



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 4 września 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 4 września 2025 r. przyjęło:

- [Apel do Ministra Zdrowia o podjęcie dialogu z samorządem lekarskim w ważnych sprawach, które dotyczą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry](#)
- [Apel do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie likwidacji uproszczonych trybów nabywania uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentystry](#)
- [Stanowisko w sprawie niedopuszczalnych praktyk organizacyjnych polegających na powierzaniu lekarzom odpowiedzialności za więcej niż jeden oddział podczas dyżuru](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń](#)

**APEL Nr 10/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.**

do Ministra Zdrowia

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie dialogu z samorządem lekarskim w ważnych sprawach, które dotyczą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry.

Samorząd lekarski wskazuje, że dobrą tradycją wielu ostatnich lat był udział nowo powołanego Ministra Zdrowia w pierwszym po nominacji na to stanowisko posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej celem omówienia najważniejszych problemów i wyzwań, jakie stawiane są przed polskim systemem opieki zdrowotnej oraz osobami wykonującymi zawód lekarza i lekarza dentystry. Samorząd lekarski oczekuje także od Ministra Zdrowia przedstawienia najważniejszych kierunków działań Ministerstwa Zdrowia, jakie Minister będzie chciał realizować. Wobec tego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Pani Minister Zdrowia o przyjęcie zaproszenia i wzięcie udziału w najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

Do istotnych zagadnień, które powinny być przedmiotem wspólnego omówienia, należą w szczególności kwestie:

- 1) **dalsza współpraca samorządu lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia w zakresie zmiany przepisów określających odpowiedzialność lekarzy za czyny popełnione nieumyślnie - wprowadzenie Klauzuli Wyższego Dobra (no-fault).** Samorząd lekarski oczekuje od Ministra Zdrowia zrozumienia dla idei ograniczenia odpowiedzialności karnej personelu medycznego za nieumyślne czyny popełnione w czasie leczenia pacjentów. Za wprowadzeniem zmian w obszarze odpowiedzialności lekarzy przedstawiono bardzo wiele argumentów, wśród nich ten, że personel medyczny coraz bardziej obawia się odpowiedzialności karnej z tytułu podjęcia działań leczniczych, zwłaszcza w specjalnościach obarczonych większym ryzykiem niepowodzenia leczniczego. Prowadzi to nieuchronnie do braku specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny czy braku lekarzy chętnych do pracy w szpitalach. Im większa presja na odpowiedzialność karną, tym lekarze gorzej pracują. Powstaje ponadto zjawisko medycyny defensywnej lub asekuracyjnej, gdzie badania diagnostyczne (kosztowne dla systemu lub pacjenta) zlecane są głównie z obawy o konsekwencje prawne w przypadku ich niezlecenia, a nie z uwagi na realną przydatność diagnostyczną;
- 2) **wprowadzenie przepisów i rozwiązań organizacyjnych, które poprawiłyby bezpieczeństwo osób wykonujących zawody medyczne.** Tragiczne wydarzenia ostatnich miesięcy, w których dochodziło do zamachów na lekarzy i innych pracowników medycznych w czasie wykonywania pracy, sprawiają, że personel medyczny nie czuje się bezpieczny. Oczekiwania środowiska medycznego nie zostały zrealizowane, wśród nich na realizację oczekuje m.in. postulat poszerzenia przepisu przyznającego lekarzom ochronę prawną, z jakiej korzystają funkcjonariusze publiczni oraz skuteczne zwalczanie i ściganie przejawów agresji i mowy nienawiści w mediach internetowych;
- 3) **zmiana zasad oznaczania poziomu odpłatności leków refundowanych,** zmierzającej do tego, aby zbudować system automatycznej refundacji. Zdaniem samorządu lekarskiego lekarz nie powinien być obciążony ustalaniem poziomu odpłatności leku refundowanego, a jedynie tym, aby prawidłowo oznaczyć stan kliniczny pacjenta związany ze zleconą farmakoterapią;

4) **weryfikacja aktualnie obowiązujących przepisów określających zasady dostępu do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz likwidacja uproszczonych procedur przyznawania prawa wykonywania zawodu.** Możliwość nabycia w uproszczonym trybie uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty została wprowadzona pomimo sprzeciwu samorządu lekarskiego. Uproszczone zasady dostępu do zawodu nie zapewniają rzetelnej weryfikacji dyplomu lekarskiego i programu nauczania pod kątem spełniania minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach Unii Europejskiej. Kwestionowane przepisy, tworząc uproszczone tryby nabywania uprawnień, stworzyły także możliwość wykonywania w Polsce zawodu lekarza przez osoby, które nie są członkami samorządu zawodowego i nie podlegają Kodeksowi Etyki Lekarskiej, a za swoje czyny nie ponoszą odpowiedzialności przed sądem lekarskim, co jest niebezpieczne dla pacjentów oraz niemożliwe do zaakceptowania przez środowisko lekarskie;

5) **dyskusja na temat możliwości nowelizacji ustawy o izbach lekarskich,** głównie w obszarze dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz możliwości zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego sposobu i trybu wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Celem proponowanych zmian byłoby wzmocnienie roli odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz zapewnienie mechanizmów prowadzących do skutecznego i pełnego egzekwowania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich;

6) **dyskusja na temat systemowego zwalczania działalności pseudomedycznej oraz rozpowszechniania poglądów, które szerzą dezinformację na temat metod profilaktycznych i leczniczych, które mają udowodnioną naukowo skuteczność.** Naczelna Rada Lekarska od wielu lat podkreśla, że praktyki pseudomedyczne są wysoce szkodliwe społecznie i niebezpieczne dla zdrowia ludzkiego, brak jednak aktualnie skutecznych mechanizmów prawnych, które stawiałyby tamę takim praktykom poprzez jednoznaczny zakaz ich prowadzenia wraz z odpowiednią sankcją za jego złamanie. Głęboki niepokój samorządu lekarskiego budzi także zjawisko rozpowszechniania poglądów, które – bez jakiejkolwiek podstaw opartych na wiedzy – mają na celu odstraszenie pacjentów od korzystania ze skutecznych i potwierdzonych naukowo metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia;

7) **dyskusja na temat możliwości usprawnienia procesu ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz poprawy warunków do podnoszenia kwalifikacji i umiejętności zawodowych przez lekarzy.** Samorząd lekarski postuluje wprowadzenie mechanizmu automatycznej rejestracji punktów edukacyjnych oraz stworzenie realnych możliwości zdobywania przez lekarzy certyfikatu potwierdzającego posiadane umiejętności zawodowe, o którym mowa w art. 17 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

APEL Nr 11/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 września 2025 r.

do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie likwidacji uproszczonych trybów nabywania uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się z apelem do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o zainicjowanie działań legislacyjnych zmierzających do uchylecia przepisów, które przewidują możliwość nabywania w uproszczonych trybach uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Możliwość nabycia w uproszczonym trybie uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty dotyczy prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym (art. 7 ust. 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) oraz warunkowego prawa wykonywania zawodu (art. 7 ust. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Przepisy te zostały wprowadzone do systemu prawnego pomimo sprzeciwu samorządu lekarskiego. Dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentysty w obu wyżej wymienionych uproszczonych trybach zwalnia z wymogu nostryfikacji dyplomu lekarskiego uzyskanego za granicą poza obszarem Unii Europejskiej, odbycia stażu podyplomowego czy złożenia egzaminu z języka polskiego w zakresie znajomości języka

potrzebnego do komunikacji z pacjentem i udzielania świadczeń zdrowotnych. W rezultacie możliwość leczenia pacjentów w Polsce otrzymują osoby, których kwalifikacje medyczne (dyplom lekarski oraz program nauczania poprzedzający uzyskanie dyplomu) nie podlegają ocenie pod kątem spełniania minimalnych wymogów kształcenia lekarzy określonych w przepisach Unii Europejskiej.

Kwestionowane przepisy stworzyły również niebezpieczne zjawisko polegające na tym, że pewna grupa osób udziela w Polsce świadczeń lekarskich tylko na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez Ministra Zdrowia bez uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza, co oznacza - mimo że zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, - że osoby te pozostają poza lekarskim samorządem zawodowym, nie obowiązuje ich Kodeks Etyki Lekarskiej, a za swoje czyny nie ponoszą odpowiedzialności przed sądem lekarskim. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby „zwolnione” od reżimu etyki zawodowej, jest nie do zaakceptowania dla środowiska lekarskiego, a przede wszystkim jest ogromnym zagrożeniem dla pacjentów.

Osoby uzyskujące w uproszczonym trybie dostęp do zawodu lekarza nie podlegają również ścisłemu nadzorowi merytorycznemu. O ile lekarz posiadający dyplom polskiej uczelni medycznej w trakcie stażu podyplomowego pracuje pod bezpośrednim nadzorem, podobnie lekarz odbywający w Polsce specjalizację ma jasno określone zasady nadzoru przez kierownika specjalizacji i innych bardziej doświadczonych lekarzy, o tyle dla osób, które uzyskały uprawnienia w uproszczonych trybach, przepisy nie ustanowiły zasad sprawowania nadzoru, co oznacza, że pracują samodzielnie albo nadzór nad ich pracą jest iluzoryczny.

Oba uproszczone tryby nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza stanowią nadzwyczajne i nieuzasadnione obniżenie wymogów stawianych kandydatom ubiegającym się o możliwość wykonywania zawodu lekarza w Polsce.

W związku z faktem, że Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej zawetował ustawę z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw, która zawierała szereg wadliwych przepisów utrwalających i przedłużających możliwość uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza w uproszczonych trybach, samorząd lekarski apeluje do Prezydenta RP o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do uchylecia przepisów dotyczących warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza oraz prawa wykonywania zawodu lekarza przyznanego na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym. Propozycję postulowanych przepisów, z uwzględnieniem wynikających z tego zmian w innych przepisach oraz przepisów przejściowych zapewniających w niezbędnym zakresie ochronę praw nabytych osobom, które uzyskały takie uprawnienia, zamieszczono w załączniku do niniejszego apelu. Wyjaśnia się jednocześnie, że proponowany przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej okres 2 lat, w którym lekarze posiadający dotychczas uprawnienia zawodowe nabyte w uproszczonym trybie powinni uzyskać uprawnienia zawodowe na zwykłych zasadach obowiązujących lekarzy w Polsce, jest w pełni wystarczający do tego, aby uzyskać weryfikację dyplomu lekarskiego i zaliczenie lekarskiego stażu podyplomowego, zwłaszcza że zgodnie z art. 7 ust.1d ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarzowi, czas rzeczywistego wykonywania zawodu na podstawie jednego z uproszczonych praw może być przez Ministra Zdrowia uznany za równoważny z odbyciem stażu podyplomowego.

STANOWISKO Nr 73/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.

**w sprawie niedopuszczalnych praktyk organizacyjnych polegających na powierzeniu
lekarzom odpowiedzialności za więcej niż jeden oddział podczas dyżuru**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża stanowczy sprzeciw wobec praktyk organizacyjnych, które prowadzą do sytuacji, w których lekarz pełniący dyżur zobowiązany jest jednocześnie do sprawowania opieki nad więcej niż jednym oddziałem szpitalnym. Tego rodzaju rozwiązania nie tylko pozostają w oczywistej sprzeczności z zasadą zapewnienia pacjentom świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, wynikającą z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i

lekarza dentysty oraz art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym „Lekarz przeprowadza i dokumentuje postępowanie diagnostyczne, lecznicze lub zapobiegawcze z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poświęcając temu niezbędny czas”, lecz także realnie zagrażają bezpieczeństwu zdrowia i życia pacjentów.

Powierzenie lekarzowi równoczesnego nadzoru nad kilkoma oddziałami w trakcie dyżuru sprawia, że realizacja ciężących na nim obowiązków staje się obiektywnie niemożliwa. Brak realnej dostępności lekarza w sytuacjach nagłych oraz ograniczenie możliwości przeprowadzania bieżących konsultacji medycznych skutkuje opóźnieniami w udzielaniu świadczeń i naraża chorych na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia, a nawet utraty życia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina, że zgodnie z art. 23 ustawy o działalności leczniczej organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych musi gwarantować bezpieczeństwo pacjentów oraz zapewniać warunki do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Obciążanie jednego lekarza odpowiedzialnością za więcej niż jeden oddział podczas dyżuru jest wprost sprzeczne z tym obowiązkiem i nie może być tolerowane.

Prezydium wzywa organy odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym kierowników podmiotów leczniczych oraz organy nadzorcze, do niezwłocznego wyeliminowania wskazanych praktyk. W interesie pacjentów oraz w celu ochrony lekarzy przed skutkami nieprawidłowej organizacji pracy konieczne jest zapewnienie obsady kadrowej odpowiadającej rzeczywistym potrzebom poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów musi pozostawać nadrzędną wartością i nie może być w żadnym zakresie poświęcane na rzecz rozwiązań organizacyjnych opartych na minimalizowaniu kosztów.

STANOWISKO Nr 74/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń
dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego, przekazanym przy piśmie Minister Zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy z dnia 18 sierpnia 2025 r. (znak: OKUK.0210.4.2025.AF) zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:

Zastrzeżenia budzi sposób opracowania projektu kluczowych zaleceń. Zgodnie z art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. 2025 poz. 779) w proces opracowywania propozycji kluczowych zaleceń powinny być zaangażowane zarówno Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i Krajowa Rada Kardiologiczna i dopiero na podstawie opracowanych przez te instytucje propozycji Minister Zdrowia powinien przedstawić projekt rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń. Ustawa wprawdzie nie nakłada na Ministra Zdrowia bezwzględnego obowiązku, aby zlecił przygotowanie kluczowych wytycznych AOTMiT oraz Krajowej Radzie Kardiologicznej, ale to, że w niedawno uchwalonej ustawie o Krajowej Sieci Kardiologicznej przewidziano taki tryb opracowywania kluczowych zaleceń powinno być dla Ministra Zdrowia jednoznaczną rekomendacją. W uzasadnieniu do opiniowanego projektu rozporządzenia brak jest wzmianki o udziale którejkolwiek z powyższych instytucji w procesie przygotowywania projektu kluczowych zaleceń. Waga rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń jest nie do przecenienia w zakresie deklarowanych przez ustawodawcę celów, jakimi są m.in. poprawa organizacji opieki kardiologicznej, poprawa efektywności diagnostyki i leczenia kardiologicznego oraz podniesienie jakości życia świadczeniobiorców, stąd sposób ich opracowania również powinien opierać się na najwyższych standardach fachowości merytorycznej przygotowywania tego rodzaju dokumentów.

Niezależnie od zastrzeżeń dotyczących trybu opracowania kluczowych zaleceń, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje załącznik do rozporządzenia uznając, że wymaga on ponownej pogłębionej analizy z udziałem lekarzy zaangażowanych w diagnostykę i opiekę

kardiologiczną nad pacjentem. W ocenie samorządu lekarskiego wymagania stawiane w rozporządzeniu nie są dostosowane do obecnej sytuacji i możliwości placówek ochrony zdrowia, liczby dostępnych lekarzy specjalistów z dziedziny kardiologii i możliwości ośrodków kardiologicznych pierwszego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej (dalej: OK I). Wprowadzenie kluczowych zaleceń w zaproponowanym kształcie może jedynie pogłębić chaos w zakresie opieki kardiologicznej.

Odnośnie do części normatywnej rozporządzenia, to w § 1 brakuje wskazania jednostek chorobowych, których dotyczą kluczowe zalecenia. Zgodnie z definicją ustawową „kluczowych zaleceń” zawartą w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, kluczowe zalecenia to zalecenia dotyczące organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego dla jednostek chorobowych chorób układu krążenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określające ścieżkę pacjenta będącą algorytmem postępowania w ramach opieki kardiologicznej, mającą na celu maksymalne zwiększenie efektywności tej opieki oraz ujednoczenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości opieki kardiologicznej. Z tej definicji wynika, że kluczowe zalecenia powinny wskazywać jednostki chorobowe, których dotyczą.

Ponadto samorząd lekarski przypomina, że postępowanie kliniczne jest procesem medycznym opartym o aktualną wiedzę medyczną i nie powinno podlegać regulacji prawnej, chociażby z uwagi na stały postęp w obszarze nauk medycznych. Z tej przyczyny rozporządzenie w sprawie kluczowych zaleceń powinno koncentrować się wyłącznie na standardach organizacyjnych opieki kardiologicznej i standardach organizacji postępowania klinicznego, a nie na ustalaniu wytycznych postępowania medycznego dla ośrodków kardiologicznych.

W załączniku do rozporządzenia w części dot. podstawowej opieki zdrowotnej zastrzeżenia budzi rubryka I.A.1 gdzie w celu identyfikacji czynników ryzyka chorób układu krążenia albo podejrzenia choroby układu krążenia zaleca się realizację u świadczeniobiorcy świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, zgodnie z warunkami szczegółowymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres opieki określono tutaj zbyt wąsko – czasami nie wystarczy wykonanie badań objętych „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Zbyt wąskie jest także określenie zakresu zadań podstawowej opieki zdrowotnej w rubryce I.A.2 załącznika do rozporządzenia, gdzie mowa jest wyłącznie o dalszych działaniach POZ dotyczących nieprawidłowości związanych z chorobami układu krążenia po udzieleniu świadczenia „Moje zdrowie”. Towarzyszy temu błędne założenie, że nieprawidłowości związane z chorobami układu krążenia wykrywane są zawsze w toku uprzedniego udzielenia świadczeń w ramach „Moje zdrowie”. Konieczne jest umożliwienie skierowania pacjenta do dalszej ścieżki wskazanej w tej części załącznika do rozporządzenia także z pominięciem elementów „Mojego zdrowia”.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.A.3 powinno się upoważnić lekarza POZ nie tylko do skierowania do dalszej diagnostyki kardiologicznej poprzez wystawienie świadczeniobiorcy elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej („karty e-KOK”), ale także poprzez wydanie skierowania do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kardiologii lub do szpitala. Wprowadzenie e-KOK na poziomie POZ nie jest obecnie dostatecznie przygotowane. Uwagę tę należy rozciągnąć na wszystkie zapisy załącznika, w których posłużono się zwrotem o wystawieniu karty e-KOK, ponieważ zgodnie z art. 57 ust. 1 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, lekarze, o których mowa w art. 39 ust. 2 ustawy, są obowiązani do wystawiania Karty e-KOK od dnia 1 stycznia 2028 r.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.A.4., w której określono zadania lekarza POZ gdy u świadczeniobiorcy, u którego w ramach przeprowadzonej diagnostyki kardiologicznej nie rozpoznano choroby układu krążenia, ale rozpoznano bardzo wysokie ryzyko tej choroby, należy zrezygnować z podawania skali SCORE2 albo SCORE2-OP jako jedynych, które miałyby wskazywać na takie ryzyko. Nawet jednak, gdyby miały one pozostać w treści kluczowych zaleceń, to wg aktualnych wytycznych u chorych z cukrzycą ma zastosowanie skala oceny ryzyka SCORE2-Diabetes, która została pominięta.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.2. do wymienionych tam przyczyn, które uprawniają lekarza POZ do konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii w ramach opieki

koordynowanej w POZ lub skierowania pacjenta do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej należy dodać jeszcze „*pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego, nowe nieprawidłowości w zapisie EKG*”. Wskazane objawy często są powodem kierowania pacjentów z POZ do specjalisty kardiologa. Chodzi o znaczne pogorszenie kontroli ciśnienia, z którym lekarz POZ nie potrafi sobie poradzić, oraz czasami występujące bezobjawowe zaburzenia rytmu czy też inne patologie ujawnione podczas wykonanego zapisu EKG. Proponuje się natomiast usunięcie z objawów zespołu Morgagniego-Adamsa-Stokesa, jedynie z tej przyczyny, że jest on specyficzną przyczyną omdlenia, która jest dopiero ustalana w trakcie diagnostyki. Proponuje się wobec tego pozostać tylko przy terminach zrozumiałych i raportowanych przez pacjenta takich jak: duszność, ból w klatce piersiowej, omdlenia, odczucia arytmii lub kołatania serca, spadek tolerancji wysiłku fizycznego.

Proponuje się również - z tej samej co powyżej przyczyny - wykreślenie zespołu Morgagniego-Adamsa-Stokesa w rubryce II.C.2 załącznika do rozporządzenia.

W załączniku do rozporządzenia w rubrykach I.B.1. oraz I.B.2. przewiduje się, że dla świadczeniobiorcy, u którego rozpoznano chorobę układu krążenia a realizacja planu leczenia kardiologicznego nie może być przeprowadzona w ramach POZ albo w ramach opieki koordynowanej w POZ, lekarz POZ wystawia kartę e-KOK. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej powinno się upoważnić lekarza POZ nie tylko do skierowania do dalszego leczenia kardiologicznego poprzez wystawienie świadczeniobiorcy elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej („karty e-KOK”), ale także poprzez wydanie skierowania do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kardiologii lub do szpitala.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.1. która przewiduje obserwację w POZ dla świadczeniobiorców, których po zakończonym leczeniu kardiologicznym w ośrodku kardiologicznym KSK skierowano do takiej obserwacji, zastrzeżenia budzi narzucony termin częstotliwości wizyt w ramach obserwacji (co najmniej raz na 12 miesięcy). Wystarczające i zarazem prawidłowe byłoby określenie, że wizyty te mają się odbywać z częstotliwością dostosowaną do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.C.3. nie przewidziano trybu postępowania dla świadczeniodawców, którzy nie realizują opieki koordynowanej w ścieżce kardiologicznej.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce I.D.1. określającej zasady koordynacji opieki kardiologicznej w KSK przyjęto, że informowanie świadczeniobiorcy o terminach wizyt w ośrodkach kardiologicznych KSK zlokalizowanych najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy jest zadaniem świadczeniodawcy POZ, wydaje się tymczasem, że zadanie to powinno zostać przypisane do koordynatora opieki kardiologicznej. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 1 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, to koordynator opieki kardiologicznej udziela świadczeniobiorcy informacji o organizacji opieki kardiologicznej w ramach KSK oraz koordynuje poszczególne etapy opieki kardiologicznej, zapewniając ciągłość tej opieki.

W rubryce I.D.1 załącznika do rozporządzenia zastrzeżenia budzi także uzależnienie skierowania świadczeniobiorcy do ośrodka kardiologicznego KSK w celu dalszej diagnostyki kardiologicznej lub leczenia kardiologicznego od wykonania przez świadczeniodawcę POZ badań diagnostycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taki zapis uzależnia dalszą diagnostykę i leczenie w ramach KSK od wykonania badań diagnostycznych w ramach świadczeń gwarantowanych, tymczasem prawo do leczenia w ramach KSK muszą zachować także pacjenci, którzy odpowiednie badania diagnostyczne kwalifikujące ich do leczenia kardiologicznego przeprowadzili poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych (komercyjnie).

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.A.1 punkt 4 oraz II.A.2 punkt 4 II. dotyczącej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej przewidziano, że termin ponownej konsultacji w poradni kardiologicznej ma być wyznaczony do 30 dni od dnia pierwszej wizyty, podczas której zlecono wykonanie badań, o których mowa w pkt 3. Termin kolejnej wizyty kardiologicznej, określony na 30 dni, jest wskazany nieprawidłowo z dwóch powodów. Po pierwsze, jest on wyznaczony w całkowitym oderwaniu od realiów funkcjonowania placówek AOS, gdzie obecnie kolejki w poradniach kardiologicznych są na kilka miesięcy. Po drugie, ze względów merytorycznych termin

ten w niektórych przypadkach będzie zbyt krótki, zwłaszcza jeśli planowane jest wykonanie w międzyczasie badań specjalistycznych, wówczas kolejna wizyta przed upływem 30 dni nie byłaby kompletna i nie pozwalałaby nadal na ustalenie rozpoznania i dalszego leczenia pacjenta.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.B.1. przewidziano, że dla świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia i którzy nie wymagają hospitalizacji, lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii ustala plan leczenia kardiologicznego w ramach opieki koordynowanej w POZ. Wydaje się, że plan leczenia w ramach opieki koordynowanej w POZ powinien być ustalany przez lekarza realizującego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem zaleceń lekarza kardiologa.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce II.C.6. dotyczącym obserwacji po leczeniu kardiologicznym wątpliwość budzi fakt, że lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii pojawia się zarówno jako osoba koordynująca realizację planu obserwacji po leczeniu i jako jedna z osób współpracujących z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii. Wydaje się, że jest to nadmierne mnożenie ról przypisanych do tego samego lekarza specjalisty.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce III.A.2. leczenie szpitalne - diagnostyka kardiologiczna w pkt 1 przewiduje się, że świadczeniobiorcę kieruje się do Ośrodka kardiologicznego drugiego poziomu zabezpieczenia (dalej: OK II) w przypadku konieczności przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki kardiologicznej, w tym inwazyjnych badań diagnostycznych w warunkach szpitalnych, niedostępnych w OK I, po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I. Użycie słów „*po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I*” sugerowałaby, że w sytuacji, w której z góry wiadomo, że pacjent będzie musiał trafić na diagnostykę do OK II, to i tak najpierw kieruje się go do OK I do wyczerpania tam istniejących możliwości diagnostycznych - taki sposób organizacji opieki wydaje się nieprawidłowy i skazuje pacjentów na mnożenie wizyt w placówkach ochrony zdrowia, często także mających siedzibę w różnych miejscowościach. Podobne zastrzeżenia budzi w rubryka III.A.2. pkt 2 dotycząca kierowania pacjenta do OK III po wyczerpaniu możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w OK I albo OK II.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce III.A.4. dotyczącej diagnostyki kardiologicznej prowadzonej w warunkach szpitalnych przewidziano sztywny 7-dniowy termin liczony od dnia przyjęcia świadczeniobiorcy na oddział kardiologii na postawienie ostatecznego rozpoznania choroby układu krążenia oraz opracowanie planu leczenia kardiologicznego. Nie można aktem prawnym narzucać sztywnego terminu postawienia rozpoznania, jest to przecież proces zależny całkowicie od względów wiedzy medycznej i w skomplikowanych sytuacjach klinicznych termin ten nie będzie możliwy do dotrzymania. Przepisy rozporządzenia w sprawie kluczowych zaleceń powinny dawać jedynie kierunkowe wytyczne co do terminu, w jakim lekarz ma postawić rozpoznanie i opracować plan leczenia, termin ten jednak nie może być wyznaczony sztywna liczba dni.

W załączniku do rozporządzenia w rubryce IV.1. dotyczącej rehabilitacji kardiologicznej zastrzeżenia budzi fakt, że przewidziane tam procedury zostały określone bezosobowo np. „opracowuje się plan rehabilitacji kardiologicznej”. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w tego rodzaju dokumencie, aby miał on wymiar praktyczny i ujednolicający standardy organizacyjne opieki kardiologicznej powinno się jednoznacznie wymienić podmiot, który ma opracować plan rehabilitacji leczniczej.

**STANOWISKO Nr 75/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji w sprawie orzeczeń i opinii
wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach
psychologiczno-pedagogicznych**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Edukacji w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Edukacji panią Izabelę Ziętkę z dnia 3 września 2025 r. (znak: DEW-

WES.021.2.2025.TSG) zgłasza następujące uwagi.

Sprzeciw samorządu lekarskiego budzi fakt, że zgodnie z projektem rozporządzenia, lekarz nie będzie już obligatoryjnym członkiem zespołu orzekającego. Projekt zakłada możliwość powołania lekarza w skład zespołu przez dyrektora poradni, jeżeli udział lekarza w pracach zespołu jest niezbędny. Sytuacja, w której zespół orzeka o wydaniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, wydając decyzję m.in. w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta, nie posiadając jednocześnie w podstawowym składzie zespołu osoby ze stosownymi kwalifikacjami do oceny takiej dokumentacji, może stanowić realną przeszkodę w podjęciu właściwej decyzji. W związku z powyższym, rodzi się również pytanie, w oparciu o jakie kryteria dyrektor poradni powinien podejmować decyzje, kiedy udział lekarza w pracach zespołu jest niezbędny.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że dołączana do wniosku o wydanie orzeczenia lub opinii obowiązkowa dokumentacja, na którą składa się m.in. dokumentacja medyczna leczenia specjalistycznego oraz dokumentacja leczenia choroby lub problemu zdrowotnego zawierająca informację o czasie i przebiegu leczenia, może zostać prawidłowo oceniona przez lekarza, który jako jedyny członek komisji posiada wiedzę niezbędną do właściwej analizy przekazanej dokumentacji medycznej.

W powyższym aspekcie wątpliwości budzi fakt zapoznawania się przez członków zespołu niebędących lekarzami z dokumentacją medyczną zawierającą dane wrażliwe pacjenta, w sytuacji, gdy w pracach zespołu nie uczestniczy lekarz.

**STANOWISKO Nr 76/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 25 sierpnia 2025 r. (znak: DBR.0210.4.2025.AK) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 77/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2025 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania tego wynagrodzenia oraz zwrotu kosztów dojazdu, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń, przekazanym przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Pana Arkadiusza Myrchy z dnia 18 sierpnia 2025 r. (znak: DL-VI.464.1.2025) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

