

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 udzielnych świadczeń zdrowotnych, a tym

samym dysproporcje między poszczególnymi podmiotami będą w wielu wypadkach obiektywnie uzasadnione.

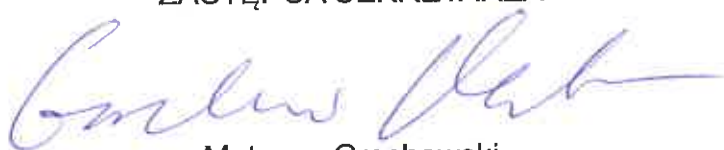
Zastrzeżenia budzi drugi ze wskaźników, który sprowadza się do oceny udziału kosztów zasobów kadrowych osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę w ogólnej wartości kosztów zasobów kadrowych. Z tak skonstruowanego wskaźnika wybrzmiewa teza jakoby zatrudnienie personelu w formach pozapracowniczych było 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.

ZASTĘPCA SEKRETARZA



Mateusz Grochowski

WICEPREZES



Paweł Barucha