

<p>Nazwa projektu projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kęcka – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Mariusz Klencki – Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia tel. (22) 634 98 58, dep-rkm@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia: 03.06.2026 r.</p> <p>Źródło: inicjatywa własna</p> <p>Nr w Wykazie prac Rady Ministrów: UD384</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Staż podyplomowy lekarzy i lekarzy dentystrów

Już w 2021 r. Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, zwana dalej „KRAUM”, uchwałą nr 26/2021 postulowała zniesienie obowiązkowego stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystrów z uwagi na wysoki poziom kształcenia na tych kierunkach.

Uczelnie kształcące na kierunku lekarskim obecnie kładą większy nacisk na umiejętności praktyczne, do czego przyczyniło się w szczególności wprowadzenie zajęć w centrach symulacji medycznej. Zatem dziś kształcenie medyczne jest znacznie bardziej praktyczne. Uczelnie deklarują, że są przygotowane do pełnego i odpowiedzialnego potwierdzania gotowości absolwentów do pracy z pacjentem. W związku z powyższym program stażu podyplomowego powieli efekty kształcenia osiągane na VI roku na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. 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 dentystry, 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 ujednoczone, gdyż musi spełniać minimalne wymagania określone standardem kształcenia. Zatem konieczność odbycia stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystrów 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 tymi 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. Ostatnia obszerna aktualizacja standardów kształcenia na kierunku lekarskim miała miejsce w 2023 r. i również była ukierunkowana na zwiększenie nacisku na praktyczne elementy wykonywania zawodu, w tym komunikację z pacjentem i jego rodziną. Jednocześnie wprowadziła jako element obowiązkowy egzamin OSCE – standaryzowany egzamin kliniczny, który weryfikuje nabycie praktycznych umiejętności klinicznych.

2. Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LEK i LDEK)

Ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291) wprowadzono regulację, zgodnie z którą 70 % pytań na Lekarskim Egzaminie Końcowym (LEK) i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym (LDEK) pochodzi z ogólnodostępnej bazy pytań. Rozwiązanie to doprowadziło do obniżenia poziomu tych egzaminów, a co za tym idzie egzaminy te przestały dobrze weryfikować przygotowanie lekarzy i lekarzy dentystrów (dalej przez lekarza rozumie się również lekarza dentystrę) do wykonywania zawodu. Należy mieć również na względzie, że wyniki LEK i LDEK stanowią także podstawowe kryterium w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Powinny być one zatem miarodajne. Przygotowywanie się przez zdających do egzaminów na podstawie bazy pytań zaburza zaś ten proces.

Ich faktyczna wiedza jest bowiem weryfikowana jedynie za pomocą 30 % pytań w teście (czyli 60 pytań). Przed wprowadzeniem pytań z ogólnodostępnej bazy modalna (najczęściej uzyskiwany wynik) wynosiła zwykle 137 punktów i był to wynik osiągany przez około 1100 osób. Obecnie modalna wynosi 175 punktów i jest osiągana przez ponad 3000 zdających. Zgodnie z powyższym, krzywa rozkładu wyników ma znacznie bardziej stromy charakter, co podważa praktyczność LEK jako podstawowego kryterium w postępowaniu kwalifikacyjnym do rozpoczęcia specjalizacji. Przed wprowadzeniem bazy pytań zdawalność na LEK i LDEK była na poziomie około 80% w pierwszym podejściu, natomiast po wprowadzeniu bazy pytań poziom zdawalności tych egzaminów wzrósł do ponad 90%. Ponadto dostrzeżono, że niektóre obecnie obowiązujące rozwiązania w zakresie LEK i LDEK, np. możliwość podejścia do LEK i LDEK na ostatnim roku studiów oraz rozwiązanie, zgodnie z którym w przypadku niepodejścia do LEK albo LDEK za pierwszym razem zdający może ponownie bezpłatnie przystąpić do LEK albo LDEK, powodują bardzo dużą absencję (sięgającą rocznie nawet 5000 osób) – co naraża budżet państwa na niepotrzebne koszty. Ponadto konieczne jest wprowadzenie zmian w niektórych przepisach organizacyjnych i porządkowych w zakresie przygotowania i przeprowadzania LEK i LDEK.

3. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES)

Dostrzeżono konieczność wprowadzenia zmian w zakresie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) dla lekarzy, w szczególności dotyczących części ustnej tego egzaminu. Ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) na wniosek Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadzono zwolnienie z części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) dla lekarzy, którzy uzyskali z części testowej PES co najmniej 75 % poprawnych odpowiedzi (czyli 90 ze 120 punktów). Odsetek lekarzy zwolnionych z ustnej części PES to prawie 50% zdających w danej sesji. Jednak w ocenie konsultantów krajowych część ustna PES sprawdza inne umiejętności niż część testowa tego egzaminu, dlatego powinna być obligatoryjną częścią PES dla wszystkich zdających. Niewłaściwym rozwiązaniem okazało się również rozwiązanie polegające na możliwości zdawania PES na ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego, gdyż do PES często zgłaszają się lekarze, którzy nie zrealizowali odpowiedniej do czasu trwania szkolenia części szkolenia specjalizacyjnego, co wpływa na brak odpowiedniego przygotowania do egzaminu. Często ma również miejsce sytuacja, w której po zdaniu PES lekarze jeszcze przez długi czas nie uzyskują tytułu specjalisty z uwagi na niedokończone szkolenie specjalizacyjne. Ponadto możliwość zdawania PES na ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego w przypadku szkoleń specjalizacyjnych trwających 2 lub 3 lata doprowadza do sytuacji, kiedy lekarze przystępują do PES po odbyciu zbyt małej części szkolenia specjalizacyjnego.

Istnieje również problem zbyt niskich stawek wynagrodzeń dla przewodniczących i członków zespołów egzaminacyjnych PES. Maksymalne stawki wynagrodzeń wynoszą odpowiednio 300 zł i 500 zł za udział w często wielogodzinnych posiedzeniach i nie były waloryzowane od 10 lat, a co za tym idzie są nieadekwatne do obecnych realiów rynkowych i wagi funkcji zespołów egzaminacyjnych PES. W 2015 r. kiedy wprowadzano obecny limit wynagrodzeń dla przewodniczących i członków zespołów egzaminacyjnych PES wynagrodzenia te stanowiły odpowiednio ponad 7 % i ponad 12% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, natomiast obecnie jest to niecałe 3,5 % i niecałe 6 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

4. Państwowy Egzamin Kompetencyjny (PEK)

Dostrzeżono, że moduł podstawowy realizowany w ramach szkolenia specjalizacyjnego lekarzy nie jest w adekwatny sposób weryfikowany. Ponadto zidentyfikowano konieczność wzmocnienia znaczenia modułu podstawowego i początkowej części szkolenia specjalizacyjnego. Obecnie lekarz nabywa uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych po uzyskaniu tytułu specjalisty. Część z tych uprawnień posiada również lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego po ukończeniu danego okresu odbywania specjalizacji (przeważnie po 2 latach szkolenia specjalizacyjnego), natomiast przepisy nie dookreślają co oznacza ukończenie np. 2 lat szkolenia specjalizacyjnego. Nie zawsze odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez określony czas stanowi gwarancję zrealizowania odpowiedniej części programu szkolenia (np. lekarz pomimo odbywania szkolenia przez 2 lata nie realizował elementów szkolenia specjalizacyjnego).

5. Specjalizacyjny Egzamin Weryfikacyjny (SEW)

Pojawiła się również konieczność doregulowania zasad uznawania tytułu specjalisty lekarzom i lekarzom denty stom, którzy uzyskali specjalizację poza Unią Europejską (UE). Obecnie proces uznawania specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych uzyskanych poza UE przewiduje zaopiniowanie wniosku przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i w przypadku niespełnienia wszystkich warunków do uznania tytułu specjalisty jedyną obowiązującą formą kompensacyjną jest skierowanie wnioskodawcy na maksymalnie trzyletni staż uzupełniający. Natomiast proces ten nie przewiduje możliwości złożenia egzaminu w

sytuacji, kiedy zespół ekspertów uzna, że z przedłożonej przez zainteresowanego dokumentacji wynika, że egzamin lub inna forma potwierdzająca uzyskanie przez niego wiedzy i umiejętności specjalisty nie odpowiada złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Roczna liczba negatywnych decyzji Ministra Zdrowia w sprawie uznania tytułu specjalisty uzyskanego poza UE wynosi około 60, natomiast ponad połowa tych decyzji wynika z braku odpowiedniego egzaminu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty.

6. Postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne

Obecnie lekarz, który chce odbywać szkolenie specjalizacyjne co do zasady musi się do niego zakwalifikować w postępowaniu kwalifikacyjnym, które odbywa się 2 razy w roku. Jest to tzw. postępowanie wiosenne – rozpoczynające się 1 marca oraz postępowanie jesienne - rozpoczynające się 1 października. Przed każdym z postępowań wojewoda na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie, w tym na miejsca rezydenckie – doktoranckie, w poszczególnych dziedzinach medycyny, uwzględniając wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków określa na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów i przekazuje dyrektorowi CMKP liczbę miejsc rezydenckich, w tym liczbę dodatkowo wydzielonych miejsc w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa. Ponadto przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego dyrektor CMKP ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą Systemu Monitorowania Pracowników Medycznych, zwanego dalej „SMK”, liczbę miejsc rezydenckich, w tym liczbę dodatkowo wydzielonych miejsc (tzw. rezydenckich – doktoranckich), oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym z podziałem na poszczególne dziedziny i województwa oraz listę jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne, w których znajdują się wolne miejsca szkoleniowe objęte danym postępowaniem kwalifikacyjnym. Miejsca rezydenckie – doktoranckie to miejsca rezydenckie dla lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkołach doktorskich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce zgodny z zakresem tego kształcenia. Uczelnia kształcąca na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym zgłasza wojewodzie listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia w ramach miejsc rezydenckich – doktoranckich. O kwalifikacji do odbywania szkolenia specjalizacyjnego decyduje co do zasady wynik LEK albo LDEK, natomiast w przypadku lekarzy, którzy posiadają już tytuł specjalisty w postępowaniu można zamiast wyniku LEK lub LDEK uwzględnić wynik PES, który jest przeliczany zgodnie z § 4 załącznika nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 975). W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy, ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie, identycznego wyniku postępowania, uwzględnia się średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów, liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała w uczelni. Natomiast w przypadku, kiedy dwóch lub więcej lekarzy ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie uzyska identyczny wynik postępowania oraz identyczną średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów, liczoną do dwóch cyfr po przecinku, o kolejności na liście rankingowej decyduje czas złożenia wniosku niezawierającego braków formalnych. W ramach postępowania kwalifikacyjnego lekarze mają możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku. Postępowanie kwalifikacyjne składa się co do zasady z dwóch etapów. Ponadto minister właściwy do spraw zdrowia może zadecydować o przeprowadzeniu dodatkowego - trzeciego etapu postępowania, w ramach którego można zakwalifikować lekarzy w trybie rezydenckim, ale wyłącznie na niewykorzystane miejsca szkoleniowe w dziedzinach priorytetowych. Po ogłoszeniu ostatecznych list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych odpowiednio wojewoda, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania konkursowego, kierują lekarza za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie akredytowanym posiadającym wolne miejsca szkoleniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania. Aby rozpocząć szkolenie specjalizacyjne lekarz musi posiadać bezterminowe (tzw. pełne) prawo wykonywania zawodu, zatem musi mieć ukończony staż podyplomowy oraz zdany egzamin LEK lub LDEK. Do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego konieczne jest również zakwalifikowanie się w postępowaniu kwalifikacyjnym. Szkolenie specjalizacyjne można odbywać w trybie: rezydenckim (finansowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia)

albo pozarezydenckim (finansowanym przez jednostkę zatrudniającą lekarza). Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny jest szkoleniem modułowym i składa się z:

- 1) modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, oraz
- 2) modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, albo
- 3) modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji.

Wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy oraz wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego zostały zawarte w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Po zrealizowaniu modułu podstawowego lekarz rozpoczynając inną specjalizację o tym samym module podstawowym realizuje już tylko moduł specjalistyczny, a zatem szkolenie specjalizacyjne znacznie się skraca.

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie i w zakresie ustalonym w programie specjalizacji dla danej dziedziny pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”. Ponadto lekarz odbywa staż kierunkowy pod kierunkiem lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny wyznaczonego przez kierownika jednostki realizującej staż kierunkowy, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji, zwanego dalej „kierownikiem stażu”. Kierownik specjalizacji oraz kierownik stażu mogą prowadzić jednocześnie szkolenie specjalizacyjne nie więcej niż trzech lekarzy, a w uzasadnionych potrzebach kadrowych przypadkach, za zgodą konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny – czterech lekarzy. Kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza.

Jednak obecnie obowiązujące rozwiązania okazują się niewystarczające, gdyż 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. jest niemal o połowę mniejsza niż w 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 są 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 około 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.

7. Obowiązkowe 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywane w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego

Zgodnie z art. 16f ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyki (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.) lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach składających się z modułu podstawowego z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii powinien w ramach tego modułu odbyć przynajmniej 6 miesięcy stażu podstawowego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia. Rozwiązanie to miało służyć między innymi zapoznaniu lekarzy ze specyfiką pracy w szpitalach poza

dużymi miastami, gdzie występuje zapotrzebowanie na kadry medyczne i zachęceniu ich do podjęcia tam pracy. Jednak rozwiązanie to nie sprawdza się, gdyż podmioty akredytowane zamiast kierować lekarzy do szpitali położonych w mniejszych miejscowościach, gdzie występuje zapotrzebowanie na kadry medyczne, kierują ich często do szpitali, gdzie nie występuje zapotrzebowanie kadrowe, wręcz przeciwnie, czasem są to szpitale, gdzie w jednym czasie szkolenie odbywa zbyt wielu lekarzy. Wynika to z chęci zatrzymania specjalizanta w bezpośredniej dyspozycji macierzystej jednostki szkolącej (choćby z powodu obsady dyżurowej), niechęci samych lekarzy specjalizujących się do bycia oddelegowanym (gdyż powoduje to konieczność zmiany miejsca zamieszkania swojego i rodziny) oraz faktu, że szpitale pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia funkcjonują także w dużych ośrodkach miejskich – nie są więc dobrą definicją szpitala funkcjonującego w mieście powiatowym z dala od metropolii. Resort nie dysponuje danymi liczbowymi opisującymi to zjawisko, ale szereg informacji jakościowych wskazuje, że jest to istotny problem.

8. Doskonalenie zawodowe

Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują konsekwencji braku realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, co skutkuje tym, że wielu lekarzy nie realizuje tego obowiązku, co może doprowadzić do obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy, którzy zaniedbują obowiązek aktualizacji swojej wiedzy medycznej. Zgodnie z prawem za weryfikację czy lekarz dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego odpowiadają okręgowe izby lekarskie. Zgodnie z informacjami pochodzącymi z Okręgowych Izb Lekarskich niedopełnienie obowiązku jest powszechnym problemem, a jest on realizowany głównie przez lekarzy w trakcie specjalizacji, gdyż samo odbywanie szkolenia specjalizacyjnego wystarcza do realizacji tego obowiązku. Nie jest znana skala zjawiska braku realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, jednak problem ten jest często sygnalizowany przez samorząd zawodowy lekarzy.

9. Umiejętności lekarskie

Występują trudności z uzyskaniem od instytutów badawczych opracowania minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przez co certyfikacja w wielu umiejętnościach lekarskich nadal nie jest prowadzona. Obecnie opublikowano jedynie 7 standardów do certyfikacji umiejętności, podczas gdy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 1189, z późn. zm.) powinna funkcjonować certyfikacja 57 umiejętności. Instytuty w przeciwieństwie do CMKP często nie są w stanie opracować minimalnych standardów, gdyż nie mają doświadczenia w przygotowywaniu tego typu dokumentów, ponadto obciążone są pracami badawczo-naukowymi przy jednoczesnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentom.

10. Zmiany w zakresie zasad wykonywania zawodu w ramach tzw. procedury uproszczonej

Obecnie obowiązujące przepisy nie zapewniają odpowiedniej kontroli nad wykonywaniem zawodu przez lekarzy, którzy uzyskali zgodę na wykonywanie zawodu w ramach tzw. procedury uproszczonej. Nie wszyscy lekarze posiadają prawo wykonywania zawodu wydawane przez okręgowe rady lekarskie, gdyż przepisy umożliwiają w szczególnych przypadkach pracę jedynie na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia – takich lekarzy jest 458. Lekarze często zmieniają miejsca pracy oraz nie informują o tym właściwych organów. Ponadto do Ministerstwa Zdrowia docierają dane wskazujące, że lekarze posiadający decyzję zezwalającą na wykonywanie zawodu na określony czas, w określonym miejscu i w określonym zakresie czynności są zatrudniani przez podmioty lecznicze na podstawie umowy zlecenia, co jest sprzeczne z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i nie zapewnia właściwego nadzoru nad ich pracą.

11. Eksperyment medyczny

W zakresie kwestii związanych z eksperymentami medycznymi zidentyfikowano obszary wymagające wprowadzenia do ustawy i doprecyzowania.

Pierwszy obszar to dodanie przepisów dotyczących kadencyjności i liczebności składów komisji bioetycznych i Odwoławczej Komisji Bioetycznej – aktualnie przepisy nie zawierają takich regulacji. Wprowadzenie kadencyjności zmniejszy ryzyko powstania trwałych powiązań ograniczających obiektywizm w podejmowaniu rozstrzygnięć dotyczących projektów eksperymentów medycznych. Projekt przewiduje również doprecyzowanie kwalifikacji specjalistycznych członków tych komisji – aktualne przepisy nie określają tych kwalifikacji, a są one istotne z uwagi na konieczność zapewnienia właściwej, eksperckiej oceny przekładanych projektów.

Ponadto aktualne przepisy nie przewidują ścieżki umożliwiającej zakończenie eksperymentu w przypadku naruszenia przez osobę lub podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny warunków przeprowadzenia eksperymentu określonych we wniosku o zgodę na eksperyment przedłożonym do komisji bioetycznej. Obowiązujące przepisy

regulują kwestie związane z przerwaniem eksperymentu medycznego, ale taką możliwość dają jedynie uczestnikowi eksperymentu lub podmiotowi prowadzącemu eksperyment, natomiast brak jest przepisów, które dawałyby takie uprawnienie między innymi komisjom bioetycznym, Odwoławczej Komisji Bioetycznej czy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W ostatnich latach pojawiały się informacje wskazujące na wątpliwości co do zasadności dalszego prowadzenia kilku eksperymentów, jednakże brak podstaw prawnych uniemożliwiało wnioskowanie o zakończenie takiego eksperymentu. Takich eksperymentów, co do których mogą pojawić się powyższe wątpliwości nie jest dużo ale biorąc pod uwagę bezpieczeństwo zdrowotne ich uczestników, nawet pojedyncze przypadki uzasadniają utworzenie formalnej ścieżki do ich przerwania. W związku z tym, że eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną oraz mając na uwadze, że jest ponad 70 komisji bioetycznych funkcjonujących w strukturach uczelni, instytutów badawczych czy okręgowych izb lekarskich, liczba prowadzonych eksperymentów medycznych jest bardzo duża, jednakże resort zdrowia nie zna dokładnych danych w tym zakresie.

Należy także wskazać, że komisje bioetyczne aktualnie nie mają obowiązku publikowania uchwał z pozytywnymi opiniami dotyczącymi eksperymentów medycznych oraz nie są zobowiązane do nadzoru nad prowadzeniem eksperymentu medycznego pod względem zgodności z wnioskiem. Skutkiem tego podmioty planujące eksperyment nie mają wiedzy czy planowany przez nie eksperyment nie jest już realizowany przez inny podmiot.

Ponadto w związku z brakiem obowiązku publikowania uchwał z pozytywnymi opiniami dotyczącymi eksperymentów medycznych, nie jest znana liczba przeprowadzonych eksperymentów badawczych dotyczących wpływu suplementu diety.

Kwestią wymagającą doprecyzowania jest także przeprowadzanie eksperymentów badawczych dotyczących wpływu suplementów diety na organizm człowieka. Eksperymenty takie są przeprowadzane, mimo że suplement diety, którego wpływ jest badany, nie daje gwarancji, że zawiera ten sam skład chemiczny oraz ilości substancji aktywnej w każdej partii produktu, który jest aplikowany uczestnikowi badania. Konieczne jest zatem określenie wymagań względem produktu, który będzie podlegał badaniu tak by zapewnić rzetelne wyniki badań.

Eksperymenty badawcze mające na celu przede wszystkim poszerzenie wiedzy naukowej w dziedzinie medycyny ale także mogące realizować cel leczniczy powinny być przeprowadzane przy wykorzystaniu substancji o jednolitym i powtarzalnym w każdej partii produktu składzie i ściśle określonej wartości składników aktywnych. W przypadku przeprowadzania eksperymentów badawczych z wykorzystaniem leków zapewniona jest jakość i powtarzalność, gdyż każdy lek podlega bardzo restrykcyjnym przepisom dotyczącym produkcji. Analogicznie w przypadku przeprowadzania eksperymentów badawczych dotyczących stosowania nowych metod diagnostycznych w związku z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury naukowej i technologii, występuje pełna powtarzalność.

Ponadto aktualne przepisy nie definiują precyzyjnie kwestii stosowania metod diagnostycznych i leczniczych o niepewnej lub nieznannej skuteczności u pacjentów.

12. Konsultanci krajowi i wojewódzcy

Przewidziana w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2025 r. poz. 254) częstotliwość składania opinii dotyczących oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych przez konsultantów krajowych jest duża, co generuje niepotrzebną pracę po stronie konsultantów krajowych – konsultanci w dziedzinach lekarskich (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 jedynie pierwsza opinia w danym roku jest przydatna i ma znaczenie przy przydzielaniu miejsc specjalizacyjnych w postępowaniu wiosennym, które z reguły jest dużo większe niż drugie postępowanie prowadzone na jesieni. Druga składana przez konsultantów opinia o zasobach kadrowych w większości przypadków jest powieleniem tej pierwszej złożonej opinii na początku roku, wobec czego opinie te mają marginalne znaczenie przy podziale miejsc specjalizacyjnych. Należy również wskazać, że konieczność zmniejszenia ilości dokumentów składanych przez konsultantów krajowych wynika z zaleceń pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli do kontroli P/26/001 - Wykonanie budżetu państwa w 2025 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Medycznego. Dzięki proponowanym zmianom konsultanci krajowi będą mogli więcej czasu poświęcić na inne zadania, w szczególności z zakresu dbania o jakość kształcenia specjalizacyjnego lekarzy.

Jednocześnie projekt przewiduje zmiany w przepisach związanych z powoływaniem i odwoływaniem konsultantów. Mając na względzie, iż funkcja konsultanta ma charakter ekspercki i opiniodawczy, jednak wiąże się z istotnym wpływem na kształtowanie polityki w dziedzinie, w której konsultant jest powoływany, proponuje się wprowadzenie limitu dwóch kadencji osoby powoływanej do pełnienia funkcji konsultanta. Zapobiegnie to nadmiernej koncentracji tej funkcji w rękach jednej osoby przez zbyt długi czas oraz będzie sprzyjało rotacyjności i otwartości systemu na nowych

ekspertów. Z drugiej strony, projekt przewiduje usunięcie przepisów, które zobowiązują do powołania osoby do pełnia funkcji konsultanta na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy – osoby powołane do pełnienia funkcji konsultanta w oparciu o ten przepis są po upływie tego terminu powoływane na pełną, 5-letnią kadencję.

13. Kredyty na studia medyczne

W wyniku inicjatywy Ministra Zdrowia ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 2232) wprowadzono nową formę wsparcia dla studentów kierunku lekarskiego przez uruchomienie instytucji kredytu na studia medyczne. Procedura wnioskowania o kredyt na studia medyczne została uruchomiona w dniu 18 lipca 2022 r. W wyniku wprowadzonej zmiany studenci kierunku lekarskiego, realizujący studia odpłatne w języku polskim uzyskali możliwość ubiegania się o kredyt na studia medyczne. Student uprawniony do ubiegania się o kredyt na studia medyczne podpisuje umowę kredytową z bankiem, zaś bank udzielający kredytu na studia medyczne wypłaca środki finansowe w transzach semestralnych na wskazany rachunek uczelni (warunkiem przekazania kolejnej transzy kredytu jest zaliczenie danego semestru studiów). Wnioski o kredyt można składać w bankach kredytujących, które podpisały z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowę o współpracy. Obecnie jedynym bankiem, który udziela kredytów na studia medyczne jest Bank Pekao S.A – żaden inny bank komercyjny nie był zainteresowany nawiązaniem takiej współpracy. Umorzenie kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia możliwe jest, co do zasady, w związku ze spełnieniem łącznie dwóch następujących warunków:

- 1) wykonywaniem zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach praktyki zawodowej lub w podmiocie leczniczym udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w oparciu o umowę z płatnikiem publicznym, czyli Narodowym Funduszem Zdrowia), przez 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu oraz
- 2) w okresie, o którym mowa w pkt 1, uzyskaniem tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W przypadku osób, które skorzystały z kredytu na studia medyczne w pełnym wymiarze (12 semestrów) rozpoczętych np. w roku akademickim 2025/2026, aż do ich ukończenia, dzięki dopłatom z Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych, zwanego dalej również „FKSM”, zasilanego dotacją z budżetu państwa, łączne dofinansowanie przy udziale kredytu studia medyczne kosztów ich studiów wyniesie 264 000 zł (12 x 22 000 zł). FKSM to fundusz utworzony w Banku Gospodarstwa Krajowego.

Od momentu wprowadzenia kredytu na studia medyczne, czyli od 18 lipca 2022 r. do 31 stycznia 2026 r. umowy o kredyt na studia medyczne zawarło 5 691 studentów kierunku lekarskiego (studiów odpłatnych w języku polskim) o łącznej wartości 1 249 442,25 tys.

Liczba zawartych umów kredytowych w latach 2022-2025 prezentuje się następująco:

- 1) w 2022 r. – 1657;
- 2) w 2023 r. – 1312;
- 3) w 2024 r. – 1206;
- 4) w 2025 r. – 1515.

Wielkość środków wydatkowych z budżetu państwa na kredyty na studia medyczne od 2022 r. do 2025 r. (Części 46 – Zdrowie Dział 730 Rozdział 73095 – Pozostała działalność par. 2840):

- 1) w 2022 r. – 1 187 552,83 zł;
- 2) w 2023 r. – 8 554 122,66 zł;
- 3) w 2024 r. – 16 830 177,00 zł;
- 4) w 2025 r. – 26 566 485,69 zł.

Wysokość dotacji celowej udzielonej przez Ministra Zdrowia na rzecz FKSM w 2026 r. wynosi 40 357 380 zł.

Wysokość oprocentowania kredytu na studia medyczne na gruncie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571, z późn. zm.) jest równa sumie marży banku oraz 1,2 stopy redyskontowej weksli Narodowego Banku Polskiego. Marża banku jest stała w okresie kredytowania i wynosi maksymalnie 2 punkty procentowe (art. 103c ust. 4 i 5 tej ustawy).

Analiza przepisów w zakresie kredytów na studia medyczne po ponad 3 latach funkcjonowania tego produktu doprowadziła do wniosków, że obowiązujące przepisy wymagają dokonania niezbędnych zmian, gdyż między innymi:

- 1) nie wskazują przesłanek odmowy udzielenia kredytu na studia medyczne przez bank (np. w sytuacji negatywnej weryfikacji przez bank historii spłaty innych zobowiązań kredytobiorcy na podstawie informacji dostępnej w wewnętrznych lub zewnętrznych bazach danych banku);
- 2) nie zabezpieczają w sposób wystarczający interesu kredytobiorcy, któremu bank wypowiedział umowę kredytu na studia medyczne;
- 3) obowiązek ustawowy „równości” semestralnych transz kredytu na studia medyczne stawia na gruncie obowiązujących przepisów w nieco gorszej sytuacji kredytobiorców, którzy realizują kształcenie w uczelni, której opłaty za usługi edukacyjne nie są równe za poszczególne semestry studiów, gdyż mogą oni uzyskać niższą kwotę kredytu na studia medyczne;
- 4) nie zapewniają odpowiedniego poziomu weryfikacji statusu kredytobiorcy w zakresie spełnienia (lub niespełnienia) warunków umorzenia kredytu na studia medyczne w okresie karencji w spłacie kredytu na studia medyczne;
- 5) obserwuje się brak zainteresowania banków udzielaniem kredytów na studia medyczne z uwagi na obowiązujący sposób liczenia oprocentowania kredytu na studia medyczne;
- 6) systematyczny spadek stopy redyskontowej weksli NBP, obecnie do poziomu 3,80 punktu procentowego (obowiązuje od dnia 5 marca 2026 r.) obniża koszt kredytu na studia medyczne, a tym samym koszt dla budżetu państwa, lecz jednocześnie powoduje utratę rentowności tego instrumentu z punktu widzenia banków, a co za tym idzie – wpływa na brak zainteresowania po stronie banków udzielaniem kredytów na studia medyczne. Warto wskazać, że już na etapie wdrażania produktu, jakim jest kredyt na studia medyczne, mimo przedstawionej oferty w zakresie kredytu na studia medyczne przez Bank Gospodarstwa Krajowego bankom komercyjnym, identyfikowano marginalne zainteresowanie instytucją kredytu na studia medyczne ze strony banków. Powyższe miało miejsce pomimo objęcia instytucji kredytu na studia medyczne poręczeniem Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 100% wykorzystanej kwoty kredytu wraz z odsetkami. Produkt dla zdecydowanej większości banków okazał się być nie dość atrakcyjny, aby został zamieszczony przez banki w swojej ofercie. Jedynym bankiem, który ostatecznie zdecydował się na zawarcie z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowy o współpracy był Bank Pekao S.A., który obecnie nieprzerwanie od początku istnienia produktu (od 18 lipca 2022 r.) udziela kredytów na studia medyczne. Z punktu widzenia banku komercyjnego najbardziej problematyczną kwestią nie jest wysokość oprocentowania kredytu lecz sposób jego obliczania, który zakłada spotęgowanie efektu zmiany wysokości stopy redyskontowej weksli NBP o współczynnik 1,2, co skutkuje analogicznym zwiększeniem wpływu takich zmian na wynik finansowy banku;
- 7) nie uregulowano 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;
- 8) w sposób nieuzasadniony wspierają kredytobiorców, którzy nie spełnili warunków umorzenia kredytów na studia medyczne po okresie upływu karencji w spłacie kredytu.

14. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP)

W ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 269) brak jest przepisów, które umożliwiałyby zatrudnienie osoby powołanej na stanowisko dyrektora CMKP również na stanowisku nauczyciela akademickiego CMKP. Ponadto w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego nie przewidziano 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. Aktualnie do pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi 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 odzyskują dodatkowe uprawnienia finansowe analogiczne jak pracownicy uczelni publicznych.

15. Postępowanie mediacyjne

W ustawie z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.) przewidziana jest instytucja mediacji. Jest ona jednak obecnie możliwa dopiero na etapie postępowania z zakresu odpowiedzialności

zawodowej – po przedstawieniu zarzutów. W ustawie brak też przepisów określających skutki zawarcia ugody w postępowaniu mediacyjnym. Samorząd lekarski wskazuje, że taka regulacja instytucji mediacji skutkuje niewystarczającym jej wykorzystaniem. Zgodnie z informacją przekazaną przez samorząd lekarski w latach 2010–2021 skierowano do mediacji tylko 105 spraw, mimo że aż 70% z nich zakończyło się ugodą. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy wskazano:

- 1) brak możliwości prowadzenia mediacji na wcześniejszym etapie postępowania;
- 2) brak realnych skutków prawnych zawartej ugody.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Rekomendowane rozwiązania w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

1. Staż podyplomowy lekarzy i lekarzy dentystów

W związku z lepszym przygotowaniem absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego do praktycznego wykonywania zawodu proponuje się skrócenie stażu podyplomowego lekarzy z 13 miesięcy do 6 miesięcy oraz skrócenie stażu podyplomowego lekarzy dentystów z 12 miesięcy do 6 miesięcy. 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, 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. Skrócenie stażu będzie wiązało się z koniecznością odpowiedniego dostosowania jego elementów składowych, przy czym zakłada się 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.

2. Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK)

Proponuje się wprowadzenie rozwiązań mających na celu przywrócenie weryfikacyjnej funkcji LEK i LDEK, w tym w szczególności wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym cały test LEK i LDEK będzie składał się wyłącznie z pytań tajnych (obecnie tylko 30% pytań jest tajnych, natomiast 70% pytań pochodzi z ogólnodostępnej bazy pytań). Ponadto proponuje się wprowadzenie zmian w niektórych przepisach organizacyjnych i porządkowych w zakresie przygotowania i przeprowadzania LEK i LDEK mających na celu polepszenie rzetelności przebiegu egzaminu, takich jak np. wprowadzenie zakazu posiadania przez zdających urządzeń służących do kopiowania i przekazywania informacji. Proponuje się również wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym tylko pierwsze zgłoszenie do LEK i LDEK będzie bezpłatne, niezależnie od tego czy zdający stawia się na egzaminie, czy nie (obecnie 2 podejście do LEK i LDEK jest bezpłatne z powodu braku zaliczenia tego egzaminu w pierwszym podejściu albo nieprzystąpienia do niego), dzięki czemu nie będzie dochodziło do marnowania publicznych środków.

3. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES)

Proponuje się wprowadzenie zmian w zakresie PES, a w szczególności przywrócenie obowiązkowej części ustnej PES (obecnie zdający, który uzyskał minimum 75% z części testowej PES jest zwolniony z części ustnej). Ponadto proponuje się zwiększenie wynagrodzeń członków zespołów egzaminacyjnych przeprowadzających PES z 300 zł na 600 zł – dla członków zespołów egzaminacyjnych oraz z 500 zł na 1000 zł – dla przewodniczących zespołów egzaminacyjnego PES. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie odpłatności za każde przystąpienie do PES, również po raz pierwszy (obecnie pierwsze podejście do PES jest bezpłatne), gdyż aktualne zarobki lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego umożliwiają pokrycie kosztów tego egzaminu. Ponadto rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest planowane podniesienie opłaty za PES z 700 zł do 1200 zł (400 zł egzamin testowy i 800 zł egzamin ustny).

4. Państwowy Egzamin Kompetencyjny (PEK)

Proponuje się wprowadzenie egzaminu, do którego lekarz będzie przystępował po ukończeniu modułu podstawowego albo po ukończeniu odpowiedniej części szkolenia specjalizacyjnego składającego się z modułu jednolitego, co będzie potwierdzał za pomocą SMK odpowiednio kierownik modułu podstawowego albo kierownik specjalizacji. Egzamin

ten będzie miał charakter egzaminu ustnego z naciskiem na weryfikację praktycznych kompetencji klinicznych oczekiwanych na wskazanym etapie szkolenia specjalizacyjnego. Z założenia egzamin będzie organizowany przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM), nie częściej niż dwa razy w roku, adekwatnie do zgłoszeń lekarzy w odpowiednich ośrodkach wojewódzkich, przy udziale konsultanta wojewódzkiego. CEM będzie organizował PEK w jednostkach akredytowanych odpowiednio do prowadzenia modułu podstawowego albo szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z modułem podstawowym lub dziedziną medycyny, w której będzie odbywał się egzamin. Obecnie umiejętności lekarzy w początkowej fazie szkolenia nie zawsze są odpowiednio weryfikowane. Natomiast w przypadku specjalizacji modułowych brak jest systemowej weryfikacji nabycia kompetencji z zakresu modułu podstawowego. Dzięki PEK lekarze otrzymają formalne potwierdzenie zdobytych umiejętności i uzyskają uprawnienia do samodzielnego udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych, w szczególności finansowanych ze środków publicznych bez konieczności uzyskania tytułu specjalisty. Uzyskanie negatywnego wyniku PEK (lub nieprzystąpienie do niego) nie będzie przerywało toku kształcenia specjalizacyjnego, jednak pozytywny wynik PEK będzie warunkował możliwość zgłoszenia się do PES. Nie zakłada się ograniczenia liczby poprawkowych podejść do PEK w trakcie trwania szkolenia specjalizacyjnego.

5. Specjalizacyjny Egzamin Weryfikacyjny, zwany dalej „SEW”

Proponuje się doregulowanie zasad uznawania specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych uzyskanych poza UE. Do obecnie obowiązujących regulacji przewidujących środek wyrównawczy w postaci skierowania wnioskodawcy na staż uzupełniający planowane jest dodanie egzaminu na wzór PES, do którego w ramach procesu uznawania tytułu specjalisty będą przystępować lekarze, którzy uzyskali tytuł specjalisty poza UE. Do egzaminu będą mogli podejść lekarzoposiadający tytuł specjalisty uzyskany poza UE, jeżeli egzamin specjalizacyjny, który zdali poza UE lub inną formą potwierdzającą uzyskanie wiedzy i umiejętności specjalisty, którą uzyskali nie odpowiada złożeniu PES w Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie nie ma możliwości złożenia egzaminu odpowiadającego PES przez lekarzy posiadających tytuł specjalisty uzyskany poza UE w ramach procedury uznawania tytułu specjalisty. Egzamin będzie dodatkową formą weryfikacji kwalifikacji obok obowiązującego już stażu uzupełniającego, trwającego maksymalnie trzy lata. Na SEW lekarze będą kierowani na podstawie opinii zespołu oceniającego ich wnioski o uznanie specjalizacji za równoważną.

6. Postępowanie kwalifikacyjne

Proponuje się 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 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 w danej dziedzinie. Przy ustalaniu tej listy wojewoda będzie zobowiązany uwzględniać aktualne dane z map potrzeb zdrowotnych przedstawiających liczbę lekarzy danej specjalności. Lekarze będą mogli wybierać preferowane przez siebie miejsce z tej listy, w kolejności ustalonej wynikami postępowania kwalifikacyjnego. Ponadto proponuje się umożliwienie jednostkom akredytowanym wydzielenia miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim (maksymalną liczbę takich miejsc będzie określało rozporządzenie i będzie 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 zawnieć do wojewody o przyznanie miejsca rezydenckiego na miejsce pozarezydenckie, które pozostaje w dyspozycji danej jednostki. Pozostałe miejsca pozarezydenckie będzie przyznawał wojewoda, a nabór na te miejsca będzie odbywał się w ramach postępowania kwalifikacyjnego, aby umożliwić odbywanie kolejnej specjalizacji lekarzom, którzy nie będą mieli możliwości rozpoczęcia szkolenia w trybie pozarezydenckim w ramach miejsc wydzielonych do dyspozycji jednostek akredytowanych. 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.

7. Odejście od rozwiązania obowiązkowych 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego

W związku z tym, że dzięki planowanym zmianom w postępowaniu kwalifikacyjnym, lekarze zakwalifikowani na specjalizacje będą kierowani do jednostek, które znajdują się na obszarach danego województwa, gdzie występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów w danej dziedzinie medycyny, rozwiązanie polegające na obowiązkowym odbyciu 6 miesięcy stażu podstawowego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego nie będzie już potrzebne, dlatego proponuje się odejście od tego rozwiązania. W związku z tym nie będzie też potrzeby wypłacania dodatku w wysokości 16% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2024 r. poz. 1773), o którym mowa w art. 16j ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, który przysługiwał lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, odbywającemu staż, o którym mowa w art. 16f ust. 3 pkt 3 tej ustawy, w innym powiecie niż powiat, w którym znajduje się miejsce wykonywania pracy wskazane w umowie o pracę na szkolenie specjalizacyjne.

8. Doskonalenie zawodowe

Proponuje się wprowadzenie rozwiązań, które mają na celu egzekwowanie dopełnienia przez lekarzy i lekarzy dentystrów 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 zawieszając prawo wykonywania zawodu. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie rocznego okresu po wejściu w życie przepisów na dopełnienie zaległego obowiązku doskonalenia zawodowego. Ponadto zmiany przewidują wprowadzenie w ramach doskonalenia zawodowego kursów rekomendowanych przez konsultantów krajowych lub ministra właściwego do spraw zdrowia dla lekarzy posiadających specjalizację w danej dziedzinie medycyny.

9. Umiejętności lekarskie

Proponuje się wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym CMKP zostanie dodane do listy podmiotów, do których może zwrócić się minister właściwy do spraw zdrowia z wnioskiem o opracowanie minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. 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 zwiększenie liczby certyfikowanych umiejętności.

10. Zmiany w wykonywaniu zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystrów, którzy uzyskali uprawnienia do wykonywania zawodu w ramach tzw. procedury uproszczonej.

Proponuje się wycofanie z możliwości wykonywania zawodu przez lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia do wykonywania zawodu w ramach tzw. procedury uproszczonej. W celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń wykonywanych przez lekarzy wykonujących zawód w ramach „procedury uproszczonej” proponuje się między innymi przyznanie okręgowym izbom lekarskim możliwości kontrolowania wykonywania zawodu przez tych lekarzy, np. przez występowanie do pracodawcy lekarza o wystawienie opinii zawodowej na temat danego lekarza. Ponadto planuje się uchylene ust. 21 w art. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, na podstawie którego lekarze, którym okręgowa izba lekarska odmówiła wydania prawa wykonywania zawodu mogą wykonywać zawód na podstawie i w zakresie określonym w decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu. Zgodnie z projektowanymi zmianami lekarze, którzy na dzień wejścia w życie projektowanej ustawy będą uprawnieni do wykonywania zawodu na podstawie art. 7 ust. 21 tej ustawy, po upływie 90 dni od dnia jej wejścia w życie utracą możliwość wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Planowany 90-dniowy okres *vacatio legis* w tym wypadku wynika z konieczności zachowania zgodności ze standardowym okresem wypowiedzenia umowy o pracę. Lekarze nieposiadający wydanego przez okręgowe rady lekarskie prawa wykonywania zawodu, pracujący wyłącznie na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia nie podlegają nadzorowi samorządu

zawodowego, nie figurują także w rejestrze lekarzy wykonujących zawód prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską, a także samorząd nie posiada informacji o miejscu zatrudnienia takiego lekarza.

Z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy nie będzie możliwości składania wniosków o wydanie zgody przez ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu lekarza, na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia, co oznacza zamknięcie dostępu do wykonywania zawodu na podstawie tzw. systemu uproszczonego lekarzom posiadającym kwalifikacje spoza Unii Europejskiej. Lekarze posiadający już zgodę ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wydane przez okręgowe rady lekarskie prawa wykonywania zawodu będą mogli nadal pracować zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

11. Eksperyment medyczny

W zakresie eksperymentów medycznych proponuje się doprecyzowanie przepisów dotyczących stosowania metod diagnostycznych i leczniczych o niepewnej lub nieznannej skuteczności u pacjentów. Proponowana zmiana ma na celu uporządkowanie przepisów dotyczących stosowania metod diagnostycznych i leczniczych o niepewnej lub nieznannej skuteczności u pacjentów, u których poznane i zalecane metody są nieskuteczne i wdrożenie zaleceń art. 37 Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, która w wersji z 2024 r. podkreśla, że interwencje o nieudowodnionej skuteczności mogą być stosowane (jest to część powszechnej praktyki medycznej), nie mogą natomiast być wykorzystywane do omijania ochrony uczestników badań. Nadanie takim zastosowaniom formy badania naukowego i wymóg uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej zapewnią także uzyskanie wartościowych informacji i formułowanie silniejszych zaleceń dotyczących stosowania albo zakazu stosowania nowych metod lub stosowania poznanych metod w nowych wskazaniach;

Ponadto, w przypadku eksperymentów badawczych z suplementem diety proponuje się wprowadzenie przepisów nakładających obowiązek badań każdej partii suplementu diety wykorzystanego w eksperymencie badawczym oraz umożliwienie właściwego nadzoru nad prowadzeniem eksperymentu medycznego, co do którego komisja bioetyczna wyraziła pozytywną opinię. W przypadku uchybień polegających na stwierdzeniu prowadzenia eksperymentu medycznego niezgodnie z wnioskiem, komisja bioetyczna będzie zobowiązana do uchylenia pozytywnej opinii i w jej miejsce wydania negatywnej uchwały o projekcie eksperymentu medycznego. Rozszerzenie kompetencji Odwoławczej Komisji Bioetycznej o możliwość prowadzenia postępowania skutkującego uchyleniem pozytywnej uchwały komisji bioetycznej;

Projektowana ustawa zakłada także wprowadzenie przepisów określających kadencyjność komisji bioetycznych oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej a także określenie liczebności tych komisji i kwalifikacji specjalistycznych członków komisji bioetycznych – planuje się, że kadencja tych komisji będzie trwała 4 lata, wspomniane komisje będą liczyły od 5 do 15 członków (decyzję w tym zakresie będzie podejmował organ powołujący daną komisję). Projekt przewiduje doszczegółowienie kwalifikacji specjalistycznych poprzez wskazanie, że w skład komisji muszą wchodzić określone przedstawiciele w dyscyplinie naukowej nauki medyczne, nauki farmaceutyczne, nauki o zdrowiu, filozofia, nauki teologiczne oraz nauki prawne, którzy posiadają odpowiednie doświadczenie zawodowe i doświadczenie związane z prowadzeniem badań naukowych, w dziedzinach które reprezentują.

Dodatkowo przewiduje się zobowiązanie komisji bioetycznej – w przypadku wydania uchwały o pozytywnej opinii projektu eksperymentu – do publikacji na swojej stronie internetowej informacji zawierającej co najmniej tytuł projektu eksperymentu medycznego, nazwę podmiotu, w którym eksperyment medyczny ma być realizowany oraz okres jego realizacji.

12. Konsultanci krajowi i wojewódzcy - rekomendowane rozwiązania w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia

W zakresie zmian do ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia proponuje się:

- 1) ograniczenie liczby opinii konsultantów krajowych dotyczących zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych;
- 2) wprowadzenie limitu dwóch następujących po sobie kadencji na stanowisku konsultanta;
- 3) usunięcie przepisów zobowiązujących do powołania konsultanta na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy w określonych sytuacjach;
- 4) doprecyzowanie przesłanek odwołania konsultanta z pełnionej funkcji.

13. Kredyty na studia medyczne - rekomendowane rozwiązania w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

Ponadto proponuje się wprowadzenie następujących zmian w zakresie kredytów na studia medyczne:

- 1) wskazanie przesłanek odmowy udzielenia kredytu na studia medyczne przez bank w celu zachowania pełnej transparentności procesu ubiegania się o kredyt;

- 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 pełnej wysokości kredytu;
- 3) wprowadzenie możliwości rozłożenia spłaty kredytu na studia medyczne na raty kredytobiorcy, któremu bank wypowiedział umowę kredytu na okres nie dłuższy niż 12 lat;
- 4) zmianę sposobu liczenia oprocentowania kredytów na studia medyczne: proponuje się, aby wysokość oprocentowania kredytu była równa sumie marży banku oraz wysokości stopy redyskontowej weksli Narodowego Banku Polskiego, przy czym proponuje się dodatkowo wzrost marży kredytu z maksymalnie 2 do maksymalnie 3 punktów procentowych;
- 5) uregulowanie 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 przy udziale kredytu na studia medyczne;
- 6) nałożenie na bank obowiązku weryfikacji statusu kredytobiorcy również w okresie karencji w spłacie kredytu na studia medyczne, czyli w okresie od momentu ukończenia studiów do momentu jego umorzenia albo rozpoczęcia spłaty.

14. rekomendowane rozwiązania w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Wprowadzenie możliwości zatrudnienia dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, również na stanowisku nauczyciela akademickiego oraz wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym do pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce właściwe dla pracowników uczelni publicznej. W związku z wprowadzeniem powyższej zmiany, pracownicy CMKP niebędący nauczycielami akademickimi odzyskają dodatkowe uprawnienia finansowe analogiczne jak pracownicy uczelni publicznych.

15. Postępowanie mediacyjne

Projekt przewiduje zmianę ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich stwarzającą podstawę prawną do umorzenia postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej wobec lekarza, jeżeli pojedna się on z pokrzywdzonym podczas mediacji oraz naprawi szkodę lub zadośćuczyni wyrządzonej krzywdzie.

Ponadto proponuje się wprowadzenie możliwości przeprowadzenia mediacji na wcześniejszym niż w obecnym stanie prawnym etapie postępowania - mediacja będzie możliwa już w toku postępowania wyjaśniającego, a nie dopiero po przedstawieniu zarzutów (zmiana art. 113 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich).

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Obecnie część krajów Unii Europejskiej do uzyskania pełnych kwalifikacji lekarza nie wymaga odbycia stażu podyplomowego. 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.

Ponadto niemal wszystkie kraje europejskie oferują co najmniej jeden rodzaj bezpośredniego publicznego wsparcia finansowego – stypendia lub pożyczki – swoim studentom. Dotacje publiczne, czyli bezzwrotne publiczne wsparcie finansowe, istnieją w niemal wszystkich europejskich systemach szkolnictwa wyższego. Publicznie dotowane pożyczki, czyli zwrotna publiczna pomoc finansowa, istnieją w około dwóch trzecich wszystkich europejskich systemów szkolnictwa wyższego.

Co do pozostałych rozwiązań brak danych na temat rozwiązań obowiązujących w pozostałych krajach OECD/UE.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
zdający LEK lub LDEK	około 28 tys. rocznie	Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej „CEM”	podniesienie poziomu weryfikacyjnego LEK i LDEK
lekarze przystępujący do PES	około 6,5 tys. rocznie	CEM	zwiększenie weryfikacji umiejętności lekarzy przez wprowadzenie obowiązkowego egzaminu ustnego oraz odpłatności za każde zgłoszenie do egzaminu

przewodniczący i członkowie zespołów egzaminacyjnych przeprowadzających PES	około 2,4 tys. rocznie	CEM	podwyższenie wysokości wynagrodzenia
lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia na podstawie postępowania kwalifikacyjnego od jesieni 2026 r.	około 8000 rocznie	dane własne	obowiązkowe przystępowanie do PEK, aby uzyskać możliwość przystępowania do PES, uzyskanie dodatkowych uprawnień do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych
lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach z modułem podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii	12489 (stan na 31.12. 2025 r.)	System Monitorowania Kształcenia - SMK	zwolnienie z obowiązku odbycia 6 miesięcy stażu podstawowego w ramach modułu podstawowego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia
lekarze ubiegający się o uznanie specjalizacji uzyskanej poza UE	około 100 rocznie	dane własne	w niektórych przypadkach konieczność zdania SEW
CEM	1		konieczność pozyskania większej liczby nowych pytań do testu LEK i LDEK konieczność zorganizowania egzaminów ustnych dla wszystkich przystępujących do PES organizacja PEK organizacja SEW
lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne	około 31.509 (stan na 30.09. 2025 r.)	dane Centrum e-Zdrowia	zmiany w zasadach weryfikacji szkolenia specjalizacyjnego
absolwenci kierunku lekarskiego w języku polskim	około 6244 (w 2026 r.)	system POL-on	odbywanie skróconego stażu podyplomowego
absolwenci kierunku lekarsko-dentystycznego w języku polskim	około 1101 (w 2026 r.)	system POL-on	odbywanie skróconego stażu podyplomowego
lekarze wykonujący zawód na podstawie tzw. systemu uproszczonego	około 4500	Dane z NIL z Centrum e-Zdrowia	zwiększenie nadzoru, brak możliwości wykonywania zawodu jedynie na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, dotyczący około 450 lekarzy oraz brak możliwości otrzymania zgody ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu, od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy
uczelnie kształcące na kierunku lekarskim na warunkach odpłatności	38	dane własne	obowiązek wydawania zaświadczeń studentom

			<p>ubiegającym się o kredyt na studia medyczne</p> <p>obowiązek zwrotu nienależnie pobranej transzy kredytu na studia medyczne bankom</p> <p>obowiązek zwrotu kredytobiorcy kwoty opłaty za usługi edukacyjne wniesionej przez niego na rachunek bankowy uczelni, w przypadku, gdy okres, za który została wniesiona ta opłata, został sfinansowany z kredytu na studia medyczne</p>
banki, które zawarły lub potencjalnie mogą zawrzeć z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowy o współpracy w zakresie udzielania kredytów na studia medyczne	3	dane własne	<p>dostosowanie procedur do nowych rozwiązań w zakresie udzielania kredytów na studia medyczne</p> <p>wzrost rentowności kredytu na studia medyczne dla banków</p> <p>dostosowanie procedur oraz systemów informatycznych banków do nowych rozwiązań ewentualne aneksowanie zawartych uprzednio umów kredytowych</p>
Bank Gospodarstwa Krajowego	1	dane własne	obowiązki sprawozdawcze w zakresie liczby udzielonych kredytów na studia medyczne oraz wypłaty poręczeń
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dane własne	<p>ustalenie oraz ogłoszenie w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne za cały okres studiów w przeliczeniu na 1 semestr nauki</p> <p>podejmowanie decyzji o umorzeniu kredytu na studia medyczne w przypadkach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce</p>

			<p>analiza sprawozdań określonych w art. 422b ust. 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższymi i nauce</p> <p>zatwierdzanie projektu rocznego planu Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych</p>
województwie	16	dane własne	wydawanie zaświadczeń lekarzom, którzy zawarli umowy kredytu na studia medyczne w okresie od rozpoczęcia do zakończenia przez nich szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny
studenci kredytobiorcy	około 350	dane własne	wprowadzone zmiany mogą potencjalnie wpływać na zakres uprawnień kredytobiorców w przypadku ewentualnej decyzji o aneksowaniu umów kredytowych zawartych z bankiem
studenci odbywający kształcenie na kierunku lekarskim w języku polskim na warunkach odpłatności	około 11 000 (w tym około 3 800 studentów kredytobiorców)	dane własne	wprowadzone zmiany mogą wpłynąć na liczbę udzielonych kredytów na studia medyczne oraz zakres uprawnień i obowiązków kredytobiorców
komisje bioetyczne	71	dane własne	<p>obowiązki dotyczące ogłaszania uchwał oraz monitorowania eksperymentów medycznych</p> <p>określenie kadencyjności oraz kwalifikacji wymaganych od członków komisji bioetycznych</p>
Odwoławcza Komisja Bioetyczna	1	dane własne	<p>uchylanie pozytywnych opinii komisji bioetycznych</p> <p>określenie kadencyjności oraz kwalifikacji wymaganych od członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej</p>
producenci suplementów diety	Brak danych	–	certyfikacja suplementu diety, wykorzystywanego w eksperymencie badawczym
podmioty lecznicze	550 - podmioty prowadzące staż lekarski		skrócenie stażu i szybsze uzyskanie pełnych kwalifikacji będzie miało wpływ na zwiększenie dostępności lekarzy i

	1200 - podmioty prowadzące staże lekarsko-dentystyczne		lekarzy dentystów na rynku pracy oraz łatwiejsze pozyskanie nowych kadr lekarskich przez podmioty lecznicze; podmioty które prowadzą kształcenie specjalizacyjne uzyskają pewną swobodę w zakresie zatrudniania lekarzy do szkolenia w trybie pozarezydenckim
CMKP	1		uzyskanie uprawnienia do opracowania minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych
dyrektor CMKP	1	–	możliwość zatrudnienia również na stanowisku nauczyciela akademickiego CMKP
pracownicy CMKP niebędący nauczycielami akademickimi	346	Dane CMKP, stan na 1.03.2026 r.	uzyskanie dodatkowych uprawnień, analogicznych jak pracownicy uczelni publicznych niebędący nauczycielami akademickimi
konsultanci krajowi w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych	83	dane własne	ograniczenie liczby opinii konsultantów krajowych dotyczących zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w zawodach lekarza
konsultanci krajowi i wojewódzcy	około 1900	dane własne	doprecyzowanie zasad zastępowania konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz zmiany w zakresie powoływania i odwoływania konsultantów krajowych, w tym między innymi wprowadzenie limitu dwóch kadencji
obywatele	37,332 mln (stan na 10.01.2026 r.)	Główny Urząd Statystyczny	lepszy dostęp do specjalistycznych świadczeń lekarskich
Centrum e-Zdrowia	1	-	dostosowanie SMK do zmian przewidzianych w projekcie, w szczególności w zakresie postępowania kwalifikacyjnego i PEK
okręgowe izby lekarskie, Naczelna Izba Lekarska	23 1		umożliwienie szerszego zastosowania instytucji mediacji w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarzy

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone pre-konsultacje.

Niniejszy projekt zostanie przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 30 dni do:

- 1) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 2) Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;

- 3) Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 4) Komisji Nadzoru Finansowego;
- 5) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 6) wojewody dolnośląskiego;
- 7) wojewody kujawsko-pomorskiego;
- 8) wojewody lubelskiego;
- 9) wojewody lubuskiego;
- 10) wojewody łódzkiego;
- 11) wojewody małopolskiego;
- 12) wojewody mazowieckiego;
- 13) wojewody opolskiego;
- 14) wojewody podkarpackiego;
- 15) wojewody podlaskiego;
- 16) wojewody pomorskiego;
- 17) wojewody śląskiego;
- 18) wojewody świętokrzyskiego;
- 19) wojewody warmińsko-mazurskiego;
- 20) wojewody wielkopolskiego;
- 21) wojewody zachodniopomorskiego;
- 22) marszałka województwa dolnośląskiego;
- 23) marszałka województwa kujawsko-pomorskiego;
- 24) marszałka województwa lubelskiego;
- 25) marszałka województwa lubuskiego;
- 26) marszałka województwa łódzkiego;
- 27) marszałka województwa małopolskiego;
- 28) marszałka województwa mazowieckiego;
- 29) marszałka województwa opolskiego;
- 30) marszałka województwa podkarpackiego;
- 31) marszałka województwa podlaskiego;
- 32) marszałka województwa pomorskiego;
- 33) marszałka województwa śląskiego;
- 34) marszałka województwa świętokrzyskiego;
- 35) marszałka województwa warmińsko-mazurskiego;
- 36) marszałka województwa wielkopolskiego;
- 37) marszałka województwa zachodniopomorskiego;
- 38) Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;
- 39) Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 40) Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 41) Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
- 42) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- 43) Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 44) Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 45) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 46) Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
- 47) Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu;
- 48) Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie;
- 49) Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie;
- 50) Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach;
- 51) Uniwersytetu Rzeszowskiego;
- 52) Uniwersytetu Zielonogórskiego w Zielonej Górze;
- 53) Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie;
- 54) Uczelni Łazarskiego z siedzibą w Warszawie;
- 55) Uniwersytetu Opolskiego;
- 56) Uniwersytetu Radomskiego im. Kazimierza Pułaskiego;
- 57) Akademii Śląskiej;
- 58) Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;
- 59) Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie;
- 60) Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie;
- 61) Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych;
- 62) Uniwersytetu Kaliskiego im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego;
- 63) Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II;

- 64) Akademii Mazowieckiej;
- 65) Uniwersytetu Warszawskiego;
- 66) Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu - Akademii Nauk Stosowanych;
- 67) Politechniki Wrocławskiej;
- 68) Akademii Tarnowskiej;
- 69) Politechniki Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich;
- 70) Akademii WSB;
- 71) Społecznej Akademii Nauk z siedzibą w Łodzi;
- 72) Uniwersytetu w Siedlcach;
- 73) Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I;
- 74) Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu;
- 75) Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu;
- 76) Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich;
- 77) konsultanta krajowego w dziedzinie alergologii;
- 78) konsultanta krajowego w dziedzinie audiologii i foniatrii;
- 79) konsultanta krajowego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej;
- 80) konsultanta krajowego w dziedzinie klatki piersiowej
- 81) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej;
- 82) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej;
- 83) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej;
- 84) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- 85) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii plastycznej;
- 86) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej;
- 87) konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc;
- 88) konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc dzieci;
- 89) konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych;
- 90) konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych;
- 91) konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii;
- 92) konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii;
- 93) konsultanta krajowego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 94) konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii;
- 95) konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości;
- 96) konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;
- 97) konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii;
- 98) konsultanta krajowego w dziedzinie farmakologii klinicznej;
- 99) konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii;
- 100) konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej;
- 101) konsultanta krajowego w dziedzinie genetyki klinicznej;
- 102) konsultanta krajowego w dziedzinie geriatricznej;
- 103) konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej;
- 104) konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii;
- 105) konsultanta krajowego w dziedzinie hipertensjologii;
- 106) konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej;
- 107) konsultanta krajowego w dziedzinie intensywnej terapii;
- 108) konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii;
- 109) konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii;
- 110) konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej;
- 111) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny lotniczej;
- 112) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej;
- 113) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- 114) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny pracy;
- 115) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 116) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 117) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny sądowej;
- 118) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny sportowej;
- 119) konsultanta krajowego w dziedzinie mikrobiologii;
- 120) konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii;
- 121) konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii dziecięcej;
- 122) konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii;
- 123) konsultanta krajowego w dziedzinie neurochirurgii;
- 124) konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii;

- 125) konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej;
- 126) konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki;
- 127) konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej;
- 128) konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej;
- 129) konsultanta krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- 130) konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii;
- 131) konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej;
- 132) konsultanta krajowego w dziedzinie patomorfologii;
- 133) konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii;
- 134) konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii metabolicznej;
- 135) konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii;
- 136) konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- 137) konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii;
- 138) konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży;
- 139) konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 140) konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej;
- 141) konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- 142) konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii;
- 143) konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii;
- 144) konsultanta krajowego w dziedzinie toksykologii klinicznej;
- 145) konsultanta krajowego w dziedzinie transfuzjologii klinicznej;
- 146) konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii klinicznej;
- 147) konsultanta krajowego w dziedzinie urologii;
- 148) konsultanta krajowego w dziedzinie urologii dziecięcej;
- 149) konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 150) konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej;
- 151) konsultanta krajowego w dziedzinie ortodoncji;
- 152) konsultanta krajowego w dziedzinie periodontologii;
- 153) konsultanta krajowego w dziedzinie protetyki stomatologicznej;
- 154) konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej;
- 155) konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją;
- 156) Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 157) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 158) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- 159) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 160) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- 161) Krajowej Rady Ratowników Medycznych;
- 162) Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi;
- 163) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
- 164) Centrum e-Zdrowia;
- 165) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 166) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 167) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 168) NSZZ „Solidarność”-80;
- 169) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 170) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 171) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 172) Rady Dialogu Społecznego;
- 173) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
- 174) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
- 175) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
- 176) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
- 177) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;
- 178) Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego;
- 179) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
- 180) NSZZ „Solidarność”;
- 181) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 182) Forum Związków Zawodowych;
- 183) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 184) Konfederacji „Lewiatan”;
- 185) Związku Rzemiosła Polskiego;

- 186) Związku Pracodawców Business Centre Club;
- 187) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 188) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 189) Banku Gospodarstwa Krajowego;
- 190) Banku PKO Bank Polski S.A.;
- 191) Banku PEKAO S.A.;
- 192) Banku Polskiej Spółdzielczości S.A.;
- 193) SGB-Bank S.A.;
- 194) Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku;
- 195) Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku Białej;
- 196) Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 197) Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie;
- 198) Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku;
- 199) Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim;
- 200) Śląskiej Izby Lekarskiej;
- 201) Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej;
- 202) Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie;
- 203) Lubelskiej Izby Lekarskiej;
- 204) Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi;
- 205) Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej;
- 206) Opolskiej Izby Lekarskiej;
- 207) Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku;
- 208) Wielkopolskiej Izby Lekarskiej;
- 209) Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie;
- 210) Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie;
- 211) Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie;
- 212) Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie;
- 213) Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu;
- 214) Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie;
- 215) Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- 216) Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze;
- 217) Wojskowej Izby Lekarskiej;
- 218) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 219) Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”;
- 220) Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu;
- 221) Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc;
- 222) Instytutu Hematologii i Transfuzjologii;
- 223) Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 224) Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie;
- 225) Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi;
- 226) Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie;
- 227) Narodowego Instytutu Leków w Warszawie;
- 228) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 229) Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 230) Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- 231) Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 232) Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 233) Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Z uwagi na przedmiot regulacji, projekt będzie przedmiotem opiniowania Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.) projekt ustawy zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2026 r. poz. 404) zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2025 r.)

Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	9,87	11,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	140,7
budżet państwa	0	9,87	11,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	14,87	140,7
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	10,516	-73,5913	-873,829	-874,722	-874,377	-874,785	-874,547	-873,427	-874,625	-875,043	-7720,752
budżet państwa	0	10,516	-73,5913	-873,829	-874,722	-874,377	-874,785	-874,547	-873,427	-874,625	-875,043	-7720,752
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	-0,646	747,83	888,699	889,592	889,247	889,655	889,417	888,297	889,495	889,913	7 861,452
budżet państwa	0	-0,646	747,83	888,699	889,592	889,247	889,655	889,417	888,297	889,495	889,913	7 861,452
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	<p>Skutki projektowanych zmian zostaną sfinansowane w ramach środków, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, z części 46 – Zdrowie oraz w rezerwach celowych, przy jednoczesnym zwiększeniu limitu wydatków ministra właściwego do spraw zdrowia na wynagrodzenia osobowe z przeznaczeniem dla CEM oraz Centrum e-Zdrowia. Koszty związane z wypłatą świadczeń dla pracowników CMKP niebędących nauczycielami akademickimi będą pokryte w ramach dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.</p> <p>Kredyty na studia medyczne</p> <p>Przedmiot regulacji powoduje skutki finansowe dla budżetu państwa. Projekt zakłada, że z Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych będą przeznaczane dodatkowe środki na pokrycie kosztów działań windykacyjnych ponoszonych przez bank, powstałych w związku z dochodzeniem od kredytobiorcy zwrotu wypłaconych transz kredytu na studia medyczne wraz z odsetkami oraz kwoty umorzeń spłaty kredytu na studia medyczne w przypadkach, o których mowa w art. 103c ust. 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. W przypadku dochodzenia przez bank od kredytobiorcy zwrotu wypłaconych transz kredytu po upływie 6 lat od zawarcia umowy kredytu na studia medyczne (po okresie wypłaty kredytu) szacunkowy jednostkowy koszt działań windykacyjnych wyniesie 4 243, 04 zł. Mimo, że dotychczas bank kredytujący nie zidentyfikował przypadków, o których mowa w art. 103c ust. 7 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, nie można wykluczyć, że takie przypadki</p>											

nie wystąpią przyszłości, stąd przyjęto założenie, że takich przypadków może wystąpić nie więcej niż 3 rocznie. Przewiduje się, że z Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych w latach 2027–2037 zostaną przeznaczane dodatkowe środki na pokrycie kosztów działań windykacyjnych ponoszonych przez bank w wysokości 127 291, 2 zł.

Z treści projektu wynika, że zmiana sposobu liczenia oprocentowania kredytu na studia medyczne (liczona jako suma stopy redyskontowej oraz marży banku kredytującego wynoszącej maksymalnie 3%) nie spowoduje wzrostu kosztów po stronie FKSM z tytułu zmiany sposobu oprocentowania kredytu na studia medyczne. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, o których mowa w art. 103c ust. 4 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, wysokość oprocentowania kredytu na studia medyczne 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., w 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 wysokości stopy redyskonta weksli NBP obowiązującej w 2027 r.+ marża 3%), w 2028 r. – 6.5% i w 2029 r. – 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 w życie proponowanej zmiany sposobu obliczenia oprocentowania nie spowoduje zatem wzrostu obciążenia dla Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych. Należy podkreślić, że sam wzrost marży banku do 3% nie spowoduje wzrostu wydatków Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych ze względu na równoległe obniżenie drugiego składnika określającego wysokość oprocentowania kredytu. Rada Polityki Pieniężnej, zwana dalej „RPP”, w 2025 r. dokonała 6 obniżek stóp procentowych. W 2026 r. RPP dokonała 1 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 spowoduje jedynie spowolnienie tempa obniżenia kosztu udzielonych kredytów, nie generując dodatkowych kosztów po stronie Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych.

Należy wskazać, że minister właściwy do spraw zdrowia poprzez określenie w obwieszczeniu maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne określa de facto maksymalny poziom wsparcia kredytobiorców ze środków FKSM, który uwzględniany jest następnie w projekcie planu FKSM w danym roku budżetowym a następnie zatwierdzanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych. Warto również nadmienić, że sam wzrost wysokości opłat za usługi edukacyjne w danej uczelni, powyżej powyższego poziomu nie wiąże się z dodatkowym obciążeniem FKSM. Przy uwzględnieniu tego mechanizmu oraz wzięwszy pod uwagę ewentualny dalszy wzrost opłat za usługi edukacyjne nie przewiduje się, aby samo uchylenie przepisu w zakresie „równości” semestralnych transz kredytu na studia medyczne, w sytuacji braku wzrostu maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne, mogło generować dodatkowe koszty po stronie FKSM.

W związku ze zmianą ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce minister właściwy do spraw zdrowia zostanie obciążony nowymi dodatkowymi zadaniami, głównie związanymi z udzielaniem klientom urzędu oraz bankom informacji dotyczących wprowadzenia proponowanych przepisów w życie oraz koniecznością ich interpretacji. Jednocześnie nie przewiduje się zwiększenia liczby etatów dla Ministerstwa Zdrowia w najbliższym czasie, w związku z wejściem proponowanych zmian w życie. W przypadku takiej konieczności przewiduje się ewentualne przesunięcia pracowników w ramach istniejącej struktury resortu zdrowia przy zachowaniu dotychczasowego poziomu zatrudnienia. W związku z powyższym w kalkulacji nie uwzględniono kosztów wynagrodzeń dla dodatkowych pracowników Ministerstwa Zdrowia.

Skutki finansowe przewidziane projektem zmian zostaną sfinansowane w ramach planowanych corocznie nakładów na Fundusz Kredytowania Studiów Medycznych w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Przyjęcie projektowanej regulacji nie będzie zatem stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.

Eksperymenty medyczne

Wprowadzenie szczegółowych regulacji dotyczących liczby członków komisji bioetycznych oraz doprecyzowania zadań realizowanych przez te komisje nie będzie generowało dodatkowych kosztów. Wprowadzona regulacja doprecyzowuje szczegółowo kompetencje członków, natomiast daje duże możliwości dostosowania liczebności (od 5 do 15 członków) do liczby zadań realizowanych przez daną komisję. Aktualnie komisje bioetyczne w ośrodkach realizujących dużo eksperymentów, mają liczbę członków tak określoną by móc odpowiednio zaopiniować wszystkie wnioski. Po wprowadzeniu nowych przepisów komisje także będą mogły elastycznie określać liczbę członków w zależności od liczby spraw wpływających do danej komisji. Tym samym w danym zakresie nie przewiduje się dodatkowych kosztów.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

I. Dochody

Rok kalendarzowy	Czas w latach od wejścia zmiany w życie	Roczne dochody z opłat za każde drugie zgłoszenie LEK lub LDEK (mln zł)	Roczne dochody z opłat za PEK (mln zł)	Roczne dochody z opłat za PES (mln zł)	Roczne dochody z opłat za SEW (mln zł)	Dochody razem (mln zł)
2026	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2027	1	0,150	3,000	6,600	0,120	9,870
2028	2	0,150	5,000	6,600	0,120	11,870
2029	3	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2030	4	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2031	5	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2032	6	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2033	7	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2034	8	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2035	9	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
2036	10	0,150	8,000	6,600	0,120	14,870
	razem	1,500	72,000	66,000	1,200	140,700

1. LEK i LDEK – dochody

W związku z tym, że przewidziano rozwiązanie, zgodnie z którym każde drugie podejście do LEK i LDEK będzie płatne 250 zł (obecnie w ciągu roku około 600 osób podchodzi po raz drugi bezpłatnie do LEK i LDEK z powodu braku zaliczenia tego egzaminu w pierwszym podejściu albo nieprzystąpienia do niego). Dzięki temu rozwiązaniu do budżetu państwa wpłynie dodatkowo **150 000 zł rocznie**.

2. PEK – dochody

Przewidziano, że egzamin PEK będzie płatny 1000 zł od osoby za każde zgłoszenie, zatem przy założeniu, że w 2027 r. do PEK podejdzie 3 tys., w 2028 r. do PEK podejdzie 5 tys. osób, a w latach 2029–2036 do PEK będzie podchodzić 8 tys. osób rocznie, to do budżetu państwa wpłynie z tytułu opłat za PEK:

- 1) **3 mln zł** w 2027 r.;
- 2) **5 mln zł** w 2028 r.;
- 3) **8 mln zł rocznie** w latach 2029–2036.

3. PES – dochody

Przewidziano, że egzamin PES będzie płatny 400 zł od osoby za każde zgłoszenie do egzaminu testowego oraz 800 zł od osoby za każde zgłoszenie do egzaminu ustnego. Do tej pory 2 pierwsze podejścia do testu PES były bezpłatne i niemal cały koszt egzaminów PES, które się odbywały był pokrywany z budżetu państwa. W związku z wprowadzeniem obowiązkowych opłat za egzamin testowy i ustny PES przy założeniu, że do PES rocznie podchodzić będzie 5500 zdających do budżetu państwa **wpłynie rocznie 6,6 mln zł z tytułu opłat za PES**.

4. SEW – dochody

Przewidziano, że egzamin SEW będzie płatny 1200 zł za każde zgłoszenie, zatem przy założeniu, że do tego egzaminu będzie podchodzić 100 osób rocznie, do budżetu państwa wpłynie **120 000 zł rocznie** z tytułu opłat za SEW.

II. Wydatki

Rok kalendarzowy	Czas w latach od wejścia w życie zmian	Wydatki na staże poddyplomowe (mln zł)	Roczny koszt dodatkowych pytań na LEK i LDEK (mln zł)	Roczny koszt PEK (mln zł)	Roczny wzrost kosztu PES (mln zł)	Roczny koszt SEW (mln zł)	Likwidacja dodatku 16% za rozłąkę (mln zł)	Koszty CeZ- zmiany w SMK (mln zł)	Koszty razem (mln zł)
2026	0	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł
2027	1	0,000 zł	0,122 zł	3,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,426 zł	5,850 zł	10,516 zł
2028	2	-744,234 zł	0,122 zł	5,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,468 zł	1,697 zł	-735,913 zł
2029	3	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,512 zł	2,144 zł	-873,829 zł
2030	4	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,558 zł	1,297 zł	-874,722 zł
2031	5	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,605 zł	1,689 zł	-874,377 zł
2032	6	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,653 zł	1,329 zł	-874,785 zł
2033	7	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,702 zł	1,616 zł	-874,547 zł
2034	8	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,753 zł	2,787 zł	-873,427 zł
2035	9	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,806 zł	1,642 zł	-874,625 zł
2036	10	-885,553 zł	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	-1,860 zł	1,278 zł	-875,043 zł
	razem	-7 828,658 zł	1,220 zł	72,000 zł	28,500 zł	1,200 zł	-16,343 zł	21,329 zł	-7 720,752 zł

1. Staż poddyplomowy- zmniejszenie wydatków

W przypadku skrócenia stażu poddyplomowego z 13 do 6 miesięcy dla lekarzy i z 12 do 6 miesięcy dla lekarzy dentyistów począwszy od staży, które rozpoczną się 1 października 2027 r. pierwsze **oszczędności pojawią się w 2028 r. i będą wynosić:**

1) w 2028 r. **744,234 mln zł;**

2) w 2029 r. **885,553 mln zł.**

Powyższe wyliczenia wynikają z założeń finansowych przyjętych przy planowaniu budżetu na sfinansowanie staży na lata 2026–2029, przy uwzględnieniu skrócenia stażu do 6 miesięcy. Szczegółowe wyliczenia dotyczące wydatków na staże, przy zachowaniu obecnego stanu prawnego oraz po wprowadzeniu proponowanych zmian, zawarte są w załączniku nr 1 i 2 do OSR. Jednocześnie założono, że w kolejnych latach oszczędności na skróceniu staży poddyplomowych będą wynosić **885,553 mln zł** rocznie, ale kwota ta będzie z pewnością wyższa wraz ze wzrostem wynagrodzeń oraz ze wzrostem liczby absolwentów kierunku lekarskiego. Jednak na dziś dokładna kwota oszczędności na skróceniu staży w latach 2030–2036 jest trudna do oszacowania. Oszczędności te uwzględniono jako zmniejszenie wydatków z budżetu państwa o wyżej wskazane kwoty.

2. LEK i LDEK – wydatki

W wydatkach uwzględniono również koszty dodatkowych pytań na LEK i LDEK, które trzeba będzie pozyskać w związku z rozwiązaniem przewidującym, że na LEK i LDEK 100 % pytań będzie tajnych. Zgodnie z przyjętym w projekcie rozwiązaniem test LEK i LDEK będzie się składał z 200 nowych pytań, natomiast obecnie test składa się z 60 nowych pytań. Zatem należy uwzględnić konieczność pozyskania dodatkowych 140 nowych pytań na LEK i 140 nowych pytań na LDEK na każdą sesję. Zgodnie z obowiązującymi przepisami w roku odbywają się dwie sesje egzaminacyjne, zatem trzeba będzie pozyskać 560 pytań (140 x 2 egzaminy x 2 sesje). Przy czym należy założyć potrzebę zakupu dodatkowych pytań w liczbie 50 na każdy egzamin w dwóch sesjach, czyli łącznie 200 pytań, ze względu na to, że część pytań może być negatywnie zrecenzowana i nie będzie mogła zostać wykorzystana na tych egzaminach. Obecnie koszt jednego pytania wynosi 160 zł, w tym: 100 zł to koszt sporządzenia jednego pytania, 20 zł to koszt recenzji jednego pytania i 40 zł to koszt tłumaczenia jednego pytania (LEK i LDEK przeprowadzany jest również w języku angielskim). Zgodnie z powyższym rocznie konieczne będzie pozyskanie 760 pytań, zatem **wydatki na pytania na LEK i LDEK wzrosną o 121 600 zł** (zaokrąglono do 122 tys. zł).

3. PEK – wydatki

Ponadto w powyższych wyliczeniach uwzględniono wydatki na PEK w kwocie 1000 zł za zdającego. Założono, że w 2027 r. do PEK podejdzie 3 tys. osób, w 2028 r. do PEK podejdzie 5 tys. osób, natomiast w latach 2029–2036 do PEK będzie podchodzić 10 tys. osób rocznie, co wygeneruje wydatki:

1) **3 mln zł w 2027 r.;**

2) **5 mln zł w 2028 r.;**

3) **8 mln zł rocznie w latach 2029–2036.**

W powyższych wydatkach uwzględniono już koszty administracyjne związane z przeprowadzeniem egzaminów, koszty komisji egzaminacyjnych, wynajmu sal, 3

dotychczasowych etatów dla Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) – na obsługę tych egzaminów oraz koszty wynajmu dodatkowych pomieszczeń dla nowych pracowników CEM. Przy szacowaniu kosztów PEK wzięto pod uwagę, że jedna komisja egzaminacyjna w ciągu 8 godzin pracy przeegzaminuje około 9 zdających. W skład jednej komisji wchodzi przewodniczący i 3 członków komisji. Przyjęto, że wynagrodzenie przewodniczącego komisji i członków komisji będzie takie samo jak wynagrodzenie przewodniczącego i członków komisji ustnej części PES, czyli będzie wynosić 1000 zł dla przewodniczącego i 600 zł dla członka komisji. Zatem wynagrodzenia dla członków jednej komisji będą wynosić łącznie 2800 zł. Ponadto uwzględniono koszty refundacji przejazdów i noclegów dla przewodniczącego i członków komisji w wysokości po 750 zł na przewodniczącego i każdego członka komisji, czyli łącznie 3000 zł. Kolejnym kosztem związanym z przeprowadzeniem PEK przez jedną komisję jest wynajem sali egzaminacyjnej w wysokości około 100 zł za godzinę, z uwzględnieniem, że sala dla jednej komisji będzie wynajmowana na 8 godzin, koszt wynajmu sali dla jednej komisji wyniesie 800 zł. Zatem biorąc pod uwagę powyższe składowe koszty pracy jednej komisji, która przeegzaminuje 9 osób będzie wynosił 6600 zł, co daje koszt około 733 zł na zdającego. Natomiast 267 zł pozostałe z 1000 zł po odjęciu powyższych kosztów zostanie przeznaczone na pokrycie kosztów dodatkowych 3 etatów dla CEM, kosztów wynajmu pomieszczeń, w których pracować będą nowi pracownicy CEM oraz kosztów energii, druku, papieru, poczty i usług kurierskich.

Zakłada się, że do egzaminu przystąpi w 2027 r. około 3 tys. osób, w 2028 r. około 5 tys. osób, a w kolejnych latach około 8 tys. osób rocznie. Ponadto przyjęto, że w pierwszym roku obsługa 1 osoby zajmie średnio około 2 godziny, w drugim roku około 1,2 godziny, a w kolejnych latach około 1 godzinę. Należy mieć bowiem na względzie, że przez pierwsze 2 lata funkcjonowania egzaminu konieczne będzie przeprowadzenie intensywnych działań informacyjnych i wdrożeniowych. W tym czasie CEM będzie budowało strukturę organizacyjną PEK, konieczne będzie skompletowanie zespołów egzaminacyjnych oraz pozyskanie podmiotów leczniczych, które udostępnią sale oraz swoją infrastrukturę na potrzeby egzaminów. Z pewnością na początku konieczne będzie również zorganizowanie od podstaw procesu naboru wniosków na egzamin oraz częste udzielanie informacji na temat nowego egzaminu. Zatem pomimo mniejszej liczby zdających, zakłada się, że obciążenie pracą w pierwszych dwóch latach funkcjonowania PEK będzie porównywalne do kolejnych lat, kiedy do egzaminu będzie przystępować większa liczba osób. Poza wskazanymi powyżej czynnościami informacyjnymi i organizacyjnymi, przeprowadzenie PEK będzie wymagać wykonywania czynności administracyjnych takich jak weryfikacja wniosku pod względem formalnym, w tym obowiązku wniesienia opłaty w należytym wysokości; w sytuacji, gdy opłata nie została wniesiona albo została wniesiona w wysokości niższej niż należąca - wezwania będą generowane automatycznie w SMK), ustalenie miejsca i terminu przeprowadzania egzaminu, ustalenie i powołanie składu zespołu egzaminacyjnego, przygotowanie indywidualnej dokumentacji egzaminacyjnej (protokołu dla każdego zdającego); przesłanie dokumentacji poszczególnym zespołom; odbiór dokumentacji po egzaminie i jej weryfikacja, ewentualnie w przypadku ujawnionych błędów ich usuwanie; sporządzenie dokumentu potwierdzającego złożenie egzaminu i jego przekazanie osobie zdającej; archiwizacja dokumentów; oraz czynności księgowo - rozliczenie opłat egzaminacyjnych, ich zaksięgowanie i przekazanie do budżetu państwa; sporządzenie i rozliczenie umów z członkami zespołów egzaminacyjnych, sporządzenie i przekazanie im PIT.

Mając na względzie te działania można przyjąć, że ich wykonanie zajmie rocznie około 6 tys. roboczogodzin. Uwzględniając 8-godzinny dzień pracy i około 250 dni roboczych w roku, realizacja tych zadań wymaga zatrudnienia 3 osób ($6000:8=750$, $750:250=3$). Zakłada się, że w kolejnych latach, nawet przy zwiększeniu liczby zdających do 8 tys. w związku z automatyzacją procesów, nie będzie konieczności zwiększania liczby etatów.

4. PES wydatki

W związku z rozwiązaniami dotyczącymi przywrócenia obowiązkowej części ustnej PES oraz rozwiązaniami przewidującymi podwyżki wynagrodzeń dla członków zespołów egzaminacyjnych PES, wydatki na PES **zwiększą się o 2,85 mln zł rocznie**. Przy obliczeniach uwzględniono, że wydatki na PES będą wynosić 800 zł na zdającego. Zakłada się, że do ustnego PES będzie podchodzić rocznie około 5500 osób. Ponadto uwzględniono, że jedna komisja egzaminacyjna ustnej części PES w ciągu 8 godzin pracy przeegzaminuje około 9 zdających. W skład jednej komisji wchodzi przewodniczący i 3 członków komisji. Przyjęto, że wynagrodzenie przewodniczącego komisji i członków komisji testowej części

PES będzie takie samo jak wynagrodzenie przewodniczącego i członków komisji ustnej części PES, czyli. będzie wynosić 1000 zł dla przewodniczącego i 600 zł dla członka komisji. Zatem wynagrodzenia dla członków jednej komisji będą wynosić łącznie 2800 zł. Ponadto uwzględniono koszty refundacji przejazdów i noclegów dla przewodniczącego i członków komisji w wysokości po 750 zł na przewodniczącego i każdego członka komisji, czyli łącznie 3000 zł. Kolejnym kosztem związanym z przeprowadzeniem PEK przez jedną komisję jest wynajem sali egzaminacyjnej w wysokości około 100 zł za godzinę, z uwzględnieniem, że sala dla jednej komisji będzie wynajmowana na 8 godzin. Biorąc pod uwagę powyższe składowe koszt pracy jednej komisji, która przeegzaminuje 9 osób będzie wynosił 6600 zł. Zakłada się, że w związku z wprowadzeniem obowiązkowej części ustnej PES, liczba osób podchodzących do ustnej części PES zwiększy się o około 3190 osób rocznie, co powoduje konieczność utworzenia 354 dodatkowych komisji i będzie się wiązać **z kosztem około 2,336 mln zł.** Ponadto uwzględniono podwyżki w wysokości 1400 na komisję (w tym 500 zł podwyżki dla przewodniczącego i po 300 zł podwyżki dla 3 członków komisji) dla 257 komisji przeprowadzających ustny PES (tyle komisji prawdopodobnie byłoby utworzonych, gdyby dalej obowiązywało zwolnienie z części ustnej PES dla osób, które uzyskały 75% z części testowej PES), **co daje koszt około 360 tys. zł.**

Ponadto w związku z rozwiązaniami dotyczącymi zwiększenia wynagrodzeń członków zespołów egzaminacyjnych przeprowadzających testową część PES z 300 zł na 600 zł – dla członków zespołów egzaminacyjnych oraz z 500 zł na 1000 zł dla przewodniczących zespołów egzaminacyjnych, wzrośnie koszt komisji przeprowadzających testowy PES. Szacuje się, że testową część PES przeprowadza około 110 komisji rocznie. Wzrost kosztów jednej komisji wyniesie 1400 zł (komisja składa się z jednego przewodniczącego i 3 członków zespołu egzaminacyjnego), zatem po podwyżkach koszt tych komisji wzrośnie łącznie o **154 tys. zł rocznie.**

Szczegółowy wzrost kosztów PES przedstawiono w tabeli.

Rok kalendarzowy	Rok od wejścia w życie ustawy	Roczny koszt zwiększenia liczby komisji części ustnej PES (mln)	Roczny koszt podwyżki dla komisji części ustnej PES -biorąc pod uwagę dotychczasową liczbę komisji (mln)	Roczny koszt podwyżki dla komisji części testowej PES (mln)	Roczny wzrost kosztu PES (mln)
2026	0	0	0	0	0
2027	1	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2028	2	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2029	3	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2030	4	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2031	5	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2032	6	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2033	7	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2034	8	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2035	9	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł
2036	10	2,33600 zł	0,35980 zł	0,15400 zł	2,84980 zł

5. SEW – wydatki

Oszacowano, że koszty SEW będą wynosić 1200 zł na osobę, a rocznie do tego egzaminu będzie podchodzić około 100 osób, zatem **wydatki na ten egzamin wyniosą rocznie 120 000 zł.** W kalkulacji wydatków na SEW uwzględniono już koszty administracyjne związane z przeprowadzeniem egzaminu, koszty komisji egzaminacyjnych, wynajmu sal, przy założeniu, że egzamin ten będzie mógł odbywać się równocześnie z PES.

6. Likwidacja dodatku 16% za rozłąkę - zmniejszenie wydatków

W związku z likwidacją obowiązkowego 6 miesięcznego stażu w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, nie będzie potrzeby wypłacania dodatku w wysokości 16% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, o którym mowa w art. 16j ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Biorąc pod uwagę, że z dodatku tego korzystało rocznie około 300 osób oraz zakładając 3% dynamikę wzrostu w kolejnych latach, szacuje się, oszczędności będą wynosić w:

- 1) 2027 r. 1,426 mln zł;
- 2) 2028 r. 1,468 mln zł;

- 3) 2029 r. 1,512 mln zł;
- 4) 2030 r. 1,558 mln zł;
- 5) 2031 r. 1,605 mln zł;
- 6) 2032 r. 1,653 mln zł;
- 7) 2033 r. 1,702 mln zł;
- 8) 2034 r. 1,753 mln zł;
- 9) 2035 r. 1,806 mln zł;
- 10) 2036 r. 1,860 mln zł.

7. Wydatki związane z wprowadzeniem zmian w SMK

Wprowadzenie proponowanych zmian w zakresie egzaminów lekarskich, postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje oraz zmian związanych z odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, będzie wymagało wprowadzenia przez CeZ zmian w SMK. Poniżej przedstawiono kalkulację kosztów wprowadzenia tych zmian.

Bazowe	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	RAZEM
SMK i CEM2.0												
Koszty osobowe w tym:	0	871 969	542 621	524 935	543 307	561 780	574 139	586 770	599 679	612 872	625 742	6 043 815
Ilość etatów CeZ:	0,0	3,5	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	
wynagrodzenia	0,0	709 552,4	388 925,9	402 538,4	416 627,2	430 792,5	440 270,0	449 955,9	459 854,9	469 971,7	479 841,1	4 648 330
DWR	0,0	15 939,6	62 543,5	34 215,8	35 413,3	36 617,4	37 422,9	38 246,3	39 087,7	39 947,6	40 786,5	380 220
składki ZUS	0,0	135 594,5	84 379,6	81 629,3	84 486,4	87 358,9	89 280,8	91 245,0	93 252,4	95 303,9	97 305,3	939 836
PPK	0,0	10 882,4	6 772,0	6 551,3	6 780,6	7 011,1	7 165,4	7 323,0	7 484,1	7 648,8	7 809,4	75 428
% dynamiki zn. wynagr.	0,000	1,037	1,035	1,035	1,034	1,022	1,022	1,022	1,022	1,021	1,021	
Razem koszty osobowe z uwzgl. % dynamiki	0	904 232	561 613	543 307	561 780	574 139	586 770	599 679	612 872	625 742	638 883	6 209 018
Wydatki bieżące	0	2 745 157	978 869	982 800	589 680	587 321	594 397	491 400	491 400	491 400	493 366	8 445 790
Wydatki majątkowe	2 080 000	130 000	580 000	130 000	130 000	500 000	130 000	500 000	1 630 000	500 000	130 000	6 310 000
Razem wydatki bieżące i majątkowe	0	4 825 157	1 108 869	1 562 800	719 680	1 087 321	724 397	991 400	2 121 400	991 400	623 366	14 755 790
CPI	0,000	1,025	1,024	1,024	1,022	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	
Razem wydatki bieżące i majątkowe z uwzględnieniem CPI	0	4 945 786	1 135 482	1 600 307	735 513	1 114 504	742 507	1 016 185	2 174 435	1 016 185	638 950	15 119 854
RAZEM (z uwzgl.%dynamiki i	0	5 850 018	1 697 095	2 143 615	1 297 293	1 688 643	1 329 278	1 615 864	2 787 307	1 641 927	1 277 833	21 328 872
Roczna pracochłonność (w												
Liczba dni roboczych w roku	0	251	249	250	250	249	252	250	250	250	251	
Liczba dni urlopowych 1 pracownika w roku	0	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	
Liczba dni cho chorobowych 1 pracownika w roku	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
Liczba dni szkoleniowych 1	0	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
Liczba dni roboczych w roku po uwzględnieniu	0	208	206	207	207	206	209	207	207	207	208	
Liczba godzin poświęconych zadaniom w dniu roboczym przypadająca w dniu	0	28	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
zapotrzebowanie na etaty pracownicze w związku z nowymi	0,0	3,5	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	

III. Dodatkowe środki dla CEM

Zgodnie z powyższym wprowadzenie proponowanych rozwiązań wymaga zwiększenia środków budżetowych dla CEM zgodnie z poniższym zestawieniem.

Rok kalendarzowy	Czas w latach od wejścia w życie zmian	Roczny koszt dodatkowych pytań na LEK i LDEK (mln zł)	Roczny koszt PEK (mln zł)	Roczny wzrost kosztu PES (mln zł)	Roczny koszt SEW (mln zł)	Koszty razem (mln zł)
2026	0	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł
2027	1	0,122 zł	3,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	6,092 zł
2028	2	0,122 zł	5,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	8,092 zł
2029	3	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2030	4	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2031	5	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2032	6	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2033	7	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2034	8	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2035	9	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
2036	10	0,122 zł	8,000 zł	2,850 zł	0,120 zł	11,092 zł
	razem	1,220 zł	72,000 zł	28,500 zł	1,200 zł	102,920 zł

W kosztach PEK zawarto koszty wynagrodzeń dla 3 nowych pracowników CEM obsługujących PEK. Poniższa tabela przedstawia jak koszty wynagrodzeń dla pracowników

CEM obsługujących PEK będą się rozkładać w kolejnych 10 latach. Przy obliczaniach założono 3% wzrost wynagrodzeń po 2027 r.

Rok	Wynagrodzenia osobowe dla 3 etatów	13 DWR 8,5%	Pochodne od wynagrodzeń ERW - 16,24 %	Pochodne od wynagrodzeń F. Pracy - 2,45%	Pochodne od wynagrodzeń PPK - 1,5%	RAZEM
2027	300 000,00	0,00	48 720,00	7 350,00	4 500,00	360 570,00
2028	309 000,00	25 500,00	54 322,80	8 195,25	5 017,50	402 035,55
2029	318 270,00	26 265,00	55 952,48	8 441,11	5 168,03	414 096,62
2030	327 818,10	27 052,95	57 631,06	8 694,34	5 323,07	426 519,51
2031	337 652,64	27 864,53	59 359,99	8 955,17	5 482,76	439 315,09
2032	347 782,21	28 700,47	61 140,79	9 223,83	5 647,24	452 494,53
2033	358 215,67	29 561,48	62 975,01	9 500,54	5 816,66	466 069,36
2034	368 962,14	30 448,33	64 864,26	9 785,56	5 991,16	480 051,44
2035	380 031,00	31 361,78	66 810,19	10 079,12	6 170,89	494 452,98
2036	391 431,93	32 302,63	68 814,49	10 381,50	6 356,02	509 286,57
RAZEM	3 439 163,69	259 057,17	600 591,07	90 606,41	55 473,31	4 444 891,65

IV. Dodatkowe środki dla CeZ

Wprowadzenie proponowanych zmian w zakresie egzaminów lekarskich, postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje oraz zmian związanych z odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, będzie wymagało wprowadzenia przez CeZ zmian w SMK oraz będzie wymagało przekazania dodatkowych środków dla CeZ. Szczegółowe wyliczenie w zakresie dodatkowych środków dla CeZ stanowi załącznik nr 3 do OSR. Oszacowano, że na wprowadzenie projektowanych zmian do SMK CeZ będzie potrzebował dodatkowo w:

- 1) 2027 r. - 5,850 mln zł;
- 2) 2028 r. - 1,697 mln zł;
- 3) 2029 r. - 2,144 mln zł;
- 4) 2030 r. - 1,297 mln zł;
- 5) 2031 r. - 1,689 mln zł;
- 6) 2032 r. - 1,329 mln zł;
- 7) 2033 r. - 1,616 mln zł;
- 8) 2034 r. - 2,787 mln zł;
- 9) 2035 r. - 1,642 mln zł;
- 10) 2036 r. - 1,278 mln zł.

V. Saldo

Rok kalendarzowy	Czas w latach od wejścia w życie zmian	Dochody (mln)	Wydatki (mln)	Saldo (mln)
2026	0	0,000 zł	0,000 zł	0,000 zł
2027	1	9,870 zł	10,516 zł	-0,646 zł
2028	2	11,870 zł	-735,913 zł	747,783 zł
2029	3	14,870 zł	-873,829 zł	888,699 zł
2030	4	14,870 zł	-874,722 zł	889,592 zł
2031	5	14,870 zł	-874,377 zł	889,247 zł
2032	6	14,870 zł	-874,785 zł	889,655 zł
2033	7	14,870 zł	-874,547 zł	889,417 zł
2034	8	14,870 zł	-873,427 zł	888,297 zł
2035	9	14,870 zł	-874,625 zł	889,495 zł
2036	10	14,870 zł	-875,043 zł	889,913 zł
razem	razem	140,700 zł	-7 720,752 zł	7 861,452 zł

Jak wynika z powyższego proponowane zmiany pomimo konieczności pokrycia dodatkowych wydatków, w ciągu najbliższych 10 lat przyniosą **oszczędności dla budżetu państwa w wysokości 7 861,452 mln zł.**

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Wprowadzenie opłaty za każde podejście do PES, PEK i SEW oraz za każde kolejne zgłoszenie do LEK i LDEK

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	4	5	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2025 r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	9,87	11,87	14,87	14,87	14,87	140,7
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Dzięki skróceniu stażu podyplomowego lekarzy oraz zmianom w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie podmioty lecznicze borykające się z brakami kadrowymi wśród lekarzy pozyskują nowych pracowników, którzy zapewnią zastępowalność pokoleniową i zabezpieczą wykonywanie świadczeń zdrowotnych w tych podmiotach. Projekt przewiduje konieczność certyfikacji suplementów diety, które mają być wykorzystane w eksperymencie badawczym. W pozostałym zakresie brak wpływu na duże przedsiębiorstwa.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Dzięki skróceniu stażu podyplomowego lekarzy oraz zmianom w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie podmioty lecznicze borykające się z brakami kadrowymi wśród lekarzy pozyskują nowych pracowników, którzy zapewnią zastępowalność pokoleniową i zabezpieczą wykonywanie świadczeń zdrowotnych w tych podmiotach. Projekt przewiduje konieczność certyfikacji suplementów diety, które mają być wykorzystane w eksperymencie badawczym. W pozostałym zakresie brak wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Skutkiem wejścia w życie projektowanej ustawy będzie: 1) podwyższenie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy; 2) zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy; 3) zwiększenie bezpieczeństwa uczestników eksperymentów medycznych.						

		<p>Wprowadzenie możliwości rozłożenia spłaty kredytu na studia medyczne na raty, w sytuacji wypowiedzenia umowy kredytu, co prawda nie zwolni kredytobiorcy od spłaty tego kredytu, ale pozwoli na złagodzenie negatywnych skutków prawnych wypowiedzenia umowy (brak obowiązku natychmiastowej spłaty całości kredytu).</p> <p>Ponadto w sytuacji braku spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne przez kredytobiorcę wprowadzone zmiany spowodują, że kredytobiorca będzie zobowiązany do ponoszenia pełnych kosztów spłaty kredytu w okresie jego spłaty, a nie jak dotychczas połowy tego oprocentowania.</p> <p>Wprowadzenie opłaty za każde podejście do PES, PEK i SEW oraz za każde kolejne zgłoszenie do LEK i LDEK będzie dodatkowym obciążeniem finansowym dla lekarzy, jednak biorąc pod uwagę obecną wysokość minimalnych wynagrodzeń dla lekarzy stażystów oraz lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, obciążenie to nie będzie dolegliwe.</p> <p>Z kolei zmiany proponowane w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego będą miały pozytywny wpływ na jakość kształcenia i warunki zatrudnienia pracowników CMKP.</p> <p>Nie przewiduje się by zmiana sposobu przeprowadzania LEK i LDEK w istotny sposób wpłynęła na zwiększenie liczby lekarzy. Przed wprowadzeniem bazy pytań zdawalność egzaminu była wysoka, jednak wyniki były bardziej zróżnicowane. W czasie obowiązywania 100% tajnych pytań na LEK i LDEK jedynie 1% zdających nie był w stanie uzyskać pozytywnego wyniku egzaminu podczas pierwszych 3 podejść. Ponadto należy mieć na względzie, że pierwsze 3 podejścia do LEK i LDEK mają miejsce jeszcze przed ukończeniem przez lekarza stażu podyplomowego, czyli przed spełnieniem obligatoryjnego warunku do uzyskania nieograniczonego prawa wykonywania zawodu. Zatem 99% lekarzy było w stanie zdać LEK lub LDEK, tak aby bez opóźnień uzyskać pełne prawo wykonywania zawodu zaraz po ukończeniu stażu podyplomowego.</p> <p>W pozostałym zakresie projekt ustawy nie ma wpływu na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe.</p>
	osoby starsze i niepełnosprawne	<p>Skutkiem wejścia w życie projektowanej ustawy będzie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podwyższenie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy; 2) zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy; 3) zwiększenie bezpieczeństwa uczestników eksperymentów medycznych. <p>W pozostałym zakresie projekt ustawy nie ma wpływu na osoby starsze i niepełnosprawne.</p>
Niemierzalne	-	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Skutki dla obywateli i gospodarstw domowych</p> <p>1. Opłaty za egzaminy państwowe</p> <p>Projekt przewiduje wprowadzenie opłat za każde zgłoszenie do PES w kwocie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 800 zł za zgłoszenie do części ustnej PES i 2) 400 zł za zgłoszenie do części testowej PES <p>Zakłada się, że rocznie do PES będzie przystępować 5500 osób.</p> <p>Ponadto projekt przewiduje opłatę za PEK w wysokości 1000 zł i zakłada się, że do PEK w 2027 r. podejdzie 3 tys. osób, w 2028 r. do PEK podejdzie 5 tys. osób, a w latach 2029- 2036 do PEK będzie podchodzić 8 tys. osób rocznie.</p> <p>Projekt przewiduje też opłatę za SEW w wysokości 1200 zł na osobę, a zgodnie z założeniami rocznie do tego egzaminu będzie podchodzić około 100 osób.</p>	

Rok kalendarzowy	Czas w latach od wejścia w życie zmian	Rocznie opłaty za PEK (mln zł)	Rocznie opłaty za PES (mln zł)	Roczne opłaty za każde drugie zgłoszenie do LEK/LDEK (mln zł)	Rocznie opłaty za SEW (mln zł)	Opłaty razem (mln zł)
2026	0	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2027	1	3,000	6,600	0,150	0,120	9,870
2028	2	5,000	6,600	0,150	0,120	11,870
2029	3	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2030	4	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2031	5	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2032	6	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2033	7	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2034	8	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2035	9	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
2036	10	8,000	6,600	0,150	0,120	14,870
	razem	72,000	66,000	1,500	1,200	140,700

2. Kredyty na studia medyczne

Wejście projektowanej ustawy w życie, a także proponowany wzrost marży z poziomu 2 do 3 punktów procentowych może przełożyć się na wzrost konkurencyjności po stronie banków z uwagi na wzrost atrakcyjności produktu, jakim jest kredyt na studia medyczne. Zmiana wysokości marży może spowodować, że więcej banków podpisze z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowę o współpracy oraz będzie udzielać kredytów na studia medyczne. Wzrost maksymalnej marży banku z tytułu udzielonych kredytów na studia medyczne z obecnie obowiązujących 2 punktów procentowych do maksymalnie 3 punktów procentowych, czyli o 1 punkt procentowy, przy proponowanej zmianie sposobu obliczania oprocentowania, nie wygeneruje wzrostu kosztów z tego tytułu po stronie FKSM, gdyż zmianie ulegnie nie tylko sama wysokość marży kredytu na studia medyczne, która pokrywana jest ze środków FKSM, ale cały mechanizm sposobu obliczania oprocentowania. W obecnym modelu sposobu obliczania kredytu na studia medyczne finalnie oprocentowanie kredytu wynosi 6,56 punktów procentowych (1,2 x 3,80 wysokość stopy redyskonta weksli NBP obowiązującej od 5 marca 2026 r.+ marża 2%) natomiast po zmianie oraz uwzględnieniu prognozowanych stóp procentowych w latach 2027-2029 wynosić będzie 6,5 punktu procentowego (3,50 wysokość stopy redyskontowej weksli NBP+ marża 3 %), co przy wysokich kwotach udzielanych kredytów i długim okresie spłaty takiego kredytu będzie korzystne dla kredytobiorców.

Ustawa będzie miała pozytywny wpływ na sytuację materialną kredytobiorców oraz ich rodzin. Wprowadzenie możliwości rozłożenia spłaty kredytu na studia medyczne na raty, w sytuacji wypowiedzenia umowy kredytu na studia medyczne, co prawda nie zwolni kredytobiorcy od spłaty kredytu, ale pozwoli na złagodzenie negatywnych skutków prawnych wypowiedzenia umowy (brak obowiązku natychmiastowej spłaty całości kredytu);

Wskazanie przesłanek odmowy udzielenie kredytu na studia medyczne oraz zdefiniowanie takich pojęć jak: szczególnie trudna sytuacja życiowa oraz trudna sytuacja życiowa, w sytuacji ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne wpłynie pozytywnie na wzrost transparentności procesu ubiegania się o kredyt lub procesu wnioskowania o częściowe umorzenie kredytu przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W sytuacji braku spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne przez kredytobiorcę wprowadzone zmiany spowodują, że kredytobiorca będzie zobowiązany

do ponoszenia pełnych kosztów spłaty kredytu w okresie spłaty tego kredytu, a nie jak dotychczas połowy tego oprocentowania. Przewiduje się, że proponowana zmiana nie będzie generować dodatkowych skutków finansowych dla banków udzielających takich kredytów. W przypadku braku spełnienia warunków umorzenia kredytu na studia medyczne w okresie jego spłaty, kredytobiorca będzie ponosił 100% wysokości oprocentowania kredytu, bez udziału w tej spłacie środków pochodzących z FKSM.

3. Eksperymenty medyczne

Wpływ regulacji na podmioty, które w ramach eksperymentu badawczego będą badać wpływ suplementu diety nie jest możliwy do precyzyjnego określenia. Koszty badań suplementu w akredytowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub w UE laboratorium badawczym potwierdzającym: jednolity skład jakościowy i ilościowy, brak zanieczyszczeń metalami ciężkimi (Pb, Cd, Hg), czystość mikrobiologiczną oraz określenie w jakim stopniu uwalniają się deklarowane składniki zawarte w danym suplemencie diety do sztucznych soków trawiennych, jest zależny od aktualnych stawek rynkowych oferowanych przez certyfikowane laboratoria, oraz od ilości składników które producent deklaruje w suplemencie.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym LEK i LDEK będą się składać w 100 % z pytań tajnych będzie nakładało na CEM obciążenia związane z koniecznością pozyskania większej liczby pytań na ten egzamin.

Proponowane zmiany przewidujące wprowadzenie nowych egzaminów PEK i SEW oraz obowiązkowej części ustnej PES będą miały wpływ na zwiększenie liczby procedur w CEM w zakresie organizacji i przeprowadzania tych egzaminów oraz dla lekarzy w zakresie obowiązku zgłoszenia i zdania dodatkowych egzaminów.

Ponadto zmiany dotyczące kredytów na studia medyczne będą miały wpływ na zwiększenie obciążeń biurokratycznych, gdyż nakładają dodatkowe obowiązki na:

- 1) banki, poprzez konieczność weryfikacji statusu kredytobiorcy w zakresie spełniania warunków umorzenia kredytu na studia medyczne, nie tylko w okresie studiów oraz po upływie karencji w spłacie kredytu na studia medyczne, ale również w okresie samej karencji w spłacie kredytu na studia medyczne;
- 2) wojewodów z uwagi na konieczność wydawania zaświadczeń lekarzom kredytobiorcom w okresie realizacji przez nich szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny;
- 3) kierowników podmiotów leczniczych z uwagi na konieczność wydawania zaświadczeń potwierdzających wykonywanie przez lekarzy kredytobiorców zawodu w podmiotach leczniczych udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (w oparciu o umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia).

Zwiększą się również obciążenia dla CMKP w związku z przyznaniem CMKP uprawnienia do opracowania minimalnych standardów, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych, jednak zadanie to ma charakter epizodyczny a skala związanych z tym obciążeń jest minimalna w porównaniu do zakresu bieżącej działalności CMKP.

Ponadto zwiększą się też obciążenia dla podmiotów prowadzących eksperymenty medyczne w zakresie certyfikacji suplementu diety wykorzystywanego w eksperymencie badawczym oraz dla komisji bioetycznych w zakresie ogłaszania uchwał, monitorowania eksperymentów medycznych, określenia kadencyjności oraz kwalifikacji członków.

Zwiększą się również obciążenia dla okręgowych izb lekarskich w zakresie weryfikacji realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego oraz dla konsultantów krajowych i ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie rekomendowania i przygotowania kursów doskonalących.

Jednocześnie zmniejszą się obciążenia w zakresie konieczności odbycia obowiązkowo 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Jednostki szkolące nie będą musiały już zawierać umów i oddelegowywać lekarzy do odbycia szkolenia poza jednostką macierzystą. Dodatkowo odejdą obciążenia biurokratyczne związane z wypłacaniem dodatku 16% za rozłąkę dla lekarzy oddelegowanych na 6 miesięcy do szpitala pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego w ramach szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto w związku z planowanym skróceniem stażu podyplomowego zmniejszy się obciążenie okręgowych izb lekarskich, wojewodów i marszałków województw w zakresie organizacji, finansowania i nadzoru nad stażem podyplomowym.

9. Wpływ na rynek pracy

Wprowadzane zmiany wpłyną na lepsze przygotowanie lekarzy do wykonywania zawodu. W związku ze skróceniem stażu podyplomowego zwiększy się również liczba lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w pierwszej połowie 2028 r. co wpłynie na lepszą dostępność do świadczeń zdrowotnych. Ponadto wprowadzane zmiany będą mieć wpływ na zwiększenie liczby lekarzy specjalistów na terenach, gdzie obecnie dostęp do specjalistów jest mniejszy niż w innych regionach kraju. W związku z powyższym zakłada się, że proponowane regulacje wpłyną na zwiększenie dostępności kadr lekarskich na rynku pracy, a co za tym idzie na polepszenie sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia. Nie przewiduje się by zmiana sposobu przeprowadzania LEK i LDEK w istotny sposób wpłynęła na zwiększenie liczby lekarzy. Przed wprowadzeniem bazy pytań zdawalność egzaminu była wysoka, jednak wyniki były bardziej zróżnicowane. W czasie obowiązywania 100% tajnych pytań na LEK i LDEK jedynie 1% zdających nie był w stanie uzyskać pozytywnego wyniku egzaminu podczas pierwszych 3 podejść. Ponadto należy mieć na względzie, że pierwsze 3 podejścia do LEK i LDEK mają miejsce jeszcze przed ukończeniem przez lekarza stażu podyplomowego, tzn. przed spełnieniem obligatoryjnego warunku do uzyskania nieograniczonego prawa wykonywania zawodu. Zatem 99% lekarzy było w stanie zdać LEK lub LDEK, tak aby bez opóźnień uzyskać pełne prawo wykonywania zawodu zaraz po ukończeniu stażu podyplomowego.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> inne:	

Omówienie wpływu	Podwyższenie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy. Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy. Zwiększenie bezpieczeństwa uczestników eksperymentów medycznych.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, żeby przepisy ustawy weszły w życie co do zasady po 14 dniach od dnia ogłoszenia, jednak planuje się, aby część szczegółowych rozwiązań weszła w życie w późniejszym terminie. Proponuje się, aby przepisy dotyczące:

- 1) skrócenia staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów i nowego programu tych staży dotyczyły osób, które rozpoczną staż od 1 października 2027 r.;
- 2) pytań do LEK i LDEK weszły w życie z dniem 1 maja 2027 r. i dotyczyły po raz pierwszy egzaminów, które odbędą się w sesji jesiennej 2027 r.;
- 3) PEK weszły w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.;
- 4) postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje lekarskie weszły w życie z dniem 1 lipca 2027 r. i dotyczyły po raz pierwszy jesienno postępowania kwalifikacyjnego w 2027 r.;
- 5) eksperymentu medycznego weszły w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia;
- 6) uzależnienia od zdania PEK możliwości zmiany dziedziny, w której odbywane jest szkolenie specjalizacyjne na inną z tym samym modulem podstawowym weszły w życie z dniem 1 stycznia 2029 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Efekty regulacji będzie można zmierzyć po upływie 5 lat na podstawie danych o:

- 1) liczbie lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach i powiatach;
- 2) liczbie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach i powiatach;
- 3) liczbie lekarzy, którzy zdali Państwowy Egzamin Kompetencyjny w poszczególnych dziedzinach na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach i powiatach;
- 4) liczbie osób korzystających z kredytu na studia medyczne;
- 5) liczbie banków, które będą udzielać kredytu na studia medyczne.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

załącznik nr 1 – Szacowane koszty staży w latach 2026–2029 obecny stan prawny;

załącznik nr 2 – Szacowane koszty staży w latach 2026–2029 po skróceniu stażu do 6 miesięcy od 1 października 2027 r.;

załącznik nr 3 – Dodatkowe środki dla CeZ kalkulacja