# Stanowiska PNRL podjęte 14 sierpnia 2026 r.

Podczas posiedzenia 14 sierpnia 2026 roku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło stanosika:

- **w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne;**
- **w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.**

## STANOWISKO Nr 18/26/P-X PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 sierpnia 2026 r. w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazanym przy piśmie Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pana Marka Augustyna z dnia 3 sierpnia 2026 r. (znak: NFZ-DSOZ-WLS.4010.12.2026 2026.397124.MP), negatywnie opiniuje projekt w zakresie, w jakim wprowadza współczynniki korygujące o wartości mniejszej niż 1,0.
W trakcie prac legislacyjnych nad ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta samorząd lekarski wyraźnie wskazywał, że ocena jakości dokonywana przy pomocy wskaźników jakości opieki zdrowotnej w obszarze klinicznym, konsumenckim i zarządczym powinna prowadzić wyłączenie do promowania i doceniania placówek, które osiągają wysokie parametry, natomiast nie może prowadzić do „karania" placówek, których wskaźniki jakości nie osiągają założonej przez NFZ wysokości. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w całości podtrzymuje swój pogląd wyrażony w stanowisku Nr 32/23/P-IX z dnia 25 maja 2023 r., zgodnie z którym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, określając współczynniki korygujące związane z uzyskaniem przez podmiot leczniczy określonej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, powinien kierować się wyłącznie oddziaływaniem motywującym do promowania wysokiej jakości. Zdaniem samorządu lekarskiego Prezes NFZ powinien w ramach ustawy o jakości opieki zdrowotnej ustalać jedynie współczynniki korygujące o wartości większej niż 1,0. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie

zgadza się na to, aby poprzez ustalenie wskaźników jakości Prezes NFZ uzyskiwał uprawnienie do obniżenia wartości wynagrodzenia za prawidłowo wykonane świadczenie zdrowotne. Prowadziłoby to do wykonywania świadczeń zdrowotnych nawet poniżej kosztów ponoszonych przez placówkę medyczną, która nie naruszyła warunków kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia.
Tymczasem w załączniku nr 3f do projektu zarządzenia prezesa NFZ pn. „Katalog wskaźników jakości opieki zdrowotnej i wartości granicznych współczynników korygujących", aż w 22 przypadkach przewiduje się zastosowanie współczynnika korygującego wykazującego wartość poniżej 1,0.
Potwierdzeniem tezy, że wprowadzenie przez NFZ współczynników korygujących ma na celu przede wszystkim ograniczenie wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, a nie rzeczywistą troskę o podniesienie jakość opieki zdrowotnej, jest zawarta w uzasadnieniu do projektu zarządzenia informacja, że skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający ze zmian w zakresie związanym z wprowadzeniem współczynnika 1,4 (w przypadku wykonania jednoczasowo zabiegów operacyjnych leczenia obustronnej przepukliny pachwinowej rozliczanych grupami: F72, F73) oraz wdrożenia współczynników korygujących wskazanych w załączniku nr 3f wiąże się ze zmniejszeniem wydatków o około 476 mln zł w ujęciu rocznym.

## STANOWISKO Nr 19/26/P-X PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 sierpnia 2026 r. w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, przekazanym przy piśmie pana Filipa Nowaka Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2026 r. (znak: NFZ-DSOZ-SODPHS.400.1.2026 2026.1392784.MAMI) negatywnie opiniuje projekt zarówno pod względem legislacyjnym jak i proceduralnym i przedstawia następujące stanowisko:
Prezydium NRL zwraca uwagę, że wyznaczony termin na przedstawienie opinii nie odpowiada standardom rzetelnego procesu konsultacyjnego, w szczególności w odniesieniu do projektu zawierającego istotne zmiany w zakresie organizacji i finansowania świadczeń. Projektodawca wyznaczył zaledwie 7-dniowy termin na przedstawienie uwag do udostępnionej wersji projektu. Projekt skierowany do ponownych konsultacji nie stanowi jednak korekty ani uzupełnienia projektu poddanego konsultacjom w maju 2026 r., lecz jest aktem jakościowo nowym, wprowadzającym szereg istotnych rozwiązań nieobecnych w pierwotnej wersji. W szczególności projekt przewiduje utworzenie czterech nowych produktów rozliczeniowych wraz ze szczegółowym opisem ich wykonania, wprowadzenie nowej taryfy świadczeń czy wyłączenie stosowania współczynnika korygującego.
Sam projektodawca w uzasadnieniu projektu przyznaje, że dokonano „istotnych zmian w zakresie organizacji i finansowania świadczeń", co jednoznacznie potwierdza głęboką ingerencję w poprzednio opiniowany projekt. Skrócenie terminu do 7 dni przy tak istotnej jego przebudowie pozbawia partnerów społecznych rzeczywistego wpływu na treść proponowanych rozwiązań.

Zastrzeżenia Prezydium NRL budzi przyjęta w projekcie koncepcja uzależnienia możliwości rozliczenia pakietów ST30-ST30G od osiągnięcia z góry określonego minimalnego czasu ich wykonywania. Rozwiązanie to abstrahuje od rzeczywistych uwarunkowań diagnostycznych oraz od indywidualnych potrzeb pacjenta, zastępując ocenę prawidłowości wykonania świadczenia wyłącznie kryterium czasowym. W efekcie o możliwości rozliczenia świadczenia ma decydować nie zakres i jakość wykonanych czynności, lecz czas ich realizacji. Nie określono także w jaki sposób następować będzie utrwalenie i późniejsza weryfikacja czasu wykonania procedur objętych pakietami ST30-ST30G, z pewnością jednak dokumentowanie czasu wykonania procedury nałoży na lekarzy dentystów dodatkowe obowiązki o administracyjnym charakterze.

Czas niezbędny do prawidłowego wykonania zabiegu zależy od szeregu zmiennych klinicznych, których żaden sztywny próg nie jest w stanie odzwierciedlić. Należą do nich m.in. stan jamy ustnej pacjenta, ilość płytki nazębnej i złogów, wiek oraz stopień współpracy dziecka, obecność stałego aparatu ortodontycznego, wady zgryzu, niepełnosprawność intelektualna lub ruchowa, nasilenie lęku stomatologicznego, a także stan przyzębia, począwszy od zapalenia dziąseł aż po zaawansowane postacie chorób przyzębia. Jednocześnie w przypadku pacjenta dobrze współpracującego, z niewielką ilością złogów i prawidłowym stanem jamy ustnej, doświadczony lekarz dentysta może wykonać świadczenie w sposób kompletny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną w czasie krótszym niż przewidziane w projekcie minimum. Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawiając projekt nie wskazał metodologii, na podstawie której ustalono proponowane minima czasowe. W ocenie samorządu lekarskiego, jeśli minima czasowe mają być wprowadzone, to tylko poprzez ustalenie ich przez niezależne gremia ekspertów z dziedziny stomatologii, jednocześnie nie powinny to być sztywne normy minutowe, lecz raczej powinien być brany pod uwagę średni czas wykonania danej procedury, co daje możliwość odstępstw od minimum w przypadku niektórych pacjentów.

Projektowane rozwiązanie stawia lekarza dentystę w sytuacji, w której prawidłowe wykonanie świadczenia może okazać się niewystarczające do jego rozliczenia. W praktyce prowadzi to do sztucznego wydłużania czasu wizyty, co skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem zasobów publicznych, ogranicza dostępność świadczeń i wydłuża czas oczekiwania pacjentów. Projekt nie przewiduje żadnych mierników pozwalających ocenić rzeczywisty efekt zdrowotny udzielonych świadczeń.

W konsekwencji nie jest możliwe ustalenie, czy finansowane ze środków publicznych świadczenia faktycznie przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. Takie rozwiązanie pozostaje w sprzeczności z deklarowanym przez projektodawcę celem poprawy jakości świadczeń. Jakość opieki zdrowotnej nie może być bowiem utożsamiana z długością trwania wizyty ani liczbą wykonanych procedur. O jej rzeczywistej wartości świadczy skuteczność podejmowanych działań profilaktycznych i terapeutycznych, mierzona poprawą stanu zdrowia pacjenta oraz ograniczeniem ryzyka występowania chorób jamy ustnej w przyszłości. W efekcie powstaje ryzyko, że świadczeniodawcy będą dostosowywać organizację pracy do wymogów sprawozdawczych i rozliczeniowych, a nie do indywidualnych potrzeb pacjentów.

W ocenie Prezydium NRL kryterium rozliczenia świadczenia powinien stanowić zakres i jakość wykonanych czynności, potwierdzone dokumentacją medyczną, a nie sam czas trwania wizyty.

Poważne zastrzeżenia Prezydium NRL budzi również sposób wyceny projektowanych pakietów świadczeń. Przedstawione w projekcie stawki nie pozwalają na ocenę, czy zostały skalkulowane w oparciu o rzeczywiste koszty udzielania świadczeń stomatologicznych, a dostępne informacje nie dają podstaw do stwierdzenia, że zapewniają pokrycie kosztów ich wykonania przy zachowaniu wymaganych standardów jakości i bezpieczeństwa. Wycena świadczeń powinna uwzględniać pełen katalog kosztów ponoszonych przez świadczeniodawcę, w szczególności czas pracy lekarza dentysty i personelu pomocniczego, koszty sterylizacji narzędzi, zużycie materiałów jednorazowych, a także koszty infrastruktury, sprzętu oraz jego bieżącej eksploatacji. Tymczasem projekt nie zawiera informacji pozwalających zweryfikować, w jaki sposób poszczególne elementy kosztowe zostały uwzględnione przy ustalaniu taryf.

Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi także objęty projektem zakaz rozliczania jednoczasowego procedur komplementarnych – wykonanie higienizacji może ograniczyć

rozliczenie procedury leczenia próchnicy i lakierowania zębów. Nie sposób także zaaprobować włączenia badania lekarskiego do pakietu bez proporcjonalnego zwiększenia wyceny punktowej.

Według szacunków środowiska stomatologicznego rzeczywisty koszt realizacji świadczenia z zachowaniem wszystkich wymogów jakościowych, sanitarnych i sprzętowych wynosi około 165-320 zł. Oznacza to, że proponowane finansowanie znajduje się na granicy opłacalności albo nie zapewnia pokrycia rzeczywistych kosztów świadczenia. W praktyce prowadzi to do sytuacji, w której podmioty realizujące świadczenia dla dzieci i młodzieży współfinansują system publiczny ze środków własnych. Taki model finansowania nie może być uznany za trwały ani racjonalny z punktu widzenia organizacji systemu ochrony zdrowia.

Konsekwencją utrzymywania wycen na poziomie nieodpowiadającym kosztom realizacji świadczeń może być dalsze ograniczanie liczby podmiotów zainteresowanych zawieraniem i kontynuowaniem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a tym samym stopniowe zmniejszanie dostępności świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży. Ryzyko to jest szczególnie istotne w obszarze świadczeń profilaktycznych, których powszechna dostępność stanowi jeden z podstawowych warunków skutecznej ochrony zdrowia jamy ustnej populacji wieku rozwojowego.

Aktualny pozostaje w tym zakresie argument podniesiony w Stanowisku Nr 39/26/P-IX z dnia 15 maja 2026 r., zgodnie z którym nie można oczekiwać od lekarzy dentystów udzielania świadczeń poniżej kosztów ich wykonania. W ocenie Prezydium NRL rzetelna ocena adekwatności proponowanych taryf wymaga ujawnienia pełnej metodyki kalkulacji oraz danych kosztowych stanowiących podstawę opracowania AOTMiT. Bez przedstawienia tych informacji nie jest możliwe zweryfikowanie, czy proponowane stawki odpowiadają rzeczywistym kosztom realizacji świadczeń oraz czy zapewniają osiągnięcie deklarowanych celów jakościowych projektu.

W ocenie Prezydium NRL skuteczna profilaktyka stomatologiczna wymaga rozwiązań opartych na aktualnej wiedzy medycznej, adekwatnym finansowaniu oraz poszanowaniu zakresie doboru metod i czasu niezbędnego do prawidłowego wykonania świadczenia. Rozwiązania organizacyjne i rozliczeniowe powinny wspierać osiąganie rzeczywistych efektów zdrowotnych, a nie tworzyć mechanizmy premiujące spełnianie kryteriów formalnych kosztem indywidualizacji postępowania medycznego i rzeczywistych potrzeb pacjentów.