Pismo znak: I-S/2026/2/SK

Warszawa, 20 sierpnia 2026 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

STANOWISKO

Związku Pracodawców SPOIWO oraz Stowarzyszenia IFIC Polska

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

(projekt z dnia 4 sierpnia 2026 r.)

I. Stanowisko

Działając w imieniu Związku Pracodawców SPOIWO oraz Stowarzyszenia IFIC Polska, w odpowiedzi na udostępniony do konsultacji projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r., przedstawiamy poniższe stanowisko.

Sprzeciwiamy się wprowadzeniu mechanizmu obniżania rocznej stawki kapitacyjnej w podstawowej opiece zdrowotnej w zależności od wartości realizacji wskaźników jakości.

Podstawą naszego sprzeciwu jest brak kompetencji Prezesa Funduszu do ustanowienia takiego mechanizmu. Art. 5 ust. 4 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta wiąże kompetencję do ustalenia współczynników korygujących z **uzyskaniem** odpowiedniej wartości realizacji wskaźnika. Projekt wiąże skutek finansowy ze zdarzeniem przeciwnym – z **nieuzyskaniem** wartości uznanej przez Fundusz za właściwą. Zdarzenie to nie zostało w ustawie wskazane jako podstawa zastosowania współczynnika, a kompetencji organu wykonującego zadania publiczne nie domniemywa się.

Roczna stawka kapitacyjna jest przy tym podstawowym składnikiem wynagrodzenia świadczeniodawcy wynikającym z umowy. Jej obniżenie wobec świadczeniodawcy, któremu nie postawiono zarzutu naruszenia jakiegokolwiek obowiązku, wywołuje skutek właściwy sankcji finansowej, nieobwarowany żadną gwarancją proceduralną.

Stowarzyszenie IFIC Polska
ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa
www: ificpolska.org.pl
kontakt: kontakt@ificpolska.org.pl

Związek Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości
ul. Bellottiego 1/10, 01-022 Warszawa
www: www.zpspoiwo.org
kontakt: zarzad@zpspoiwo.org

Wnosimy o:

1. wykreślenie z załącznika nr 27 do zarządzenia wszystkich współczynników korygujących o wartości niższej niż 1, to jest wartości 0,90 oraz 0,95 we wszystkich pozycjach i przedziałach;

2. nadanie § 41c ust. 1 zdaniu drugiemu następującego brzmienia: *„Współczynniki korygujące, o których mowa w zdaniu pierwszym, przyjmują wartość nie niższą niż 1.”*;

3. powiązanie wartości realizacji wskaźników jakości z dodatkiem motywacyjnym, o którym mowa w art. 159 ust. 2b pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez rozszerzenie mechanizmu funkcjonującego już w Rozdziale 6 zmienianego zarządzenia, oraz pozostawienie wskaźników z załącznika nr 27 w charakterze monitorującym do czasu takiego rozszerzenia.

II. Uzasadnienie

1. Art. 5 ust. 4 ustawy o jakości wiąże zastosowanie współczynnika z uzyskaniem odpowiedniej wartości wskaźnika, a nie z jej nieuzyskaniem

Jako podstawę projektowanego § 41c ust. 1 wskazano art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zgodnie z którym Prezes Funduszu *„ustala współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej”*. Ustawodawca posłużył się sformułowaniem kwalifikowanym, wprowadzającym dwa elementy: uzyskanie wartości oraz uzyskanie wartości odpowiedniej. Kompetencja została zatem powiązana z osiągnięciem określonego poziomu, a nie z jego nieosiągnięciem.

Znaczenie tej konstrukcji potwierdza zestawienie ustępu 3 i ustępu 4 tego samego artykułu. W ust. 3 ustawodawca mówi neutralnie o rozliczaniu świadczeń *„w oparciu o wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej”*, obejmując tym zwrotem wszystkie osiągnięte wartości – dobre, przeciętne i złe. W ustępie następnym tego sformułowania nie powtórzył. Nie napisał również, że Prezes Funduszu ustala współczynniki „w zależności od wartości realizacji wskaźników”. Zawęził podstawę zastosowania współczynnika do uzyskania wartości odpowiedniej.

Przyjęcie, że każda osiągnięta wartość – w tym wartość świadcząca o nieosiągnięciu poziomu uznanego przez Fundusz za właściwy – jest wartością „odpowiednią”, pozbawiałoby ten wyraz jakiejkolwiek treści normatywnej i zrównywałoby zakres obu przepisów. Wykładnia prowadząca do uznania części przepisu za zbędną jest niedopuszczalna. Gdyby ustęp 4 miał obejmować wszystkie wyniki, wystarczyłoby powtórzyć w nim sformułowanie użyte w ustępie poprzedzającym.

Wyraz „odpowiedni” ma przy tym charakter ocenny: oznacza wartość właściwą, należytą, taką, jaka w danej sytuacji być powinna. W zależności od konstrukcji wskaźnika odpowiednia wartość nie musi być matematycznie wysoka – dla wskaźnika śmiertelności czy częstości powikłań odpowiednia będzie wartość niska. Musi jednak pozostawać odpowiednia z punktu widzenia celu jakościowego, a nie być wartością dowolną.

Schemat wynikający z ustawy jest zatem następujący: świadczeniodawca uzyskuje odpowiednią wartość, a Prezes Funduszu wiąże z tym uzyskaniem współczynnik korygujący. Projekt odwraca tę logikę: zdarzeniem wywołującym skutek finansowy staje się nieuzyskanie wartości uznanej za właściwą, co jest sprzeczne z delegacją ustawową.

Art. 5 ust. 4 nie jest przy tym wyłącznie opisem mechanizmu finansowego. Jest normą kompetencyjną skierowaną do Prezesa Funduszu. Wobec podmiotu wykonującego zadania publiczne i dysponującego środkami publicznymi nie znajduje zastosowania zasada, zgodnie z którą dozwolone jest wszystko, co nie zostało zakazane; organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa, a ich kompetencji nie domniemywa się. Odpowiedź, że ustawa nie stanowi, iż współczynnik musi być równy 1 lub wyższy, nie jest zatem wystarczająca. Pytanie prawidłowo postawione brzmi: który przepis przyznaje Prezesowi Funduszu kompetencję do pomniejszenia należności z powodu nieuzyskania odpowiedniej wartości wskaźnika. Art. 5 ust. 4 takiego zdarzenia nie wymienia – wymienia zdarzenie przeciwne.

Ograniczenia tego nie usuwa akt wykonawczy. Paragraf 16 ust. 2a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712) powtarza konstrukcję ustawową i również mówi o współczynnikach *„związanych z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej”*. Nie stanowi, że współczynnik może mieć wartość niższą niż 1, że może być stosowany w razie nieuzyskania odpowiedniej wartości ani że może pomniejszać finansowanie należne za prawidłowo udzielone świadczenia. Rozporządzenie nie rozstrzyga zatem wątpliwości na korzyść projektu, lecz powtarza ograniczenie zawarte w ustawie.

Podsumowując: uzyskanie odpowiedniej wartości wskaźnika może uruchamiać korektę korzystną dla świadczeniodawcy; nieuzyskanie tej wartości może skutkować brakiem takiej korekty, a więc zastosowaniem wartości neutralnej, którą jest 1. Obniżenie poniżej 1 wymagałoby odrębnego, wyraźnego upoważnienia, którego ustawa nie zawiera.

2. Cel współczynników korygujących i dotychczasowa konstrukcja zarządzenia POZ

Paragraf 16 ust. 2a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów odsyła do współczynników korygujących, *„o których mowa w ust. 2”*, przejmując wraz z tym odesłaniem cel określony w ustępie poprzedzającym: *„w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń”*. Mamy świadomość, że zwrot „w szczególności” czyni ten katalog otwartym. Otwartość katalogu nie znosi jednak wyznaczonego w nim kierunku: cele niewymienione powinny być rodzajowo zbieżne z wymienionymi, a współczynnik pomniejszający środki pozostające u świadczeniodawcy nie jest celem innym, lecz przeciwnym wobec obu wskazanych.

Dodatkowo za takim odczytaniem przemawia dotychczasowa konstrukcja zmienianego zarządzenia. W § 18 ust. 8 oraz ust. 12 Prezes Funduszu nakazuje naliczanie „współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów”, związanych ze zgłaszalnością do programów profilaktycznych – i są to współczynniki wyrażone kwotowo, zwiększające należność świadczeniodawcy, zgodnie z § 16 ust. 2 zdaniem drugim. Z kolei § 23 ust. 2, którego ustęp poprzedzający projekt zmienia, określa współczynniki korygujące stawkę kapitacyjną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przedziale od 1,0 do 4,0.

Dotychczasowe współczynniki odwołujące się wprost do § 16 ust. 2 ogólnych warunków umów i związane z realizacją programów profilaktycznych zwiększają należność świadczeniodawcy. Również współczynniki korygujące stawkę kapitacyjną lekarza POZ określone w § 23 ust. 2 mają wartości od 1,0 do 4,0. Projekt po raz pierwszy nadaje współczynnikom jakościowym ustalanym na podstawie § 16 ust. 2a funkcję redukującą podstawowe finansowanie kapitacyjne, nie wskazując zmiany stanu prawnego uzasadniającej zmianę kierunku.

3. Ustawa i zmieniane zarządzenie wiążą jakość opieki w POZ ze środkami dodatkowymi

Podstawę prawną projektu stanowi między innymi art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W tym samym artykule ustawodawca przewidział szczególny dla podstawowej opieki zdrowotnej instrument powiązania jakości z finansowaniem. Zgodnie z art. 159 ust. 2b umowy w tym rodzaju:

„(…) zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie: 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (…) (budżet powierzony); 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa); 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).”

Szczególny dla podstawowej opieki zdrowotnej instrument jakościowy został więc skonstruowany dodatnio, jako odrębny strumień finansowania. Nie dowodzi to samodzielnie, że każdy współczynnik poniżej 1 jest niedopuszczalny, lecz wzmacnia wniosek płynący z art. 5 ust. 4 ustawy o jakości.

Instrument ten nie jest przy tym postulatem na przyszłość. Zmieniane zarządzenie już obecnie realizuje art. 159 ust. 2b pkt 3: Rozdział 6, zatytułowany „Dodatek motywacyjny”, przewiduje w § 18 kwartalny i roczny dodatek motywacyjny za poziom wykonania świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, naliczany za każdy punkt procentowy wzrostu poziomu objęcia populacji w stosunku do poprzedniego kwartału. Ten sam paragraf reguluje rozliczanie zgłaszalności do programu profilaktyki raka szyjki macicy (ust. 7) oraz nakazuje naliczanie kwartalnych współczynników korygujących związanych ze zgłaszalnością do programu profilaktyki raka piersi (ust. 8–11) i do programu badań przesiewowych raka jelita grubego (ust. 12–15). Odrębny dodatek motywacyjny przewidziano w § 16 ust. 14–16 dla objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.

Projekt wprowadza obok działającego mechanizmu premiującego drugi, przeciwstawny mechanizm, obejmujący dokładnie te same trzy programy profilaktyczne. Ten sam parametr byłby jednocześnie podstawą dodatku w Rozdziale 6 i podstawą obniżenia stawki kapitacyjnej w projektowanym Rozdziale 12a. Projekt nie reguluje relacji między tymi mechanizmami ani nie uchyla żadnego z przepisów Rozdziału 6.

Nie dają się też pogodzić przyjęte poziomy. Zgodnie z § 18 ust. 10 dodatnie współczynniki z tytułu zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi nalicza się od poziomu 35%, a zgodnie z § 18 ust. 14 dla programu badań przesiewowych raka jelita grubego – od poziomu 16%. Załącznik nr 27 przewiduje natomiast obniżenie finansowania poniżej poziomu odpowiadającego połowie wartości województwa o najniższym wskaźniku, co – według materiału pomocniczego Funduszu dotyczącego wskaźników jakości, dane za 2025 r. – oznacza około 9,1% w pierwszym i 0,19% w drugim przypadku. Próg premiowy jest zatem niemal czterokrotnie wyższy w przypadku programu profilaktyki raka piersi i ponad osiemdziesięciokrotnie wyższy w przypadku programu badań przesiewowych raka jelita grubego.

Uzasadnienie projektu nie odnosi się ani do art. 159 ust. 2b pkt 3, ani do Rozdziału 6 zmienianego zarządzenia. Wnosimy o uzupełnienie uzasadnienia w tym zakresie oraz o wyjaśnienie, dlaczego zamiast rozszerzenia działającego mechanizmu dodatku motywacyjnego zdecydowano się na budowę mechanizmu obniżającego.

4. Skutek finansowy bez naruszenia obowiązku i bez gwarancji proceduralnych

Ani przepisy powszechnie obowiązujące, ani postanowienia umowy nie zobowiązują świadczeniodawcy do osiągnięcia określonego odsetka teleporad ani do jego nieprzekroczenia, do osiągnięcia określonego odsetka porad domowych, ani do zapewnienia określonego poziomu zgłaszalności do programów

profilaktycznych. Świadczeniodawca udzielający świadczeń zgodnie z przepisami o świadczeniach gwarantowanych, ogólnymi warunkami umów i zawartą umową nie narusza żadnego obowiązku, a mimo to traci część należnego mu finansowania.

Wartość części wskaźników kształtują ponadto okoliczności obiektywnie niezależne od świadczeniodawcy: decyzja pacjenta o zgłoszeniu się na badanie przesiewowe, rozmieszczenie pracowni realizujących dany program oraz struktura wieku listy aktywnej. W programie badań przesiewowych raka jelita grubego badanie realizowane jest bez skierowania i poza podstawową opieką zdrowotną. Do tego dochodzi rozbieżność populacji objętych współczynnikiem z populacjami kwalifikującymi się do programów: załącznik nr 27 obejmuje populacje w wieku 40–75, 20–65 i 40–65 lat, podczas gdy programy obejmują odpowiednio kobiety w wieku 45–74 lata, kobiety w wieku 25–64 lata oraz zasadniczo osoby w wieku 50–65 lat. Obniżeniu podlega więc stawka należna również za świadczeniobiorców, którzy do wskaźnika w ogóle nie wchodzą.

Ogólne warunki umów wyznaczają przy tym standard ochrony świadczeniodawcy przy nakładaniu obciążeń finansowych: uprzednie stwierdzenie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po jego stronie (§ 29 ust. 1), miarkowanie stosownie do rodzaju i wagi nieprawidłowości (§ 29 ust. 2), wezwanie do zapłaty z terminem nie krótszym niż 14 dni (§ 29 ust. 4), ograniczenie łącznej wysokości obciążenia (§ 30 ust. 3), wpis do rejestru prowadzonego przez Fundusz (§ 31a) oraz tryb zastrzeżeń i zażalenia (§ 28 ust. 3). Projektowany współczynnik nie zapewnia żadnego z tych elementów. Znamienne jest, że sam prawodawca, wiążąc obowiązek ze współczynnikiem korygującym w § 30 ust. 1a tego rozporządzenia, posłużył się karą umowną i obowiązkiem zwrotu środków, a nie obniżeniem współczynnika.

Brak tych gwarancji nie jest luką, którą dałoby się usunąć uzupełnieniem projektu. Przemawia za wnioskiem, że projektowany instrument nie mieści się w systemie obciążeń finansowych ukształtowanym w ogólnych warunkach umów. Skalę arbitralności ilustruje okoliczność, że projekt nie określa nawet, czy współczynniki podlegają mnożeniu, czy sumowaniu, ani jak odnoszą się do dodatnich współczynników naliczanych na podstawie § 18 ust. 8 i 12 zmienianego zarządzenia za ten sam parametr: przy zbiegu multiplikatywnym obniżenie stawki odnoszącej się do określonej grupy świadczeniobiorców wynosi 22,8%, a Fundusz nie przedstawił symulacji skutku na poziomie całej umowy. Nie wnosimy o uzupełnienie tych elementów, ponieważ nie domagamy się poprawienia mechanizmu, lecz jego usunięcia.

III. Postulowany kierunek: premiowanie

Nie kwestionujemy potrzeby mierzenia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej ani powiązania jej z finansowaniem. Kwestionujemy kierunek, jaki nadaje temu powiązaniu projekt. Gotowy instrument nie tylko istnieje w ustawie, ale od dawna działa w zmienianym zarządzeniu. Rozdział 6 przewiduje dodatek motywacyjny za poziom wykonania świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia, w konstrukcji nagradzającej zarówno osiągnięty poziom, jak i jego wzrost w stosunku do poprzedniego kwartału, a § 18 ust. 8–15 przewiduje dodatnie współczynniki korygujące za zgłaszalność do programów profilaktyki raka piersi i raka jelita grubego. To ten strumień, a nie stawka podstawowa, powinien być powiązany z pozostałymi wskaźnikami jakości. Rozwiązanie takie mieści się w granicach art. 5 ust. 4 ustawy o jakości, nie rodzi sporu o charakter prawny obniżenia stawki i nie wykracza poza zakres zmienianego aktu.

Proponujemy, aby współczynnik podstawowy wynosił 1, a wartości wyższe przysługiwały za wynik ponadprzeciętny oraz odrębnie za poprawę wyniku w stosunku do poprzedniego okresu publikacji, niezależnie od poziomu wyjściowego. Premia za poprawę pozostaje dzięki temu dostępna również dla

podmiotów działających na obszarach o ograniczonej dostępności diagnostyki i deficycie kadrowym. Przykładowe wartości – 1,02 przy wyniku powyżej mediany krajowej, 1,05 w górnym kwartylu oraz 1,10 w górnym decylu albo przy poprawie o co najmniej 20% – podajemy wyłącznie jako punkt wyjścia; powinny one podlegać kalibracji na podstawie rozkładów wartości wskaźników posiadanych przez Fundusz oraz oceny skutków finansowych. Równie dobrym rozwiązaniem jest powielenie konstrukcji kwotowej z § 18 zmienianego zarządzenia, w której wysokość dodatku rośnie wraz z poziomem objęcia populacji i jest naliczana za każdy punkt procentowy wzrostu.

Ocena powinna przy tym opierać się na wskaźnikach klinicznych i procesowych silniej związanych z wynikiem zdrowotnym niż wskaźniki dotyczące struktury sprawozdawczości. Możliwe do wyliczenia z danych pozostających już w dyspozycji Funduszu są w szczególności: odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem cukrzycy z oznaczoną hemoglobiną glikowaną w okresie 12 miesięcy, odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego objętych w tym okresie co najmniej jedną kontrolą, wyszczepialność przeciwko grypie w populacji powyżej 65 roku życia, odsetek świadczeniobiorców z chorobą przewlekłą objętych opieką koordynowaną z pełną zrealizowaną ścieżką oraz liczba hospitalizacji z przyczyn możliwych do uniknięcia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Pierwsze cztery pozycje są wskaźnikami procesu i pokrycia opieką; najbliżej pomiaru wyniku znajduje się ostatnia. Wszystkie pozostają jednak w większym stopniu pod wpływem działań zespołu POZ i są silniej związane z efektem klinicznym niż wskaźniki ujęte w załączniku nr 27.

Postulujemy równolegle wystąpienie Prezesa Funduszu do Ministra Zdrowia o uzupełnienie rozporządzenia w sprawie wskaźników jakości o wskaźniki kliniczne i konsumenckie właściwe dla podstawowej opieki zdrowotnej; obecny katalog obejmuje w obszarze konsumenckim wyłącznie leczenie szpitalne. Mechanizm premiowy nie prowadzi do odebrania części podstawowego finansowania i ma z tego powodu mniejszy potencjał konfliktowy. Nie twierdzimy, że wyklucza spory – mogą one dotyczyć odmowy przyznania premii, poprawności danych lub przypisania świadczeniobiorcy – lecz ich przedmiotem nie jest wówczas pomniejszenie należności za prawidłowo zrealizowaną umowę.

IV. Zastrzeżenia końcowe

Podtrzymujemy, że przedmiotem naszego sprzeciwu jest dopuszczalność mechanizmu, a nie jego parametry. Nie zgłaszamy uwag zmierzających do doprecyzowania współczynników obniżających, ponieważ ich doprecyzowanie nie usunęłoby braku podstawy prawnej. Argumentację przedstawiamy również w załączonym formularzu, w wymaganym przez Fundusz układzie.

Deklarujemy gotowość udziału w pracach nad mechanizmem jakościowym opartym na dodatku motywacyjnym i na wskaźnikach silniej powiązanych z wynikiem zdrowotnym, w tym gotowość przedstawienia danych z praktyki podmiotów zrzeszonych w naszych organizacjach.

Z wyrazami szacunku

.....	.....
Związek Pracodawców SPOIWO	Stowarzyszenie IFIC Polska