

**Stanowisko ORL-4/2026/X**  
**Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**  
**z dnia 30 czerwca 2026 r.**

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

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, skierowanym do konsultacji publicznych w dniu 3 czerwca 2026 r. przy piśmie Pani Katarzyny Kęckiej, Podsekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia, znak RKL.U.0210.10.2025.GG, przedstawia poniższe stanowisko.

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (dalej: ORL WIL) popiera przewidzianą w projekcie ustawy likwidację jawnej bazy pytań LEK i LDEK oraz wprowadzenie przelicznika wagowego 0,7 dla wyników egzaminów przeprowadzanych z jawną bazą danych – oba rozwiązania mają uzasadnione podstawy merytoryczne i matematyczne.

Jednocześnie ORL WIL wyraża stanowczy sprzeciw wobec wszystkich pozostałych proponowanych zmian, uznając je za głęboko szkodliwe dla środowiska lekarskiego, systemu kształcenia, bezpieczeństwa prawnego lekarzy oraz polityki demograficznej i rodzinnej państwa.

Projekt, mimo deklarowanych celów poprawy jakości kształcenia i dostępności świadczeń, zawiera rozwiązania, które w rzeczywistości ograniczają prawa lekarzy, wprowadzają mechanizmy systemowej zależności od decyzji administracyjnych i kierowniczych, oraz penalizują wykonywanie uprawnień rodzicielskich. Dlatego w obecnym kształcie projekt uznajemy za niemożliwy do przyjęcia.

Poniżej przedstawiamy szczegółowe uwagi krytyczne wobec projektowanych rozwiązań:

**Dyskryminacja lekarzy-rodziców w trakcie rezydentur (art. 16i ust. 1d i 1e)**

Obowiązujące przepisy umożliwiają lekarzom-rodzicom dzieci do lat 8 rezygnację z realizacji dyżurów całodobowych bez konieczności ich uzupełniania przez okres

maksymalnie 2 lat. Rozwiązanie to stanowiło rozsądne wyważenie potrzeb szkoleniowych z prawem do sprawowania opieki rodzicielskiej w kluczowym okresie życia dziecka i lekarza-rodzica.

Projektowane przepisy art. 16i ust. 1d i 1e wprowadzają obowiązek uzupełnienia wszystkich dyżurów niezrealizowanych w trakcie tego okresu. Projekt zakłada ponadto, że rezydent musi ukończyć program specjalizacji w terminie do 2 lat od daty zdania egzaminu PES – pod rygorem uznania tego egzaminu za nieważny. Konsekwencja ta jest szczególnie dotkliwa i nieracjonalna: lekarka, która zda PES z wyróżnieniem, a następnie zajdzie w ciążę lub skorzysta z urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego czy wychowawczego na ostatnim roku specjalizacji, może utracić wynik wieloletniego wysiłku intelektualnego i zawodowego. Projekt w istocie zmusza ją do wyboru: albo rezygnacja z posiadania dziecka lub skrócenie urlopu macierzyńskiego do minimum, albo konieczność ponownego przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego. Jest to rozwiązanie nieakceptowalne etycznie, sprzeczne z polityką prorodzinną państwa i naruszające zasadę proporcjonalności – wynik egzaminu weryfikuje wiedzę i kompetencje, które nie znikają wskutek macierzyństwa.

**ORL WIL wskazuje, że powyższe regulacje:**

- **penalizują korzystanie z uprawnień rodzicielskich:** lekarz, który korzysta z prawa do opieki nad dzieckiem, zostaje de facto ukarany wydłużeniem czasu trwania specjalizacji i ryzykiem opóźnienia dalszego rozwoju zawodowego;
- **wywrą bezpośredni wpływ na decyzje prokreacyjne:** termin 2 lat od zdania PES pod rygorem unieważnienia egzaminu oraz obowiązek odrabiania dyżurów z okresu ciąży i macierzyństwa sprawi, że lekarki będą zmuszone do odraczania decyzji o posiadaniu dzieci na okres po zakończeniu całej specjalizacji. Należy uwzględnić, że średni wiek uzyskania specjalizacji lekarskiej wynosi obecnie ponad 35 lat. Z perspektywy planowania rodziny istotne jest, że płodność kobiet ulega naturalnym zmianom wraz z wiekiem, a częstość występowania niektórych schorzeń mogących utrudniać poczęcie lub przebieg ciąży wzrasta. Okoliczności te mogą wpływać na decyzje reprodukcyjne części lekarzy i lekarek oraz wymagać wsparcia diagnostycznego lub terapeutycznego. Rozwiązanie jest zatem wprost sprzeczne z oficjalną polityką prorodzinną państwa;
- **stanowią dyskryminację lekarek:** statystycznie to matki, nie ojcowie, częściej korzystają z uprawnień rodzicielskich – regulacja nieproporcjonalnie dotyka kobiet

w zawodzie, co może być kwalifikowane jako pośrednia dyskryminacja ze względu na płeć;

ORL WIL wzywa do bezwarunkowego zachowania dotychczasowego rozwiązania zwalniającego z konieczności odrabiania dyżurów związanych z macierzyństwem i opieką nad dzieckiem do lat 8 oraz dostosowania terminu po PES do realiów macierzyństwa – analogicznie do rozwiązań stosowanych w innych zawodach regulowanych.

### **Pełna kontrola ministerstwa nad kierowaniem rezydenta do placówek — naruszenie wolności wyboru zawodowego (art. 16c, art. 16f)**

Projekt zakłada, że lekarze zakwalifikowani na specjalizację w trybie rezydenckim są kierowani przez wojewodę do jednostek akredytowanych na obszarach wykazujących największe deficyty kadrowe w danej dziedzinie medycyny. Kryterium to zastępuje dotychczasową zasadę, zgodnie z którą pierwszeństwo wyboru miejsca rezydenckiego przysługiwało lekarzom z najwyższymi wynikami LEK/LDEK.

ORL WIL stwierdza, że regulacja ta:

- narusza prawo do wyboru miejsca pracy i prowadzi do quasi-administracyjnego "rozkazywania" lekarzom, gdzie mają zamieszkać i pracować przez kilka lat w zamian za nabycie kompetencji – w sposób niespotykany w żadnym innym zawodzie regulowanym w Polsce;
- ignoruje życie rodzinne lekarzy: rezydent posiadający partnera, dzieci, rodziców wymagających opieki, lub odbywający jednocześnie specjalizację w trybie pracy, może zostać skierowany do odległego ośrodka bez możliwości sprzeciwu, co bezpośrednio ingeruje w jego życie prywatne i rodzinne;
- przyniesie skutek odwrotny do zamierzonego: zamiast wypełnić braki kadrowe w deficytowych regionach, doprowadzi do masowych rezygnacji z trybu rezydenckiego lub wyjazdu lekarzy za granicę natychmiast po uzyskaniu dyplomu – co jest efektem obserwowanym historycznie za każdym razem, gdy państwo ograniczało mobilność zawodową młodych lekarzy;
- jest nieproporcjonalna: jedyną alternatywą wskazywaną przez projekt jest tryb pozarezydencki, który – jak wskazujemy w pkt 5 – obwarowany jest nowymi mechanizmami sprzyjającymi zjawisku nepotyzmu.

**Zdanie rezydenta na łaskę kierownika specjalizacji — "negatywna opinia predyspozycji" bez mechanizmu odwoławczego (art. 16m ust. 7d, art. 16e ust. 5)**

Projekt wprowadza obowiązek oceny predyspozycji lekarza do specjalizacji przez kierownika specjalizacji już po 6 miesiącach jej odbywania. Lekarz, który otrzyma negatywną ocenę, zostaje dożywotnio wykluczony z możliwości ponownej rekrutacji do danej specjalizacji w trybie rezydenckim.

ORL WIL wyraża zdecydowany sprzeciw wobec tej regulacji, wskazując, że:

- ocena jednej osoby – kierownika specjalizacji – nie może stanowić podstawy do definitywnego, nieodwracalnego zakończenia drogi zawodowej lekarza w danej dziedzinie; jest to naruszenie fundamentalnych zasad proporcjonalności i prawa do obrony;
- projekt nie przewiduje żadnej procedury odwoławczej – lekarz nie ma możliwości zakwestionowania negatywnej opinii przed niezależnym gremium, co czyni ją narzędziem arbitralnej władzy kierownika;
- w środowisku medycznym, gdzie relacja rezydenta z kierownikiem specjalizacji ma charakter silnie asymetryczny i hierarchiczny, istnieje realne ryzyko instrumentalizacji tej oceny: do wymuszenia wykonywania pracy niezgodnej z programem specjalizacji, do eliminowania lekarzy "niepokornych", do ukrytych działań motywowanych osobistymi animozjami lub interesem obsadzenia stanowiska inną osobą;
- regulacja narusza art. 65 ust. 1 Konstytucji RP gwarantujący wolność wyboru i wykonywania zawodu – przeszkody w wykonywaniu zawodu muszą wynikać z ustawy i być proporcjonalne, a dożywotnie wykluczenie ze specjalizacji na podstawie jednorazowej opinii kierownika żadnego z tych warunków nie spełnia.

ORL WIL domaga się usunięcia tego przepisu w całości lub – co minimum – wprowadzenia wieloinstancyjnej procedury odwoławczej przed niezależną komisją z udziałem samorządu lekarskiego.

**Zakaz zmiany miejsca specjalizacji bez utraty trybu rezydenckiego (art. 16h ust. 8 i 9)**

Projekt uniemożliwia zmianę miejsca realizacji szkolenia specjalizacyjnego z zachowaniem miejsca rezydenckiego z wyjątkiem dwóch skrajnych sytuacji: formalnej likwidacji jednostki szkoleniowej albo stwierdzenia przez wojewodę "poważnych naruszeń praw pracowniczych" w jednostce. Obie przesłanki są w praktyce niemal nieosiągalne.

**ORL WIL wskazuje, że:**

- w obecnej rzeczywistości wielu podmiotów szkoleniowych dochodzi do znaczących uchybień i naruszeń procedur, wobec których Ministerstwo Zdrowia i organy nadzorcze wykazują bierność – dobitnym przykładem jest szkolenie z psychiatrii, gdzie większość lekarzy sprawuje nadzór nad oddziałami niezgodnymi z programem specjalizacji, nie mając dostępu do wsparcia bardziej doświadczonego specjalisty, kierowanie rezydenta na dyżury w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć.
- przyczyny uzasadniające zmianę placówki mogą być zupełnie inne niż formalne naruszenia prawa: niska jakość kształcenia, mobbing, toksyczna atmosfera pracy, choroba lekarza lub członka jego rodziny, plany macierzyńskie – żadna z tych sytuacji nie uprawnia do zmiany w świetle nowych przepisów;
- skalę zjawiska wymiany placówki ocenia się na 5–10% lekarzy w skali 5 lat specjalizacji – nie jest to zjawisko zagrażające stabilności systemu, które wymagałoby tak drastycznych ograniczeń;
- projekt przyznaje jednocześnie sankcje za niepodjęcie pracy we wskazanym miejscu rezydenckim (patrz pkt 5), co tworzy potrzask: lekarz ani nie może zmienić miejsca szkolenia, ani nie może odmówić podjęcia pracy w jednostce, do której go skierowano, bez utraty trybu rezydenckiego.

**Wykluczenie z rekrutacji rezydenckiej przy niepodjęciu pracy we wskazanym miejscu (art. 16cd ust. 7 i 11)**

Projekt przewiduje, że lekarz, który nie podejmie pracy w miejscu rezydenckim przyznawanym mu przez system (tj. nie podejmie pracy wskazanej przez wojewodę w jednostce deficytowej), zostaje wykluczony z kolejnej rekrutacji rezydenckiej na 1,5 roku.

**ORL WIL stwierdza, że sankcja ta:**

- w połączeniu z jednoczesnym uniemożliwieniem swobodnej zmiany miejsca szkoleniowego, prowadzi do pułapki prawnej: lekarz musi przyjąć wskazane miejsce rezydenckie, a jeśli rezygnuje – zostaje wypchnięty z systemu na 1,5 roku;
- doprowadzi do dramatycznego wzrostu liczby lekarzy bez specjalizacji, co stoi w sprzeczności z oficjalnym celem projektu, jakim jest zwiększenie dostępności specjalistów;
- spowoduje falę emigracji medycznej – młodzi lekarze, postawieni przed wyborem między obowiązkową pracą w odległej miejscowości a sankcją zawodową, będą wybierać wyjazd za granicę;
- narusza zasadę proporcjonalności i swobodę wyboru zawodu. Lekarze ze specjalizacją z krajów Unii Europejskiej są poszukiwani na rynkach europejskich – Polska traci ich bezpowrotnie.

### **Powrót do nepotyzmu w trybie pozarezydenckim**

Projekt zmienia zasady naboru w trybie pozarezydenckim, przyznając jednostkom akredytowanym możliwość samodzielnego wydzielania miejsc szkoleniowych i samodzielnego prowadzenia naboru na te miejsca – bez postępowania kwalifikacyjnego opartego na wynikach egzaminów.

### **ORL WIL wyraża poważne zastrzeżenia wobec tej regulacji:**

- eliminacja obiektywnych kryteriów naboru (wyniki egzaminów) na rzecz decyzji kierownictwa jednostki otwiera drzwi do nepotyzmu, kumoterstwa i promowania kandydatów z "właściwych" znajomości rodzinnych lub korporacyjnych;
- historia polskiej ochrony zdrowia zna te mechanizmy doskonale – to właśnie walka z nimi była jednym z powodów wprowadzenia przejrzystego systemu kwalifikacyjnego opartego na wynikach LEK/LDEK; powrót do stanu sprzed reformy byłby krokiem głęboko wstecz;
- w dobie kryzysu demograficznego i ogromnego wysiłku wkładanego przez państwo w kształcenie lekarzy ze środków publicznych, umożliwienie obsadzania miejsc szkoleniowych metodą "po znajomości", będącą daleko poza zasięgiem mechanizmów kontroli zewnętrznej, jest marnotrawstwem zasobów publicznych i niesprawiedliwością systemową wobec absolwentów, którzy zainwestowali wysiłek w wyniki egzaminów.

### **Skrócenie stażu podyplomowego do 6 miesięcy – grożący niedobór podstawowych kompetencji (art. 15 ust. 7)**

Projekt przewiduje skrócenie stażu podyplomowego lekarzy z 13 do 6 miesięcy. Ministerstwo Zdrowia uzasadnia tę zmianę koniecznością wcześniejszego wejścia lekarzy na rynek pracy oraz oszczędnościami budżetowymi (projektowane oszczędności w 2027 r.: ~683 mln zł).

#### **ORL WIL wyraża stanowczy sprzeciw wobec tej zmiany:**

- Dane z badań ankietowych Porozumienia Rezydentów wskazują, że do 76% studentów medycyny ostatnich lat nie wykonało ani razu samodzielnie procedury pobierania krwi tętniczej, a 61% nigdy nie wykonało szwu chirurgicznego u pacjenta – mimo obowiązującego programu studiów. Staż podyplomowy jest w wielu przypadkach jedyną możliwością samodzielnego, praktycznego wykonania tych procedur;
- Program 6-miesięcznego stażu określony w projekcie obejmuje łącznie 7 stażów cząstkowych z chorób wewnętrznych, chirurgii, pediatrii, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, stażu personalizowanego oraz szkoleń z 7 zagadnień teoretycznych – rzetelna realizacja tego programu w pół roku jest w praktyce niemożliwa;
- Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadziło żadnej rzetelnej analizy wykazującej bezpieczeństwo skrócenia stażu – cel oszczędnościowy 683 mln zł jest przesłanką fiskalną, nie merytoryczną, i nie może być uzasadnieniem dla obniżenia bezpieczeństwa pacjentów.

Koszt zdrowotny i społeczny błędów medycznych popełnianych przez niedoświadczonych lekarzy będzie wielokrotnie wyższy niż deklarowane oszczędności budżetowe. Projekt jest w tym zakresie odwróceniem priorytetów.

#### **Dyskryminacja osób przewlekle chorych wymagających zwolnienia z dyżurów (art. 16i ust. 1d i 1e w zw. z ogólnym modelem rozliczania czasu szkolenia)**

W nowym reżimie ustawy lekarz, który – z powodu przewlekłej choroby lub niepełnosprawności – jest zwolniony z konieczności odbywania dyżurów całodobowych, musi te dyżury "nadrobić" po ustaniu przyczyny zwolnienia albo wydłuża się jego

specjalizacja. Mechanizm ten, identyczny jak przy uprawnieniach rodzicielskich, w równym stopniu dotyka lekarzy chorujących przewlekle.

**ORL WIL wskazuje, że:**

- lekarz z chorobą przewlekłą (np. chorobą autoimmunologiczną, cukrzycą, padaczką, chorobą onkologiczną) nie jest pracownikiem gorszej kategorii – jego kompetencje merytoryczne mogą być w pełni zachowane mimo niemożności pełnienia dyżurów 24-godzinnych;
- projekt nie przewiduje żadnego mechanizmu kompensacyjnego ani elastycznej ścieżki szkolenia dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności lub dokumentacją choroby przewlekłej – jest to jawna dyskryminacja ze względu na stan zdrowia, niezgodna z art. 32 ust. 2 Konstytucji RP oraz dyrektywą 2000/78/WE o równym traktowaniu w zatrudnieniu;
- regulacja ta spowoduje dodatkową emigrację lekarzy z chorobami przewlekłymi do krajów, które oferują elastyczne ścieżki specjalizacji dostosowane do stanu zdrowia – Polska straci tym samym wyedukowanych specjalistów, którzy mimo schorzenia mogą wykonywać zawód w pełni kompetentnie.

Reasumując ORL WIL ocenia, że projekt ustawy w jego obecnym kształcie:

- 1) penalizuje lekarzy-rodziców i osoby przewlekle chorujące, naruszając zasady niedyskryminacji i polityki prorodzinnej państwa;
- 2) uzależnia kariery zawodowe młodych lekarzy od arbitralnych decyzji administracyjnych i kierowniczych, bez odpowiednich mechanizmów kontroli i odwoławczych;
- 3) ogranicza mobilność zawodową w sposób niespotykany w żadnym innym zawodzie regulowanym w Polsce i nieuchronnie doprowadzi do nasilenia emigracji lekarzy;
- 4) skraca staż podyplomowy bez merytorycznego uzasadnienia i wyłącznie w celu oszczędności budżetowych, obniżając przygotowanie praktyczne nowych lekarzy i bezpieczeństwo pacjentów;
- 5) otwiera drogę do nepotyzmu w trybie pozarezydenckim przez eliminację obiektywnych kryteriów naboru.

Wobec powyższego ORL WIL wzywa do wycofania projektu lub radykalnego przeprojektowania jego niekorzystnych postanowień w ramach szerokich konsultacji z reprezentatywnym środowiskiem lekarskim, w tym z okręgowymi izbami lekarskimi –

podmiotami posiadającymi ustawową legitymację do reprezentacji lekarzy i nadzoru nad wykonywaniem zawodu.

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Lekarskiej  
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

  
dr n. med. i n. o zdr. Karol Lubarski

PREZES

Okręgowej Rady Lekarskiej  
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

  
lek. Mateusz Szulca