Projekt z dnia 01 czerwca 2026 r.

UZASADNIENIE

I. Zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm), zwanej dalej „ustawą”

1. Zmiany w definicji wykonywania zawodu lekarza

W art. 2 ust. 1 ustawy proponuje się zmianę definicji wykonywania zawodu lekarza poprzez dodanie, że wykonywanie zawodu lekarza to również udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mających na celu zapewnienie pacjentowi dobrostanu fizycznego, psychicznego lub społecznego. W związku z rozwojem nauki i medycyny coraz bardziej popularne stają się działania medyczne, które nie służą bezpośrednio ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, tradycyjne rozumianego jako brak choroby, patologii czy dolegliwości, jednak mają na celu poprawę dobrostanu fizycznego, psychicznego lub społecznego pacjenta, a przez to pozytywnie wpływają na jego zdrowie. 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. Należy mieć bowiem na względzie, że wygląd fizyczny jest nierozłącznie związany z samooceną oraz poczuciem własnej wartości i pewności siebie, a problemy z jego akceptacją mogą prowadzić do powstawania zaburzeń psychicznych, a także stać się przyczyną depresji. Poszerzenie definicji „wykonywania zawodu lekarza” o udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mających na celu zapewnienie pacjentowi dobrostanu fizycznego, psychicznego lub społecznego jest zgodne z duchem definicji zdrowia WHO, zgodnie z którą zdrowie jest stanem pełnego, całkowitego dobrego samopoczucia i dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

2. Wprowadzenie wymogu posiadania numeru PESEL przez lekarzy, lekarzy dentystów oraz studentów tych kierunków w celu korzystania z systemu SMK

Aktualne przepisy przewidują, że wiele czynności związanych z podyplomowym kształceniem lekarzy i lekarzy dentystów wykonuje się za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK). Nie wszyscy lekarze i lekarze dentyści a także studenci

odpowiednich kierunków są obywatelami polskimi stąd SMK dopuszcza funkcjonowanie użytkowników, którzy nie podali numeru PESEL. Jednak rozwiązanie to powoduje praktyczne problemy z jednoznaczną identyfikacją tych użytkowników, a w szczególności potencjalnie pozwala na posługiwanie się przez nich kilkoma kontami, oraz uniemożliwia wprowadzenie bezpieczniejszych mechanizmów autoryzacji dostępu do SMK. Z drugiej strony obowiązujące przepisy pozwalają na łatwe uzyskanie numeru PESEL przez obcokrajowców przebywających na terenie kraju przez co najmniej 3 miesiące. Warunek ten spełniają niewątpliwie wszystkie osoby, które mają interes prawny by składać wnioski w SMK. W związku z tym uzasadnione jest wprowadzenie wymogu posiadania numeru PESEL przez wskazaną grupę użytkowników SMK.

3. Uchylenie przepisów dotyczących określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowego program zajęć praktycznych

W związku z wejściem od roku akademickiego 2024/2025 nowych standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym koniecznie jest uchylenie w art. 5 ustawy ust 9-14 ustawy. Standardami kształcenia obowiązującymi od roku akademickiego 2024/2025 została wprowadzona lista umiejętności nabytych przez studentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego w trakcie nauczania praktycznego wykonywanych w pełni samodzielnie. Oznacza to, że zajęcia umożliwiające osiągnięcie efektów uczenia się w grupie zajęć H (praktyczne nauczanie kliniczne) realizowane są w trakcie VI roku studiów na kierunku lekarskim oraz w trakcie V roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Mając na uwadze powyższe nie ma potrzeby określenia ramowego programu zajęć praktycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, gdyż kwestie te zostały uregulowane w treści rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia. Jednocześnie w przepisie przejściowym przewidziano, że do osób, które rozpoczęły studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym przed dniem 1 października 2024 r. stosuje się przepisy art. 5 ust. 9–14 ustawy w brzmieniu dotychczasowym.

4. Zmiany w zakresie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty

Zgodnie z postulatem Rzecznika Praw Obywatelskich w myśl zasady domniemania niewinności, oświadczenie niezbędne do wydania lekarzowi prawa wykonywania zawodu nie powinno zawierać stwierdzenia o nietoczącym się przeciwko lekarzowi postępowaniu karnym w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe. Zatem proponuje się usunięcie w art. 6 ust. 2 pkt 2 ustawy odpowiedniego fragmentu oświadczenia wymaganego

od lekarza ubiegającego się o wydanie prawa wykonywania zawodu. Jednocześnie proponuje się, aby w art. 5 ust. 1 po pkt 5 ustawy dodać pkt 6, zgodnie z którym lekarz ubiegający się o prawo wykonywania zawodu będzie zobowiązany do złożenia właściwej okręgowej radzie lekarskiej oświadczenia o braku postępowań karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego toczących się przeciwko lekarzowi albo o toczących się przeciwko lekarzowi postępowaniach karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego. Projektodawca podziela stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich, zgodnie z którym do czasu prawomocnego skazania lekarz nie powinien ponosić konsekwencji ewentualnego skazania w postaci odmowy wydania prawa wykonywania zawodu. Jednak w celu zabezpieczenia interesów pacjentów właściwa okręgowa rada lekarska powinna zostać poinformowana przez lekarza o toczących się przeciwko niemu postępowaniach karnych w sprawach o popełnienie umyślnie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego. Dzięki takiej informacji samorząd zawodowy będzie mógł zbadać sprawę i ocenić, czy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że obwiniony popełnił czyn, o który jest oskarżany, lub czy rodzaj tego czynu wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu lekarza zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego czynu zabronionego i tylko w takich sytuacjach odmówić wydania prawa wykonywania zawodu lub wydać prawo wykonywania zawodu i ograniczyć zakres czynności w wykonywaniu zawodu.

5. Zmiany w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty w ramach tzw. „procedury uproszczonej”

W związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim z roku na rok rośnie liczba absolwentów tego kierunku oraz liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne. Od kilku lat znacznie zwiększono też liczbę przyznawanych miejsc rezydenckich. Obecnie szkolenie specjalizacyjne odbywa 31431 lekarzy (stan na 31 grudnia 2025 r.), to jest o 7849 lekarzy więcej niż pod koniec 2015 r. Rośnie również liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny. W grudniu 2015 r. liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny wykonujących zawód wynosiła 114606, obecnie liczba ta zwiększyła się do 138978 (stan na 31.12.2025), czyli o ponad 21%. W związku z wyżej wskazanymi działaniami liczba lekarzy wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwanej dalej „RP”, systematycznie rośnie a sytuacja kadrowa w ochronie zdrowia jest coraz lepsza. Zabezpieczone zostały również potrzeby zdrowotne obywateli Ukrainy, którzy przybyli do RP w związku z konfliktem zbrojnym, gdyż

w ramach tzw. procedury uproszczonej uprawnienia do wykonywania zawodu w RP uzyskało ponad 4500 lekarzy spoza Unii Europejskiej. Zatem aktualnie nie ma już potrzeby szybkiego pozyskiwania kadr lekarskich spoza UE z pominięciem standardowych procedur. Dlatego też proponuje się wygaszenie tzw. uproszczonej procedury uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP. Przewidziano, że wnioski na podstawie art. 7 ust. 2a i 2b ustawy będzie można składać do dnia 31 grudnia 2026 r. Po tym terminie nie będzie już możliwości złożenia wniosku o wydanie zgody ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu lekarza na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym. Wygaszenie procedury uproszczonej nie będzie miało wpływu na dostępność do świadczeń zdrowotnych, gdyż w ostatnich latach liczba lekarzy spoza UE przybywająca do RP znacząco spadała i w 2025 r. wydano jedynie 100 zgód na wykonywanie zawodu na podstawie tej procedury. Natomiast w porównaniu z 2022 r. w 2026 r. liczba absolwentów kierunku lekarskiego będzie o około 1000 większa. Zatem przyrost liczby lekarzy w wyniku zwiększenia naboru na studia na kierunku lekarskim zrekompensuje brak naboru lekarzy spoza UE w ramach procedury uproszczonej. Należy jednocześnie wskazać, ze lekarze i lekarze dentyści spoza UE nadal będą mogli uznać swoje kwalifikacje i pracować na terytorium RP natomiast wyłącznie w ramach pełnej procedury uznania kwalifikacji obejmującej: nostryfikację dyplomu lub zdanie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego, zdanie egzaminu z języka polskiego, odbycie lub uznanie stażu podyplomowego oraz zdanie Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego.

Ponadto, w związku z coraz liczniejszymi sygnałami dotyczącymi nadużywania uprawnień zawodowych przez lekarzy posiadających decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia wydaną na podstawie tzw. systemu uproszczonego (kwalifikacje uzyskane poza terytorium UE), np. przez wystawianie recept w tzw. receptomatach, a także braku w ich przypadku efektywnych mechanizmów odpowiedzialności zawodowej, proponuje się uchylić ust. 21 w art. 7 ustawy. Lekarze pracujący na podstawie art. 7 ust. 21 ustawy nie są członkami odpowiedniej okręgowej izby lekarskiej, co budzi wiele wątpliwości dotyczących zapewnienia właściwego bezpieczeństwa pacjentom. Lekarze ci są bowiem niejako wyłączeni z powszechnego systemu odpowiedzialności zawodowej. Z kolei pacjenci nie mogą zweryfikować ich uprawnień za pomocą Centralnego Rejestru Lekarzy prowadzonego przez samorząd lekarski. Aktualnie na podstawie art. 7 ust. 21 przedmiotowej ustawy lekarz posiadający decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia wykonuje zawód jedynie na

podstawie tej decyzji – w przypadku, gdy złożył niezbędne dokumenty do okręgowej izby lekarskiej, w celu wydania prawa wykonywania zawodu, a w izbie toczy się postępowanie dłużej niż 30 dni. W interesie publicznym niezbędne jest szybkie przywrócenie sytuacji, w której wszyscy lekarze wykonujący zawód podlegają nadzorowi właściwego samorządu zawodowego. Jednocześnie projektowana zmiana zakłada niezbędny przepis przejściowy (90 dni od wejścia w życie ustawy), ze względu na fakt, że lekarze wykonujący obecnie zawód na podstawie art. 7 ust. 21 rzeczonej ustawy mogą pozostawać w stosunku pracy w podmiocie leczniczym.

Ponadto w celu lepszej kontroli nad jakością wykonywania zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na podstawie tzw. procedury uproszczonej proponuje się wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym lekarz lub lekarz dentysta, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 2b albo 9 lub 10, będzie obowiązany do informowania okręgowych rad lekarskich właściwych ze względu na miejsce wykonywania zawodu o wykonywaniu zawodu na obszarze danej izby. Ponadto przewiduje się, że okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na miejsce wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, wykonującego zawód w ramach procedury uproszczonej, będzie mogła wystąpić do podmiotu leczniczego, który zatrudniał lub zatrudnia danego lekarza lub lekarza dentystę o przedstawienie informacji na temat przebiegu zatrudnienia, kompetencji i postawy etycznej tego lekarza lub lekarza dentysty, a przypadku powzięcia wiarygodnych informacji, zgodnie z którymi udzielanie świadczeń zdrowotnych przez danego lekarza lub lekarza dentystę stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów okręgowa rada lekarska będzie zobowiązana do poinformowania o tym ministra właściwego do spraw zdrowia. Natomiast minister właściwy do spraw zdrowia po otrzymaniu informacji od okręgowej rady lekarskiej będzie mógł wszcząć procedurę cofnięcia danemu lekarzowi lub lekarzowi dentyście zgody na wykonywanie zawodu na terytorium RP.

6. Zmiany w Lekarskim Egzaminie Weryfikacyjnym (LEW) i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Weryfikacyjnym (LDEW)

W projekcie przewidziano modyfikację dotyczącą zakresu dokumentów przedkładanych przez osobę zamierzającą przystąpić do LEW bądź LDEW. Proponuje się wprowadzenie konieczności posiadania numeru PESEL przez osoby wnioskujące o LEW i LDEW. Ponadto w myśl nowego brzmienia art. 6c ust. 9 ustawy wnioskodawca składający zgłoszenie do tych egzaminów będzie zobowiązany dołączyć do wniosku, oprócz dyplomu, dokument

potwierdzający, że odbyte przez niego studia trwały, zgodnie z ich programem, co najmniej 5 lat. Rozwiązanie to koreluje z art. 6c ust. 4 ustawy, który warunkuje możliwość przystąpienia do tych egzaminów ukończeniem co najmniej pięcioletnich studiów. Konieczne jest zatem udokumentowanie spełnienia tej przesłanki. Dokumentacja taka będzie następnie weryfikowana przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Doprecyzowano również kwestie archiwizowania dokumentów złożonych przez osobę zamierzającą przystąpić do LEW i LDEW poprzez wskazanie, że dokumenty te będą przechowywane przez CEM w aktach sprawy. Ponadto biorąc pod uwagę, że często wnioskodawcy przekazują oryginały dokumentów, w szczególności dyplom ukończenia studiów, które mogą im być potrzebne również w innych obszarach, przewidziano, iż oryginał taki będzie mógł być zwrotnie wydany wnioskodawcy na jego prośbę. W takim jednak przypadku w celu zachowania odpowiedniej dokumentacji dla ewentualnych celów kontrolnych i archiwizacyjnych, w aktach sprawy pozostawiona będzie kopia poświadczona przez uprawnionego pracownika CEM za zgodność z oryginałem.

W związku z tym, że osoba, która nie zda LEW lub LDEW, może przystąpić do tego egzaminu ponownie, w projekcie proponuje się wprowadzenie jednoznacznego rozwiązania, zgodnie z którym w przypadku ponownego przystąpienia do tych egzaminów nie będzie konieczności przedkładania ponownie dokumentów załączanych do wniosku, określonych w artykule 6c ust. 9-12. Dokumenty takie musiały bowiem być złożone w przypadku pierwszego zgłoszenia i zostały one zarchiwizowane w CEM. Nie ma zatem potrzeby, ani nawet możliwości, ich ponownego złożenia. W takiej sytuacji osoba zamierzająca przystąpić do egzaminu będzie składała jedynie wniosek zgłoszeniowy i uiszczała opłatę egzaminacyjną.

Rozwiązania te nie tylko będą służyły uporządkowaniu obecnej regulacji, ale również ułatwią osobom zdającym zgłaszanie się do egzaminów.

7. Zmiany w Lekarskim Egzaminie Końcowym (LEK) i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym (LDEK)

Daleko idące zmiany będą dotyczyły organizacji i przeprowadzania LEK i LDEK.

Egzaminy te pełnią bardzo istotną funkcję i mają wielopłaszczyznowe znaczenie. Po pierwsze, uzyskanie pozytywnego wyniku takiego egzaminu warunkuje następnie uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza bądź lekarza dentysty (art. 5 ust. 4 ustawy). Po drugie, wyniki tych egzaminów stanowią podstawowe kryterium w postępowaniu kwalifikacyjnym do

rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Są bowiem wykorzystywane w budowaniu rankingu, koniecznym w sytuacji, w której liczba osób ubiegających się o miejsce specjalizacyjne jest większa niż liczba tych miejsc (art. 16c ust. 10 ustawy). Po trzecie, wyniki tych egzaminów stanowią istotny wskaźnik jakości kształcenia na uczelniach medycznych. Egzaminy te są przeprowadzane w sposób zunifikowany dla wszystkich studentów i absolwentów kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych prowadzonych w Polsce. Służą zatem jako miarodajne narzędzie dla oceny funkcjonowania uczelni w aspekcie dydaktycznym. Rola LEK i LDEK sprawia więc, że powinny one być przeprowadzane rzetelnie. Planuje się zatem wprowadzenie szeregu rozwiązań mających na celu nadanie odpowiedniej rangi tym egzaminom i tym samym poprawne realizowanie ich funkcji.

Obecnie do LEK i LDEK mogą przystąpić studenci w trakcie studiów, po ukończeniu przedostatniego roku. Mogą je również składać absolwenci, lekarze i lekarze dentyści odbywający staż podyplomowy oraz lekarze i lekarze dentyści posiadający już prawo wykonywania zawodu. W projekcie przewiduje się, że egzamin ten nadal mogliby zdawać studenci, jednakże byłby on przeprowadzany nie po zakończeniu przedostatniego roku studiów, lecz na koniec całego cyklu studiów. Takie rozwiązanie jest właściwsze metodologicznie, gdyż egzamin ten ma weryfikować wiedzę i umiejętności uzyskane przez studentów w trakcie całych studiów, ani jedynie ich fragmentu. Można przyjąć, że taki zamysł przyświecał ustawodawcy wprowadzającemu ten egzamin. Został on bowiem nazwany egzaminem końcowym, co jednoznacznie wskazuje, że powinien on finalizować studia. Toteż przyjęto, że do egzaminu będzie mógł się zgłosić student, który rozpoczął ostatni rok studiów. Efektem tego będzie możliwość przystąpienia do egzaminu w sesji wiosennej (lutowej).

W art. 14a ust. 4 ustawy definiuje się dwie sesje egzaminacyjne: wiosenną, trwającą od dnia 1 lutego do dnia 28 lutego oraz jesienną, która ma trwać od dnia 1 września do dnia 30 września. Do sesji wiosennej osoby zainteresowane składałyby wnioski zgłoszeniowe w okresie od dnia 1 października do dnia 30 listopada roku poprzedzającego rok, w którym będzie przeprowadzany egzamin, a do sesji jesiennej - od dnia 1 kwietnia do dnia 31 maja tego samego roku. Takie okresy zgłoszeniowe z jednej strony pozwolą na stosunkowo wczesne uzyskanie danych zgłoszeniowych przez CEM, które na podstawie tych informacji będzie mogło zorganizować egzaminy (wynająć odpowiednią liczbę sal egzaminacyjnych, powołać zespoły egzaminacyjne, przygotować materiały egzaminacyjne), z drugiej zaś strony dwumiesięczny okres zgłoszeniowy wydaje się wystarczający do dokonania tej czynności przez osoby

zainteresowane. Należy bowiem pamiętać, że zgłoszenie następuje za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) i polega na wypełnieniu elektronicznego, stosunkowo prostego formularza. Jest to zatem czynność łatwa i szybka do wykonania.

Jak podano, pierwszy raz do tych egzaminów będą mogli przystąpić studenci pozostający na ostatnim roku studiów. Stąd też warunkiem złożenia wniosku zgłoszeniowego będzie rozpoczęcie przedostatniego semestru studiów (art. 14a ust. 6 i 7 ustawy).

Terminy egzaminów będą mogły zostać zmienione przez ministra właściwego do spraw zdrowia w sytuacji, gdy ze względu na działanie siły wyższej przeprowadzenie tych egzaminów może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia osób zdających (nowe brzmienie art. 14a ust. 9 ustawy). Analogiczne rozwiązanie znajduje się w obecnie obowiązujących przepisach, aczkolwiek jest ono ograniczone jedynie do stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii (art. 14a ust. 5a ustawy). Unormowanie to zostało wprowadzone w wyniku nowelizacji ustawy w związku z epidemią choroby COVID-19. W przedłożeniu proponuje się rozwiązanie bardziej uniwersalne, które znalazłoby zastosowanie nie tylko w przypadku wspomnianego zagrożenia epidemicznego, lecz również w innych sytuacjach uznawanych za tzw. siłę wyższą np. klęski żywiołowe, kataklizmy, zagrożenie dla bezpieczeństwa państwa. W projekcie przewidziano odpowiednie procedury stosowane w takiej sytuacji oraz maksymalny okres przesunięcia terminu egzaminu (5 miesięcy) – (art. 14a ust. 9 ustawy).

Zmodyfikowano też katalog danych zamieszczanych na wniosku zgłoszeniowym składanym do LEK oraz LDEK. Usunięto konieczność zamieszczania na nim numeru i daty wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty, ewentualnie zaświadczenia o ukończeniu jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym albo daty wydania zaświadczenia o ukończeniu co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim bądź na daty wydania zaświadczenia o ukończeniu co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym (dotychczasowy art. 14 ust. 7 pkt. 9 ustawy). Rozwiązania te nie przystają do aktualnego modelu, w którym do egzaminu będą mogli przystąpić studenci na zakończenie cyklu studiów (nie ma zatem wymogu przedstawiania danych dotyczących uzyskanego dyplomu). Ponadto wskazane zaświadczenie było potrzebne w okresie, w którym podmiotem uwierzytelniającym oraz potwierdzającym uprawnienia studentów do składania LEK oraz LDEK były właściwe miejscowo okręgowe izby lekarskie. Dokonywały one tych

czynności w oparciu o zaświadczenie wystawione przez właściwą uczelnię. W świetle obecnej regulacji podmiotem weryfikującym jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym (art. 3 ust. 8 pkt 9 ustawy). Wydawanie takich zaświadczeń jest zatem bezprzedmiotowe i zbędne. Nie ma też potrzeby umieszczania informacji o takich zaświadczeniach we wniosku zgłoszeniowym do egzaminu.

Utrzymano zasadę, że pierwsze zgłoszenie do egzaminu jest darmowe. Kolejne natomiast będą objęte obowiązkiem wniesienia opłaty. Rozwiązanie takie przewidziane jest również na gruncie obecnego stanu prawnego. Proponuje się natomiast uchylenie art. 14a ust. 11 ustawy, który aktualnie zwalnia z obowiązku wniesienia opłaty zdających, którzy za pierwszym razem nie przybyli na egzamin bądź też nie uzyskali z niego wyniku pozytywnego. Postanowienie to jest niezrozumiałe i krzywdzące dla zdających, którzy za pierwszym razem przyszli na egzamin i uzyskali z niego wynik pozytywny, a następnie wykazując się ambicją, zamierzają go poprawić. Osoby takie są zobowiązane do wniesienia opłaty. Z kolei osoby, które nie zdadzą egzaminu mogą do niego ponownie przystąpić za darmo. Rozwiązanie takie jawi się więc jako niesprawiedliwe. Ponadto zwolnienie z opłaty osób, które złożyły wniosek zgłoszeniowy, a następnie nie stawiły się na egzaminie, prowadzi do bardzo dużej absencji, sięgającej nawet 25%. W liczbach bezwzględnych oznacza to, że na egzamin nie stawia się nawet kilka tysięcy osób. Zbędnie są więc wydatkowane środki budżetowe, przeznaczone na organizację egzaminu dla tych zdających. Poza tym urealnienie liczby zdających pozwoli na większe sprostanie oczekiwaniom wnioskodawców w zakresie wyboru miejsca, w którym chcą przystąpić do egzaminu.

Kolejne rozwiązania dotyczą konstrukcji merytorycznej egzaminów. Fundamentalna zmiana polega na rezygnacji z tzw. bazy pytań. W obecnym modelu dyrektor CEM został zobligowany do prowadzenia takiej bazy, która jest upubliczniana na stronie internetowej CEM. Następnie z bazy tej konstruowane są poszczególne testy egzaminacyjne, które w 70% składają się z pytań wybranych z tej bazy (art. 14c ust. 4 ustawy). Aktualnie w bazach tych znajduje się po około 2,5 tysiąca pytań odpowiednio dla LEK i LDEK. Konstrukcja taka jest powszechnie krytykowana. Z metodologicznego punktu widzenia zdawanie egzaminu z pytań, które są znane zdającym, jest sprzeczne z ideą egzaminowania. Egzaminy bowiem przestają pełnić funkcję weryfikującą wiedzę (w tym wypadku kluczową dla bezpieczeństwa pacjentów). Teza ta znajduje swe potwierdzenie w praktyce. Statystyki LEK i LDEK wskazują bowiem na znaczne wypłaszczenie się wyników egzaminów. Zjawisko takie nie jest korzystne w aspekcie

konkursowej funkcji wyników tych egzaminów. Jak bowiem wspomniano wyniki te stanowią podstawowe kryterium rankingowe w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Biorąc pod uwagę bardzo dużą liczbę osób przystępujących do LEK i LDEK (przykładowo w każdej edycji LEK przystępuje do tego egzaminu ponad 10 000 osób), uzyskanie identycznych wyników jest wysoce prawdopodobne. Utrudnia to więc następnie pozycjonowanie tych osób we wspomnianym postępowaniu. Zjawisko to jest też niekorzystne dla osób aplikujących w tych postępowaniach. Konkurują one bowiem de facto tylko ułamkiem punktów możliwych do zdobycia podczas egzaminu. Różnicowanie następuje w zasadzie jedynie w oparciu o 30% pytań, które nie były znane przed LEK i LDEK (nie pochodziły z bazy pytań), czyli 60 spośród 200 pytań, z których skonstruowany jest test. O dostaniu się na szkolenie specjalizacyjne mogą więc decydować pojedyncze punkty, uzyskane za poprawne odpowiedzi. Ich udzielenie niekiedy może być zaś efektem przypadku, bądź też udzielenie niepoprawnych odpowiedzi może być spowodowane przykładowo chwilową niedyspozycją osoby zdającej. Oparcie rankingu w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego na tak ustalonych wynikach może budzić zatem istotne zastrzeżenia w zakresie obiektywności i rzetelności tej procedury. Ponadto obecny mechanizm zaburza funkcje tych egzaminów jako miernika jakości kształcenia. Osoby przystępujące do egzaminu przygotowują się do niego głównie w oparciu o pytania z bazy, co nie odzwierciedla ich faktycznej wiedzy, a tym samym ich przygotowania przez uczelnie do wykonywania zawodu. Niezbędne jest zatem powrócenie do poprzedniego modelu, w którym przed egzaminem wszystkie pytania były tajne. Stąd też proponuje się nadanie nowego brzmienia art. 14c ust. 4 ustawy i usunięcie z niego fragmentów dotyczących wspomnianej bazy.

Proponowane rozwiązania dotyczące konstrukcji egzaminów, opartych na tajnych pytaniach, mogą doprowadzić do zróżnicowania pozycji lekarzy i lekarzy dentystów w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Osoby zdające wspomniane egzaminy w okresie, w którym były one oparte o jawną bazę pytań, uzyskiwały eo ipso lepsze rezultaty. Zlikwidowanie bazy spowoduje, że wyniki te będą niższe. W celu zrównania szans osób przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego proponuje się zatem, aby wyniki LEK i LDEK uzyskane w okresie obowiązywania bazy pytań były przeliczane poprzez przemnożenie przez współczynnik 0,7. Wartość tego współczynnika została dobrana tak, by z jednej strony uniknąć trwałej przewagi w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego osób, które miały możliwość przystąpienia do LEK

lub LDEK opartego o bazę znanych pytań, nad osobami które takiej możliwości nie będą miały. Z drugiej strony, w przypadku wielu specjalizacji, w których konkurencja w postępowaniu jest mniejsza, dzięki tak dobranej wartości współczynnika nie będzie konieczności ponownego przystępowania do LEK lub LDEK opartych w całości na nieznanych pytaniach. Czynność taka byłaby dokonywana automatycznie za pomocą SMK w momencie składania wniosku przez osobę zamierzającą przystąpić do postępowania kwalifikacyjnego.

Mając na względzie konieczność zagwarantowania odpowiedniej jakości pytań w przedłożeniu przewiduje się, że dyrektor CEM będzie mógł powoływać zespoły ekspertów, których zadaniem będzie przygotowanie i weryfikacja prawidłowości pytań. Posunięcie to jest istotne, gdyż CEM jest organem zajmującym się organizacją egzaminów w warstwie administracyjnej i technicznej. W CEM nie ma zatrudnionych specjalistów medycznych, którzy opracowywaliby pytania i testy w zakresie merytorycznym. Zadania w tej sferze będą wykonywać więc takie zespoły eksperckie. Następnie pytania będą recenzowane przez konsultantów krajowych we właściwej dziedzinie, ewentualnie, jeśli w danej dziedzinie takiego konsultanta nie będzie (np. prawo medyczne), recenzentem będzie ekspert powołany przez dyrektora CEM. Osoby takie będą finalnie zatwierdzać pytania do testu (art. 14c ust. 3 ustawy).

W przedłożeniu utrzymuje się zasadę, że po egzaminie pytania będą upubliczniane na stronie internetowej CEM, co ułatwi zdającym sprawdzenie poprawności udzielonych przez nich odpowiedzi oraz rzetelności ustalenia wyników. Przy czym będzie to następowało w terminie 14 dni od dnia egzaminu, a nie jak dotąd w ciągu 3 dni (art. 14c ust. 5 ustawy). Rozwiązanie to jest zsynchronizowane z wydłużaniem okresu rozpatrywania zastrzeżeń do pytań egzaminacyjnych, który ma wynosić 7 dni (nowe brzmienie art. 14e ust. 2 ustawy).

Mając na względzie, że LEK i LDEK są egzaminami państwowymi, których wyniki mają istotne znaczenie dla osób zdających oraz w różnych publicznych postępowaniach, niezbędne jest, aby były przeprowadzane rzetelnie. W projekcie przewiduje się zatem wprowadzenie jednoznacznych rozwiązań dotyczących podstaw dyskwalifikacji na egzaminie osób zdających. Uwzględniając rozwój technik teleinformatycznych, pozwalających na kontaktowanie się na odległość oraz możliwość zgromadzenia bardzo dużej ilości danych w podręcznych urządzeniach elektronicznych, np. w aparatach telefonicznych i tzw. smartfonach, proponuje się wprowadzić zakaz posiadania takich urządzeń podczas egzaminu. Obecna formuła przepisu jest bowiem niejasna i nieco anachroniczna. W myśl art. 14e ust. 4 ustawy zabronione jest bowiem „korzystanie” z takich urządzeń. Określenie to jest różnie

interpretowane przez sądy administracyjne, które uznają, że dozwolone jest posiadanie przy sobie taki urządzeń, o ile nie zostanie ujawnione, iż osoba aktywnie się nimi posługiwała, przykładowo podczas egzaminu telefonowała (por. np. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 26 kwietnia 2022 r., III SA/Łd 70/22). Jak wspomniano, współcześnie urządzenia takie służą nie tylko do porozumiewania się na odległość, ale mogą być w nich zgromadzone liczne informacje, np. całe podręczniki pozwalające na udzielenie poprawnej odpowiedzi na pytania testowe. Mogą w nich być też zainstalowane aplikacje wykorzystujące sztuczną inteligencję, które mogą wskazywać poprawne odpowiedzi. Weryfikacja podczas egzaminu przestrzegania tego zakazu jest zatem trudna i wręcz staje się on iluzoryczny. W celu wyeliminowania tych niejasności i ograniczenia dyskrecjonalnego działania przewodniczących zespołów egzaminacyjnych, którzy podejmują decyzję o dyskwalifikacji, proponuje się wprowadzić expressis verbis zakaz posiadania takich urządzeń (nowe brzmienie art. 14d ust. 4 ustawy). Zakaz taki przewidziany jest również w innych przepisach regulujących zasady przeprowadzania egzaminów. Przykładowo art. 33^8 ust. 3 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 499, z późn. zm.) stanowi, że kandydaci podczas egzaminu wstępnego nie mogą korzystać z tekstów aktów prawnych, komentarzy, orzecznictwa oraz innej pomocy, a także nie mogą posiadać urządzeń służących do przekazu lub odbioru informacji. Tożsame rozwiązanie znajduje się w artykule 75h ust. 3 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o adwokaturze (Dz. U. z 2024 r. poz. 1564, z późn. zm.). W celu zapewnienia przestrzegania tego zakazu zespół egzaminacyjny został uprawniony do używania elektronicznych wykrywaczy takich urządzeń (art. 14d ust. 4b ustawy).

Ponadto podstawą dyskwalifikacji mogą być zachowania, które nie licują z powagą egzaminu, a w szczególności utrudniają przeprowadzenie egzaminu, ewentualnie rozpraszają uwagę innych zdających (art. 14d ust. 4a ustawy). Unormowanie to jest odpowiedzią na dotychczasowe doświadczenia egzaminacyjne, np. przybycie na egzamin osób agresywnych, pozostających pod wpływem środków odurzających, które utrudniają przebieg egzaminu i uniemożliwiają rozwiązywanie testu innym zdającym.

Mając na uwadze, że w proponowanym modelu do egzaminu tego będą przystępować studenci, informacja o ewentualnej dyskwalifikacji powinna być przekazywana władzom ich uczelni. Aktualnie brak takiej regulacji. Toteż proponuje się jej wprowadzenie w art. 14d ust. 8 ustawy, który będzie obligować dyrektora CEM do zawiadamiania o dyskwalifikacji rektora

właściwej uczelni, jeżeli osoba zdająca jest studentem kierunku lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego. Zawiadomienie takie może następnie zainicjować postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej studenta.

Wspomniane egzaminy są przeprowadzane przy udziale wojewodów. Toteż w ustawie jednoznacznie wskazuje się, że dyrektor CEM ma współpracować z tymi podmiotami. Szczegółowy zakres zadań i współdziałania między CEM i wojewodami będzie określony w przepisach wykonawczych, wydanych na podstawie art. 14f ustawy.

Kolejna zmiana dotyczy art. 14e ust. 2 ustawy, który opisuje procedurę rozstrzygania zastrzeżeń merytorycznych do pytań egzaminacyjnych, wykorzystanych na LEK i LDEK. W nowym brzmieniu tego przepisu wydłuża się okres, w którym komisja do spraw zastrzeżeń będzie je rozpatrywać. W obecnej regulacji okres ten wynosi 3 dni. Tak krótki termin jest skorelowany z okresem, w którym przeprowadzane są egzaminy i koniecznością pilnego ustalenia ich wyników wykorzystywanych następnie w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Aktualnie bowiem egzaminy przeprowadzane są w lutym i we wrześniu, a postępowania kwalifikacyjne przeprowadzane są odpowiednio w marcu i w październiku. Do końca lutego i września muszą być zatem ustalone wyniki LEK i LDEK. Biorąc pod uwagę, że LEK odbywał się dotąd w drugiej połowie września i w drugiej połowie lutego, ustalenie wyników tych egzaminów musiało być szybkie. Przed ustaleniem wyników poszczególnych zdających konieczne jest natomiast rozpatrzenie zastrzeżeń do pytań egzaminacyjnych złożonych podczas danego egzaminu (w sytuacji bowiem uznania zasadności zastrzeżenia, pytanie nim objęte zostaje unieważnione, co wpływa na maksymalną liczbę punktów możliwych do zdobycia oraz na próg zaliczający, a tym samym na wyniki osób zdających). Stąd też przewidziano krótki okres przeznaczony na te działania. Doświadczenia praktyczne wskazują jednak, że okres trzydniowy jest zbyt krótki. Do LEK w każdej edycji przystępuje bowiem kilkanaście tysięcy zdających, którzy składają niekiedy nawet 1000 zastrzeżeń. W celu ich rzetelnego rozstrzygnięcia konieczne jest zatem wydłużenie okresu, w którym komisja mogłaby z nimi szczegółowo się zapoznać i prawidłowo rozpatrzyć. Proponuje się więc, by okres ten wynosił 7 dni. Nie zaburzy to procesu wykorzystywania wyników egzaminów w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, gdyż przewidziano większą elastyczność w ustalaniu konkretnego terminu egzaminu przez dyrektora CEM. Poza tym wyniki LEK i LDEK będą natychmiast po ich ustaleniu zamieszczane przez CEM w SMK. Organy prowadzące postępowanie kwalifikacyjne będą

miały zatem do nich łatwy i szybki dostęp. Odroczenie ustalenia wyników o 7 dni nie wpłynie zatem na możliwość posiłkowania się nimi w postępowaniu kwalifikacyjnym następującym bezpośrednio po danej sesji egzaminacyjnej.

W przedłożeniu proponuje się, by przewodniczący i członkowie zespołów egzaminacyjnych, przeprowadzających LEK i LDEK uzyskali ochronę prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu (dodawany art. 14b ust. 10 pkt 4). Posunięcie to podyktowane jest doświadczeniami praktycznymi, z których wynika potrzeba wzmożenia ochrony takich osób. Spotykają się one bowiem z agresją ze strony osób zdających lub im towarzyszących, przybierającą postać zarówno werbalną, jak i naruszenia nietykalności cielesnej. Niezbędne jest zatem zaostrzenie odpowiedzialności wobec takich sprawców i ściganie ich czynów z oskarżenia publicznego. Proponowane rozwiązanie będzie służyło tym celom.

8. Zmiany w stażu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów

Na przestrzeni ostatnich lat kształcenie przeddyplomowe lekarzy uległo znaczącym przeobrażeniom. Uczelnie kształcące na kierunku lekarskim obecnie kładą większy nacisk na umiejętności praktyczne, do czego przyczyniło się w szczególności wprowadzenie zajęć w centrach symulacji medycznej. Jak deklarują uczelnie obecnie absolwenci kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego są bardzo dobrze przygotowani do rozpoczęcia pracy i kształcenia specjalizacyjnego od strony praktycznej, dzięki intensywnemu doskonaleniu umiejętności praktycznych na ostatnim roku studiów. Kształcenie praktyczne realizowane na kierunku lekarskim jest uregulowane rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.) i na tej podstawie poszczególne uczelnie przygotowują programy studiów. Dlatego przygotowanie absolwentów kierunku lekarskiego niezależnie od uczelni, na której odbywali kształcenie jest ujednolicone, gdyż musi spełniać minimalne wymagania określone standardem kształcenia.

W związku z powyższym program stażu podyplomowego w rosnącym stopniu powiela efekty kształcenia osiągane na VI roku na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Zatem konieczność odbycia 13-miesięcznego stażu podyplomowego przez lekarzy i 12-miesięcznego przez lekarzy dentystów niepotrzebnie przedłuża moment rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego oraz wiąże się z ponoszeniem przez budżet państwa wysokich kosztów

odbywania staży podyplomowych, które w 2027 r. będą wynosić ponad 1 mld 300 tys. zł. Zgodnie z powyższymi standardami kształcenia na kierunku lekarskim przewidziano 600 godzin praktyk oraz na VI roku studiów 900 godzin w ramach praktycznego nauczania klinicznego. Natomiast na kierunku lekarsko-dentystycznym przewidziano 480 godzin praktyk oraz 900 godzin w ramach praktycznego nauczania klinicznego na V roku studiów. Zatem w związku z lepszym przygotowaniem absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego do praktycznego wykonywania zawodu nie ma potrzeby opóźniania momentu uzyskania przez młodych lekarzy pełnych uprawnień do jego wykonywania. Biorąc pod uwagę powyższe pozostawienie stażu o dotychczasowej długości byłoby marnowaniem publicznych środków. Dlatego też proponuje się skrócenie stażu podyplomowego lekarzy z 13 miesięcy do 6 miesięcy oraz skrócenie stażu podyplomowego lekarzy dentystów z 12 miesięcy do 6 miesięcy. Ponadto dzięki skróceniu stażu podyplomowego lekarze będą mogli szybciej rozpocząć szkolenie specjalizacyjne, a co za tym idzie zwiększy się dostępność specjalistycznych świadczeń lekarskich. Należy zauważyć, że pomimo postulatów uczelni kształcących lekarzy i lekarzy dentystów, zgodnie z którymi staż powinien zostać zniesiony w całości, proponuje się jedynie skrócenie długości stażu. Wzięto bowiem pod uwagę, że młodzi lekarze i lekarze dentyści, którzy zaczynali studia z przeświadczeniem, iż staż będzie jednym z etapów ich kształcenia, pomimo odpowiedniego przygotowania do wykonywania zawodu potrzebują swoistego buforu pomiędzy studiami a rozpoczęciem pracy zawodowej. Dlatego też przewidziano, że odchodzenie od stażu będzie przeprowadzane stopniowo najpierw poprzez jego skrócenie do 6 miesięcy. Ponadto przewidziano ponad roczne vacatio legis, tak aby studenci rozpoczynający ostatni praktyczny rok studiów oraz ich wykładowcy i opiekunowie, mieli świadomość, że ostatni rok studiów powinien być możliwie najlepiej wykorzystany pod względem praktycznego przygotowania do wykonywania zawodu. W ocenie projektodawcy, jeżeli ostatni rok studiów oraz 6 miesięczny staż zostaną należycie wykorzystane, to czas ten będzie wystarczający, aby studenci a następnie młodzi lekarze i lekarze dentyści nabrali zawodowej pewności siebie i płynnie przeszli do bardziej samodzielnego wykonywania zawodu. Warto wskazać tu przykład innych największych krajów europejskich, w których wykształcenie lekarzy nie budzi żadnych wątpliwości: stażu podyplomowego nie odbywają lekarze w Niemczech, Francji, Hiszpanii i Włoszech. We wszystkich tych krajach lekarze bezpośrednio po studiach rozpoczynają intensywniejsze doskonalenie swoich kompetencji poprzez szkolenie specjalizacyjne. W Unii Europejskiej są także kraje, w których staż podyplomowy nadal funkcjonuje, takie jak Bułgaria, Rumunia, Malta i Portugalia, jednak są to

kraje w których kształcenie przeddyplomowe realizowane jest w tradycyjnym modelu, w którym student pełni wyłącznie rolę biernego obserwatora. Tak więc projektowana zmiana wpisuje się w światowe nowoczesne trendy kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów.

Skrócenie stażu będzie wiązało się z koniecznością odpowiedniego dostosowania jego elementów składowych, przy czym zakładamy priorytetyzację personalizowanej części stażu kosztem pozostałych jego elementów. Personalizowana część będzie mogła także obejmować dziedziny uwzględnione w innych obowiązkowych częściach stażu, np. choroby wewnętrzne lub chirurgię ogólną.

Ponadto proponuje się wprowadzenie rozwiązania zgodnie, z którym Okręgowe Rady Lekarskie będą mogły podjąć decyzję, że dokumentowanie przebiegu stażu podyplomowego oraz potwierdzanie odbycia i zaliczania stażu podyplomowego odbywać się będzie elektronicznie w systemie elektronicznym utworzonym i prowadzonym przez daną okręgową radę lekarską. W przypadku podjęcia przez właściwą okręgową radę lekarską decyzji o dokumentowaniu przebiegu stażu podyplomowego oraz potwierdzaniu odbycia i zaliczaniu stażu podyplomowego w systemie elektronicznym, system ten musi zawierać dane, które znajdują się we wzorze karty stażu podyplomowego obowiązującej danego lekarza.

9. Zmiany w naborze na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne

Pomimo, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba lekarzy specjalistów i lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, nadal występują istotne dysproporcje w dostępie do lekarzy specjalistów pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. W niektórych regionach liczba specjalistów jest bardzo duża, natomiast w innych występują braki kadrowe. Jak wynika z map potrzeb zdrowotnych niedobory lekarzy widoczne są w szczególności w województwie lubuskim, warmińsko-mazurskim, opolskim, podkarpackim i wielkopolskim, gdzie liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców jest niemal o połowę mniejsza niż województwach o największej liczbie lekarzy na 100 tys. mieszkańców (np. województwo łódzkie i mazowieckie). Lekarze najchętniej odbywają szkolenie specjalizacyjne w dużych ośrodkach miejskich, gdzie sytuacja kadrowa jest dobra, a czasem nawet liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest zbyt duża, podczas gdy w mniejszych miejscowościach miejsca szkoleniowe pozostają niewykorzystane przez wiele lat. Wynika to z faktu, że zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami to lekarz w ramach dostępnych miejsc szkoleniowych wybiera miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego, co nie sprzyja równomiernemu

rozłożeniu kadr lekarskich w poszczególnych regionach kraju. Z map potrzeb zdrowotnych wynika, że w dużych ośrodkach miejskich liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców wynosi 150% lub więcej w stosunku do średniej dla całego kraju, natomiast w pozostałych obszarach liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców jest przeważnie poniżej średniej dla całego kraju.

Zachęty do podejmowania niektórych specjalizacji priorytetowych nie są wystarczające, gdyż nabór na te specjalizacje nadal jest zbyt mały. Obecnie zbyt mały nabór w stosunku do potrzeb notuje się w szczególności w dziedzinie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej.

Kolejnym problemem jest niechęć jednostek akredytowanych do przyjmowania na szkolenie specjalizacyjne lekarzy zakwalifikowanych w trybie pozarezydenckim, gdyż wynagrodzenie dla tych lekarzy nie jest finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia i musi zostać pokryte co do zasady przez daną jednostkę akredytowaną. Obecnie rocznie na miejsca pozarezydenckie kwalifikuje się ok 2000 lekarzy.

Ponadto urzędy wojewódzkie informują, że skala rezygnacji ze specjalizacji jest znaczna, co jest niekorzystne z punktu widzenia wydatków z budżetu państwa przeznaczanych na ten cel oraz z punktu widzenia dostępności miejsc szkoleniowych. Proponuje się zatem modyfikację zasad dotyczących naboru, organizacji, odbywania i nadzoru nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego.

Proponowane zmiany w zakresie naboru na szkolenie specjalizacyjne będą dotyczyć w szczególności kierowania lekarzy i lekarzy dentystów do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w jednostkach akredytowanych, które znajdują się na obszarach danego województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Przed każdym postępowaniem kwalifikacyjnym wojewoda będzie ustalał listę jednostek akredytowanych, którym przyznano miejsca rezydenckie albo pozarezydenckie w danej dziedzinie. Lista ta będzie publikowana przed postępowaniem kwalifikacyjnym na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, tak aby lekarze wiedzieli jakie miejsca w jakich jednostkach są dostępne na dane postępowanie. Przy ustalaniu tej listy wojewoda będzie zobowiązany uwzględniać aktualne dane z mapy potrzeb zdrowotnych oraz wytyczne ministra właściwego do spraw zdrowia. Wytyczne w tym zakresie będą przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia po ustaleniu liczby miejsc rezydenckich i pozarezydenckich na dane postępowanie kwalifikacyjne. Lekarze zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim albo pozarezydenckim będą mogli wybierać preferowane przez siebie miejsce z listy jednostek

akredytowanych, którym przyznano miejsca rezydenckie albo pozarezydenckie w danej dziedzinie, w kolejności ustalonej wynikami postępowania kwalifikacyjnego. Ponadto proponuje się umożliwienie jednostkom akredytowanym wydzielenia miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenkim (maksymalną liczbę takich miejsc będzie określało rozporządzenie i będzie ona uzależniona od łącznej liczby miejsc akredytowanych w określonej dziedzinie w danej jednostce), na które nabór będzie prowadziła dana jednostka, gdyż wydaje się zasadne, aby jednostka sama mogła chociaż częściowo decydować kogo przyjmuje na szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim, w sytuacji kiedy wynagrodzenie w tym trybie jest finansowane co do zasady przez tę jednostkę. Jednostka akredytowana będzie mogła również zawnioskować do wojewody o przyznanie miejsca rezydenckiego na miejsce pozarezydenckie, które pozostaje w dyspozycji danej jednostki. Liczbę miejsc rezydenckich i pozarezydenckich będzie wcześniej ustalał minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, a następnie wojewodowie będą przydzielać te miejsca konkretnym jednostkom akredytowanym. Nabór na te miejsca rezydenckie i pozarezydenckie będzie odbywał się jak do tej pory głównie w ramach postępowania kwalifikacyjnego. Ze względu na konieczność sporządzenia list jednostek akredytowanych, którym przyznano miejsca rezydenckie albo pozarezydenckie w danej dziedzinie zmianie ulegną terminy, w których będzie przeprowadzane postępowanie kwalifikacyjne i terminy poszczególnych czynności dokonywanych przed postępowaniem kwalifikacyjnym, w ramach postępowania i po postępowaniu kwalifikacyjnym. Proponuje się, aby postępowanie wiosenne odbywało się w terminie od 14 marca do 31 maja, a postępowanie jesienne w terminie od 14 października do 31 grudnia. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym jednostki akredytowane będą zgłaszać do właściwego wojewody zapotrzebowanie na lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w terminach: od 1 do 14 stycznia – na postępowanie wiosenne i od 1 do 14 sierpnia – na postępowanie jesienne. Ponadto przed postępowaniem jak do tej pory uczelnie kształcące na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym będą mogły zgłosić właściwemu wojewodzie listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach tzw. miejsc rezydenckich-doktoranckich. Następnie wojewodowie biorąc pod uwagę zapotrzebowanie zgłoszone przez jednostki akredytowane oraz opinie konsultantów wojewódzkich przygotują i przekażą do ministra właściwego do spraw zdrowia zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie, w tym miejsca rezydenckie-doktoranckie i miejsca pozarezydenckie z podziałem na dziedziny medycyny do dnia 28 stycznia na postępowanie wiosenne oraz do dnia 28 sierpnia na postępowanie jesienne.

Przy zgłaszaniu zapotrzebowania na miejsca rezydenckie, rezydenckie-doktoranckie i pozarezydenckie wojewodowie nie będą związani zapotrzebowaniem zgłoszonym przez jednostki akredytowane oraz przez konsultantów wojewódzkich. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie zgłoszone przez wojewodów minister właściwy do spraw zdrowia będzie przyznawał miejsca rezydenckie, w tym rezydenckie-doktoranckie i pozarezydenckie z podziałem na województwa i dziedziny medycyny do dnia: 14 lutego na postępowanie zimowe oraz do dnia 14 września na postępowanie jesienne. W terminach tych minister właściwy do spraw zdrowia poinformuje wojewodów o liczbie miejsc rezydenckich, w tym liczbie miejsc rezydenckich-doktoranckich oraz o liczbie miejsc pozarezydenckich przyznanych w poszczególnych dziedzinach dla danego województwa oraz przekaże wytyczne dla wojewodów określające kryteria, które należy wziąć pod uwagę w ramach przydziału miejsc rezydenckich i pozarezydenckich poszczególnym jednostkom akredytowanym. Wojewodowie w oparciu o wytyczne ministra właściwego do spraw zdrowia będą ustalać, którym jednostkom akredytowanym przydzielić miejsca rezydenckie i pozarezydenckie przyznane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dane postępowanie kwalifikacyjne, a następnie przekażą listy tych jednostek do CMKP, ze wskazaniem nazwy jednostki akredytowanej i liczby przydzielonych jej miejsc w danej dziedzinie medycyny, z podziałem na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie do dnia: 28 lutego na postępowanie wiosenne oraz do dnia 28 września na postępowanie jesienne. Z kolei dyrektor CMKP opublikuje te listy na stronie internetowej CMKP do dnia: 1 marca na postępowanie wiosenne oraz do dnia 1 października na postępowanie jesienne. Te same terminy publikacji liczby dostępnych miejsc szkoleniowych będą dotyczyć Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Natomiast składanie wniosków na postępowanie kwalifikacyjne będzie odbywać się za pomocą SMK w terminach: od 1 do 14 marca na postępowanie wiosenne i od 1 do 14 października na postępowanie jesienne.

Proponowane zmiany obejmują też przyznanie dodatkowych punktów w postępowaniu dla lekarzy posiadających specjalizację w ustalonych rozporządzeniem dziedzinach medycyny oraz umożliwienie tym lekarzom odbywania kolejnej rezydentury w określonych dziedzinach. Rozwiązanie to będzie dotyczyło wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację w wybranych dziedzinach medycyny (np. w dziedzinie chorób wewnętrznych) i docelowo ma zachęcić do podejmowania szkolenia w tych dziedzinach poprzez ułatwienie w procesie dalszego rozwoju zawodowego. Ponadto w związku z podniesieniem trudności LEK i LDEK, proponuje się, aby na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje lekarskie wyniki LEK i LDEK

uzyskane w czasie, kiedy 70 % pytań pochodziło z ogólnodostępnej bazy pytań (a co za tym idzie egzaminy miały niższy poziom trudności) przeliczać poprzez pomnożenie przez współczynnik 0,7. Dzięki temu rozwiązaniu osoby podchodzące do egzaminu o wyższym poziomie trudności, który będzie odbywał się na nowych zasadach, będą mogły konkurować z osobami, które zdając egzamin miały możliwość nauczenia się odpowiedzi do 70% pytań z ogólnodostępnej bazy pytań. Proponuje się również odejście od dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego, a zamiast tego wojewoda będzie mógł zakwalifikować na niewykorzystane miejsca kolejnych lekarzy na liście, którzy nie zostali zakwalifikowani w postępowaniu kwalifikacyjnym.

10. Wprowadzenie Specjalizacyjnego Egzaminu Weryfikacyjnego (SEW)

W przedłożeniu wprowadza się dodatkową procedurę weryfikacyjną stosowaną wobec lekarzy i lekarzy dentystów, którzy posiadają tytuł specjalisty uzyskany poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który nie podlega uznaniu za równoważny na podstawie przepisów określonych w art. 16a i 16b ustawy. Obecnie tytuł specjalisty takich osób może być uznany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Przed podjęciem decyzji konieczne jest przeprowadzenie odpowiedniej procedury, określonej w art. 16n ustawy. Lekarz taki występuje z wnioskiem o uznanie tytułu specjalisty do ministra właściwego do spraw zdrowia. Wniosek ten składa się za pośrednictwem dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Dyrektor CMKP powołuje zespół ekspertów, którzy dokonują weryfikacji merytorycznej dokumentacji przedłożonej przez lekarza. Na podstawie oceny merytorycznej przedstawionej przez ten zespół dyrektor CMKP wydaje opinię, którą wraz z aktami niezwłocznie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W oparciu o tę dokumentację minister w drodze decyzji uznaje albo odmawia uznania tytułu specjalisty. W projekcie proponuje się uzupełnić tę procedurę o możliwość weryfikacji wiedzy i umiejętności takiego lekarza poprzez przystąpienie przez niego do egzaminu - Specjalizacyjnego Egzaminu Weryfikacyjnego (SEW). Problematyce tej są poświęcone dodawane do art. 16n ustępy 7a-7b oraz 10a-10s.

SEW byłby przeprowadzany w sytuacji, gdy wspomniany zespół ekspertów uzna, że z przedłożonej przez zainteresowanego dokumentacji wynika, iż egzamin lub inna forma potwierdzająca uzyskanie przez niego wiedzy i umiejętności nie odpowiada złożeniu przez tego lekarza Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), czyli egzaminu, którego zdanie

warunkuje w Polsce uzyskanie tytułu specjalisty. Zespół ten będzie mógł ponadto ocenić, że wnioskodawca powinien dodatkowo odbyć staż uzupełniający. Wówczas przystąpienie do SEW będzie uzależnione od ukończenia takiego stażu. Jeśli w ocenie zespołu lekarz powinien przystąpić do SEW, będzie kierowany na ten egzamin przez dyrektora CMKP. Na podstawie takiego skierowania lekarz będzie mógł złożyć do dyrektora CEM wniosek o przystąpienie do egzaminu. W przedłożeniu określono procedurę składania takiego wniosku oraz dane, które powinien zawierać. Wniosek ten będzie składany za pośrednictwem systemu teleinformatycznego CEM. Do wniosku zainteresowany będzie dołączał skierowanie do egzaminu. Zgłoszenie będzie objęte opłatą stanowiącą dochód budżetu państwa. Wartość tej opłaty nie może przekroczyć 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski". Wartość taka jest tożsama z wysokością opłaty wnoszonej za zgłoszenie do PES (art. 16t ust. 1 ustawy). Konkretna wartość tej opłaty zostanie wskazana w przepisach wykonawczych, wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy. Wnioskodawca będzie mógł składać egzamin na zasadach dotyczących PES. Stąd też w projekcie przewiduje się odesłanie do odpowiednich regulacji opisujących ten egzamin. Lekarzowi, który przystąpi do SEW dyrektor CEM będzie wydawał zaświadczenie o wyniku tego egzaminu. Zaświadczenie to będzie mieć formę elektroniczną i będzie pobierane przez osobę zainteresowaną za pośrednictwem strony internetowej CEM. Lekarz będzie zobligowany do przedstawienia tego zaświadczenia dyrektorowi CMKP, który wraz ze swą opinią przekaże je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Na podstawie tej dokumentacji minister podejmie decyzję o uznaniu albo odmowie uznania tytułu specjalisty.

Proponowane rozwiązania z jednej strony ujednoliconą zasady weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarzy ubiegających się o uznanie tytułu specjalisty - będą więc transparentnym narzędziem stosowanym w procedurze uznaniowej. Z drugiej strony, ze względu na to, że lekarz taki będzie przystępował do egzaminu na tych samych zasadach, które obowiązują zdających PES, unormowanie to umożliwi sprawdzenie, czy posiada on kompetencje wymagane od lekarza po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego w Polsce.

11. Wprowadzenie Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego (PEK)

W przedłożeniu proponuje się wprowadzenie nowego typu egzaminu przeprowadzanego w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego (PEK). Ma on być uregulowany w dodawanych do ustawy art. 16pa-16pi.

W obecnym modelu lekarz wieńczy proces szkolenia specjalizacyjnego złożeniem PES. Rozwiązanie to nie uwzględnia jednak struktury szkolenia specjalizacyjnego, które w wielu dziedzinach odbywa się w tzw. systemie modułowym, obejmującym moduł podstawowy i specjalistyczny. W aktualnym stanie prawnym nie przewidziano procedury egzaminacyjnej, która pozwoliłaby na zweryfikowanie wiedzy i umiejętności nabytych przez specjalizanta po zakończeniu modułu podstawowego. Stąd też pożądane jest wprowadzenie takiego rozwiązania. Projektowany egzamin byłby przeznaczony dla osób odbywających szkolenie specjalizacyjne, którego program przewiduje występowanie modułu podstawowego i specjalistycznego, a także w przypadku specjalizacji tzw. jednomodułowych. W odniesieniu do tych drugich przeprowadzenie PEK nie byłoby jednak obligatoryjne, lecz egzamin ten byłby realizowany tylko wówczas, gdyby został przewidziany w programie specjalizacji. Posunięcie takie jest uzasadnione względami merytorycznymi i strukturą programu specjalizacji. W przypadku, gdy w określonych segmentach programu realizowanych na poszczególnych latach szkolenia specjalizacyjnego znalazłyby się treści i umiejętności, które wymagałyby zweryfikowania za pomocą wspomnianego egzaminu, możliwe byłoby wprowadzenie go w programie specjalizacji.

Negatywny wynik PEK nie będzie stanowił przeszkody w kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego, aczkolwiek uzyskanie pozytywnego wyniku będzie warunkowało możliwość złożenia wniosku zgłoszeniowego do PES. Ponadto pozytywny wynik uprawni lekarza do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego oraz do pełnienia dyżurów medycznych. Uzyskanie pozytywnego wyniku potwierdzi bowiem posiadanie przez lekarza odpowiedniej wiedzy i umiejętności pozwalających na fachowe i bezpieczne wykonywanie takich czynności.

W projekcie szczegółowo opisano procedury zgłoszeniowe oraz egzaminacyjne.

Mając na względzie specyfikę poszczególnych dziedzin, w których będzie organizowany ten egzamin, oraz liczbę potencjalnych zdających zróżnicowaną w zależności od dziedziny (można założyć, że w przypadku dziedzin objętych modułem podstawowym rocznie do tego egzaminu będzie przystępować kilka tysięcy zdających, natomiast w dziedzinach

jednomodułowych mogą to być jednostkowe przypadki), odchodzi się od modelu sesyjnego. Proponuje się natomiast, by dyrektor CEM ogłaszał nabór wniosków do PEK. Terminy składania wniosków byłyby podawane na stronie internetowej CEM i nie krótsze niż 30 dni od dnia ogłoszenia naboru. Po zakończeniu naboru dyrektor CEM, mając wiedzę o liczbie złożonych wniosków w poszczególnych dziedzinach, wyznaczałby termin i miejsce przeprowadzenia egzaminów. Następowałoby to w okresie 2 miesięcy od zakończenia naboru wniosków. Osoba zdająca byłaby informowana o terminie i miejscu egzaminu na 14 dni przed jego przeprowadzeniem. Egzamin nie mógłby być jednak wyznaczony później niż w terminie 4 miesięcy od dnia zakończenia naboru wniosków.

W celu przystąpienia do PEK lekarz składałby wniosek za pomocą SMK. W projekcie określono zakres danych zamieszczanych na wniosku (art. 16pa ust. 7). Zgłoszenie do PEK wymagałoby uiszczenia opłaty, której maksymalna wysokość została określona w art. 16pb ust. 1. Konkretna wartość opłaty będzie wskazana w przepisach wykonawczych, wydanych na podstawie art. 16x. W projekcie opisano procedurę stosowaną w sytuacji niewniesienia opłaty ewentualnie wniesienia jej w wysokości niższej niż należna. W takich przypadkach wnioskodawca będzie wzywany do uzupełnienia braków formalnych w terminie 7 dni od skierowania wezwania. Jeśli termin ten upłynie bezskutecznie, wniosek będzie potraktowany jako niezłożony. Rozwiązania takie są tożsame ze stosowanymi w przypadku innych egzaminów, objętych obowiązkiem wniesienia opłaty (np. w przypadku zgłoszenia do PES - art. 16rb ust. 4 ustawy).

Na czas przeprowadzenia egzaminu lekarzowi przysługiwać będzie urlop szkoleniowy w wymiarze jednego dnia w roku kalendarzowym na każdy PEK, do którego lekarz będzie przystępował. Za okres ten lekarz zachowa prawo do wynagrodzenia.

Egzamin będzie przeprowadzany przez zespół egzaminacyjny powoływany przez dyrektora CEM. W dodawanym art. 16pd ust. 1 określono skład tego zespołu. W założeniu ma być on przeprowadzany pod przewodnictwem konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie, a jeżeli w danym województwie konsultant taki nie będzie powołany, przewodniczącego będzie wyznaczał konsultant krajowy wskazując konsultanta wojewódzkiego z innego województwa. W skład Zespołów wchodziliby również przedstawiciele samorządu lekarskiego oraz towarzystwa naukowego właściwego w danej dziedzinie. Dzięki takiemu rozwiązaniu zostanie zachowana reprezentatywność różnych podmiotów, fachowych merytorycznie i zainteresowanych w rzetelnym przeprowadzeniu PEK. Ponadto takie ukształtowanie składu

zespołów egzaminacyjnych koreluje z przepisami określającymi składy zespołów przeprowadzających PES (art. 16u ust. 3 ustawy).

W celu zapewnienia prawidłowego przebiegu egzaminu oraz uzyskania informacji zwrotnej o jakości kształcenia, w projekcie proponuje się, by obserwatorem na egzaminie był kierownik specjalizacji albo kierownik modułu podstawowego danego lekarza, ewentualnie inna osoba zatrudniona w jednostce akredytowanej wskazana przez kierownika tej jednostki. Osoby takie będą mogły poznać sposób i zakres udzielanych przez zdającego lekarza odpowiedzi oraz ich poprawność, a tym samym potencjalnie zmodyfikować kierunek dalszych działań edukacyjnych względem tego lekarza lub innych lekarzy kształconych w tej jednostce.

W projekcie przewidziano uprawnienia członków zespołu, w szczególności będzie im przysługiwało wynagrodzenie oraz zwrot kosztów przejazdu na zasadach pracowniczych. Unormowania takie występują obecnie również odnośnie do innych egzaminów, np. w przypadku PES – art. 16u ust. 7 ustawy.

Egzamin będzie miał formę ustną i będzie obejmował pytania ujęte w zestawach uprzednio przygotowywanych przez przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego. Mając na względzie, że celem tego egzaminu jest zweryfikowanie nie tylko wiedzy teoretycznej, ale również sprawdzenie nabytych umiejętności praktycznych, w ustawie wskazuje się, że co najmniej jedno zadanie powinno mieć charakter praktyczny i w szczególności obejmować analizę procesu diagnostycznego oraz planowanego leczenia w konkretnym przypadku klinicznym.

W art. 16 pdf ust. 5 i nast. opisano procedurę egzaminacyjną oraz zasady ustalania wyniku PEK. Określono również, że przebieg egzaminu może być rejestrowany. Materiały takie następnie byłyby archiwizowane przez 3 miesiące i mogły być wykorzystane w sytuacji wątpliwości co do przebiegu egzaminu, w szczególności na potrzeby ewentualnej procedury unieważnienia PEK.

Wzorem innych egzaminów przewidziano również, że osoba zdająca może zostać zdyskwalifikowana. Decyzja taka może zapaść w sytuacji naruszenia zakazów posiadania pomocy naukowych i dydaktycznych lub urządzeń służących do kopiowania lub przekazywania i odbioru informacji. Rozstrzygnięcia takiego dokonywać będzie przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego.

Analogicznie do innych egzaminów przewiduje się procedurę unieważnienia egzaminu stosowaną wówczas, gdy doszłoby do rażących uchybień lub nieprzewidzianych zdarzeń mających wpływ na prawidłowy przebieg PEK. Unieważnienia dokonywałby dyrektor CEM, a od jego rozstrzygnięcia przysługiwałoby odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, którego rozstrzygnięcie byłoby już ostateczne. W sytuacji unieważnienia egzaminu byłby on powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne. Za powtórzony PEK lekarz nie wnosiłby opłaty egzaminacyjnej.

Uzyskanie pozytywnego wyniku PEK byłoby potwierdzane przez dyrektora CEM certyfikatem mającym formę elektroniczną i pobieranym przez lekarza za pomocą SMK. Wyniki PEK byłyby zamieszczane we SMK lub publikowane na stronie internetowej CEM. Dzięki takiemu rozwiązaniu zainteresowany lekarz będzie mógł je szybko i łatwo poznać. W projekcie opisano też szczegółowo procedurę korekty certyfikatu. Następowałaby ona na wniosek lekarza. W sytuacji ujawnienia błędu na certyfikacie uwieńczona byłaby wydaniem nowego certyfikatu. Jeśli błąd na certyfikacie nie byłby spowodowany przez CEM, czynności te byłyby objęte opłatą w wysokości 40 zł. Unormowanie to jest analogiczne do stosowanego w przypadku korekty dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty (art. 16w ust. 10 ustawy).

Wyniki PEK byłyby przekazywane uprawnionym podmiotom, czyli organom prowadzącym postępowanie kwalifikacyjne, konsultantowi krajowemu właściwemu dla danego PEK, kierownikowi specjalizacji oraz kierownikami podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Podmioty te mogłyby w tej drodze uzyskać istotne informacje ewaluacyjne dotyczące jakości kształcenia w danej jednostce oraz postępów edukacyjnych określonego lekarza.

W projekcie nie przewiduje się limitów liczby podejść do tego egzaminu. Jeśli zatem lekarz uzyska wynik negatywny, może zgłosić się do egzaminu ponownie. Jednakże, jak wspomniano, procedurę tę musi zakończyć do momentu złożenia wniosku zgłoszeniowego do PES. Wynik pozytywny PEK warunkuje bowiem złożenie takiego wniosku.

W przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 16pi określone byłyby: wysokość opłaty za zgłoszenie do egzaminu oraz wysokość wynagrodzenia dla przewodniczącego i członków Zespołów Egzaminacyjnych, a także szczegóły dotyczące przeprowadzenia i dokumentowania egzaminu oraz wzór certyfikatu złożenia PEK. Ponadto

kwestie organizacyjne i porządkowe opisane byłyby w regulaminie opracowywanym przez dyrektora CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Proponowane rozwiązania znajdowałyby zastosowanie obligatoryjnie do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy będą zakwalifikowani do szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu przeprowadzanym od dnia 1 marca 2027 r. Natomiast fakultatywnie egzamin ten mogliby zdawać lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w dniu wejścia w życie prezentowanej regulacji.

12. Zmiany w zakresie uznawania egzaminów przeprowadzanych przez europejskie towarzystwa naukowe za równoważne z PES

W art. 16ra ustawy dodaje się regulację dotyczącą limitów czasowych stosowanych wobec lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wystąpili z wnioskiem o uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z PES. W dotychczasowych przepisach nie występowały żadne ograniczenia w tym względzie, co było niekoherentne z limitem wynikającym z art. 16t ust. 5 ustawy. Przepis ten bowiem stanowi, że lekarz może przystąpić do PES w okresie 5 lat od daty uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku zatem lekarzy przystępujących do PES istnieją limity czasowe, natomiast lekarze uzyskujący uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z PES mogą dokonać tej czynności bezterminowo. Brak limitów czasowych względem tej grupy lekarzy jest zatem niespójny ze wspomnianą regulacją. Stąd też w art. 16ra ust. 6 ustawy proponuje się wprowadzenie tożsamego ograniczenia czasowego.

13. Zmiany w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym

Kolejne zmiany dotyczą PES. Utrzymuje się rozwiązanie, że do egzaminu tego będą mogli przystąpić lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego ewentualnie uzyskali decyzję, o której mowa w artykule 16 ust. 7 albo 9. Wniosek zgłoszeniowy do egzaminu będą mogli składać również lekarze i lekarze dentyści w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Jednakże możliwość ta zostaje nieco ograniczona, gdyż zgodnie z projektem wniosek taki będzie mógł zostać złożony jeżeli do zakończenia szkolenia specjalizacyjnego pozostało wnioskodawcy mniej niż 6 miesięcy i zrealizował on wszystkie kursy i staże kierunkowe przewidziane w programie specjalizacji.

Posunięcie takie umożliwi zracjonalizowanie obecnej procedury, dozwalającej na składanie egzaminu w trakcie trwania szkolenia specjalizacyjnego, po zakończeniu jego przedostatniego roku. Konstrukcja ta jest metodologicznie nieuzasadniona, gdyż pozwala osobom kształcącym się na złożenie egzaminu przed realizacją całości programu specjalizacji. Poza tym w przypadku szkoleń specjalizacyjnych trwających relatywnie krótko, np. 2 lata, lekarz może przystąpić do egzaminu przed zrealizowaniem znaczącej części programu specjalizacji, nawet 50%. Proponuje się zatem, by warunkiem zgłoszenia do PES było zrealizowanie kluczowych elementów programu - kursów i staży kierunkowych. W celu ograniczenia okresu oczekiwania na egzamin po zakończeniu szkolenia umożliwia się złożenie wniosku zgłoszeniowego w trakcie trwania szkolenia specjalizacyjnego. Będzie to mogło nastąpić na 6 miesięcy przed datą zakończenia. Procedury zgłoszeniowe odbędą się zatem jeszcze w trakcie szkolenia, a bezpośrednio po jego zakończeniu lekarz będzie mógł przystąpić do PES (niekiedy będzie to możliwe również jeszcze w trakcie trwania szkolenia. Sytuacja taka wystąpi wówczas, gdy koniec okresu zgłoszeniowego przypadnie w takiej przestrzeni czasowej, że będzie możliwe przystąpienie do PES jeszcze w trakcie trwania szkolenia, np. jeśli zakończenie szkolenia przypadnie pod koniec grudnia, lekarz będzie mógł złożyć zgłoszenie do PES do końca lipca, co pozwoli mu składać egzamin w sesji jesiennej, a więc jeszcze w czasie odbywania szkolenia). Spełnienie tych warunków będzie potwierdzał kierownik specjalizacji poprzez złożenie odpowiedniego oświadczenia w SMK. W celu wyeliminowania ewentualnych nadużyć i nieprawidłowości proponuje się, by oświadczenie to kierownik specjalizacji składał pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Znajdowałby więc do niego zastosowanie art. 233 § 6 Kodeksu karnego, w którym spenalizowano czyn polegający na składaniu fałszywego oświadczenia. Za występek ten grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Ponadto, wobec lekarzy i lekarzy dentystów, w stosunku do których będą miały zastosowanie przepisy dotyczące PEK, warunkiem złożenia wniosku zgłoszeniowego do PES będzie uzyskanie pozytywnego wyniku PEK.

W projekcie znosi się zasadę, że dwukrotne zgłoszenie do egzaminu jest darmowe, gdyż trudno dostrzec powód do tak szczególnego uprzywilejowania grupy zawodowej lekarzy. Rozwiązanie to zostało wprowadzone w czasach, gdy wynagrodzenia rezydentów były wyraźnie niższe od przeciętnych wynagrodzeń w gospodarce. Wprowadza się również porządkowy przepis dotyczący możliwości uiszczenia opłaty za pomocą usługi

płatności automatycznej. W takim przypadku koszty związane z tą usługą ponosiłaby osoba dokonująca płatności. Wykorzystanie takiej usługi jest obecnie powszechne i ułatwia dokonanie wszelkich opłat w Internecie. Posiłkowanie się takim rozwiązaniem będzie więc również korzystne dla lekarzy zgłaszających się do egzaminu.

Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 16t ust. 5 ustawy, lekarz może przystąpić do PES w okresie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, bądź od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9 ustawy. Rozwiązanie to zostało wprowadzone w 2020 r. i miało na celu limitowanie okresu czasu, w którym lekarze mogą zdawać egzamin. Mając na względzie zasadę nieretroaktywności, wobec lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego przed dniem wejścia w życie tych przepisów, czyli przed dniem 8 sierpnia 2020 r., okres ten zaczął biec od dnia wejścia w życie tych regulacji. Uwzględniając harmonogram sesji egzaminacyjnych lekarze tacy mogli przystąpić do PES ostatni raz w sesji wiosennej 2025 r. W systemie mogą więc występować lekarze, którzy zakończyli szkolenie specjalizacyjne, ale ze względu na te ograniczenia nie będą mogli już przystąpić do egzaminu. Chcąc złagodzić rygoryzm tej regulacji proponuje się wprowadzenie rozwiązań ją łagodzących. Będą one ujęte w projektowanym art. 16rb ust. 8-13. Uchylony zostanie natomiast art. 16t ust. 5 ustawy.

W tym kontekście po pierwsze uszczegóławia się, że okres ten nie będzie ustalany datą kalendarzową, lecz wskazany liczbą sesji egzaminacyjnych. Obecna regulacja może bowiem nastręczać problemów w sytuacji, gdy ustawowy limit czasowy minąłby w trakcie trwania sesji egzaminacyjnej. Warto podkreślić, że PES składa się zasadniczo z dwóch części, tj. egzaminu testowego i ustnego. Egzaminy takie są rozłożone czasowo w sesji, która trwa 2,5 miesiąca. Mogą zatem wystąpić sytuacje, w których lekarz przystąpi do części testowej na początku sesji, w okresie, w którym jeszcze nie upłynie ustawowy okres przystępowania do PES, natomiast część ustna zostanie wyznaczona po upływie tego okresu. W świetle obecnej regulacji nie mógłby on już składać części ustnej, a tym samym sfinalizować procesu egzaminacyjnego. Stąd też korzystniejszym rozwiązaniem jest wskazanie liczby sesji, w których lekarz może przystępować do egzaminu. Proponuje się, aby było to 10 kolejnych sesji egzaminacyjnych od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Jest to liczba odpowiadająca 5 latom, gdyż w ciągu jednego roku egzaminy odbywają się w dwóch sesjach.

Po drugie wprowadza się procedurę stosowaną wobec lekarzy, którzy nie przystąpią do PES we wspomnianym okresie, ewentualnie nie uzyskają z niego wyniku pozytywnego. W

aktualnym modelu musieliby oni odbyć ponownie całe szkolenie specjalizacyjne. W przedłożeniu proponuje się natomiast, by mogli oni przystąpić do PES pod warunkiem, że ponownie ukończą wszystkie kursy przewidziane w aktualnie obowiązującym programie specjalizacji w danej dziedzinie. Dzięki takiemu rozwiązaniu będą mogli zaktualizować wiedzę medyczną. Należy podkreślić, że w myśl art. 4 ustawy lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód m.in. zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Z kolei art. 18 ustawy obliguje lekarzy do ustawicznego doskonalenia zawodowego. Ponowne odbycie kursów pozwoli zrealizować ten zamysł. Aby zachowały one aktualność przewiduje się, że lekarz powinien odbyć je wszystkie w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia pierwszego z nich. Po odbyciu kursów lekarz będzie mógł wystąpić o potwierdzenie spełnienia tych warunków do właściwego wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych, czyli organów weryfikujących odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem, wskazanych w art. 16rb ust. 1 ustawy. Wniosek w tym zakresie lekarz będzie składał za pomocą SMK i dołączał do niego dokumenty potwierdzające zrealizowanie kursów. Jeżeli wymagane warunki zostaną spełnione, organ dokona potwierdzenia tego faktu w SMK. Na tej podstawie lekarz będzie mógł wystąpić z wnioskiem do dyrektora CEM o przystąpienie do PES. Egzamin ten będzie mógł składać maksymalnie w okresie 4 kolejnych sesji egzaminacyjnych. Jeżeli w tym czasie nie przystąpi do PES bądź też po przystąpieniu do tego egzaminu nie uzyska wyniku pozytywnego, warunkiem ponownego przystąpienia do egzaminu będzie odbycie szkolenia specjalizacyjnego.

Mając na względzie rozwój technik informatycznych w przedłożeniu przewiduje się możliwość przeprowadzenia PES z ich wykorzystaniem. Decyzje w tym zakresie będzie podejmował dyrektor CEM (nowe brzmienie art. 16rc ust. 2). W szczególności egzamin taki odbywałby się w miejscu wyznaczonym przez dyrektora CEM i za pomocą urządzeń i oprogramowania dostarczonego przez CEM. Szczegółowe zasady przeprowadzenia egzaminów w tej formie byłyby określone w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ustawy.

W projekcie proponuje się uchylenie art. 16r ust. 10 ustawy. Aktualnie przepis ten pozwala na zwolnienie z części ustnej PES zdającego, który uzyskał z egzaminu testowego co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi. Co do zasady PES składa się z dwóch części – czyli egzaminu testowego zbudowanego ze 120 pytań oraz egzaminu ustnego. Warunkiem złożenia egzaminu testowego jest uzyskanie co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu, czyli

zasadniczo 72 punktów. Przystąpienie do części ustnej jest dopuszczalne po uzyskaniu pozytywnego wyniku z części testowej. W obecnej regulacji zdający, który odpowie poprawnie na 90 pytań (uzyska 75% maksymalnej liczby punktów) jest zwolniony z części ustnej i uzyskuje tytuł specjalisty. Konstrukcja taka nie jest uzasadniona metodologicznie. Nie ulega bowiem wątpliwości, że egzaminy testowe służą przede wszystkim weryfikacji wiedzy, a egzaminy ustne pozwalają poznać stopień opanowania umiejętności przez lekarza i lekarza dentystę. Podczas egzaminu ustnego dopuszczalny jest również element praktyczny, polegający np. na analizie danego przypadku klinicznego. Zgodnie z art. 16f ust. 3 pkt 1 ustawy, program specjalizacji zawiera zakres wymaganej wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, które lekarz jest obowiązany opanować w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Z kolei w pkt. 2 ustawodawca postanowił, że program ten definiuje formy i metody pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz nabywania i doskonalenia umiejętności praktycznych. Szkolenie specjalizacyjne obejmuje zatem zarówno komponent teoretyczny, jak i w szczególności nabycie odpowiednich umiejętności praktycznych. Podczas egzaminu oba te elementy powinny być zweryfikowane. Truizmem jest bowiem teza, że od lekarza specjalisty wymaga się nie tylko posiadania odpowiedniej wiedzy, ale przede wszystkim powinien on potrafić poprawnie wykonać określone procedury medyczne. Pacjent zgłaszający się do specjalisty może mieć bowiem zaufanie, że jest on odpowiednio wykwalifikowany i posiada kompetencje również w obszarze praktycznym. Ponadto warto zauważyć, że lekarz po uzyskaniu tytułu specjalisty może pełnić różne funkcje, doniosłe w systemie ochrony zdrowia. Przykładowo może zostać kierownikiem specjalizacji i kształcić kolejne kadry medyczne. Musi zatem sam posiadać odpowiednie kompetencje, w tym umiejętności praktyczne. Nieodzowne jest zatem przeprowadzenie obu elementów tego egzaminu. Toteż proponuje się zrezygnować z dotychczasowego rozwiązania umożliwiającego uzyskanie tytułu specjalisty bez weryfikacji przez zewnętrzny podmiot, którym jest zespół egzaminacyjny, umiejętności zdającego.

W art. 16s ustawy wprowadza się rozwiązania wzorowane na proponowanych unormowaniach dotyczących pozostałych egzaminów, tzn. m.in. LEK i LDEK, odnoszących się do podstaw dyskwalifikacji (nowe brzmienie ust. 4b oraz dodanie ust. 4ba i ust. 4bb). Będzie ona dopuszczalna w sytuacji posiadania przez zdającego podczas egzaminu urządzeń służących do kopiowania lub przekazywania i odbioru informacji, a także jeżeli będzie się on zachowywał w sposób nielicytujący z powagą egzaminu, w szczególności rozpraszając uwagę innych osób zdających. Zachowuje się pozostałe procedury dyskwalifikacyjne, przewidziane w

dotychczasowych przepisach. Decyzję w tym przedmiocie będzie podejmował przewodniczący zespołu egzaminacyjnego. Doprecyzowuje się natomiast, że w celu sprawdzenia przestrzegania zakazu posiadania urządzeń służących do kopiowania i przekazywania oraz odbioru informacji zespół egzaminacyjny będzie mógł posługiwać się elektronicznymi wykrywaczami takich urządzeń.

Kolejne przepisy poświęcone są procesowi wydawania dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty (art. 16w ust. 7-7e). Po pierwsze dostosowuje się obecną regulację, dotyczącą terminu wydania dyplomu, do przyjętego modelu składania egzaminu. Dotychczasowy przepis stanowi bowiem, że dyplom wydawany jest w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji egzaminacyjnej od Państwowej Komisji Egzaminacyjnej. Konstrukcja ta korespondowała z modelem, w którym lekarz mógł przystąpić do PES dopiero po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Egzamin zatem finalizował cały ten proces i po uzyskaniu dokumentacji egzaminacyjnej możliwe było wydanie dyplomu. W projektowanym modelu niekiedy lekarz będzie mógł przystąpić do egzaminu również w trakcie trwania szkolenia specjalizacyjnego (jeżeli zdoła czasowo złożyć wniosek zgłoszeniowy do egzaminu, który będzie wyznaczony w okresie przypadającym jeszcze w trakcie trwania szkolenia). Wówczas lekarz najpierw zda egzamin, a następnie zakończy szkolenie. Nie można zatem utrzymywać rozwiązania nakazującego wydanie dyplomu w terminie 30 dni od otrzymania przez CEM dokumentacji egzaminacyjnej. Może bowiem wystąpić sytuacja, w której CEM otrzyma taką dokumentację, a lekarz nie zakończy jeszcze szkolenia. Nie będzie zatem możliwe dochowanie tego terminu. Dlatego też proponuje się, by dyplom był wydawany w terminie 30 dni od dnia powzięcia przez CEM informacji o spełnieniu przez lekarza warunków, o których mowa w art. 16 ust. 1 ustawy, tzn. od uzyskaniu informacji na temat zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz złożenia egzaminu. Ponadto doprecyzowuje się, że numer dyplomu i datę wydania dyrektor CEM zamieszcza w SMK. W systemie tym będą zatem kompletne informacje dotyczące zarówno szkolenia egzaminacyjnego, wyniku PES, jak i finalizującego ten proces dyplomu. W celu usunięcia wątpliwości dotyczących momentu uzyskania tytułu specjalisty proponuje się, by na dyplomie była podana data uzyskania tego tytułu. Dzięki temu organy i podmioty wykorzystujące dyplom w prowadzonych przez siebie procedurach, np. NFZ, izby lekarskie, pracodawcy, będą mogli jednoznacznie ustalić ten moment.

W art. 16w po ust. 7 ustawy dodaje się blok przepisów poświęconych możliwości unieważnienia dyplomu. Obecnie brak takiej regulacji, co sprawia, że w przypadku wydania błędnie dyplomu istnieją wątpliwości w zakresie procedury jego unieważnienia. W przedłożeniu proponuje się zatem, że uzasadnieniem do takich działań byłoby stwierdzenie, że dyplom został wydany bez podstawy prawnej lub z rażącym naruszeniem prawa. Rozwiązania te korespondują z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego, dotyczącymi stwierdzenia nieważności decyzji (art. 156 i nast. K.p.a.). Wszczęcie postępowania następowałoby na żądanie lekarza, któremu został wydany dyplom albo z urzędu. Procedurę prowadziłby dyrektor CEM, który sfinalizowałby ją decyzją o stwierdzeniu nieważności dyplomu. Odwołanie od takiej decyzji składane byłoby do ministra właściwego do spraw zdrowia. O stwierdzeniu nieważności dyplomu dyrektor CEM zawiadamiałby odpowiednie organy, czyli prowadzące postępowanie kwalifikacyjne, a także Naczelną Radę Lekarską.

Przedstawione zmiany dotyczące organizacji i przeprowadzania PES oraz wprowadzenia SEW wymagają odpowiednich modyfikacji w art. 16x ust. 1 ustawy, w którym zamieszczono upoważnienie ustawowe do wydania przepisów wykonawczych. W pkt. 7 proponuje się zatem uzupełnienie dyspozycji tej normy o wyraz „SEW”, co pozwoli określić w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia szczegółowy sposób i tryb składania oraz ustalenia wyników również tego egzaminu. Z kolei w pkt. 12 dookreśla się, że w rozporządzeniu powinna być podana wysokość i sposób uiszczania opłaty za zgłoszenie nie tylko do PES, ale również do SEW. Ponadto ze względu na dopuszczenie możliwości przeprowadzania PES z wykorzystaniem technik informatycznych, proponuje się uzupełnić upoważnienie ustawowe o punkt dotyczący uszczegółowienia w rozporządzeniu wykonawczym zasad przeprowadzenia egzaminów w takiej formie. Regulacja taka znalazłaby się w dodanym pkt. 7a.

W przepisach dokonano korekty dotyczącej sposobów przesyłania wniosków i pism, kierowanych dotąd za pomocą platformy ePUAP. Biorąc pod uwagę, że usługa ta przestała funkcjonować z dniem 1 stycznia 2026 r. jako podstawowy kanał komunikacji z urzędami, w projekcie przewidziano, iż zostanie ona zastąpiona publiczną usługą rejestrowanego doręczenia elektronicznego. Dokonano zatem odpowiednich modyfikacji w przepisach, które dotąd wskazywały na platformę ePUAP (art. 14e ust. 9d i art. 16s ust. 15).

14. Zmiany w certyfikacji umiejętności lekarskich

Proponuje się wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym CMKP zostanie dodane do listy podmiotów, do których minister właściwy do spraw zdrowia może zwrócić się z wnioskiem o opracowanie minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy. CMKP w przeciwieństwie do instytutów posiada wieloletnie doświadczenie w przygotowywaniu programów kształcenia dla zawodów medycznych i odpowiednie kadry do organizacji tego procesu. Instytuty badawcze nie przygotowują co do zasady tego typu dokumentów, ponadto obciążone są pracami badawczo-naukowymi przy jednoczesnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom. Zatem poszerzenie grona podmiotów uprawnionych do opracowania minimalnych standardów do certyfikacji o CMKP będzie miało pozytywny wpływ na efektywność procesu opracowywania standardów certyfikowania umiejętności.

Ponadto wprowadza się rozwiązanie, zgodnie z którym standard certyfikacji danej umiejętności może określać maksymalny czas na jaki przyznaje się certyfikat. Po tym okresie umiejętność będzie wymagała ponownej certyfikacji. Rozwiązanie to znajdzie zastosowanie w przypadku umiejętności wymagających wykazania przez lekarza wysokiej sprawności technicznej przy jej wykonywaniu.

Proponuje się także by informacje na temat wydanych certyfikatów były przekazywane przez podmioty certyfikujące umiejętności także do CMKP co pozwoli na efektywniejsze sprawowanie nadzoru nad procesem certyfikowania umiejętności, którą zgodnie z ustawą sprawuje dyrektor CMKP.

15. Podniesienie rangi obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy

Proponuje się wprowadzenie rozwiązań, które mają na celu egzekwowanie dopełnienia przez lekarzy i lekarzy dentystów obowiązku doskonalenia zawodowego. Po stwierdzeniu niedopełnienia obowiązku w danym okresie rozliczeniowym właściwa okręgowa izba lekarska będzie wyznaczać danemu lekarzowi dodatkowy termin na jego zrealizowanie a po jego bezskutecznym upływie zawieszać prawo wykonywania zawodu. Zawieszenie to będzie trwało aż do momentu realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarza. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie okresu przejściowego, zgodnie z którym nowe zasady egzekwowania dopełnienia obowiązku doskonalenia będą obowiązywały lekarzy od momentu rozpoczęcia nowego okresu rozliczeniowego.

16. Zmiany dotyczące przeprowadzania eksperymentu medycznego

Proponuje się wprowadzenie zmian w art. 22 ustawy, które mają na celu uregulowanie eksperymentów badawczych przeprowadzanych na suplementach diety. Na suplemencie diety nie mogą być przeprowadzane eksperymenty medyczne, gdyż to nie są produkty które mogą leczyć a raczej środki żywieniowe. Aktualnie komisje bioetyczne mogą wydać zgodę na eksperyment badawczy przeprowadzany na suplemencie diety, mimo że badany produkt nie ma potwierdzonego składu jakościowego i ilościowego substancji w nim zawartych oraz stopnia w jakim uwalniają się deklarowane składniki zawarte w danym suplemencie diety do sztucznych soków trawiennych. Podczas badania wykorzystywane są także różne partie produktu. Wyniki badań przeprowadzonych na takim suplemencie diety często są wykorzystywane w folderach reklamowych suplementu, mimo że nie ma gwarancji jaki był realnie skład produktu, na którym przeprowadzono eksperyment badawczy. Umieszczenie informacji o przeprowadzonym badaniu na folderze reklamowym i opakowaniu suplementu wpływa na odbiór tego produktu przez konsumentów i jego ocenę względem produktów konkurencyjnych producentów. Natomiast aktualnie przeprowadzane badania na suplementach diety nie są rzetelne w związku z tym, że suplementy diety nie podlegają regulacji ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2026 r. poz. 612) i nie jest wymagane wobec nich pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w tej ustawie, w związku z czym nie mają potwierdzonego składu. Suplementy diety podlegają natomiast regulacji ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448, z późn. zm.). Proponowane przepisy zagwarantują bezpieczeństwo uczestników eksperymentu badawczego przeprowadzanego z udziałem suplementu diety, gdyż każda partia badanego produktu będzie musiała spełniać wymagania jakościowe i ilościowe dotyczące substancji w nim zawartych potwierdzone przez certyfikowane laboratorium. Ponadto wpłynie to także pozytywnie na wiarygodność badań przeprowadzonych na takim produkcie.

Natomiast zmiany proponowane w art. 23a ust. 1 ustawy mają na celu ograniczenie możliwości przeprowadzania eksperymentów badawczych na określonych kategoriach osób, które są uznawane za szczególnie narażone na ograniczenie swobody w wyrażaniu zgody na udział w takim eksperymencie. Jedną z takich szczególnych kategorii są żołnierze, bez doprecyzowania konkretnej grupy żołnierzy, do których takie ograniczenie przeprowadzania eksperymentów badawczych się odnosi. Zatem z powyższego przepisu wynika całkowity zakaz

przeprowadzania jakichkolwiek eksperymentów badawczych z udziałem wszystkich żołnierzy, bez względu na ich hierarchiczną zależność ograniczającą swobodę dobrowolnego wyrażania zgody. Taka interpretacja przepisu może skutkować szeregiem negatywnych konsekwencji zarówno z perspektywy naukowej jak i indywidualnej żołnierzy. Powyższe może grozić także negatywnymi konsekwencjami dla systemu ochrony zdrowia Sił Zbrojnych, m.in. znaczne obniżenie standardów opieki zdrowotnej, opóźnienie w stosowaniu nowych metod leczenia, co może wpłynąć na zdrowie żołnierzy i ich gotowość do służby, jak również izolować wojsko od postępu medycznego, który jest niezwykle istotny ze względu na możliwość stosowania nowych rozwiązań medycznych na polu walki. Uniemożliwienie żołnierzom (bez względu na pozostawanie w zależności hierarchicznej, ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażenia zgody) udziału w eksperymencie badawczym jest sprzeczne z interesem tych osób i oznaczałoby uniemożliwienie rozwoju nauki medycyny skierowanego w stronę polepszenia ich życia i ułatwienia wykonywania służby. Należy mieć bowiem na względzie, że istotą art. 23a ust. 1 nowelizowanej ustawy nie jest wyłączenie z udziału w eksperymencie badawczym konkretnej grupy żołnierzy, lecz zapobieżenie wystąpienia sytuacji, w której żołnierze poddani eksperymentowi będą poddani mu z uwagi na wykorzystanie zależności służbowej. W związku z powyższym proponuje się zmianę art. 23a ust.1 pkt 3 ustawy polegającą na usunięciu kategorii żołnierzy z tego przepisu i pozostawieniu kategorii osób pozostających w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody, w którą to kategorię żołnierze również się wpisują.

Proponuje się również zmianę w art. 29 ust. 2d i 2e ustawy, która umożliwi właściwy nadzór nad prowadzeniem eksperymentu medycznego, co do którego komisja bioetyczna wyraziła pozytywną zgodę. W przypadku uchybień polegających na stwierdzeniu prowadzenia eksperymentu medycznego niezgodnie z wnioskiem, komisja bioetyczna będzie obowiązana do uchylenia pozytywnej opinii i w jej miejsce wydania negatywnej uchwały o projekcie eksperymentu medycznego. Wprowadzenie proponowanego przepisu pozwoli na lepszą ochronę uczestników eksperymentu medycznego przed działaniami zagrażającymi zdrowiu i życiu.

Dodatkowo proponuje się rozszerzenie kompetencji Odwoławczej Komisji Bioetycznej o możliwość prowadzenia postępowania skutkującego uchyleniem pozytywnej uchwały komisji bioetycznej na podstawie doniesienia o powstaniu uzasadnionego podejrzenia o naruszeniu zasad etycznych w toku prowadzenia eksperymentu medycznego, zagrażających życiu i

zdrowiu pacjenta. Doniesienie o podejrzeniu naruszenia zasad etycznych mogą zgłaszać do Odwoławczej Komisji Bioetycznej minister właściwy do spraw zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Obywatelskich i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

Ponadto proponuje się również dodanie w art. 29 ust. 4a-4c ustawy, zgodnie z którymi przepisami komisja bioetyczna będzie powoływana na 4-letnią kadencję w liczbie od 11 do 15 członków. W skład komisji bioetycznej będą wchodzili przedstawiciele w dyscyplinie naukowej:

- nauki medyczne, nauki farmaceutyczne lub nauki o zdrowiu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny posiadający określone doświadczenie zawodowe oraz doświadczenie w prowadzeniu badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;

- filozofia, nauki teologiczne, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny oraz określone doświadczenie zawodowe i wiedzę w zakresie bioetyki,

- nauki prawne, mających określone doświadczenie zawodowe w zakresie stosowania prawa medycznego oraz

- przedstawiciel stowarzyszeń działających na rzecz praw pacjenta posiadający doświadczenie w prowadzeniu projektów dotyczących praw pacjenta.

Podobne rozwiązania zaproponowano w art. 29 ustawy poprzez dodanie ust. 6a i 6b w odniesieniu do Odwoławczej Komisji Bioetycznej – Komisja ta będzie powoływana na 4-letnią kadencję w liczbie od 5 do 13 członków. W skład Odwoławczej Komisji Bioetycznej również wchodziliby przedstawiciele analogicznych dyscyplin naukowych, jak w przypadku komisji bioetycznych. Ponieważ postępowanie przed Odwoławczą Komisją Bioetyczną dotyczy projektów badań ocenionych przez komisję bioetyczną i jego przedmiotem są uchwały komisji bioetycznych, nie proponuje się udziału w niej przedstawiciela stowarzyszeń działających na rzecz praw pacjenta.

Ponadto proponowane jest dodanie pkt 14a w art. 29 ustawy mające na celu zwiększenie transparentności eksperymentów medycznych, na które zostały udzielone zgody komisji bioetycznych. Komisja bioetyczna po wydaniu uchwały o pozytywnej opinii o projekcie eksperymentu będzie zobowiązana do publikacji na swojej stronie internetowej informacji

zawierającej co najmniej tytuł projektu eksperymentu medycznego, nazwę podmiotu, w którym eksperyment medyczny ma być realizowany oraz okresu jego realizacji. Pozwoli to na weryfikację przez osoby, które będą mogły wziąć udział w eksperymencie, czy badanie zostało zaopiniowane przez komisję bioetyczną. Ponadto pozwoli to na weryfikację przez innych badaczy, jakie eksperymenty medyczne są aktualnie prowadzone i czy eksperyment o analogicznych założeniach nie jest już prowadzony w innym ośrodku badawczym.

II. Zmiany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2025 r. poz. 254)

Proponowana zmiana ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia zakłada:

1) wprowadzenie limitu dwóch następujących po sobie kadencji na stanowisku konsultanta;

2) doprecyzowanie przesłanek odwołania konsultanta z pełnionej funkcji;

3) usuniecie przepisów zobowiązujących do powołania konsultanta na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy w określonych sytuacjach;

4) ograniczenie liczby opinii konsultantów krajowych dotyczących zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych.

Pierwsza zmiana zakłada wprowadzenie liczby kadencji na stanowisku konsultanta. Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia kadencja konsultanta trwa 5 lat, nie określając limitu tych kadencji. Wobec czego jedna osoba może być powoływana wielokrotnie i w konsekwencji pełnić funkcję konsultanta w danej dziedzinie np. 20 lat. Dlatego też proponuje się wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym ta sama osoba będzie mogła pełnić funkcję konsultanta nie więcej niż przez dwie następujące po sobie kadencje.

Funkcja konsultanta ma charakter ekspercki i opiniodawczy, jednak wiąże się również z istotnym wpływem na kształtowanie polityki w danej dziedzinie. Wprowadzenie limitu kadencji zapobiegnie nadmiernej koncentracji tej funkcji w rękach jednej osoby przez zbyt długi czas oraz będzie sprzyjało rotacyjności i otwartości systemu na nowych ekspertów. Rozwiązanie takie wzmocni transparentność systemu oraz ograniczy ryzyko powstawania nieformalnych zależności środowiskowych. Ograniczenie sprawowania funkcji konsultanta do

dwóch następujących po sobie 5-letnich kadencji stworzy realną przestrzeń do włączania kolejnych specjalistów w proces opiniowania i kształtowania danej dziedziny, a tym samym będzie sprzyjało usprawnianiu rozwiązań w danej dziedzinie oraz wprowadzaniu nowych.

Dwie kadencje zapewniają odpowiedni czas na realizację przejętych założeń merytorycznych, wdrożenie planów oraz zapewnienie ciągłości działań. Jednocześnie limit ten gwarantuje, że funkcja nie będzie sprawowana w sposób de facto stały. Ponadto ograniczenie liczby kadencji stanowi utrwalony mechanizm w systemie prawa publicznego stosowany w odniesieniu do wielu funkcji o charakterze publicznym i opiniodawczym. Wprowadzenie analogicznego rozwiązania w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia wzmocni standardy dobrego zarządzania i przejrzystości życia publicznego a okresowa zmiana osoby pełniącej funkcję konsultanta zwiększy społeczne zaufanie do bezstronności i niezależności tej funkcji. Mechanizm ten ograniczy ryzyko utożsamiania danej dziedziny z jedną osobą oraz wzmocni poczucie otwartości systemu.

Druga z proponowanych zmian dotyczy rozdzielenia jednej z przesłanek odwołania konsultanta z pełnionej funkcji. Zgodnie z art. 7 ust. 2 pkt 2 powyższej ustawy organ odwołuje konsultanta przed upływem kadencji, jeżeli w ocenie tego organu konsultant nie realizuje powierzonych mu zadań i uprawnień lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie. Łączenie dwóch niezależnych podstaw odwołania w jednym przepisie może prowadzić do wątpliwości interpretacyjnych w szczególności co do tego czy przesłanki te mają charakter łączny (kumulatywny) czy rozłączny (alternatywny). Rozdzielenie powyższej przesłanki na dwie odrębne wyeliminuje ryzyko błędnej wykładni oraz zwiększy czytelność przepisu. Funkcja konsultanta ma charakter ekspercki i wymaga zapewnienia stabilności wykonywania zadań. Nieprecyzyjne sformułowanie podstaw odwołania może prowadzić do arbitralnego stosowania przepisów. Wyodrębnienie dwóch przesłanek wzmocni gwarancyjny charakter regulacji, umożliwi jednoznaczne ustalenie, która konkretnie przesłanka stanowiła podstawę decyzji o odwołaniu, co sprzyja transparentności działania organu powołującego konsultanta.

W przypadku ewentualnej kontroli sądowej lub administracyjnej decyzji o odwołaniu konsultanta jednoznaczne wskazanie konkretnej, wyodrębnionej przesłanki umożliwia skuteczną kontrolę tej decyzji. Rozdzielenie przesłanek pozwala na precyzyjne uzasadnienie decyzji, ogranicza ryzyko podważenia aktu odwołania z przyczyn formalnych, sprzyja

realizacji konstytucyjnej zasady praworządności i przejrzystości działania organów władzy publicznej.

W obowiązującym ustawodawstwie standardem jest formułowanie odrębnych podstaw odwołania w osobnych punktach lub ustępach, np. w regulacjach dotyczących innych funkcji publicznych. Przyjęcie analogicznego rozwiązania w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia zapewni spójność systemową i jednolitość techniki legislacyjnej. Zmiana ta ma charakter doprecyzowujący i porządkujący, nie modyfikuje merytorycznego zakresu przesłanek odwołania lecz poprawia jakość regulacji prawnej.

Kolejna zmiana polega na uchyleniu art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, który przewiduje możliwość powołania konsultanta z pominięciem procedur określonych w art. 4 (powołanie konsultanta krajowego) i art. 6 (powołanie konsultanta wojewódzkiego) powyższej ustawy w przypadku odwołania konsultanta z określonych przyczyn albo jego śmierci. Zgodnie z przepisami powołanie w tym trybie następuje na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy.

Utrzymywanie szczególnego trybu powoływania konsultanta stanowi odstępstwo od zasad ogólnych, które zapewniają transparentność, udział środowisk eksperckich oraz jednolite standardy obsadzania funkcji konsultanta. Konsultanci w ochronie zdrowia wykonują zadania o istotnym znaczeniu opiniodawczo-doradczym, dlatego każdorazowe powołanie powinno odbywać się w trybie gwarantującym zachowanie tych samych wymogów proceduralnych, niezależnie od przyczyny zwolnienia stanowiska. Przepis art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia ogranicza przejrzystość procesu powoływania oraz stwarza ryzyko instrumentalnego stosowania uproszczonego trybu, co może osłabiać stabilność i niezależność funkcji konsultanta. Jednocześnie brak jest wystarczających argumentów przemawiających za koniecznością utrzymywania odrębnego trybu „awaryjnego”, gdyż procedury przewidziane w art. 4 i art. 6 tej ustawy pozwalają na sprawne powołanie nowego konsultanta. Dodatkowo wskazać należy, że w praktyce osoby powołane do pełnienia funkcji konsultanta w oparciu o ten przepis są po upływie tego 6-miesięcznego terminu powoływane na pełną, 5-letnią kadencję.

Zatem uchylenie przedmiotowego przepisu przyczyni się do uporządkowania regulacji, wzmocnienia zasady równości i przejrzystości oraz zapewnienia jednolitych standardów powoływania konsultantów w ochronie zdrowia.

Ostatnia zmiana w tej ustawie polega na ograniczeniu liczby opinii wydawanych przez konsultantów krajowych dotyczących zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych.

Przewidziana w art. 13 ust. 2 lit. b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia częstotliwość składania wspomnianych opinii jest duża, co generuje niepotrzebną pracę po stronie konsultantów krajowych – konsultanci w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych (83 takie dziedziny) zobowiązani są do przedkładania powyższych opinii 2 razy do roku na 45 dni przed terminem rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich i lekarsko dentystycznych. Dotychczasowa analiza przedkładanych opinii wskazuje, że co do zasady opinie te są przydatne głównie przy przydzielaniu miejsc specjalizacyjnych w jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym, które jest dużo większe niż postępowanie przeprowadzane na wiosnę. Opinia składana przez konsultantów przed wiosennym postępowaniem kwalifikacyjnym jest często powieleniem opinii złożonej przed postępowaniem jesiennym. Wobec czego opinie składane przed mniejszym postępowaniem kwalifikacyjnym mają marginalne znaczenie przy podziale miejsc specjalizacyjnych. Należy mieć jednak na względzie, że w związku z planowanym skróceniem stażu podyplomowego do 6 miesięcy, to postępowanie wiosenne będzie tym większym postępowaniem kwalifikacyjnym, ze względu na fakt, że lekarze co do zasady rozpoczynają szkolenie specjalizacyjne bezpośrednio po ukończeniu stażu podyplomowego (zgodnie z nowymi zasadami większość stażystów będzie zaczynała staż w październiku i kończyła go w marcu). W związku z tym to opinia konsultantów złożona przed postępowaniem wiosennym będzie miała decydujące znaczenie.

Należy również wskazać, że konieczność zmniejszenia ilości dokumentów składanych przez konsultantów krajowych wynika z zaleceń pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli do kontroli P/22/047 - Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia.

W związku z powyższym proponuje się, aby konsultanci krajowi opinię dotyczącą zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych składali raz w roku do dnia 15 stycznia, czyli przed wiosennym postępowaniem kwalifikacyjnym, które po skróceniu stażu podyplomowego będzie głównym postępowaniem kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie.

Dzięki proponowanym zmianom konsultanci krajowi będą mogli więcej czasu poświęcić na inne zadania, w szczególności z zakresu dbania o jakość kształcenia specjalizacyjnego lekarzy.

III. Zmiany w ustawie z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.)

W ustawie z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich proponuje się dodanie w art. 82 ust. 3 oraz zmianę w art. 113 ust. 1.

Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów sygnalizował potrzebę dokonania zmiany ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich w zakresie przepisów regulujących instytucję mediacji. Postulaty formułowane przez samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów uzyskały poparcie Rzecznika Praw Obywatelskich, w szczególności w zakresie możliwości uczestnictwa w mediacji na wcześniejszym etapie postępowania, a także możliwości umorzenia postępowania w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej, pojednania się z pokrzywdzonym i naprawienia szkody lub zadośćuczynienia wyrządzonej krzywdzie.

Mediacja, będąca zorganizowanym, poufnym postępowaniem, do którego strony przystępują dobrowolnie z udziałem bezstronnego i neutralnego mediatora, pozwala na osiągnięcie akceptowalnego przez obie strony rozwiązania konfliktu - takiego, które nie byłoby możliwe w toku postępowania przed sądem lekarskim. Mediacja umożliwia nie tylko rozwiązanie konfliktu, ale także pozwala na poprawę relacji uczestników postępowania, zmianę sposobu myślenia o konflikcie i zaistniałej sytuacji, co może mieć niezwykle istotne znaczenie. Ponadto mediacja w znacznym stopniu skraca czas postępowania.

Aktualnie kwestie związane z mediacją w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów zostały uregulowane w art. 113 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. W art. 113 ust. 1 tej ustawy wskazano, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed tym sądem może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.

W aktualnym stanie prawnym możliwe jest skierowanie sprawy do mediacji, dopiero po przedstawieniu lekarzowi zarzutów - nie ma możliwości skierowania do mediacji „pokrzywdzonego” i „lekarza, którego dotyczy postępowanie”. Powyższy przepis przewiduje, że postępowanie mediacyjne nie powinno trwać dłużej niż 2 miesiące, a jego okresu nie wlicza się do czasu trwania postępowania wyjaśniającego. W art. 113 ust. 3 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wskazuje się, że rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora. Mediatorem nie

może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego. W świetle przepisu art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich postępowanie mediacyjne jest prowadzone we właściwej terenowo izbie lekarskiej. Jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 40-42 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2026 r. poz. 490, z późn. zm.), zwanej dalej „k.p.k.", w stosunku do mediatora lub jeżeli pokrzywdzony lub obwiniony wnioskuje o wyznaczenie innego mediatora, postępowanie jest prowadzone w izbie lekarskiej wskazanej przez organ kierujący sprawę do postępowania mediacyjnego. Zgodnie z art. 113 ust. 5 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich mediator sporządza, po przeprowadzeniu postępowania mediacyjnego, sprawozdanie z jego przebiegu i wyników, które dołącza się do akt sprawy. W art. 113 ust. 6 powyższej ustawy przewidziano, że do postępowania mediacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy k.p.k. dotyczące postępowania mediacyjnego.

Aktualnie przepisy nie wskazują wprost konsekwencji prawnych zawarcia ugody przed mediatorem. W związku z tym na podstawie art. 112 pkt 2 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich zastosowanie znajduje przepis art. 53 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383, z późn. zm.), zwanej dalej „k.k.", zgodnie z którym sąd lekarski wymierzając karę, bierze pod uwagę między innymi pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji pomiędzy pokrzywdzonym a sprawcą. Tak więc w obecnym stanie prawnym jedyną konsekwencją wynikającą z zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej w toku postępowania będzie możliwość złagodzenia kary wymierzonej przez sąd lekarski.

Z informacji przekazanych przez Naczelną Izbę Lekarską wynika, że mimo licznych zalet mediacji, jej wykorzystanie w praktyce pozostaje marginalne - w latach 2010-2021 skierowano do mediacji jedynie 105 spraw. Co istotne, aż w 70% przypadkach spraw skierowanych do mediacji, doszło do zawarcia ugody przed mediatorem. Naczelna Izba Lekarska wskazała istotne wnioski z konsultacji z pacjentami, lekarzami, rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, członkami sądów lekarskich, mediatorami izb lekarskich. Naczelna Izba Lekarska wskazała, iż ograniczone stosowanie mediacji wynika przede wszystkim z braku możliwości prowadzenia mediacji na wcześniejszym etapie postępowania, a także faktu, że przepisy nie przewidują wprost konsekwencji prawnych zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej.

Z informacji przekazanych przez Naczelną Izbę Lekarską wynika, że liczba mediacji w izbach lekarskich byłaby większa, gdyby przewidziana została przez ustawodawcę, po pierwsze, możliwość uczestnictwa w mediacji na wcześniejszym etapie postępowania i po

drugie, możliwość umorzenia postępowania w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej, pojednania się z pokrzywdzonym i naprawienia szkody lub zadośćuczynienia wyrządzonej krzywdzie. Należy zauważyć, że wprowadzany przepis miałby charakter ius dispositivum - decyzja o umorzeniu postępowania należałaby zawsze do organu prowadzącego postępowanie. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski każdorazowo oceniając charakter sprawy, rozmiar wyrządzonej szkody, postawę lekarza mógłby ocenić, czy uzasadnione będzie umorzenie postępowania. Warunkiem umorzenia postępowania byłoby pojednanie się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i jednocześnie naprawienie szkody lub zadośćuczynienie wyrządzonej krzywdzie.

Wprowadzona regulacja kładłaby nacisk na ideę sprawiedliwości naprawczej, koncentrującej się na zaspokojeniu interesów pokrzywdzonego. Pokrzywdzony otrzymywałby jeszcze jedną szansę skutecznej ochrony jego dobra prawnego. Za w pełni zasadną należy uznać także możliwość wcześniejszego prowadzenia mediacji - na etapie poprzedzającym przedstawienie zarzutów - co pozwoliłoby na mediacje na wcześniejszym etapie konfliktu, zanim dochodzi do eskalacji.

Mając powyższe argumenty na uwadze, proponuje się dodanie w art. 82 ust. 3. Przepis ten zapewni możliwość polubownego zakończenia postępowania - pod warunkiem spełnienia przesłanek naprawienia szkody i pojednania się stron. Rozwiązanie to uwzględnia interes pokrzywdzonego, zachowując jednocześnie kompetencje decyzyjne po stronie organu prowadzącego postępowanie. Regulacja miałaby charakter fakultatywny (ius dispositivum) - decyzja o umorzeniu postępowania każdorazowo należałaby do organu prowadzącego postępowanie, który w toku oceny powinien uwzględniać między innymi: charakter sprawy, rodzaj przewinienia zawodowego, postawę lekarza, ewentualną uprzednią karalność za podobne przewinienia, jak również postawę pokrzywdzonego. Zagadnienie to było również przedmiotem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 13/19/VIII z dnia 28 czerwca 2019 r., w którym wyrażono krytykę wobec nieuwzględnienia w projektowanych zmianach przepisów umożliwiających umorzenie postępowania po zawarciu ugody mediacyjnej.

Ponadto proponuje się nadanie nowego brzmienia art. 113 ust. 1 powyższej ustawy. Wprowadzenie możliwości mediacji na wcześniejszym etapie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej może ułatwić rozwiązanie sporu oraz pozytywnie wpłynąć na relacje między stronami. Ma to istotne znaczenie, w szczególności w sprawach dotyczących konfliktów między lekarzami lub lekarzami a osobami wykonującymi inne zawody medyczne.

Ugoda wypracowana w toku mediacji często pozwala na rozwiązanie sporu w sposób akceptowalny dla obu stron, co ma szczególne znaczenie dla funkcjonowania zespołów medycznych, gdzie jakość współpracy bezpośrednio przekłada się na jakość świadczeń zdrowotnych.

IV. Zmiany w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571, z późn. zm.)

Najważniejsze zmiany w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce należy to:

1) wskazanie przesłanek odmowy udzielenia kredytu na studia medyczne przez bank (art. 103a ust. 8a);

2) zniesienie obowiązku dotyczącego tzw. „równości" semestralnych transz kredytu na studia medyczne, czyli wprowadzenie możliwości dostosowania transz kredytu do rzeczywistych opłat obowiązujących w danej uczelni, tak aby w sytuacji, gdy opłaty za usługi edukacyjne w poszczególnych semestrach nie są równe, studenci realizujący kształcenie w tych uczelniach, mogli skorzystać z większej niż dotychczas wysokości kredytu na studia medyczne (art. 103b ust.1);

3) wprowadzenie możliwości rozłożenia spłaty kredytu na studia medyczne na raty, w przypadku studenta skreślonego z listy studentów, któremu bank wypowiedział umowę kredytu na studia medyczne, na okres nie dłuższy niż 12 lat (art. 100b ust. 9a);

4) zmiana sposobu liczenia oprocentowania kredytów na studia medyczne (art. 103c ust. 4-6);

5) wprowadzenie możliwości rezygnacji z części kredytu na studia medyczne w czasie trwania studiów w sytuacji zmiany kierunku studiów przez kredytobiorcę ze studiów odpłatnych na kierunku lekarskim na studia nieodpłatne na kierunku lekarskim, przy jednoczesnym zachowaniu obowiązku odpracowania okresu studiów, który został sfinansowany z kredytu na studia medyczne (art. 103ca).

W celu uczynienia procesu udzielania kredytów na studia medyczne jeszcze bardziej transparentnym, przy jednoczesnym zachowaniu możliwie szerokiego dostępu do możliwości ubiegania się o kredyty na studia medyczne przez studentów kierunku lekarskiego (studia odpłatne w języku polskim) w projekcie przewidziano przypadki, w których bank odmówi udzielenia kredytu na studia medyczne lub pozostawi wniosek o kredyt na studia medyczne bez rozpatrzenia.

Jednocześnie należy wskazać, że przypadki, w których bank odmawia kredytu na studia medyczne, choć w praktyce mają charakter incydentalny, to jednak wprowadzenie ich do przepisów ustawy jest niezbędne dla uporządkowania procesu udzielenia kredytów oraz zachowania transparentności procesu udzielania kredytów na studia medyczne.

Proponowane zmiany przewidują trzy przypadki, w których bank odmówi udzielenia kredytu na studia medyczne.

Pierwszy przypadek w którym bank odmówi udzielenia kredytu na studia medyczne dotyczy sytuacji, w której wniosek o kredyt na studia medyczne został złożony przez studenta do banku w okresie: 1) powtarzania przez niego semestru albo roku akademickiego, 2) korzystania przez niego z urlopu od zajęć w uczelni lub innej przerwy zgodnej z regulaminem studiów; 3) zawieszania go w prawach studenta lub obejmuje opłaty za usługi edukacyjne wniesione przez studenta, w związku wystąpieniem powyższych okoliczności. W przypadku ustania wskazanych przyczyn odmowy udzielenia kredytu na studia medyczne ubieganie się o kredyt na studia medyczne przez studenta będzie możliwe.

Drugi przypadek dotyczy sytuacji, w której weryfikacja wiarygodności kredytowej wnioskodawcy (weryfikacja przez bank historii spłaty zobowiązań innych niż kredyt na studia medyczne) dokonanej na podstawie informacji dostępnej w wewnętrznych lub zewnętrznych bazach danych banku udzielonej przez instytucje, o których mowa w art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (Dz. U. z 2026 r. poz. 38, z późn. zm.) będzie negatywna. Należy wskazać, że powyższa zasada stanowi standardową procedurę postępowania przez banki i inne instytucje finansowe w procesie ubiegania się przez konsumentów o kredyty lub pożyczki, zatem zastosowanie tego rozwiązania w odniesieniu do kredytów na studia medyczne wpisuje się w ogólnie przyjęty standard w tym zakresie. Przy czym należy wyraźnie wskazać, że zasada braku weryfikacji zdolności kredytowej przez bank (brak weryfikacji zdolności do spłaty zaciągniętego kredytu wraz z odsetkami) wobec studentów ubiegających się o kredyt na studia medyczne zostanie zachowana i nie ulegnie zmianie.

Trzeci przypadek, w którym bank odmówi udzielenia kredytu będzie dotyczył sytuacji, w której najpóźniej w dniu zawarcia umowy kredytu na studia medyczne wnioskodawca nie uzyskał pełnoletności lub nie przedstawił zgody sądu opiekuńczego, o której mowa w art. 101 § 3 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2026 r. poz. 236) na zwarcie umowy kredytu na studia medyczne.

Dla zachowania przejrzystości oraz uporządkowania procesu udzielania kredytów na studia medyczne przewiduje się również sytuacje, w których bank pozostawi wniosek o udzielenie kredytu na studia medyczne bez rozpatrzenia. Powyższe stanowi uzupełnienie regulacji w tym zakresie i z pewnością usprawni proces udzielania kredytów na studia medyczne i rozstrzygnie wszelkie wątpliwości w tym zakresie. Bank pozostawi wniosek o kredyt na studia medyczne bez rozpoznania, gdy zostanie on złożony po upływie terminów przewidzianych do ubiegania się o kredyt na studia medycznych lub gdy zawierał braki formalne, jeżeli braki te nie zostały uzupełnione, pomimo wezwania do ich uzupełnienia w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania zawierającego pouczenie, że brak uzupełnienia spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Proponuje się również korzystne rozwiązanie z punktu widzenia studentów, którzy zobowiązani są wnosić opłaty za usługi edukacyjne w uczelniach, w których opłaty za poszczególne semestry studiów nie są równe, w 6-letnim cyklu kształcenia, polegające na usunięciu obowiązku dokonywania wypłaty kredytu przez bank na rachunek bankowy uczelni „w równych” transzach semestralnych. Dotychczas w takich przypadkach stosowana była zasada ustalania wysokości kredytu jako wielokrotności transzy równej najniższej opłacie wskazanej w zaświadczeniu wystawionym studentowi przez uczelnię, ubiegającemu się o kredyt na studia medyczne, przy uwzględnieniu maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne rozpoczęte w danym roku akademickim.

W świetle powyższego należy stwierdzić, że aktualne brzmienie przepisu regulującego wspomnianą kwestię, czyli art. 103b ust. 1 zmienianej ustawy, w omawianej sytuacji w praktyce niekorzystnie wpływa na wielkość udzielonego kredytu na studia medyczne, uniemożliwiając realizację wypłat przez bank w nierównych transzach. Takie rozwiązanie nie jest korzystne z punktu widzenia części studentów (realizujących kształcenie w uczelniach, w których opłaty za poszczególne semestry nie są równe), gdyż w praktyce oznacza, że mogą oni uzyskać niższą wysokość wsparcia oferowanego przez Państwo.

Wyżej wskazane rozwiązanie stanowi więc wyjście naprzeciw oczekiwaniom części studentów kredytobiorców, którzy nie mają wpływu na poziom zróżnicowania opłat za usługi edukacyjne w uczelniach w poszczególnych semestrach studiów przez co uzyskują niższy poziom wsparcia, tylko dlatego, że opłaty za usługi edukacyjne w danej uczelni nie są równe.

Kolejną zmianą korzystną z punktu widzenia kredytobiorcy jest wprowadzenie możliwości złagodzenia negatywnych skutków prawnych związanych z wypowiedzeniem

umowy kredytu i obowiązkiem spłaty kredytu na studia medyczne, w sytuacji skreślenia kredytobiorcy z listy studentów.

Dotychczas w sytuacji skreślenia z listy studentów kredytobiorca zobowiązany był spłacić całość kapitału wypłaconego przez bank, z tytułu udzielonego kredytu na studia medyczne.

W związku z faktem, że kredytobiorca skreślony z listy studentów, któremu bank wypowiedział umowę kredytu na studia medyczne, nie zawsze był w stanie uzyskać w krótkim czasie niezbędne środki w celu spłaty całości zaciągniętego zobowiązania, proponuje się zabezpieczenie jego interesu, poprzez umożliwienie mu rozłożenia przez bank spłaty kredytu na studia medyczne na raty. Przewiduje się, że wysokość spłacanych rat kredytu na studia medyczne oraz okres spłaty będą ustalane indywidualnie pomiędzy kredytobiorcą a bankiem, z zastrzeżeniem, że okres spłaty zobowiązania nie będzie mógł być dłuży niż 12 lat. Warunkiem sine qua non wprowadzonego rozwiązania będzie skierowanie przez kredytobiorcę, któremu bank wypowiedział umowę kredytu na studia medyczne, wniosku do banku, przed upływem terminu wypowiedzenia tej umowy, o rozłożenie spłaty kredytu na studia medyczne na raty. W przypadku wystąpienia przez kredytobiorcę z wnioskiem o rozłożenie spłaty kredytu na studia medyczne na raty bank rozłoży spłatę tego kredytu na raty na okres wskazany we wniosku przez kredytobiorcę, nie dłuższy niż 12 lat. Kredytobiorca ten rozpocznie spłatę kredytu na studia medyczne począwszy od pierwszego dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym kredytobiorca wystąpił z wnioskiem o rozłożenie spłaty tego kredytu na raty. W przypadku braku wystąpienia przez kredytobiorcę do banku z takim wnioskiem w wymaganym terminie (przed upływem okresu wypowiedzenia umowy kredytu na studia medyczne), kredytobiorca rozpocznie spłatę kredytu na studia medyczne, w zakresie kapitału wypłaconego przez bank na rachunek uczelni wraz z odsetkami, o których mowa w art. 103c ust. 6 pkt 1 projektu ustawy. Przewiduje się, że w okresie od upływu okresu wypowiedzenia umowy kredytu na studia medyczne oraz w okresie spłaty kredytu na studia medyczne w ratach Fundusz Kredytowania Studiów Medycznych nie będzie obciążany kosztami spłaty kapitału i odsetek pokrywanych przez kredytobiorcę.

Zmianą mającą na celu uczynienie instytucji kredytu na studia medyczne bardziej atrakcyjną jest wprowadzenie zmiany sposobu ustalania oprocentowania kredytu na studia medyczne, co pozwoli z jednej strony na zapewnienie rentowności produktu, która dotychczas nie była znaczna i nie motywowała banków do działań promocyjnych, z drugiej zaś – proponowane rozwiązanie, w związku z dalszym przewidywanym spadkiem wysokości stóp procentowych (w tym stopy redyskonta weksli), nie spowoduje wyższego obciążenia Funduszu

Kredytowania Studiów Medycznych niż ma to miejsce w obecnej sytuacji. Natomiast przyznanie bankom dowolności w kreowaniu marży (do poziomu 3 punktów procentowych) może powodować, że student będzie miał możliwość wyboru banku, który zaproponuje najkorzystniejsze oprocentowanie, a tym samym najniższe koszty kredytu (art. 103c ust. 5).

W związku z powyższym w celu uczynienia kredytu na studia medyczne jeszcze bardziej atrakcyjnym zarówno dla studentów, jak również dla banków, które dotychczas nie wyrażały znaczącego zainteresowania udzielaniem takich kredytów, proponuje się wprowadzenie zmiany (w art. 103c ust. 4-5 projektu ustawy) przewidującej, że wysokość oprocentowania kredytu na studia medyczne jest równa sumie marży banku oraz wysokości stopy redyskontowej weksli Narodowego Banku Polskiego. Zgodnie z projektem marża banku kredytującego wynosić będzie maksymalnie 3%.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, o których mowa w art. 103c ust. 4 ustawy wysokość oprocentowania kredytu na studia medyczne jest ustalana jako suma iloczynu stopy redyskonta weksli NBP i liczby 1,2 oraz marży banku wynoszącej 2%. Oznacza to, że wysokość oprocentowania kredytu uruchomionego począwszy od 5 marca 2026 r. wynosi 6,56 % w skali roku (1,2 x 3,80 wysokość stopy redyskonta weksli NBP obowiązująca od 5 marca 2026 r.+ marża 2%). Prognozowane stopy procentowe w ujęciu nominalnym operacji otwartego rynku (średnio w okresie) wynosić będą: w 2027 r. 3,5 p.p., w 2028 r. -3,5 p.p., 2029 r. – 3,5 p.p.) w skali roku. W przypadku zmaterializowania się tego scenariusza oprocentowanie kredytów na studia medyczne według zmienionego sposobu liczenia oprocentowania będzie kształtować się w następujący sposób: w 2027 r. – 6,5 % (3,50 wysokość stopy redyskonta weksli NBP obowiązująca w roku 2027 r.+ marża 3%), w roku 2028– 6,5% i 2029 – 6,5% w skali roku. Należy wskazać, że celem NBP jest ustabilizowanie inflacji na poziomie 2,5 proc. z dopuszczalnym przedziałem wahań +/- 1 punkt procentowy. Wejście proponowanej zmiany w życie w zakresie zmiany sposobu obliczenia oprocentowania nie spowoduje zatem wzrostu obciążenia dla Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych w sytuacji zmaterializowania się wskazanego scenariusza. Rada Polityki Pieniężnej (RPP) w 2025 r dokonała 6 obniżek stóp procentowych. W 2026 r. RPP dokonała dotychczas jednej obniżki o 25 pb., stopy redyskonta weksli. Wysokość oprocentowania kredytów na studia medyczne uzależniona jest między innymi od wysokości stopy redyskontowej weksli NBP. Decyzje RPP obniżające stopy procentowe, w tym stopę redyskontową weksli NBP wpływają na obniżenie kosztu oprocentowania kredytów na studia medyczne, zaś wprowadzenie nowego sposobu liczenia

oprocentowania kredytu na studia medyczne we wskazanym scenariuszu nie wygeneruje dodatkowych kosztów po stronie Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych.

W dodanym art. 103ca proponuje się wprowadzenie możliwości wystąpienia przez studenta do banku z wnioskiem o rezygnację z części kredytu na studia medyczne. Wspomniana rezygnacja z części kredytu na studia medyczne będzie mogła nastąpić wyłącznie pod warunkiem dochowania przez kredytobiorcę niezbędnych wymogów formalnych i dotyczyć będzie wyłącznie przypadku, w którym student kredytobiorca, uzyska zgodę rektora uczelni na przyjęcie na studia nieodpłatne w języku polskim, na kierunku lekarskim, przed upływem terminu wypowiedzenia umowy kredytu na studia medyczne, o którym mowa w art. 103b ust. 9. W powyższym przypadku kredytobiorca będzie mógł wystąpić do banku z wnioskiem o rezygnację z części kredytu na studia medyczne wyłącznie w zakresie, w którym nie nastąpiła wypłata kredytu na studia medyczne.

Warto zaznaczyć, że taka sytuacja jest korzystna dla kredytobiorcy, gdyż umożliwia kredytobiorcy uniknięcie negatywnych skutków prawnych wynikających z wypowiedzenia umowy kredytu na studia medyczne w sytuacji zmiany formy studiów, dając jednocześnie możliwość kontynuacji rozpoczętego kształcenia na studiach nieodpłatnych w języku polskim na kierunku lekarskim a następnie spełnienie warunków umorzenia kredytu na studia medyczne.

Warto również wskazać, że w obecnym stanie prawnym odsetki od udzielonych kredytów w okresie studiów oraz w okresie karencji w spłacie kredytu na studia medyczne (trwającego od 7 do 12 lat od ukończenia studiów) pokrywane są z FKSM. Natomiast wspieranie kredytobiorcy w sytuacji braku spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne, po upływie karencji w spłacie kredytu na studia medyczne (zgodnie z art. 103c ust. 6 pkt 1 w związku z art. 422a ust. 2 pkt 2 obowiązującej ustawy) poprzez pokrywanie połowy odsetek pochodzących ze środków Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych stanowi element kontrproduktywny względem celów stawianych w ustawie, gdyż zamiast zachęcać kredytobiorców do spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne stanowi element, który może potencjalnie ich zniechęcać do spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne. Obowiązujące rozwiązanie w powyższym zakresie należy uznać za propozycję zbyt daleko idącą, kontrproduktywną względem celów stawianych ustawie, dlatego wobec wprowadzenia rozwiązania w postaci możliwości rozłożenia spłaty kredytu na raty, za uzasadnioną należy uznać rezygnację z obowiązującego rozwiązania w powyższym zakresie. W sytuacji braku spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne przez

kredytobiorcę wprowadzone zmiany spowodują, że kredytobiorca będzie zobowiązany do ponoszenia pełnej wysokości oprocentowania kredytu na studia medyczne w okresie spłaty tego kredytu, a nie jak dotychczas połowy tego oprocentowania.

Przewiduje się, że wprowadzone rozwiązanie będzie miało zastosowanie co do zasady w odniesieniu do umów kredytu na studia medyczne, które zostały zawarte po wejściu proponowanej ustawy w życie. Jednak kredytobiorcy, którzy zawarli umowy przed wejściem projektowanej ustawy życie, a ich umowy nie zostały wypowiedziane będą mogli dokonać wyboru pomiędzy korzystaniem z praw i obowiązków wynikających z umów kredytu na studia medyczne zawartych przed wejściem w życie tej ustawy (brak obowiązku dokonywania przez kredytobiorcę jakichkolwiek czynności w zakresie zawartej uprzednio umowy kredytu na studia medyczne) a zwróceniem się do banku w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy o zmianę warunków umowy kredytu na studia medyczne na warunki o których mowa w ustawie zmienianej. Zmiana warunków umowy kredytu na studia medyczne następować będzie na wniosek kredytobiorcy złożony do banku i następować będzie w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania przez bank wniosku o zmianę warunków umowy kredytu na studia medyczne, poprzez zawarcie aneksu do tej umowy, z zastrzeżeniem, że nowowprowadzone zmiany w umowie kredytu zaczną obowiązywać od dnia zawarcia tego aneksu. Powyższe skutkować będzie brakiem możliwości stosowania nowowprowadzonych rozwiązań między innymi w zakresie zmiany sposobu obliczania wysokości oprocentowania kredytu na studia medyczne) ze wsteczną mocą obowiązywania.

Kredytobiorcy, którzy nie złożą wniosku do banku o zmianę warunków umowy kredytu na studia medyczne na warunki, o których mowa w ustawy zmienianej, w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy będą związani doczasowymi warunkami wynikającymi z zawartej uprzednio przez nich umowy kredytu na studia medyczne.

V. Zmiany w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 269), zwanej dalej „ustawą o CMKP

Proponuje się wprowadzenie zmian dotyczących dyrektora CMKP oraz pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi. Proponuje się także uchylenie przepisu, zgodnie z którym Rada Naukowa CMKP zatwierdza preliminarz przewidywanych przychodów i kosztów realizacji zadań CMKP oraz skorygowanie przepisu dotyczącego udzielania dotacji celowych CMKP.

W odniesieniu do dyrektora CMKP wskazać, należy, że brak jest przepisów, które umożliwiałby zatrudnienie osoby powołanej na stanowisko dyrektora CMKP również na stanowisku nauczyciela akademickiego CMKP.

Zgodnie z art. 6a ust. 1 pkt 1 ustawy o CMKP dyrektorem CMKP może być osoba, która spełnia wymagania określone w art. 20 ust. 1 pkt 1-5 i pkt 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, wykonuje zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) oraz posiada co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego. Powyższe wskazuje, że dyrektor CMKP de facto spełnia przesłanki do bycia nauczycielem akademickim. Ponadto, zgodnie z art. 6b ust. 4 ustawy o CMKP powołanie na stanowisko dyrektora CMKP skutkuje zatrudnieniem w CMKP jako w podstawowym miejscu pracy w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższymi i nauce. Niemniej jednak brak jest przepisów jednoznacznie wskazujących, że dyrektor CMKP może być także nauczycielem akademickim CMKP, a jest to istotne, ponieważ dyrektorem CMKP może zostać osoba, która nie ma nawiązanego stosunku pracy z CMKP.

Dlatego też, proponuje się zmianę art. 6b ustawy o CMKP, zgodnie z którą wybranego w drodze konkursu kandydata na dyrektora CMKP minister właściwy do spraw zdrowia będzie powoływał do pełnienia funkcji dyrektora CMKP a nie na stanowisko dyrektora CMKP. Projekt przewiduje, że osoba powołana do pełnienia funkcji dyrektora jest zatrudniana w CMKP na stanowisku nauczyciela akademickiego jako podstawowym miejscu pracy w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, nie później niż w dniu rozpoczęcia kadencji dyrektora. Ponadto, w celu uniknięcia wątpliwości w przyszłości, proponuje się dodanie przepisu wprost wskazującego, że z tytułu jednoczesnego zatrudnienia na stanowisku nauczyciela akademickiego i pełnienia funkcji dyrektora CMKP przysługuje jedno wynagrodzenie ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W zakresie powoływania dyrektora CMKP proponuje się także dodatnie przepisu, który będzie wskazywał, że w przypadku odwołania dyrektora CMKP przez ministra właściwego do spraw zdrowia z pełnionej funkcji, złożenia przez dyrektora CMKP rezygnacji z pełnienia funkcji lub śmierci dyrektora, nowy dyrektor CMKP będzie powoływany na okres do końca kadencji poprzedniego dyrektora. Jednocześnie proponuje się uzupełnienie listy przesłanek do odwołania dyrektora CMKP o podejmowanie przez niego działań niezgodnych z prawem, zasadami rzetelności, gospodarności, celowości.

Druga zmiana polega na zmianie art. 8a ust. 2 ustawy o CMKP, zgodnie z którą do wszystkich pracowników CMKP, a nie tylko do nauczycieli akademickich CMKP, będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższymi i nauce właściwe dla pracowników uczelni publicznej.

W aktualnej wersji ustawy o CMKP brakuje rozwiązania, zgodnie z którym do pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi stosuje się przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższymi i nauce właściwe dla pracowników uczelni publicznej. Zatem do tej kategorii pracowników zastosowanie mają wyłącznie przepisy kodeksu pracy. Natomiast przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w odniesieniu do wszystkich pracowników uczelni publicznych, określają składniki wynagrodzenia pracowników, dodatki do wynagrodzenia czy regulują także kwestie związane z przyznawaniem pracownikom nagród jubileuszowych czy dodatkowego wynagrodzenia rocznego. W związku z wprowadzeniem powyższej zmiany, pracownicy CMKP niebędący nauczycielami akademickimi odzyskają powyższe, dodatkowe uprawnienia finansowe. Zauważyć należy, że do dnia 31 grudnia 2024 r. obowiązywał art. 5 ustawy o CMKP, zgodnie z którym do pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższymi i nauce właściwe dla pracowników uczelni publicznych.

Trzecia zmiana polega na uchyleniu przepisu, zgodnie z którym Rada Naukowa CMKP zatwierdza preliminarz przewidywanych przychodów i kosztów realizacji zadań CMKP (art. 8a ust. 3 pkt 10 ustawy o CMKP). Propozycja usunięcia tego zadania wynika z faktu, iż Rada Naukowa CMKP również w tym samym trybie uchwala plan rzeczowo-finansowy CMKP – zatem preliminarz przewidywanych przychodów i kosztów realizacji zadań CMKP niepotrzebnie wprowadza dualizm pojęć, którymi posługuje się ustawa.

Kolejna zmiana polega na usunięciu z art. 10 ust. 2 pkt 2 ustawy o CMKP odniesienia do możliwości przyznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia dotacji celowej na zakup lub wytworzenie aparatury naukowo-badawczej oraz infrastruktury informatycznej o wartości nieprzekraczającej 500 000 zł. Aktualna konstrukcja przepisu budzi wątpliwości interpretacyjne w przypadku wnioskowania przez CMKP do ministra właściwego do spraw zdrowia o przyznanie dotacji celowej na zakup między innymi infrastruktury informatycznej o wartości powyżej 500 000 zł, która będzie miała zastosowanie do celów dydaktycznych oraz naukowych. Wątpliwości wynikały z wyłącznego prawa ministra właściwego do spraw

szkolnictwa wyższego i nauki do przyznawania CMKP dotacji celowej na inwestycje związane z działalnością naukową w zakresie aparatury naukowo-badawczej oraz infrastruktury informatycznej, o wartości przekraczającej 500 000 zł, zgodnie z art. 366 ust. 1 pkt 7a ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Proponowana zmiana umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przyznawanie dotacji celowych o wartości powyżej 500 000 zł na inwestycje w infrastrukturę informatyczną orz aparaturę naukowo-badawczą, które będą miały podwójne zastosowanie, czyli w działalności dydaktycznej oraz naukowej CMKP.

Przepisy przejściowe do zmian w ustawie o CMKP określają termin, w którym muszą dokonać się zmiany związane z wprowadzanymi zmianami w zakresie powoływania do pełnienia funkcji dyrektora CMKP i zatrudnienia tej osoby w CMKP jako w podstawnym miejscu pracy.

Przyjęte w projekcie ustawy rozwiązania będą miały wpływ na działalność dużych przedsiębiorstw, mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców. Dzięki skróceniu stażu podyplomowego lekarzy oraz zmianom w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie podmioty lecznicze borykające się z brakami kadrowymi wśród lekarzy pozyskają nowych pracowników, którzy zapewnią zastępowalność pokoleniową i zabezpieczą wykonywanie świadczeń zdrowotnych w tych podmiotach. Ponadto powstanie konieczność certyfikacji suplementów diety, które mają być wykorzystane w eksperymencie badawczym.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.)) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projektowana ustawa nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projektowane regulacje nie są sprzeczne z prawem UE.

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Analiza koncentrowała się na identyfikacji ryzyka i ocenie proporcjonalności projektowanych rozwiązań w kontekście celów regulacji. Zidentyfikowane obszary wynikające w szczególności z prowadzenia postępowań związanych z naborem na szkolenie specjalizacyjne lekarzy, naborem wniosków i przeprowadzaniem egzaminów lekarskich, prowadzeniem certyfikacji umiejętności lekarskich oraz realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy, zostały ograniczone przez zastosowanie adekwatnych środków organizacyjnych i technicznych, co pozwala stwierdzić, że projektowane regulacje nie powodują utrzymania się wysokiego ryzyka w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych.

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom UE, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanej ustawy umożliwiające osiągniecie zamierzonego celu.