



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 10 lipca 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 10 lipca 2026 r. przyjęło:

- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw](#)

**STANOWISKO Nr 4/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 lipca 2026 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji
zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu
przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez
ministra właściwego do spraw wewnętrznych**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji Wiesława Szczepańskiego (znak: DP-WLO.0231.7.2026.KP) zgłasza następujące uwagi:

Samorząd lekarski z zadowoleniem przyjmuje, że Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji dostrzega, że aspekty prawa adopcyjnego rzutują także na działalność podmiotów wykonujących działalność leczniczą i przedstawia propozycję rozwiązania tego problemu.

Procedury adopcyjne co do zasady mają na celu maksymalną ochronę prywatności dziecka i rodziców adopcyjnych. Tajność adopcji regulowana jest m.in. poprzez zmianę tożsamości dziecka, co obejmuje nadanie nowego nazwiska oraz, w niektórych przypadkach, także imienia. Funkcjonuje w polskim prawie także zgoda blankietowa na przysposobienie dziecka, o której mowa w art. 119¹ kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która powoduje, że rodzic udzielający takiej zgody godzi się na całkowite zerwanie więzi ze swoim dzieckiem oraz na brak wiedzy i informacji na temat jego dalszych losów i osób, które je przysposobiły (adopcja zwana anonimową). Prawo powinno zagwarantować anonimowość takiej adopcji poprzez zachowanie w tajemnicy przed rodzicami

naturalnymi dziecka dalszych losów dziecka i jego nowej rodziny. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego w art. 71 ust. 1 przewiduje, że w przypadku gdy rodzice dziecka przed sądem opiekuńczym wyrazili zgodę na przysposobienie bez wskazania osoby przysposabiającego, obligatoryjnie sporządza się nowy akt urodzenia dziecka, w którym jako rodzice wpisane są osoby przysposabiające.

Mając na uwadze, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych napotykają na utrudnienia w zakresie prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dziecka po jego przysposobieniu, na co słusznie zwróciło uwagę Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, celowe jest wprowadzenie regulacji prawnej, która te kwestie objaśni.

Prezydium Naczelnej Pady Lekarskiej zgłasza jednak zastrzeżenie, że przepis, który w istocie ogranicza prawa pacjenta do dokumentacji medycznej zagwarantowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (przewiduje bowiem pozbawienie pacjenta do dostępu do „oryginalnej” dokumentacji medycznej, oferując tylko możliwość uzyskania wyciągu ze zmienionymi danymi) powinien być przepisem rangi ustawowej. Ograniczanie ustawowo gwarantowanych praw pacjenta do dokumentacji medycznej w rozporządzeniu wykonawczym wydaje się tutaj niewystarczające, zwłaszcza uwzględniając dużą wagę społeczną tej sprawy.

STANOWISKO Nr 5/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 lipca 2026 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pani Katarzyny Kacperczyk z dnia 15 czerwca 2026 roku (znak: PLR.0210.1.2026.RT), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Samorząd lekarski akceptuje kierunek proponowanych zmian, zmierzający do rozszerzenia grupy lekarzy uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w poszczególne wyroby medyczne. Wdrożenie takich rozwiązań może ułatwić pacjentom dostęp do niezbędnych świadczeń oraz usprawnić organizację udzielania świadczeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

STANOWISKO NR 6/26/X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 lipca 2026 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 3 czerwca 2026 r. (znak: RKL.0210.10.2025.GG) Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w całości podtrzymuje uwagi zgłoszone w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/26/X z dnia 12 czerwca 2026 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw oraz przekazuje dalsze uwagi do projektu ustawy.

Samorząd lekarski negatywnie ocenia projekt ustawy w szczególności w zakresie, w jakim prowadzi on do skrócenia - a docelowo likwidacji - stażu podyplomowego, tworzenia kolejnych egzaminów państwowych, nadmiernie formalizuje szkolenie specjalizacyjne, tworzy możliwości naboru na specjalizację poza systemem postępowania kwalifikacyjnego, pozwala na „siłowe” skierowania lekarzy do szpitali powiatowych w celu realizacji szkolenia specjalizacyjnego, co sprowadza rolę specjalizującego się lekarza do wypełnienia braków kadrowych, pogarsza sytuację lekarzy korzystających w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z ustawowej ochrony rodzicielstwa, macierzyństwa, zdrowia lub niepełnosprawności, odbiera prawo do zmiany miejsca szkolenia specjalizacyjnego lub wprowadza restrykcje związane z niepodjęciem szkolenia specjalizacyjnego,

przywraca obowiązkową część ustną PES dla osób, które uzyskały wysoki wynik z części testowej oraz przerzuca na samorząd lekarski obowiązki, które powinny pozostawać w kompetencji właściwych instytucji systemu ochrony zdrowia. Przewidziane w ustawie rozwiązania nie służą ani jakości kształcenia, ani bezpieczeństwu pacjentów, ani stabilności systemu ochrony zdrowia, dlatego **Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnioskuję o odrzucenie projektu w całości i przygotowanie nowego w uzgodnieniu z samorządem lekarskim i innymi organizacjami reprezentującymi lekarzy.**

Do projektu ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przedstawia następujące uwagi:

1. Odnośnie do zmiany w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.il.d.), która polega na dodaniu do definicji zawodu lekarza elementu związanego z udzielaniem „*innych świadczeń zdrowotnych mających na celu zapewnienie pacjentowi dobrostanu fizycznego, psychicznego lub społecznego*” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie zgłasza zastrzeżeń wobec tej propozycji, uznając, że jest ona zbieżna z definicją zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą zdrowie jest stanem pełnego, całkowitego dobrego samopoczucia i dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. W uzasadnieniu do projektu ustawy słusznie wskazano, że do działań medycznych podejmowanych w celu zapewnienia pacjentowi dobrostanu fizycznego, psychicznego lub społecznego należy zaliczyć np. zabiegi z zakresu medycyny estetycznej czy chirurgii plastycznej, które poprzez poprawę wyglądu fizycznego pacjenta wpływają pozytywnie na jego stan psychiczny i relacje społeczne. Skoro jednak ustawodawca wskazuje, że obszar udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej wymaga uregulowania ustawowego, to zasadne byłoby całościowe uregulowanie tej problematyki poprzez umieszczenie w treści przepisów rangi ustawowej kluczowych wniosków, które Ministerstwo Zdrowia zamieściło w „komunikacie w sprawie wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej” z dnia 23 stycznia 2026 r. (znak: RKL.81223.2.2026.BB)^[1], w szczególności, że uprawnienia do wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej posiadają wyłącznie lekarze i lekarze i lekarze dentyści, procedury medycyny estetyczno-naprawczej nie mogą być jednocześnie przedmiotem szkolenia innych zawodów, bowiem do ich wykonywania oraz leczenia powikłań niezbędna jest wiedza i uprawnienia lekarskie oraz że procedura medycyny estetyczno-naprawczej od początku do końca musi być wykonywana przez lekarza.
2. W związku ze zmianami w definicji wykonywania zawodu lekarza

oraz równolegle procedowanym przez Ministerstwo Zdrowia projektem ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oczekuje, że - śladem propozycji przedstawionych dla zawodu pielęgniarki i położnej - w art. 2 ust. 3 u.z.l.il.d. zostanie umieszczone stwierdzenie, że za wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty uznaje się również sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu lekarskiego lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu lekarskiego oraz sprawowanie funkcji z wyboru w organach organizacji związkowej zrzeszającej lekarzy lub lekarzy dentystów lub wykonywanie pracy na rzecz tej organizacji związkowej. Samorząd lekarski wskazuje, że tego rodzaju zapisy ustawowe, jeśli są planowane w jednym zawodzie medycznym posiadającym swój samorząd zawodowy, powinny być przyjęte także dla pozostałych zawodów medycznych posiadających swój samorząd.

3. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej niezasadne jest dodanie w art. 5 ust. 1 u.z.l.il.d. punktu 6, który za warunek przyznania danej osobie prawa wykonywania zawodu lekarza uznaje *„złożenie właściwej okręgowej radzie lekarskiej oświadczenia o braku toczących się przeciwko niej postępowań karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego albo o toczących się przeciwko niej postępowaniach karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego”*. W ocenie samorządu lekarskiego zmiana w obrębie art. 5 ust. 1 u.z.l.il.d. nie jest konieczna, a nawet wprowadzałaby w błąd. Fakt toczenia się lub nietoczenia się postępowania karnego jest bowiem objęty zakresem przesłanki „nienagannej postawy etycznej” wymienionej w art. 5 ust. 1 pkt 5 u.z.l.il.d. Oświadczenie składane przez lekarza jest dowodem pozwalającym okręgowej radzie lekarskiej na dokonanie oceny spełnienia przesłanki nienagannej postawy etycznej, a nie samodzielną (odrębną) przesłanką przyznania prawa wykonywania zawodu, dlatego właściwym miejscem na uregulowania kwestii tego oświadczenia jest art. 6 ust. 2 pkt 2 u.z.l.il.d.
4. W związku z uwagą zgłoszoną w pkt 3 powyżej – w art. 6 ust. 2 pkt 2 u.z.l.il.d. należałoby przewidzieć, że *„Za wystarczające w zakresie spełnienia wymagania, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 5 uznaje się złożenie oświadczenia następującej treści: "Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko*

mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej". Oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię lekarza, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis lekarza. W przypadku gdy w stosunku do danej osoby toczy się postępowanie karne, celem oceny spełnienia wymagania, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 5, składa ona oświadczenie o toczących się przeciwko niej postępowaniach karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego zawierające:

a) imię (imiona), nazwisko i numer PESEL,

b) datę złożenia oświadczenia,

c) informacje o postępowaniu lub postępowaniach karnych toczących się przeciwko osobie składającej oświadczenie, w tym wskazanie:

- organu prowadzącego postępowanie karne,

- sygnatury toczącego się postępowania karnego."

5. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie opiniuje proponowane zmiany w obrębie art. 7 u.z.l.il.d. Samorząd lekarski od dawna domaga się uchylecia przepisów, które przewidują możliwość nabywania w trybach uproszczonych uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty przez osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej. Dlatego też za krok we właściwym kierunku uznaje się zaproponowane rozwiązanie przewidujące likwidację możliwości uzyskiwania prawa wykonywania zawodu na określony zakres, czas i miejsce w podmiocie leczniczym na podstawie art. 7 ust 2a i 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa jednak, że proponowany w projekcie ustawy termin, po upływie którego minister właściwy do spraw zdrowia będzie pozostawiał bez rozpoznania wnioski o udzielenie zgody na wykonywanie zawodu lekarza na podstawie art. 7 ust. 2a i ust. 2b (tj. 31 grudnia 2026 r.), jest za długi. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby rozpoznaniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia podlegały wyłącznie wnioski, złożone przed wejściem w życie projektowanej ustawy. Należy również skrócić do jednego

miesiąca od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy termin na dopełnienie przez lekarza po raz pierwszy obowiązku poinformowania okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu o wykonywaniu zawodu na obszarze tej izby.

6. W art. 14a ust. 8 u.z.l.il.d. proponuje się wydłużenie do końca czerwca roku kalendarzowego terminu zgłaszania wniosku do LEK i LDEK w sesji jesiennej. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami termin zapisu upływa 15 lipca, a wskazany w projekcie opiniowanej ustawy termin 31 maja jest znacznie krótszy i może uniemożliwiać sporej grupie osób spełnienie warunków do zapisu. Należy wskazać, że o ile proponowany termin zapisu do sesji wiosennej) do 30 listopada) pozwala na zaznajomienie się z terminem egzaminu w trakcie biegu terminu na zgłoszenie się do tego egzaminu, o tyle powyższa zasada nie została zachowana przy zapisach do sesji jesiennej.
7. W art. 14a ust. 11 pkt 8 u.z.l.il.d. proponuje się dla czytelności zapisu dodanie słowa „**także**” po słowach „państwo członkowskie Unii Europejskiej”. Brzmienie przepisu powinno być następujące „*nazwę uczelni, w której zgłaszający się ukończył jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, oraz datę ich ukończenia albo nazwę uczelni, w której zgłaszający się kontynuuje te studia, a w przypadku lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył studia na kierunku lekarskim lub lekarskodentystycznym w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej - **także** nazwę polskiej uczelni, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu ukończenia tych studiów, albo datę wydania świadectwa złożenia LEW albo LDEW*”. Powyższa zmiana umożliwi uzyskanie wiadomości o uczelni wydającej dyplom, w której ukończono studia oraz o polskiej uczelni, w której dokonano nostryfikacji dyplomu uzyskanego w innym państwie niż państwo członkowskie UE.
8. Odnośnie do zmian w art. 15 i nast. u.z.l.il.d. dotyczących stażu podyplomowego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w pełni podtrzymuje stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/26/X z dnia 12 czerwca 2026 r. i zdecydowanie sprzeciwia się propozycji skrócenia stażu podyplomowego do 6 miesięcy. Staż podyplomowy jest sprawdzonym i właściwym trybem nabywania przez absolwentów kierunków lekarskich uprawnień do samodzielnego

wykonywania zawodu lekarza w warunkach pracy w podmiocie wykonującym działalność leczniczą pod nadzorem opiekuna stażu, a czas jego trwania nie jest nadmiernie długi. Drastyczne skrócenie stażu podyplomowego albo jego likwidacja byłaby rozwiązaniem szczególnie niebezpiecznym z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów. Studia medyczne, choć stanowią podstawowy etap przygotowania teoretycznego i klinicznego, nie zastępują nadzorowanej praktyki zawodowej prowadzonej już po uzyskaniu dyplomu. Staż podyplomowy pozwala na stopniowe przejęcie odpowiedzialności zawodowej przez lekarza przy jednoczesnym zapewnieniu nadzoru ze strony bardziej doświadczonych lekarzy. Żadne metody symulacyjne, nawet najbardziej zaawansowane, nie mogą zastąpić praktyki, a nadmierna liczebność grup klinicznych na studiach powoduje, że ukończone studia nie mogą zastąpić stażu podyplomowego. Samorząd lekarski stoi na stanowisku, że prawidłową odpowiedzią na problemy systemu kształcenia lekarzy nie jest likwidacja stażu podyplomowego, lecz poprawa jego jakości, ujednolicenie standardów jego odbywania, odpowiednie wynagradzanie opiekunów stażu, zapewnienie rzeczywistego nadzoru oraz stworzenie mechanizmów oceny jakości miejsc stażowych.

9. W projektowanym art. 15 ust. 3 i 4 u.z.l.il.d. samorząd lekarski wnioskuje o pozostawienie w programie stażu podyplomowego szkoleń z zakresu prawa medycznego i bioetyki, bowiem zarówno lekarz, jak i lekarz dentysta musi posiadać informacje na temat otoczenia prawnego. Jest to ważny aspekt wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.
10. W projektowanym art. 15d ust. 3 u.z.l.il.d. zastrzeżenia budzi zmiana zasad kwalifikacji na staż podyplomowy. W miejsce dotychczasowego kryterium, jakim była średnia ze studiów, wprowadzone zostanie kryterium opierające się na wyniku LEK lub LDEK. Wprowadzenie jako kryterium kwalifikacji wyniku z LEK i LDEK, gdy egzamin ten nie jest wymagany do uzyskania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, nie jest dobrym rozwiązaniem. Podkreślić należy, że dotychczasowe kryterium – średnia ze studiów było obiektywnym kryterium umożliwiającym przeprowadzenie kwalifikacji na staż podyplomowy.
11. W art. 16c oraz art. 16cd u.z.l.il.d. sprzeciw samorządu lekarskiego budzi proponowana zmiana modelu kierowania na specjalizację.

Projekt przewiduje model, w którym miejsca rezydenckie są przypisywane przez wojewodę konkretnym jednostkom akredytowanym jeszcze przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Proponowane rozwiązanie może ograniczać realny wpływ lekarzy na wybór miejsca szkolenia, zmniejszać przejrzystość procesu kwalifikacyjnego i utrudniać planowanie ścieżki zawodowej. Zasadne jest utrzymanie dotychczasowego modelu kwalifikacji na miejsca rezydenckie, w ramach którego to sam lekarz w ramach dostępnych miejsc szkoleniowych wybiera miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej metodami zbliżonymi do wojskowego „przydziału” nie należy organizować kształcenia kadr lekarskich w Polsce. Taki system ze swej natury jest nieprzyjazny kształcącym się lekarzom, prowadzi do napięć, często będzie zmuszał dorosłych ludzi o ukształtowanym już życiu osobistym do nagłej zmiany miejsca zamieszkania lub narażał na rozłąkę z rodziną albo stawiał przed wyborem porzucenia planów zdobycia wybranej specjalizacji. Argumentem przeważającym nie może być tutaj zgłoszona przez Ministerstwo Zdrowia idea równomiernego rozłożenia kadr medycznych na terenie kraju.

12. W art. 16c ust. 5 u.z.l.il.d. umożliwia się jednostkom akredytowanym prowadzenie naboru na niewykorzystane miejsca pozarezydenckie poza centralnym postępowaniem kwalifikacyjnym. Samorząd lekarski zdecydowanie sprzeciwia się tej propozycji. Może prowadzić ona do uznaniowości, nierównego traktowania kandydatów, a przede wszystkim wiąże się z ogromnym ryzykiem nadużyć. System kwalifikacji na szkolenie specjalizacyjne powinien pozostać centralny, transparentny, oparty na obiektywnych kryteriach i prowadzony za pośrednictwem SMK. Należy odrzucić jakiekolwiek rozwiązania tworzące równoległą, nieprzejrzystą ścieżkę naboru na specjalizacje.
13. W art. 16c ust. 11 u.z.l.il.d. daje się zauważyć niespójność z brzmieniem art. 16c ust. 8 i ust. 10 u.z.l.il.d. W pierwszym z przepisów mowa jest o tym, że wojewodowie nie są związani „zapotrzebowaniem” na miejsca rezydencji składanym przez konsultantów wojewódzkich, tymczasem z projektowanego art. 16c ust. 8 i ust. 10 u.z.l.il.d. wynika, że zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie składają wyłącznie jednostki akredytowane, natomiast konsultanci wojewódzcy nie składają samodzielnie zapotrzebowania,

a jedynie opinię. Przepisy te należy ujednolicić.

14. W art. 16c ust. 12 u.z.l.il.d. błędnie określono termin 14 lutego jako termin przyznania przez wojewodę miejsc rezydenckich w ramach „postępowania zimowego”. W procesie naboru na specjalizację nie wyróżniono naboru zimowego – jest tylko nabór wiosenny i jesienny.
15. W art. 16c ust. 18 u.z.l.il.d. przewidziano, że ostatni dzień terminu na złożenie wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu wiosennym i postępowaniu jesiennym to odpowiednio 14 marca i 14 października, należy jednak zwrócić uwagę, że w art. 16c ust. 7 dzień 14 marca i 14 października to zarazem pierwsze dni postępowania kwalifikacyjnego. Terminy te nie powinny się pokrywać. Wnosi się o przesunięcie tych dat, aby terminy zgłoszenia wniosków i terminy rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego nie nachodziły na siebie.
16. W art. 16ca ust. 6 pkt 7 u.z.l.il.d. za nadmiarowy należy uznać wymóg podania we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem UE przebywa na terytorium Polski. Zgodnie z aktualnym brzmieniem ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty dokumenty dotyczące pobytu cudzoziemca nie stanowią warunku uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza.
17. W art. 16ca ust. 7 pkt 3 u.z.l.il.d. z brzmienia tego przepisu nie wynika, że przedłożenie dokumentu potwierdzającego posiadanie co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest wymogiem fakultatywnym, rankingującym, a nie obligatoryjnym elementem wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego. Należy dokonać stosownej zmiany redakcyjnej przepisu.
18. W art. 16cc ust. 1 pkt 2 u.z.l.il.d. błędnie został wskazany termin 18 września jako termin publikacji wyników pierwszego etapu postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację w postępowaniu jesiennym. Termin składania wniosków na postępowanie jesienne trwa do 14 października, więc nie można ogłaszać wyników już 18 września. Prawidłowe byłoby wskazanie daty 18 listopada.
19. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zdecydowanie sprzeciwia się propozycji art. 16cd ust. 7 u.z.l.il.d. Przewidziane w przepisie automatyczne wykluczenie lekarza z dwóch kolejnych postępowań kwalifikacyjnych w przypadku niepodjęcia szkolenia

specjalizacyjnego w ramach rezydentury w terminie dwóch miesięcy od dnia opublikowania wyników postępowania kwalifikacyjnego należy uznać za środek szczególnie dolegliwy. Projekt nie przewiduje przy tym żadnego mechanizmu umożliwiającego uwzględnienie sytuacji rodzinnej, opiekuńczej lub zdrowotnej lekarza, mimo że okoliczności te mogą obiektywnie uniemożliwiać rozpoczęcie szkolenia w wyznaczonym terminie. Lekarze z chorobami przewlekłymi lub z niepełnosprawnościami, którzy mają zaostrzenie swojej choroby podstawowej po zakwalifikowaniu się na specjalizację mogą nie zdążyć uzyskać zdolności do pracy i przejść badań medycyny pracy, a w konsekwencji grozi im praktycznie 2-letnia przerwa w możliwości rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Podobnie samotny rodzic lub lekarz, który zachorował po zakwalifikowaniu do specjalizacji, nie może racjonalnie planować rozwiązania spraw organizacyjnych w ciągu 2 miesięcy — i w konsekwencji grozi mu 2-letnia przerwa w możliwości rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Przewidziana w art. 16cd ust. 7 u.z.l.il.d. kategoria "przyczyn zależnych od lekarza" nie jest doprecyzowana. Jeżeli w praktyce zaliczane będą do nich takie okoliczności jak: obowiązek opieki nad dzieckiem, konieczność zachowania integralności życia rodzinnego lub ograniczenia zdrowotne wpływające na możliwość relokacji, regulacja będzie prowadziła do nieusprawiedliwionego obciążenia osób realizujących role chronione przez art. 18 i 71 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

20. Takie same zastrzeżenia jak w punkcie powyżej dotyczą projektowanego art. 16cd ust. 11 u.z.l.il.d. który przewiduje sankcję zakazu udziału w dwóch kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych w przypadku nierozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w okresie 1 miesiąca od wystawienia skierowania. Należy zauważyć, że rygoryzm tego przepisu jest nawet większy niż wspomnianego powyżej art. 16cd ust. 7 u.z.l.il.d. ponieważ nie przewiduje się w nim nawet odwołania do „przyczyn zależnych od lekarza”, co mogłoby oznaczać, że każde - nawet całkowicie niezależne od lekarza - nierozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego zawsze będzie skutkować anulowaniem skierowania i zakazem udziału w dwóch kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych. Projekt nie przewiduje mechanizmu pozwalającego na uwzględnienie sytuacji, w których nierozpoczęcie szkolenia w terminie wynika z okoliczności obiektywnych, takich jak ciąża, poród, konieczność sprawowania

opieki nad dzieckiem, nagła choroba, zaostrzenie choroby przewlekłej, niezdolność do pracy wywołana chorobą, obowiązek sprawowania opieki nad dzieckiem czy chorym członkiem rodziny, nie wspominając o tym, że niekiedy lekarze z chorobami przewlekłymi i z niepełnosprawnościami nie będą w stanie w ciągu 1 miesiąca zapewnić sobie warunków do rozpoczęcia szkolenia. Postuluje się zatem odstąpienie od mechanizmu automatycznego wykluczania lekarza z kolejnych postępowań kwalifikacyjnych. Lekarz, który nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w terminie, powinien co do zasady móc złożyć kolejny wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w następnym postępowaniu kwalifikacyjnym, bez sankcji w postaci zakazu udziału w dwóch kolejnych naborach. Ewentualne ograniczenia – jeśli ustawodawca się na nie zdecyduje – powinny mieć charakter wyjątkowy, proporcjonalny i powinny uwzględniać okoliczności rodzinne, opiekuńcze i zdrowotne.

21. W art. 16cd ust. 9 pkt 8 u.z.l.il.d. jest mowa o „tygodniu od opublikowania list, o których mowa w art. 16cc ust. 8”, tymczasem w art. 16cc ust. 8 nie ma mowy o publikowaniu żadnych list.
22. W art. 16e ust. 1 u.z.l.il.d. jest mowa o „lekarzu nieposiadającym I stopnia specjalizacji”. Należy skorygować to określenie poprzez zastąpienie go prawidłowym określeniem „lekarza nieposiadającego specjalizacji I stopnia”. Po dokonanej zmianie redakcyjnej powyższy zapis będzie spójny z pozostałymi przepisami ustawy.
23. Negatywnie opiniuje się projektowane brzmienie art. 16e ust. 6 u.z.l.il.d. Powołany przepis określa obowiązek okręgowej rady lekarskiej do ustalenia istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji i równocześnie wskazania dziedzin, w których lekarz może odbywać specjalizację. Projekt ustawy nie daje przy tym okręgowej radzie lekarskiej żadnych wytycznych dotyczących sposobu ustalania tych dziedzin medycyny, nie wskazuje trybu podejmowania takiej uchwały, nie określa czy uchwała podlega zaskarżeniu, nie daje również okręgowej radzie lekarskiej uprawnienia do skierowania lekarza na odpowiednie badania lekarskie poprzedzające podjęcie takiej uchwały. Stworzy to potencjalnie wiele źródeł konfliktów, a przepisy nie będą określały, w jakim trybie i kto te wątpliwości miałby rozstrzygać. Wnioskuje się zatem o utrzymanie dotychczasowych rozwiązań, w których przeciwwskazania zdrowotne do kontynuacji

szkolenia specjalizacyjnego stwierdzane są przez lekarza medycyny pracy.

24. Samorząd lekarski kwestionuje rozwiązanie zaproponowane w art. 16h ust. 8 i ust. 9 u.z.l.il.d. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne byłoby pozostawienie możliwości zmiany miejsca specjalizacyjnego przy zachowaniu dotychczasowego trybu odbywania specjalizacji, tj. rezydentury. Projektowana ustawa pozwala na zmianę miejsca odbywania specjalizacji z zachowaniem rezydentury tylko w dwóch skrajnych sytuacjach – likwidacji jednostki akredytowanej oraz lub stwierdzenia przez wojewodę, że jednostka akredytowana dopuściła się rażących naruszeń praw pracowniczych lub utrudniała szkolenie specjalizacyjne. Te okoliczności wskazane w art. 16h ust. 9 są zdecydowanie niewystarczające, pomija się w nich takie przyczyny zmiany miejsca szkoleniowego jak np. niska jakość szkolenia specjalizacyjnego oferowana przez daną jednostkę akredytowaną, ważne powody rodzinne, stan zdrowia, niewłaściwa atmosfera w pracy, czy spory personalne, w których najlepszym rozwiązaniem jest zmiana jednostki, w której lekarz odbywa rezydenturę. Ponadto wojewodowie nie posiadają instrumentów prawnych pozwalających na stwierdzenie rażących naruszeń prawa pracy, a z informacji docierających do samorządu lekarskiego od lekarzy wiadomo, że wojewodowie nie są także chętni do stwierdzania utrudnień w realizacji szkolenia specjalizacyjnego przez jednostki akredytowane. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne nie powinien być traktowany wyłącznie jako element zabezpieczenia bieżącej pracy podmiotu leczniczego; głównym celem specjalizacji jest przecież kształcenie, a nie świadczenie pracy.
25. Samorząd lekarski zdecydowanie sprzeciwia się propozycji zawartej w art. 16i ust. 1d i 1e u.z.l.il.d. Projektowane brzmienie przepisu prowadzi do istotnego pogorszenia sytuacji lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, którzy korzystają z uprawnień związanych z rodzicielstwem, a także lekarzy posiadających przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia dyżurów medycznych oraz osób z niepełnosprawnościami. Choć formalnie utrzymano zakaz zobowiązywania tych osób do pełnienia dyżurów, jednocześnie przewidziano obowiązek „odpracowania” okresu niepełnienia dyżurów, co w praktyce skutkuje wydłużeniem szkolenia

specjalizacyjnego właśnie z powodu korzystania z ochrony przyznanej przez ustawodawcę. Uderza to w młode matki, ojców i osoby z orzeczeniem o czasowej niezdolności do niektórych czynności czy osoby z niepełnosprawnością. Każdy dzień skorzystania z praw rodzicielskich lub zdrowotnych automatycznie wydłuży specjalizację. Dyżury trzeba będzie „odrobić” w przedłużonym okresie, co opóźni podejście do PES. Rozwiązanie to należy ocenić jako szczególnie nieuzasadnione. Lekarz korzystający z ochrony rodzicielskiej albo zdrowotnej wykonuje pracę w pełnym wymiarze godzin, uczestniczy w leczeniu pacjentów, prowadzi dokumentację medyczną, odbywa staże i zdobywa kompetencje zawodowe. Sam fakt, że na mocy przepisów prawa dany lekarz nie może być zobowiązany do pełnienia dyżurów nie powinien automatycznie prowadzić do wydłużenia całego szkolenia specjalizacyjnego. Aktualnie obowiązujący model jest właściwy - pozwala bowiem lekarzowi korzystającemu z uprawnień rodzicielskich lub zdrowotnych nie pełnić dyżurów bez automatycznego przedłużania specjalizacji, o ile okres ten nie przekracza ustawowego limitu 24 miesięcy. W praktyce projektowane rozwiązanie oznacza, że lekarka w ciąży, która przez wiele miesięcy pozostaje aktywna zawodowo, pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy i realizuje program specjalizacji w zakresie dopuszczalnym przez przepisy prawa, będzie obciążona wydłużeniem szkolenia wyłącznie dlatego, że zgodnie z Kodeksem pracy nie może pełnić dyżurów nocnych lub dyżurów w godzinach nadliczbowych. Podobny skutek może dotknąć lekarzy z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnościami albo czasowymi przeciwwskazaniami zdrowotnymi do pracy w porze nocnej lub ponadnormatywnej. Tak ukształtowany mechanizm wywołuje efekt zniechęcający do korzystania z ustawowych uprawnień ochronnych. Lekarka w ciąży albo lekarz sprawujący opiekę nad małym dzieckiem, może zostać postawiony przed nieakceptowalnym wyborem: albo skorzysta z ochrony przewidzianej przez prawo i wydłuży sobie drogę do uzyskania tytułu specjalisty, albo będzie odczuwał presję, aby rezygnować z realnego korzystania z przysługujących mu uprawnień.

Należy ponadto wyjaśnić, że lekarze posiadający umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności są ustawowo zwolnieni z obowiązku wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych, nie jest

to przywilej nadany uznaniowo, lecz gwarantowany przez państwo element systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnościami. Dotychczasowe przepisy dotyczące szkolenia specjalizacyjnego uwzględniały tę okoliczność, pozwalając zachować właściwą równowagę między wymaganiami edukacyjnymi a ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia. Proponowane obecnie przepisy, wprowadzające bezwzględny obowiązek odpracowania nieodbytych dyżurów, wydłużą automatycznie drogę do uzyskania specjalizacji przez lekarzy posiadających umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności. Założenie, że osoby z niepełnosprawnościami powinny realizować identyczne wymagania organizacyjne jak osoby zdrowe pozostaje w sprzeczności z podstawowymi zasadami polityki na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

Państwo nie powinno tworzyć przepisów, które z jednej strony gwarantują (np. osobom korzystającym z uprawnień macierzyńskich i osobom z niepełnosprawnościami) ochronę przed pracą w godzinach nadliczbowych, a z drugiej strony przepisów, które korzystanie z tej ochrony uznają za przyczynę opóźnienia w realizacji szkolenia specjalizacyjnego.

26. W art. 16j ust. 2m pkt 2 u.z.l.il.d. ustawodawca odsyła do „orzeczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 16e ust. 6” tymczasem art. 16e ust. 6 nie wspomina o żadnym orzeczeniu lekarskim.
27. W art. 16m ust. 1 u.z.l.il.d. planuje się wprowadzenie dla kierowników specjalizacji wymogu wykonywania zawodu w wymiarze odpowiadającym minimum połowy etatu. Rozwiązanie to spowoduje wyeliminowanie znaczącej grupy lekarzy i lekarzy dentystów, którzy pełnią obecnie funkcję kierownika specjalizacji. Przepis ten w szczególności ograniczy możliwość pełnienia funkcji kierownika specjalizacji przez lekarzy dentystów, którzy w jednostkach uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego są zatrudnieni lub wykonują zawód na innej podstawie w mniejszym wymiarze godzin niż ½ etatu.
28. W art. 16m ust. ust. 1b – 1d, 1g – 1k u.z.l.il.d. ustawodawca posługuje się określeniem „nagrody za pełnienie funkcji kierownika specjalizacji”, podczas gdy art. 16m ust. ust. 1a u.z.l.il.d. wskazuje, że kierownik specjalizacji otrzymuje „dodatkowe wynagrodzenie roczne”. Terminologia zawarta w ustawie wymaga ujednolicenia.

Jednocześnie posługiwanie się pojęciem „dodatkowego wynagrodzenia rocznego” może rodzić wątpliwości wobec posługiwania się przez ustawodawcę takim samym pojęciem w stosunku do tzw. „trzynastki” wypłacanej pracownikom sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 12 grudnia 1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej (Dz.U. z 2025 r. poz. 560).

29. Odnośnie do proponowanego brzmienia art. 16m ust. 1a u.z.l.il.d. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej opowiada się za wzmocnieniem funkcji kierownika specjalizacji. Rola ta ma kluczowe znaczenie dla jakości kształcenia. Kierownik specjalizacji odpowiada za planowanie procesu szkoleniowego, nadzór nad jego przebiegiem, ocenę postępów lekarza, weryfikację nabywanych kompetencji oraz zapewnienie realizacji programu specjalizacji. Zakres tych obowiązków wymaga znacznego zaangażowania czasowego, doświadczenia zawodowego oraz odpowiedzialności. Z tego względu zasadne jest podwyższenie dodatkowego wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji z kwoty 500 zł do kwoty 1000 zł miesięcznie brutto za każdego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem. Obecny poziom dodatku nie odpowiada ani aktualnym realiom ekonomicznym, ani rzeczywistemu zakresowi obowiązków kierownika specjalizacji. Brak odpowiedniej gratyfikacji finansowej może prowadzić do spadku zainteresowania pełnieniem tej funkcji, a w konsekwencji do ograniczenia liczby miejsc szkoleniowych
30. Zasadnicze zastrzeżenia budzi projektowany art. 16m ust. 7d u.z.l.il.d., który nakłada na kierownika specjalizacji obowiązek wydania w terminie 14 dni od ukończenia przez lekarza 6. miesiąca szkolenia specjalizacyjnego opinii o predyspozycjach lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne do wykonywania zawodu w danej dziedzinie. Pojęcie to jest nieostre i może prowadzić do nadużyć, zwłaszcza jeżeli miałoby wpływać na sytuację zawodową lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Ocena przebiegu szkolenia powinna opierać się na obiektywnych, weryfikowalnych kryteriach związanych z realizacją programu specjalizacji, a nie na nieprecyzyjnych przesłankach uznaniowych.
31. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia wprowadzenie w art. 16n ust. 7a i nast. u.z.l.il.d. Specjalizacyjnego Egzaminu Weryfikacyjnego (dalej: SEW). Wprowadzenie SEW prowadziłoby do stworzenia kolejnego, odrębnego egzaminu

państwowego dla określonej kategorii lekarzy, mimo że funkcję weryfikacji wiedzy specjalistycznej pełni już Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Projekt nie zawiera przy tym jednoznacznych i mierzalnych kryteriów, na podstawie których zespół oceniający miałby stwierdzać, że egzamin lub inna forma potwierdzenia kwalifikacji uzyskanych za granicą „nie odpowiada” PES. Tak sformułowana przesłanka pozostawia organowi nadmierny zakres uznania, może prowadzić do niejednolitej praktyki oraz naruszać przewidywalność postępowania.

32. Odnośnie do propozycji zawartej w art. 16o ust. 1b u.z.l.il.d. należy wskazać, że zastrzeżenia budzi 2-miesięczny termin na wydanie przez okręgową izbę lekarską opinii dotyczącej przerwania lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji. W praktyce okoliczności wskazane we wnioskach kierownika specjalizacji o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego rozpatrywane są w ramach postępowań przewidzianych w art. 11 lub art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tym samym, z uwagi na konieczność zachowania wymogów proceduralnych wynikających z kodeksu postępowania administracyjnego, nie jest możliwe wydanie opinii w tak krótkim czasie. Powyższe spowoduje, że okręgowa izba lekarska zostanie faktycznie pozbawiona możliwości wydania opinii co do złożonego wniosku kierownika specjalizacji o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego.
33. Zdecydowanie negatywnie opiniuje się wprowadzenie Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego „PEK” (art. 16pa-16pi u.z.l.il.d.). Projektowane przepisy dotyczące PEK powinny zostać usunięte z projektu ustawy w całości. Nie wykazano rzeczywistego problemu systemowego, który uzasadniałby stworzenie kolejnego państwowego egzaminu w procesie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. Z uzasadnienia projektu ustawy nie wynika, aby obowiązujący model szkolenia specjalizacyjnego nie zapewniał odpowiedniej weryfikacji kompetencji lekarzy lub nie gwarantował bezpieczeństwa pacjentów. Nie przedstawiono żadnych danych wskazujących na konieczność uzupełnienia systemu weryfikacji kompetencji specjalizujących się lekarzy, które uzasadniałyby wprowadzenie nowego egzaminu państwowego. Obecny system kształcenia lekarzy już dziś przewiduje wieloetapową ocenę wiedzy i umiejętności. Lekarz podlega weryfikacji na etapie studiów medycznych, następnie przystępuje do Lekarskiego Egzaminu

Końcowego, odbywa kilkuletnie szkolenie specjalizacyjne pod nadzorem kierownika specjalizacji, a następnie przystępuje do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, którego pozytywny wynik stanowi warunek uzyskania tytułu specjalisty. Wprowadzenie PEK prowadziłoby do mnożenia egzaminów państwowych i dalszej formalizacji procesu specjalizacji, które nie mają wpływu na podniesienie jakości kształcenia ani bezpieczeństwa pacjentów. Proponowane rozwiązanie może prowadzić do dalszego obciążenia lekarzy, podmiotów szkolących i administracji publicznej, bez wykazania jakiegokolwiek wymiernej korzyści systemowej. Na szczególną krytykę zasługuje również fakt, że projektowane rozwiązanie podważa znaczenie obowiązującego modelu szkolenia specjalizacyjnego oraz rolę kierownika specjalizacji. Kierownik specjalizacji przez cały okres szkolenia ocenia postępy lekarza, realizację programu specjalizacji, nabywanie kompetencji praktycznych oraz gotowość lekarza do wykonywania określonych czynności zawodowych. Wprowadzenie dodatkowego egzaminu państwowego oznacza w istocie brak zaufania ustawodawcy do funkcjonującego systemu szkolenia specjalizacyjnego oraz bieżącej oceny lekarza dokonywanej przez osoby odpowiedzialne za jego kształcenie.

Wprowadzenie Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego tworzyłoby także nową, pośrednią kategorię lekarzy, którzy - mimo braku tytułu specjalisty - uzyskiwaliby określone uprawnienia wynikające z pozytywnego wyniku PEK, w tym możliwość pełnienia funkcji opiekuna lekarza stażysty. Takie rozwiązanie odchodzi od dotychczasowego, przejrzystego modelu wykonywania zawodu lekarza, w którym zasadnicze znaczenie ma status lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne oraz lekarza posiadającego tytuł specjalisty. Tworzenie kolejnych pośrednich kategorii kwalifikacyjnych zaburza przejrzystość systemu, może powodować wątpliwości interpretacyjne po stronie lekarzy, pracodawców i pacjentów oraz prowadzi do nieuzasadnionego rozproszenia systemu potwierdzania kompetencji zawodowych.

34. Niezależnie od uwagi systemowej dotyczącej braku zasadności wprowadzenia PEK należy zgłosić, że w art. 16pa ust. 7 pkt 5 u.z.l.il.d. powinna być podana pełna nazwa rejestru, tj. numer rejestracyjny lekarza w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, taka jest bowiem nazwa zgodnie z art. 49 ustawy o

izbach lekarskich.

35. Niezależnie od uwagi systemowej dotyczącej braku zasadności wprowadzenia PEK należy zgłosić, że w art. 16pf ust. 3 u.z.l.il.d. należy wskazać, że przepis nie określa w sposób jasny i precyzyjny z ilu pytań składa się zestaw zadań, który jest przygotowany dla zdającego.
36. Samorząd lekarski negatywnie ocenia ograniczenie przewidziane w art. 16rb ust. 8 u.z.l.il.d. przewidujące, że lekarz może przystąpić do PES w okresie 10 kolejnych sesji egzaminacyjnych od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Jest to wyraz nadmiernego rygoryzmu i formalizmu, który podważa wysiłek lekarza związany z realizacją i ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego, nie uwzględnia także sytuacji życiowych czy losowych, które mogły stać na przeszkodzie przystąpieniu do egzaminu PES z wynikiem pozytywnym.
37. Odnośnie do przewidzianego art. 16rb ust. 9 u.z.l.il.d. należy zgłosić zastrzeżenia, że powołany przepis nie określa, na jakiej podstawie lekarz będzie mógł uczestniczyć w kursach przewidzianych programem specjalizacji, skoro utracił już status lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Co więcej, nie określono również jak i gdzie lekarz będzie dokumentował uczestnictwo w ww. kursach, by następnie uzyskać ich potwierdzenie celem umożliwienia przystąpienia do PES.
38. Nie do zaakceptowania dla samorządu lekarskiego jest propozycja przepisu art. 16rb ust. 14 u.z.l.il.d. Uznanie za niebyły pozytywnie zdanego PES po upływie 24 miesięcy, jeśli lekarz nie uzyskał w tym czasie tytułu specjalisty, jest przejawem skrajnego formalizmu i nie jest uzasadnione. Pozytywny wynik egzaminu PES powinien zachowywać trwałe znaczenie jako potwierdzenie spełnienia wymogów egzaminacyjnych. Proponowane w ustawie rozwiązanie w praktyce może dotknąć przede wszystkim lekarzy korzystających z urlopów macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, samotnie wychowujących dzieci oraz lekarzy korzystających z długotrwałych zwolnień lekarskich, którzy z przyczyn konstytucyjnie chronionych nie ukończą formalnie wszystkich elementów szkolenia w określonym terminie. Samotny rodzic, który zdał PES w trakcie przedłużonej specjalizacji, może nie uzyskać tytułu specjalisty w terminie 24 miesięcy z powodów opiekuńczych, choroby dziecka lub własnej choroby. Efektem jest utrata pozytywnego wyniku PES

będącego rezultatem wieloletniego wysiłku zawodowego i konieczność ponownego przystąpienia do egzaminu.

39. Negatywnie ocenia się zmianę w art. 16rc ust. 10 u.z.l.il.d. Projekt zakłada uchylenie przepisu, który zwalnia lekarza z egzaminu ustnego PES w przypadku uzyskania co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi w części testowej. Przepis ten obowiązuje od 31 grudnia 2022 r. i został wprowadzony na wniosek środowiska lekarskiego, w oparciu o dane empiryczne, z których wynikało, że niemal wszystkie osoby uzyskujące tak wysoki wynik części pisemnej praktycznie zawsze zdawały część ustną. Poza efektem jakościowym przepis pełni istotną funkcję motywacyjną - możliwość zwolnienia z egzaminu ustnego skłaniała kandydatów do maksymalnego wysiłku na etapie przygotowania do testu. Tym samym, uzasadnione jest pozostawienie przepisu w dotychczasowym brzmieniu.
40. Samorząd lekarski sprzeciwia się zmianie art. 16t ust. 1 u.z.l.il.d. sprowadzającej się do nałożenia na lekarzy przystępujących do PES po raz pierwszy i drugi obowiązku wnoszenia opłaty egzaminacyjnej. PES jest obligatoryjnym, ustawowo określonym elementem niezbędnym do uzyskania specjalizacji. Bez jego złożenia z wynikiem pozytywnym szkolenie specjalizacyjne nie kończy się uzyskaniem tytułu specjalisty. Lekarz przystępuje do PES jako uczestnik szkolenia specjalizacyjnego realizujący jego obowiązkowy etap. Pobieranie opłaty od pierwszego i drugiego podejścia do egzaminu stanowiącego element szkolenia jest nieuzasadnione. W konsekwencji proponuje się pozostawić przepis w dotychczasowym brzmieniu.
41. Odnośnie do brzmienia art. 16w ust. 7 u.z.l.il.d. zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne jest również zobowiązanie Centrum Egzaminów Medycznych do przekazywania Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz okręgowej izbie lekarskiej, której lekarz jest członkiem, informacji o uzyskaniu przez lekarza tytułu specjalisty. Obecnie obowiązek przekazania danych o dyplomie specjalisty spoczywa na lekarzu, co nierzadko prowadzi do znacznych opóźnień między uzyskaniem tytułu specjalisty a ujawnieniem tej informacji w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Bezpośrednie przekazywanie danych z CEM do NRL i do właściwej okręgowej izby lekarskiej poprawi jakość danych rejestrowych i zwiększy ich użyteczność dla pacjentów, podmiotów leczniczych oraz organów publicznych. W tym celu należy zmienić art. 16w ust. 7 ustawy w ten sposób, aby numer

dyplomu, data jego wydania oraz data uzyskania tytułu specjalisty były zamieszczane nie tylko w SMK, ale także przekazywane przez dyrektora CEM do Naczelnej Rady Lekarskiej i okręgowej izby lekarskiej, której lekarz jest członkiem.

42. Samorząd lekarski wyraża sprzeciw wobec zmiany w art. 17 u.z.l.il.d. poprzez poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do przyznawania certyfikatów umiejętności zawodowej o uczelnie kształcące na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Domeną uczelni medycznych jest kształcenie przeddyplomowe lekarzy, natomiast kształcenie podyplomowe, w tym także w zakresie umiejętności zawodowych, powinno pozostać w gestii towarzystw naukowych, instytutów badawczych i samorządu zawodowego lekarzy.
43. Zastrzeżenia budzi proponowane brzmienie art. 17 ust. 20 pkt 7 u.z.l.il.d. który wprowadza okres ważności certyfikatu umiejętności zawodowych. Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej certyfikat umiejętności, podobnie jak specjalizacja powinny być przyznawane bezterminowo.
44. Nie można się także zgodzić z propozycją zmiany art. 18 u.z.l.il.d. która sprowadza się do tego, że lekarz, który nie dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego będzie zawsze zawieszany w prawie wykonywania zawodu. Rozwiązanie takie nie jest praktykowane w innych zawodach zaufania publicznego (np. radcowie prawni) i jawi się jako skrajnie rygorystyczne. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu jest jedną z najsurowszych kar orzekanych przez sądy lekarskie tylko za najbardziej poważne przewinienia zawodowe przy znacznym stopniu winy sprawcy, nie można na równi z takimi karygodnymi zachowaniami stawiać niedopełnienia w terminie obowiązku doskonalenia zawodowego.

Samorząd lekarski popiera jednak wprowadzenie zmian dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy, tak aby zapewnić efektywność realizacji tego ważnego elementu związanego z wykonywaniem zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego. Należy postulować wprowadzenie automatyzacji rozliczania punktów edukacyjnych. Obowiązek raportowania punktów edukacyjnych powinien zostać przeniesiony z lekarza na organizatora szkolenia. Podmiot organizujący akredytowaną formę doskonalenia zawodowego lekarzy powinien być obowiązany do przekazywania, za pomocą systemu teleinformatycznego, informacji o punktach

edukacyjnych uzyskanych przez uczestników do Centralnego Rejestru Lekarzy albo właściwej okręgowej rady lekarskiej w terminie 14 dni od zakończenia szkolenia. Minister właściwy do spraw zdrowia powinien określić w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, sposób przekazywania danych, zakres przekazywanych informacji oraz standard interoperacyjności z właściwym rejestrem lekarzy, kierując się potrzebą zapewnienia automatycznej, bezpiecznej i jednolitej ewidencji punktów edukacyjnych. Konieczne jest ponadto poszerzenie katalogu aktywności premiowanych punktami edukacyjnymi. Działalność dydaktyczna powinna zostać uznana za pełnoprawną formę doskonalenia zawodowego. Punkty edukacyjne powinny przysługiwać między innymi za prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, prowadzenie szkoleń CMKP w ramach kształcenia specjalizacyjnego, prowadzenie akredytowanych szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów, pełnienie funkcji opiekuna stażu podyplomowego, pełnienie funkcji kierownika specjalizacji, egzaminowanie w ramach LEK, LDEK i PES, tworzenie pytań egzaminacyjnych, udział w zespołach eksperckich CEM oraz recenzowanie publikacji naukowych. Zasadne jest także wprowadzenie nowej kategorii kursów doskonalących, w szczególności kursów atestacyjnych w danej specjalizacji, dostępnych dla lekarzy specjalistów i odpowiednio wyżej punktowanych. System doskonalenia zawodowego powinien realnie odzwierciedlać różne formy aktywności zawodowej, dydaktycznej, naukowej i eksperckiej lekarzy, a nie ograniczać się do wąsko rozumianego udziału w szkoleniach. Wprowadzenie do ustawy jakichkolwiek konsekwencji związanych z niedopełnieniem obowiązku doskonalenia zawodowego powinno zostać połączone ze wskazaniem wyjątków, takich jak np. ukończenie określonego wieku przez lekarza (np. 70. rok życia) czy fakt zgłoszenia okręgowej izbie lekarskiej zaprzestania wykonywania zawodu i ograniczenie czynności zawodowych do leczenia siebie samego i członków najbliższej rodziny wraz z wystawianiem recept *pro auctore i pro familiae*.

45. W art. 29 ust. 2d u.z.l.il.d. należy zgłosić zastrzeżenie, że przepis nie określa, w jaki sposób komisja bioetyczna ma sprawować nadzór nad zaopiniowanymi eksperymentami.
46. Odnośnie do art. 29 ust. 2e u.z.l.il.d. wskazuje się, że przepis winien

zostać przerwany, bowiem regulując tylko jeden rodzaj uchwały (uchylenie pozytywnej opinii o prowadzeniu eksperymentu medycznego) w istocie przewiduje on, iż komisja bioetyczna może podjąć dwa rodzaje uchwał: o uchyleniu pozytywnej opinii o prowadzeniu eksperymentu medycznego oraz o wstrzymaniu badania. Kwestia tej rozbieżności powinna zostać wyjaśniona.

47. W art. 29 ust. 6 u.z.l.il.d. wadliwie zamieszczono odesłanie do ust. 4 – najpierw tylko do ust. 4 zdanie pierwsze, a potem do całego ust. 4.
48. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera zmianę w art. 44a u.z.l.il.d. poprzez rozszerzenie zakresu ochrony należnej funkcjonariuszom publicznym na członków zespołów egzaminacyjnych przeprowadzających egzaminy: LEW i LDEW, LEK i LDEK, PEK, PES. W ślad za stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/26/X z dnia 12 czerwca 2026 r. samorząd lekarski ponownie domaga się, **aby taka sama ochrona przynależna funkcjonariuszom publicznym przysługiwała także działającym w izbach lekarskich okręgowym rzecznikom odpowiedzialności zawodowej i ich zastępcom, Nacelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz członkom okręgowych sądów lekarskich i Nacelnego Sądu Lekarskiego** podczas, a także w związku z wykonywaniem czynności w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej.
49. W związku z procedowanym w tym samym czasie projektem ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej oraz w wykonaniu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/26/X z dnia 12 czerwca 2026 r. samorząd lekarski oczekuje zmiany art. 44 u.z.l.il.d. tak, aby otrzymał brzmienie zakresowo zbieżne z ochroną, jaką ustawodawca zamierza przyznać pielęgniarkom i położnym. Pielęgniarki i położne z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych będą korzystać niezależnie od tego czy udzielają świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku ratowania życia czy zdrowia i niezależnie od tego czy wykonują zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oczekuje się zatem, aby dotyczący lekarzy art. 44 u.z.l.il.d. otrzymał brzmienie: „*Lekarz i lekarz dentyista podczas wykonywania zawodu, a także w związku z wykonywaniem zawodu, korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*”.

50. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej akceptuje kierunek zmian w art. 82 ust. 3 i art. 113 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich (art. 3 projektu ustawy). Samorząd lekarski zgłaszał do Ministerstwa Zdrowia zbieżne w zaproponowanym projektem propozycje poszerzenia pola do prowadzenia skutecznych mediacji w toku postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Należy jednak zaznaczyć, że z uwagi na to, że w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie orzeka się o obowiązku naprawienia szkody czy zapłaty zadośćuczynienia, zasadne byłoby wykreślenie z projektowanego art. 82 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich wzmianki, że warunkiem umorzenia postępowania jest także naprawienie przez lekarza szkody lub zadośćuczynienie wyrządzonej krzywdzie. Dla umorzenia postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej wystarczające jest, jeśli lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji.

[1] Opubl. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-wykonywania-procedur-medycyny-estetyczno-naprawczej>

