



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 18 lipca 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 18 lipca 2025 r. przyjęło:

- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw](#)

**STANOWISKO Nr 59/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 18 lipca 2025 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów, przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Wojciecha Koniecznego z dnia 26 czerwca 2025 r. (znak: ZPM.0210.3.2025.AO) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 60/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 18 lipca 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, przekazanym przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Wojciecha Koniecznego z dnia 27 czerwca 2025 r. (znak: ZPM.0210.3.2025.AO) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 61/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 18 lipca 2025 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Marka Kosa z dnia 3 lipca 2025 r. (znak: DBR.0210.2.2025.TM) negatywnie opiniuje projekt i przedstawia następujące uwagi:

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdza, że konsultacje publiczne projektu rozporządzenia przebiegały z naruszeniem celu, jakiego mają służyć, którym jest pozyskanie merytorycznego stanowiska podmiotów spoza sektora organów i instytucji państwowych. Taki proces zakłada wyznaczenie odpowiednio długiego terminu na zapoznanie się z projektem i sporządzenie do niego uwag. Wyznaczony przez Ministerstwo Zdrowia 7-dniowy termin na przedstawienie przez Naczelną Radę Lekarską uwag do projektu jest zdecydowanie za krótki na to, aby uzyskać opinie poszczególnych okręgowych izb lekarskich, a następnie - na ich podstawie - przygotować stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej.

Przechodząc do oceny przedstawionego projektu rozporządzenia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdza, że podstawowym problemem jest to, że przepis art. 45a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2025 poz. 91), który upoważnia Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45 ustawy, czyli w szpitalach prowadzących szpitalny oddział ratunkowy lub szpitalach wskazanych przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego albo szpitalach, w których znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, budzi poważne wątpliwości co do zgodności z art. 92 ust. 1 Konstytucji.

Jak wynika z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP „*Rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu.*”. Jak wynika z powyższej normy konstytucyjnej, w ustawowym upoważnieniu do wydania rozporządzenia powinny znaleźć się trzy elementy – organ właściwy do wydania rozporządzenia, zakres spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu oraz wytyczne dotyczące treści rozporządzenia. Jednym z konstytucyjnych wymogów stawianych wydawanym rozporządzeniom jest szczegółowość upoważnienia zawartego w ustawie pod kątem przedmiotowym i treściowym, co oznacza, że każde upoważnienie do wydania rozporządzenia powinno określać nie tylko zakres spraw przekazanych do uregulowania, ale także wytyczne dotyczące treści tego rozporządzenia. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego uznaje się, że przepis upoważniający do wydania rozporządzenia powinien zawierać merytoryczne wskazówki albo dyrektywy odnoszące się do treści norm, jakie

mają znaleźć się w rozporządzeniu. Przyjmuje się w literaturze oraz w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, że jeżeli przepis upoważniający jest wadliwy, to - automatycznie - rozporządzenie, dla którego ten przepis był podstawą, narusza art. 92 ust. 1 Konstytucji RP (tak wyrok TK z 7 kwietnia 2009 r., sygn. akt P 53/08). Tymczasem w art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ewidentnie zabrakło jakichkolwiek wytycznych dotyczących treści rozporządzenia. W przepisie art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewidziano jedynie, że „*Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45.*”. Skoro przepis art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zawiera wadliwe upoważnienie do wydania rozporządzenia, to w ocenie samorządu lekarskiego Minister Zdrowia powinien powstrzymać się od wydania rozporządzenia. W wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 lutego 2024 r. sygn. akt III OSK 2212/22 wyjaśniono, że art. 92 ust. 1 Konstytucji RP to „*przepis wskazujący warunki formalne umożliwiające wydawanie rozporządzeń wykonawczych do ustawy. Jest to przepis adresowany bezpośrednio do ustawodawcy zwykłego wskazujący wymogi formalne poprawnie skonstruowanego upoważnienia do wydania rozporządzenia wykonawczego, a zatem wymogi jakim winny odpowiadać uchwalane ustawy w zakresie podstaw formalnych wydawania rozporządzeń. W drugim rzędzie jego adresatem są organy wykonawcze, dla których przepis ten ma m.in. takie znaczenie, iż zawiera zakaz wydawania rozporządzeń, jeśli ustawa nie przyznaje tej kompetencji organowi mocą upoważnienia, o którym mowa w art. 92 ust. 1 Konstytucji.*”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że opiniowane rozporządzenie w przyszłości może stanowić podstawę do nakładania kar finansowych na szpitale za nierespektowanie jego postanowień, spory co do zgodności rozporządzenia z Konstytucją zostaną zatem z całą pewnością zupełnie niepotrzebnie przeniesione na grunt spraw sądowych. Samorząd lekarski uważa, że polski system ochrony zdrowia i funkcjonujące w nim placówki szpitalne mają wystarczająco dużo problemów, nie należy dokładać im dalszych, związanych z oceną konstytucyjności projektowanej regulacji prawnej.

Niezależnie od powyższego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zdecydowanie negatywnie opiniuje przyjęty w projekcie rozporządzenia mechanizm sztywnego określenia maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach, wynoszącego do 15 minut. Oczywiście samorząd lekarski w pełni popiera dążenie do tego, aby pacjent przetransportowany przez zespół ratownictwa medycznego został jak najszybciej przyjęty na SOR czy do centrum urazowego, jednakże wprowadzanie sztywnej granicy czasowej, od której nie przewiduje się żadnych wyjątków, nie jest optymalnym rozwiązaniem.

Sztywny wymóg dotyczący czasu przyjęcia pacjenta, nie będzie uwzględniał aktualnej sytuacji medycznej w danym SOR, natomiast nałoży dodatkową presję na lekarza dyżurnego SOR. Może to pogłębić występujące już teraz problemy z obsadą lekarską i ustaleniem grafików dyżurowych, gdzie zjawiskiem powszechnym jest to, że pod opieką lekarza SOR jednocześnie znajduje się od kilku do kilkunastu pacjentów.

Nie jest też w pełni zasadne odwoływanie się w uzasadnieniu projektu rozporządzenia do zasady „złotej godziny”, ponieważ pacjenci, których stan zdrowia wymaga postępowania wg zasad „złotej godziny” są zaopatrywani przez lekarza SOR natychmiast (kategoria pilności - kolor czerwony) lub maksymalnie do 10 minut (kategoria pilności - kolor pomarańczowy). Wydaje się ponadto, że zaproponowane w rozporządzeniu rozwiązanie polega na tym, że problem jednego ogniwa Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne związany z faktem zbyt małej liczby zespołów ratownictwa medycznego i ich nadmiernego obciążenia jest rozwiązywany poprzez przeniesienie części tych problemów na inne ogniwa Systemu PRM, tj. szpitalne oddziały ratunkowe.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że aktualny stan polskiej ochrony zdrowia, powszechnie znane trudności w jej funkcjonowaniu, także jeśli chodzi o obsadę na SOR-ach czy bezpieczeństwo pracy lekarzy w ramach SOR, wskazuje, że potrzebna byłaby bardziej elastyczna regulacja pozwalająca w pewnych udokumentowanych sytuacjach na odstępstwa od przyjętej normy czasu przyjęcia.

STANOWISKO NR 62/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 18 lipca 2025

w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającym rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych, przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Wojciecha Koniecznego z dnia 23 czerwca 2025 r. (znak: ZPM.0210.3.2025.AO) pozytywnie opiniuje projekt.

Samorząd lekarski nie zgłasza zastrzeżeń do proponowanej zmiany w § 5 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, polegającej na wykreśleniu wyrazów „akademii medycznych” i tym samym wykreśleniu z katalogu jednostek orzecznich I stopnia w zakresie chorób zawodowych poradni chorób zawodowych akademii medycznych. Po przyjęciu projektowanej zmiany rozporządzenia jednostkami orzecznymi I stopnia w zakresie chorób zawodowych pozostaną zatem poradnie chorób zawodowych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy oraz kliniki i poradnie chorób zawodowych uniwersytetów medycznych.

Nie budzi zastrzeżeń również proponowana zmiana w załączniku do rozporządzenia, który określa „Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym” polegająca na dodaniu do tego wykazu: raka jajnika oraz raka żołądkowo-jelitowego w Lp. 17 tego załącznika pn. „Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi”. Konieczność zmiany załącznika zawierającego wykaz chorób zawodowych wynika m.in. z dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2023/2668 z dnia 22 listopada 2023 r. w sprawie zmiany dyrektywy 2009/148/WE w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie azbestu w miejscu pracy (Dz. Urz. L. 2023/2668 z 30.11.2023). Dyrektywa ta w art. 1 pkt 19 wskazuje wprost, że „Aktualny stan wiedzy wskazuje, że narażenie na działanie uwolnionych włókien azbestowych może powodować co najmniej następujące choroby: pylica azbestowa płuc, międzybłoniak opłucnej, rak płuc, rak żołądkowo-jelitowy, rak krtani, rak jajnika, niezłośliwe choroby opłucnej.”. Projektowane przepisy mają na celu poprawę standardu ochrony pracowników w związku z narażeniem na działanie azbestu w miejscu pracy. Jak przypomina ww. dyrektywa - azbest jest wysoce niebezpiecznym czynnikiem rakotwórczym, który nadal wywiera wpływ w wielu sektorach gospodarki, w których występuje wysokie ryzyko narażenia pracowników na jego działanie. Azbest jest sklasyfikowany jako substancja rakotwórcza kategorii 1 A.

STANOWISKO NR 63/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 18 lipca 2025

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 18 czerwca 2025 r. (znak: DLT.0210.4.2024.AM) przedstawia następujące uwagi.

Projekt ustawy przewiduje utworzenie w ramach dziedzinowych systemów teleinformatycznych Systemu e-Transplant, Systemu e-Hemofilia, Systemu dla Chorób Rzadkich oraz zakwalifikowanie

istniejącego Systemu e-Krew jako systemu dziedzinowego, składających się na system informacji w ochronie zdrowia. Cele przyświecające utworzeniu ww. Systemów nie budzą zasadniczych wątpliwości, i tak: System e-Transplant ma wspierać procesy związane z koordynowaniem i nadzorem nad działaniami związanymi z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem narządów, tkanek i komórek, tak aby system transplantacji stał się bardziej efektywny i skoordynowany. System e-Hemofilia, ma na celu monitorowanie procesów związanych z opieką medyczną nad osobami chorującymi na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. W Systemie dla Chorób Rzadkich będą przetwarzane dane umożliwiające monitorowanie procesów związanych z opieką medyczną nad osobami z chorobą rzadką, w tym dane medyczne, dane o pracownikach medycznych oraz podmiotach leczniczych sprawujących opiekę nad tą grupą pacjentów. System e-Krew ma służyć do przetwarzania danych związanych z wykonywaniem zadań z obszaru publicznej służby krwi między innymi przez centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Wątpliwości budzi kwestia określenia w projekcie ustawy administratorów danych poszczególnych systemów. W projekcie ustawy przewiduje się, że administratorem danych przetwarzanych w Systemie e-Transplant będzie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” (projektowany art. 31d ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia), administratorem danych przetwarzanych w Systemie e-Hemofilia i Systemie dla Chorób Rzadkich będzie minister właściwy do spraw zdrowia (tak projektowane art. 31e ust. 6 i art. 31g ust. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia), natomiast w przypadku Systemu e-Krew art. 31f ust. 3 przewiduje, że współadministratorami danych przetwarzanych w Systemie e-Krew będą minister właściwy do spraw zdrowia oraz podmioty, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o publicznej służbie krwi. Przy utworzeniu czterech Systemów przyjęto w projekcie aż trzy różne modele administratora danymi osobowymi. Samorząd lekarski uważa, że przy systemach, które przetwarzają tak dużą liczbę danych osobowych, w tym danych wrażliwych dotyczących zdrowia osoby, zasadne byłoby dokonanie dogłębnej analizy prawidłowości przyjętych rozwiązań pod kątem zgodności z przepisami unijnymi dotyczącymi ochrony danych osobowych. Uwaga ta dotyczy zwłaszcza projektowanego art. 31f ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który zakłada współadministrowanie danymi osobowymi przetwarzanymi w Systemie e-Krew przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz podmioty, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy o publicznej służbie krwi. Współadministrowanie danymi osobowymi zostało opisane w art. 26 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE), który co do zasady przewiduje, że współadministratorzy powinni dokonywać wspólnych uzgodnień dotyczących wypełniania obowiązków wynikających z przetwarzania danych osobowych. Współadministrowanie opiera się zazwyczaj na zawarciu porozumienia czy umowy. W projekcie ustawy wskazano pewne zadania i obowiązki dla współadministratorów, należy jednak ocenić, czy jest to wystarczające dla wyłączenia obowiązku zawarcia porozumienia pomiędzy współadministratorami.

