



Apele i stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 13 marca 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 13 marca 2026 r. przyjęło:

- [Apel do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o poparcie działań samorządu lekarskiego zmierzających do zmiany przepisów, tak aby umożliwić przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego](#)
- [Apel do Ministra Zdrowia w sprawie kontynuacji prac nad wypracowaniem rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej oraz niektórych innych ustaw](#)

**APEL NR 3/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 marca 2026 r.
do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o poparcie działań samorządu lekarskiego zmierzających do zmiany przepisów, tak aby umożliwić przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) lekarzom i lekarzom denty stom, którym w wyniku zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza denty sty wprowadzonych w czasie epidemii COVID-19 upłynął 5-letni okres na zaliczenie PES po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Na mocy ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.z 2020 r. poz. 1291) uchwalonej w okresie epidemii COVID-19, ustawodawca wprowadził pięcioletni limit czasowy na przystąpienie do PES. Wcześniejsze przepisy

nie przewidywały w tym zakresie ograniczeń. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 16t ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne lub uzyskał decyzję o uznaniu dorobku zawodowego za równoważny z realizacją programu specjalizacji, może przystąpić do PES jedynie w terminie 5 lat od daty zakończenia szkolenia lub wydania decyzji. W odniesieniu do osób, które zakończyły szkolenie specjalizacyjne przed wejściem w życie ww. nowelizacji ustawy, ustawodawca wskazał, że termin 5-letni rozpoczyna się od dnia wejścia w życie ustawy, tj. od 8 sierpnia 2020 r. Oznacza to, że niezależnie od tego, kiedy faktycznie zakończono szkolenie specjalizacyjne, termin na przystąpienie do PES upłynął 8 sierpnia 2025 r.

Wprowadzenie nowych regulacji prawnych ingerujących w dotychczasowe zasady uzyskiwania tytułu specjalisty stanowi istotną zmianę, która nie została odpowiednio zakomunikowana, a uchwalenie i wejście w życie w czasie epidemii COVID-19 utrudniało lekarzom dostosowanie się do niej.

Zmiana przepisów i brak wcześniejszych informacji ze strony Ministerstwa Zdrowia, doprowadziła do sytuacji, w której część lekarzy i lekarzy dentystów – mimo ukończenia szkolenia specjalizacyjnego – została trwale pozbawiona możliwości uzyskania tytułu specjalisty, co doprowadziło do utraty przez nich miejsc pracy. W ocenie samorządu lekarskiego sytuacja taka oznacza, że państwo polskie marnuje zasoby kadrowe. Lekarze ci, mimo że pracowali samodzielnie i dysponowali wieloletnim doświadczeniem w swoich dziedzinach, na skutek wprowadzonych zmian zostali pozbawieni dotychczasowych uprawnień w czasie, gdy ich kompetencje i praktyczne umiejętności mogłyby stanowić ogromną wartość dla funkcjonowania niedomagającego systemu ochrony zdrowia.

W ocenie samorządu lekarskiego wprowadzenie ograniczenia czasowego możliwości przystąpienia do PES w trybie przepisów przejściowych, dołączonych do bardzo obszernej i skomplikowanej ustawy, budzi wątpliwości co do zgodności z zasadą ochrony praw nabytych oraz zasadą zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa. W szczególności dotyczy to lekarzy, którzy zakończyli szkolenie specjalizacyjne w dniu, kiedy ograniczeń czasowych przystąpienia do PES nie było.

Już we wrześniu 2025 r. Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Ministra Zdrowia o wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego ponowne (co najmniej jednokrotne) przystąpienie do PES po upływie ustawowego terminu 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w szczególności dla lekarzy, którzy nie przystąpili do egzaminu z przyczyn niezależnych takich jak choroba, sytuacja rodzinna, obowiązki zawodowe w czasie pandemii COVID-19 czy inne zdarzenia losowe. Za optymalne samorząd lekarski uznaje jednak zniesienie limitów przystąpienia do PES, co oznaczałoby powrót do stanu prawnego sprzed 2020 r. Minister Zdrowia nie przedstawił konstruktywnej propozycji w odpowiedzi na apel Naczelnej Rady Lekarskiej.

Mając na uwadze fakt, że pozbawienie lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne możliwości przystąpienia do egzaminu PES, jest błędem systemowym i rażącą niesprawiedliwością, zwłaszcza że kwestionowany przepis nie uwzględnia indywidualnej sytuacji życiowej, zdrowotnej czy rodzinnej. Jest to także poważny uszczerbek dla pacjentów, którzy dotychczas korzystali z pomocy tych lekarzy. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o wsparcie inicjatywy zmiany przepisów i dopuszczenia lekarzy po ukończonej specjalizacji do egzaminu PES.

APEL Nr 4/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 marca 2026 r.
do Ministra Zdrowia

w sprawie kontynuacji prac nad wypracowaniem rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się z apelem do Ministra Zdrowia o wznowienie prac powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2025 r. (Dz.Urz. MZ z 2025 r. poz. 31)

Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Zespół podczas kilkunastu posiedzeń, przy konstruktywnej współpracy strony społecznej oraz resortowej wypracował zarys potrzebnych i oczekiwanych rozwiązań, które umożliwią wprowadzenie do polskiego porządku prawnego instytucji pełnomocnika medycznego oraz poprawią warunki kwalifikacji i przyjmowania chorych do zakładów opiekuńczo – leczniczych i zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych. Opracowywane rozwiązania dotyczą kwestii powszechnie przyjętych w większości państw Unii Europejskiej. Celem procedowanych rozwiązań jest zwiększenie autonomii i decyzyjności pacjentów w procesie diagnostyczno – leczniczym.

Kontynuacja prac Zespołu powołanego w Ministerstwie Zdrowia ma szczególne znaczenie również wobec zainicjowanych w Ministerstwie Sprawiedliwości ponad 2 lata temu prac nad rozwiązaniami prawnymi likwidującymi instytucję ubezwłasnowolnienia, z których na pewnym etapie wyłączono kwestie dotyczące pełnomocnictwa medycznego, przekazując je pod pieczę Ministra Zdrowia. Jednoczesne przyjęcie tych przepisów umożliwi całościowe zadbanie o poprawę warunków korzystania z opieki medycznej na wypadek trwałej lub przemijającej utraty zdolności do świadomego podejmowania decyzji i komunikowania woli, w szczególności dotyczy to osób, które w chwili obecnej podlegają ubezwłasnowolnieniu, a więc grupy szczególnie wrażliwej i wymagającej wsparcia.

Zespół wypracował już większość rozwiązań – wydaje się, że potrzeba już stosunkowo niewiele pracy by z sukcesem przekazać gotowe rozwiązania prawne celem dalszego procedowania w ramach prac Rządu i Parlamentu.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zmiany kadrowe w Ministerstwie Zdrowia w żadnym wypadku nie powinny stanowić przeszkody do kontynuowania prac nad opisaną powyżej ważną i społecznie potrzebną instytucją pełnomocnika medycznego oraz zasadami przyjmowania chorych do zakładów opiekuńczo – leczniczych i zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych.

STANOWISKO Nr 24/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 marca 2026 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Cyfryzacji pana Dariusza Standerskiego z dnia 18 lutego 2026 r. (znak: DP.MC.WLA.0211.35.2025) zwraca uwagę, że obecnie dla lekarzy i lekarzy dentyistów dokumenty "Prawo wykonywania zawodu" są wydawane nie tylko w postaci spersonalizowanej dwustronnej karty identyfikacyjnej, ale także są udostępniane w postaci dokumentu mobilnego w aplikacji mObywatel. Mobilny dokument prawo wykonywania zawodu pozwala lekarzowi – poza sferą ściśle związaną z wykazaniem uprawnień do wykonywania zawodu - również na identyfikację w obszarze funkcjonowania lekarza w samorządzie lekarskim, którego jest członkiem.

Środowisko lekarskie niepokoją, wobec tego zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy informacje, że aplikacja mObywatel i wdrażany w ramach projektu ustawy europejski portfel tożsamości cyfrowej będą stanowiły całkowicie niezależne od siebie rozwiązania, a zapewnienie użytkownikom aplikacji mObywatel komfortowego przejścia do europejskiego portfela tożsamości cyfrowej będzie ogromnym wyzwaniem techniczno-organizacyjnym. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że z uwagi na różnice techniczno-organizacyjne nie będzie możliwe oddanie użytkownikom do użytku europejskiego portfela tożsamości cyfrowej, który będzie zapewniał te same dokumenty mobilne i te same usługi. Będzie to proces rozciągnięty w czasie, wymagający okresu przejściowego, w trakcie którego będzie konieczne utrzymywanie obu rozwiązań (aplikacji) ze stopniowym przenoszeniem się użytkowników aplikacji mObywatel do aplikacji europejskiego portfela tożsamości cyfrowej.

Samorząd lekarski oczekuje, że lekarze zachowają możliwość posługiwania się mobilnym dokumentem prawa wykonywania zawodu, które będzie umożliwiało wykazanie posiadania aktualnych uprawnień do wykonywania zawodu oraz identyfikację praw członka samorządu lekarskiego.

**STANOWISKO Nr 25/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 marca 2026 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kacperczyk z dnia 16 lutego 2026 r. (znak: DBR.0210.1.2025.EK) przedstawia następujące stanowisko:

Proponowane zmiany w zakresie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym TOPSOR obejmują m.in. nowelizację § 2 pkt 2 rozporządzenia, w którym wśród minimalnych wymagań funkcjonalnych dla TOPSOR użytkowanego w szpitalnym oddziale ratunkowym, wskazano całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji, segregacji i pierwszego kontaktu z lekarzem. Zmiana ta uwzględnia prawidłową kolejność zdarzeń na SOR, gdzie najpierw następuje rejestracja, potem segregacja, a następnie pierwszy kontakt z lekarzem. Ta prawidłowa kolejność uwzględniona jest również w proponowanym nowym brzmieniu § 2 pkt 3 rozporządzenia. W związku z wprowadzeniem powyższej zmiany, w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne byłoby także dokonanie stosownej zmiany w § 5 ust. 1 pkt 1 i w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1646), gdzie kolejność ta nie jest zachowana i wskazuje się, że w skład SOR wchodzi obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Samorząd lekarski nie zgłasza zastrzeżeń wobec proponowanej zmiany brzmienia § 6 rozporządzenia, w której zaktualizowano Polskie Normy lub Normy Międzynarodowe, do których odsyła rozporządzenie.

**STANOWISKO Nr 26/26/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 marca 2026 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu pana Dariusza Salamończyka z dnia 9 marca 2026 r. (SPS-III.020.64.4.2026) popiera zaproponowane rozwiązania zmierzające do wzmocnienia infrastruktury

systemu ochrony zdrowia na potrzeby reagowania w sytuacjach kryzysowych oraz zagrożeń o charakterze militarnym.

Samorząd lekarski krytycznie ocenia fakt, że przygotowany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji projekt ustawy nie został przesłany do zaopiniowania przez Naczelna Radę Lekarską czy Wojskową Radę Lekarską w ramach konsultacji publicznych, mimo że projektowane zmiany bezpośrednio dotyczą funkcjonowania opieki zdrowotnej w sytuacjach zagrożenia lub w razie zagrożenia wynikającego z działań zbrojnych. Rola lekarzy w takim przypadku ma strategiczne znaczenie dla zapewnienia właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Samorząd lekarski od wielu lat wskazuje na konieczność zwiększenia zdolności działania systemu ochrony zdrowia w razie zdarzeń masowych, katastrof oraz potencjalnych zagrożeń związanych z konfliktem zbrojnym. Doświadczenia ostatnich lat – w szczególności pandemia COVID-19 oraz wojna tocząca się za wschodnią granicą Rzeczypospolitej Polskiej – pokazują, że państwo powinno dysponować odpowiednio przygotowaną i zabezpieczoną infrastrukturą medyczną zdolną do funkcjonowania również w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa państwa.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera zmianę w art. 152 ustawy z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej polegającą na uzupełnieniu listy zadań finansowanych ze środków będących w dyspozycji właściwych dysponentów części budżetu państwa o budowę podziemnej, ochronnej infrastruktury medyczno-technicznej przeznaczonej na potrzeby leczenia internistycznego, chirurgicznego, intensywnej terapii oraz leczenia oparzeń, wraz z oddziałami łóżkowymi. Rozwiązanie to stanowi istotny element budowy odporności państwa oraz zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nadzwyczajnych, zwłaszcza w przypadku zagrożeń militarnych i ataków na infrastrukturę krytyczną.

Na aprobatę zasługuje przewidywane rozwijanie infrastruktury medycznej o elementy tzw. podwójnego przeznaczenia, umożliwiające m.in. przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych, przechowywanie wyrobów medycznych, krwi oraz produktów krwiopochodnych. Tego rodzaju rozwiązania pozwalają na racjonalne wykorzystanie środków publicznych poprzez tworzenie infrastruktury, która może być wykorzystywana zarówno w codziennym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, jak i w sytuacjach kryzysowych.

W projekcie ustawy słusznie zawarto rozwiązanie wprowadzające wyjątek od stosowania przepisów ustawy – Prawo zamówień publicznych w odniesieniu do określonych inwestycji związanych z organizacją doraźnych szpitali, tymczasowych miejsc udzielania pomocy medycznej oraz rozbudową infrastruktury medycznej o elementy podwójnego przeznaczenia. W stanach nadzwyczajnych, które wymagają szybkiej reakcji państwa, sprawność realizacji inwestycji ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia nieprzerwanego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej niezmiennie podkreśla, że rozwój infrastruktury medycznej powinien pozostawać elementem szerszej strategii wzmocnienia systemu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz musi iść w parze z działaniami wzmacniającymi potencjał kadrowy systemu ochrony zdrowia poprzez stałą poprawę warunków kształcenia specjalizacyjnego i zdobywania umiejętności przez lekarzy oraz zapewnienie odpowiedniego przygotowania personelu medycznego do działania w warunkach sytuacji kryzysowych.

