



Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu
Tomasz Maciejewski

EZWP.024.24.2025.MG
Warszawa, 28 października 2025

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

odpowiadając na pismo (znak: NIPIP-NRPIP-DM-0025.44.2025.FP), w sprawie podjęcia działań legislacyjnych mających na celu wprowadzenie jednolitych wzorów indywidualnej dokumentacji medycznej opieki pielęgniarskiej i położnej w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Zgodnie z rozporządzeniem 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, z późn. zm., zwane dalej „rozporządzeniem o dokumentacji”) dokumentację prowadzoną przez pielęgniarki oraz położne stanowi karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną. Dodatkowo, rozporządzenie o dokumentacji przewiduje prowadzenie dokumentacji zbiorczej wewnętrznej w postaci wykazu raportów pielęgniarskich. Rozporządzenie o dokumentacji nie wskazuje poszczególnych elementów, jakie winny znaleźć się ww. dokumentach. Jedynie w odniesieniu do wykazu raportów pielęgniarskich rozporządzenie o dokumentacji wskazuje, że powinno ono zawierać informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3. Co istotne, regulacja, do której odwołuje się przywołany przepis, tj. § 10 pkt 3 rozporządzenia o dokumentacji, stanowi ogólną normę określającą zakres informacji jakie musi się znaleźć w każdym rodzaju dokumentacji medycznej. Podsumowując, rozporządzenie o dokumentacji nie wskazuje poszczególnych elementów, jakie winny znaleźć się w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną oraz w wykazie raportów pielęgniarskich, w związku z powyższym zastosowanie do nich znajdą ogólne przepisy regulujące zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

Katalog informacji jakie powinny zostać umieszczone w dokumentacji medycznej określa art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581) wraz ze wspomniany powyżej § 10 rozporządzenia o dokumentacji. Zgodnie z przywołanymi regulacjami dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

1. oznaczenie podmiotu:
 - a. nazwę podmiotu,
 - b. kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c. nazwę zakładu leczniczego - w przypadku podmiotu leczniczego,
 - d. nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu

- lecniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- e. nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
2. oznaczenie pacjenta:
- a. nazwisko i imię (imiona),
- b. datę urodzenia (wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany),
- c. oznaczenie płci (wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany),
- d. adres miejsca zamieszkania (wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej),
- e. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony),
- f. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
3. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
- a. imię (imiona) i nazwisko,
- b. tytuł zawodowy - nie dotyczy osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- c. numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,
- d. unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia - w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,
- e. podpis;
4. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
- a. opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- b. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania,
- c. zalecenia,
- d. informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,
- e. informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2025 r. poz. 750, późn. zm.);
5. inne informacje wynikające z innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
6. adres poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna - w przypadkach udostępniania dokumentacji w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ewentualne inne, dodatkowe informacje (poza informacjami określonymi ww. punktach 1 - 6), jakie powinny być zamieszczane w dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki oraz położne powinny wynikać ze specyfiki udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych. W tym miejscu pragnę zaznaczyć, że przepisy regulujące zakres informacji jakie powinny być zamieszczane w dokumentacji medycznej nie stanowią zamkniętego katalogu danych. Powyższe jest konstrukcją celową, uwzględniającą fakt, że każdy proces diagnostyczny, nawet tej samej choroby może się od siebie różnić. Indywidualne, spersonalizowane podejście do pacjenta jest podstawą efektywnego leczenia. Mając zatem powyższe na uwadze ustawodawca w regulacjach określających zasady prowadzenia dokumentacji medycznej wskazał zakres niezbędnych informacji, które muszą zostać w niej zamieszczone, przewidując jednocześnie możliwość dopisywania innych informacji, które w opinii osoby prowadzącej leczenie pacjenta są istotne i powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej.

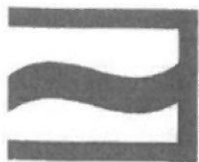
Należy także zauważyć, że aktualnie z uwagi na elektroniczną dokumentację medyczną odchodzi się od określania jej wzorów (graficznych), a jedynie wskazuje się zakres danych jakie powinny zostać zawarte na określonym rodzaju dokumentacji medycznej. Przy czym co istotne, pomimo iż obowiązujące przepisy prawa nie określają wzorów dokumentacji medycznej, to nie ma przeciwwskazań prawnych, aby podmiot zobowiązany do jej prowadzenia, w celu uproszczenia przedmiotowego obowiązku, stosował wypracowane przez siebie wzory, o ile informacje zawarte we wzorach są zgodne z regulacjami określającymi zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia nie dostrzega zależności wskazanej w piśmie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tj. wpływu wprowadzenia do porządku prawnego jednolitych wzorów dokumentacji medycznej na: ocenę faktycznego zapotrzebowania na określone świadczenia zdrowotne w skali regionu i kraju, wyliczenie kosztów faktycznych pracy pielęgniarek i położnych czy też racjonalne dostosowanie programów wspierających ze środków budżetowych i unijnych na doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Nie jest jasne, w jaki sposób dokumentacja medyczna prowadzona przez pielęgniarki i położne, dokumentująca stan zdrowia pacjenta, do której dostęp co do zasady przysługuje pacjentowi (przedstawicielowi ustawowemu pacjenta) oraz ściśle, ustawowo określone katalogowi podmiotów miałyby wpłynąć na efekty opisane przez Nacelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Warto również zaznaczyć, że aktualnie z uwagi na realizację inwestycji D1.1.2

„Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia” Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności wprowadzany jest szereg zmian w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, w szczególności rozszerzeniu ulegnie katalog elektronicznej dokumentacji medycznej, co może częściowo odpowiadać na potrzeby sygnalizowane w piśmie kierowanym do Ministra Zdrowia. Informacje o przedmiotowych pracach dostępne są na stronie Rządowego Centrum Legislacji, pod linkiem: <https://legislacja.gov.pl/>

Z wyrazami szacunku
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisano elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.44.2025.FP

Warszawa, dnia 25 lutego 2025 r.

Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o podjęcie działań legislacyjnych mających na celu wprowadzenie jednolitych wzorów indywidualnej dokumentacji medycznej opieki pielęgniarskiej i położniczej w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 798) nie zawiera wzorów dokumentacji, a jedynie wytyczne dotyczące prowadzenia dokumentacji indywidualnej pacjenta.

Zgłoszenia pielęgniarek i położnych wskazują, że problem ten występuje w szczególności w odniesieniu do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej w opiece pielęgniarskiej i położniczej, tj. m.in. karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną. Brak jednolitych wzorów poszczególnych dokumentów prowadzi do rozbieżności w zakresie informacji umieszczanych w nich przez personel medyczny.

Wprowadzenie jednolitych wzorów ww. dokumentacji pozwoli na monitorowanie świadczeń zdrowotnych i zadań zawodowych realizowanych przez pielęgniarki i położne w poszczególnych zakresach; ocenę faktycznego zapotrzebowania na określone świadczenia zdrowotne w skali regionu i kraju; obciążenie pracą pielęgniarek i położnych i podjęcie działań prewencyjnych; wyliczenie kosztów faktycznych pracy pielęgniarek i położnych w poszczególnych świadczeniach zdrowotnych w podmiocie, regionie i kraju; ocenę faktycznego zapotrzebowania na dodatkowe kwalifikacje pielęgniarek i położnych; planowanie polityki kadrowej w perspektywie strategicznej pięcio/dziesięcio-letniej pozwoli na ocenę

faktycznych potrzeb w zakresie kompetencji pielęgniarek i położnych (z tytułem licencjata, magistra oraz po kursach i specjalizacjach); umożliwi racjonalne dostosowanie programów wspierających ze środków budżetowych i unijnych na doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych.

Mając na uwadze powyższe, należy podkreślić zasadność podjęcia działań legislacyjnych mających na celu wdrożenie jednolitych wzorów indywidualnej dokumentacji medycznej w opiece pielęgniarstwie i położnictwie. Proponowane rozwiązanie pozytywnie wpłynie na poprawę jakości i efektywności sprawowania opieki pielęgniarstwie i położnictwie w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP


Mariola Łodzińska