



## **PNRL o strategii reformy ochrony zdrowia w Polsce**

---

**STANOWISKO NR 64/25/P-IX**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 25 lipca 2025**

**w sprawie strategii reformy ochrony zdrowia w Polsce**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża głębokie zaniepokojenie stanem, w jakim znajduje się aktualnie system ochrony zdrowia. Dotychczasowe propozycje reform przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia, kierunki działań oraz zapowiedzi medialne wydają się niespójne, doraźne, a w dodatku nie w pełni odpowiadają rzeczywistym potrzebom systemu. Od wielu lat brakuje kompleksowej strategii reform, poprzedzonej rzetelną analizą, która określałaby cele, etapy wdrażania i skutki zmian dla pacjentów, personelu medycznego i placówek ochrony zdrowia.

Wiele apeli płynących ze strony środowiska lekarskiego do Ministerstwa Zdrowia pozostaje bez odpowiedzi, albo - mimo przychylności dla nich - ostatecznie nie podlega realizacji na skutek skierowania do dalszych uzgodnień i prac w ramach zespołów roboczych.

Szczególne rozczarowujące są działania w obszarze bezpieczeństwa zawodowego lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Pomimo tragicznych zdarzeń, których ofiarami padali przedstawiciele środowisk medycznych, i pomimo deklaracji ze strony Ministerstwa Zdrowia o konieczności wdrożenia pakietu zmian prawnych wzmacniających ochronę personelu medycznego, nie wdrożono potrzebnych zmian, takich jak: jak ściganie z urzędu wszelkich przejawów agresji wobec personelu medycznego, objęcie lekarzy wykonujących zawód taką samą ochroną jak funkcjonariuszy publicznych niezależnie od miejsca i formy prawnej w jakiej wykonują zawód, zastrzeżenie przez medyków danych osobowych w rejestrach publicznych, penalizacja zakłócania porządku publicznego w placówkach medycznych, utworzenie Rejestru Agresji w Ochronie Zdrowia, ogólnopolskiej procedury zgłaszania aktów przemocy czy wdrożenie ustandaryzowanej kontroli dostępu do placówek.

Niezrealizowany pozostaje postulat samorządu lekarskiego dotyczący ograniczenia stosowania sankcji karnych wobec pracowników medycznych - w tym lekarzy - za nieumyślne czyny przeciwko życiu i zdrowiu popełnione w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Tzw. klauzula wyższego dobra, o której środowisko lekarskie mówi od lat, pozostaje jedynie postulatem, mimo że jej wprowadzenie stanowiłoby istotny krok w kierunku poprawy bezpieczeństwa prawnego medyków i budowania kultury zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Prowadzi to do sytuacji, w której z jednej strony personel medyczny pozostaje praktycznie bezbronny wobec narastającej agresji, zarówno fizycznej, psychicznej jak i werbalnej, a z drugiej strony sam musi mierzyć się z ryzykiem surowej odpowiedzialności karnej za niepowodzenia w opiece nad pacjentem.

Brak również spójnej polityki w zakresie kształcenia kadr medycznych. Zwiększanie limitów przyjęć na kierunki lekarskie bez zagwarantowania odpowiednich warunków nauczania, kadry dydaktycznej, infrastruktury i standardów klinicznych może skutkować obniżeniem jakości kształcenia. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów powinno stanowić element długofalowej strategii państwa opartej o rzeczowe dane i dobrze zbadane potrzeby społeczne, tymczasem stałe zwiększanie limitów przyjęć na studia spowoduje, że już w najbliższych kilku latach liczba lekarzy przekroczy prognozowany popyt na świadczenia. Pomimo jednoznacznego sprzeciwu środowiska lekarskiego wobec niekontrolowanego powstawania nowych szkół medycznych oraz związanego z

tym ryzyka obniżenia jakości kształcenia, działania te są kontynuowane.

W obszarze jakości opieki medycznej, która należy się pacjentom, samorząd lekarski domaga się uchylecia przepisów, które przewidują możliwość nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry w Polsce w trybach uproszczonych. Uproszczone zasady dostępu do zawodu nie zapewniają rzetelnej weryfikacji kwalifikacji osób, które ubiegają się w Polsce o uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, nie dają także możliwości sprawowania właściwego nadzoru nad osobami dopuszczonymi w tym trybie do wykonywania zawodu. Możliwość leczenia pacjentów otrzymują osoby, których kwalifikacje medyczne (dyplom lekarski oraz program nauczania poprzedzający uzyskanie dyplomu) nie podlegają weryfikacji pod kątem spełniania minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach Unii Europejskiej.

Nierozwiązanym od lat problemem pozostaje kwestia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Nie widać skutecznych działań na rzecz poprawy wyceny świadczeń, rozwiązania problemu rozliczania nadwykonań, zniesienia nierówności kontraktowych (zwłaszcza między uczelniami a świadczeniodawcami w stomatologii), zapewnienia odpowiedniego finansowania dla usług stomatologicznych i profilaktycznych.

Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło dotychczas spójnej koncepcji finansowania ochrony zdrowia, opartej na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych społeczeństwa. Wręcz przeciwnie, proponowane rozwiązania, takie jak obniżenie składki zdrowotnej, prowadzą do dalszego uszczuplenia budżetu NFZ bez równoczesnego wskazania w perspektywie długoterminowej źródeł kompensujących ten ubytek.

Ochrona zdrowia w Polsce niewątpliwie od lat wymaga gruntownej reformy obejmującej systemowe działania w zakresie finansowania, organizacji udzielania świadczeń, dostępu do usług i profilaktyki.

**Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oczekuje od Ministerstwa Zdrowia w szczególności:**

1. Przedstawienia jasnej, wieloletniej strategii reformy ochrony zdrowia obejmującej organizację i finansowanie udzielania świadczeń, opartej na solidnych podstawach merytorycznych oraz aktualnych danych demograficznych i epidemiologicznych.
2. Natychmiastowego wdrożenia rozwiązań poprawiających poziom ochrony personelu medycznego, obejmujących ściganie z urzędu wszelkich przejawów agresji, utworzenie rejestru agresji, ustandaryzowanie procedury reagowania na przemoc, penalizację zakłócania porządku publicznego w placówkach medycznych.
3. Rozszerzenia na wszystkich pracowników medycznych ochrony prawnej, jaka przysługuje funkcjonariuszom publicznym, niezależnie od miejsca i formy wykonywania zawodu.
4. Wdrożenia rozwiązań prawnych ograniczających odpowiedzialność karną lekarzy w przypadku czynów popełnionych nieumyślnie, gdzie lekarzowi nie można przypisać rażącego niedopełnienia standardów - tzw. klauzula wyższego dobra. Niepowodzenia lecznicze o charakterze nieumyślnym nie powinny skutkować pociągnięciem lekarza do odpowiedzialności karnej, z wyjątkiem sytuacji, gdy do czynu doszło wskutek rażącego niezachowania ostrożności. Stałe

zwiększanie presji na odpowiedzialność karną lekarzy powoduje, że osoby wykonujące zawody medyczne zaczynają wykazywać postawy bezpieczne pod względem prawnym, ale niekoniecznie najlepsze dla poprawy zdrowia pacjenta. Spada skłonność do podejmowania kształcenia w kluczowych dla zdrowia populacji specjalizacjach, w których ryzyko wystąpienia niepowodzenia leczniczego jest większe (np. specjalności zabiegowe).

5. Uproszczenia zasad refundacji leków i zdjęcia z lekarzy odpowiedzialności za oznaczenie poziomu refundacji. Ministerstwo Zdrowia zobowiązało się do realizacji tego postulatu na piśmie już w lutym 2018 roku w porozumieniu kończącym protest lekarzy rezydentów.
6. Zagwarantowania jakości kształcenia medycznego, w tym odpowiednich standardów, wymogów kadrowych i infrastrukturalnych dla uczelni.
7. Likwidacji tzw. uproszczonych trybów dostępu do zawodu lekarza i lekarza dentystry, w których dostęp do leczenia pacjentów uzyskują osoby, których dyplom i program kształcenia nie podlega uprzedniej weryfikacji pod kątem zgodności z minimalnymi wymogami obowiązującymi w Unii Europejskiej.
8. Podjęcia skutecznej walki z dezinformacją w ochronie zdrowia i promowaniem pseudonaukowych metod leczenia, a także ukrócenia działalności osób wykonujących świadczenia zdrowotne niemających do tego uprawnień i umiejętności lub wręcz podszywających się pod lekarzy, które w efekcie swych działań krzywdzą ciężko chorych pacjentów i narażają ich zdrowie oraz życie.
9. Uregulowania zasad wykonywania świadczeń z zakresu tzw. medycyny estetycznej, w tym kwalifikacji personelu medycznego niezbędnych do wykonywania określonych procedur przy zapewnieniu bezpieczeństwa osobom, które korzystają z tych świadczeń. Brak jednoznacznych regulacji prawnych, w tym określających jakie procedury może wykonywać wyłącznie lekarz lub lekarz dentysta, tworzy błędne wrażenie legalności udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione, które odbyły jedynie kurs czy przeszkolenie.
10. Podjęcia skutecznej walki z niekontrolowaną działalnością firm oferujących dostęp do leków na receptę w ramach tzw. receptomatów, w tym także poprzez wypracowanie standardów teleporad i egzekwowanie ich przestrzegania.

11. Wprowadzenia mechanizmów ograniczających dostęp do leków psychotropowych, tak aby trafiały one jedynie do osób, których stan zdrowia uzasadnia stosowanie tych leków.
12. Wdrożenia centralnej e-rejestracji, która nadal nie funkcjonuje jako powszechny i w pełni zintegrowany system.
13. Skutecznego nagłaśniania programów profilaktycznych, jasnej i zrozumiałej oraz szerokiej komunikacji na temat świadczeń dostępnych dla pacjentów.
14. Uregulowania problemów związanych z finansowaniem świadczeń, ich wyceną oraz zapewnieniem pełnego dostępu do świadczeń profilaktycznych i stomatologicznych.

Samorząd lekarski oczekuje, że wskazane powyżej zadania, oraz inne zagadnienia z obszaru ochrony zdrowia, będą podejmowane i realizowane w dialogu ze środowiskiem medycznym, przy zachowaniu najwyższych standardów konsultacji publicznych przy tworzeniu aktów prawnych. Oczekuje się także, że głos samorządu lekarskiego będzie miał realne odzwierciedlenie w treści przyjmowanych ostatecznie regulacji prawnych.

Od lat wiadomo, że system ochrony zdrowia w Polsce wymaga nie tyle doraźnych rozwiązań, lecz mądrej, spójnej i konsekwentnie wdrażanej polityki. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej deklaruje gotowość do współpracy z Ministerstwem Zdrowia, ale jednocześnie z całą stanowczością podkreśla, że nie będzie akceptować pozorowanych działań, które nie służą dobru pacjentów ani bezpieczeństwu lekarzy.

