

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 budzą 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

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

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 elektroradiolodzy 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, opatrzony 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.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski