



### Stanowisko

### Porozumienia Rezydentów OZZL

dot. *ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty  
oraz niektórych innych ustaw*

#### Wstęp

W miesiącach poprzedzających publikację projektu nowelizacji ustawy odbyło się wiele spotkań między przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia a środowiskiem lekarzy i studentów medycyny. Ze strony Porozumienia Rezydentów podczas wielu spotkań zostały podniesione liczne wątpliwości na temat planowanych zmian i przedstawiono dane świadczące o zasadności wątpliwości. Ministerstwo Zdrowia nie uwzględniło naszych argumentów, pomijając je. Czyni to w naszym przekonaniu ustawę kategorycznie **nieakceptowalną**.

Jako Porozumienie Rezydentów przede wszystkim wskazujemy na problem systemowej nieczytelności stanowionego prawa w obszarze kształcenia lekarzy. Naszym zdaniem problemem jest to, iż jest to kolejna nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, fragmentarycznie zmieniająca i tak już nieczytelne przepisy. Pierwszym i podstawowym postulatem Porozumienia Rezydentów jest to, że należy uchwalić ustawę o kształceniu lekarzy i lekarzy dentystów, która będzie ustawą odrębną od ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepisy te należy uporządkować, zharmonizować i usystematyzować. Kolejna fragmentaryczna nowelizacja jedynie pogłębi chaos w obecnej ustawie i utrudni jej stosowanie.

Mamy też wiele zastrzeżeń merytorycznych, które na tym etapie sygnalizujemy:

- 1) ustawa uniemożliwia zmianę miejsca realizacji z zachowaniem miejsca rezydenckiego (**art. 16h ust. 8 i 9**). W naszej ocenie jest to najbardziej szkodliwa i krótkowzroczna zmiana w tej ustawie. Uniemożliwia ona ucieczkę z miejsc obarczonych dużą liczbą nieprawidłowości w zakresie szkolenia specjalizacyjnego i pracy;
- 2) brak możliwości odwołania od “negatywnej oceny predyspozycji” specjalizanta przez kierownika specjalizacji wprowadza całkowitą zależność rezydentów od kierowników i może skutkować licznymi nadużyciami (**art. 16m ust. 7d** oraz **art.16e ust. 5**);
- 3) skrócenie stażu podyplomowego z 13 do 6 miesięcy nie ma uzasadnienia merytorycznego, a jedynie jak się wydaje jest podyktowane chęcią uzyskania oszczędności (**art. 15 ust. 7**);
- 4) likwidacja zwolnienia z konieczności odrobienia dyżurów niezrealizowanych w trakcie okresu związanego z macierzyństwem w okresie poniżej 2 lat (**Art. 16i ust. 1d i 1e**) będzie prowadzić do odłożenia decyzji o posiadaniu dziecka przez lekarki, co w obliczu kryzysu demograficznego jawi się jako nieracjonalne i sprzeczne z oficjalną polityką rządu;
- 5) likwidacja jawnej bazy pytań do LEK jest pożądaną zmianą, za którą jesteśmy.



### Uzasadnienie zastrzeżeń:

#### **Uniemożliwienie zmiany jednostki szkoleniowej w trybie rezydenckim**

Wprowadzenie uniemożliwienia zmiany miejsca realizacji szkolenia specjalizacyjnego z zachowaniem miejsca rezydenckiego (**art. 16h ust. 8 i 9**) stanowi najbardziej szkodliwą i krótkowzroczną zmianę w projektowanej ustawie. Aktualnie w wielu podmiotach szkoleniowych dochodzi do znacznych uchybień i naruszeń procedur, wobec których Ministerstwo Zdrowia oraz inne organy kontrolne wykazują całkowitą indolencję. Jaskrawym przykładem tej sytuacji jest szkolenie w dziedzinie psychiatrii, gdzie **60%** lekarzy w trakcie specjalizacji ma podczas dyżuru pod opieką ponad 100 pacjentów, **90%** sprawuje nadzór na oddziałami niezgodnymi z programem specjalizacji, tylko **44 %** ma podczas dyżuru na miejscu specjalistę psychiatrii, a **co trzeci** nie ma wówczas nawet możliwości kontaktu telefonicznego z bardziej doświadczonym kolegą. Raport szczegółowo opisujący ten problem został przekazany do Ministerstwa Zdrowia 6 października 2025 roku, jednak od tego momentu resort nie wdrożył żadnych działań naprawczych.

Proponowana ustawa pozwala na zmianę miejsca specjalizacyjnego z zachowaniem rezydentury jedynie w dwóch skrajnych sytuacjach: likwidacji jednostki szkolącej albo formalnego stwierdzenia przez wojewodę „poważnego naruszenia praw pracowniczych lub istotnego utrudnienia realizacji szkolenia specjalizacyjnego”. Druga z tych przesłanek stanowi w obecnych realiach całkowicie **martwy przepis**, ponieważ wojewodowie stanowią znikome wsparcie w procesie likwidacji zgłaszanych nieprawidłowości, czego bezpośrednim dowodem jest przywołany wyżej całkowity brak reakcji na kryzys w psychiatrii. Tymczasem konieczność zmiany miejsca szkolenia może wynikać również z innych przyczyn, takich jak niska jakość kształcenia, mobbing, toksyczna atmosfera pracy, plany macierzyńskie czy choroba lekarza lub członka jego rodziny. Należy wyraźnie podkreślić, że w skali około 5 lat szkolenia specjalizacyjnego jedynie od 5% do 10% lekarzy decyduje się na zmianę jednostki szkoleniowej, co oznacza, że nie jest to zjawisko o skali zagrażającej stabilności systemu.

Odpowiedzią na tworzony w ustawie problem nie jest również rozwiązanie umowy rezydenckiej. W zdecydowanej większości przypadków tryb rezydencki odbywania specjalizacji jest znacznie bezpieczniejszy od trybu pozarezydenckiego, obliguje jednostki do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. Ponadto jednostka szkoląca jest w tym trybie znacznie bardziej zobligowana do ścisłego przestrzegania programu specjalizacji, a instytucje kontrolne posiadają większe możliwości realnego wsparcia szkolącego się lekarza.

Dodatkowo projekt przewiduje sankcje dla lekarzy, którzy nie podejmą pracy w nowo przyznanym miejscu rezydenckim, wyłączając ich z rekrutacji rezydenckiej na 1,5 roku (**art. 16cd ust. 7 i 11**). W połączeniu z jednoczesnym uniemożliwieniem swobodnej zmiany miejsca szkoleniowego, regulacje te doprowadzą do dramatycznych konsekwencji przy wyborze ścieżki zawodowej. Młodzi lekarze będą zmuszeni do daleko idącej ostrożności, co potencjalnie skutkuje rezygnowaniem z przystępowania do rekrutacji. W efekcie należy spodziewać się gwałtownego wzrostu liczby lekarzy bez specjalizacji,



## OZZL

co stoi w bezpośredniej sprzeczności z oficjalną polityką państwa dążącą do redukcji kolejek do lekarzy specjalistów. Ograniczanie mobilności lekarzy nie może odbywać się kosztem osób szkolących się w jednostkach, które nie zapewniają odpowiednich warunków do realizacji programu specjalizacji, zwłaszcza przy niewystarczającej reakcji instytucji państwowych na występujące nieprawidłowości.

### Negatywna opinia kierownika specjalizacji

Równie poważne kontrowersje budzi wprowadzenie obowiązku oceny predyspozycji lekarza szkolącego się przez kierownika specjalizacji już po pierwszych 6 miesiącach jej trwania (**art. 16m ust. 7d**). Lekarz, który otrzyma w tym trybie ocenę negatywną, zostaje dożywotnio pozbawiony możliwości ponownej rekrutacji w dotychczasowej dziedzinie medycyny (**art. 16e ust. 5**). Nadanie arbitralnego uprawnienia do całkowitego i bezpowrotnego uniemożliwienia dalszego rozwoju zawodowego na drodze jednoosobowej decyzji kierownika, bez implementacji jakiegokolwiek procedury odwoławczej, tworzy bezpośrednie pole do potężnych nadużyć.

Problem ten jest szczególnie widoczny w specjalizacjach zabiegowych, gdzie często dochodzi do sytuacji, w których lekarze odbywający szkolenie są przymuszani do pełnienia dyżurów w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, niezgodnie z programem specjalizacji. W przypadku odmowy już obecnie zdarzają się działania o charakterze represyjnym, takie jak ograniczenie dostępu do operatywy, co wręcz uniemożliwia realizację programu specjalizacji. Dyskutowany przepis stwarza mechanizm **instytucjonalnego przymusu** wobec lekarzy, którzy nie godzą się na naruszanie zasad szkolenia specjalizacyjnego w celu uzupełniania chronicznych niedoborów kadrowych. W konsekwencji proponowana regulacja prowadzi do istotnego obniżenia poziomu bezpieczeństwa prawnego lekarzy. Z tego względu należy uznać ją za rozwiązanie **nieakceptowalne**.

### Skrócenie stażu podyplomowego

Kolejną szeroko krytykowaną zmianą jest propozycja skrócenia stażu podyplomowego do zaledwie 6 miesięcy (**art. 15 ust. 7**). Wbrew oficjalnej narracji resortu zdrowia, aktualna jakość kształcenia praktycznego w ciągu studiów na kierunkach lekarskich jest niska. Według danych zebranych na dzień 5 maja 2025 roku, aż **76%** studentów ostatnich lat nie wykonało ani razu procedury pobierania krwi tętnicznej, a **61%** nie realizowało procedury szycia chirurgicznego. Niejednokrotnie jedyną i ostateczną możliwość samodzielnego zrealizowania tych kluczowych procedur zapewnia właśnie staż podyplomowy, stąd jego skrócenie bezpośrednio przełoży się na znacznie gorsze przygotowanie młodych lekarzy do bezpiecznej pracy z pacjentem. Należy nadmienić, że ministerstwo nie przeprowadziło żadnej rzetelnej analizy potwierdzającej słuszność wprowadzanych przez nich zmian.

Zgodnie z międzynarodowymi danymi zawartymi w „Medical Education System Worldwide Survey”, spośród 83 badanych państw aż **87%** konsekwentnie realizuje pełny „praktyczny rok kształcenia” w formie stażu lub dedykowanego ostatniego roku studiów. Na większości polskich uczelni medycznych

#### Kontakt

E-mail: [sekretariat.pr@gmail.com](mailto:sekretariat.pr@gmail.com)



---

## OZZL

taki model nie jest realizowany rzetelnie z uwagi na nadmierną liczebność grup klinicznych, a jedynie nieliczne podmioty prowadzą zajęcia w maksymalnie dwuosobowych grupach. Jakość nauki badania fizykalnego czy zbierania wywiadu lekarskiego jest znikoma w grupach sześćosobowych, z jakimi powszechnie mamy do czynienia.

Należy również zauważyć, że mimo skrócenia stażu do 26 tygodni, ustawodawca wymaga zrealizowania niemal tego samego, niezwykle szerokiego zakresu materiału, obejmującego aż 5 staży cząstkowych z chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej i medycyny ratunkowej, a także stażu personalizowanego oraz szkoleń z 7 zagadnień teoretycznych. Rzetelne zrealizowanie tak bogatego programu w tak krótkim czasie jest w praktyce nierealne. Jakakolwiek redukcja czy likwidacja stażu podyplomowego byłaby akceptowalna wyłącznie pod warunkiem uprzedniego wprowadzenia realnego, praktycznego 6. roku studiów w maksymalnie dwuosobowych grupach klinicznych na wszystkich kierunkach lekarskich w kraju.

### Dyskryminacja rodzicielstwa

Dotychczas lekarki w ciąży i rodzice dzieci do lat 8 mogli zrezygnować z realizacji dyżurów całodobowych bez konieczności ich nadrobienia przez okres maksymalnie 2 lat. Był to słuszny zapis pozwalający realizować obowiązki rodzicielskie bez konieczności pracy ponad etat, a pozostały okres 3-4 lat szkolenia umożliwiał uzyskanie odpowiedniej wiedzy i doświadczenia podczas pracy w trybie dyżurowym. Nowelizacja wprowadza konieczność nadrobienia wszystkich dyżurów zrealizowanych z powodu ciąży czy realizowania obowiązków rodzicielskich, co wydłuża specjalizację (**Art. 16i ust. 1d i 1e**). Proponowane rozwiązanie faktycznie penalizuje lekarzy korzystających z uprawnień rodzicielskich, zmuszając ich do wyboru między obecnością przy dziecku w najważniejszych momentach jego rozwoju a ryzykiem istotnego opóźnienia uzyskania specjalizacji i dalszego rozwoju zawodowego. Ta zmiana w dobie niżu demograficznego jest całkowicie niezrozumiała i zwyczajnie szkodliwa. Należy wyraźnie podkreślić, że lekarz w trakcie specjalizacji, który dobrowolnie rezygnuje z realizacji dyżurów, wciąż jest pracownikiem pełnoetatowym.

Ustawa również nadaje obowiązek ukończenia programu specjalizacji do dwóch lat od momentu zdania egzaminu PES, co odpowiada typowemu okresowi nieobecności matek korzystających ze zwolnień lekarskich w ciąży oraz urlopów macierzyńskich i wychowawczych po urodzeniu dzieci. Proponowany okres jest zbyt krótki i nie uwzględnia typowej sytuacji kobiet decydujących się na macierzyństwo. Konieczność powtarzania egzaminu PES spowoduje, że wiele osób będzie przesuwając decyzję o posiadaniu dziecka na okres po ukończeniu specjalizacji, co uważamy za nieakceptowalne i niezgodne z polityką prorodzinną. Należy zaznaczyć, że obecnie średni wiek osoby uzyskującej specjalizację lekarską wynosi powyżej 35 lat.

Oba ograniczenia mogą dotyczyć nie tylko matek, ale również osób chorujących przewlekłe. Nie ma racjonalnego uzasadnienia dla ich wprowadzenia.

### Kontakt

E-mail: [sekretariat.pr@gmail.com](mailto:sekretariat.pr@gmail.com)



### Zmiany pozytywne

Mimo licznych wad, nowelizacja zawiera również zmiany długo wyczekiwane przez środowisko lekarskie, do których należy zaliczyć reformę formuły egzaminu LEK poprzez likwidację bazy jawnych pytań. Jest to właściwy kierunek zmian, ponieważ w obecnej formie LEK przestał pełnić rolę rzetelnie weryfikującą wiedzę medyczną, co nabiera szczególnego znaczenia w dobie postępującej degradacji jakości kształcenia na poziomie przeddyplomowym.

### Konkluzja

Aktualny kształt ustawy mimo kilku korzystnych i wyczekiwanych zmian wprowadza szereg zmian nieakceptowalnych. Uważamy je za dostatecznie zagrażające dla bezpieczeństwa i jakości szkolenia lekarzy w kraju, by uznać całość ustawy za niemożliwą do przyjęcia. Żywimy nadzieję, że w toku prac legislacyjnych fragmenty szkodliwe wskazane w tym dokumencie zostaną usunięte, w przeciwnym wypadku będziemy dążyć do odrzucenia ustawy wszystkimi dostępnymi nam środkami.

## ZARZĄD POROZUMIENIA REZYDENTÓW OZZL

**Sebastian Goncerz**

Przewodniczący  
Porozumienia Rezydentów OZZL

**Władysław Krajewski**

Wiceprzewodniczący  
Porozumienia Rezydentów OZZL

**Michał Macur**

Członek Zarządu  
Porozumienia Rezydentów OZZL

**Patryk Groszyk**

Członek Zarządu  
Porozumienia Rezydentów OZZL

**Aleksandra Gładys**

Członkini Zarządu  
Porozumienia Rezydentów OZZL

**Mikołaj Jeżak**

Członek Zarządu  
Porozumienia Rezydentów OZZL