



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-120-09

Druk nr 3487

Warszawa, 15 października 2010 r.

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie zakładem opieki zdrowotnej lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.”;

2) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. 1. Okręgowa rada lekarska przyznaje, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4 i 6 oraz art. 5a – 5c, prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty osobie, która:

1) jest obywatelem polskim lub obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 531 i Nr 107, poz. 679.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116 i Nr 182, poz. 1228.

2) posiada:

- a) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5.500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów (praktykę zawodową), lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5. roku studiów (praktykę zawodową), lub
 - b) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2011 r. lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2011 r., lub
 - c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6b, i towarzyszące mu, odpowiednie świadectwo wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, lub
 - d) dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty;
- 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną.

2. Osobie spełniającej warunki określone w ust. 1 okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli władza językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych

na podstawie art. 7a pkt 1. Wymóg ten nie dotyczy osoby, która ukończyła studia medyczne w języku polskim.

3. Osobie, która spełnia warunki określone w ust. 1 pkt 1, pkt 2 lit. b albo d, a także w pkt 3 – 5 oraz ust. 2, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, jeżeli odbyła staż podyplomowy lub uzyskała uznanie stażu podyplomowego odbytego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Wymóg, o którym mowa w ust. 3, dotyczy także osoby, która spełnia warunki określone w ust. 1 pkt 1 i 3 – 5 oraz ust. 2 i posiada dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c, ale nie posiada towarzyszącego mu świadectwa, wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 6b.

5. W celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska przyznaje ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, na okres nie dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 6.

6. Osoba ubiegająca się o prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, o której mowa w ust. 3 i 4, przedstawia okręgowej radzie lekarskiej zaświadczenie o odbyciu stażu podyplomowego albo decyzję wydaną na podstawie art. 15 ust. 8 albo 9.

7. Praktyka zawodowa, o której mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a, jest odbywana w szpitalach klinicznych albo w innych podmiotach uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych, które zawarły w tym zakresie umowy z uczelniami medycznymi.

8. Podmioty, o których mowa w ust. 7:

- 1) udzielają świadczeń zdrowotnych umożliwiających realizację ramowego programu praktyki zawodowej;
- 2) zatrudniają lekarzy lub lekarzy dentystrów posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiadające rodzajowi zajęć teoretycznych i praktycznych określonych w ramowym programie praktyki zawodowej;
- 3) posiadają bazę diagnostyczno-terapeutyczną umożliwiającą realizację ramowego programu praktyki zawodowej.

9. Osoba odbywająca praktykę zawodową prowadzi dziennik praktyk.
10. Osoba odbywająca praktykę zawodową wykonuje czynności wynikające z ramowego programu praktyki zawodowej pod bezpośrednim nadzorem opiekuna.
11. Opiekunem może być lekarz lub lekarz dentyista będący nauczycielem akademickim albo inny lekarz lub lekarz dentyista posiadający 3-letni staż zawodowy albo specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny właściwej dla danej części programu praktyki zawodowej.
12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program praktyki zawodowej oraz sposób jej odbywania, dokumentowania i zaliczania, w tym zakres danych, które powinny być zawarte w dzienniku praktyk, uwzględniając konieczność zapewnienia wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza.”;

3) po art. 5e dodaje się art. 5f w brzmieniu:

„Art. 5f. Lekarzowi, który został skierowany do odbycia stażu adaptacyjnego, o którym mowa w art. 5c ust. 2, albo testu umiejętności, okręgowa rada przyznaje ograniczone prawo wykonywania zawodu na czas niezbędny do odbycia tego stażu albo odbycia testu umiejętności.”;

4) w art. 6:

a) w ust. 1 pkt 1otrzymuje brzmienie:

„1) określonych w art. 5 ust. 1 oraz ust. 2;”;

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W celu uzyskania ograniczonego prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 5 ust. 5, lekarz lub lekarz dentyista przedstawiają okręgowej radzie lekarskiej, na obszarze której zamierzają odbyć staż podyplomowy, dokumenty stwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w:

1) art. 5 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 lit. b albo d oraz pkt 3 – 5 i ust. 2, albo

2) art. 5 ust. 1 pkt 1, 3 – 5 i ust. 2, oraz dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentyisty, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. c.”;

5) w art. 6a ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo odmawia przyznania tego prawa niezwłocznie po złożeniu wszystkich dokumentów określonych ustawą, nie później jednak niż w terminie miesiąca od dnia ich złożenia.

1a. W przypadku stwierdzenia w dokumentach braków formalnych okręgowa izba lekarska w terminie 14 dni od dnia otrzymania dokumentów wzywa do ich uzupełnienia.”;

6) w art. 7:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 7,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Cudzoziemcowi, o którym mowa w ust. 1, można w celu odbycia stażu podyplomowego przyznać ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli spełnia warunki określone w ust. 1 pkt 1 – 4 i 8.”;

7) po art. 9a dodaje się art. 9b w brzmieniu:

„Art. 9b. 1. Lekarz udzielający stale świadczeń zdrowotnych członkom kadry narodowej, biorącym udział w igrzyskach olimpijskich, paraolimpijskich, igrzyskach głuchych, mistrzostwach świata lub Europy, zwanych dalej „wydarzeniem sportowym”, organizowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, może w czasie trwania tego wydarzenia sportowego wykonywać zawód lekarza bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu, jeżeli złoży w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie:

- 1) pisemne oświadczenie o zamiarze czasowego wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz
- 2) zaświadczenie wydane przez właściwy organ państwa, w którym wykonuje zawód lekarza, że posiada w tym państwie prawo wykonywania zawodu lekarza, które w czasie składania oświadczenia nie jest zawieszona ani ograniczona, oraz
- 3) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza.

2. Oświadczenie oraz dokumenty, o których mowa w ust. 1, lekarz składa za pośrednictwem organizatora wydarzenia sportowego, nie później niż na 60 dni przed dniem rozpoczęcia tego wydarzenia.

3. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie po otrzymaniu oświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 1, wydaje lekarzowi zaświadczenie o spełnieniu obowiązku złożenia oświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 1.

4. Wydanie zaświadczenia, o którym mowa w ust. 3, podlega opłacie w wysokości nie wyższej niż 1,5 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku.

5. Opłata stanowi przychód Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

6. Przepisy ust. 1 – 5 nie dotyczą obywateli innych państw członkowskich Unii Europejskiej świadczących usługi transgraniczne zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.);

8) w art. 12 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania i sposób działania komisji, o której mowa w ust. 1, oraz tryb orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo o ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, mając na uwadze konieczność prawidłowego wykonywania zawodu przez lekarza.”;

9) tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Kształcenie podyplomowe”;

10) w art. 15:

a) uchyla się ust. 3,

b) w ust. 5 uchyla się pkt 4;

11) art. 16 otrzymuje brzmienie:

„Art. 16. 1. Lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny:

1) po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz

2) po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”,
albo

3) po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.

2. 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.

3. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po zaliczeniu modułu podstawowego, może zmienić dziedzinę medycyny, w której chce kontynuować szkolenie specjalizacyjne, pod warunkiem zakwalifikowania się do jej odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 8.

4. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, i posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może ubiegać się o skierowanie go do odbywania tego modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, na wniosek właściwego konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

5. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 4, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, kierownik specjalizacji może wystąpić do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości modułu specjalistycznego.

6. W przypadku lekarza posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, i posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie postępowania kwalifikacyjnego, kierownik specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny

może wystąpić do dyrektora CMKP o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości programu modułu specjalistycznego.

7. Dyrektor CMKP, na podstawie opinii powołanego przez niego zespołu, może uznać, w drodze decyzji, dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy lekarza, o którym mowa w ust. 4 – 6, za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego, a w przypadku uznania za równoważny w całości – podjąć decyzję o dopuszczeniu tego lekarza do PES.

8. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 7, wchodzi:

- 1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny;
- 2) kierownik specjalizacji;
- 3) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny;
- 4) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny i stopień naukowy doktora habilitowanego.

9. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może uznać dotychczasowy dorobek zawodowy i naukowy lekarza za równoważny z realizacją programu specjalizacji w nowej dziedzinie medycyny, nieobjętej dotychczasowym systemem szkolenia specjalizacyjnego i podjąć decyzję o dopuszczeniu lekarza do PES. Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji, o których mowa w ust. 2 pkt 2, oraz sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji.”;

12) po art. 16b dodaje się art. 16c – 16y w brzmieniu:

„Art. 16c. 1. Lekarz składa wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny odpowiednio do:

- 1) wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne;

- 2) Ministra Obrony Narodowej lub wyznaczonej przez niego jednostki organizacyjnej – w przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej oraz pełniących służbę lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w przypadku lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza;
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) miejsce i datę urodzenia;
- 4) płeć;
- 5) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 6) obywatelstwo (obywatelstwa);
- 7) adres miejsca zamieszkania;
- 8) dokument, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa w Polsce;
- 9) numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej;
- 10) numer seryjny, datę i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;
- 11) posiadane tytuły specjalisty oraz rok ich uzyskania, a także tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
- 12) dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb ich odbywania;
- 13) średnią ocen ze studiów;
- 14) posiadany stopień naukowy;
- 15) liczbę publikacji i ich wykaz;
- 16) okres zatrudnienia w jednostce, w której ma się odbywać szkolenie specjalizacyjne, jeżeli dotyczy;

17) wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

3. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, następuje w formie wniosku elektronicznego, generowanego i pobieranego na stronie internetowej wojewody. Wojewoda potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych na wniosku danych. Lekarz po wypełnieniu i podpisaniu wniosku składa go do wojewody.

4. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, następuje w formie wniosku elektronicznego generowanego i pobieranego na stronie internetowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej, obsługującej Ministra Obrony Narodowej. Lekarz po wypełnieniu i podpisaniu wniosku składa go do szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługującej Ministra Obrony Narodowej.

5. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, następuje w formie wniosku elektronicznego generowanego i pobieranego na stronie internetowej jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej, obsługującej ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Lekarz po wypełnieniu wniosku składa go do ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

6. Lekarz może złożyć wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli nie toczy się w jego sprawie postępowanie, o którym mowa w ust. 14 lub 15.

7. W celu zakwalifikowania lekarza do odbycia szkolenia specjalizacyjnego przeprowadza się postępowanie kwalifikacyjne, które obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz postępowanie konkursowe.

8. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzają dwa razy w roku odpowiednio wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, zwani dalej „organami prowadzącymi postępowanie kwalifikacyjne”.

9. Postępowanie konkursowe przeprowadza się, jeżeli liczba kandydatów do odbycia szkolenia specjalizacyjnego spełniających warunki określone w ust. 6 jest większa niż liczba miejsc szkoleniowych.

10. W postępowaniu konkursowym uwzględnia się:

- 1) średnią ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch znaków po przecinku albo wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES, jeżeli lekarz posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty;

- 2) dorobek zawodowy;
- 3) dorobek naukowy.

11. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów za średnią ocen z okresu studiów oraz dorobku naukowego i zawodowego w danej dziedzinie albo w przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES oraz liczby punktów uzyskanych za dorobek zawodowy i naukowy, przeprowadza się ocenę punktową predyspozycji i motywacji kandydatów, mającą na celu dokonanie oceny zaangażowania lekarza w zakres wybranej dziedziny medycyny oraz motywacji do podjęcia szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie.

12. Wynik postępowania konkursowego w danej dziedzinie medycyny stanowi:

- 1) procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za średnią ocen uzyskanych w okresie studiów – dla lekarzy ubiegających się o odbywanie specjalizacji w trybie określonym w art. 16i ust. 1, albo
- 2) procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za średnią ocen uzyskanych w okresie studiów albo za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES oraz liczby punktów uzyskanych za dorobek zawodowy i naukowy – dla lekarzy ubiegających się o odbywanie specjalizacji w innych trybach niż określony w art. 16i ust. 1

– a w przypadku, o którym mowa w ust. 11, dodatkowo ocenę punktową predyspozycji i motywacji kandydatów.

13. W przypadku konieczności przeprowadzenia oceny predyspozycji i motywacji kandydatów, postępowanie kwalifikacyjne w tym zakresie przeprowadzają Państwowe Komisje Specjalizacyjne, zwane dalej „PKS”, powoływane i odwoływane odpowiednio przez organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne.

14. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego kwalifikuje się lekarzy, w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc przyznanych na dane postępowanie kwalifikacyjne w danej dziedzinie medycyny w danym województwie albo posiadanych przez dany podmiot, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu konkursowym.

15. Lekarz może się zwrócić do organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne o weryfikację postępowania kwalifikacyjnego, w terminie 20 dni od dnia ogłoszenia na

stronie internetowej tego organu listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do rozpoczęcia danego szkolenia specjalizacyjnego.

16. Lista lekarzy niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny zawiera pouczenie dotyczące weryfikacji, o której mowa w ust. 15.

17. Szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego określa regulamin postępowania kwalifikacyjnego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 16h ust. 1 pkt 4.

18. Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadającym wolne miejsca szkoleniowe.

19. Lekarz może zostać skierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny po dostarczeniu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

Art. 16d. 1. W skład PKS wchodzi lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny objętej postępowaniem kwalifikacyjnym:

- 1) właściwy konsultant wojewódzki w danej dziedzinie medycyny lub jego przedstawiciel, a w przypadku komisji powoływanej przez Ministra Obrony Narodowej, konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny lub dziedzin medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub jego przedstawiciel – jako przewodniczący PKS;
- 2) przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na miejsce prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego;
- 3) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny;
- 4) przedstawiciel organu powołującego PKS.

2. Członek PKS nie może pełnić funkcji, jeżeli lekarz przystępujący do oceny predyspozycji i motywacji jest:

- 1) jego małżonkiem;

- 2) osobą pozostającą z nim w stosunku pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia albo przysposobienia;
 - 3) osobą pozostającą z nim we wspólnym pożyciu;
 - 4) osobą pozostającą wobec niego w stosunku zależności służbowej.
3. Powody wyłączenia określone w ust. 2 pkt 1 i 2 trwają mimo ustania małżeństwa lub przysposobienia.
4. Członkowie PKS składają organowi prowadzącemu postępowanie kwalifikacyjne pisemne oświadczenie, że nie pozostają z żadnym z lekarzy podlegających ocenie predyspozycji i motywacji w stosunku, o którym mowa w ust. 2, oraz nie zostali skazani prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego.
5. Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne odwołuje członka PKS w przypadku:
- 1) złożenia rezygnacji;
 - 2) choroby trwale uniemożliwiającej sprawowanie przez niego funkcji członka PKS;
 - 3) niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków członka PKS;
 - 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego;
 - 5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w ust. 4.
6. Członkom PKS przysługuje:
- 1) wynagrodzenie w wysokości 300 zł dla przewodniczącego i 130 zł dla członków komisji za udział w posiedzeniu komisji;
 - 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy;
 - 3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.
7. Kwoty, o których mowa w ust. 6 pkt 1, podlegają waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Art. 16e. Lekarz może odbywać w tym samym okresie tylko jedno szkolenie specjalizacyjne.

Art. 16f. 1. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister właściwy do spraw zdrowia określa i ogłasza na swojej stronie internetowej liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji, zwanej dalej „rezydenturą”, w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

2. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym wojewoda ogłasza liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny, z uwzględnieniem miejsc szkoleniowych dla lekarzy bez specjalizacji oraz lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację.

3. Niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą, przyznane na dane postępowanie kwalifikacyjne dla danego województwa w danej dziedzinie medycyny, wojewoda może dodatkowo przyznać lekarzom, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej, uwzględniając wszystkie dziedziny, w których były przyznane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą.

4. Wojewoda może dodatkowo przyznawać miejsca szkoleniowe, w tym objęte rezydenturą, nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego.

5. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym Minister Obrony Narodowej określa i ogłasza liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej oraz pełniących służbę lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, biorąc pod uwagę potrzeby Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister właściwy do spraw wewnętrznych ogłasza liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych

przez tego ministra lub pełniących służbę albo zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Art. 16g. 1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie programu specjalizacji ustalonego dla danej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem odpowiedniego modułu.

2. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej, który utworzył Minister Obrony Narodowej, w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany odbyć i zaliczyć szkolenie uzupełniające, odpowiednie dla danej dziedziny medycyny, w zakresie wynikającym ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, na podstawie programu uzupełniającego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 16h ust. 2.

3. Program specjalizacji zawiera:

1) zakres wymaganej wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, które lekarz jest obowiązany opanować w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem elementów danej dziedziny medycyny oraz dziedzin pokrewnych, w szczególności elementów farmakologii klinicznej, farmakoekonomiki, onkologii, medycyny paliatywnej, medycyny ratunkowej, promocji zdrowia i zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego i prawa medycznego;

2) formy i metody pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz nabywania i doskonalenia umiejętności praktycznych, w szczególności:

a) kurs specjalizacyjny wprowadzający w pierwszym roku odbywania szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący wprowadzenie w problematykę, cele i obszar działania danej specjalności oraz zadania, kompetencje i oczekiwane wyniki kształcenia specjalisty w tej dziedzinie,

b) niezbędne kursy specjalizacyjne obejmujące określony zakres wymaganej wiedzy teoretycznej w danej dziedzinie medycyny i dziedzinach pokrewnych,

c) kurs w zakresie ratownictwa medycznego,

d) kurs w zakresie zdrowia publicznego,

e) kurs w zakresie prawa medycznego,

- f) szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonywanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych,
 - g) staże kierunkowe obejmujące określony zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych,
 - h) pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej,
 - i) samokształcenie kierowane;
- 3) okres trwania szkolenia specjalizacyjnego;
 - 4) formy i metody kontroli, wraz z oceną wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności praktycznych;
 - 5) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji;
 - 6) zakres merytoryczny PES;
 - 7) standardy akredytacyjne podmiotów szkolących, odpowiadające warunkom, jakie muszą spełnić jednostki w celu zapewnienia realizacji danego programu specjalizacji.

4. Program specjalizacji opracowuje i aktualizuje, zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej, zespół ekspertów powołany przez dyrektora CMKP. Program specjalizacji redaguje CMKP i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Członków zespołu ekspertów, o którym mowa w ust. 4, powołuje i odwołuje dyrektor CMKP. Członkowie zespołu ekspertów są powoływani spośród lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny, dla której ma być opracowany program specjalizacji, lub w dziedzinach pokrewnych, spośród osób zgłoszonych przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny lub konsultantów krajowych z dziedzin pokrewnych, towarzystwa naukowe właściwe dla danej dziedziny medycyny, a w przypadku braku w dziedzinie pokrewnej, Naczelną Radę Lekarską oraz CMKP.

6. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 5, wchodzi:

- 1) konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny lub jego przedstawiciel lub przedstawiciele lub konsultanci krajowi w dziedzinach pokrewnych lub ich przedstawiciele;

- 2) konsultant lub konsultanci krajowi w dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub ich przedstawiciele – w dziedzinach, do których ma to zastosowanie;
- 3) przedstawiciel lub przedstawiciele towarzystw naukowych właściwych dla danej dziedziny medycyny, a w przypadku braku – w dziedzinie pokrewnej;
- 4) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 5) przedstawiciel CMKP.

7. Na przewodniczącego zespołu ekspertów dyrektor CMKP powołuje konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, dla której ma być opracowany program specjalizacji, a jeżeli nie został powołany – w dziedzinie pokrewnej.

8. CMKP podaje do wiadomości zatwierdzone przez ministra zdrowia programy specjalizacji, w formie informacji i publikacji na stronie internetowej CMKP.

Art. 16h. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy,
- 2) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego – uwzględniając powiązania dziedzin medycyny w ramach modułów i w ramach specjalizacji, dziedziny medycyny oraz minimalne okresy kształcenia w odniesieniu do tych dziedzin, określone w przepisach Unii Europejskiej, a także aktualny stan wiedzy medycznej;
- 3) wzory wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców,
- 4) regulamin postępowania kwalifikacyjnego – biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego.

2. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, programy uzupełniające dla określonej specjalizacji, zawierające zakres wymaganej wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, formy

i metody ich nabywania, okres trwania i sposób odbywania szkolenia uzupełniającego oraz formy i metody oceny nabytej przez lekarza wiedzy i umiejętności, a także sposób zaliczenia szkolenia uzupełniającego, mając na uwadze konieczność nabycia przez lekarza dodatkowej wiedzy do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny, w zakresie i warunkach wynikających ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji uprawniających lekarza do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium, uwzględniając odpowiedni zakres wiedzy i umiejętności określonych w programie specjalizacji niezbędnych do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, priorytetowe dziedziny medycyny, kierując się potrzebami w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych.

Art. 16i. 1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury.

2. Lekarz na swój wniosek może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:

- 1) na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub

procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o zakładach opieki zdrowotnej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;

- 4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania;
- 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów – w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2 pkt 1 – 4.

3. Lekarz cudzoziemiec, o którym mowa w art. 7 ust. 1 i 1a, może odbywać szkolenie specjalizacyjne na zasadach określonych w przepisach o odbywaniu studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi.

4. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16y ust. 2.

5. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub pełniący służbę w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez tego ministra odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16y ust. 3.

6. Lekarz będący funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16y ust. 4.

7. Szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.

Art. 16j. 1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne przez cały okres jego trwania w wymiarze czasu równemu czasowi pracy lekarza zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32g ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.³⁾), oraz pełni dyżury lub pracuje w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Lekarz:

- 1) będący żołnierzem oraz pełniący służbę lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej,
- 2) będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
- 3) będący funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej

– może odbywać szkolenie specjalizacyjne w innym wymiarze czasu niż określony w ust. 1, na warunkach określonych przez właściwe organy, które są obowiązane zapewnić, aby łączny czas trwania, poziom i jakość odbywanego przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego nie były niższe niż w przypadku odbywania odpowiedniego szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze czasu, o którym mowa w ust. 1.

3. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620 i Nr 107, poz. 679.

Art. 16k. 1. Rezydentura jest przyznawana i finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem.

2. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 70 % tego wynagrodzenia.

3. Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 2, podlega różnicowaniu ze względu na:

- 1) dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin uznanych za priorytetowe;
- 2) rok odbywanego przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie w poszczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywane szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych.

Art. 16l. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym.

2. Środki finansowe na dofinansowanie kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym są przekazywane na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

3. W przypadku gdy środki określone w ust. 2 stanowią dla podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, będącego przedsiębiorcą, pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, będzie ona udzielana jako pomoc de minimis zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str. 5).

Art. 16m. 1. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego ulega przedłużeniu o czas nieobecności w pracy lekarza:

- 1) w przypadkach przewidzianych w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512);
- 2) z powodu urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę na czas nie dłuższy niż 3 miesiące w okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 3) w przypadkach określonych w art. 92, 176 – 179, 182³, 185, 187 i 188 Kodeksu pracy;
- 4) urlopu bezpłatnego, nie dłuższego niż 2 lata, udzielonego przez pracodawcę w celu odbycia stażu zagranicznego zgodnego z programem odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji;
- 5) przerwy nie dłuższej niż 14 dni wynikającej z procedur stosowanych przy zmianie trybu lub miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

2. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego może być dodatkowo przedłużony o okres udzielonego lekarzowi przez pracodawcę urlopu wychowawczego na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

3. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może wyrazić zgodę na dodatkowe przedłużenie okresu trwania specjalizacji.

4. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego w stosunku do lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej oraz pełniących służbę lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej może być przedłużony dodatkowo przez Ministra Obrony Narodowej o czas pełnienia służby poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo oddelegowania do pełnienia służby w innej jednostce wojskowej.

5. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego w stosunku do lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych może być przedłużony dodatkowo przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych o czas pełnienia służby poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 i 2, ma obowiązek poinformować wojewodę o planowanej przez niego nieobecności w pracy z powodów, o których mowa w ust. 1 lub 2, trwającej dłużej niż 3 miesiące.

7. Wojewoda posiadający informację o nieobecności, o której mowa w ust. 6, może skierować na okres tej nieobecności innego lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego do odbywania tego szkolenia w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, biorąc pod uwagę możliwość odbycia przez niego części lub całości programu specjalizacji oraz możliwość wykorzystania miejsc szkoleniowych.

Art. 16n. 1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne 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 w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”.

2. Kierownikiem specjalizacji może być lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego, a w uzasadnionych przypadkach w pokrewnej dziedzinie medycyny.

3. 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”.

4. Kierownik specjalizacji oraz kierownik stażu mogą prowadzić jednocześnie szkolenie specjalizacyjne nie więcej niż trzech lekarzy, a w uzasadnionych potrzebach kadrowymi przypadkach, za zgodą konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny – czterech lekarzy.

5. Kierownik specjalizacji jednocześnie może dodatkowo kierować stażem kierunkowym nie więcej niż dwóch lekarzy.

6. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie rocznych szczegółowych planów szkolenia specjalizacyjnego, w tym za ustalenie miejsc odbywania staży kierunkowych w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji, w okresie nie

krótszym niż miesiąc od rozpoczęcia kolejnego roku odbywanego szkolenia specjalizacyjnego w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.

7. Kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w odniesieniu do pkt 2 – 4 lekarz kierujący stażem kierunkowym:

- 1) ustala szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego;
 - 2) konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez lekarza badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta;
 - 3) prowadzi nadzór nad wykonywaniem przez lekarza zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania;
 - 4) uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania;
 - 5) wystawia opinię zawodową, w tym dotyczącą uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole;
 - 6) wnioskuje odpowiednio do wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza, który nie realizuje programu specjalizacji;
 - 7) wnioskuje odpowiednio do wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o przedłużenie czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego;
 - 8) potwierdza odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji.
8. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w pierwszym roku trwania tego szkolenia, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie za równoważne ze zrealizowaniem elementów

określonych w programie specjalizacji stażu szkoleniowego, obejmującego szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie zabiegów lub procedur medycznych, a także staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne, i ewentualne skrócenie okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli okres od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego nie jest dłuższy niż 5 lat.

9. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może wyrazić zgodę na wystąpienie przez lekarza z wnioskiem, o którym mowa w ust. 8, w terminie późniejszym.

10. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie do okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, stażu szkoleniowego, obejmującego szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie zabiegów lub procedur medycznych, a także staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych zrealizowanych za granicą w okresie aktualnie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego.

11. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, odbywający specjalizację, po uzyskaniu opinii kierownika specjalizacji oraz konsultanta w danej dziedzinie medycyny lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie części okresu odbywania specjalizacji w zakresie odpowiedniego modułu, w przypadku gdy pełnił służbę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem że charakter tej służby, w tym uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonywanie zabiegów i procedur medycznych, odpowiadał właściwemu programowi specjalizacji.

12. Dyrektor CMKP na podstawie opinii powołanego przez siebie zespołu może uznać, w drodze decyzji, staże i kursy, o których mowa w ust. 8, za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacji i skrócić lekarzowi okres odbywania tego szkolenia, jednak nie więcej niż o 1/2 okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego lub modułów, o których mowa w art. 16 ust. 2.

13. Dyrektor CMKP na podstawie opinii powołanego przez siebie zespołu może uznać, w drodze decyzji, staże i kursy, o których mowa w ust. 8 i 10, za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacji.

14. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 12 i 13, wchodzi:

- 1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny;
- 2) kierownik specjalizacji;
- 3) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny;
- 4) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny i stopień naukowy doktora habilitowanego.

Art. 16o. 1. Lekarzowi, który posiada tytuł specjalisty uzyskany poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niepodlegający uznaniu za równoważny na podstawie przepisów, o których mowa w art. 16a i 16b, minister właściwy do spraw zdrowia uznaje tytuł specjalisty za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) lekarz posiada prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) czas trwania szkolenia specjalizacyjnego odbytego za granicą odpowiada czasowi trwania szkolenia specjalizacyjnego określonego w programie specjalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) program specjalizacji w zakresie wymaganej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych, sposób potwierdzenia nabytej wiedzy i umiejętności odpowiada w istotnych elementach określonego programowi specjalizacji w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) sposób i tryb złożenia egzaminu lub innej formy potwierdzenia uzyskanej wiedzy i umiejętności odpowiada złożeniu przez lekarza PES w Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, występuje z wnioskiem o uznanie tytułu specjalisty do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP.

3. Do wniosku dołącza się oryginał albo kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem:

- 1) prawa wykonywania zawodu;
- 2) dokumentu potwierdzającego uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza w kraju, w którym lekarz uzyskał tytuł specjalisty;

- 3) dokumentu o nadaniu tytułu specjalisty;
 - 4) dokumentu zawierającego informacje o miejscu odbycia szkolenia specjalizacyjnego, czasie jego trwania i programie specjalizacji;
 - 5) dokumentu zawierającego informacje o sposobie i trybie złożenia egzaminu lub innej formie potwierdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych;
 - 6) dokumentu zawierającego informacje o miejscu, czasie trwania i rodzaju czynności zawodowych wykonywanych po uzyskaniu tytułu specjalisty.
4. Wniosek podlega ocenie merytorycznej dokonywanej przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora CMKP.
5. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 4, wchodzi lekarze posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny:
- 1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawiciel;
 - 2) dwaj lekarze posiadający tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego;
 - 3) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;
 - 4) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny.
6. Zespół zbiera się w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał, chyba że nie został złożony żaden wniosek.
7. Jeżeli na podstawie przedstawionych przez lekarza dokumentów zespół stwierdzi, że czas trwania szkolenia lub formy nabywania wiedzy i umiejętności praktycznych nie odpowiadają w istotnych elementach programowi specjalizacji w danej specjalności w Rzeczypospolitej Polskiej, ocena merytoryczna wydawana przez zespół jest negatywna albo zawiera wskazanie do odbycia stażu uzupełniającego, z uwzględnieniem czasu trwania i zakresu merytorycznego tego stażu oraz wskazaniem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w którym staż uzupełniający powinien być odbyty.
8. Na podstawie oceny merytorycznej, o której mowa w ust. 7, dyrektor CMKP w terminie 30 dni wydaje opinię, która wraz z aktami jest niezwłocznie przekazywana do ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze decyzji, uznaje albo odmawia uznania tytułu specjalisty uzyskanego za granicą za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej.

10. W przypadku gdy opinia, o której mowa w ust. 8, zawiera wskazanie do odbycia stażu uzupełniającego, minister właściwy do spraw zdrowia kieruje lekarza do odbycia tego stażu, z uwzględnieniem czasu trwania i zakresu merytorycznego tego stażu oraz wskazaniem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w którym staż uzupełniający powinien być odbyty.

11. Staż uzupełniający nie może trwać dłużej niż 3 lata.

12. Lekarz odbywa staż uzupełniający w ramach płatnego urlopu szkoleniowego, umowy o pracę na czas określony w celu odbycia stażu uzupełniającego albo umowy cywilnoprawnej o odbycie stażu uzupełniającego, zawartej ze wskazanym podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, na warunkach określonych w umowie.

13. Staż uzupełniający kończy się uzyskaniem opinii zawodowej, wystawionej przez kierownika właściwej komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.

14. Na podstawie opinii zawodowej minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję, w której uznaje tytuł specjalisty za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej, albo odmawia uznania tego tytułu.

Art. 16p. 1. Lekarz nie może realizować lub kontynuować szkolenia specjalizacyjnego w przypadku:

- 1) zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza albo zakazu wykonywania zawodu lekarza;
- 2) ograniczenia lekarza w wykonywaniu określonych czynności medycznych, objętych programem specjalizacji;
- 3) niepodjęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od dnia wskazanego jako dzień rozpoczęcia tego szkolenia na skierowaniu wystawionym przez organ kierujący do odbycia szkolenia, z przyczyn leżących po stronie lekarza;
- 4) zaprzestania przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego;

5) przerwania lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny lub konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej;

6) upływu okresu, w którym był obowiązany ukończyć szkolenie specjalizacyjne.

2. Właściwy podmiot jest obowiązany do powiadomienia odpowiednio wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 – 5.

3. Lekarz zostaje skreślony z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, zwanego dalej „rejestrem”, odpowiednio na wniosek wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 – 6.

4. W sprawach, o których mowa w ust. 3, odpowiednio wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych wydaje decyzję na podstawie:

- 1) powiadomienia przez właściwy podmiot o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 4 i 6;
- 2) wniosku kierownika specjalizacji o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Art. 16r. 1. Rejestr prowadzi CMKP na podstawie danych przekazywanych przez wojewodów, Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. Rejestr jest prowadzony w systemie ewidencyjno-informatycznym, według niżej określonego układu danych:

1) numer wpisu do rejestru składający się z ciągu kolejnych znaków:

- a) dwucyfrowego symbolu województwa, będącego pierwszym członem identyfikatora jednostek podziału terytorialnego określonego w przepisach

wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.⁴⁾),

b) czternastoznakowego kodu specjalizacji, zgodnie z wykazem kodów specjalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 8 ust. 2,

c) siedmiocyfrowego numeru prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry;

2) imię (imiona) i nazwisko lekarza;

3) miejsce i data urodzenia w przypadku lekarza cudzoziemca;

4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;

5) obywatelstwo (obywatelstwa);

6) numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej;

7) numer seryjny i data wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”;

8) posiadane specjalizacje oraz rok ich uzyskania;

9) numer i data decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wyrażenia zgody na odbywanie specjalizacji przez lekarza cudzoziemca;

10) tryb odbywania i zasady finansowania szkolenia specjalizacyjnego odbywanego przez lekarza cudzoziemca;

11) data i numer skierowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz nazwa organu kierującego;

12) numer karty szkolenia specjalizacyjnego oraz indeksu zabiegów i procedur medycznych;

13) nazwa i adres jednostki organizacyjnej oraz nazwa komórki organizacyjnej, w której jest odbywane szkolenie specjalizacyjne;

⁴⁾Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 76, poz. 489.

14) imię i nazwisko kierownika specjalizacji, posiadana specjalizacja i zajmowane stanowisko;

15) data rozpoczęcia i zakończenia szkolenia specjalizacyjnego;

16) data przedłużenia albo skrócenia szkolenia specjalizacyjnego i okres, o jaki szkolenie to zostało przedłużone albo skrócone;

17) data i wynik PES w zakresie uzyskanej specjalizacji;

18) adnotacje dotyczące przeniesienia się lekarza w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego z obszaru innego województwa, przyczyny przeniesienia, nazwa jednostki organizacyjnej, w której lekarz odbywał dotychczas szkolenie specjalizacyjne, tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego, nazwisko i imię dotychczasowego kierownika specjalizacji, dotychczasowy okres trwania szkolenia specjalizacyjnego;

19) adnotacja dotycząca wykreślenia lekarza z rejestru.

3. Użytkownikami rejestru są:

- 1) wojewodowie;
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 3) Minister Obrony Narodowej;
- 4) minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 5) Minister Sprawiedliwości.

4. Rejestr, o którym mowa w ust. 1, jest jawny dla podmiotów, które wykażą interes prawny.

5. Do rejestru, o którym mowa w ust. 1, stosuje się art. 15 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.⁵⁾).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228.

rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb przekazywania danych, o których mowa w ust. 2,
 - 2) szczegółowy sposób prowadzenia rejestru oraz sposób udostępniania danych wpisanych do rejestru
- mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa danych oraz funkcjonalności prowadzonego rejestru.

Art. 16s. 1. Lekarz może składać dokumenty do PES do właściwego wojewody, po uzyskaniu potwierdzenia realizacji programu specjalizacji przez kierownika specjalizacji.

2. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, składa dokumenty do PES do szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługującej Ministra Obrony Narodowej, po uzyskaniu potwierdzenia realizacji programu specjalizacji przez kierownika specjalizacji.

3. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub pełniący służbę albo zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, składa dokumenty do PES do ministra właściwego do spraw wewnętrznych, po uzyskaniu potwierdzenia realizacji programu specjalizacji przez kierownika specjalizacji.

4. Zgłoszenie do PES jest składane w formie wniosku elektronicznego, generowanego i pobieranego na stronie internetowej CEM. CEM potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych na wniosku danych. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 – 3, po wypełnieniu i podpisaniu wniosku składa go odpowiednio do właściwego wojewody, szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługującej Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

5. Właściwy wojewoda, szef jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej obsługującej Ministra Obrony Narodowej albo

minister właściwy do spraw wewnętrznych stwierdza, czy dokumenty, o których mowa w ust. 1 – 3, spełniają warunki formalne i przekazuje je do CEM.

6. CEM organizuje PES dwa razy do roku w miejscach ustalonych przez dyrektora CEM.

7. PES dla każdej specjalności jest składany w formie egzaminu testowego i egzaminu ustnego, w kolejności ustalonej przez dyrektora CEM, obejmujących zakres odbytego szkolenia specjalizacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych, z wyłączeniem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych.

8. Lekarz nie jest obowiązany do zaliczenia egzaminu testowego PES w całości lub w części, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym egzamin organizowany przez europejskie towarzystwa naukowe, który przez ministra właściwego do spraw zdrowia został uznany za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym egzaminu PES w całości lub w części, i przedstawi dyrektorowi CEM odpowiedni dokument potwierdzający złożenie takiego egzaminu.

9. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek dyrektora CEM, wyrazić zgodę na odstąpienie od przeprowadzenia egzaminu testowego PES dla wszystkich lekarzy dopuszczonych do PES w danej dziedzinie w określonym terminie, z zachowaniem egzaminu ustnego, albo zdecydować o przeprowadzeniu PES jeden raz w roku – z zachowaniem wszystkich jego części, w jednej z sesji egzaminacyjnych.

10. Test oraz pytania lub zadania egzaminu ustnego opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawicielem oraz przedstawicielem właściwego towarzystwa naukowego odrębnie dla każdej dziedziny medycyny oraz na każdą sesję egzaminacyjną.

11. Testy, pytania i zadania egzaminacyjne są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór i kontrolę w zakresie przeprowadzanych egzaminów. Zadania testowe nie podlegają udostępnianiu na

zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.⁶⁾).

12. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe, których złożenie z wynikiem pozytywnym jest równoważne z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym egzaminu PES w całości lub w części, mając na względzie zakres tematyczny tych egzaminów.

Art. 16t. 1. CEM powiadamia lekarza o miejscach i terminach PES nie później niż na 14 dni przed dniem jego rozpoczęcia.

2. Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zakresie danej specjalizacji (PES). Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia.

3. Egzamin testowy wchodzący w skład PES polega na rozwiązaniu 120 pytań zawierających pięć wariantów odpowiedzi, z których tylko jeden jest prawidłowy. Lekarz może wybrać tylko jedną odpowiedź. Za każdą prawidłową odpowiedź lekarz uzyskuje 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.

4. Część testową PES uważa się za zaliczoną z wynikiem pozytywnym po uzyskaniu przez lekarza co najmniej 60 % możliwej do uzyskania maksymalnej liczby punktów.

5. Podczas zdawania PES lekarz nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może posiadać urządzeń służących do kopiowania, przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu stanowi podstawę zdyskwalifikowania osoby zdającej egzamin, co jest równoznaczne z uzyskaniem przez nią wyniku negatywnego. CEM zawiadamia o takim fakcie właściwego rzeczownika odpowiedzialności zawodowej.

⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 i Nr 132, poz. 1110 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228.

6. Lekarz może składać PES po okazaniu dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
7. Przy składaniu przez lekarza egzaminu ustnego może być obecny kierownik specjalizacji jako obserwator.
8. Egzamin przeprowadza się przy obecności co najmniej trzech członków komisji.
9. PES przeprowadza się zgodnie z regulaminem porządkowym ustalonym przez dyrektora CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
10. W razie rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu PES lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie PES dyrektor CEM może unieważnić PES w całości albo w części, w danym terminie dla danej dziedziny dla poszczególnych albo wszystkich zdających.
11. Unieważnienie PES albo jego części powoduje, że traktuje się odpowiednio PES albo jego część jako niebyłą. Unieważniony egzamin jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym decyzja o unieważnieniu stała się ostateczna. W przypadku unieważnienia całości PES wszystkie jego części odbywają się w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym decyzja o unieważnieniu stała się ostateczna.
12. Decyzję o unieważnieniu dyrektor CEM podejmuje w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o przyczynach uzasadniających unieważnienie PES albo jego części, w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.
13. Decyzja o unieważnieniu PES albo jego części jest ogłaszana na stronie internetowej CEM oraz przesyłana zainteresowanym lekarzom listem poleconym.
14. Od decyzji o unieważnieniu PES albo jego części przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia jej doręczenia, składane za pośrednictwem dyrektora CEM.

Art. 16u. 1. Za PES składany po raz czwarty i kolejny lekarz ponosi opłatę. Dokument potwierdzający dokonanie opłaty lekarz dołącza do zgłoszenia, o którym mowa w art. 16x ust. 3.

2. Opłatę, o której mowa w ust. 1, pobiera dyrektor CEM.

3. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi dochód budżetu państwa.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość i sposób uiszczania opłaty, o której mowa w ust. 1, uwzględniając niezbędne koszty związane z organizacją i przeprowadzaniem PES.

Art. 16w. 1. PES jest przeprowadzany przez Państwową Komisję Egzaminacyjną, zwaną dalej „PKE”.

2. Przewodniczącego i członków PKE powołuje i odwołuje dyrektor CEM, spośród osób zaproponowanych przez konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny, towarzystwo naukowe właściwe dla danej dziedziny medycyny oraz Naczelną Radę Lekarską.

3. W skład PKE wchodzi lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny objętej PES lub, w uzasadnionych przypadkach, w pokrewnej dziedzinie medycyny:

- 1) przedstawiciel lub przedstawiciele konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny;
- 2) przedstawiciel lub przedstawiciele towarzystw naukowych właściwych dla danej dziedziny medycyny;
- 3) przedstawiciel lub przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

4. Do członków PKE stosuje się odpowiednio art. 16d ust. 2 – 5, z zastrzeżeniem że oświadczenie, o którym mowa w art. 16d ust. 4, składa się do dyrektora CEM.

5. Dyrektor CEM, w celu przeprowadzenia PES w ustalonych miejscach i terminach, wyznacza spośród członków PKE zespoły egzaminacyjne. Zespół egzaminacyjny składa się z co najmniej trzech członków PKE z zachowaniem reprezentacji podmiotów wymienionych w ust. 3.

6. Do zadań PKE lub wydzielonego spośród jej członków zespołu egzaminacyjnego należy:

- 1) ustalenie listy lekarzy dopuszczonych do PES w danej sesji egzaminacyjnej, z zastrzeżeniem art. 16x ust. 4;
- 2) przekazanie CEM kart testowych po przeprowadzeniu egzaminu testowego, z zachowaniem tajności procedury;
- 3) dokonywanie oceny egzaminu ustnego PES;

- 4) przekazanie CEM oceny PES oraz innej dokumentacji związanej z przeprowadzonym PES, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zakończenia PES.

7. Członkom PKE przysługuje wynagrodzenie:

- 1) w wysokości 300 zł dla przewodniczącego oraz 130 zł dla członka komisji za udział w posiedzeniu komisji;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy;
- 3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

8. Kwoty, o których mowa w ust. 7 pkt 1, podlegają waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Art. 16x. 1. CEM ustala i ogłasza wyniki PES.

2. Lekarz uzyskuje wynik negatywny PES, jeżeli uzyska taki wynik chociażby z jednej części PES. W takim przypadku lekarz może złożyć do dyrektora CEM zgłoszenie do kolejnego PES.

3. Zgłoszenie następuje w formie wniosku elektronicznego, generowanego i pobieranego na stronie internetowej CEM. CEM potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych na wniosku danych. Lekarz po wypełnieniu formularza składa podpisany wniosek do CEM, które zawiadamia o tym fakcie właściwego wojewodę.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, lekarz zostaje wpisany na listę lekarzy dopuszczonych do PES w danej sesji egzaminacyjnej przez dyrektora CEM.

5. Lekarzowi, który złożył PES z wynikiem pozytywnym, dyrektor CEM wydaje dyplom w terminie 30 dni od dnia otrzymania dokumentacji egzaminacyjnej od PKE. Kopię dyplomu CEM przekazuje do właściwej dla lekarza okręgowej izby lekarskiej.

6. Dokumentacja dotycząca szkolenia specjalizacyjnego lekarza oraz kopia dyplomu PES są przechowywane przez właściwe podmioty zgodnie z przepisami art. 5 ustawy

z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.⁷⁾).

Art. 16y. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb i sposób przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy oraz punktowe kryteria kwalifikacji tych lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego;
- 2) szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty,
- 3) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
- 4) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES,
- 5) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
- 6) tryb powoływania PKE,
- 7) tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w danym programie specjalizacji i ewentualne skrócenie szkolenia specjalizacyjnego,
- 8) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji
– uwzględniając niezbędny zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej;

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 39, poz. 307 i Nr 166, poz. 1317 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 47, poz. 278 i Nr 182, poz. 1228.

- 9) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji;
- 10) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego,
- 11) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego – uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą.

2. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 9, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 9, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę

albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

4. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 9, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej.”;

13) w art. 19 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;”;

14) po art. 19e dodaje się art. 19f – 19j w brzmieniu:

„Art. 19f. 1. Szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1, które spełniają warunki określone w ust. 2 i uzyskały akredytację do szkolenia specjalizacyjnego. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie.

2. Jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1, ubiegająca się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, jest obowiązana spełniać następujące warunki:

1) prowadzić działalność odpowiadającą profilowi prowadzonego szkolenia specjalizacyjnego albo posiadać w swojej strukturze organizacyjnej oddziały szpitalne lub inne komórki organizacyjne o profilu odpowiadającym temu szkoleniu;

2) zapewnić warunki merytoryczne i organizacyjne umożliwiające realizację programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy;

- 3) zapewnić pełnienie nadzoru w ramach istniejącej struktury organizacyjnej:
- a) w przypadku szpitali – nad jakością działalności dydaktycznej oraz leczniczej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów,
 - b) w przypadku innych jednostek organizacyjnych – nad jakością działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystów;
- 4) zapewnić monitorowanie dokumentacji szkolenia specjalizacyjnego danego lekarza;
- 5) zatrudnić na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej albo posiadać zatrudnionych na stanowisku służbowym w oddziałach szpitalnych lub w komórkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 1:
- a) co najmniej jednego lekarza z tytułem specjalisty lub z II stopniem specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie medycyny,
 - b) co najmniej dwóch lekarzy z tytułem specjalisty lub II stopniem specjalizacji w dziedzinie pokrewnej, w przypadku specjalności, dla których przepisy obowiązujące przed dniem wejścia w życie ustawy nie przewidywały uzyskania II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty,
 - c) co najmniej jednego lekarza z tytułem specjalisty lub II stopniem specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie stomatologii, w przypadku jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych realizujących szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach stomatologii;
- 6) posiadać kadre oraz sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do realizacji zadań określonych programem specjalizacji zgodnie ze standardami akredytacyjnymi, o których mowa w art. 16g ust. 3 pkt 7;
- 7) udzielać świadczeń zdrowotnych odpowiedniego rodzaju, w odpowiednim zakresie i liczbie, umożliwiających zrealizowanie programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy;
- 8) udzielać całodobowych świadczeń zdrowotnych osobom hospitalizowanym lub niewymagającym hospitalizacji, w stanach zagrożenia zdrowia i życia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, jeżeli wynika to z programu specjalizacji;
- 9) zapewnić lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne pełnienie dyżurów medycznych w liczbie określonej programem specjalizacji lub pracę w systemie

zmianowym lub równoważnym czasie pracy w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;

10) zawierać porozumienie z podmiotami, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarzy programu specjalizacji, w tym staży kierunkowych, o których mowa w ust. 3, których realizacji nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej;

11) uzyskać opinię właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny o spełnieniu warunków, o których mowa w pkt 1 – 10, a w przypadku jego braku – konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny lub właściwego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej lub konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub jego przedstawiciela.

3. Staże kierunkowe mogą być prowadzone przez:

1) jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1, lub

2) inne jednostki organizacyjne spełniające warunki, o których mowa w ust. 2, po uzyskaniu przez nie akredytacji do prowadzenia staży kierunkowych.

4. Jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 19 ust. 1, przedstawia CMKP, w celu uzyskania opinii powołanego przez dyrektora CMKP zespołu ekspertów o spełnieniu przez jednostkę warunków, o których mowa w ust. 2, informację zawierającą dane i opinię określone w ust. 2 oraz dane o podmiotach, o których mowa w ust. 3.

5. W skład zespołu ekspertów, o którym mowa w ust. 4, dyrektor CMKP powołuje pięciu lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny lub w dziedzinie pokrewnej:

1) przewodniczącego zespołu – lekarza zaproponowanego przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny;

2) czterech członków zespołu:

a) jednego – spośród osób zaproponowanych przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny,

b) jednego – spośród osób zaproponowanych przez towarzystwo naukowe dla dziedziny medycyny,

c) jednego – spośród osób zaproponowanych przez Naczelną Radę Lekarską,

d) przedstawiciela konsultanta w danej dziedzinie medycyny lub konsultanta lub konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju.

6. Zespół ekspertów zbiera się w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na kwartał, celem wydania opinii o spełnieniu przez jednostkę warunków, o których mowa w ust. 2.

7. Dyrektor CMKP na podstawie przedstawionej opinii zespołu ekspertów dokonuje wpisu jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, na prowadzoną przez siebie listę jednostek akredytowanych i określa maksymalną liczbę miejsc szkoleniowych w zakresie danej specjalizacji dla lekarzy mogących odbywać szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy w komórce organizacyjnej wchodzącej w jej skład.

8. Aktualne listy jednostek akredytowanych, o których mowa w ust. 1 i 3, CMKP publikuje na swojej stronie internetowej.

9. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej, o której mowa w ust. 1 i 3, albo jej reorganizacji jednostka ta może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy, jeżeli złoży do wojewody oświadczenie o spełnianiu wymagań określonych w ust. 2.

10. Jednostka, o której mowa w ust. 1 i 3, niezwłocznie po zmianie formy prawnej występuje do CMKP o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4.

11. W przypadku negatywnej opinii zespołu ekspertów wydanej jednostce, o której mowa w art. 19 ust. 1 i 3, dyrektor CMKP, w drodze decyzji, skreśla jednostkę organizacyjną z listy jednostek akredytowanych, o której mowa w ust. 1 i 3.

12. W przypadku gdy jednostka, o której mowa w ust. 1 i 3, przestała spełniać warunki niezbędne do uzyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego albo prowadzenia stażu kierunkowego, powiadamia o tym niezwłocznie wojewodę i dyrektora CMKP.

13. Maksymalna liczba miejsc szkoleniowych, o której mowa w ust. 7, ulega zmniejszeniu w zakresie danej specjalizacji w przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe w danej specjalizacji, odpowiednio do liczby nieprzyjętych osób.

Art. 19g. 1. Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1, po uzyskaniu pozytywnej opinii konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, a w przypadku jego braku – właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz po wpisaniu na listę prowadzoną przez CMKP, o której mowa w ust. 5.

2. Podmiot zamierzający prowadzić kurs szkoleniowy objęty programem danej specjalizacji przedstawia CMKP, w terminie do dnia 15 listopada każdego roku, informacje zawierające dane obejmujące:

- 1) nazwę i siedzibę jednostki organizacyjnej lub imię, nazwisko i adres osoby fizycznej zamierzającej prowadzić kurs szkoleniowy;
- 2) imię i nazwisko oraz kwalifikacje zawodowe osoby mającej być kierownikiem kursu szkoleniowego;
- 3) zakres i sposób organizacji kursu szkoleniowego;
- 4) tryb kursu szkoleniowego;
- 5) program kursu szkoleniowego określający:
 - a) cel kursu szkoleniowego,
 - b) wymagane kwalifikacje uczestników kursu szkoleniowego,
 - c) okres i sposób realizacji programu kursu szkoleniowego,
 - d) zakres tematyczny oraz treść zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych;
- 6) regulamin kursu szkoleniowego określający:
 - a) sposób organizacji kursu szkoleniowego,
 - b) zasady i sposób naboru uczestników kursu szkoleniowego,
 - c) wzór karty przebiegu kursu szkoleniowego,
 - d) prawa i obowiązki uczestników kursu szkoleniowego,
 - e) zakres obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne,
 - f) sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych,
 - g) sposób oceny organizacji i przebiegu kursu szkoleniowego przez uczestników;
- 7) charakterystykę bazy dydaktycznej i zajęć praktycznych;
- 8) kwalifikacje kadry dydaktycznej;

9) termin, miejsce oraz liczbę osób mogących uczestniczyć w kursie szkoleniowym.

3. W przypadku kursów szkoleniowych, o których mowa w ust. 2, trwających nie dłużej niż 5 dni, podmiot zamierzający prowadzić ten kurs zgłasza corocznie CMKP, w terminie do dnia 15 listopada roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu, następujące informacje:

1) nazwę i siedzibę jednostki organizacyjnej lub imię, nazwisko i adres osoby fizycznej zamierzającej prowadzić kurs szkoleniowy;

2) imię i nazwisko oraz kwalifikacje zawodowe osoby mającej być kierownikiem kursu szkoleniowego;

3) program kursu szkoleniowego określający:

a) cel kursu szkoleniowego,

b) wymagane kwalifikacje uczestników kursu szkoleniowego,

c) zakres tematyczny i treść zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych;

4) sposób sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych;

5) sposób oceny organizacji i przebiegu kursu szkoleniowego przez jego uczestników;

6) termin, miejsce oraz liczbę osób mogących uczestniczyć w tym kursie.

4. CMKP koordynuje organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji zgodnie z wymogami odpowiednich specjalizacji oraz liczbą i rozmieszczeniem regionalnym lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny.

5. CMKP publikuje, w terminie do dnia 31 grudnia każdego roku, na stronie internetowej CMKP, listę kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji.

Art. 19h. 1. Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Nadzorowi podlega w szczególności:

1) zgodność realizacji zajęć z programem specjalizacji;

2) prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego;

3) zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia specjalizacyjnego.

3. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza się kontrolę i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego.

4. Czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje dyrektor CMKP.

5. Dyrektor CMKP na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitoringu systemu specjalizacji opracowuje raport o stanie realizacji kształcenia specjalizacyjnego w danym roku i przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

6. CMKP prowadzi cykliczne szkolenia w zakresie wiedzy na temat systemu specjalizacji, przeznaczone dla kierowników specjalizacji, kadry kierowniczej jednostek prowadzących szkolenia specjalizacyjne oraz przedstawicieli wojewody finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 19i. 1. Kontrola realizacji szkolenia specjalizacyjnego jest prowadzona przez zespół kontrolny powoływany przez dyrektora CMKP. W skład zespołu mogą wchodzić, poza pracownikami CMKP:

- 1) krajowy albo wojewódzki konsultant w odpowiedniej dziedzinie medycyny lub jego przedstawiciel lub
- 2) przedstawiciel lub przedstawiciele konsultanta lub konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju;
- 3) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny oraz
- 4) przedstawiciel właściwego miejscowo wojewody.

2. Zespół kontrolny, w składzie co najmniej 3-osobowym, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, ma prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń dydaktycznych;
- 2) udziału w zajęciach w charakterze obserwatora;
- 3) wglądu do dokumentacji przebiegu szkolenia prowadzonej przez jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne;

- 4) ządania od kierownika jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne ustnych i pisemnych wyjaśnień;
 - 5) badania opinii uczestników szkolenia specjalizacyjnego i kadry dydaktycznej.
3. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:
- 1) nazwę i adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne;
 - 2) miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
 - 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności kontrolne;
 - 5) opis stanu faktycznego;
 - 6) stwierdzone nieprawidłowości;
 - 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
 - 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
 - 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu przez kierownika jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.
4. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz kierownik jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.
5. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem, kierownik jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.
6. Odmowa podpisania protokołu przez kierownika jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.
7. Jeden egzemplarz protokołu przekazuje się kierownikowi jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.
8. Osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji na temat organizacji i prowadzenia kształcenia podyplomowego oraz wyników prowadzonego postępowania.

9. Kierownik jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

10. Dyrektor CMKP przekazuje kierownikowi jednostki szkolącej zalecenia pokontrolne dotyczące stwierdzenia nieprawidłowości w trakcie kontroli i zobowiązuje go do usunięcia tych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie; kopie pisma z zaleceniami pokontrolnymi przekazuje do wiadomości konsultantowi krajowemu właściwemu dla danej dziedziny medycyny i właściwemu konsultantowi wojewódzkiemu w danej dziedzinie medycyny.

11. W przypadku niezrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie dyrektor CMKP podejmuje decyzję o skreśleniu jednostki z listy zawierającej wykaz jednostek uprawnionych do kształcenia specjalizacyjnego.

12. Osobom wykonującym czynności kontrolne przysługuje:

- 1) wynagrodzenie w wysokości 300 zł za wykonanie czynności kontrolnych;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 Kodeksu pracy;
- 3) zwolnienie od pracy w dniach wykonywania czynności kontrolnych, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

13. Kwota, o której mowa w ust. 12 pkt 1, podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Art. 19j. Monitorowanie systemu szkolenia specjalizacyjnego polega w szczególności na rejestrowaniu danych określonych w art. 16r ust. 2 oraz informacji o liczbie jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego i liczby miejsc szkoleniowych, a także badaniu poprawności funkcjonowania poszczególnych procedur specjalizacyjnych na podstawie zgromadzonych tą drogą informacji.”;

15) w art. 57 ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Od uchwał okręgowych rad lekarskich lub Wojskowej Rady Lekarskiej w sprawach, o których mowa w art. 5, 6 i art. 7 ust. 1 – 5, art. 8 ust. 1, art. 9 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 11

ust. 1, 2 i 4, art. 12 ust. 1 i 3 – 5, art. 14, art. 19d ust. 5 i art. 52a, lekarzowi przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej. Uchwały te podpisują prezes lub wiceprezes i sekretarz okręgowej rady lekarskiej.

1a. Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej, o których mowa w ust. 1, podpisują prezes lub wiceprezes i sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej.”.

Art. 2. 1. Lekarze zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy odbywają szkolenie specjalizacyjne na podstawie dotychczasowych przepisów.

2. Przepisy dotyczące Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się do lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po dniu 28 kwietnia 1999 r.

3. Do dnia wejścia w życie programów specjalizacji określonych na podstawie art. 16g ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, szkolenia specjalizacyjne odbywają się na podstawie programów dotychczasowych.

Art. 3. 1. Marszałek województwa po raz ostatni organizuje, finansuje oraz zapewnia warunki odbywania stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15 ustawy, o której mowa w art. 1, rozpoczynającego się:

- 1) dla lekarza z dniem 1 października 2016 r.;
- 2) dla lekarza dentystry z dniem 1 października 2015 r.

2. Osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15 ustawy, o której mowa w art. 1, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej:

- 1) z dniem 1 października 2016 r. w przypadku lekarza albo
- 2) z dniem 1 października 2015 r. w przypadku lekarza dentystry

– są zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu. Do osób tych nie stosuje się art. 5 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 4. Kierownicy specjalizacji oraz lekarze specjaliści kierujący stażem kierunkowym wyznaczeni na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują swoje funkcje.

Art. 5. Jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie dotychczasowych przepisów stają się jednostkami uprawnionymi do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 19f ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6. 1. W 2011 r. środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15 ust. 4 ustawy, o której mowa w art. 1, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

2. W 2011 r. środki przeznaczone na:

- 1) sfinansowanie rezydentur, o których mowa w art. 16k ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 2) dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych, o którym mowa w art. 16l ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą
– minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje ze środków Funduszu Pracy.

Art. 7. Rejestr lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację prowadzony przed dniem wejścia w życie ustawy przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego staje się rejestrem prowadzonym na podstawie niniejszej ustawy przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 8. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 12 ust. 6, art. 15 ust. 5, art. 16 ust. 1hb, art. 16 ust. 2a, art. 16 ust. 3 i art. 16 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 12 ust. 6, art. 15 ust. 5, art. 16k ust. 4, art. 16h ust. 3, art. 16h ust. 4 i art. 16y ust. 2 i 3 tej ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Istotą projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest wprowadzenie niezbędnych zmian w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, mających na celu wyeliminowanie narastających w ostatnim czasie problemów dotyczących kadry lekarskiej, z których najważniejsze to:

- 1) długotrwały proces kształcenia podyplomowego od momentu uzyskania dyplomu wyższej uczelni do uzyskania dyplomu specjalisty, będący jedną z zasadniczych przyczyn migracji młodych lekarzy;
- 2) brak pełnej samodzielności zawodowej lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów, przez co najmniej kilka lat od zakończenia studiów;
- 3) deficyt kadry lekarskiej, w tym specjalistów, i obserwowane zagrożenie związane z tzw. luką pokoleniową, przede wszystkim wśród lekarzy specjalistów;
- 4) migracja lekarzy szacowana na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu na terenie krajów Unii Europejskiej, wydawanych przez samorząd lekarski.

Rozwiązanie powyższych problemów wymaga kompleksowych i kompatybilnych ze sobą działań, obejmujących zarówno zmiany przepisów prawnych dotyczących kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, jak również zmiany programów kształcenia przed i podyplomowego. Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stworzy podstawy prawne do wprowadzenia systemowych rozwiązań w ww. obszarze. Nowelizacja ustawy jest również niezbędna ze względu na konieczność przeniesienia regulacji dotychczas umieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.) na poziom ustawy, ze względu na wagę i istotę tych regulacji dla procesu uzyskiwania niezbędnych w systemie ochrony zdrowia specjalizacji lekarzy.

Przedmiotowy projekt ustawy obejmuje następujące zmiany:

- 1) Rozszerzenie definicji wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty o „kierowanie zakładem opieki zdrowotnej”. Zmianę tę wprowadzono z powodów, dla których uprzednio wpisano „zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub

urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej”. Uznano, iż pełnienie funkcji osoby kierującej zakładem opieki zdrowotnej wyczerpuje przesłanki, o których mowa w zacytowanej powyższej części obecnej regulacji.

2) Nowe uregulowanie wymagań co do studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, jak również powiązanych z tym zmianami powodującymi likwidację stażu podyplomowego i Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP). Zmiana wymagań co do studiów na kierunkach lekarskich dotyczy wprowadzenia regulacji wynikającej z dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) w zakresie kształcenia na kierunku lekarskim – co najmniej sześcioletni okres studiów obejmujących co najmniej 5 500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz na kierunku lekarsko-dentystycznym – co najmniej pięcioletni okres studiów teoretycznych i praktycznych. Ponadto wprowadza się praktykę zawodową na VI roku dla lekarzy oraz na V roku dla lekarzy dentystów. Wprowadzenie tych zmian będzie wymagało zmiany stosownego załącznika nr 54 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. Nr 164 , poz. 1166 oraz z 2009 r. Nr 180, poz. 1407), które to rozporządzenie definiuje standardy kształcenia dla kierunku studiów odpowiednio – lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Powyżej przywołane standardy muszą być zgodne z niniejszą regulacją (i odpowiednio z dyrektywą 2005/36 WE).

Likwidacja stażu podyplomowego spowoduje szybsze wejście lekarzy i lekarzy dentystów do systemu opieki zdrowotnej i zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Powyższe zostanie osiągnięte przez zmianę systemu kształcenia na studiach medycznych z położeniem nacisku na praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty na drodze m.in.:

- wprowadzenia obowiązku złożenia najważniejszych egzaminów końcowych, dla kierunku lekarskiego na V roku studiów a lekarsko-dentystycznego na IV,
- wprowadzenia przedmiotów klinicznych w formie „praktyk zawodowych”, odpowiednio na V roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym i na VI roku studiów na kierunku

lekarskim, mających zapewnić nabywanie umiejętności praktycznych do wykonywania zawodu.

Staż podyplomowy dla lekarzy kończy się dnia 31 października 2017 r., natomiast dla lekarzy dentyków kończy się dnia 30 września 2016 r.

Projekt ustawy zakłada także likwidację Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP). Doświadczenie ostatnich lat, jak również opinie środowisk medycznych wskazują, iż LEP/LDEP przeprowadzany w formie egzaminu testowego nie sprawdza aspektu praktycznego przygotowania lekarzy do wykonywania zawodu, sprawdzając głównie wiedzę teoretyczną. Wobec braku jednolitych zasad oraz zobowiązań co do egzaminów „licencyjnych” w krajach Unii Europejskiej (wytycznych takich nie zawiera dyrektywa 2005/36/WE) uznano, że należy zrezygnować z LEP/LDEP przeprowadzanego w obecnej formie.

3) i 4) Wprowadzenie przepisów mających na celu doprecyzowanie warunków przyznania prawa wykonywania zawodu w zależności od posiadanych kwalifikacji i rodzaju posiadanego dyplomu ukończenia studiów (także w stosunku do obywateli Unii Europejskiej i cudzoziemców niebędących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej). Ograniczone prawo wykonywania zawodu będzie przyznawane na czas odbycia stażu podyplomowego lub na czas odbycia stażu adaptacyjnego oraz celem złożenia testu umiejętności (dla obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej).

5) Przyspieszenie procedury administracyjnej wydania dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki, polegające na skróceniu terminu z dotychczasowych 3 miesięcy do 30 dni na wydanie przez Okręgową Radę Lekarską dokumentu prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki.

6) Zmiany mające na celu doprecyzowanie zasad wydawania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki dla cudzoziemca niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w celu odbycia stażu podyplomowego.

7) Zmiany określające zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy cudzoziemców będących członkami ekipy narodowej drużyny sportowej podczas trwania międzynarodowych wydarzeń sportowych.

Wprowadzenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza przez lekarzy cudzoziemców będących członkami ekip sportowych biorących udział w wydarzeniach

sportowych organizowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ma na celu ujednoczenie tymczasowego i okazjonalnego udzielania świadczeń. W obecnym stanie prawnym lekarze będący obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej muszą zgłosić tymczasowe i okazjonalne udzielanie świadczeń właściwej izbie lekarskiej, zgodnie z przepisami dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych, implementowanymi do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 9, podczas gdy obywatele innych państw nie mają takiego obowiązku.

8) Zmianę wprowadzającą rozszerzoną, w stosunku do dotychczasowej, treść upoważnienia do wydania rozporządzenia regulującego tryb powoływania i sposób działania komisji oceniającej poziom przygotowania zawodowego lekarza i realizacji przez niego obowiązku doskonalenia zawodowego.

9) Zmianę porządkową, polegającą na zmianie tytułu rozdziału z dotychczasowego w brzmieniu „Staż podyplomowy” na „Kształcenie podyplomowe”.

10) Zmianę porządkową polegającą na wykreśleniu sposobu i źródeł finansowania staży podyplomowych w 2009 r. i w 2010 r.

11) Zmianę wprowadzającą „modułowy system specjalizacji” z jednoczesną zmianą dotychczasowego podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Moduł podstawowy będzie zawierać treści uniwersalne dla grupy specjalizacji, jak również wybrane zagadnienia obecnie nauczane w trakcie stażu podyplomowego (m.in. obowiązkowy kurs i egzamin z dziedziny ratownictwa medycznego). Moduł specjalistyczny, bezpośrednio związany z przedmiotem specjalizacji, powinien zawierać wiedzę ściśle specjalistyczną.

Zmiana ta reguluje także zasady uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego, za równoważne z realizacją w całości lub w części szczegółowego programu modułu specjalistycznego i ewentualne dopuszczenie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

12) Zmianę mającą na celu uregulowanie zasad postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich oraz zasad odbywania szkolenia specjalizacyjnego obejmującą:

– zmianę przepisów dotyczących przyznawania miejsc szkoleniowych na dane postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji lekarskich – przyznawanie i rozdział rezydentur na poszczególne województwa i dziedziny przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz uruchamianie wszystkich pozostałych wolnych miejsc szkoleniowych przez właściwego wojewodę (dotychczas wszystkie miejsca specjalizacyjne przyznawał minister właściwy do

spraw zdrowia); regulacja ta ma na celu uelastycznienie systemu i maksymalne wykorzystanie miejsc specjalizacyjnych (w trybie pozarezydenckim), dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, do regionalnych potrzeb ochrony zdrowia ocenianych przez wojewodę w oparciu o opinie konsultantów wojewódzkich,

– uwzględnienie w procedurze ubiegania się o rozpoczęcie specjalizacji w trybach pozarezydenckich dorobku zawodowego i naukowego lekarzy, co potwierdza posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, praca w jednostce akredytowanej w zakresie zgodnym z programem specjalizacji w danej dziedzinie lub publikacje naukowe zamieszczone w wykazie czasopism sporządzonych przez ministra właściwego do spraw nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych; przewiduje się, że z tytułu osiągnięć w ramach dorobku zawodowego i naukowego lekarz będzie mógł uzyskać nie więcej niż 10 % możliwych do osiągnięcia punktów,

– uregulowanie zasad opracowywania programów specjalizacji, mające na celu zapewnienie wysokiej jakości kształcenia, jednocześnie dostosowanie tych programów do aktualnej wiedzy medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem podziału na moduł podstawowy i specjalistyczny,

– dostosowanie obowiązujących przepisów w zakresie realizacji dyżurów medycznych do zmieniającej się organizacji systemu opieki zdrowotnej (proponowane regulacje dają możliwość kierownikowi jednostki szkolącej zawarcia z lekarzem umowy dotyczącej realizacji dyżurów w formie umowy o pełnienie dyżurów; w odniesieniu do lekarza rezydenta źródłem finansowania w zakresie normalnego czasu pracy, określonego art. 32g ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, są środki będące w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, natomiast źródłem finansowania dyżurów jest jednostka szkoląca; ze względu na to, że dyżury lekarzy odbywających specjalizację są finansowane przez jednostkę szkolącą, regulacja ta pozwoli dyrektorowi tej jednostki na racjonalne dysponowanie posiadanymi środkami finansowymi),

– uregulowanie obowiązków i praw oraz zasad powoływania kierowników specjalizacji – między innymi wprowadzenie możliwości powierzenia funkcji kierownika specjalizacji lekarzowi specjaliście wykonującemu pracę w oparciu o umowę cywilnoprawną (tzw. „kontrakt”),

– uregulowanie ustawowe zasad przeprowadzania PES; umożliwienie lekarzom, przystępowania do PES po raz czwarty i kolejny, aż do pozytywnego złożenia PES, oraz

wprowadzenie opłaty za zdawanie PES po raz czwarty i kolejny (co będzie stanowiło dochód budżetu państwa),

– ograniczenie PES do dwóch części: testowej i ustnej, przy czym część ustna może być rozszerzona o egzamin praktyczny, z wyłączeniem wykonywania w ramach PES medycznych procedur inwazyjnych,

– wprowadzenie zasad wynagradzania członków Państwowych Komisji Specjalizacyjnych (PKS) i członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych (PKE).

13) i 14) Zmiany mające na celu uregulowanie warunków i zasad akredytacji jednostek prowadzących specjalizację lub staże kierunkowe, gwarantujące zapewnienie właściwej jakości kształcenia specjalizacyjnego, a jednocześnie zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych oraz określenie zasad nadzoru i kontroli nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego. Uregulowanie ustawowe warunków i zasad akredytacji jednostek prowadzących specjalizację ma na celu zapewnienie przejrzystości, obiektywności i jakości kształcenia specjalizacyjnego. Proponuje się, aby w ustawie dookreślić, iż warunkiem uzyskania akredytacji jest zobowiązanie się jednostki do realizacji programu określonej specjalizacji i zapewnienie warunków merytorycznych i organizacyjnych do realizacji programu, w tym:

– posiadanie kadry o odpowiednich kwalifikacjach – tj. lekarzy posiadających tytuł specjalisty,

– posiadanie odpowiedniej bazy dydaktycznej,

– zapewnienie realizacji określonych zabiegów i procedur medycznych wymaganych w programie specjalizacji,

– zapewnienie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia,

– wprowadzenie zasad wynagradzania dla osób wykonujących czynności kontrolne.

15) Zmianę porządkową dotyczącą odwołań od uchwał okręgowych rad lekarskich lub wojskowej rady lekarskiej do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Omówienie przepisów przejściowych

Przepis art. 2 ma na celu utrzymanie w mocy dotychczasowych przepisów dotyczących sposobu odbywania specjalizacji przez lekarzy zakwalifikowanych do jej odbywania przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy. Nowe zasady składania PES (zniesienie wymogu składania części praktycznej PES jako odrębnej części egzaminu, zniesienie ograniczenia

liczby składanych egzaminów PES) będą miały również zastosowanie do lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po dniu 28 kwietnia 1999 r. Ust. 3 tego przepisu utrzymuje odbywanie specjalizacji rozpoczętych, na podstawie dotychczasowych programów, do czasu wejścia w życie nowych programów określonych na podstawie art. 16g ustawy.

Zgodnie z art. 3 marszałek województwa po raz ostatni organizuje, finansuje oraz zapewnia warunki odbywania stażu rozpoczynającego się:

- 1) dla lekarza z dniem 1 października 2016 r.;
- 2) dla lekarza dentystry z dniem 1 października 2015 r.

Osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej:

- 1) z dniem 1 października 2016 r. w przypadku lekarza, albo
- 2) z dniem 1 października 2015 r. w przypadku lekarza dentystry

– będą zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu. Do osób tych nie będzie stosowany art. 5 ust. 6 ustawy.

Przepis art. 4 utrzymuje w mocy uprawnienia kierowników specjalizacji oraz lekarzy specjalistów kierujących stażem kierunkowym wyznaczonych na podstawie dotychczasowych przepisów.

Natomiast na podstawie art. 5 jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie dotychczasowych przepisów stają się jednostkami uprawnionymi do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 19f ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Przepis art. 6, w związku z wprowadzonymi ustawami o budżecie na rok 2011, wskazuje, iż w roku tym środki przeznaczone na:

- 1) sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15 ust. 4 ustawy,
- 2) sfinansowanie rezydentur, o których mowa w art. 16k ust. 1 ustawy,
- 3) dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych, o których mowa w art. 16l ust. 1 ustawy,

– będą pochodzić ze środków Funduszu Pracy.

Przepis art. 7 reguluje kwestie obecnie prowadzonego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, który z dniem wejścia w życie ustawy stanie się rejestrem prowadzonym na podstawie niniejszej ustawy przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Przepis art. 8 zapewnia utrzymanie w mocy dotychczasowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 12 ust. 6, art. 15 ust. 5, art. 16 ust. 1hb, art. 16 ust. 2a, art. 16 ust. 3 i art. 16 ust. 5 ustawy, nie dłużej jednak niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Przepis ten ma na celu utrzymanie ciągłości kształcenia lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji i kwalifikowanych do jej odbywania bezpośrednio po wejściu w życie ustawy. Jest to niezbędne ze względu na konieczność przygotowania nowych aktów wykonawczych, nowych programów specjalizacji, jak również przeprowadzenia na nowo procesu akredytacji jednostek prowadzących specjalizacje.

W ramach projektowanej nowelizacji konieczne będzie wydanie następujących aktów wykonawczych:

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program praktyki zawodowej oraz sposób jej odbywania, dokumentowania i zaliczania, w tym zakres danych, które powinny być zawarte w dzienniku praktyk, uwzględniając konieczność zapewnienia wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania i sposób działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, oraz tryb orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo o ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, mając na uwadze konieczność prawidłowego wykonywania zawodu przez lekarza.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji, oraz sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy,
- 2) wykaz modułów jednolitych, właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego
 - uwzględniając powiązania dziedzin medycyny w ramach modułów i w ramach specjalizacji, dziedziny medycyny oraz minimalne okresy kształcenia w odniesieniu do tych dziedzin, określone w przepisach Unii Europejskiej, a także aktualny stan wiedzy medycznej;
- 3) wzory wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców,
- 4) regulamin postępowania kwalifikacyjnego
 - biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego.

5. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, programy uzupełniające dla określonej specjalizacji, zawierające zakres wymaganej wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, formy i metody ich nabywania, okres trwania i sposób odbywania szkolenia uzupełniającego oraz formy i metody oceny nabytej przez lekarza wiedzy i umiejętności oraz sposób zaliczenia szkolenia uzupełniającego, mając na uwadze konieczność nabycia przez lekarza dodatkowej wiedzy do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny, w zakresie i warunkach wynikających ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji uprawniających lekarza do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium, uwzględniając odpowiedni zakres wiedzy i umiejętności określonych w programie specjalizacji niezbędnych do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie w poszczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywane szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb przekazywania danych zawartych w rejestrze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,
 - 2) szczegółowy sposób prowadzenia rejestru oraz sposób udostępniania danych wpisanych do rejestru
- mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa danych oraz funkcjonalność prowadzonego rejestru.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb i sposób przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy oraz punktowe kryteria kwalifikacji tych lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego,
 - 2) szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty,
 - 3) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
 - 4) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES,
 - 5) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
 - 6) tryb powoływania PKE,
 - 7) tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w danym programie specjalizacji i ewentualne skrócenie szkolenia specjalizacyjnego,
 - 8) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji
- uwzględniając niezbędny zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej;

- 9) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji;
- 10) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego, uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą,
- 11) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego, uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą.

10. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, oraz wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

11. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilno-prawnej albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, oraz wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilno-prawnej albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

12. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalistycznego przez lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej oraz wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które wpływa projektowana regulacja

Projektowane regulacje będą miały wpływ na lekarzy, lekarzy dentystów, jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, samorząd lekarski, konsultantów krajowych i wojewódzkich, Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości oraz na jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez tych ministrów.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt został skierowany w szczególności do: Naczelnej Rady Lekarskiej, związków zawodowych działających w obszarze ochrony zdrowia, rektorów uczelni medycznych, konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny.

W toku uzgodnień społecznych zostały zgłoszone w przewidzianym terminie następujące grupy uwag:

- 1) negatywna ocena projektu ustawy odnośnie likwidacji stażu podyplomowego, zgłoszona m.in. przez następujące podmioty:
 - Naczelną Radę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie – Federację Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Zawodowy Anestezjologów, część konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, rektorzy, prorektorzy lub senaty Gdańskiego, Łódzkiego, Śląskiego i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz przedstawiciele innych uczelni, przedstawiciele instytutów badawczych, Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich, Parlament Studentów RP, Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych, część przedstawicieli wojewódzkich centrów zdrowia publicznego lub wojewodów, jak również niektórych towarzystw medycznych.

Podmioty opowiedziały się za pozostawieniem stażu podyplomowego z uwagi, iż:

- a) spełnia on istotną rolę we wprowadzaniu do zawodu lekarza i jego rola jest nie do zastąpienia przez projektowaną praktykę zawodową; jego likwidacja może obniżyć

jakość kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów i tym samym pogorszyć jakość udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych,

- b) jest niezbędny do uzupełnienia wiedzy i umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów medycznych przez studentów – osoby nieposiadające prawa wykonywania zawodu, a więc nieuprawnione do pełnego uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- c) umożliwi on bezpieczne wejście młodego lekarza do wykonywania zawodu zarówno dla niego, jak i pacjentów, jak również jest to okres pozwalający na dokonanie wyboru przyszłej specjalizacji.

Wskazano również, że zmiana wprowadzająca obligatoryjne włączenie praktyki zawodowej w zakres programu studiów jest niemożliwa do przyjęcia bez wcześniejszego ustalenia i przyjęcia programów studiów, ze wskazaniem dodatkowych znaczących środków finansowania tego zadania.

Z przeprowadzonej przez uczelnie symulacji kosztów związanych z upracticznieniem studiów wynika, że minimalne koszty osobowe związane z reformą kształcenia przeddyplomowego wynoszą ok. 400 mln zł rocznie dla wszystkich uczelni i powinny być ponoszone od pierwszego roku wprowadzanej reformy. Koszty te wynikają z konieczności zmniejszenia grup studenckich na zajęciach praktycznych i co za tym idzie koniecznością zapewnienia znacznie zwiększonej kadry akademickiej. Ponadto dla przykładu podano, że trwająca w ŚUM inwestycja budowy ze środków unijnych Centrum Symulacji Medycznych, niezbędnego dla upracticznienia studiów, wymaga nakładów w wysokości około 30 mln zł.

Ponadto przedstawiciele uczelni stwierdzili, że wprowadzane różnoczasowo liczne zmiany legislacyjne dotyczące uczelni mogą w skrajnym przypadku doprowadzić do zapaści finansowej uczelni. I tak, projekt ustawy o działalności leczniczej zakłada, iż organ założycielski ma pokrywać ujemny wynik finansowy swoich jednostek leczniczych (tu szpitali klinicznych) – zadłużenie szpitali klinicznych jest w chwili obecnej bardzo wysokie. Również ten projekt przewiduje konieczność przekazywania przez uczelnie do szpitali klinicznych środków związanych z tzw. dydaktyką kliniczną wg kalkulacji szpitala (obecnie środki te są oceniane jako istotnie niewystarczające). Ponadto projekt ustawy w opinii środowiska akademickiego wymaga istotnych dodatkowych nakładów związanych z upracticznieniem kształcenia. Skumulowanie ww. niekorzystnych uwarunkowań ekonomicznych może grozić zapaścią finansową uczelni medycznych.

- 2) negatywna ocena zasadności likwidacji Lekarskiego Egzaminu Państwowego oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego oraz zmiany kryteriów kwalifikacyjnych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgłoszona m.in. przez: Naczelną Radę Lekarską, część konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, przedstawicieli uczelni medycznych, w tym również studentów i absolwentów uczelni medycznych.

Wbrew licznym obawom towarzyszącym wprowadzaniu LEP/LDEP w opinii ww. podmiotów egzamin ten spełnia swoją rolę jako obiektywne narzędzie weryfikacji wiedzy lekarzy kończących studia medyczne i staż podyplomowy, stanowiący kryterium uzyskania prawa wykonywania zawodu, jak również stanowiący obiektywne narzędzie w procesie kwalifikowania lekarzy do odbywania specjalizacji.

Zasadnicza teza zgłoszonych uwag w tym zakresie dotyczyła krytyki nowego zaproponowanego sposobu kwalifikacji do odbywania specjalizacji na podstawie średniej ze studiów (w wyniku likwidacji egzaminu LEP i LDEP), jako niewystarczająco obiektywnej formy sprawdzenia wiedzy lekarza predysponującej go do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto stwierdzano, że kwalifikacja na podstawie średniej ocen ze studiów nie daje szansy poprawy lekarzom, którzy z różnych względów nie uzyskali wysokiej średniej – LEP/LDEP można natomiast zdawać wielokrotnie i mając możliwość poprawienia jego wyniku.

- 3) pozostała część uwag szczegółowych zgłoszonych m.in. przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego, urzędy wojewódzkie, część przedstawicieli uczelni medycznych oraz konsultantów w poszczególnych dziedzinach medycyny, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych dotyczyła m.in. kwestii składania wniosków do postępowania kwalifikacyjnego, kwestii odbywania szkolenia specjalizacyjnego i związanym z tym podziałem miejsc szkoleniowych, kwestii odbywania szkolenia (w szczególności w trybie rezydentury) i związanych z tym szczegółowych problemów dotyczących m.in. kwestii czasu pracy lekarzy, dyżurów medycznych, realizacji programu specjalizacji, szczegółowych kwestii dotyczących uznawania elementów specjalizacji, składu zespołów uznających kwalifikacje oraz elementy realizacji programu specjalizacji, przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jak również kwestii warunków akredytacji jednostek uprawnionych do przeprowadzania szkolenia specjalizacyjnego.

Zgłoszone w tym zakresie uwagi będą w większości uwzględnione w trakcie prac nad odpowiednimi aktami wykonawczymi obejmującymi poruszane zagadnienia.

4) propozycja wprowadzenia tzw. modułowego systemu specjalizacji, co do zasady spotkała się z przychylnym przyjęciem przez wszystkie podmioty, które zgłosiły uwagi.

W opinii uczestników konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w dniu 6 października 2010 r. proponowane zmiany należy przeprowadzać ewolucyjnie rozkładając je w czasie. Należy rozpocząć od zmiany kształcenia przeddyplomowego, następnie dokonać oceny wprowadzonych zmian. Kolejnym etapem mogłaby być ewentualna likwidacja stażu podyplomowego, a następnie modyfikacja systemu specjalizacji lekarskich.

LEP/LDEP uznano za obiektywne narzędzie przeprowadzania kwalifikacji do specjalizacji, którego nie należy likwidować, ale udoskonalać.

Projekt ustawy, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden z zainteresowanych podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami w trybie powyższej ustawy.

3. Wpływ projektowanej regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Dokonanie zmian wymaga poniesienia odpowiednich nakładów ze strony budżetu państwa, w zakresie:

1) Zwiększenie dotacji dla uczelni w wysokości ok. 5,2 mln zł spowodowane nałożeniem obowiązku zorganizowania kursów i szkoleń, realizowanych obecnie w ramach stażu podyplomowego do kształcenia przeddyplomowego (1361 zł – obecne koszty szkoleń i kursów na jednego absolwenta x 3800 – liczba absolwentów). Przedmiotowe kursy i szkolenia obejmują następujące zagadnienia: orzecznictwo lekarskie, prawo medyczne, bioetykę, ratownictwo medyczne, transfuzjologię kliniczną, profilaktykę zakażeń HIV oraz diagnostykę i leczenie AIDS. Dokonanie zmian wymaga zwiększenia dotacji dla uczelni w wysokości 5,2 mln zł i dotyczy uczelni, dla których Minister Zdrowia przekazuje dotację (w tym Collegium Medicum UJ w Krakowie, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) od 2015 r.

2) Z uwagi na to, że Państwowe Komisje Specjalizacyjne są powoływane jedynie w przypadku gdy dwa etapy postępowania kwalifikacyjnego nie przyniosły rozstrzygnięcia, w ostatnich czterech postępowaniach kwalifikacyjnych (dwa lata) przeprowadzanych w 16 województwach dla ok. 70 specjalizacji konieczność rozstrzygnięcia wyniku postępowania kwalifikacyjnego przez Komisje wystąpiła jedynie w 6 przypadkach.

Członkom PKS przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu komisji, ze środków organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne w wysokości 300 zł dla przewodniczącego PKS, a dla pozostałych członków w wysokości 130 zł.

Kwota wynagrodzenia członków PKS będzie podlegać waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Szacowane koszty wyniosą: $3 \times (300 \text{ zł} + 3 \times 130 \text{ zł}) = 2070 \text{ zł}$ rocznie z budżetów wojewodów od 2011 r.

3) Członkom Państwowej Komisji Egzaminacyjnej przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu komisji, w wysokości: przewodniczący 300 zł, a dla pozostałych członków w wysokości 130 zł.

Kwota wynagrodzenia członków PKE podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Wprowadzenie stawek wynagrodzenia za posiedzenia dla członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych tak, jak dla członków komisji egzaminacyjnych przeprowadzających obecnie Lekarski Egzamin Podyplomowy i Lekarsko–Dentystyczny Egzamin Podyplomowy (aktualnie wynagrodzenia członków tych komisji wynoszą: przewodniczący 300 zł, członkowie 130 zł), spowoduje koszty w wysokości ok. 600 tys. zł od 2015 r. ze środków CEM.

Obecnie zasady wynagradzania przewodniczącego i członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej określa zarządzenie nr 7/2008 dyrektora CEM z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie Państwowej Komisji Egzaminacyjnej. Zgodnie z § 3 zarządzenia ustalono następujące stawki wynagrodzenia:

- a) przewodniczący PKE – 300 zł za posiedzenie;
- b) członkowie PKE – 130 zł za posiedzenie.

Należy dodać, iż CEM pokrywa również inne koszty związane z udziałem członków PKE. Zgodnie bowiem z § 4 powołanego zarządzenia, CEM zwraca koszty przejazdu i noclegu, na zasadach określonych w tym przepisie.

Zaproponowana wysokość wynagrodzenia (300 zł dla przewodniczącego i 130 zł dla członków) jest stosunkowo niewielka w porównaniu z kwotami otrzymywanymi przez podmioty przeprowadzające inne podobne egzaminy

4) Skrócenie szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, jak również odbywanego w innych trybach, wynika ze zmiany systemu szkolenia specjalizacyjnego. Specjalizacje dotychczas zaliczane do szczegółowych dziedzin medycyny, których odbywanie wymagało wcześniejszego uzyskania specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny, będą mogły być realizowane przez lekarzy bezpośrednio po studiach, przez co okres ich uzyskiwania skróci się o ok. 2 – 3 lata. W przypadku skrócenia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury z 7 do 5 lat (zamiast specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny oraz specjalizacji w szczegółowej dziedzinie medycyny lekarz będzie odbywał tylko jedną specjalizację), szacowane oszczędności w wykształceniu jednego lekarza specjalisty wyniosą około 110 tys zł (2 lata x 55 tys. – koszt jednego roku szkolenia lekarza rezydenta, przy stawce wynagrodzenia zasadniczego 3890 zł) – w przypadku specjalizacji priorytetowej.

5) Zmiany organizacji systemu specjalizacji i organizacji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego – ok. 571 tys. zł rocznie – od 2013 r.

Wprowadzenie nowych zasad przeprowadzania egzaminu specjalizacyjnego zaliczającego moduł podstawowy, stanowiący I część Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), będzie wymagało przeznaczenia dodatkowych środków finansowych dla CEM. Przyjmując, że egzamin testowy kosztuje obecnie około 38 tys. zł w jednej dziedzinie, szacunkowy roczny koszt (dwie sesje) wyniesie około 532 tys. zł (7 rodzajów modułów x 2 sesje x 38 tys.).

Organizacja i przeprowadzanie PES jest procesem ciągłym, a ewentualne wprowadzenie opłaty za zdawanie PES po raz czwarty i kolejny będzie stanowiło dochód budżetu państwa.

Jednocześnie wprowadzenie nowej formy PES przyniesie oszczędności ze względu na rezygnację z części praktycznej tego egzaminu – koszt przeprowadzenia części praktycznej PES w 2008 r. wyniósł 561 tys. zł.

6) Nowe zadania dotyczące monitorowania systemu specjalizacji lekarskich – w ramach zwiększenia środków dla CMKP z budżetu państwa z części 46, dział 803 na podstawie art. 253 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym – ze środków będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia – w wysokości do 4 mln zł rocznie od 2012 r.

Przewiduje się stopniowe rozbudowywanie systemu monitorowania specjalizacji, w taki sposób, aby docelowo corocznie była kontrolowana co najmniej jedna jednostka specjalizująca w każdej z dziedzin specjalizacji w każdym województwie. W związku z powyższym przewiduje się konieczność zabezpieczenia środków na realizację ok. 1.232 wizytacji ośrodków rocznie (77 specjalizacji x 16 województw). Koszty wizytacji 3-osobowego zespołu obejmują: wynagrodzenie 300 zł dla każdej osoby oraz koszty podróży i ewentualnego noclegu (koszt 1 wyjazdu 3 osób wynosi ok. 3 tys. zł).

Ponadto planuje się organizowanie przez CMKP kursów szkoleniowych dla kierowników specjalizacji. Koszt 1 kursu dla 100 osób to koszt ok. 79 tys. zł. Koszt kursu uwzględnia wynagrodzenia wykładowców oraz zwrot kosztów delegacji uczestników kursu.

Osobom wykonującym czynności kontrolne przysługuje wynagrodzenie za udział w zespole kontrolnym w wysokości 300 zł.

Kwota wynagrodzenia osób wykonujących czynności kontrolne podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

7) Likwidacja LEP i LDEP spowoduje zmniejszenie wydatków budżetowych w wysokości około 530 tys. zł rocznie, a likwidacja od dnia 1 października 2017 r. stażu podyplomowego spowoduje zmniejszenie wydatków budżetowych od 2018 r. o ok. 162,7 mln zł rocznie (na podstawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją wydatków budżetowych na rok 2010).

8) Jednocześnie do budżetu państwa będą wpływały dodatkowe środki (zależne od liczby zdających) wnoszone do CEM za zdawanie przez lekarzy egzaminów PES po raz czwarty i kolejny.

W pozostałym zakresie nowelizacja ustawy nie spowoduje skutków finansowych.

W ramach konferencji uzgodnieniowej ustalono, że nie będzie rezydentur dla MON i MSWiA – koszty dofinansowania organizacji systemu specjalizacji i szkoleń specjalizacyjnych w innych formach będą ponosili poszczególni ministrowie w ramach swoich budżetów.

Sumaryczne koszty: dotacja dla uczelni	5 200 tys. zł (od 2015 r.)
koszty PKS	2 tys. zł (od 2012 r.)
koszty PKE	600 tys. zł (od 2015 r.)
zmiana organizacji PES	571 tys. zł (od 2013 r.)
monitorowanie systemu	4 000 tys. zł (od 2012 r.)
	10 373 tys. zł

Sumaryczne oszczędności: likwidacja LEP i LDEP	530 tys. zł (od 2012 r.)
likwidacja stażu podypl.	162 700 tys. zł (od 2018 r.)
likwidacja części praktycznej PES	561 tys. zł (od 2012 r.)
Inne – trudne do oszacowania	
	163 791 tys. zł

Do 2009 r. finansowanie stażu podyplomowego i specjalizacji lekarskich odbywanych w trybie rezydentury odbywało się z budżetu państwa, natomiast w latach 2009 – 2010 staż podyplomowy i specjalizacje lekarskie odbywane w trybie rezydentury są finansowane z Funduszu Pracy oraz będą, zgodnie z projektem ustawy, nadal finansowane w 2011 r. z tego funduszu.

4. Wpływ projektowanej regulacji na rynek pracy

Regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy przez szybszy i zwiększony dopływ lekarzy i lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej wynikający z reformy kształcenia przed i podyplomowego.

5. Wpływ projektowanej regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

W wyniku wprowadzanych rozwiązań w zakresie reformy kształcenia lekarzy, w związku ze skróceniem okresu szkolenia lekarzy, do systemu opieki zdrowotnej zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym, trafi większa liczba wysoko wykwalifikowanej kadry lekarskiej.

6. Wpływ projektowanej regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacja będzie miała wpływ na sytuację i rozwój regionalny przez zwiększony dopływ lekarzy i lekarzy specjalistów w odniesieniu do poszczególnych regionów kraju, co powinno skutkować zwiększoną dostępnością do świadczeń lekarskich i lekarsko-dentystycznych na poziomie danego regionu.

7. Wpływ projektowanej regulacji na zdrowie ludzi

Regulacja będzie miała wpływ na zdrowie ludzi przez szybszy i zwiększony dopływ wysoko wykwalifikowanych lekarzy i lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej wynikający z reformy kształcenia przed i podyplomowego.



Minister Spraw Zagranicznych

Warszawa, 12 października 2010 r.

DPUE - 920 - 1238 - 10/kma/l
SM - 2057

dot.: RM-10-120-09 z 11.10.2010 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

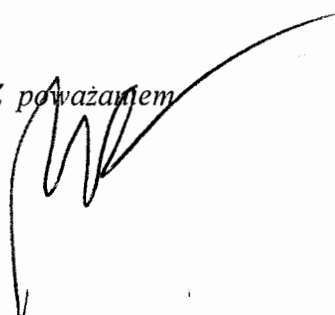
opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem



Do wiadomości:
Pani Ewa Kopacz
Minister Zdrowia