

Prezydium NRL: certyfikaty umiejętności zawodowych nie mogą zastępować specjalizacji lekarskich

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia do proponowanych zmian w wykazie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Samorząd zwraca uwagę, że w wielu dziedzinach nadal brakuje standardów niezbędnych do uzyskania certyfikatów. Ostrzega również przed osłabieniem znaczenia kształcenia specjalizacyjnego i krytykuje pominięcie medycyny cyfrowej oraz flebologii w projekcie rozporządzenia.

STANOWISKO Nr 32/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 29 października 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 2 października 2026 r. (znak: RKLU.0210.5.2026.DŁ.5) przedstawia następujące stanowisko:

Samorząd lekarski wskazuje, że problemem, z jakim borykają się obecnie lekarze i lekarze dentyści, chcący doskonalić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez zdobywanie certyfikatów umiejętności zawodowych, jest to, że w wielu obszarach nie zostały opracowane minimalne standardy, na podstawie których ma być prowadzona certyfikacja. Zgodnie z art. 17 ust. 21 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37) Minister Zdrowia powinien zlecić instytutowi badawczemu prowadzącemu działalność medyczną i naukową właściwą dla danej umiejętności zawodowej opracowanie minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja danej umiejętności zawodowej. Standardy te powinien następnie zatwierdzić Minister Zdrowia. Pomimo upływu blisko 6 lat od wejścia w życie przepisów wprowadzających to rozwiązanie, Minister Zdrowia nie zlecił opracowania i nie zatwierdził standardów w bardzo wielu dziedzinach, z których teoretycznie można by uzyskiwać certyfikaty umiejętności zawodowych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża obawy, że skoro przy obecnej liczbie umiejętności zawodowych wynoszącej 57 pozycji przez blisko 6 lat nie udało się Ministerstwu Zdrowia zatwierdzić standardów, to tym bardziej po zmianie rozporządzenia i zwiększeniu liczby umiejętności do 70 uzyskanie przez lekarza certyfikatu umiejętności może oddalić się w czasie wobec braku ustalonych i zatwierdzonych minimalnych standardów.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia i Ocenie Skutków Regulacji nie wskazano, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowa planuje udrożnić procedury opracowywania standardów i tym samym umożliwić lekarzom realizację programu umiejętności i zdobywanie certyfikatów umiejętności we wszystkich dziedzinach wymienionych w rozporządzeniu.

Odnosząc się do proponowanej listy umiejętności zawodowych Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że system umiejętności zawodowych powinien służyć poszerzaniu kompetencji lekarzy i podnoszeniu jakości świadczeń zdrowotnych, a nie tworzeniu alternatywnych ścieżek nabywania fragmentarycznych kompetencji właściwych dla poszczególnych specjalizacji lekarskich. Lekarze decydujący się na szkolenie specjalizacyjne kierują się m.in. zakresem

kompetencji, jakie nabędą realizując program specjalizacji i zdając Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Umożliwianie wykonywania tych samych, wysokospecjalistycznych procedur przez lekarzy innych specjalizacji lub przez lekarzy bez specjalizacji grozi brakiem szerszego spojrzenia, nabywanego dopiero w toku kilkuletniego szkolenia specjalizacyjnego. Tymczasem proponowane zmiany rozporządzenia zmierzają w praktyce do wyodrębnienia z istniejących specjalizacji lekarskich określonych procedur oraz umożliwienia ich wykonywania przez lekarzy innych specjalizacji, a czasami także przez lekarzy bez specjalizacji. Rodzi to uzasadnione obawy o stopniowe obniżanie rangi kształcenia specjalizacyjnego i rozpraszanie kompetencji, których uzyskanie wymaga wieloletniego kształcenia w ramach specjalizacji. Buduje to ponadto obraz certyfikacji jako sposobu na ominięcie szkolenia specjalizacyjnego. Ograniczona dostępność lekarzy specjalistów w określonej dziedziny, na którą powołuje się uzasadnienie do projektu rozporządzenia, nie może uzasadniać obniżania jakości udzielnych świadczeń i przekazywania kompetencji przynależnych lekarzom posiadającym określoną specjalizację.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że kierunek zmian przyjętych w projekcie rozporządzenia wydaje się wewnętrznie niespójny i niekonsekwentny - z jednej strony proponuje się dzielenie jednej umiejętności na kilka mniejszych (co dotyczy obecnej umiejętności zawodowej ,,Radiologia zabiegowa w kardiologii - kod 049", oraz umiejętności „Diagnostyka neurofizjologiczna EEG, ENG, EMG, PW – kod 007") z drugiej natomiast strony proponuje się odwrotny mechanizm, tj. połączenie kilku dotychczasowych umiejętności w jedną umiejętność, co dotyczy połączenia „Radiologii zabiegowej w zakresie chirurgii naczyń – kod 047", „Radiologii zabiegowej w zakresie gastroenterologii – kod 048", „Radiologii zabiegowej w zakresie kardiologii dziecięcej – kod 050", „Radiologii zabiegowej w zakresie neurochirurgii - kod 051", „Radiologii zabiegowej w zakresie neurologii – kod 052", „Radiologii zabiegowej w zakresie onkologii klinicznej – kod 053" i „Radiologii zabiegowej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – kod 054", które zostaną połączone w jedną umiejętność o wspólnej o nazwie „Radiologia zabiegowa – kod 047".

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia projekt rozporządzenia w zakresie, w jakim nie został uwzględniony zgłoszony Ministerstwu Zdrowia postulat Naczelnej Izby Lekarskiej, aby do grupy umiejętności zawodowych dodać ponadto flebologię oraz medycynę cyfrową. Szczególnie uzasadnione wydaje się wprowadzenie umiejętności z zakresu medycyny cyfrowej, co odpowiadałoby na problemy i wyzwania współczesnej medycyny, łącząc przy tym kompetencje różnych specjalizacji. Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój stosowanych w medycynie technologii wykorzystujących sztuczną inteligencję, znajomość nowych technologii, a także umiejętność oceny ich skuteczności i bezpieczeństwa stosowania wydaje się kluczowa dla dalszej poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych. Lekarze powinni uzyskać możliwość zdobywania certyfikatu umiejętności w zakresie krytycznej oceny takich narzędzi oraz rozpoznawania ich ograniczeń w oparciu o aktualną wiedzę medyczną. Włączenie powyższych umiejętności do wykazu certyfikowanych kompetencji zawodowych przyczyniłoby się do dalszego podnoszenia kwalifikacji lekarzy, lepszego dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb społeczeństwa oraz wspierania innowacyjnych kierunków rozwoju medycyny w Polsce.

Odnośnie do załącznika nr 2 do rozporządzenia, w którym określono wykaz kwalifikacji zawodowych wymaganych od lekarzy i lekarzy dentystów, którzy mogą ubiegać się o certyfikat w zakresie poszczególnych umiejętności zawodowych, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące uwagi:

1. W poz. 10 i 11 „Echokardiografia dorosłych i dzieci" – konieczne jest precyzyjne określenie zakresu tej umiejętności, w szczególności wskazanie, czy obejmuje ona wyłącznie wykonywanie spoczynkowych badań echokardiograficznych przezklatkowych (np. wykorzystywanych w celu wykluczenia stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego), czy również inne techniki i rodzaje badań. Ma to

zasadnicze znaczenie dla właściwego określenia kompetencji lekarzy mogących tę umiejętność zdobyć, w szczególności dotyczy to lekarzy niemających w programie specjalizacji merytorycznych podstaw do pełnej oceny funkcji serca i wielkich naczyń. Dodatkowo umiejętność echokardiografii dorosłych powinna być dostępna również dla kardiologów dziecięcych, a umiejętność echokardiografii dziecięcej powinna być dostępna również dla kardiologów. Wynika to bezpośrednio z wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego nt. tranzycji pacjentów z wrodzonymi wadami serca od okresu dziecięcego do opieki w późniejszym okresie życia – zgodnie z zaleceniami okres przejścia powinien być płynny, a zatem kompetencje lekarzy powinny się przenikać.

2. W poz. 25 „Leczenie żywieniowe” należy wskazać, że żywienie do- i pozajelitowe stanowi złożony problem kliniczny, wymagający specjalistycznej wiedzy z zakresu chorób wewnętrznych, gastroenterologii, chirurgii ogólnej - nie wydaje się właściwe dopuszczanie do certyfikacji lekarzy bez jakiejkolwiek specjalizacji;
3. W poz. 29 „medycyna hiperbaryczna” samorząd lekarski wnosi o rozszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania certyfikatu o: specjalistów medycyny morskiej i tropikalnej, medycyny lotniczej oraz medycyny transportu oraz o lekarzy z I stopniem specjalizacji w tych dziedzinach oraz w chirurgii ogólnej;
4. W poz. 30 „medycyna podróży” samorząd lekarski wnosi o rozszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania certyfikatu o: specjalistów medycyny morskiej i tropikalnej, medycyny lotniczej oraz dla lekarzy z I stopniem specjalizacji w tych dziedzinach;
5. W poz. 35 „Obesitologia” - ze względu na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom (potencjalne powikłania niewłaściwej terapii) umiejętność ta powinna dotyczyć wyłącznie lekarzy specjalistów (wszystkich specjalności), a nie lekarzy w ogóle, w tym tuż po stażu podyplomowym;
6. W poz. 37 „Ogólna diagnostyka ultrasonograficzna w zakresie jamy brzusznej u dorosłych” samorząd lekarski wnosi o rozszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania certyfikatu o: lekarzy posiadanych i stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych;
7. W poz. 42 „Orzecznictwo sportowo-lekarskie” samorząd lekarski wnosi o rozszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania

certyfikatu o: specjalistów medycyny morskiej i tropikalnej, medycyny lotniczej oraz medycyny transportu oraz lekarzy posiadających I stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, ortopedii, medycyny pracy, medycyny lotniczej i medycyny transportu;

8. W poz. 49 „Robotyka medyczna” samorząd lekarski wnosi o rozszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania certyfikatu o: lekarzy posiadających specjalizację z dziedziny ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz wcześniejsze specjalizacje odpowiadające zakresowi tej specjalizacji;
9. W poz. 51, 52, 52 – „Radiologia zabiegowa w kardiologii” (podzielona na 3 umiejętności zawodowe: operatorów w poszczególnych rodzajach zabiegów – 051, 052, 053) – należy uwzględnić możliwość uzyskiwania umiejętności w zakresie radiologii zabiegowej w kardiologii również przez specjalistów kardiologii dziecięcej, obok kardiologów, z uwzględnieniem zakresu ich kompetencji i specyfiki wykonywanych procedur;
10. W poz. 58 "Wentylacja inwazyjna" – Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby do możliwości uzyskania tej umiejętności dopuścić, poza kardiologiami, także specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych z uwagi na to, że jest duża grupa specjalistów pracujących na oddziałach chorób wewnętrznych, gdzie występuje pełen zakres chorób, które ostatecznie mogą prowadzić do ostrej niewydolności oddechowej skutkującej koniecznością stosowania wentylacji inwazyjnej. Ponadto samorząd lekarski wnosi o poszerzenie kwalifikacji lekarza uprawnionego do uzyskania certyfikatu o: lekarzy posiadających specjalizację z dziedziny chirurgii ogólnej, neurochirurgii i kardiochirurgii.
11. W poz. 61-64 samorząd lekarski wnosi o zastąpienie wymaganego dwuletniego stażu pracy związanego z leczeniem ran, rocznym stażem pracy.
12. Ponadto samorząd lekarski wnioskuje o wykreślenie poz. 4 „Chirurgia głowy i szyi”. Chirurgia głowy i szyi stanowi integralną część specjalizacji z dziedziny otorynolaryngologii oraz chirurgii szczękowo-twarzowej w zakresie właściwym dla każdej z tych dziedzin. Rozporządzenie nie wyodrębnia nowych, niemieszczących się w programie ww. specjalizacji kompetencji, które uzasadniałyby istnienie tak szeroko nazwanej umiejętności. Istnienie dodatkowego certyfikatu umiejętności może w przyszłości rodzić niepewność co do

kwalifikacji wymaganych np. do kontraktowania świadczeń z tego zakresu przez publicznego płatnika.