



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 7 listopada 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 7 listopada 2025 r. przyjęło:

- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych](#)
- [Stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o Karcie Rodziny Mundurowej](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej](#)
- [Stanowisko w sprawie poparcia apelu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof dotyczącego podawania środków zwiotczających przez ratowników medycznych oraz przywrócenia segregacji pierwotnej w ramach w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025](#)

**STANOWISKO Nr 92/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych
innych ustaw**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej z dnia 9 października 2025 r. (znak:

ZPM.0210.5.2025.MTZ) zgłasza następujące uwagi:

I. Uwagi ogólne

Samorząd lekarski w pełni popiera uchwalenie nowych przepisów regulujących zasady stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu, a także powołanie instytucji koronera. Zasadne jest także przeniesienie przepisów określających zasady i tryb stwierdzania zgonu z ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych do ustawy o działalności leczniczej.

Obowiązujące przepisy, w znacznej mierze przestarzałe i nieadekwatne do obecnych realiów systemu ochrony zdrowia, wymagają dostosowania do współczesnych warunków organizacyjnych, społecznych i technologicznych. O zmianę tych przepisów Naczelna Rada Lekarska występowała od dawna, np. w apelu nr 12/15/VII z dnia 4 grudnia 2015 r. do Ministra Zdrowia. Obecnie podstawowe regulacje prawne w zakresie stwierdzania zgonu oraz wystawiania karty zgonu zawiera art. 11 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202). Dezaktualizacja pojęć w użytych w tych aktach prawnych, jak i zmiany systemu organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzone od czasu wejścia w życie powyższych przepisów, rodzą w praktyce problemy związane z określeniem podmiotów uprawnionych do stwierdzenia zgonu i wystawiania kart zgonu. Opiniowany projekt ustawy wprowadza potrzebne i od dawna oczekiwane przez środowisko medyczne zmiany w zakresie stwierdzania zgonów i wydawania kart zgonu. Kierunek zmian należy zatem ocenić jako słuszny i uzasadniony.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdza jednakowoż, że same przepisy zamieszczone w projekcie ustawy budzą szereg poważnych wątpliwości, które zostaną opisane poniżej:

II. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O PRZECHOWYWANIU ZWŁÓK

Wątpliwości budzi dodawany art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, który nakazuje podmiotom leczniczym prowadzącym szpital udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii, w razie urodzenia martwego dziecka, bez względu na czas trwania ciąży przechowywać zwłoki dziecka martwo urodzonego do czasu ich odbioru przez podmiot uprawniony do pochówku, jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia urodzenia martwego dziecka. Okres przechowywania martwo urodzonego dziecka wynoszący aż do 6 miesięcy jest nadmiernie długi.

III. UWAGI DOTYCZĄCE DOKUMENTOWANIU URODZENIA DZIECKA

W projektowanym art. 92d ustawy o działalności leczniczej dotyczącym anulowania i dokonywania korekty e-karty urodzenia w ust. 4 i 5 określono kto jest zobowiązany do przekazania dokumentu anulowania lub korekty e-karty urodzenia do systemu P1 – ma to zrobić wystawca karty urodzenia, natomiast w ust. 6 tego przepisu nie wskazano kto w przypadku stwierdzenia błędnego zamieszczenia w e-karcie urodzenia danych, o których mowa w art. 92c ust. 1 pkt 2, lub dokonania nowych ustaleń co do tych danych, ma przekazać ten fakt kierownikowi urzędu stanu cywilnego.

IV. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O STWIERDZANIU ZGONU

- 1. W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że zgon stwierdza lekarz POZ udzielający świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, u którego osoba, której zgon ma być stwierdzony, złożyła deklarację wyboru. Jest to rozwiązanie, które spowoduje, że lekarz w godzinach swojej pracy, kosztem rezygnacji z udzielania świadczeń innym pacjentom, będzie musiał jechać nawet kilkanaście kilometrów, żeby stwierdzić zgon.
- 2. W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że zgon stwierdza lekarz POZ udzielający świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, u którego osoba,

której zgon ma być stwierdzony, złożyła deklarację wyboru - w przypadku, w którym ujawnienie zwłok nastąpiło w miejscu udzielania świadczeń przez tego świadczeniodawcę na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, **w tym w miejscu zamieszkania** wskazanym w tej deklaracji wyboru, i zgłoszenie ich znalezienia nastąpiło w czasie udzielania tych świadczeń przez tego świadczeniodawcę. Proponuje się zmianę o charakterze redakcyjnym poprzez wstawienie w miejsce słów „w tym w miejscu zamieszkania” na słowa „lub w miejscu zamieszkania”.

3. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej** - zastrzeżenia budzi sposób wskazania, który lekarz jest zobowiązany do stwierdzenia zgonu. W przepisie tym ustawodawca odstąpił od zasady wskazywania lekarza stwierdzającego zgon poprzez zdefiniowanie zarówno jego miejsca pracy, jak i okoliczności lub miejsca, w którym nastąpił zgon - w art. 92f ust. 2 pkt 2 określono jedynie, że zgon stwierdzać będzie lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w którym zgon osoby ma być stwierdzony. Przepis nie określa natomiast co przesądza o tym, w której placówce AOS zgon ma być stwierdzony, w szczególności, czy tylko w placówce AOS, w której nastąpił zgon pacjenta, czy też w placówce, która poprzednio pacjenta leczyła.
4. **Podobną jak powyżej uwagę należy zgłosić do art. 92f ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej.** Przepis ten wskazuje, że zgon stwierdza lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w hospicjum udzielającym świadczeń zdrowotnych wyłącznie w warunkach domowych albo w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie. Przepis powinien doprecyzować, że lekarz ten stwierdza zgon pacjenta, o ile nastąpił on w czasie, gdy dana placówka opieki domowej miała pacjenta pod swoją opieką.
5. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że stwierdzać zgon będzie lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w przypadku, gdy zgon nastąpił w miejscu i w czasie udzielania tych świadczeń lub

zgłoszenie znalezienia zwłok dotyczy miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, które znajduje się na obszarze działania i w czasie działania podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia określone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia ten przepis. Dla krytycznej oceny tego rozwiązania istotna jest wiedza na temat tego, jak w praktyce funkcjonuje nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia udzielane są przez podmioty, w których dyżurują lekarze nie mający często żadnego związku ze świadczeniodawcą z zakresu POZ. Lekarze ci najczęściej niczego na temat zmarłej w nocy osoby nie wiedzą, rodzi się wobec tego pytanie jak mają rzetelnie wypełniać kartę zgonu.

6. **Odnosnie do projektowanego art. 92f ust. 2 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej** Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera stworzenie ram prawnych dla działalności koronera. Na pełne poparcie zasługuje postulat, aby do stwierdzania zgonu został powołany specjalny organ, którego podstawowym zadaniem będzie stwierdzanie zgonów i wystawianie karty zgonu. Dotychczasowe przepisy nie regulowały wprost kto ma stwierdzić zgon w pewnych okolicznościach i powodowałyby nieakceptowalne społecznie sytuacje, w których rodzina zmarłego przez wiele godzin poszukiwała osoby uprawnionej do stwierdzenia zgonu.
7. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że stwierdzać zgon będzie lekarz wykonujący czynności na podstawie umowy, o której mowa w art. 92x ust. 6, zwany dalej „koronerem”. Zawarte w tym przepisie odesłanie do umowy, o której mowa w art. 92x ust. 6 ustawy, jest błędne, ponieważ art. 92x dotyczy wykazu koronerów prowadzonego przez wojewodę, a nie umowy zawieranej z koronerem. Prawidłowo powinno być odesłanie do art. 92w ust. 9.
8. **Projektowany art. 92f ust. 2 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej** tworzy instytucje koronera, ale wskazuje, że będzie on stwierdzał zgon w przypadkach innych niż określone w pkt 1-6 oraz w sytuacji, gdy osoby, o których mowa w pkt 1-6, mają uzasadnione wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu lub oceny czasu i okoliczności zgonu, a także w przypadku, o którym mowa w art. 44a ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej koroner

powinien dodatkowo być zobowiązany do stwierdzania zgonu w sytuacji, gdy powstał spór co do tego, który z lekarzy wymienionych w pkt 1-6 ma stwierdzić zgon. Takie rozwiązanie zdejmie z rodziny zmarłego trudności związane z „przekonywaniem” poszczególnych placówek opieki zdrowotnej do tego, że to właśnie one mają stwierdzić zgon.

9. **W projektowanym art. 92f ust. 2 ustawy o działalności leczniczej** określono katalog podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonu, nie obejmuje on jednak felczerów, natomiast zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2022 r. poz. 1529) felczerzy posiadają uprawnienie do stwierdzania zgonów.
10. **Proponowany art. 92g ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje, że koroner jest obowiązany niezwłocznie podjąć postępowanie w miejscu znalezienia zwłok na wezwanie lekarza, o którym mowa w art. 92f ust. 2 pkt 1-5, gdy lekarz ten ma wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu, tymczasem w art. 92f ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej wskazano szerzej, że koroner stwierdza zgon, gdy lekarze wymienieni w pkt 1-6, mają uzasadnione wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu lub oceny czasu i okoliczności zgonu. Wobec tego w art. 92g ust. 1 pkt 1 należy dopisać obowiązek stwierdzenia zgonu przez koronera, gdy lekarze wymienieni w pkt 1-5 mają wątpliwości co do oceny czasu i okoliczności zgonu.
11. Zastrzeżenia budzi **projektowany art. 92g ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej**. Przepisy te przewidują, że koroner jest obowiązany podjąć działania mające na celu ustalenie tożsamości osoby zmarłej, uwzględniając sporządzenie dokumentacji fotograficznej, archiwizowanej elektronicznie, ułożenia zwłok i ich otoczenia oraz sporządzenie charakterystyki miejsca znalezienia zwłok. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej są to czynności, które powinna wykonywać Policja lub prokuratura, a nie koroner.
12. Zastrzeżenia budzi **projektowany art. 92g ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności** leczniczej w zakresie, w jakim nakłada na koronera obowiązek sporządzenia rysopisu osoby zmarłej o nieustalonej tożsamości – wymóg ten jest nadmiarowy w sytuacji, gdy zgodnie z art. 92g ust. 2 pkt 1 koroner ma dokonać oględzin ciała i badań pośmiertnych możliwych do przeprowadzenia oraz w przypadku

osoby o nieustalonej tożsamości sporządzić dokumentację fotograficzną.

13. **W projektowanym art. 92g ust. 4 ustawy o działalności leczniczej** nieprawidłowo określono termin, w jakim koroner ma sporządzić protokół zgonu – ustawa wskazuje, że ma to zrobić w czasie nie dłuższym niż 4 godziny od chwili wezwania, o którym mowa w ust. 1, i przyjęcia zgłoszenia. Należy zauważyć, że moment wezwania i moment przyjęcia zgłoszenia przez koronera nie następują w tym samym czasie, wobec tego powinno się zmienić brzmienie art. 92g ust. 4 ustawy poprzez wskazanie, że termin wynosi 4 godziny od chwili przyjęcia zgłoszenia.
14. **W art. 92h ust. 1-2 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że stwierdzenie zgonu dokumentuje się kartą zgonu wystawianą w postaci elektronicznej („e-kartą zgonu”), a martwe urodzenie, bez względu na czas trwania ciąży, e-kartą urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, które wg projektu ustawy stanowią elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wątpliwości Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi to, że ustawa nie określa dla kogo tworzy się i prowadzi dokumentację medyczną pod postacią „e-karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu” w przypadku martwego urodzenia w bardzo wczesnym okresie trwania ciąży, gdy płeć dziecka nie jest ustalona – tj. czy ta dokumentacja medyczna jest dokumentacją matki dziecka czy zostaje utworzona jako dokumentacja medyczna martwo urodzonego.
15. **W projektowanym art. 92i ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że na zaświadczeniu o zgonie przeznaczonym dla celów pochówku wydawanym w postaci papierowej powinny się znaleźć m.in. dane teleadresowe osoby wystawiającej zaświadczenie obejmujące numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby były to dane teleadresowe podmiotu (placówki POZ, AOS, szpitala itp.), w ramach którego zawód wykonuje lekarz, który stwierdził zgon i wystawił dane zaświadczenie.
16. **Wątpliwości budzi projektowany art. 92l ustawy o działalności leczniczej**, który wskazuje, że badania pośmiertne mogą być przeprowadzone także na zlecenie opiekuna faktycznego lub osoby bliskiej w rozumieniu art. 3 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta albo

innego upoważnionego podmiotu na podstawie umowy zawartej z podmiotem przeprowadzającym badanie. Po pierwsze nie wiadomo co kryje się pod pojęciem innego upoważnionego podmiotu, a po drugie, nie wyjaśniono jednoznacznie, czy zlecenie takich „prywatnych” badań pośmiertnych wstrzymuje czynności związane ze stwierdzeniem zgonu, tj. wystawienie e-karty zgonu i zaświadczenia o zgonie przeznaczonego dla celów pochówku.

17. **W projektowanym art. 92p ust. 1 ustawy o działalności leczniczej** wymienione zostały dane, jakie będzie musiała zawierać e-karta zgonu, wśród których – obok występujących już obecnie danych jak: miejsce, data i godzina zgonu albo znalezienia zwłok - pojawia się nowa informacja o „rodzaju miejsca zgonu” (art. 92p ust. 1 pkt 3 ustawy). Ustawa nie precyzuje przy tym jakie będą „rodzaje miejsca zgonu”. Ten brak precyzji nowego przepisu może niepotrzebnie utrudniać i wydłużać czas niezbędny do wypełnienia dokumentacji dotyczącej stwierdzenia zgonu np. w razie wypadku samochodowego będzie rodziło się pytanie, czy jako rodzaj miejsca zgonu wpisać, że do zgonu doszło na drodze publicznej czy w samochodzie, czy poza miejscem zamieszkania.
18. **Wątpliwe jest także poszerzenie w projektowanym art. 92p ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej** danych zawartych w e-karcie zgonu o rodzaj zgonu (naturalny czy gwałtowny, a w przypadku zgonu gwałtownego rozróżnienie na: zabójstwo, samobójstwo, wypadek) – projektowany przepis przewiduje podanie tych danych obok dotychczas występujących na karcie zgonu informacji o przyczynie zgonu – bezpośrednia, wtórna i wyjściowa.
19. **W projektowanym art. 92p ust. 1 ustawy o działalności leczniczej** dotyczącym zakresu danych w e-karcie zgonu w pkt 14 i 15 zamieszczono tę samą treść – pkt 15 nakazuje umieścić w e-karcie zgonu *„informację, że zgon nastąpił w przebiegu zakażenia lub choroby zakaźnej, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, albo że jest takie podejrzenie”*, tymczasem w pkt 14 jest mowa o „informacji, że zgon nastąpił w przebiegu choroby zakaźnej, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, albo jest takie podejrzenie”. Wystarczające byłoby pozostawienie jedynie pkt. 15.

20. Analogiczna jak powyżej sytuacja zdublowania zapisu występuje także **w art.92q ust. 1 pkt 17 i 18 ustawy o działalności leczniczej** dotyczy e-karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.

V. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O NABYWANIU PRAWA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI KORONERA I WYNAGRODZENIU ZA STWIERDZANIE ZGONU

1. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec **przepisu art. 92w ustawy o działalności leczniczej**, który określa kwalifikacje lekarzy niezbędne do pełnienia funkcji koronera. Do listy lekarzy specjalistów uprawnionych do pełnienia tej funkcji bez konieczności odbycia szkolenia w zakładzie medycyny sądowej należy dodać specjalistów w dziedzinach neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii. Są to osoby, które w myśl art. 43a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty uczestniczą w stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierć mózgu), niewątpliwie zatem posiadają wiedzę niezbędną do wykonywania czynności stwierdzania i dokumentowania zgonów.
2. Do kręgu osób uprawionych do pełnienia funkcji koronera bez konieczności uprzedniego odbycia szkolenia w zakładzie medycyny sądowej należy zaliczyć lekarzy posiadających specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinach wymienionych w art. 92w ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej tj. patomorfologii, medycynie sądowej, anestezjologii i intensywnej terapii a także lekarzy posiadających pierwszy stopień specjalizacji w dziedzinie neurologii. Lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji to obecnie bardzo doświadczeni lekarze, stąd mogliby być brani pod uwagę przy powołaniu do pełnienia funkcji koronera. Konieczność poszerzenia kręgu lekarzy, który mogą pełnić funkcję koronera wynika z niewielkiego zainteresowania lekarzy pracą w tym charakterze, dlatego aby stworzyć korpus koronerów gotowych do wykonywania tych zadań na terenie całego kraju, potrzebne jest przyjazne środowisko prawne. Wymogi kwalifikacyjne wobec koronera nie powinny być wyższe niż wobec lekarza ubiegającego się o stanowisko biegłego sądowego.
3. Odnosząc się do propozycji przepisów dotyczących finansowania czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem **zgonów (projektowany art. 92zb ustawy o działalności leczniczej)** Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że

wynagrodzenie za stwierdzenie zgonu powinno być ustalane poprzez odesłanie do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa GUS, a nie – jak przyjęto w art. 92zb ust. 2 i art. 92zc ust. 1-2 ustawy o działalności leczniczej - na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej, której wysokość określa ustawa budżetowa.

4. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej krytycznie ocenia dużą dysproporcję pomiędzy projektowanym wynagrodzeniem za stwierdzenie zgonu przez koronera (art.92zc ust. 1 ustawy o działalności leczniczej) a lekarzem POZ, AOS, lekarzem hospicjum, lekarzem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (art. 92zb ust. 2 ustawy o działalności leczniczej) – w przypadku stwierdzenia zgonu bez wystawienia karty zgonu około 5-krotna, w przypadku stwierdzania zgonu z wystawieniem karty zgonu nawet 7-krotna różnica w kwotach wynagrodzenia nie znajduje dostatecznego uzasadnienia. Takie różnice w wynagradzaniu mogą skutkować tym, że w celu oszczędności środków budżetowych koronerzy nie będą wzywani do stwierdzania zgonów.
5. **W projektowanym art. 92zb ust. 2 ustawy o działalności leczniczej** jest mowa w tylko wynagrodzeniu za stwierdzenie zgonu, natomiast pominięto konieczność rozliczenia wydatków lekarza związanych ze stwierdzeniem zgonu, takich jak np. koszty dojazdu.
6. **W projektowanym art. 92zc ust. 2 ustawy o działalności leczniczej** przewidziano wynagrodzenie lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sądowej za pozostawanie w gotowości do udzielania konsultacji – w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wynagrodzenie powinno być ustalone jako procent przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa GUS, a nie – jak przyjęto w projekcie ustawy - na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej. Zaproponowana w projekcie ustawy wartość wynagrodzenia za gotowość lekarza specjalisty medycyny sądowej wynosi około 160 zł za dobę (0,058 kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej), zdecydowanie nie odpowiada rynkowym stawkom za pracę lekarza specjalisty. Wynagrodzenie tego lekarza pozostającego w gotowości do konsultacji powinno być ustalone w kwocie odpowiadającej stawkom dyżurowym w danej placówce medycznej.

STANOWISKO Nr 93/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 7 października 2025 r. (znak: DLG.0210.2.2025.WS) zgłasza następujące uwagi do projektu:

Samorząd lekarski negatywnie opiniuje zmiany w załączniku nr 11 „Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych”. Projektowane rozporządzenie przewiduje odstąpienie od szczegółowego określania rodzaju materiałów stomatologicznych do wypełnień ostatecznych (cementu szkłoionomerowego, cementu szkłoionomerowego o zwiększonej gęstości, cementu szkłoionomerowego wzmocnionego żywicą i kompozytowego materiału chemoutwardzalnego do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych) na rzecz określenia „materiały do wypełnień ostatecznych” ze wskazaniem, że wybór materiału do wypełnień ostatecznych zależy od decyzji lekarza w zależności od potrzeb leczniczych pacjenta, z wyłączeniem amalgamatu.

Zmiana w załączniku nr 11 do rozporządzenia będzie skutkowała tym, że do dyspozycji pacjentów postawione zostaną wszelkie dostępne na rynku materiały stosowane w praktyce dentystycznej, z wyjątkiem amalgamatu. Do koszyka świadczeń stomatologicznych zostaną zatem włączone kompozyty światłoutwardzalne na równych zasadach z innymi materiałami do wypełnień ostatecznych przy jednoczesnym braku zwiększenia wyceny świadczeń. Naturalne jest, że pacjenci będą oczekiwali zastosowania najlepszego i zarazem najdroższego materiału, na co nie zostały przeznaczone środki z Narodowego Funduszu Zdrowia związane ze zmianą wyceny. Wprowadzenie opiniowanej zmiany przepisów będzie skutkowało poważnym zwiększeniem kosztów udzielania świadczeń przez lekarzy dentystów, a wzrost ten nie będzie równoważony przez stosowaną zmianę wyceny świadczeń stomatologicznych. W rezultacie koszt zapewnienia pacjentom lepszego standardu wypełnień zostanie sfinansowany nie przez publicznego płatnika, lecz przez lekarzy dentystów. W załączonej do projektu rozporządzenia Rekomendacji nr 31/2024 z dnia 17 kwietnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wskazuje się, że udział materiałów do wypełnień ostatecznych w uśrednionym koszcie świadczenia wynosi niecałe 6%, dlatego uznano, że nie jest to zmiana istotna dla kosztów świadczenia. Ze stanowiskiem tym nie sposób się zgodzić - wprowadzenie kompozytów światłoutwardzalnych istotnie rzutuje na koszty realizacji świadczenia przez lekarza dentystę, a to z uwagi na fakt, że ich stosowanie wymaga wyposażenia gabinetu stomatologicznego w odpowiedni sprzęt, który umożliwia prawidłowe przeprowadzenie procesu polimeryzacji - lampy polimeryzacyjnej, wymagającej regularnej kontroli natężenia światła, kalibracji i okresowej wymiany elementów (np. akumulatorów czy diod). Dodatkowo, niezbędne jest użycie systemów adhezyjnych i akcesoriów uzupełniających. Materiał światłoutwardzalny wymaga wysokiej precyzji i doświadczenia klinicznego - izolacji pola zabiegowego, warstwowej techniki nakładania i polimeryzacji kompozytu, dokładnego dopasowania koloru i modelowania, końcowego opracowania i polerowania z użyciem specjalnych narzędzi i materiałów. W powyższych względów zwiększone koszty stosowania tego materiału do wypełnień muszą zostać uwzględnione w zmianie wyceny Funduszu.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza ponadto zastrzeżenia do niekonsekwencji terminologicznej przyjętej w nowelizacji załącznika nr 11 - w ust. 1 tego załącznika jest mowa o materiałach do „wypełnień ostatecznych”, natomiast w ust. 2 jest mowa o materiałach do „wypełnień stałych”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej domaga się również zmiany w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dotyczącym prawa do znieczulenia ogólnego przy wykonywaniu świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Dokonane niedawną nowelizacją rozporządzenia poszerzenie kręgu osób uprawnionych do znieczulenia ogólnego zostało bardzo dobrze przyjęte przez środowisko lekarzy dentystów jako zmiana korzystna dla pacjentów. Przepisy te wymagają jednak rewizji, o której wprowadzenie zwróciła się do Ministra Zdrowia Rada ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 16 października 2025 r. (znak: nr sprawy: RKL.002.3.2022). W ślad za tym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby § 4 ust. 1a rozporządzenia otrzymał następujące brzmienie:

„§ 4 ust. 1a

Znieczulenie ogólne przysługuje:

- 1. dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, u których występują alergie na środki znieczulenia miejscowego;*
- 2. dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia z zaburzeniami ogólnoustrojowymi, u których lęk związany z zabiegiem stomatologicznym lub obecność infekcji okołozębowych może negatywnie wpłynąć na stan ogólny pacjenta (w szczególności w chorobach kardiologicznych, neurologicznych, endokrynologicznych, onkologicznych, niedoborach odporności) – po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta;*
- 3. dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia wymagającym pilnego usunięcia infekcji okołozębowych przed planowaną terapią onkologiczną, transplantacją szpiku lub narządu, przed zabiegiem kardiochirurgicznym;*
- 4. dzieciom do ukończenia 3. roku życia niewspółpracującym mimo przeprowadzenia wizyty adaptacyjnej, z co najmniej 8 ubytkami próchnicowymi lub wymagającym leczenia co najmniej 4 zębów – endodontycznie lub ekstrakcji zębów, lub zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej, lub zaopatrzenia pourazowych uszkodzeń zębów i okolicznych tkanek;*
- 5. dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia niewspółpracującym, które nie pozwalają w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej na bezpieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego w zakresie jamy ustnej lub leczenia ostrego, zębopochodnego stanu zapalnego w okolicy szczękowo-twarzowej.”*

W zakresie zmiany w załączniku nr 1 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych” w lp. 63 zasadnie odstąpiono od precyzowania, że na rentgenodiagnostykę - zdjęcie pantomograficzne z opisem może kierować wyłącznie lekarz dentysta posiadający specjalizację lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Tożsamą zmianę zaproponowano również w załączniku nr 2 do rozporządzenia w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia” w lp. 56, w załączniku nr 2b w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w

gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole „ w lp. 56, w załączniku nr 3 w tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym” w lp. 67, załączniku nr 4 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS” w lp. 66, w załączniku nr 7 tabeli 1 „Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej” lp. 17, załączniku nr 8 tabeli 1 „Wykaz świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki” lp. 26.

Zastrzeżenia budzi jednak przyjęcie takiej zmiany w załączniku nr 5 tabeli nr 1 „Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii” lp. 6, gdzie dotychczas na świadczenie „rentgenodiagnostyka - zdjęcie pantomograficzne z opisem” nie były nałożone dodatkowe wymogi, poza tym, że miało być wykonywane w połączeniu ze świadczeniami chirurgii stomatologicznej i periodontologii i że przysługuje 1 raz na 3 lata. Po zmianie przepisu wpisowi do dokumentacji medycznej będzie musiało podlegać, że świadczenie jest zlecane w uzasadnionych medycznie przypadkach przy podejrzeniu nieprawidłowości rozwojowych zębów, zmian chorobowych w obrębie kości szczęk lub zapalenia przyzębia lub w diagnostyce ognisk infekcji zębo- i niezębopochodnych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia Ministerstwo Zdrowia nie wskazało żadnych powodów, które uzasadniałyby zaostreżenie wymogów wykonania tego świadczenia w załączniku nr 5, czyli przy udzielaniu świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie zgłasza zastrzeżeń do zmiany w załączniku nr 1 w tabeli nr 1 lp. 65 gdzie uzupełniono opis świadczenia „Repozycja i unieruchomienie zęba lub grupy zębów” dodając do opisu okoliczność złamania korzenia zęba (dotychczas było w opisie tylko zwichnięcie). Tożsamą zmianę zaproponowano również w pozostałych załącznikach do rozporządzenia.

W załączniku nr 1 lp. 67 i lp. 68 zasadna jest propozycja rezygnacji z określania protezy całkowitej górnej oraz protezy całkowitej dolnej jako „protezy o charakterze overdenture”. Tożsame zmiany zaproponowano także w pozostałych załącznikach do rozporządzenia. Niezasadny jest jednak zawarty tam wymóg przeleczenia endodontycznego wszystkich zębów pod protezę – wymóg taki nie ma uzasadnienia medycznego i jest nadmiarowy. Konieczne wydaje się uszczegółowienie jakich i ilu zębów ma dotyczyć ten zapis, jak również celowe jest dopisanie uwagi, że dopuszcza się pozostawienie nieprzeleczonych korzeni w przypadku ich całkowitej obliteracji. Niedostatecznie precyzyjne jest także określenie, że proteza ma być oparta na „zabezpieczonych korzeniach zębów” – proponuje się, aby uściślić, że chodzi o zabezpieczenie z wykorzystaniem uzębienia resztkowego.

STANOWISKO Nr 94/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 17 października 2025 r. (znak: ZPŚ.0210.1.2025.JP) popiera zmiany przewidziane w opiniowanym projekcie. Argumenty za poszerzeniem katalogu chorób objętych obowiązkiem szczepień ochronnych o zakażenia ludzkim wirusem brodawczaka (HPV) oraz za poszerzeniem katalogu chorób objętych obowiązkiem szczepień ochronnych o inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis* typu B i ACWY zostały dostatecznie jasno przedstawione w uzasadnieniu załączonym do projektu rozporządzenia.

STANOWISKO Nr 95/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie poselskiego projektu ustawy o Karcie Rodziny Mundurowej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o Karcie Rodziny Mundurowej, przekazanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu pana Dariusza Salamończyka z dnia 24 października 2025 r. (znak: SPS-III.020.336. 7.2025) zwraca uwagę, że proponowana w art. 29 projektu ustawy zmiana ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), polegająca na rozszerzeniu kręgu osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej stanowi istotną zmianę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. W ocenie samorządu lekarskiego każde tego typu rozwiązanie tworzące uprzywilejowany dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej zawsze wymaga pogłębionej analizy skutków oraz zapewnienia odpowiednich zasobów finansowych i kadrowych. Takie regulacje mogą być wprowadzane jedynie po dokładnym oszacowaniu ich wpływu na dostępność świadczeń dla pozostałych pacjentów i organizację pracy podmiotów leczniczych.

Mając na uwadze projektowaną regulację, przyznającą szczególne przywileje określonej grupie beneficjentów, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej tym bardziej uważa za zasadne rozważenie objęcia podobnymi uprawnieniami emerytowanych lekarzy, którzy przez wiele lat wykonywali służbę na rzecz ochrony zdrowia i wnieśli znaczący wkład w funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej. Uwzględnienie tej grupy stanowiłoby wyraz uznania dla ich wieloletniej pracy i zaangażowania, a jednocześnie pozostawałoby w zgodzie z zasadą równego traktowania zawodów pełniących służbę na rzecz państwa.

STANOWISKO Nr 96/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 24 października 2025 r. (znak: DLU.0210.17.2025.ŁR) nie zgłasza uwag do samego projektu rozporządzenia, ponawia jednak wyrażone w stanowiskach Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, tj. w stanowisku Nr 60/23/P-IX z dnia 26 września 2023 r., stanowisku Nr 70/23/P-IX z dnia 22 listopada 2023 r., stanowisku Nr 19/24/P-IX z 12 kwietnia 2024 r. oraz stanowisku Nr 78/24/P-IX z dnia 4 października 2024 r. wezwanie, aby Ministerstwo Zdrowia pilnie podjęło działania systemowe, które przywrócą prawidłowe działanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, w skład których zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznych powinien wchodzić lekarz systemu. Należy pilnie podjąć wszelkie możliwe działania, które przywrócą prawidłowe funkcjonowanie tych zespołów ratownictwa, m.in. poprzez zapewnienie prawidłowego ich finansowania i poprawę bezpieczeństwa personelu lekarskiego, odstąpienie od nakładania kar umownych jest bowiem jedynie rozwiązaniem doraźnym, a nie systemowym.

STANOWISKO Nr 97/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie poparcia apelu Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof dotyczącego podawania środków zwiotczających przez ratowników medycznych oraz przywrócenia segregacji pierwotnej w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w całości popiera apel Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof z dnia 7 października 2025 r., o wypracowanie

zmian prawnych, w wyniku których wykluczona zostanie możliwość podawania pacjentom środków zwiotczających przez ratowników medycznych bez zlecenia i bezpośredniego nadzoru lekarskiego oraz o podjęcie inicjatywy legislacyjnej, w wyniku której do katalogu zadań realizowanych przez ratowników medycznych w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym przywrócony zostanie przepis o segregacji pierwotnej (uprzednio nieprawidłowo opisanej jako „segregacja wstępna” – dawny art. 14 pkt 9 ustawy).

W obecnym stanie prawnym, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 576), umożliwia ratownikom medycznym, na zlecenie lekarza, wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających.

W rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.), w załączniku nr 8 określającym „*Standard kształcenia przygotowujący do wykonywania zawodu ratownika medycznego*” w efektach kształcenia pod pozycją C.U20 wskazano, że absolwent tego kierunku ma potrafić podawać produkty lecznicze stosowane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym anestetyczne, zwiotczające, analgetyczne, wpływające na profil krzepnięcia krwi, fibrynolityki, aminy presyjne oraz wybrane antybiotyki. Standard przewiduje także kształcenie ratowników medycznych w zakresie podawania pacjentom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego środków zwiotczających poprzez wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem takich środków.

Jak słusznie wskazuje Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, decyzja dotycząca podania pacjentowi będącemu w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia leku zwiotczającego jest jedną z najtrudniejszych decyzji w medycynie, a jej podjęcie wymaga uprzedniego wieloletniego szkolenia lekarskiego, specjalistycznej wiedzy w zakresie procedur i technik podawania takich środków oraz wysokich kompetencji z tym związanych, których ratownicy medyczni nie posiadają.

Bezpiecznego podania takich środków przez ratownika medycznego nie gwarantuje także fakt, że procedura może być wykonana jedynie na zlecenie lekarza. Dla prawidłowego podania leków zwiotczających pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, bezwzględnie konieczny jest osobisty nadzór lekarski nad procedurą, co nie jest możliwe, zwłaszcza gdy obecnie w skład specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego nie zawsze wchodzi lekarz systemu.

W związku z powyższym, nauczanie ratowników medycznych procedury i techniki podawania środków zwiotczających oraz umożliwienie im samodzielnego przeprowadzania takiej procedury na zlecenie lekarza, stwarza błędne przeświadczenie o posiadaniu przez ratowników medycznych wystarczających kompetencji w tym zakresie, a w konsekwencji może prowadzić do stwarzania sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera także apel Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof o wprowadzenie zmian w ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, poprzez ponowne dodanie do art. 14 ustawy punktu 9 dotyczącego przeprowadzenia segregacji pierwotnej pacjentów. Art. 14 pkt 9 ustawy został uchylony ustawą z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401 z późn. zm.). Dokonanie segregacji pierwotnej przez ratownika medycznego jest procedurą niezbędną do właściwego określenia zapotrzebowania na działania ratownicze realizowane w warunkach pozaszpitalnych w zdarzeniach mnogich i jest warunkiem adekwatnego wykorzystania zasobów ratowniczych. Odstąpienie od segregacji pierwotnej obniża skuteczność działań ratowniczych. Należy podkreślić, że zaprzestanie segregacji pierwotnej zostało wprowadzone w związku ze stanem epidemii COVID-19, który to stan został odwołany, w związku z czym czynność segregacji pierwotnej winna zostać przywrócona.

STANOWISKO Nr 98/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 7 listopada 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Panią Katarzynę Kęcką z dnia 31 października 2025 r. (znak: ZPN.0210.10.2025) negatywnie ocenia projekt.

Podstawowym celem i założeniem projektu opiniowanego rozporządzenia jest przedłużenie okresu obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia ustanowionego na lata 2021-2025 o jeden rok, tj. na rok 2026.

Zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym Narodowy Program Zdrowia jest niezwykle istotnym dokumentem określającym długoterminową politykę zdrowia publicznego, ustalającym cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia zmierzające do poprawy zdrowotności i jakości życia mieszkańców Polski oraz określającym sposób finansowania zadań w tym obszarze. Z powyższych względów należy przyjąć, że Narodowy Program Zdrowia powinien być każdorazowo opracowany w perspektywie długoletniej (ustawa mówi o co najmniej 5. latach). Opracowanie nowego Narodowego Programu Zdrowia na okres co najmniej 5 lat (czyli lata 2026-2030 r.) pokazałoby, że Państwo strategicznie i długofalowo podchodzi do zdrowia publicznego, tymczasem „aneksowanie” dotychczasowego Programu o jeden rok wskazuje raczej na tymczasowość i prowizoryczność przyjmowanych rozwiązań.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z niepokojem dostrzega także zasadniczą i zaskakującą zmianę uzasadnienia przedłużenia Narodowego Programu Zdrowia o jeden rok - jeszcze w połowie września 2025 r. Minister Zdrowia pisała do członków Rady ds. Zdrowia Publicznego, w tym do przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej, że decyzja o przedłużeniu Narodowego Programu Zdrowia o jeden rok wynika z trwających prac nad projektem zasadniczej reformy podstaw prawnych prowadzenia i koordynacji polityki zdrowia publicznego w Polsce. Zdaniem Minister Zdrowia charakter i zakres projektowanych zmian wskazują na zasadność odstąpienia od określania nowego NPZ z perspektywą do 2030 r., w sytuacji, gdy jego realizacja przypadłaby na czas obowiązywania znowelizowanej ustawy o zdrowiu publicznym. Obecnie w opiniowanym projekcie rozporządzenia uzasadnienie przedłużenia Narodowego Programu Zdrowia o jeden rok jest diametralnie inne - wskazuje się bowiem, że większość zadań z zakresu realizacji polityki zdrowia publicznego pozostaje bez zmian, a specyfika zdrowia publicznego zakłada długofalową perspektywę. Wydaje się wobec tego, że niewiele zostało z niedawno głoszonych poglądów o konieczności pilnej i głębokiej reformy polityki zdrowia publicznego oraz informacji o zaawansowanych pracach nad nowelizacją przepisów w tym zakresie.

Samorząd lekarski uważa, że działania Rządu w obszarze kreowania i realizacji polityki zdrowotnej państwa i zdrowia społeczeństwa nie powinny być niefrasobliwe i poddane częstym zmianom. Oczekuje się raczej przyjmowania i realizacji dobrze opracowanej, długofalowej polityki służącej poprawie stanu zdrowotności społeczeństwa.

