



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 17 października 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 17 października 2025 r. przyjęło:

- [Apel w sprawie poprawy funkcjonowania opieki psychiatrycznej i warunków kształcenia lekarzy psychiatrów](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych](#)

APEL Nr 15/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 17 października 2025 r.

w sprawie poprawy funkcjonowania opieki psychiatrycznej i warunków kształcenia lekarzy psychiatrów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Ministra Zdrowia i władz państwowych o wprowadzenie zmian mających na celu niezwłoczną i realną poprawę jakości opieki zdrowotnej nad pacjentami placówek świadczących całodobowe i samodzielne usługi z zakresu psychiatrii oraz zapewnienia prawidłowych warunków dla kształcenia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychiatrii, jak również o stałe monitorowanie przestrzegania obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Samorząd lekarski domaga się, aby warunki pracy lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji kształcących się w szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w zakresie odbywania dyżurów, nie stwarzały zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów oraz samych lekarzy. Wymaga to, aby władze publiczne skierowały swoją uwagę na problemy polskiej psychiatrii i podjęły trud wprowadzenia zmian, które będą służyły bezpieczeństwu pacjentów.

Za zasadny należy uznać postulat ustalenia w przepisach prawa powszechnie obowiązującego

maksymalnej liczby łóżek, nad którymi opiekę sprawują lekarze specjaliści lub lekarze w trakcie specjalizacji podczas dyżuru całodobowego. Konieczne jest także zapewnienie przestrzegania ustalonej w ten sposób normy.

Dla bezpieczeństwa pacjentów konieczne jest także przyjęcie zasady, że lekarze, w tym lekarze w trakcie specjalizacji, nie mogą pełnić jednocześnie dyżuru na więcej niż jednym oddziale, w szczególności, jeżeli na którymkolwiek z tych oddziałów są dokonywane przyjęcia pacjentów w trybie ostrodyżurowym.

Za wymóg konieczny dla podmiotów udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii należy uznać posiadanie – w ramach zasobów własnych lub poprzez podwykonawców – realnego i niezakłóconego dostępu do badań diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych) oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych przez całą dobę. Podmiot taki powinien również dysponować co najmniej jednym kardiomonitorem na oddział. Spełnienie powyższych warunków powinno być niezbędne dla uzyskania finansowania ze środków publicznych takiej placówki.

Zapewnienie prawidłowej opieki nad pacjentem wymaga, aby w szpitalu, w którym dyżurują lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, był faktycznie dostępny lekarz specjalista w celu sprawowania nadzoru klinicznego, konsultowania badań, zleceń i procesu terapeutycznego.

Konieczne jest również zapewnienie mechanizmów nadzoru nad realizacją programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, tak aby w placówkach akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego program specjalizacji był realizowany w sposób prawidłowy i pełny. Właściwe kształcenie kadr medycznych jest jedyną gwarancją utrzymania w przyszłości odpowiedniego poziomu opieki nad pacjentem i jakości leczenia.

Należy ponadto dokonać rzeczowej analizy programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii i dostosować go do aktualnej struktury świadczeń w tej dziedzinie medycyny. Program specjalizacji musi zapewniać zarówno bezpieczeństwo pacjentom, jak i wysoką jakość szkolenia kształcącym się lekarzom.

Samorząd lekarski zwraca uwagę, że prawidłowe funkcjonowanie placówek udzielających świadczeń całodobowych z zakresu opieki psychiatrycznej nie jest możliwe bez ich finansowania na właściwym poziomie. Wiele wad organizacyjnych i kadrowych w opiece psychiatrycznej jest prostym wynikiem niedostatecznej ilości środków finansowych przeznaczonych na ten cel przez publicznego płatnika.

Podzielając obawy i zastrzeżenia zgłaszane przez Porozumienie Rezydentów OZZL, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oczekuje od władz publicznych pilnej, rzeczowej analizy zgłoszonych problemów i podjęcia działań, które poprawią jakość opieki zdrowotnej nad pacjentami w placówkach psychiatrycznych oraz zapewnią właściwe przygotowanie przyszłych lekarzy psychiatrów do samodzielnej pracy.

**STANOWISKO Nr 83/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 października 2025 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego
rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach
lecniczych dla osób pozbawionych wolności**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności, przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości pana Arkadiusza Myrchę z dnia 3 października 2025 r. (znak: DL-VI.465.19.2025) przedstawia następujące uwagi:

Projektowane rozporządzenie wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 lipca 2022 r. w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 1659) poprzez dodanie, że w przypadku przysposobienia pełnego noworodka lub dziecka na wniosek jego przedstawiciela ustawowego dokumentacja medyczna może zostać wydana przez sporządzenie odpisu ze wskazaniem danych

osobowych noworodka lub dziecka wynikających z dokonania przysposobienia pełnego. Jak wynika z uzasadnienia do projektu rozporządzenia, nowelizacja ma regulować wydawanie odpisów dokumentacji medycznej, uwzględniających zmianę danych osobowych wynikających z przysposobienia pełnego dziecka oraz zapewnienie dzieciom dostępu do historii zdrowia bez naruszania tajemnicy adopcji. W uzasadnieniu wskazuje się, że na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów rozporządzenia, nie ma możliwości korekty danych w dokumentacji medycznej sprzed momentu przysposobienia, w tym poprzez usunięcie z dokumentacji medycznej przysposobionego jego danych sprzed przysposobienia oraz danych jego rodziców.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z zadowoleniem przyjmuje, że Ministerstwo Sprawiedliwości dostrzega, że aspekty prawa adopcyjnego rzutują także na działalność podmiotów wykonujących działalność leczniczą i przedstawia do zaopiniowania samorządowi lekarskiemu propozycje rozwiązania tego problemu.

Procedury adopcyjne co do zasady mają na celu maksymalną ochronę prywatności dziecka i rodziców adopcyjnych. Tajność adopcji regulowana jest m.in. poprzez zmianę tożsamości dziecka, co obejmuje nadanie nowego nazwiska oraz, w niektórych przypadkach, także imienia. Funkcjonuje w polskim prawie także zgoda blankietowa na przysposobienie dziecka, o której mowa w art. 119¹ kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która powoduje, że rodzic udzielający takiej zgody godzi się na całkowite zerwanie więzi ze swoim dzieckiem oraz na brak wiedzy i informacji na temat jego dalszych losów i osób, które je przysposobiły (adopcja zwana anonimową). Prawo powinno zagwarantować anonimowość takiej adopcji poprzez zachowanie w tajemnicy przed rodzicami naturalnymi dziecka dalszych losów dziecka i jego nowej rodziny. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego w art. 71 ust. 1 przewiduje, że w przypadku, gdy rodzice dziecka przed sądem opiekuńczym wyrazili zgodę na przysposobienie bez wskazania osoby przysposabiającego, obligatoryjnie sporządza się nowy akt urodzenia dziecka, w którym jako rodzice wpisane są osoby przysposabiające.

Mając na uwadze, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych napotykają na utrudnienia w zakresie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dziecka po jego przysposobieniu, na co słusznie zwróciło uwagę Ministerstwo Sprawiedliwości, celowe jest wprowadzenie regulacji prawnej, która te kwestie objaśni.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza jednak dwa zastrzeżenia do projektowanego przez Ministerstwo Sprawiedliwości rozwiązania polegającego na dokonaniu zmiany jedynie w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 lipca 2022 r. w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności.

Pierwsze zastrzeżenie dotyczy tego, że przepis, który w istocie ogranicza prawa pacjenta do dokumentacji medycznej zagwarantowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (przewiduje bowiem pozbawienie pacjenta do dostępu do „oryginalnej” dokumentacji medycznej, oferując tylko możliwość uzyskania odpisu ze zmienionymi danymi) powinien być przepisem rangi ustawowej. Ograniczanie ustawowo gwarantowanych praw pacjenta do dokumentacji medycznej w rozporządzeniu wykonawczym wydaje się tutaj niewystarczające, zwłaszcza uwzględniając dużą wagę społeczną tej sprawy.

Drugie zastrzeżenie dotyczy tego, że oprócz rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 lipca 2022 r. w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności, kwestię dostępu do dokumentacji medycznej reguluje również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798) oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1957). W rozporządzeniach tych nie ma normy prawnej zbliżonej do tej, którą Minister Sprawiedliwości planuje wprowadzić do swojego rozporządzenia, zatem poziom ochrony tajemnicy adopcyjnej będzie nierówny i będzie zależał od rodzaju placówki medycznej, w której leczyl się pacjent przed przysposobieniem. Jest to kolejny argument przemawiający za tym, aby kwestię koniecznych zmian w dokumentacji medycznej prowadzonej dla osoby przysposobionej umieścić w

przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Na marginesie opiniowania zaproponowanej regulacji warto także odnotować, że kwestie związane z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych przez osoby przysposobione występują nie tylko na gruncie przepisów o dokumentacji medycznej, ale także mogą się pojawiać w obszarach zagospodarowanych przez nowe technologie w ochronie zdrowia np. w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) czy karcie Szczepień stanowiącej elektroniczną dokumentację medyczną, których funkcjonalności powinny uwzględniać zasadę tajemnicy adopcyjnej. Dokonując analizy potrzeby uregulowania zagadnienia dokumentacji medycznej osób przysposobionych warto kompleksowo ocenić istniejące w tym zakresie regulacje prawne.

STANOWISKO Nr 84/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 października 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 6 października 2025 r. (znak: DLT.0210.2.2025.AM), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu rozporządzenia, wskazuje jedynie, że wobec wątpliwości czy objęta projektem rozporządzenia motocyklowa jednostka ratunkowa będzie podlegać standardom ustalonym dla specjalistycznego środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zasadne byłoby dookreślenie w załączniku nr 3 do rozporządzenia pn. „WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO UDZIELANYCH PRZEZ MOTOCYKLOWĄ JEDNOSTKĘ RATUNKOWĄ” minimalnego zakresu wyposażenia motocyklowej jednostki ratunkowej w sprzęt i aparaturę medyczną.

STANOWISKO Nr 85/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 października 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 7 października 2025 r. (znak: DLD.0210.4.2025.DM) pozytywnie ocenia kierunek proponowanych zmian, uznając, że służą one zwiększeniu bezpieczeństwa pacjentów oraz podniesieniu jakości udzielanych świadczeń z dziedziny radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

Na poparcie zasługuje w szczególności zmiana w § 4 pkt 3 lit. d rozporządzenia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (dalej: rozporządzenie), w myśl której lekarz realizujący te świadczenia ma uzyskać możliwość podjęcia decyzji o czasie i sposobie zakończenia badania tomografii komputerowej.

W pełni zasadne jest także dodanie punktu 3a w § 4 rozporządzenia, który będzie wymagał, aby badanie radiologiczne, polegające na obrazowaniu metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego z podaniem środka kontrastującego było przeprowadzane w obecności lekarza i przy zapewnieniu dostępu zespołu szybkiego reagowania.

Uzasadnione jest także wprowadzenie w § 4 rozporządzenia punktu 7, który dotyczy zapewnienia lekarzom podmiotu zlecającego, możliwość kontaktu z lekarzem wykonującym świadczenia z zakresu teleradiologii w ich trakcie. Należy jedynie uzupełnienie przepisu o zapis, że chodzi o kontakt w czasie rzeczywistym.

Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi natomiast zmiana w § 4 pkt 3 lit. g rozporządzenia, która nakłada na podmiot świadczący usługi z zakresu teleradiologii obowiązek posiadania i utrzymania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodnego z wymaganiami normy ISO/IE 27001. Wprowadzenie tego sformalizowanego wymogu – poprzez związane z tym koszty finansowe i organizacyjne – może skutkować ograniczeniem rynku usług dla mniejszych podmiotów leczniczych oraz lekarzy radiologów prowadzących indywidualne praktyki.

Wątpliwości budzi także zmiana w § 4 pkt. 3 lit. h rozporządzenia, która zobowiązuje podmiot świadczący usługi teleradiologii do posiadania rejestratora rozmów telefonicznych lub systemu rejestrującego rozmowy telefoniczne pomiędzy personelem podmiotu świadczącego a personelem podmiotu zlecającego z zapewnieniem archiwizacji nagrań na okres co najmniej 1 roku. Wprowadzenie takiego narzędzia może wprowdzieć wpłynąć na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez zwiększenie liczby informacji przekazywanych lekarzowi radiologowi, ale jego uruchomienie musi wiązać się z zachowaniem wysokich standardów bezpieczeństwa danych dotyczących zdrowia pacjentów. Nagrania z rejestratora powinny wobec tego stanowić element dokumentacji medycznej, czego w projekcie rozporządzenia nie uregulowano.

Duże zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi także propozycja § 4 pkt 8 rozporządzenia, który przewiduje, że lekarz świadczący usługi teleradiologii nie będzie mógł wykonywać jednocześnie dla więcej niż jednego podmiotu świadczącego oceny i opisu obrazu radiologicznego – w przypadku pacjenta, który w wyniku segregacji medycznej przeprowadzonej w szpitalnym oddziale ratunkowym podmiotu zlecającego został przydzielony do kategorii pilności oznaczonej kolorem czerwonym, pomarańczowym, żółtym lub zielonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 34 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wobec niewystarczającej liczby lekarzy radiologów wejście w życie tego przepisu może skutkować pozbawieniem wielu placówek medycznych posiadających SOR lub izbę przyjęć dostępu do radiologa. Do tego na gruncie projektowanego przepisu użycie określenia „jednocześnie wykonywać” nie będzie podlegało jednoznacznej wykładni, a wszelkie zakazy wprowadzone w przepisach prawa powinny być na tyle jednoznaczne, aby adresat zakazu mógł się do niego dostosować. Powstanie wątpliwość czy oznacza to zakaz pokrywania się godzin pracy lekarza w dwóch podmiotach, czy tylko zakaz wykonywania dwóch opisów w tym samym czasie. Ponadto - w świetle uzasadnienia do projektu rozporządzenia - zastrzeżenia budzi powiązanie zakazu udzielania przez lekarza świadczeń dla więcej niż jednego podmiotu z aż czterema „kategoriami pilności” pacjenta oznaczonymi kolorami: czerwonym, pomarańczowym, żółtym lub zielonym. W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia mowa jest o wyeliminowaniu praktyki łączenia dyżurów w dwóch podmiotach w sytuacji dokonywania opisów oznaczonych „CITO” albo „pilne”. Należy zauważyć, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336) kategoria pilności oznaczona kolorem żółtym oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut, a kategoria koloru zielonego oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut, co nie uzasadnia nakładania na lekarza świadczącego usługi teleradiologii bezwzględnego zakazu pozostawiania w gotowości do świadczenia usług dla dwóch podmiotów.

