

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 26 czerwca 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 26 czerwca 2026 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej

STANOWISKO Nr 2/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 czerwca 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 9 czerwca 2026 r. (znak: EZZPP.0210.5.2026.AD) pozytywnie opiniuje projekt, oczekuje jednak dalej idących propozycji dotyczących zmniejszenia obciążeń personelu lekarskiego związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej.

Przewidziane w projekcie opiniowanego rozporządzenia ograniczenie zakresu dokumentacji medycznej, a tym samym zmniejszanie obciążeń administracyjnych personelu medycznego związanego z jej wypełnianiem, jest zgodne z oczekiwaniami środowiska lekarskiego. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w przypadku krótkich pobytów w szpitalu (trwających poniżej 12 godzin) nie będzie bezwzględnie wymagane dokonanie oceny stanu odżywienia czy oceny geriatrycznej takiego pacjenta. Skutkiem wprowadzenia tej regulacji jest odpowiednie ograniczenie zakresu prowadzonej dokumentacji medycznej. Obecnie w przypadku pacjentów, którzy przebywają w szpitalu do 12 godzin, mimo krótkiego ich pobytu, tworzona jest obszerna dokumentacja medyczna z takiego pobytu. Projektowane rozporządzenie przewiduje, że udzielanie świadczeń szpitalnych w czasie nie dłuższym niż 12 godzin będzie wiązało się z ograniczeniem zakresu wymaganej dokumentacji medycznej, w szczególności brak będzie konieczności prowadzenia raportów lekarskich, raportów pielęgniarskich, raportów fizjoterapeutycznych, a także karty gorączkowej, karty obserwacji, karty indywidualnej opieki

pielęgniarskiej.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postuluje jednak, aby zmiany dotyczące uproszczenia zasad prowadzenia dokumentacji medycznej powiązane zostały z realnym ich egzekwowaniem w praktyce. Należy zaniechać występującej w niektórych szpitalach praktyki prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a następnie jej drukowania, opieczętowywania i podpisywania. Takie podwójne prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi znaczące utrudnienie w codziennej pracy lekarzy i nakłada na nich niepotrzebne obowiązki o administracyjnym charakterze. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oczekuje także dalszych propozycji legislacyjnych ograniczenia obowiązków personelu lekarskiego związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Obecnie w systemie ochrony zdrowia funkcjonuje wiele mechanizmów, związanych np. z akredytacją i oceną jakości, które prowadzą do nadmiernego rozbudowywania dokumentacji prowadzonej w placówkach medycznych, tworzenia różnego rodzaju procedur, druków, formularzy i kwestionariuszy. System ochrony zdrowia powinien promować nie podmioty, które rozbudowują biurokrację, lecz podmioty ograniczające obowiązki o administracyjnym charakterze, które nie przyczyniają się do poprawy jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta.

STANOWISKO Nr 3/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 czerwca 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości zmieniającego rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej, przekazanym przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości pana Arkadiusza Myrchę z dnia 18 czerwca 2026 r. (znak: DL-I.40.65.2026) przedstawia następujące stanowisko:
Samorząd lekarski nie zgłasza uwag do projektowanej zmiany § 10 ust. 1 rozporządzenia, która stanowi wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 marca 2013 r., sygn. akt U 2/11 i polega na usunięciu z tego przepisu fragmentu odnoszącego się do przeprowadzenia badania „mimo zastosowania przymusu bezpośredniego”. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że przepisy § 10 ust. 1 rozporządzenia wprowadzają ograniczenie konstytucyjnych chronionych wolności jednostki – jej nietykalności osobistej i wolności osobistej, ingerując w sferę zastrzeżoną do unormowania wyłącznie przez akt prawny rangi ustawy, toteż w części zawierającej słowa „mimo zastosowania przymusu bezpośredniego”, są niezgodne z art. 41 ust. 1 i art. 92 ust. 1 Konstytucji.
Jednocześnie, w związku z podjęciem przez Ministra Sprawiedliwości prac legislacyjnych dotyczących zmiany rozporządzenia z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że rozporządzenie nadal posługuje się określeniem „zakład opieki zdrowotnej” (§ 6 ust. 1, 2 i 3, § 8 ust. 1, § 9 oraz § 11 ust. 1 i 3). Terminologia ta nie odpowiada obecnemu stanowi prawnemu ukształtowanemu przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156). Wprawdzie ogólna dyrektywa zastosowana w art. 218 ustawy o działalności leczniczej pozwala na utożsamianie pod względem systemowym „zakładu opieki zdrowotnej” z „podmiotem leczniczym”, jednak pozostawienie w obowiązującym akcie wykonawczym nieaktualnej terminologii nie sprzyja przejrzystości i spójności systemu prawa. W związku z tym, że projekt rozporządzenia ma charakter porządkujący i dostosowujący, zasadne jest również dostosowanie terminologii rozporządzenia do pojęć stosowanych aktualnie w ustawie o działalności leczniczej.