



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 20 lutego 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 20 lutego 2026 r. przyjęło:

- [Stanowisko w sprawie sytuacji w szpitalnictwie](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz niektórych innych ustaw \(UC140\)](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz niektórych innych ustaw \(UC141\)](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia](#)
- [Stanowisko w sprawie poparcia stanowiska Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów dotyczącego projektu rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wykazu określającego grupy zawodów, w których występują niedobory kadrowe](#)

**STANOWISKO Nr 16/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 lutego 2026 r.
w sprawie sytuacji w szpitalnictwie**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera zaplanowany na 3 marca 2026 roku protest organizowany przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych oraz Związek Powiatów Polskich, który jest konsekwencją pogłębiającego się kryzysu w systemie ochrony zdrowia, szczególnie mocno dotykającego szpitali powiatowych.

Sytuacja szpitali, zwłaszcza szpitali wykonujących podstawowe świadczenia zdrowotne, systematycznie ulega pogorszeniu. Zadłużenie szpitali przekracza 25 mld zł, a niezapłacone nadwykonania za świadczenia zdrowotne wykonane w szpitalach sięgają kwoty 4,5 mld zł. Brak terminowej zapłaty za wykonane świadczenia skutkuje dramatycznym pogorszeniem sytuacji finansowej szpitali i ograniczeniem ich płynności finansowej. Nie do przyjęcia jest motywowanie faktu braku zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne tym, że są to świadczenia limitowane, gdyż większość świadczeń zdrowotnych wykonywanych w szpitalach I i II poziomu zabezpieczenia, to świadczenia pilne i ratujące życie, ale przede wszystkim są to świadczenia wykonane w wyniku rzeczywistych potrzeb pacjentów. Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego

zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało na celu z jednej strony zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony zapewnienie szpitalom stabilnego finansowania. Tymczasem od kilku lat rośnie przepaść finansowa pomiędzy szpitalami wykonującymi procedury wysokopłatne i świadczenia specjalistyczne, a szpitalami wykonującymi podstawowe procedury.

Pogłębiające się problemy finansowe szpitali powodują chaotyczne i niekontrolowane oddolne próby wyszukiwania dobrze płatnych i ekonomicznie opłacalnych procedur możliwych do wykonywania w szpitalach powiatowych, zamiast procedur najbardziej potrzebnych z punktu widzenia zdrowotnego. Brak urealnienia wycen świadczeń zdrowotnych prowadzi do patologii, która wymusza na szpitalach powiatowych osiąganie celu ekonomicznego, a nie zdrowotnego. Konsekwencją kryzysu organizacyjnego i finansowego w szpitalnictwie, jest chaos w systemie kształcenia lekarzy, zapaść bazy szkoleniowej w kształceniu podyplomowym, zmniejszenie liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz niechęć lekarzy do otwierania specjalizacji podstawowych.

Pomimo głośzonych haseł Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło systemowych narzędzi realnie wspomagających restrukturyzację i konsolidację szpitali. Nie ma ustalonych zadań, jakie powinny spełniać szpitale poszczególnych poziomów zabezpieczenia. W miejsce narzędzi ekonomicznych wspomagających restrukturyzację i konsolidację, wprowadzane są niekontrolowane i niezasadne inwestycje. Mapy wykonań świadczeń, wynikające z potrzeb ekonomicznych szpitali, zastąpiły mapy potrzeb zdrowotnych. Brak jest regionalnych planów, celów oraz osób odpowiedzialnych za planową i racjonalną konsolidację, a nie chaotyczny upadek oraz oddolne i niespójne obszarowo programy naprawcze szpitali.

Samorząd lekarski przyłącza się do apelu do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań naprawczych w systemie ochrony zdrowia. Bez poważnych, systemowych zmian szpitale, zwłaszcza powiatowe, popadną w stan prowadzący nieuchronnie do paraliżu ochrony zdrowia.

**STANOWISKO Nr 17/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 lutego 2026 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną
oraz niektórych innych ustaw (UC140)**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz niektórych innych ustaw (UC140), przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Cyfryzacji pana Dariusza Standerskiego z dnia 6 lutego 2026 roku (znak: DP.MC.WLA.0211.2.2026), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 18/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 lutego 2026 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną
oraz niektórych innych ustaw (UC141)**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz niektórych innych ustaw (UC141), przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Cyfryzacji pana Dariusza Standerskiego z dnia 6 lutego 2026 roku (znak: DP.MC.WLA.0211.3.2026), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 19/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 lutego 2026 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w

Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 6 lutego 2026 r. (znak: EZZPP.541.55.2026.KS) przedstawia następujące stanowisko.

Samorząd lekarski nie neguje deklarowanej w uzasadnieniu do projektu ustawy potrzeby udoskonalania i unowocześniania rozwiązań dotyczących e-zdrowia, tak aby zapewniać sprawne i efektywne działanie systemu ochrony zdrowia. Niektóre rozwiązania zawarte w projekcie ustawy będą jednak zastrzeżenia.

Po pierwsze, ustawa - mimo że wprowadza szereg rozwiązań mających na celu poprawę działania usług e-zdrowia - nie wprowadza dawno wyczekiwanego narzędzia pozwalającego na wyeliminowaniu działania tzw. receptomatów, czyli podmiotów, które dzięki systemom teleinformatycznym zajmują się wyłącznie oferowaniem dostępu do leków na receptę bez wcześniejszego rzetelnego zbadania pacjenta. Celowość ograniczenia działalności tego rodzaju podmiotów Ministerstwo Zdrowia potwierdziło już w raporcie Zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe i recepturowe opublikowanym na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 23 września 2024 r.^[1]

Wątpliwości budzi także art. 5 pkt 17 projektu ustawy, który przewiduje dodanie w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia rozdziału 5a pn. „Platforma Usług Inteligentnych”. W założeniu projektodawcy będzie to narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji przez lekarzy w oparciu o algorytmy sztucznej inteligencji. System teleinformatyczny umożliwiający szpitalom dostęp do certyfikowanych narzędzi wspomagających dokonywanie diagnostyki medycznej z wykorzystaniem systemów i modeli sztucznej inteligencji, co ma umożliwić automatyzację części czynności diagnostycznych związanych z analizą badań obrazowych i tworzeniem propozycji opisu badania. Projektodawca planuje wdrożyć to narzędzie w obszarach wykrywania patologii w tomografii komputerowej klatki piersiowej, wykrywania zmian niedokrwiennych i krwotocznych w badaniach obrazowych mózgu, diagnostyki zmian pourazowych układu kostnego w badaniach radiologii klasycznej (RTG), wykrywania zmian nowotworowych piersi (Mammografia), wykrywania zmian patologicznych w RTG klatki piersiowej. Do Platformy będą przekazywane badania obrazowe, które następnie zostaną poddane interpretacji wykonanej przez algorytm sztucznej inteligencji, a lekarze i elektrolodzy będą mogli w krótkim czasie otrzymać interpretację wyniku wykonaną przez algorytm sztucznej inteligencji. Wydaje się, że sama nazwa rozdziału 5a jest nieodpowiednia – należałoby doprecyzować, że jest to „Platforma Usług Sztucznej Inteligencji” a nie „Platforma Usług Inteligentnych”. Co ważniejsze jednak - wprowadzenie takiego narzędzia na szczeblu ustawowym powinno być poprzedzone okresem pilotażu oraz obudowane przepisami wyznaczającymi zakres odpowiedzialności placówki medycznej i lekarza korzystających z tego narzędzia. W ustawie brak przepisów zbliżonych w treści do brzmienia art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który przewidując możliwość korzystania przez lekarzy z algorytmów sztucznej inteligencji w postępowaniu diagnostycznym czy leczniczym nakazuje poinformować pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja oraz uzyskać świadomą zgodę pacjenta na zastosowanie sztucznej inteligencji. W projekcie ustawy wymogi te zostały pominięte. Powstaje również pytanie o dostęp pacjenta do tego rodzaju analizy sporządzonej przez algorytmy sztucznej inteligencji, zwłaszcza jeśli ostateczny opis badania sporządzony przez lekarza różni się od projektu przygotowanego przez narzędzie AI. Projekt ustawy przewiduje w tym zakresie pseudonimizację danych osobowych pacjenta. W uzasadnieniu do projektu ustawy Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że niektóre placówki ochrony zdrowia w Polsce podjęły już własne inicjatywy w zakresie wdrażania AI w ochronie zdrowia, w tym co do badań obrazowych, nie przedstawiono jednak wraz z projektem ustawy raportu korzyści z wdrożenia takich rozwiązań w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na opis badania i jego poprawności. Krótki, jedynie 14-dniowy, czas na przedstawienie uwag do projektu w ramach konsultacji społecznych nie pozwala na pełną ocenę zaproponowanego rozwiązania i jego rzeczywistych konsekwencji.

Ustawa przewiduje także wprowadzenie nowego, nieznanego dotąd rodzaju elektronicznej dokumentacji medycznej, czyli karty pacjenta (dodawany art. 30b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Jak wynika z projektu ustawy będzie to dokument generowany w postaci

elektronicznej, karta pacjenta nie będzie miała jednego twórcy i nie będzie podpisywana przez żadnego pracownika medycznego. Karta pacjenta będzie obejmowała dane osobowe i podstawowe jednostkowe dane medyczne o pacjencie dostępne w SIM i będzie generowana na żądanie pracownika medycznego w warunkach art. 35 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (lekarze POZ, sytuacje ratowania życia, zapewnienie ciągłości leczenia, zapewnienie ciągłości opieki onkologicznej lub opieki kardiologicznej). Wprowadzenie tego dokumentu ma na celu umożliwienie pracownikom medycznym dostępu do danych pacjenta – uporządkowanych w jednym dokumencie najważniejszych informacji o zdrowiu pacjenta (takich jak np. wszczepione urządzenia, choroby przewlekłe, alergie, przebyte zabiegi). Brak jednak w ustawie narzędzia, które połączyłoby te dane ze zwolnieniem lekarza od obowiązku oznaczania na recepcie poziomu odpłatności leku refundowanego. Środowisko lekarskie oczekuje całkowitego zdjęcia z lekarzy tego obowiązku lub jego automatyzacji. Wprowadzenie karty pacjenta jako dokumentu zawierającego znane Systemowi Informacji Medycznej zbiorcze dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta powinno zmierzać w kierunku automatycznego oznaczania poziomu odpłatności leków przez System, a nie przez lekarza.

Wątpliwości budzi art. 5 pkt 1 ustawy przewidujący zmiany w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia co do definicji elektronicznej dokumentacji medycznej. Niezrozumiałe jest, dlaczego wyodrębniono do osobnego punktu „*opis konsultacji medycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych*”. Wynika z tego, że opis konsultacji medycznej będzie to elektroniczna dokumentacja medyczna, która - w przeciwieństwie do pozostałych dokumentów wchodzących w skład elektronicznej dokumentacji medycznej - nie może być podpisana podpisem zaufanym. Wątpliwości budzi także proponowana zmiana art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przewidująca poszerzenie zakresu elektronicznej dokumentacji medycznej o orzeczenia lekarskie, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 179 § 4 i art. 229 § 8 Kodeksu pracy. Po pierwsze, odesłanie do art. 179 § 4 kodeksu pracy jest nieprawidłowe – powinno być odesłanie do art. 179 § 3 i § 7 kodeksu pracy, które przewidują możliwość wydania przez lekarza zaświadczenia stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią. Po drugie, dotychczasowy obieg zaświadczeń wydawanych przez lekarzy w związku z zatrudnieniem pracowników (profilaktyczne badania wstępne i okresowe związane z zatrudnieniem) czy w związku z ograniczeniami wykonywania przez pracownice określonych prac w okresie ciąży i karmienia piersią nie wskazuje na to, aby była rzeczywista potrzeba podnoszenia wymogów technologicznych podpisywania tych dokumentów wystawianych przez lekarzy do rangi elektronicznej dokumentacji medycznej.

Na poparcie zasługuje art. 5 pkt 9 projektu ustawy, który przewiduje dodanie w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia art. 11c stanowiącego podstawę prawną dla utworzenia systemu Domowej Opieki Medycznej, jako nowego modułu SIM. Umożliwi on gromadzenie danych medycznych pochodzących z wyrobów medycznych albo aplikacji wspierających dobrostan stosowanych przez pacjentów oraz monitorowanie na podstawie tych danych stanu ich zdrowia. Włączenie pacjenta do tego monitoringu następować będzie na zlecenie lekarza i za zgodą samego pacjenta. Dane przetwarzane w systemie Domowej Opieki Medycznej będą do niego przekazywane przez samych pacjentów za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (art. 11c ust. 3 pkt 1 ustawy o SIOZ), ale również przez usługodawców i podmioty, które wprowadziły do obrotu lub do używania wyroby medyczne.

Na poparcie zasługuje art. 5 pkt 9 projektu ustawy, który przewiduje dodanie w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia art. 11d stanowiącego podstawę do wprowadzenia do SIM modułu e-Konsylium umożliwiającego przeprowadzanie zdalnych konsultacji medycznych z innymi świadczeniodawcami za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (dodawany art. 11d ust. 1 ustawy o SIOZ).

Naczelna Rada Lekarska nie zgłasza zastrzeżeń wobec art. 5 pkt 11 projektu ustawy przewidującego zmiany w art. 13b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, które mają na celu wsparcie procesu digitalizacji dokumentacji medycznej poprzez nieodpłatne zapewnienie narzędzia do digitalizacji przez jednostkę podległą Ministrowi Zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska nie zgłasza zastrzeżeń wobec proponowanego w art. 8 ustawy przedłużenia do dnia 28 lutego 2027 r. okresu, w którym czynności w zakresie kwalifikacji na staż podyplomowy, kierowania na staż podyplomowy i dokumentowania jego przebiegu oraz potwierdzania zaliczania stażu, odbywa się poza Systemem Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, a "Karta stażu podyplomowego" będzie wydawana w postaci papierowej.

**STANOWISKO Nr 20/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 lutego 2026 r.**

**w sprawie poparcia stanowiska Zarządu Głównego Związku Zawodowego
Anestezjologów dotyczącego projektu rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej w sprawie wykazu określającego grupy zawodów, w których występują
niedobory kadrowe**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera stanowisko Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów dotyczące projektu rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 stycznia 2026 r., w sprawie wykazu określającego grupy zawodów, w których występują niedobory kadrowe.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pragnie zauważyć, że zawody medyczne ze względu na swoją specyfikę wymagają specjalnych kwalifikacji. W przypadku lekarzy spoza UE wymagana jest nostryfikacja dyplomu lekarza, natomiast uzyskanie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w tych państwach często trwa wielokrotnie krócej niż w Polsce (2 lata wobec 6 lat), w związku z tym specjalizacje uzyskane poza UE nie mogą być uznawane. Ponadto dla bezpieczeństwa pacjentów i sprawnej współpracy w zespole terapeutycznym lekarz, który podejmuje pracę powinien mieć umiejętności językowe przynajmniej na poziomie B2.

W świetle powyższego wpisanie anestezjologii i intensywnej terapii do grupy zawodów, dla których możliwe będzie priorytetowe rozpatrywanie wniosków o wydanie zezwolenia na pracę oraz wizy należy uznać za niezasadne, z uwagi na faktyczny brak osób spełniających wskazane kryteria. W konsekwencji regulacja ta byłaby przepisem martwym. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że powyższe regulacje nie powinny powstawać bez wcześniejszych konsultacji z samorządem lekarskim.

Z dokumentu Ministerstwa Zdrowia „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.” stanowiącym załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 roku (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42) w szczególności z tabeli 64. („Liczba lekarzy oraz różnica pomiędzy lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty a lekarzami osiągniętymi wiek emerytalny”) wynika, że wskaźnik zastępowalności w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jest dodatni (397 w 2029 r.), co oznacza prognozowaną poprawę sytuacji kadrowej w tej specjalizacji.

Ponadto, w związku z realizowaną obecnie przez Ministerstwo Zdrowia tzw. reformą odwracania piramidy świadczeń, zmniejsza się liczba oddziałów zabiegowych w Polsce, co bezpośrednio wpływa na liczbę miejsc pracy dla lekarzy anestezjologów. Okoliczności te powinny być uwzględniane przy ocenie długofalowego zapotrzebowania kadrowego w poszczególnych specjalizacjach lekarskich. Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że uproszczone ścieżki zatrudniania lekarzy spoza UE nie powinny znajdować zastosowania w odniesieniu do żadnej specjalizacji lekarskiej, z uwagi na szczególny charakter zawodu lekarza oraz konieczność zapewnienia najwyższych standardów bezpieczeństwa zdrowotnego.

Mając na uwadze powyższe, samorząd lekarski podziela argumentację przedstawioną przez Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów. W świetle przywołanych danych brak jest podstaw do kwalifikowania lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii jako zawodu, w którym występują niedobory kadrowe w rozumieniu projektowanego rozporządzenia. Zasadne jest zatem usunięcie pozycji – Lekarz – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, oznaczonej kodem zawodu KZiS 221202, z wykazu stanowiącego załącznik do projektu rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 stycznia 2026 r. W świetle powyższych okoliczności projektowane przepisy dotyczące kwalifikowania specjalizacji lekarskich jako zawodów deficytowych powinny uwzględniać pełną weryfikację kwalifikacji, realne zapotrzebowanie kadrowe oraz konsultacje z samorządem lekarskim.

[1] Raport dostępny na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-zespolu-ds-preskrypcji-i-realizacji-recept-na-leki-gotowe-i-recepturowe>

