatki zdrowotne per capita w 2023 r. wynosiły 2266 EUR, czyli o 40% mniej niż średnia UE wynosząca 3832 EUR.	[S3]
Ograniczenia OSR	OSR nie przedstawia pełnych scenariuszy odpływu do sektora prywatnego, emigracji, zmniejszenia liczby godzin, zamykania komórek organizacyjnych, wzrostu cen prywatnych ani przesunięcia zasobów z opieki planowej do stanów nagłych.	[S2]
Mierniki ewaluacji	Ocena po roku ma opierać się głównie na spadku liczby osób zatrudnionych u więcej niż dwóch świadczeniodawców i wzroście liczby osób pracujących u jednego podmiotu.	[S2]

3. Merytoryczna krytyka projektu

Istota zastrzeżeń

Projekt łączy kilka odmiennych problemów - przemęczenie, wielomiejscowe zatrudnienie, wysokie stawki, zadłużenie placówek, ciągłość zespołów i kontrolę danych - w jeden pakiet ograniczeń. OSR nie wykazuje związku przyczynowego pomiędzy każdym z tych problemów a zastosowanym środkiem ani nie porównuje go z rozwiązaniami mniej dolegliwymi.

1. **Uproszczona diagnoza wielomiejscowego zatrudnienia.** OSR posługuje się określeniami „patologiczne zjawisko”, „nadmierna mobilność” i „nieograniczona migracja”, nie rozdzielając trzech odmiennych sytuacji: fikcyjnego jednoczesnego wykazywania dostępności, wykonywania pracy z naruszeniem norm odpoczynku oraz zgodnej z prawem pracy częściowej, dzięki której kilka placówek korzysta z deficytowej kompetencji. Wzrost stawek i rotacja personelu są przewidywalnym skutkiem niedoboru podaży pracy, obowiązku zapewnienia obsady i konkurencji między świadczeniodawcami. Jedno generalne ograniczenie nie odpowiada odmiennym przyczynom i skutkom tych zjawisk. [S2] [S3]
Podstawa prawna: § 24 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 oraz § 28 ust. 2 pkt 2a, 3 i 5 oraz ust. 3 pkt 1-2 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P12]
2. **Brak wykazanej bezpośredniej oszczędności systemowej.** Indywidualny limit wynagrodzeń nie obniża automatycznie wydatków NFZ, ponieważ Fundusz nadal finansuje kontrakt ze świadczeniodawcą. OSR opisuje zmianę struktury kosztów placówki, poprawę płynności lub ograniczenie zadłużenia, lecz nie dowodzi zmniejszenia luki finansowej płatnika. W konsekwencji podstawowy argument fiskalny nie został potwierdzony rachunkiem skutków. [S2]
Podstawa prawna: § 28 ust. 2 pkt 3-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. [P12] [P5]
3. **Brak mechanizmu przekazania korzyści pacjentom.** Projekt nie gwarantuje, że środki niewydane na pracę medyczną zostaną przeznaczone na zwiększenie liczby świadczeń, skrócenie kolejek, poprawę jakości lub bezpieczeństwa. Mogą zostać wykorzystane na obsługę zadłużenia, administrację, inne kategorie kosztów albo pozostać niewykorzystane. Bez celowego przeznaczenia środków i mierników pacjenckich związek pomiędzy limitem wynagrodzeń a korzyścią pacjenta pozostaje niewykazany. [S2]
Podstawa prawna: art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 ust. 1 i art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach; § 25a ust. 3 pkt 1-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P8] [P9] [P12]
4. **Niewykazany bilans kosztów i korzyści.** OSR przewiduje około 606,22 mln zł kosztów NFZ i AOTMiT oraz 488 nowych etatów, ale nie zestawia tych nakładów z policzalną korzyścią regulacyjną. Dodatkowym kosztem alternatywnym jest przesunięcie 95 lekarzy lub lekarzy dentyistów do zadań kontrolnych zamiast bezpośredniego udzielania świadczeń. Założona stawka 18 tys. zł dla lekarza-kontrolera, uznana w OSR za niską, potwierdza ponadto trudność pozyskania lekarzy przy wynagrodzeniach nieuwzględniających warunków rynkowych. [S2]
Podstawa prawna: § 24 ust. 3 i § 28 ust. 2 pkt 3-5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. [P12] [P5]
5. **Brak wiarygodnego modelu reakcji personelu.** Projekt zakłada, że po ograniczeniu mobilności personel pozostanie w systemie publicznym i skoncentruje aktywność u jednego lub dwóch świadczeniodawców. OSR nie porównuje tego założenia ze scenariuszem częściowego ograniczenia pracy dla NFZ, przejścia do sektora prywatnego, emigracji lub całkowitego wyjścia z systemu publicznego. Jeżeli podaż pracy jest elastyczna, limit obniży nie tylko koszt jednostkowy, lecz także liczbę dostępnych godzin świadczeń. [S2] [S3]
Podstawa prawna: § 28 ust. 2 pkt 3 lit. b-d i pkt 5 oraz ust. 3 pkt 1 Regulaminu pracy Rady Ministrów; art. 68a ust. 1 pkt 2 Prawa przedsiębiorców. [P12] [P10]

6. **Niepełna ocena wpływu na przedsiębiorców i podwykonawstwo.** OSR nie kwantyfikuje wpływu na osoby wykonujące zawody medyczne w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej ani na spółki organizujące zespoły. Tymczasem limit przychodu z godziny pracy, obowiązek zmiany lub zakończenia umów oraz ograniczenie pośrednictwa wpływają na przychody, leasing, kredyt, zatrudnienie i odpowiedzialność przedsiębiorców. Jeżeli celem jest eliminowanie obchodzenia prawa, należy najpierw ocenić rozwiązania oparte na ujawnieniu rzeczywistego wykonawcy, czasu pracy, stawki i łańcucha podwykonawców. [S2]
- Podstawa prawna:** art. 20, art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 2, art. 6, art. 68 i art. 68a Prawa przedsiębiorców; § 28 ust. 2 pkt 3 lit. c oraz ust. 2a Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P10] [P12]
7. **Nieadekwatne mierniki ewaluacji.** Spadek liczby osób pracujących u więcej niż dwóch świadczeniodawców mierzy wykonanie restrykcji, a nie jej społeczną skuteczność. Wskaźnik może ulec poprawie również w razie odpływu personelu z systemu publicznego, zamknięcia poradni i wydłużenia kolejek. Ewaluacja nie obejmuje liczby świadczeń, zamknięć oddziałów, wakatów, zdarzeń niepożądanych, rzeczywistego odpoczynku, migracji do sektora prywatnego, zadłużenia ani sytuacji seniorów i osób z niepełnosprawnościami. [S2]
- Podstawa prawna:** § 25a ust. 3 pkt 5 Regulaminu pracy Rady Ministrów oraz art. 68a ust. 1 pkt 2 Prawa przedsiębiorców. [P12] [P10]
8. **Niespójność nielimitowanego finansowania z ograniczeniem podaży pracy.** Utrzymywanie lub rozszerzanie nielimitowanego finansowania wybranych świadczeń jest niespójne z administracyjnym ograniczaniem ceny i mobilności deficytowej pracy bez równoległego modelu podaży kadr. Art. 68 ust. 2 Konstytucji pozostawia ustawie określenie warunków i zakresu świadczeń, ale założenie utrzymania nieograniczonego wolumenu przy stałej liczbie wykonawców i niższej cenie pracy wymaga oceny wykonalności. Taryfikacja powinna przejrzystość rozdzielać koszty leków, sprzętu, infrastruktury i pracy na podstawie danych rzeczywistych. [P1] [S2]
- Podstawa prawna:** art. 68 ust. 1-2 Konstytucji; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 ust. 1-2 i art. 20 ustawy o świadczeniach. [P1] [P8] [P9]
9. **Niespełnienie testu proporcjonalności.** Ochrona zdrowia, bezpieczeństwo pracy i stabilność systemu stanowią prawnie legitymowane cele. Art. 31 ust. 3 Konstytucji wymaga jednak wykazania przydatności, konieczności oraz proporcji pomiędzy korzyścią publiczną a ciężarem nałożonym na jednostkę. Projekt kumuluje limit stawki i wynagrodzenia miesięcznego, limit liczby miejsc, minimalny wymiar zatrudnienia, zgodę pierwszego szpitala, wygaszenie umów, sankcje i rozszerzoną kontrolę danych, nie porównując tego pakietu z ewidencją odpoczynku, kontrolą skrajnych odstępstw, taryfikacją kosztową, zachętami obszarowymi, pilotażem i reformą organizacyjną. [P1] [J1]
- Podstawa prawna:** art. 31 ust. 3 w związku z art. 22, art. 64, art. 65 i art. 68 Konstytucji; art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców. [P1] [P10] [J1]
10. **Brak przesłanek dla trwałego ograniczenia wynagrodzeń.** Wyrok TK w sprawie K 1/12 potwierdził dopuszczalność jednorocznego zamrożenia wynagrodzeń sędziów w szczególnej sytuacji budżetowej. Nie stanowi to odpowiednika UD439, który ma charakter systemowy, obejmuje również umowy cywilnoprawne, ingeruje równocześnie w kilka wolności i nie przewiduje ograniczenia czasowego ani skwantyfikowanej oszczędności płatnika. Także orzecznictwo ETPC dotyczące portugalskich cięć emerytalnych akcentowało wyjątkowość sytuacji, ograniczenie środka w czasie i co do wysokości oraz zachowanie świadczenia podstawowego. [J2] [J8]
- Podstawa prawna:** art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 64 Konstytucji oraz art. 1 Protokołu nr 1 do EKPC. [P1] [E7] [J2] [J8]

11. **Brak metodologicznego uzasadnienia jednolitego limitu.** Średnia lub mediana wynagrodzeń nie uzasadnia wspólnego pułapu dla specjalizacji, regionów i poziomów ryzyka różniących się deficytem kadr, odpowiedzialnością, intensywnością dyżurów i dostępnością alternatyw. Projekt nie ujawnia pełnego zbioru danych, rozkładu, percentyli, analizy wrażliwości ani uzasadnienia wyboru minimalnego wynagrodzenia jako wskaźnika indeksacji. Jednolity pułap może zatem pozostawać bez związku z rzeczywistym kosztem pozyskania kwalifikowanej pracy. [S2]

Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 78 § 1 Kodeksu pracy; art. 3 i załącznik do ustawy z 8 czerwca 2017 r.; § 28 ust. 2 pkt 5 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P2] [P11] [P12]

12. **Naruszenie pewności prawa i interesów w toku.** Automatyczne wygaśnięcie niezgodnych umów 31 grudnia 2026 r., przy zasadniczym wejściu ustawy w życie po 14 dniach i kilkumiesięcznym okresie dostosowawczym, wymaga szczególnego uzasadnienia na gruncie art. 2 Konstytucji. Projekt nie określa liczby umów podlegających wygaśnięciu, liczby podmiotów, które nie zdążą zawrzeć nowych kontraktów, ani sposobu zabezpieczenia zakontraktowanych świadczeń. Konieczne są przewidywalność, realny czas renegotiacji i ochrona ciągłości leczenia. [P1] [J5]

Podstawa prawna: art. 2 Konstytucji; art. 4 ust. 1 ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych; art. 68b Prawa przedsiębiorców; art. 353¹ i art. 354 Kodeksu cywilnego. [P1] [P13] [P10] [P3] [J5]

13. **Nadmierna ingerencja w działalność gospodarczą i swobodę umów.** Art. 22 Konstytucji dopuszcza ustawowe ograniczenie działalności gospodarczej ze względu na ważny interes publiczny, a art. 353¹ Kodeksu cywilnego pozwala ograniczać swobodę umów ustawą. Nie zwalnia to ustawodawcy z obowiązku wykazania materialnej konieczności środka. Powiązanie ceny z minimalnym wynagrodzeniem zamiast z kwalifikacjami, odpowiedzialnością, deficytem specjalizacji i rynkiem lokalnym, w połączeniu z zakazem określonych modeli rozliczeń i wygaszeniem kontraktów, stanowi daleko idącą ingerencję w profesjonalne stosunki umowne. [P1] [P3] [J1]

Podstawa prawna: art. 20, art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 2, art. 3, art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców; art. 353¹ Kodeksu cywilnego. [P1] [P10] [P3] [J1]

14. **Konflikt interesów przy zgodzie na dodatkowe zatrudnienie.** Uzależnienie pracy w drugim szpitalu od zgody kierownika pierwszej placówki przyznaje podmiotowi zainteresowanemu utrzymaniem personelu i ograniczeniem konkurencji płacowej uprawnienie do blokowania aktywności zawodowej. W regionach z jednym dominującym szpitalem może to prowadzić do monopsonu, czyli dominującej pozycji jednego nabywcy pracy medycznej. Wymogi art. 65 Konstytucji przemawiają za niezależną oceną kolizji grafików i odpoczynku, ustawowymi kryteriami, terminem, uzasadnieniem i środkiem odwoławczym. [P1]

Podstawa prawna: art. 31 ust. 3, art. 32 i art. 65 ust. 1 Konstytucji; art. 12 Prawa przedsiębiorców. [P1] [P10]

15. **Ryzyko naruszenia zasady równości.** Wspólny limit może odmiennie obciążać specjalności ostrodyżurowe, osoby posiadające rzadkie kwalifikacje, regiony deficytowe i małe placówki. Projekt obejmuje ponadto wyłącznie personel medyczny, mimo że koszty świadczeniodawców tworzą również wynagrodzenia kadry zarządczej i administracyjnej, zakupy, outsourcing oraz pozostałe wydatki. Projektodawca nie wykazuje, że oba zróżnicowania pozostają w racjonalnym związku z celem ustawy, czego wymaga art. 32 Konstytucji. [P1]

Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 11², art. 11³ i art. 18^{3c} Kodeksu pracy – w odniesieniu do pracowników; art. 3 i załącznik do ustawy z 8 czerwca 2017 r. [P1] [P2] [P11]

16. **Niedostateczna ochrona istniejących praw majątkowych.** Art. 64 Konstytucji i art. 1 Protokołu nr 1 do EKPC chronią istniejące wierzytelności, prawa majątkowe z trwających umów oraz aktywa przedsiębiorstwa. Automatyczne wygaszenie kontraktów powinno wyraźnie zachowywać wynagrodzenie za świadczenia wykonane, rozliczenia za okres wypowiedzenia i ochronę przed skutkiem retroaktywnym. Okres przejściowy musi uwzględniać inwestycje, zobowiązania kredytowe i organizację działalności prowadzonej w zaufaniu do obowiązujących umów. [P1] [J7]

Podstawa prawna: art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 64 Konstytucji; art. 353¹, art. 354 i art. 471 Kodeksu cywilnego; art. 136 pkt 7 ustawy o świadczeniach; art. 1 Protokołu nr 1 do EKPC. [P1] [P3] [P9] [E7] [J7]

17. **Ryzyko pogorszenia równego dostępu do świadczeń.** Art. 68 ust. 2 Konstytucji nakazuje zapewnić równy dostęp do świadczeń finansowanych publicznie. Ograniczenie mobilności może poprawić obsadę dużej placówki kosztem poradni powiatowej lub świadczeń realizowanych przez deficytowego specjalistę przez kilka godzin tygodniowo. Największy ciężar poniosą osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i pacjenci bez prywatnej alternatywy. Prawa pacjentów i personelu nie są interesami przeciwstawnymi: dostęp pacjenta zależy od utrzymania podaży pracy medycznej. [P1] [S3]

Podstawa prawna: art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 6 ust. 2, art. 7 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta; art. 15 i art. 20 ustawy o świadczeniach. [P1] [P8] [P9]

18. **Połączenie bezpieczeństwa czasu pracy z polityką płacową.** Art. 24 i 66 Konstytucji oraz dyrektywa 2003/88/WE uzasadniają skuteczne egzekwowanie bezpiecznych warunków pracy i odpoczynku. Wyroki SIMAP i Jaeger dotyczą kwalifikacji dyżuru i czasu pozostawiania w miejscu pracy jako czasu pracy, a wyrok CCOO wymaga obiektywnego, niezawodnego i dostępnego systemu ewidencji dobowego czasu pracy. Standardy te przemawiają za łącznym monitorowaniem czasu i odpoczynku niezależnie od nazwy umowy; nie stanowią natomiast uzasadnienia limitu wynagrodzeń, minimalnego 0,5 etatu ani zgody pierwszego szpitala. [P1] [E1] [E2] [E3] [E4]

Podstawa prawna: art. 24 i art. 66 Konstytucji; art. 93, art. 95-97 ustawy o działalności leczniczej; art. 131-133 Kodeksu pracy; art. 3, art. 5 i art. 6 dyrektywy 2003/88/WE. [P1] [P4] [P2] [E4] [E1] [E2] [E3]

19. **Brak dostatecznego zróżnicowania wynagrodzeń i obciążeń.** Art. 78 § 1 Kodeksu pracy wymaga uwzględniania rodzaju pracy, kwalifikacji oraz ilości i jakości pracy. Maksymalny limit nie jest sam w sobie jednolitą stawką, lecz może w praktyce uniemożliwić właściwe odzwierciedlenie szczególnie wysokich kwalifikacji, odpowiedzialności lub deficytu kompetencji. Art. 83 Kodeksu pracy dopuszcza normy pracy, gdy uzasadnia je jej rodzaj, jednak medycyna nie jest powtarzalnym procesem: czas procedury zależy od stanu pacjenta, wielochorobowości, powikłań i dokumentacji. Potrzebne są bezpieczne standardy organizacyjne, a nie jedna norma liczby procedur na godzinę. [P2]

Podstawa prawna: art. 32 Konstytucji; art. 78 § 1 i art. 83 Kodeksu pracy; art. 3 i załącznik do ustawy z 8 czerwca 2017 r. [P1] [P2] [P11]

20. **Niespójność minimalnego wymiaru 0,5 etatu z celem kadrowym.** Minimalny wymiar 0,5 etatu może wyeliminować bezpieczne, krótkie zaangażowania konsultantów i ekspertów pracujących w kilku placówkach. Jeżeli łączna podaż godzin spadnie, świadczeniodawcy mogą potrzebować większej liczby osób zatrudnionych częściowo, podczas gdy projekt ogranicza właśnie ten model organizacji. Stałość zespołu może sprzyjać ciągłości opieki, ale nie wynika z samego administracyjnego wymiaru etatu; ekspert pracujący 0,2 etatu może być niezbędny dla dostępności określonego świadczenia.

Podstawa prawna: art. 31 ust. 3, art. 65 ust. 1 i art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy o działalności leczniczej; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta. [P1] [P4] [P8]

21. **Nieproporcjonalny zakaz wynagrodzenia zależnego od wolumenu.** Modele prowizyjne mogą zwiększać ryzyko nadmiernej liczby świadczeń, selekcji przypadków i konfliktu interesów. OSR wskazuje jednak, że przychód świadczeniodawcy nadal zależy od liczby procedur. Całkowity zakaz po stronie wykonawcy nie usuwa więc presji wolumenowej, lecz może oddzielić jego ryzyko od korzyści ekonomicznej podmiotu oraz usunąć legalne bodźce do zwiększania dostępności. Środkiem mniej dolegliwym są audyt zasadności świadczeń i modele mieszane uwzględniające gotowość, jakość, wyniki i uzasadniony wolumen. [S2]
- Podstawa prawna:** art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji; art. 353¹ Kodeksu cywilnego; art. 8, art. 12 i art. 68 Prawa przedsiębiorców; art. 6 i art. 8 ustawy o prawach pacjenta. [P1] [P3] [P10] [P8]
22. **Nadmierny dostęp NFZ do danych sektora prywatnego.** Projekt pozwala pozyskiwać od podmiotów nieposiadających umowy z NFZ dokumentację medyczną pacjentów i dokumentację czasu pracy personelu. Art. 47 i 51 Konstytucji, art. 8 EKPC oraz art. 5, 6 i 9 RODO wymagają określonego celu, niezbędności, minimalizacji i zabezpieczeń. Wyroki TK K 8/04, K 39/12 i SK 19/16 wskazują na niedopuszczalność blankietowego dostępu do danych oraz potrzebę ochrony informacji wrażliwych i handlowych. Kontrola powinna rozpoczynać się od danych minimalnych, pseudonimizacji i konkretnego postępowania, nie od pełnej dokumentacji klinicznej. [P1] [J3] [J4] [J1] [E6]
- Podstawa prawna:** art. 47 i art. 51 Konstytucji; art. 40 ustawy o zawodach lekarza; art. 23 ust. 2, art. 24 ust. 1 i art. 26 ust. 3 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta; art. 5, art. 6, art. 9, art. 25 i art. 35 RODO; art. 8 EKPC. [P1] [P7] [P8] [E6] [E7] [J3] [J4] [J1]
23. **Niedookreślona odpowiedzialność za wyjaśnienia i zakres kontroli.** Składanie wyjaśnień pod rygorem odpowiedzialności karnej może wywoływać efekt mrożący. Ustawa powinna precyzyjnie określać osobę zobowiązaną, zakres faktów, treść pouczenia i przesłanki odmowy odpowiedzi narażającej ją lub osobę najbliższą na odpowiedzialność, z poszanowaniem art. 42 Konstytucji, prawa do obrony i zasady nemo se ipsum accusare. Osoby niemedyczne mogą prowadzić kontrolę formalną, lecz ocena zasadności świadczenia, czasu procedury i treści klinicznej powinna należeć do odpowiednio wykwalifikowanych ekspertów. [P1]
- Podstawa prawna:** art. 31 ust. 3 i art. 42 ust. 2 Konstytucji; art. 233 § 6 Kodeksu karnego; art. 83 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego - jako standard prawa odmowy odpowiedzi prowadzącej do samooskarżenia. [P1] [P14] [P15]
24. **Pominięcie odpowiedzialności zarządczej.** Wskazywana w uzasadnieniu przewaga negocjacyjna personelu nie usuwa odpowiedzialności kierowników podmiotów. Art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej przypisuje kierownikowi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem niebędącym przedsiębiorcą, a w jednostkach sektora finansów publicznych art. 53 ust. 1 i art. 44 ustawy o finansach publicznych regulują odpowiedzialność za gospodarkę finansową i dokonywanie wydatków. Art. 254 dotyczy wykonywania budżetu jednostki samorządu terytorialnego i nie jest uniwersalną podstawą odpowiedzialności każdego szpitala. Skrajne stawki wymagają nadzoru właścicielskiego i restrukturyzacji, nie automatycznego ograniczenia wszystkich umów. [P4] [P5] [J6]
- Podstawa prawna:** art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 44 ust. 3 i art. 53 ust. 1 ustawy o finansach publicznych. [P4] [P5] [J6]

25. Niedostateczne gwarancje sześciomiesięcznego odstępowania. Strukturalny niedobór kadr nie ustępuje po sześciu miesiącach. Brak możliwości odnowienia odstępowania może jedynie odroczyć zamknięcie świadczeń, a wielokrotne odnawianie uzależnia trwale funkcjonowanie placówki od kolejnych decyzji administracyjnych i podważa realność zasady podstawowej. Projekt nie określa dostatecznie kryteriów, zasad odnowienia, terminu rozstrzygnięcia, skutku braku decyzji, obowiązku publikacji statystyk ani szybkiego trybu odwoławczego. [S1] [S2]

Podstawa prawna: art. 2, art. 31 ust. 3 i art. 68 ust. 2 Konstytucji; przy administracyjnym charakterze zgody także art. 7, art. 8, art. 35, art. 107 i art. 127 Kodeksu postępowania administracyjnego. [P1] [P15]

26. Ryzyko skutków odwrotnych do deklarowanych. Ustalenie stawki poniżej poziomu alternatywnego może skłaniać najbardziej mobilnych i deficytowych specjalistów do ograniczenia godzin w systemie publicznym, przejścia do sektora prywatnego lub emigracji. Skutkiem mogą być zamknięcia świadczeń, wzrost kosztów odstępowania i zastępowania, transport do odległych ośrodków oraz leczenie powikłań opóźnionej opieki planowej. Wyjątek dla stanów nagłych może dodatkowo przesunąć zasoby z profilaktyki, AOS i innych świadczeń planowych, zwiększając liczbę późniejszych hospitalizacji i stanów nagłych. [S2] [S3]

Podstawa prawna: art. 38 i art. 68 ust. 1-2 Konstytucji; art. 6-8 ustawy o prawach pacjenta; art. 4 i art. 30 ustawy o zawodach lekarza; § 28 ust. 2 pkt 3 Regulaminu pracy Rady Ministrów. [P1] [P8] [P7] [P12]

27. Ograniczony zakres zastosowania Karty Praw Podstawowych UE. Art. 15, 16, 17 i 52 Karty chronią wolność pracy, prowadzenia działalności, własność oraz proporcjonalność ograniczeń, jednak zgodnie z art. 51 ust. 1 Karta wiąże państwo przy stosowaniu prawa Unii. Samo ustalanie poziomu wynagrodzeń jest wyłączone z kompetencji art. 153 ust. 5 TFUE. Prawo UE ma natomiast bezpośrednie znaczenie dla organizacji czasu pracy, ochrony danych, swobód rynku wewnętrznego w sytuacjach transgranicznych i uznawania kwalifikacji; w tych obszarach projekt musi spełniać wymagania art. 52 Karty. [E5] [E6]

Podstawa prawna: art. 15-17, art. 31, art. 51 ust. 1 i art. 52 Karty; art. 49, art. 56 i art. 153 ust. 5 TFUE; dyrektywa 2003/88/WE oraz RODO - wyłącznie w zakresie objętym prawem Unii. [E5] [E4] [E6]

4. Proponowane dalsze działania i środki mniej dolegliwe

Rekomendacja dla Izby Lekarskiej

Podstawowym postulatem kierowanym do Izby jest przyjęcie w jej stanowisku żądania wycofania projektu w obecnym kształcie i przygotowania nowej OSR. Jeżeli prace będą kontynuowane, Izba powinna wnieść o oddzielenie regulacji czasu pracy i odpoczynku od polityki wynagrodzeń oraz zastąpienie generalnych ograniczeń środkami celowanymi, poprzedzonymi pilotażem i zabezpieczonymi miernikami dostępności.

4.1. Działania wymagane przed dalszym procedowaniem

- **Nowa ocena skutków regulacji:** przygotowanie modelu podaży pracy według zawodów, specjalizacji, województw i typów podmiotów, obejmującego scenariusze pozostania w NFZ, częściowego ograniczenia aktywności, przejścia do sektora prywatnego i emigracji.
- **Konsultacje i dane:** ujawnienie zbiorów danych, rozkładów wynagrodzeń, percentyli, metodologii wyznaczenia pułapu, analizy wrażliwości oraz źródeł twierdzeń o udziale płac na poziomie 70-80% kosztów placówek.
- **Pilotaż i etapowanie:** wdrożenie w wybranych regionach lub specjalnościach, niezależna ewaluacja i rozszerzenie wyłącznie po potwierdzeniu braku spadku dostępności, jakości i bezpieczeństwa.

- **Mierniki pacjenckie i kadrowe:** regularny pomiar kolejek, liczby świadczeń, zamknięć, wakatów, odejść z systemu, czasu odpoczynku, zdarzeń niepożądanych, zadłużenia oraz nierówności terytorialnych, z publikacją danych co najmniej kwartalnie.
- **Klauzula bezpieczeństwa i wygaśnięcia:** automatyczne zawieszenie najbardziej restrykcyjnych rozwiązań po przekroczeniu progów pogorszenia dostępności oraz wygaśnięcie regulacji po 24 miesiącach bez nowej ustawy poprzedzonej niezależną oceną.

4.2. Środki mniej dolegliwe

- **Rzetelna taryfikacja kosztowa:** rozdzielenie kosztów pracy, leków, sprzętu i infrastruktury według rodzaju świadczenia i regionu oraz przewidywalna aktualizacja taryf na podstawie danych AOTMiT.
- **Wskaźniki kosztów osobowych podmiotu:** ocena całkowitego udziału kosztów osobowych z korektą na profil świadczeń, niedobór kadr, outsourcing i wyniki jakościowe; interwencja dopiero po przekroczeniu progu i audycie.
- **Kontrola skrajnych odstępstw:** publikowanie rozkładu stawek, percentyli i uzasadnień kontraktów oraz zatwierdzanie wyłącznie stawek przekraczających wysoki percentyl, zamiast ustanawiania jednolitego limitu dla każdej umowy.
- **Ewidencja czasu pracy i odpoczynku:** interoperacyjny i zminimalizowany system godzin pracy i dyżurów u wielu podmiotów, z automatycznym ostrzeżeniem o naruszeniu odpoczynku, bez ujawniania danych klinicznych pacjentów, gdy nie są konieczne.
- **Zachęty dla deficytowych obszarów:** dodatki regionalne i specjalizacyjne, mieszkanie, transport, finansowanie szkolenia, stypendia, stabilne grafiki i premie za ciągłość zespołu.
- **Zwiększenie podaży kadr:** zwiększenie liczby jakościowo zabezpieczonych miejsc szkoleniowych, usprawnienie uznawania kwalifikacji z gwarancją standardu, rozwój kompetencji pielęgniarских i innych zawodów, retencja oraz programy powrotu z emigracji.
- **Programy naprawcze i restrukturyzacja:** warunkowa pomoc dla zadłużonych placówek, konsolidacja niewykorzystanej infrastruktury, współdzielenie dyżurów i diagnostyki, nadzór nad planami finansowymi oraz egzekwowanie odpowiedzialności podmiotów tworzących.
- **Modele wynagradzania oparte na jakości:** wynagrodzenie mieszane uwzględniające gotowość, czas, wynik jakościowy, koordynację, terminowość i uzasadniony wolumen, z audytem wskazań i zakazem bodźców zagrażających pacjentowi.
- **Dodatkowe źródła finansowania:** jawna ocena składki zdrowotnej, finansowania z podatków ogólnych oraz celowych obciążeń produktów szkodliwych, takich jak alkohol, tytoń i napoje słodzone, wraz z oceną regresywności i przeznaczenia środków.
- **Redukcja kosztów i marnotrawstwa:** wspólne zakupy, cyfryzacja, interoperacyjność, ograniczenie dublowania badań oraz audyt administracji i outsourcingu, z pomiarem oszczędności i porównaniem ich z kosztami wdrożenia.

4.3. Minimalne zabezpieczenia w razie kontynuowania projektu

Obszar	Minimalne zabezpieczenie
Limit wynagrodzeń	Usunięcie generalnego limitu; ewentualne zastosowanie wyłącznie do jasno zdefiniowanych skrajnych odstępstw, przez czas określony, z korektami specjalności i regionu oraz publikacją metodologii.
Indeksacja	Odejście od wyłącznego powiązania z minimalnym wynagrodzeniem; zastosowanie koszyka kosztów pracy medycznej i regularnego przeglądu AOTMiT z konsultacją społeczną.

Obszar	Minimalne zabezpieczenie
Czas pracy	Odrębne, zgodne z dyrektywą 2003/88/WE rozwiązania dotyczące odpoczynku i ewidencji; brak automatycznego łączenia naruszenia czasu pracy z utratą wynagrodzenia.
Minimalne 0,5 etatu	Zastąpienie kryterium formalnego kryterium funkcjonalnym: minimalną obecnością potrzebną dla ciągłości, z wyjątkami dla konsultantów, telemedycyny, procedur okresowych i małych podmiotów.
Druga praca	Usunięcie zgody pierwszego świadczeniodawcy i zastąpienie jej niezależną oceną kolizji czasu pracy, odpoczynku i rzeczywistego konfliktu obowiązków.
Odstępstwo NFZ	Precyzyjne kryteria, termin, zasady odnowienia, skutek braku decyzji, uzasadnienie, publikacja i szybkie odwołanie; automatyczne odstępstwo przy ryzyku zamknięcia świadczeń niezbędnych.
Umowy przejściowe	Co najmniej 12-18 miesięcy na dostosowanie, obowiązek analizy ciągłości i pierwszeństwo renowacji; brak wygaszenia do czasu zabezpieczenia obsady i pacjentów.
Dane sektora prywatnego	Żądanie wyłącznie w konkretnej kontroli; zamknięty katalog danych, pseudonimizacja, retencja, rejestry dostępu, ocena DPIA, niezależna kontrola oraz ochrona tajemnicy medycznej i przedsiębiorstwa.
Oświadczenia karne	Precyzyjny zakres, pełne pouczenie, prawo do odmowy samooskarżenia, dostęp do pełnomocnika i rozdzielenie kontroli formalnej od klinicznej.
Ewaluacja	Mierniki dostępności, liczby świadczeń, zamknięć, wakatów, odejść, odpoczynku, jakości, zadłużenia i nierówności terytorialnych, publikowane co kwartał.
Klauzula bezpieczeństwa	Automatyczne zawieszenie najbardziej restrykcyjnych przepisów po przekroczeniu progów spadku dostępności lub wzrostu liczby zamknięć.
Klauzula wygaśnięcia	Wygaśnięcie regulacji po 24 miesiącach, chyba że nowa ustawa poprzedzona niezależną ewaluacją utrzyma ją w mocy.

Wniosek końcowy

Przedstawione ustalenia uzasadniają wystąpienie do projektodawcy o: (1) wycofanie projektu UD439 w obecnym kształcie; (2) przygotowanie nowej oceny skutków regulacji opartej na pełnych danych o podaży pracy, dostępności świadczeń, reakcjach personelu i sytuacji przedsiębiorców. Jeżeli prace będą kontynuowane, należy zażądać rozdzielenia regulacji czasu pracy od regulacji wynagrodzeń, przeprowadzenia pilotażu oraz wdrożenia opisanych środków mniej dolegliwych i minimalnych gwarancji przed wygaszeniem umów lub rozszerzeniem dostępu NFZ do danych sektora prywatnego.

Wykaz źródeł i orzecznictwa

Dokumenty projektu i dane

- [S1] Ministerstwo Zdrowia, „Bezpieczeństwo pacjentów wyznacza kierunek zmian w ochronie zdrowia”. Oficjalne zestawienie projektu z 24.07.2026 r., limitów, wyjątków i kontroli. [otwórz źródło](#)
- [S2] Ocena Skutków Regulacji UD439 z 24.07.2026 r. - kopia dokumentu z procesu legislacyjnego. OSR, 18 stron, dane kosztowe, zatrudnienie NFZ i AOTMiT oraz deklarowane skutki. [otwórz źródło](#)
- [S3] OECD / European Observatory / European Commission, Country Health Profile 2025: Poland. Dane o kadrach, wydatkach, niezaspokojonych potrzebach i dostępności. [otwórz źródło](#)
- [S4] Wykaz prac legislacyjnych - projekt UD439. Strona projektu w Rządowym Procesie Legislacyjnym. [otwórz źródło](#)

Konstytucja i ustawy

- [P1] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. W szczególności art. 2, 20, 22, 24, 31, 32, 38, 42, 47, 51, 64-66 i 68. [otwórz źródło](#)
- [P2] Ustawa - Kodeks pracy. W szczególności art. 11², 11³, 18³c, 78, 83 oraz 131-133. [otwórz źródło](#)
- [P3] Ustawa - Kodeks cywilny. W szczególności art. 353¹, 354 i 471. [otwórz źródło](#)
- [P4] Ustawa o działalności leczniczej. W szczególności art. 5, 46 oraz 93-97. [otwórz źródło](#)
- [P5] Ustawa o finansach publicznych. W szczególności art. 41, 53 oraz zakres art. 251. [otwórz źródło](#)
- [P6] Ustawa o izbach lekarskich. Art. 2 ust. 2 oraz art. 5 pkt 12, 14-16 i 20 - reprezentacja lekarzy, warunki pracy i płac, polityka zdrowotna i opiniowanie projektów. [otwórz źródło](#)
- [P7] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W szczególności art. 2, 4, 30 i 40 - wykonywanie zawodu, należyta staranność, pomoc w stanach nagłych i tajemnica lekarska. [otwórz źródło](#)
- [P8] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W szczególności art. 6-8 oraz art. 23, 24 i 26 - dostępność, jakość i ochrona dokumentacji medycznej. [otwórz źródło](#)
- [P9] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W szczególności art. 15, 20, 132, 136 i 147 - prawa do świadczeń, kolejki, umowy z NFZ i udział NRL w opiniowaniu OWC. [otwórz źródło](#)
- [P10] Ustawa - Prawo przedsiębiorców. W szczególności art. 2, 8, 12, 68, 68a i 68b - wolność działalności, proporcjonalność obciążeń, ewaluacja i co najmniej sześciomiesięczny termin dla nowych obciążeń. [otwórz źródło](#)
- [P11] Ustawa z 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w podmiotach leczniczych. Art. 3 i załącznik różnicują współczynniki pracy według kwalifikacji wymaganych na stanowisku. [otwórz źródło](#)
- [P12] Uchwała nr 190 Rady Ministrów - Regulamin pracy Rady Ministrów, tekst jednolity z 2026 r. W szczególności § 24, § 25a i § 28 - obowiązek oceny skutków, alternatyw, przedsiębiorców, danych, mierników i wpływu społeczno-gospodarczego. [otwórz źródło](#)
- [P13] Ustawa o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych. Art. 4 ust. 1 ustanawia zasadniczy czternastodniowy okres vacatio legis, który musi pozostawać odpowiedni do ciężaru zmian. [otwórz źródło](#)
- [P14] Ustawa - Kodeks karny. Art. 233 § 6 - odpowiedzialność za fałszywe oświadczenie wymaga ustawowej podstawy przyjęcia oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej. [otwórz źródło](#)
- [P15] Ustawa - Kodeks postępowania administracyjnego. W szczególności art. 7, 8, 35, 83 § 2, 107 i 127 - wyjaśnienie sprawy, zaufanie, terminowość, odmowa odpowiedzi, uzasadnienie i odwołanie. [otwórz źródło](#)

Trybunał Konstytucyjny

- [J1] TK, wyrok z 6.12.2018 r., SK 19/16. Trójstopniowy test proporcjonalności; obowiązek informacyjny i wolność działalności. [otwórz źródło](#)
- [J2] TK, wyrok z 12.12.2012 r., K 1/12. Jednорoczne zarządzenie wynagrodzeń sędziów uznane za zgodne z Konstytucją. [otwórz źródło](#)
- [J3] TK, wyrok z 17.06.2008 r., K 8/04. Blankietowy dostęp do wszelkich danych osobowych a art. 51 ust. 2 Konstytucji. [otwórz źródło](#)
- [J4] TK, wyrok z 20.01.2015 r., K 39/12. Dane wrażliwe, prywatność i konieczność przetwarzania przez organ kontrolny. [otwórz źródło](#)
- [J5] TK, wyrok P 29/13 - Skrócenie vacatio legis. Ocena odpowiedniej vacatio legis na tle art. 2 Konstytucji. [otwórz źródło](#)
- [J6] TK, K 4/17 - odpowiedzialność podmiotu tworzącego za stracę SPZOZ. Kontekst finansowania ochrony zdrowia i odpowiedzialność podmiotu tworzącego. [otwórz źródło](#)

Prawo europejskie i orzecznictwo

- [E1] TSUE, C-303/98, SIMAP. Dyżur i pojęcie czasu pracy. [otwórz źródło](#)
- [E2] TSUE, C-151/02, Jaeger. Czas dyżuru i wymagania odpoczynku. [otwórz źródło](#)
- [E3] TSUE, C-55/18, CCOO. Obiektywny, niezawodny i dostępny system pomiaru dobowego czasu pracy. [otwórz źródło](#)
- [E4] Dyrektywa 2003/88/WE dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Minimalne okresy odpoczynku i maksymalny tygodniowy czas pracy. [otwórz źródło](#)
- [E5] Karta praw podstawowych Unii Europejskiej. W szczególności art. 15-17, 31, 51 i 52. [otwórz źródło](#)
- [E6] Rozporządzenie (UE) 2016/679 – RODO. W szczególności art. 5, 6, 9, 25, 32 i 35. [otwórz źródło](#)
- [E7] Europejska Konwencja Praw Człowieka wraz z Protokołem nr 1. W szczególności art. 8 EKPC oraz art. 1 Protokołu nr 1 – prywatność i ochrona mienia. [otwórz źródło](#)
- [J7] ETPC, Guide on Article 1 of Protocol No. 1, aktualizacja 28.02.2026. Istniejące mienie, uzasadnione oczekiwania i środki oszczędnościowe. [otwórz źródło](#)
- [J8] ETPC, Da Conceição Mateus i Santos Januário p. Portugalii, decyzja z 2013 r. Tymczasowe i ograniczone cięcia emerytalne w wyjątkowym kryzysie uznane za proporcjonalne. [otwórz źródło](#)

Nota metodologiczna

Stanowisko sporządzono na podstawie projektu i OSR opublikowanych w procesie legislacyjnym, oficjalnego komunikatu Ministerstwa Zdrowia, danych OECD, European Observatory i Komisji Europejskiej oraz wskazanych aktów i orzeczeń. Ocena dotyczy projektu, a nie obowiązującego prawa. W piśmie rozróżniono zarzuty prawne, ryzyka systemowe i scenariusze wymagające zweryfikowania w ponownej OSR.

