



Stanowiska podjęte przez PNRL 24 lipca 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 10 lipca 2026 r. przyjęło stanowiska w sprawie:

- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym,
- projektu ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

z dnia 24 lipca 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń
gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 1 lipca 2026 r. (znak: ASG.0210.10.2026.AJ), przedstawia następujące uwagi:

Pozytywnie należy odnieść się do działań zmierzających do poprawy organizacji rehabilitacji leczniczej oraz zwiększenia dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak kierunek zmian powinien pozostawać zgodny z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza oraz z istotą rehabilitacji medycznej jako integralnego elementu procesu leczenia. W ocenie Prezydium część projektowanych rozwiązań odchodzi od tych założeń, zastępując indywidualną ocenę medyczną rozwiązaniami o charakterze administracyjnym. Takie podejście może prowadzić nie tylko do ograniczenia elastyczności procesu terapeutycznego, ale również do pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenia jakości udzielanych świadczeń. Nadrzędnym celem projektowanych rozwiązań powinno być zapewnienie pacjentom możliwie szybkiego, powszechnego i bezpiecznego dostępu do skutecznej rehabilitacji, co wymaga zarówno właściwego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów medycznych, jak i ograniczenia procedur, które nie przynoszą pacjentowi bezpośredniej korzyści terapeutycznej.

Projektowane rozwiązania stanowią istotną zmianę dotychczasowego modelu organizacji i kwalifikacji do świadczeń rehabilitacyjnych, opartego na indywidualnej ocenie stanu zdrowia pacjenta oraz decyzji medycznej. Projekt nie przedstawia jednak przekonującego uzasadnienia dla tak daleko idącego odejścia od obowiązujących rozwiązań ani nie wskazuje, aby proponowane ograniczenia i sformalizowanie procesu kwalifikacji prowadziły do poprawy wyników leczenia, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów lub bardziej efektywnego wykorzystania środków publicznych. Wprowadzenie ograniczeń w zakresie swobody podejmowania decyzji medycznych powinno znajdować uzasadnienie w jednoznacznych dowodach oraz rzetelnej analizie skutków projektowanych zmian, czego w ocenie Prezydium w projekcie zabrakło.

Na pozytywną ocenę zasługuje rozwiązanie przewidziane w § 4 ust. 1 pkt 3 lit. e i g oraz pkt 4 lit. f i g w związku z § 4 ust. 3 projektu rozporządzenia, polegające na umożliwieniu realizowania rehabilitacji kardiologicznej w formule kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, w tym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. Wykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w rehabilitacji kardiologicznej może poprawić jej dostępność oraz zapewnić większą ciągłość terapii i zaangażowanie pacjentów w proces rehabilitacji, zwłaszcza w przypadku osób mających trudności z regularnym dojazdem do ośrodka rehabilitacyjnego. Jednakże, telerehabilitacja powinna być prowadzona wyłącznie u pacjentów, których stan pozwala na bezpieczne korzystanie z tej formy świadczenia, przy zachowaniu właściwej kwalifikacji lekarskiej, odpowiedniego nadzoru oraz możliwości niezwłocznego skierowania pacjenta do rehabilitacji prowadzonej stacjonarnie, jeżeli przemawia za tym zmiana jego stanu zdrowia.

Samorząd lekarski postuluje rezygnację z rozwiązania przewidzianego w § 7 ust. 1 projektu rozporządzenia, polegającego na uzależnieniu kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych od ujęcia rozpoznania w zamkniętym wykazie jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD. Przyjęcie zamkniętego katalogu rozpoznań stwarza ryzyko pozbawienia dostępu do rehabilitacji pacjentów cierpiących na choroby rzadkie, nietypowe schorzenia czy powikłania niewymienione w wykazie. O dostępie do rehabilitacji powinny przesądzać przede wszystkim stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, rokowanie oraz możliwość osiągnięcia realnej korzyści terapeutycznej, a nie wyłącznie formalne przyporządkowanie rozpoznania do określonego kodu. Zasadne jest zatem wprowadzenie możliwości kwalifikacji pacjenta z rozpoznaniem niewymienionym w załączniku nr 2, jeżeli przemawiają za tym udokumentowane wskazania medyczne oraz indywidualne potrzeby i możliwości pacjenta. Planowane działania legislacyjne powinny służyć zwiększaniu dostępności rehabilitacji, a nie ograniczaniu liczby świadczeniobiorców przez nadmiernie sztywne kryteria formalne.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzą również projektowane rozwiązania zawarte w § 2 pkt 9, § 5 ust. 3 oraz § 6 ust. 4 pkt 2 projektu rozporządzenia, a także – w odpowiednim zakresie – w § 6 ust. 5 projektu, które powierzają fizjoterapeucie dokonywanie kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, określanie celu terapeutycznego oraz ocenę efektów postępowania terapeutycznego. Projektowane przepisy prowadzą do istotnej zmiany dotychczasowego podziału kompetencji pomiędzy lekarzem a fizjoterapeutą, przenosząc na fizjoterapeutę końcową decyzję o kwalifikacji pacjenta do określonych świadczeń. Kwalifikacja do świadczenia wymaga uwzględnienia nie tylko stanu funkcjonalnego pacjenta, lecz także rozpoznania, chorób współistniejących, stosowanego leczenia, przeciwwskazań oraz ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, dlatego powinna należeć do kompetencji lekarza, dysponującego odpowiednią wiedzą i doświadczeniem.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie kwestionuje kompetencji fizjoterapeutów do przeprowadzania diagnostyki funkcjonalnej, ustalania indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego, doboru odpowiednich zabiegów oraz bieżącej oceny ich efektów. Rozwiązania umożliwiające szersze wykorzystanie wiedzy, doświadczenia i kompetencji zawodowych fizjoterapeutów należy ocenić pozytywnie, jednakże czynności te powinny następować po uprzedniej kwalifikacji medycznej dokonanej przez lekarza i stanowić element współpracy lekarza z fizjoterapeutą, a nie zastępować ocenę lekarską. Należy dążyć do czytelnego rozdziału kompetencji i odpowiedzialności: lekarz powinien odpowiadać za rozpoznanie i bezpieczeństwo medyczne pacjenta, natomiast fizjoterapeuta – za ocenę funkcjonalną, dobór, realizację i modyfikowanie postępowania fizjoterapeutycznego.

Należy zwrócić również uwagę na konieczność jednoznacznego określenia relacji pomiędzy indywidualnym programem rehabilitacji a indywidualnym planem postępowania fizjoterapeutycznego, o którym mowa w § 8 ust. 2 i § 9 ust. 3 projektu. Dokumentacja procesu rehabilitacji powinna uwzględniać stan pacjenta, rodzaj świadczenia oraz stopień złożoności terapii, przy jednoczesnym unikaniu powielania tych samych informacji w odrębnych dokumentach. Podział kompetencji i zakres odpowiedzialności za sporządzanie poszczególnych dokumentów powinien wynikać wprost z przepisów, tak aby obowiązki dokumentacyjne nie prowadziły do nieuzasadnionego zwiększenia obciążeń administracyjnych personelu.

Negatywnie ocenić należy postanowienia załączników nr 1 i 4, do których odsyłają odpowiednio § 3 ust. 1 i § 7 ust. 3 projektu, określające z góry czas trwania poszczególnych form rehabilitacji. Długość rehabilitacji powinna być ustalana indywidualnie na podstawie stanu zdrowia pacjenta, jego potrzeb funkcjonalnych, dynamiki poprawy, rokowania oraz stopnia realizacji celu terapeutycznego. Sztywne limity mogą prowadzić do zakończenia skutecznego i nadal medycznie uzasadnionego leczenia wyłącznie z przyczyn formalnych. Jednocześnie wprowadzaniu nowych wymogów organizacyjnych i sprawozdawczych powinno towarzyszyć zapewnienie odpowiednich warunków finansowych oraz organizacyjnych realizacji świadczeń, odpowiadających rzeczywistym potrzebom pacjentów i możliwościom świadczeniodawców.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi również uzależnianie przedłużenia rehabilitacji od pisemnej zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. O

potrzebie kontynuowania rehabilitacji powinna rozstrzygać ocena medyczna, a nie decyzja administracyjna płatnika. Przepisy mogą przewidywać obowiązek okresowej oceny efektów terapii i weryfikacji zasadności jej dalszego prowadzenia, jednak nie powinny ustanawiać limitów prowadzących do automatycznego zakończenia świadczeń mimo utrzymywania się wskazań medycznych. Prezydium postuluje zatem pozostawienie decyzji o czasie trwania rehabilitacji lekarzowi prowadzącemu, podejmującemu ją na podstawie udokumentowanej oceny stanu pacjenta, przy współudziale fizjoterapeuty.

Należy również zwrócić uwagę na potrzebę zapewnienia ciągłości procesu rehabilitacji pacjentów po zakończeniu leczenia w oddziale ostrej fazy choroby. Już w trakcie hospitalizacji powinna być określana dalsza ścieżka rehabilitacyjna pacjenta, z uwzględnieniem jego stanu klinicznego, potrzeb funkcjonalnych oraz rokowania, przy udziale lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, który powinien współuczestniczyć w planowaniu dalszego postępowania terapeutycznego. Pozytywnie należy ocenić ideę wykorzystania kompetencji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w procesie kwalifikacji i planowania dalszej terapii. Brak sprawnego przekazywania pacjenta pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki może prowadzić do opóźnienia rozpoczęcia rehabilitacji oraz utraty efektów uzyskanych podczas hospitalizacji. Wczesna rehabilitacja rozpoczynana jest już w pierwszych dobach po zabiegach operacyjnych, udarach, urazach i innych ciężkich zachorowaniach. Rodzaj, intensywność i miejsce prowadzenia dalszej rehabilitacji powinny być zatem dostosowane do stanu klinicznego pacjenta, jego potrzeb funkcjonalnych oraz rokowania, a system rehabilitacji powinien zapewniać dostęp do odpowiedniej formy i intensywności terapii, również w odniesieniu do pacjentów starszych, wielochorobowych i wymagających bardziej złożonego postępowania.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnosi ponadto o zmianę przepisu przejściowego zawartego w § 11 ust. 1 projektowanego rozporządzenia. Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem skierowanie wystawione przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i zarejestrowane u wybranego świadczeniodawcy zachowuje ważność jedynie pod warunkiem jego ponownej weryfikacji pod względem nowych kryteriów kwalifikacji. Rozwiązanie to może prowadzić do konieczności ponownego badania i kwalifikowania pacjentów, którzy przed wejściem w życie nowych regulacji zostali już zakwalifikowani do rehabilitacji i oczekują jedynie na rozpoczęcie świadczenia. Ponowne wzywanie tych pacjentów oraz przeprowadzanie dodatkowych ocen będzie generowało zbędne koszty organizacyjne i administracyjne, a także może dodatkowo obciążyć personel i wydłużyć kolejki oczekujących. Pacjenci ci powinni zostać objęci ochroną analogiczną do przewidzianej w § 11 ust. 2 projektu dla świadczeń stacjonarnych już rozpoczętych. Skierowania wystawione i zarejestrowane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia powinny być zatem realizowane na zasadach dotychczasowych, bez obowiązku ponownej weryfikacji według nowych kryteriów kwalifikacyjnych.

STANOWISKO Nr 15/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 17 lipca 2026 roku (znak: DLU.0210.14.2026.EW.4) przedstawia następujące uwagi:

Nie kwestionuje się zmiany polegającej na poszerzeniu listy procedur medycznych, dla których harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących, będą prowadzone w aplikacji udostępnionej

przez NFZ - AP KOLCE. Prowadzenie harmonogramów przyjęć w tej aplikacji oznacza, że harmonogramy przyjęć prowadzone przez wszystkich świadczeniodawców udzielających danego świadczenia opieki zdrowotnej będą się znajdowały w centralnym systemie, co umożliwi bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list oczekujących oraz dokonanie analizy czasu oczekiwania.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że projektowane zmiany rozporządzenia dotyczą procedur medycznych, na które świadczeniodawcy prowadzą obecnie we własnych systemach informatycznych odrębne listy oczekujących. Rozporządzenie wymusi zmianę miejsca prowadzenia tych list, a dane będą musiały zostać przeniesione z dotychczas prowadzonego własnego systemu informatycznego świadczeniodawcy do aplikacji AP KOLCE. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że wyznaczony na to w § 2 rozporządzenia termin 1 października 2026 r. jest zbyt krótki, zwłaszcza że projekt rozporządzenia został przedstawiony do konsultacji publicznych w drugiej połowie lipca, a czas na wdrożenie tych rozwiązań w dużej mierze pokrywa się z okresem wakacyjnym. Świadczeniodawcy zobowiązani do wprowadzenia proponowanych rozwiązań powinni otrzymać na to odpowiedni czas, a jeśli wdrożenie zmian wymaga dodatkowych nakładów finansowych – powinni być uprawnieni do ich refundacji np. poprzez uwzględnienie tego kosztu w wycenie procedur.

STANOWISKO Nr 14/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 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, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 17 lipca 2026 roku (znak: DLU.0210.15.2026.ŁR) nie widzi konieczności nakładania na podmioty lecznicze obowiązku przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia danych, którymi Fundusz już obecnie dysponuje, a ponadto wprowadzoną karę umowną za nieprzekazanie danych do Funduszu uznaje się za rażąco wygórowaną.

Placówki medyczne, które zawarły kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia mają już obowiązek przekazywania Funduszowi harmonogramów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne. Wzór „harmonogramu -zasoby”, w którym umieszcza się dane personelu medycznego, stanowi załącznik do umowy zawieranej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W aktualnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia określającym ogólne warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przewidziano także, że osoby wykonujące zawody medyczne ujęte w harmonogramie nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego. Regulacje te należy uznać za wystarczające zarówno z punktu widzenia zdefiniowania zakazu pozostawania w tym samym czasie w dwóch różnych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, jak i z punktu widzenia wypełnienia obowiązku informacyjnego przez placówki medyczne wobec Narodowego Funduszu Zdrowia. W projekcie rozporządzenia proponuje się tymczasem nałożenie na placówki udzielające świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego dodatkowego obowiązku przygotowania i przekazania miesięcznego godzinowego zestawienia obecności osób wykonujących zawody medyczne udzielających tych świadczeń, wskazanych w harmonogramie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że kara umowna, jaką proponuje się wprowadzić za niewykonanie tego obowiązku, jest rażąco wygórowana. Projekt rozporządzenia przewiduje, że niewykonanie obowiązku przedłożenia Funduszowi miesięcznego godzinowego zestawienia obecności osób wykonujących zawody medyczne ma być zagrożone karą umowną do wysokości 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia za każdy taki przypadek. Dotychczas karę umowną w takiej wysokości Narodowy Fundusz

Zdrowia mógł nakładać tylko w przypadku najcięższych naruszeń takich jak: np. pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorcy, nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy, udzielanie świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie czy w przypadku utrudniania czynności kontrolnych prowadzonych przez NFZ. Wprowadzenie kary umownej w takiej samej wysokości za nieprzekazanie danych, którymi Narodowy Fundusz Zdrowia już *de facto* dysponuje, jest nieuzasadnione.

STANOWISKO Nr 13/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 20 lipca 2026 roku (znak: ASG.0210.33.2026.MP) nie zgłasza zastrzeżeń wobec samego poszerzenia katalogu wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszaru zarządczego dotyczącego efektywności wykorzystania zasobów kadrowych. Zastrzeżenia budzi jednak sposób sformułowania tych wskaźników, których dodanie się proponuje.

W projekcie rozporządzenia przewiduje się trzy nowe wskaźniki jakości opieki zdrowotnej dotyczące zasobów kadrowych świadczeniodawcy. Pierwszy obejmuje udział kosztów zasobów kadrowych w przychodach z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Drugi wskaźnik obejmuje udział kosztów zasobów kadrowych z tytułu umów o pracę w wartości kosztów zasobów kadrowych. Trzeci obejmuje udział kosztów zasobów kadrowych personelu medycznego w kosztach zasobów kadrowych ogółem.

Odnosnie do pierwszego ze wskaźników tj. udziału kosztów zasobów kadrowych w przychodach z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, należy przyjąć, że może on stanowić , narzędzie do oceny struktury kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z zapewnianiem zasobów kadrowych niezbędnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niemniej jednak trzeba zastrzec, że tego rodzaju wyliczenia zawsze będą zależały od rodzaju i charakteru udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym dysproporcje między poszczególnymi podmiotami będą w wielu wypadkach obiektywnie uzasadnione.

Zastrzeżenia budzi drugi ze wskaźników, który sprowadza się do oceny udziału kosztów zasobów kadrowych osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę w ogólnej wartości kosztów zasobów kadrowych. Z tak skonstruowanego wskaźnika wybrzmiewa teza jakoby zatrudnienie personelu w formach pozapracowniczych było gorszą formą zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowczo twierdzi, że nie ma żadnych dowodów na to, że jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza kontraktowego jest niższa niż jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę. W obu wypadkach obowiązują te same zasady etyki zawodowej oraz standardy udzielania świadczeń zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i regułami staranności. Samorząd lekarski przypomina, że rozporządzenie określające wskaźniki jakości jest wydawane na podstawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zatem wskaźniki ustalane w tym trybie powinny bezpośrednio zaspokajać jedynie potrzebę podnoszenia jakości opieki medycznej, ich celem nie jest dostarczanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia dodatkowych danych statystycznych.

W drugim dodawanym wskaźniku pn. „*udział kosztów zasobów kadrowych z tytułu umów o pracę w wartości kosztów zasobów kadrowych*” oraz trzecim dodawanym wskaźniku pn. „*udział kosztów zasobów kadrowych personelu medycznego w kosztach zasobów kadrowych ogółem*” należy zauważyć, że pewnym uproszczeniem jest zaliczanie w całości wartości umów zawieranych na podstawie art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej do kosztów zasobów kadrowych personelu

medycznego, gdy tymczasem w przypadku umów „kontraktowych” zawieranych na podstawie art. 26 i art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w wartości tak określonego wynagrodzenia kontraktowego mieszczą się nierzadko także pozakadrowe koszty związane np. z administracyjną obsługą prowadzonej działalności gospodarczej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że zasadniczą wadą przedłożonej regulacji jest to, że nie określa ona, jakie będą docelowe, oczekiwane poziomy wskaźników jakości oraz jakie będą dla poszczególnych placówek medycznych konsekwencje osiągnięcia zakładanego wskaźnika lub jego nieosiągnięcia. Oceny rzeczywistych skutków przedłożonej regulacji dla systemu ochrony zdrowia można dokonać wyłącznie jeśli znane byłyby proponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Nieprzedłożenie tych propozycji rodzi ryzyko, że przedłożony projekt rozporządzenia może mieć na celu głównie ograniczenie poziomu finansowania placówek ochrony zdrowia.

STANOWISKO Nr 12/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń
gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym
centrum zdrowia

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 29 czerwca 2026 roku (znak: DLGT.742.51.2025.GK), nie neguje idei utworzenia powiatowych centrów zdrowia. Jeśli na terenie danego powiatu nie są dostępne świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, celowe jest zapewnienie pacjentom dostępu do placówki medycznej udzielającej określonych świadczeń zdrowotnych całodobowo we wszystkie dni tygodnia. Rodzi się jednak obawa, że projekt rozporządzenia doprowadzi do powstania kolejnego, niewydolnego podmiotu, w którym pacjent w oczekiwaniu na świadczenie będzie w większym ryzyku zdrowotnym, dodatkowo projektowane rozporządzenie może stanowić zachętę dla jednostek samorządu terytorialnego do likwidacji szpitali.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia opisano, że świadczenia udzielane w ramach powiatowego centrum zdrowia dedykowane są pacjentom w stanach nagłych, którzy ze względu na stan zdrowia, wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem, a które nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych zakresach. Ta ważna przesłanka identyfikująca tryb i warunki dostępu pacjentów do świadczeń w ramach powiatowego centrum zdrowia nie została jednak ujęta w normatywnej części rozporządzenia, co należy uznać za jego istotną wadę i przyczynę ewentualnych sporów dotyczących tak prawa do świadczeń, jak i później zasad jego rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Samorząd lekarski wskazuje, że rozporządzenie powinno kompleksowo określać zasady dostępu pacjentów do świadczeń udzielanych przez powiatowe centrum zdrowia. Przy tak szerokim zakresie świadczeń przewidzianych dla powiatowego centrum zdrowia i przy uwzględnieniu faktu, że działać ono będzie całodobowo w powiatach, w których pacjenci nie mają dostępu do świadczeń w ramach szpitala, można z dużym prawdopodobieństwem zakładać, że do powiatowego centrum zdrowia będzie zgłaszało się wielu pacjentów, którzy mogliby skorzystać z pomocy medycznej w ramach POZ oraz pacjentów, którzy powinni uzyskać pomoc medyczną wyłącznie w ramach świadczeń szpitalnych. Brak w opiniowanym rozporządzeniu określenia jasnych kryteriów dostępu do świadczeń w ramach powiatowego centrum zdrowia może rodzić problemy dotyczące rozliczenia świadczeń powiatowego centrum zdrowia w razie następcej kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Odnosząc się do proponowanego w załączniku nr 1 do rozporządzenia wykazu świadczeń gwarantowanych udzielanych w powiatowym centrum zdrowia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zauważa, że przewidziano w nim bardzo szeroki zakres pomocy medycznej, natomiast wymogi dotyczące liczby personelu i jego kwalifikacji, w tym wymogi odnoszące się do posiadania lekarzy określonych specjalizacji, są nieadekwatne do tak szerokiego zakresu świadczeń.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wykonanie niektórych świadczeń opisanych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do projektu rozporządzenia przekracza możliwości powiatowego centrum zdrowia. Wątpliwości budzi m.in. umieszczenie w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych w powiatowym centrum zdrowia stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia procedur, które w większości przypadków wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, takich jak: nacięcie ropnia okołoodbytniczego, tylnej tamponady nosa, którą zwykle wykonuje się w warunkach szpitalnych czy przywracania rytmu zatokowego, gdzie w przypadku kardiowersji elektrycznej konieczne jest krótkie znieczulenie ogólne. Ambulatoryjne warunki udzielania świadczeń będą także stanowiły przeszkodę dla opieki nad pacjentami w cięższych przypadkach w ramach powiatowego centrum zdrowia.

Wątpliwości budzą także następujące procedury wskazane w załączniku nr 1 projektu rozporządzenia: radykalne wycięcie zmian skórnych różnych rozmiarów bez zabezpieczenia histopat., laseroterapia i krioterapia zmian powierzchniowych oraz wstrzyknięcia do nerwów obwodowych, usuwanie ciała obcego z żołądka i jelita cienkiego, przywrócenie rytmu zatokowego – bez wymienionego znieczulenia ogólnego lub analgo-sedacji, szycie tętnicy i żyły. Pomimo objęcia tych procedur zakresem działania powiatowego centrum zdrowia, w załączniku nr 2 do projektu rozporządzenia w punkcie "wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną" nie ma informacji o sprzęcie wykorzystywanym przy wszystkich powyższych zabiegach.

Odnosząc się do wskazanych w załączniku nr 2 do rozporządzenia wymogów dotyczących personelu powiatowego centrum zdrowia, należy wskazać, że przy tak szerokim zakresie świadczeń niewystarczające jest powierzenie tej pracy lekarzom po pierwszym roku specjalizacji. Zastanawia także brak konsekwencji w stosunku do specjalizacji z medycyny rodzinnej – projektowane przepisy dopuszczają do pracy w powiatowym centrum zdrowia specjalistów medycyny rodzinnej, ale osoby w trakcie specjalizacji z tej dziedziny nie. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej niezasadnie pominięto w projekcie rozporządzenia lekarzy medycyny ratunkowej, których kompetencje odpowiadają zaopatrywaniu stanów nagłych.

W trosce o prawidłowe zabezpieczenie prawa pacjentów do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby wykaz świadczeń gwarantowanych udzielanych w powiatowym centrum zdrowia, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia, został ponownie skierowany do prac wgronie ekspertów, z uwzględnieniem towarzystw naukowych z poszczególnych dziedzin medycyny, tak aby katalogiem świadczeń gwarantowanych objąć wszystkie świadczenia potrzebne pacjentom i zarazem możliwe do wykonania w warunkach powiatowego centrum zdrowia, ale jednocześnie wykluczyć z wykazu te świadczenia, które z uwagi na ograniczenia dotyczące liczby i kwalifikacji personelu oraz wyposażenia nie powinny być realizowane w warunkach powiatowego centrum zdrowia.

STANOWISKO Nr 11/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 20 lipca 2026 roku (znak: EZZPP.0210.9.2026.IC) nie zgłasza zastrzeżeń wobec samej idei zwiększenia transparentności dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz uproszczenia i przyspieszenia procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej czy informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców, m.in. za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

Należy jednak zwrócić uwagę, że zgodnie z normą prawną wyrażoną w art. 23h ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) rozporządzenie Ministra Zdrowia określające wykaz świadczeń opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją powinno być wydane po analizie przeprowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej. Projekt rozporządzenia oraz załączone do niego uzasadnienie nie wskazują, że Minister Zdrowia przeprowadził taką analizę wymaganą przez przepisy ustawy. Jest to tym bardziej zaskakujące, że przedstawiając w listopadzie 2025 r. do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji Minister Zdrowia wyraźnie zaznaczał, że *„Kolejne świadczenia opieki zdrowotnej będą dodawane sukcesywnie, na podstawie analizy uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie danego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej”*. Skoro planuje się, że do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej objętych centralną elektroniczną rejestracją zawierającego obecnie 9 pozycji zostanie dodanych aż 31 nowych pozycji, to uprzednia analiza liczby oczekujących, czasu oczekiwania i warunków uzyskania świadczenia byłaby jak najbardziej uzasadniona.

Należy ponadto zwrócić uwagę, że z dotychczasowych doświadczeń związanych z wprowadzeniem centralnej e-rejestracji wynika, że poszerzenie zakresu świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją nakłada na świadczeniodawców dodatkowe obowiązki dotyczące przygotowania systemów teleinformatycznych, którymi się posługuje i personelu do wykonywania dodatkowych czynności z tym związanych. Każda zmiana wykazu świadczeń objętych centralną e-rejestracją musi być dokładnie przeanalizowana także pod kątem możliwości ich realizacji przez świadczeniodawców.

STANOWISKO Nr 10/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kęcką z dnia 23 czerwca 2026 r. (znak: DLGT.0210.5.2025.AM) przedstawia następujące uwagi:

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera kierunek zamierzeń wskazany w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia dotyczący stopniowego przechodzenia w psychiatrii od modelu izolowania w dużych szpitalach psychiatrycznych do modelu środowiskowego. Jest to model uznawany obecnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie świadczeń realizowanych w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest zgodne z rekomendacją nr 68/2026 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 22 maja 2026 r. w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania modelu organizacyjnego udzielania świadczeń w centrum zdrowia psychicznego jako świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Centra zdrowia psychicznego mają zapewniać kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami dorosłymi z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej.

Rozwiązania zaproponowane w projekcie rozporządzenia stanowią kontynuację modelu organizacyjnego wskazanego w ramach programu pilotażowego realizowanego od dnia 1 lipca 2018 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1883). W takiej sytuacji Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie odnosi się do tego, że w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia ani w Ocenie Skutków Regulacji nie zamieszczono żadnej wzmianki odnoszącej się do tego, jak w ramach programu pilotażowego został oceniony testowany model opieki psychiatrycznej oparty na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Brak takich podstawowych informacji jest poważną wadą projektu rozporządzenia. Każdy program pilotażowy, jeśli ma stać się modelem docelowym, funkcjonującym obligatoryjnie na terenie całego kraju, powinien zostać poddany rzetelnej ewaluacji. W świetle tych uwag, musi niepokoić stanowisko zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 68/2026, w którym znajduje się wzmianka, że *„Jednocześnie należy wskazać, że dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu pilotażowego nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych wniosków w zakresie efektów zdrowotnych ani jakości udzielanych świadczeń”*. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej docelowy model organizacji i finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej powinien zapewniać właściwą dostępność oraz przekładać się na mierzalne i trwałe efekty zdrowotne oraz gwarantować utrzymanie wysokich standardów jakości. Po 8. latach funkcjonowania programu pilotażowego efekty zdrowotne i wpływ nowej organizacji udzielania świadczeń na ich jakość i dostępność powinien być już Ministerstwu Zdrowia znany i przekazany partnerom społecznym wraz z projektem zmiany rozporządzenia koszykowego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej sygnalizuje ponadto, że w projektowanym § 2 pkt 21 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zastrzeżenia budzi definicja „koordynatora opieki”. W propozycji zawarte zostały jedynie wskazania dotyczące kwalifikacji niezbędnych do objęcia tego stanowiska w centrum zdrowia psychicznego, tymczasem powinno się tam określić przede wszystkim jaka jest rola i zadania koordynatora opieki w ramach centrum zdrowia psychicznego.

Samorząd lekarski postuluje rezygnację z projektowanego ograniczenia, zgodnie z którym funkcję koordynatora opieki w centrum zdrowia psychicznego mogłaby pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej średnie wykształcenie medyczne. Takie zawężenie kręgu osób uprawnionych do pełnienia tej funkcji nie znajduje wystarczającego uzasadnienia. Zakres zadań koordynatora opieki określony w projekcie koncentruje się przede wszystkim na ustalaniu terminów realizacji poszczególnych etapów świadczenia, nadzorowaniu prowadzenia dokumentacji oraz czuwaniu nad formalną jakością procesu leczenia. Są to zadania, do których wykonywania odpowiednio przygotowani mogą być również pracownicy socjalni, z uwagi na swoje przygotowanie zawodowe, doświadczenie w pracy z osobami wymagającymi wsparcia oraz ze względu na znajomość systemu pomocy społecznej. Projekt wymaga także doprecyzowania, do jakich konkretnie kwalifikacji lub zawodów odnosi się pojęcie „średnie wykształcenie medyczne”, a także co należy rozumieć przez wymóg posiadania „niezbędnej wiedzy”. Posługiwanie się tak nieostryimi pojęciami może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że projektowany zakres zadań koordynatora opieki nie obejmuje współtworzenia planu terapii i zdrowienia, a projekt nie wskazuje jednoznacznie, kto taki plan ma opracowywać. Jest to istotna luka regulacyjna, ponieważ plan terapii i zdrowienia powinien być dokumentem o charakterze merytorycznym, powiązany z procesem diagnostyczno-terapeutycznym, a nie wyłącznie formalnym opisem form opieki oferowanych świadczeniobiorcy. W dotychczasowym modelu pilotażowym plan terapii był tworzony przez zespół, w którego skład wchodził lekarz i koordynator. Definicja planu terapii i zdrowienia przedstawiona w projekcie wydaje się również nadmiernie uproszczona względem rozwiązań pilotażowych, w szczególności przez brak wskazania obowiązku okresowej, co najmniej corocznej ewaluacji tego planu. Brak takiej ewaluacji może osłabić możliwość dostosowywania planu leczenia do zmieniającego się stanu zdrowia pacjenta oraz jego sytuacji środowiskowej.

Zastrzeżenia budzi także projektowany § 2 pkt 24 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zastrzeżenia budzi definicja „punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego”, który został określony jako „pokój do przyjmowania świadczeniobiorców w ramach centrum zdrowia psychicznego (...)”. Proponuje się zastąpienie słowa „pokój” słowem: „pomieszczenie” lub „wydzielone pomieszczenie”.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi również projektowany sposób uregulowania funkcji asystenta zdrowienia. Zastosowanie dwuletniego okresu przejściowego w procesie uzyskania certyfikatu potwierdzającego kwalifikację wolnorynkową włączoną do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji należy uznać za okres zbyt krótki. W praktyce może on doprowadzić do niedoboru osób spełniających wymagania formalne, a w konsekwencji do ograniczenia możliwości realizacji świadczeń w centrach zdrowia psychicznego. Zasadne jest wydłużenie okresu przejściowego do czasu, w którym na rynku pracy dostępna będzie odpowiednia liczba osób posiadających wymagane kwalifikacje. Jednocześnie projekt nie reguluje w wystarczającym stopniu roli asystenta zdrowienia w zespole terapeutycznym. Odnosnie do zaproponowanego w § 2 pkt 23 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz w projektowanym załączniku nr 9 do tego rozporządzenia roli „asystenta zdrowienia” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że skoro osoba ta wchodzi w skład personelu wymaganego w ramach centrum zdrowia psychicznego, przypisuje się jej ważną rolę w zakresie kontaktów z pacjentem i rodziną pacjenta doświadczającego kryzysu psychicznego, a jednocześnie nie jest to zawód medyczny, w związku z czym osoby o kompetencjach asystenta zdrowienia nie będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, to w projekcie rozporządzenia powinny znaleźć się bardziej szczegółowe postanowienia dotyczące zakresu uprawnień takiej osoby, w tym dostępu do danych pacjentów i do dokumentacji medycznej oraz sposób współpracy z zespołem

terapeutycznym. Kwestia ta ma fundamentalne znaczenie w świetle aksjologii praw człowieka oraz obowiązku zachowania tajemnicy w związku z wykonywaniem czynności wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Negatywnie ocenić należy rozwiązania prowadzące do obniżenia wymaganego wskaźnika zatrudnienia personelu w centrach zdrowia psychicznego, w szczególności w sytuacji, gdy jednocześnie projekt przewiduje bardziej szczegółowe wymagania dotyczące poszczególnych ról w zespole. W dotychczasowym modelu pilotażowym minimalny poziom zatrudnienia w ramach działalności podstawowej wynosił odpowiednio 0,6 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18 roku życia, co odpowiadało 60 etatom na 100 tys. osób. Tymczasem projektowany standard kadrowy, zgodnie z załącznikiem nr 9, kształtuje się na poziomie 30 etatów na 100 tys. populacji, z wyłączeniem oddziału stacjonarnego. Zmniejszenie ogólnego wymogu zatrudnienia personelu z dotychczasowego poziomu może w praktyce skutkować ograniczeniem dostępności świadczeń oraz obniżeniem jakości terapii.

Samorząd lekarski wyraża sprzeciw także wobec obniżenia gwarantowanego minimum zatrudnienia psychologa klinicznego z 3 etatów do 0,5 etatu na 100 tys. mieszkańców. Tak istotne ograniczenie wymagań kadrowych dotyczących psychologów klinicznych może prowadzić do zmniejszenia dostępności pogłębionej diagnostyki psychologicznej oraz utrudnić prowadzenie kompleksowej oceny funkcjonowania pacjenta i planowanie dalszych działań terapeutycznych. W opiece psychiatrycznej, dostęp do psychologa klinicznego jest jednym z kluczowych elementów jakości świadczeń. Obniżenie wymogów w tym zakresie pozostaje trudne do pogodzenia z deklarowanym celem projektu, jakim jest poprawa kompleksowości opieki psychiatrycznej. Również liczba sesji psychoterapii powinna wynikać z indywidualnych wskazań klinicznych, stanu zdrowia pacjenta oraz decyzji terapeutycznych podejmowanych przez osoby udzielające świadczeń, a nie z limitów administracyjnych. Rozwiązania limitujące możliwość udzielania psychoterapii w oderwaniu od potrzeb pacjenta mogą prowadzić do formalizacji procesu leczenia i ograniczenia jego skuteczności. Jednocześnie projekt powinien dopuścić możliwość prowadzenia części psychoterapii z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, o ile jest to uzasadnione stanem pacjenta, charakterem świadczenia oraz oceną osoby prowadzącej terapię. Obecne przepisy rozporządzenia przewidują już możliwość realizacji części świadczeń ambulatoryjnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, z zastrzeżeniem, że proces diagnostyczny nie może odbywać się wyłącznie zdalnie. Projektowane przepisy dotyczące centrów zdrowia psychicznego nie powinny prowadzić do pogorszenia ani zawężenia tej możliwości.

Wskazać również należy, że projekt nie doprecyzowuje w wystarczający sposób warunków realizacji świadczeń, a proponowane zmiany w zakresie finansowania mogą osłabić pracę środowiskową, która powinna stanowić podstawę funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. Szczególne zaniepokojenie budzi brak zapewnienia finansowania takich form wsparcia jak kluby pacjenta, świetlice, zajęcia terapeutyczne i aktywizujące prowadzone poza oddziałem stacjonarnym lub dziennym, a także inne programy środowiskowe, które mają istotne znaczenie dla przeciwdziałania izolacji społecznej oraz zapobiegania nawrotom choroby. Elementy te nie powinny być traktowane jako działania uboczne lub fakultatywne, lecz jako integralna część nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że projektowane zmiany mają istotny charakter organizacyjny i finansowy, a jednocześnie wiele kluczowych elementów pozostaje niedookreślonych. W takiej sytuacji opiniowanie samego projektu rozporządzenia, bez równoczesnego przedstawienia projektu odpowiedniego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako aktu wykonawczego określającego szczegółowe zasady kontraktowania, rozliczania i finansowania świadczeń, nie pozwala na pełną ocenę skutków projektowanych regulacji. Prezydium postuluje, aby projekt rozporządzenia był konsultowany łącznie z projektami aktów określających praktyczne warunki finansowania i realizacji świadczeń. Dopiero całościowa analiza projektowanych rozwiązań pozwoli ocenić, czy proponowane regulacje rzeczywiście zapewnią ciągłość, kompleksowość i dostępność opieki psychiatrycznej w centrach zdrowia psychicznego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opowiada się przy tym za utrzymaniem finansowania świadczeń realizowanych w centrach zdrowia psychicznego w całości w formie

ryczałtu. Finansowanie ryczałtowe lepiej odpowiada założeniom modelu środowiskowego, którego istotą jest elastyczne reagowanie na potrzeby populacji objętej opieką centrum w przeciwieństwie do rozliczania wyłącznie pojedynczych procedur.

STANOWISKO Nr 9/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, przekazanych przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kęcką z dnia 10 lipca 2026 roku (znak: RKL.U.0210.3.2026.AC) przedstawia następujące stanowisko:

Projekt rozporządzenia określa limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w rozbiciu na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim, jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim oraz jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski, z podziałem na poszczególne uczelnie. Projekt zwiększa łączny limit miejsc na tych kierunkach w stosunku do limitu na rok poprzedni o 265 miejsc, w tym o 201 miejsc na kierunku lekarskim, a na kierunku lekarsko-dentystycznym o 64 miejsca.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podtrzymuje wyrażane uprzednio stanowisko, że w trosce o wysoki standard kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, będący gwarantem bezpieczeństwa pacjentów, należy wspierać przede wszystkim rozwój i zwiększanie naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim prowadzących kształcenie w zawodach lekarza i lekarza dentysty, w których jakość kształcenia została już pozytywnie zweryfikowana tak przez właściwe instytucje, jak i poprzez umiejętności ich absolwentów rozpoczynających staż podyplomowy, a następnie pracę zawodową. Wykształcenie lekarza to nie tylko nabycie kompetencji zawodowych, ale także zdobycie umiejętności pracy naukowej. Zapewnienie właściwej jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów wymaga posiadania wykwalifikowanej i doświadczonej kadry dydaktycznej oraz dostępu do bazy klinicznej.

Samorząd lekarski uważa, że kwestię polityki państwa polskiego w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów należy uczynić przedmiotem długofalowej strategii opartej o rzeczowe dane i dobrze zbadane potrzeby, i zaprzestać działania wyłącznie w oparciu o jednoroczne plany i ustalane w ten sposób limity przyjęć na kierunek studiów na dany rok. Zawód lekarza, z perspektywy prawidłowego funkcjonowania państwa i dobrostanu społeczeństwa, jest niewątpliwie zawodem o kluczowym znaczeniu.

Zgodnie z art. 444 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2024 r. poz. 1571), Minister Zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych uczelniach, uwzględniając możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów studiów na tych kierunkach. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do opiniowanego projektu rozporządzenia nie dołączono dokumentacji i danych pozwalających na ocenę, w jaki sposób dla każdej uczelni weryfikowano liczbę nauczycieli akademickich, rzeczywistą bazę prosektoryjną i symulacyjną, maksymalną liczbę studentów przypadających na grupy kliniczne, liczbę i profil podmiotów leczniczych, wolumen świadczeń, dostępność opiekunów dydaktycznych oraz konsekwencje dla jakości kształcenia. Samo odwołanie się w uzasadnieniu do „propozycji uczelni” czy „możliwości dydaktycznych” jest niewystarczające. Upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia zawarte w art. 444 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce nakazuje ministrowi zdrowia, aby przy ustalaniu limitów przyjęć kierował się nie tylko możliwościami dydaktycznymi uczelni, ale także zapotrzebowaniem na absolwentów tych kierunków studiów. Z treści załączonych do projektu rozporządzenia dokumentów nie wynika, jakimi kryteriami i danymi posługiwał się projektodawca oceniając zapotrzebowanie na absolwentów, zwłaszcza studiów

lekarsko-dentystycznych. Tym samym wydaje się, że postawiono znak równości między kryterium „możliwości dydaktycznych uczelni” a kryterium „zapotrzebowania na absolwentów”, gdy tymczasem Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce uznaje je za zupełnie odrębne kryteria ustalania limitu przyjęć na studia na tych kierunkach. Należy w tym miejscu dodać, że według ekspertyzy przygotowanej w Naczelnej Izbie Lekarskiej przez Zespół roboczy do spraw transformacji w ochronie zdrowia (uwzględniającej rosnące zapotrzebowanie na lekarzy, powodowane zmianami demograficznymi i rosnącymi oczekiwaniami oraz świadomością zdrowotną społeczeństwa) przy aktualnych trendach dotyczących ustalania liczby miejsc na studiach już w 2032 r. liczba lekarzy w Polsce przekroczy prognozowany popyt na świadczenia. Podobnie zwiększenie liczby miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym nie znajduje dostatecznego uzasadnienia w zapotrzebowaniu na absolwentów tego kierunku.

**STANOWISKO NR 8/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 lipca 2026 r.**

w sprawie projektu ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Po zapoznaniu się z projektem ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przekazany przy piśmie podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 3 lipca 2026 r. (znak: DLU.0210.10.2026.RB) Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że zmiana okresu kwalifikacji podmiotów do sieci szpitali poprzez przedłużenie tego okresu o kolejne dwa lata (do czerwca 2029 r.) ma charakter systemowy, powinna być zatem objęta szerszym programem oceny aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, a nie stanowić przedmiot fragmentarycznej nowelizacji. Zupełnie nie przekonują argumenty wskazane w uzasadnieniu do projektu ustawy, z którego wynika, że przedłużenie okresu obowiązywania wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej do czerwca 2029 r. ma umożliwić skorzystanie z instrumentów konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych uchwalonych na mocy ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211), ponieważ rok temu, w czasie uchwalania wspomnianej nowelizacji przewidującej mechanizmy konsolidacyjne, nie dostrzegano takiej potrzeby.

Należy również postawić pytanie, dlaczego ustawodawca po raz kolejny nie trzyma się ram ustawowych, wedle których świadczeniodawcę kwalifikuje się do sieci szpitali na okres 4 lat (art. 95m ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Mamy do czynienia już z drugim okresem kiedy wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do sieci szpitali zawierają odstępstwo od 4-letnich ram czasowych. Skoro wyjątek stał się regułą i począwszy od 2017 r. do chwili obecnej ustawodawca nie trzyma się 4-letnich okresów, na jakie sporządzane są wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do sieci szpitali, to być może zmiany wymaga przepis o 4-letnim okresie obowiązywania wykazów placówek zakwalifikowanych do sieci szpitali. Taka decyzja powinna być jednak poprzedzona szerokimi konsultacjami z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz sytuacji placówek szpitalnych, które weszły do sieci, oraz poszanowaniem praw tych placówek, które do sieci dopiero planują dołączyć. Zgłaszane przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uwagi należy traktować jako zachętę do dokonania przez ustawodawcę głębszego namysłu nad kluczowymi zasadami, według których budowany jest model funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce.

