



Sygn. 242/ZG/26

Warszawa, 08 lipca 2026 r.

**Stanowisko Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej i Koordynatorów_ek
Narodowych Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny
IFMSA-Poland w sprawie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza
i lekarza dentysty oraz innych ustaw**

W ostatnich miesiącach jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland aktywnie uczestniczyliśmy w spotkaniach konsultacyjnych, podejmując liczne inicjatywy celem rzetelnego przedstawienia głosu środowiska studenckiego wobec planowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Niestety, mimo chęci dialogu oraz przedstawienia szczegółowych danych i analiz, nasza argumentacja nie została uwzględniona.

W naszej ocenie, proponowane zmiany negatywnie wpłyną na właściwe przygotowanie studentów kierunku lekarskiego do samodzielnej pracy w zawodzie. Ponadto, budzą one wątpliwości co do wpływu planowanych zmian na jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta, dlatego są dla nas nie do zaakceptowania.

W szczególności pragniemy zwrócić uwagę na brak rzetelnie gromadzonych danych oraz planów weryfikacji efektów wprowadzanych zmian. Obecnie Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje statystykami, które potwierdzałyby poziom praktycznego wymiaru studiów na V i VI roku, a także umożliwiłyby porównanie poziomu zdobywanych kompetencji praktycznych z pracą lekarzy stażystów. Uniemożliwia to nadzorowanie efektów wprowadzanych działań i oparcie dalszych decyzji na rzeczywistych warunkach kształcenia.

W szczególności chcielibyśmy zgłosić nasze zastrzeżenia w zakresie:

1. skrócenia stażu podyplomowego z 13 do 6 miesięcy (**art. 15 ust. 7**), który stoi w sprzeczności z danymi analizującymi kompetencje i przygotowanie studentów do pracy w zawodzie;
2. zmian dot. realizowania kształcenia specjalizacyjnego, w szczególności w zakresie wyrażania opinii "na temat predyspozycji lekarza do wykonywania zawodu w dziedzinie objętej szkoleniem specjalizacyjnym" (**art. 16m ust. 7d**) oraz uniemożliwienia zmiany miejsca realizacji szkolenia specjalizacyjnego z zachowaniem miejsca rezydenckiego (**art. 16h ust. 8 i 9**);
3. aspektów przeprowadzania LEK wymagających doprecyzowania oraz zapewnienia równych szans dla osób, które rekrutują się na staż (**art. 15d ust. 3**).

Skrócenie stażu podyplomowego

Jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland jesteśmy zdecydowanie przeciw skróceniu stażu podyplomowego do 6 miesięcy, o którym mowa w **art. 15 ust. 7**.

Zgodnie z wynikami przeprowadzonej przez nas ankiety, w której udział wzięło 905 respondentów_ek z 21 kierunków lekarskich w Polsce, stanowczy sprzeciw wobec każdej ingerencji w długość trwania stażu podyplomowego wyraża 82% osób, uznając go za istotny element procesu przejścia od kształcenia akademickiego do samodzielnej pracy zawodowej.



Z naszych danych wynika jednoznaczny sprzeciw środowiska studenckiego wobec proponowanych zmian. Ok. 98,5% ankietowanych wskazuje na brak wystarczającego przygotowania praktycznego, a 85% obawia się braku przygotowania, aby odpowiednio zadbać o bezpieczeństwo pacjenta. Wynika to nie tylko z obaw studentów_ek ostatnich lat, lecz również braków w nauczaniu praktycznym deklarowanym przez studentów_ki, również w badaniach prowadzonych przez inne organizacje pozarządowe. Staż podyplomowy to kluczowy element kształcenia, gdyż pozwala na naukę umiejętności, które nie są zawarte w obecnym programie nauczania, w tym prowadzenie pacjentów, podejmowania decyzji o procesie diagnostycznym, prowadzenie dokumentacji medycznej czy korzystanie z systemów informatycznych placówek ochrony zdrowia. W związku z tym apelujemy o utrzymanie stażu lekarskiego w obecnym wymiarze czasowym do momentu potwierdzenia skutecznego wdrożenia powyższych elementów w tok kształcenia wraz ze zmniejszeniem grup klinicznych i rzeczywistym wdrożeniem praktycznego ostatniego roku studiów.

Wielokrotnie przytaczanym argumentem jest powielanie efektów kształcenia osiąganych na VI roku, jednak należy rozróżnić fakt zapoznania się z daną procedurą lub jednorazowym wykonaniem jej na fantomie, od regularnego wykonywania danego elementu w codziennej praktyce lekarskiej pod nadzorem jak ma to miejsce na stażu. Dodatkowo, brak systemowego zbierania danych utrudnia debatę nad tematem i uniemożliwia weryfikację wzrostu uprzątnienia studiów i realizacji stażu.

Nie można zatem ocenić wzrostu poziomu umiejętności praktycznych na etapie studiów, ani porównać efektów kształcenia między uczelniami. Uniemożliwia to również promowanie pozytywnych zmian, tj. realizowanie praktycznego ostatniego roku czy prowadzenie zajęć w 2-osobowych grupach klinicznych. Nie ma również danych na temat realizacji programu stażu podyplomowego, co oznacza brak możliwości porównania poziomu rozwijanych kompetencji w trakcie stażu, co w rezultacie daje brak poparcia dla argumentu w postaci powielania efektów kształcenia i wystarczającego przygotowania wg obecnego programu kształcenia.

Dodatkowo, chcielibyśmy zwrócić uwagę na brak związku podejmowanych decyzji z „światowymi nowoczesnymi trendami”. Wśród przytoczonych w uzasadnieniu przykładów możemy znaleźć m.in. Francję, w której kształcenie trwa 6 lat oraz nie ma stażu, jednak od 4. roku studiów studenci realizują płatne staże częstkowe na różnych oddziałach, w trakcie których pod nadzorem lekarza prowadzą własnych pacjentów i uczestniczą w pracy oddziału. W przypadku obecnego systemu kształcenia w Polsce zdobywanie wiedzy w taki sposób jest możliwe wyłącznie w czasie stażu podyplomowego.

W naszej opinii należy również zaznaczyć, iż skrócenie ścieżki zawodowej nie jest równoznaczne ze zwiększeniem dostępności specjalistycznych świadczeń lekarskich. Skrócenie stażu pozwala na udział we wcześniejszej rekrutacji, jednak bez zwiększenia ilości miejsc specjalizacyjnych, nie zwiększy się liczba specjalistów.

Kształcenie specjalizacyjne

Kontrowersje z naszej perspektywy budzą również modyfikacje obecnych zapisów dotyczących kształcenia specjalizacyjnego, w szczególności uniemożliwienie zmiany miejsca realizacji szkolenia specjalizacyjnego z zachowaniem miejsca rezydenckiego (**art. 16h ust. 8 i 9**) oraz ocena “predyspozycji lekarza do wykonywania zawodu w dziedzinie objętej szkoleniem specjalizacyjnym” (**art. 16m ust. 7d**).

Brak możliwości zmiany miejsca realizacji szkolenia specjalizacyjnego jest szczególnie niepokojący z racji możliwych nieprawidłowości i nieodpowiednich warunków pracy w jednostce szkolącej (**art. 16h ust. 8 i 9**). Wszelkiego rodzaju nadużycia, w tym mobbing nie są uwzględnione w sytuacjach dopuszczonych przez



ustawę, mimo że pozostają ważną, uzasadnioną argumentacją podejmowania takiej zmiany. Projekt zakłada możliwość zmiany jednostki szkolącej bądź formalnego stwierdzenia przez wojewodę “poważnych naruszeń praw pracowniczych lub innego istotnego utrudnienia realizacji szkolenia specjalizacyjnego”, co w rzeczywistości znacząco utrudnia taką możliwość.

Taki obraz w połączeniu z ograniczeniem możliwości decyzyjności w sprawie wyboru miejsca odbywania specjalizacji budzi szereg kontrowersji. Jako osoby po ukończeniu sześcioletnich studiów nierzadko podejmujemy poważne decyzje w kierunku przyszłości, takie jak wybór miejsca zamieszkania, zakładanie rodziny. Uzależnianie decyzji o miejscu odbywania rezydentury od wojewody całkowicie pomija aspekt życia prywatnego, co dodatkowo podkreśla brak troski o sytuację lekarzy.

Negatywnie oceniamy również obowiązek oceny predyspozycji lekarza po pierwszych 6 miesiącach trwania specjalizacji przez kierownika specjalizacji oraz brak możliwości odwołania od tej decyzji (**art. 16m ust. 7d**). Ta zmiana powoduje kolejne pole do nadużyć i w połączeniu z utrudnieniem możliwości przenosin stanowi szczególne zagrożenie dla jakości kształcenia specjalizacyjnego.

Całokształt opisanych w ustawie zmian podkreśla szereg niekorzystnych reform dla młodych lekarzy_ek odbierając im autonomię wyboru, jak i możliwość zachowania poczucia bezpieczeństwa w miejscu odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W czasie rozmów, wielokrotnie wskazywaliśmy, iż obawa młodych osób, co do podejmowania szkoleń w szpitalach powiatowych jest przede wszystkim pokierowana troską o jakość kształcenia specjalizacyjnego, możliwości rozwoju, a także przestrzegania praw pracowniczych. Obecny projekt ustawy zamiast wspierać młode osoby w podejmowaniu takich decyzji - zaostrza konsekwencje i obniża możliwości reakcji.

Lekarski Egzamin Końcowy

Podczas gdy zmiana formuły Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) jest dla nas zrozumiała, uważamy, że należy zwrócić uwagę na jakość pytań. W naszej opinii zmiana formuły powinna wiązać się z ujednoliceniem literatury.

Jednocześnie chcielibyśmy zaznaczyć naszą niepewność, co do aspektu rekrutacji na staż opisanego w **art. 15d ust. 3** pod kątem braku zapewnienia równych szans dla osób ubiegających się o odbycie stażu. Ta zmiana oznacza, iż absolwenci kierunków lekarskich będą rekrutować się na staż podyplomowy na podstawie wyłącznie jednego podejścia do egzaminu, zrealizowanego w trakcie sesji wiosennej VI roku studiów. Harmonogram sesji i egzaminów różni się pomiędzy poszczególnymi uczelniami medycznymi, a nawet w obrębie tego samego uniwersytetu, co stawia w uprzywilejowanej pozycji osoby, które zaliczyły najważniejsze przedmioty kliniczne przed terminem LEK.

Ponadto nałożenie się terminu przygotowań do wiosennego LEKu z sesją zimową niektórych uczelni utrudnia odpowiednie przygotowanie z całości materiału. Korelację tę potwierdzają przytaczane przez Ministerstwo Zdrowia statystyki, z których wynika, że średnie wyniki z sesji wiosennych LEK są niższe od sesji jesiennych. W naszej ocenie procedura rekrutacyjna powinna mieć charakter w pełni sprawiedliwy i niewykluczający, dlatego podstawą do takiej kwalifikacji mogłoby być jedynie podejście do LEK po zaliczeniu wszystkich egzaminów.

**Podsumowanie**

Jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland wyrażamy sprzeciw wobec przedstawionego projektu, w szczególności rozwiązań polegających na ingerencji w długość trwania stażu podyplomowego bez uprzedniego zapewnienia alternatywnego, równie skutecznego i bezpiecznego modelu przygotowania absolwentów do samodzielnej pracy klinicznej. Jednocześnie deklarujemy pełną gotowość do dialogu i apelujemy o realizację dalszych prac nad reformą kształcenia oraz zadbania o odpowiednie przygotowanie praktyczne do wkraczania na ścieżkę zawodową, w porozumieniu z osobami, których bezpośrednio one dotyczą - studentami i przyszłymi lekarzami.

Michał ŚniosPrezydent
IFMSA-Poland**Aleksander Jagodziński**Wiceprezydent IFMSA-Poland
ds. wewnętrznych**Zofia Markiewicz**Wiceprezydent IFMSA-Poland
ds. marketingu**Cecylia Szczech**Wiceprezydent IFMSA-Poland ds.
zasobów ludzkich**Anna Szczudło**Skarbnik
IFMSA-Poland**Jakub Stroński**

Sekretarz Generalny IFMSA-Poland

Anna GamrotKoordynatorka Narodowa
ds. Praktyk Klinicznych**Patryk Siwak**Koordynator Narodowy
ds. Praktyk Klinicznych**Łukasz Lisiecki**Koordynator Narodowy
ds. Wymian Naukowych**Anita Faltus**Koordynatorka Narodowa
ds. Wymian Naukowych**Marta Gąciarek**Koordynatorka Narodowa
ds. Edukacji Medycznej**Dobrosława Krawczyk**Koordynatorka Narodowa
ds. Zdrowia Publicznego**Agata Kądziela**Koordynatorka Narodowa ds.
Zdrowia i Praw Reprodukcyjnych,
w tym HIV i AIDS**Alicja Trybuła**Koordynatorka Narodowa
ds. Praw Człowieka i Pokoju**Paweł Kalinowski**Przewodniczący Komisji Rewizyjnej
IFMSA-Poland**Aleksandra Kierczak**Członek Komisji Rewizyjnej
IFMSA-Poland