PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa */elektroniczny znacznik czasu/*

DKPL.WK.10.2.1.2020.JW(19)

RM-10-1-20

UD27

Pani Elżbieta WITEK
Marszałek Sejmu

Szanowna Pani Marszałek,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi

projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

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

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

Z poważaniem,
Mateusz Morawiecki
Prezes Rady Ministrów
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

niepodległa | POLSKA STULECIE ODZYSKANIA NIEPODLEGŁOŚCI

Projekt

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw[1])

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) wprowadza się następujące zmiany:

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

„3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także:

1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia;

2) nauczanie zawodu lekarza;

3) kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.[2)]);

4) 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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.[3)]), urzędach te podmioty obsługujących, lub urzędach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.”;

2) w art. 3:

a) po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:

„1b. Ilekroć w ustawie jest mowa o ustawicznym rozwoju zawodowym rozumie się przez to:

1) kształcenie podyplomowe, które obejmuje:

a) staż podyplomowy,

---

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera oraz ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730, 959, 1655, 2020 i 2331.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473.

b) kształcenie specjalizacyjne,

c) nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub umiejętności udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych dalej „umiejętnościami zawodowymi”;

2) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia potwierdzone odpowiednią liczbą punktów edukacyjnych.”,

b) w ust. 5 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3–9 w brzmieniu:

„3) konsultant wojewódzki;

4) konsultant krajowy;

5) kierownik podmiotu, o którym mowa w art. 15c ust. 1;

6) kierownik podmiotu, o którym mowa w art. 19f ust. 1;

7) koordynator stażu podyplomowego;

8) opiekun stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15b ust. 1;

9) osoba, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, oraz osoba, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym.”,

c) w ust. 8 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3–9 w brzmieniu:

„3) konsultanta wojewódzkiego – właściwy miejscowo wojewoda;

4) konsultanta krajowego – minister właściwy do spraw zdrowia;

5) kierownika podmiotu, o którym mowa w art. 15c ust. 1 – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;

6) kierownika podmiotu, o którym mowa w art. 19f ust. 1 – właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;

7) koordynatora stażu podyplomowego – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;

8) opiekuna stażu podyplomowego – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;

9) osoby, o której mowa w ust. 5 pkt 9 – okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na siedzibę uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym.”;

3) w art. 4a:

a) w pkt 4 po wyrazach „Centrum Egzaminów Medycznych” dodaje się przecinek i wyrazy „zwanemu dalej „CEM””,

b) w pkt 5 po wyrazach „Kształcenia Podyplomowego” dodaje się przecinek i wyrazy „zwanemu dalej „CMKP””,

c) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) Ministrowi Obrony Narodowej – w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą oraz ustawą z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 330, 730 i 1726), w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej;”,

d) pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) okręgowym radom lekarskim, Wojskowej Radzie Lekarskiej oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej – w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą oraz ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 i …).”;

4) w art. 5:

a) w ust. 1 w pkt 2:

– lit. a i b otrzymują brzmienie:

„a) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5700 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralnego praktycznego nauczania klinicznego na 6. roku studiów, lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie co najmniej pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie kliniczne na 5. roku

studiów i co najmniej 5000 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, lub

b) dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r. lub dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub”,

– lit. d otrzymuje brzmienie:

„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 równoważny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, albo”,

– w lit. d średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. e w brzmieniu:

„e) dyplom lekarza lub lekarza dentysty wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego, zwanego dalej „LEW”, albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego, zwanego dalej „LDEW”, o których mowa w art. 6c;”,

b) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

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

4. Osobie, która spełnia warunki określone w ust. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a, b albo d, albo e, a także pkt 3–5 oraz ust. 2, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, jeżeli złożyła z wynikiem pozytywnym Lekarski Egzamin Końcowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy w języku polskim lub w języku, w jakim są prowadzone w polskich uczelniach medycznych studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, jeżeli ukończyła studia w tym języku.”;

5) w art. 6:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) określonych w art. 5 ust. 1 i 2 oraz stwierdzających odbycie stażu podyplomowego albo uzyskanie decyzji wydanej na podstawie art. 15j ust. 1 i złożenie Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego z wynikiem pozytywnym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 ust. 3, 4 i 6, albo”,

b) w ust. 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

c) uchyla się ust. 8,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń, o których mowa w ust. 1–7, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na podstawie art. 5 ust. 1 albo ust. 7, albo art. 5f, albo art. 7 ust. 1, albo ust. 1a, albo ust. 2 i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.”,

e) uchyla się ust. 10a;

6) po art. 6b dodaje się art. 6c–6h w brzmieniu:

„Art. 6c. 1. Uznania kwalifikacji lekarza albo lekarza dentysty uzyskanych w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej dokonuje na wniosek wnioskodawcy dyrektor CEM w drodze LEW albo LDEW.

2. Uzyskanie wyniku pozytywnego LEW albo LDEW potwierdza uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych wskutek ukończenia kształcenia spełniającego minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej.

3. LEW i LDEW odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym egzaminu, o którym mowa w art. 6h ust. 2, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM, z uwzględnieniem terminów, o których mowa w ust. 5.

4. Do LEW może przystąpić osoba, która uzyskała w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej dyplom lekarza, uprawniający w tym państwie do wykonywania zawodu lekarza po ukończeniu co najmniej pięcioletnich studiów. Do LDEW może przystąpić osoba, która uzyskała w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej dyplom lekarza dentysty, uprawniający w tym państwie do wykonywania zawodu lekarza dentysty po ukończeniu co najmniej pięcioletnich studiów.

5. Osoba zamierzająca przystąpić do LEW albo LDEW składa do dyrektora CEM wniosek o zgłoszenie do egzaminu LEW albo LDEW do dnia:

1) 28 lutego roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 15 maja do dnia 15 czerwca;
2) 31 lipca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 15 października do dnia 15 listopada.

6. Do terminów, o których mowa w ust. 3, nie stosuje się przepisów art. 58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 oraz z 2019 r. poz. 60, 730 i 1133). W przypadku awarii strony internetowej CEM trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie zgłoszenia w okresie tygodnia przed upływem terminów, o których mowa w ust. 5, termin ten przedłuża się z urzędu o czas trwania awarii.

7. Wniosek jest generowany w systemie teleinformatycznym CEM po wprowadzeniu przez wnioskodawcę do formularza na stronie internetowej CEM danych wymienionych w ust. 8. Wnioskodawca po pobraniu i wydrukowaniu wniosku podpisuje go własnoręcznie, a następnie składa do dyrektora CEM.

8. Wniosek zawiera następujące dane wnioskodawcy:

1) imię (imiona) i nazwisko;
2) datę urodzenia;
3) miejsce urodzenia;

4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania;
5) obywatelstwo (obywatelstwa);
6) adres poczty elektronicznej i adres do korespondencji, a także, jeżeli posiada, numer telefonu;
7) numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty;
8) nazwę, państwo, miejscowość i siedzibę uczelni, w której wnioskodawca ukończył studia na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym, oraz datę ich ukończenia.

9. Do wniosku, o którym mowa w ust. 5, wnioskodawca dołącza dyplom lekarza albo lekarza dentysty.

10. Dyplom, o którym mowa w ust. 9, spełnia wymagania:

1) został zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom, albo
2) na dyplomie lub jego duplikacie umieszczono albo dołączono do dokumentu apostille, jeżeli dyplom został wydany przez uprawniony organ właściwy dla państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r. (Dz. U. z 2005 r. poz. 938 i 939), na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom.

11. Dyplom wydany w innym języku niż język polski dołącza się wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

12. Wnioskodawca, zamiast oryginału dyplomu, o którym mowa w ust. 9, może złożyć jego odpis, poświadczony przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem albo radcą prawnym.

13. Wnioskodawca wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 6h ust. 1, nie wyższej niż 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

14. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.

15. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po wniesieniu wniosku nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 5.

16. W przypadku:

1) niewniesienia opłaty albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna,
2) stwierdzeniu braków formalnych we wniosku lub jego załącznikach innych niż w pkt 1

– dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków formalnych pocztą elektroniczną na adres wskazany we wniosku. Przepisy art. 64 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się z zastrzeżeniem, że w przypadku bezskutecznego upływu terminu do uzupełnienia braków formalnych dotknięte nim zgłoszenie do egzaminu LEW albo LDEW traktuje się jako niezłożone.

17. Dyrektor CEM zawiadamia wnioskodawcę o miejscu i terminie przeprowadzenia LEW albo LDEW oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane na adres wskazany we wniosku, nie później niż 14 dni przed terminem przeprowadzenia danego LEW albo LDEW.

Art. 6d. 1. LEW albo LDEW składa się przed Komisją Egzaminacyjną.

2. Członków Komisji Egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor CEM.

3. Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej zgłaszają dyrektor CEM, rektorzy polskich uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, Naczelna Rada Lekarska i wojewodowie.

4. Członkiem Komisji Egzaminacyjnej nie może być osoba skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

5. Przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej jest osoba wskazana przez dyrektora CEM.

6. W celu przeprowadzenia LEW albo LDEW w ustalonych terminach i miejscach dyrektor CEM wyznacza spośród członków Komisji Egzaminacyjnej Zespoły Egzaminacyjne i ich przewodniczących.

7. Członkiem Zespołu Egzaminacyjnego nie może być osoba, w stosunku do której kandydat do złożenia LEW albo LDEW w tym Zespole Egzaminacyjnym jest:

1) jego małżonkiem;

2) osobą pozostającą z nim w stosunku:
   a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
   b) przysposobienia;
3) osobą pozostającą z nim we wspólnym pożyciu;
4) osobą pozostającą wobec niego w stosunku zależności służbowej.

8. Powody wyłączenia określone w ust. 7 pkt 1 i 2 trwają mimo ustania małżeństwa lub przysposobienia.

9. Członkowie Zespołu Egzaminacyjnego przed rozpoczęciem LEW albo LDEW składają dyrektorowi CEM pisemne oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że nie pozostają z żadnym ze zgłaszających się do LEW albo LDEW przed tym Zespołem Egzaminacyjnym w stosunku, o którym mowa w ust. 7, oraz nie zostali skazani prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

10. Dyrektor CEM odwołuje członka Komisji Egzaminacyjnej w przypadku:

1) złożenia rezygnacji;
2) choroby uniemożliwiającej sprawowanie przez niego funkcji członka Komisji Egzaminacyjnej;
3) niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków członka Komisji Egzaminacyjnej;
4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w ust. 9.

11. Członkom Zespołów Egzaminacyjnych oraz komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2, przysługuje:

1) wynagrodzenie za udział w pracach tego Zespołu albo tej komisji, w wysokości nie wyższej niż 500 złotych dla przewodniczącego i nie wyższej niż 300 złotych dla członka;
2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks

pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 i 1495) przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju;

3) zwolnienie od pracy w dniu wykonywania czynności tego Zespołu Egzaminacyjnego albo tej komisji, bez zachowania prawa do wynagrodzenia w przypadku organizowania LEW albo LDEW w dniu roboczym.

12. Szczegółowy tryb wypłaty wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 11 pkt 1, oraz zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 11 pkt 2, określa, w drodze zarządzenia, dyrektor CEM.

Art. 6e. 1. LEW albo LDEW składane są w formie pisemnych testów, odrębnych dla zawodu lekarza i zawodu lekarza dentysty, opracowanych na każdy termin egzaminu przez dyrektora CEM w porozumieniu z przedstawicielami polskich uczelni kształcących na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w zakresie zagadnień objętych standardem kształcenia dla jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym.

2. Pytania testowe LEW i LDEW obejmują odpowiednio program studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Testy i pytania testowe LEW i LDEW są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzającym LEW lub LDEW lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem.

4. Testy i pytania testowe LEW i LDEW mogą być udostępnione wyłącznie zdającemu egzamin, na jego wniosek, po ich wykorzystaniu w LEW albo LDEW. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukowanie, kopiowanie jakąkolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

5. Udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429) podlegają wyłącznie

pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby LEW lub LDEW, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu.

6. Zarejestrowany obraz i dźwięk związany z przebiegiem LEW i LDEW lub udostępnianiem testów i pytań testowych podlegają archiwizacji przez okres 3 miesięcy od dnia powstania zapisu. Pracownicy CEM oraz inne osoby przeprowadzające lub nadzorujące egzamin uzyskują dostęp do zarchiwizowanych materiałów w zakresie realizacji ich ustawowych zadań po otrzymaniu upoważnienia wydanego przez administratora danych.

Art. 6f. 1. Zgłaszający się do LEW albo LDEW przedstawia bezpośrednio przed egzaminem Zespołowi Egzaminacyjnemu, o którym mowa w art. 6d ust. 6, dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość zgłaszającego się nie może on przystąpić do egzaminu.

2. LEW i LDEW polegają na rozwiązaniu odpowiedniego testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.

3. Przebieg LEW i LDEW może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do LEW albo LDEW informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu.

4. Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Podczas zdawania LEW albo LDEW zdający nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowią podstawę zdyskwalifikowania zdającego, co jest równoważne z uzyskaniem przez niego wyniku negatywnego.

5. W przypadku stwierdzenia w trakcie egzaminu naruszenia zakazu, o którym mowa w ust. 4, lub rozwiązywania testu niesamodzielnie, przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 6d ust. 6, dokonuje dyskwalifikacji zdającego i odnotowuje fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny oraz godziny przerwania egzaminu testowego w protokole egzaminacyjnym.

6. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu LEW albo LDEW, na podstawie analizy obrazu i dźwięku zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz

i dźwięk, o których mowa w ust. 3, że zdający naruszył zakaz, o którym mowa w ust. 4, lub rozwiązał test niesamodzielnie, Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, o którym mowa w art. 6d ust. 4, dokonuje dyskwalifikacji zdającego i odnotowuje ten fakt wraz ze wskazaniem przyczyny dyskwalifikacji w protokole egzaminacyjnym.

7. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną.

8. Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do LEW albo LDEW w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji.

Art. 6g. 1. Zdający LEW albo LDEW w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas LEW albo LDEW. Zastrzeżenie składa się dyrektorowi CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.

2. Zastrzeżenie rozpatruje w terminie 7 dni od dnia, w którym odbył się egzamin, komisja powołana przez dyrektora CEM spośród osób, których wiedza, doświadczenie i autorytet dają rękojmię prawidłowego rozpatrzenia wniesionych zastrzeżeń. Osoby te są zgłaszane przez rektorów polskich uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym. W przypadku uznania zastrzeżenia komisja unieważnia pytanie testowe objęte zastrzeżeniem. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie testowe nie przyznaje się punktów.

3. Rozstrzygnięcie, o którym mowa w ust. 2, jest nieważne, jeżeli następuje niezgodnie z warunkami określonymi w ust. 2. Nieważność stwierdza dyrektor CEM, w drodze zarządzenia, nie później niż po upływie 3 dni od dnia przekazania przez komisję informacji o unieważnieniu pytania testowego.

4. Pozytywny wynik LEW albo LDEW uzyskuje zdający, który uzyskał co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu. Wynik egzaminu nie stanowi decyzji w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

5. Osoba, która nie uzyskała pozytywnego wyniku LEW albo LDEW, może przystąpić ponownie do egzaminu w innym terminie.

6. Osobie, która uzyskała pozytywny wynik LEW albo LDEW, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEW albo LDEW w terminie 21 dni od dnia złożenia

egzaminu. Podpis dyrektora CEM umieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wynik egzaminu danej osoby jest jej udostępniany na stronie internetowej CEM. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat świadectwa złożenia LEW albo LDEW albo odpis takiego świadectwa albo dokonuje jego wymiany. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy wymiana wynika z błędu CEM.

7. W przypadku rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu LEW albo LDEW lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie LEW albo LDEW dyrektor CEM na wniosek członka zespołu egzaminacyjnego, zdającego albo z urzędu może unieważnić odpowiednio LEW albo LDEW w stosunku do wszystkich albo poszczególnych zdających.

8. Dyrektor CEM podejmuje rozstrzygnięcie w sprawie unieważnienia LEW albo LDEW w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o przyczynach uzasadniających unieważnienie.

9. O rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 8, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę, która złożyła wniosek.

10. Komunikat o rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 8, dyrektor CEM zamieszcza na stronie internetowej CEM, a osobie, której egzamin został unieważniony, przekazuje rozstrzygnięcie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, wykorzystując adres poczty elektronicznej, o którym mowa w art. 6c ust. 8.

11. Zdający, który wystąpił z wnioskiem, oraz osoba, której unieważniono LEW albo LDEW, w terminie 7 dni od dnia przekazania informacji o unieważnieniu w sposób, o którym mowa w ust. 10, może złożyć na piśmie albo za pośrednictwem e-PUAP odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Odwołanie składa się za pośrednictwem dyrektora CEM. Dyrektor CEM przekazuje odwołanie wraz ze swoim stanowiskiem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 7 dni od otrzymania odwołania.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

13. Unieważnienie LEW albo LDEW powoduje, że traktuje się odpowiednio LEW albo LDEW jako niebyły. W przypadku unieważnienia LEW albo LDEW z przyczyn nieleżących po stronie zdającego, CEM dokonuje zwrotu opłaty, o której mowa w art. 6c ust. 13.

14. Do rozstrzygnięć i postępowania, o których mowa w ust. 7–13, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy oraz sprostowań.

15. Dokumentacja dotycząca LEW i LDEW jest przechowywana przez CEM zgodnie z przepisami art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2019 r. poz. 553, 730 i 2020).

Art. 6h. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań LEW i LDEW, biorąc pod uwagę minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej oraz standardy kształcenia,
2) tryb powoływania członków Komisji Egzaminacyjnej, o której mowa w art. 6d ust. 1, i komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2,
3) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 6d ust. 9,
4) sposób i tryb przeprowadzania LEW i LDEW,
5) wysokość opłaty, o której mowa w art. 6c ust. 13,
6) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczących Zespołów Egzaminacyjnych, o którym mowa w art. 6d ust. 6, oraz komisji, o którym mowa w art. 6g ust. 2,
7) wzory świadectwa złożenia LEW i świadectwa złożenia LDEW,
8) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia LEW albo świadectwa złożenia LDEW oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 6g ust. 6,
9) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia LEW i świadectwa złożenia LDEW,
10) sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 6g ust. 6

– mając na uwadze zakres wiedzy i umiejętności, które zgłaszający się do LEW albo LDEW powinien posiadać, oraz uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg LEW i LDEW oraz zachowanie bezstronności pracy Zespołów Egzaminacyjnych, o których mowa w art. 6d ust. 6, i komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2, nakład ich pracy, a także konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia LEW albo LDEW.

2. Dyrektor CEM wydaje regulamin porządkowy LEW albo LDEW, zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

7) w art. 7:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) posiada:

a) dyplom lekarza albo lekarza dentysty wydany:

– przez polską szkołę wyższą lub

– w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, lub

– w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach Unii Europejskiej albo

b) dyplom lekarza albo lekarza dentysty wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej i świadectwo złożenia LEW albo LDEW;”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2k w brzmieniu:

„2a. Okręgowa rada lekarska może przyznać prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą osobie, która spełnia następujące warunki:

1) wykazuje znajomość języka polskiego określoną w ust. 3;

2) uzyskała zaświadczenie od podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawierające deklarację określającą wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego i czas planowanego zatrudnienia ze wskazaniem zakresu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnego z posiadanym tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;

4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty;

5) wykazuje nienaganną postawę etyczną;

6) uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odrębnymi przepisami;
7) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe jako lekarz specjalista w danej dziedzinie, uzyskane w okresie pięciu lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa w pkt 2;
8) posiada dyplom lekarza, lekarza dentysty oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, jeżeli dyplom lub jego duplikat jest zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom albo na dyplomie, lub jego duplikacie umieszczono albo dołączono do dokumentu apostille, jeżeli dyplom został wydany przez uprawniony organ właściwy dla państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r., na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom;
9) odbyła szkolenie specjalizacyjne odpowiadające w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej.

2b. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, przedstawia się okręgowej radzie lekarskiej, na obszarze której osoba, o której mowa w ust. 2a, zamierza wykonywać zawód, dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w ust. 2a. Można przedstawić również inne dokumenty poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych odpowiadających zakresowi świadczeń zdrowotnych wskazanych w zaświadczeniu.

2c. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu osobie, o której mowa w ust. 2a, na okres i miejsce jego wykonywania wskazane w zaświadczeniu, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, oraz określa w uchwale, program i liczbę godzin szkolenia praktycznego, o którym mowa w ust. 2d, a także zakres czynności zawodowych, do wykonywania których lekarz albo lekarz dentysta jest uprawniony w podmiocie, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, biorąc pod uwagę posiadane przez niego kwalifikacje i doświadczenie zawodowe potwierdzone dokumentami, o których mowa w ust. 2a.

2d. Lekarz albo lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, ma obowiązek odbycia w podmiocie, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, szkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy. Lekarz albo lekarz dentysta odbywa szkolenie praktyczne określone w ust. 2d, na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem wykonującym działalność leczniczą na czas określony odpowiadający liczbie godzin wskazanych w uchwale, o której mowa ust. 2c. Okres obejmujący wydanie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, obejmuje czas trwania tego szkolenia.

2e. Lekarz albo lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2d, odbywa szkolenie praktyczne pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny wyznaczonego przez kierownika podmiotu, o którym mowa w ust. 2a pkt 2.

2f. Szkolenie praktyczne określone w ust. 2d kończy się wydaniem opinii przez opiekuna.

2g. W przypadku wydania pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 2f, podmiot, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, zatrudnia lekarza na podstawie umowy o pracę na czas określony nie dłuższy niż okres do dnia upływu ważności prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a. Przepisu art. 251 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nie stosuje się.

2h. W przypadku wydania negatywnej opinii, o której mowa w ust. 2f, albo rozwiązania umowy o pracę podmiot, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, niezwłocznie powiadamia o tym fakcie właściwą okręgową radę lekarską, która wydała prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a. Okręgowa rada lekarska niezwłocznie po otrzymaniu powiadomienia o wydaniu negatywnej opinii albo rozwiązaniu umowy o pracę, skreśla lekarza z listy, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2i. Podczas realizacji umowy, o której mowa w ust. 2d i 2g, lekarz albo lekarz dentysta nie może na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wykonywać zawodu poza podmiotem leczniczym, z którym zawarł umowę.

2j. Prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, wygasa w przypadku:

1) uzyskania przez lekarza albo lekarza dentystę prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 1;

2) skreślenia z listy, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
3) upływu czasu, na który zostało wydane;
4) ubezwłasnowolnienia całkowitego albo częściowego;
5) utraty prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
6) złożenia przez lekarza albo lekarza dentystę oświadczenia o zrzeczeniu się tego prawa;
7) śmierci.

2k. Prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, jest wydawane na okres nie dłuższy niż 5 lat. Nie można przedłużyć ani wydać nowego prawa wykonywania zawodu na warunkach określonych w ust. 2a po upływie 5 lat od daty jego wydania.”;

8) po art. 7b dodaje się art. 7c–7e w brzmieniu:

„Art. 7c. 1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa odpowiednio w art. 5 ust. 1 albo w art. 7 ust. 1, zawierają:

1) nazwę dokumentu – „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” i nazwę dokumentu w języku angielskim;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) datę uzyskania prawa wykonywania zawodu i termin jego ważności;
4) wskazanie organu przyznającego prawo wykonywania zawodu;
5) imię (imiona) i nazwisko lekarza albo lekarza dentysty;
6) tytuł zawodowy;
7) wizerunek twarzy lekarza albo lekarza dentysty, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2019 r. poz. 653, 730 i 2294);
8) numer seryjny dokumentu;
9) adnotację o treści odpowiednio: „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”;
10) adnotację o treści: „Szczegółowe informacje dostępne są w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej: http://rejestr.nil.org.pl/”;

11) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;
12) elementy zabezpieczające przed przerobieniem, podrobieniem i sfałszowaniem uwzględniające minimalne zabezpieczenia dla dokumentów publicznych kategorii pierwszej grupy drugiej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 53, 1091 i 1716).

2. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f, art. 7 ust. 1a, 2 albo 2a, zawierają:

1) dane, o których mowa w ust. 1;
2) adnotację wskazującą zakres czynności zawodowych oraz odpowiednio czas i miejsce zatrudnienia, na jakie zostało przyznane dane prawo wykonywania zawodu.

Art. 7d. 1. Dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” podlegają unieważnieniu:

1) z dniem zawiadomienia o jego utracie albo zniszczeniu;
2) z dniem utraty prawa wykonywania zawodu przez jego posiadacza wskutek skreślenia z listy członków właściwej okręgowej izby lekarskiej na skutek okoliczności, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 3–5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
3) z dniem wydania prawomocnego orzeczenia o zastosowaniu wobec lekarza albo lekarza dentysty środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lub wydania prawomocnego orzeczenia przez sąd lekarski o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub wydania przez okręgową radę lekarską ostatecznej uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo uchwały, której nadano rygor natychmiastowej wykonalności;
4) z dniem odbioru dokumentu wydanego w miejsce poprzedniego;
5) po upływie 3 miesięcy od dnia zmiany danych, które zamieszcza się w dokumencie w przypadku niezłożenia przez posiadacza dokumentu wniosku o jego wymianę.

2. Unieważnienia dokumentu dokonuje, w formie zarządzenia, prezes okręgowej rady lekarskiej, której lekarz jest członkiem.

3. Unieważniony dokument jest uszkadzany fizycznie przez pracownika okręgowej izby lekarskiej w sposób uniemożliwiający jego dalsze użytkowanie.

4. Po dokonaniu czynności, o której mowa w ust. 3, unieważniony dokument przechowuje się w aktach osobowych lekarza prowadzonych przez okręgową radę lekarską.

Art. 7e. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wzory dokumentów prawa wykonywania zawodu, o których mowa w art. 7c, szczegółowy opis tych dokumentów, w tym treść adnotacji, o których mowa w art. 7c ust. 2 pkt 2, szczegółowe rodzaje zabezpieczenia ich przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony danych osobowych oraz sposobem użytkowania dokumentu.”;

9) uchyla się art. 8a;

10) w art. 9:

a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, nieposiadający prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale posiadający to prawo w innym państwie, może prowadzić, teoretyczne i praktyczne nauczanie zawodu lekarza lub brać udział w konsylium lekarskim i wykonywać zabiegi, których potrzeba wynika z tego konsylium lub programu nauczania, jeżeli czynności te nie są powtarzane w sposób ciągły, oraz jeżeli:”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Właściwa okręgowa rada lekarska może odmówić udzielenia zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jeżeli stwierdzi, że uczestnictwo lekarza w czynnościach, o których mowa w ust. 1, powtarza się w sposób ciągły, biorąc pod uwagę okres, na jaki lekarz jest zaproszony, częstotliwość, regularność i ciągłość takich zaproszeń.

1b. W przypadku pozyskania informacji o uczestnictwie lekarza w czynnościach zawodowych, o których mowa w ust. 1, bez uzyskania zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, właściwa okręgowa rada lekarska kieruje do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wniosek o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przeciwko lekarzowi, na zaproszenie którego lekarz, o którym mowa w ust. 1, uczestniczył w czynnościach wymienionych w ust. 1 bez wymaganej zgody.”,

c) w ust. 2:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Lekarz, lekarz dentysta będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, może tymczasowo i okazjonalnie wykonywać zawód lekarza, lekarza dentysty bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty albo bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jeżeli złoży w Naczelnej Radzie Lekarskiej:”,

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) pisemne oświadczenie o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, z podaniem, jeżeli jest to możliwe, miejsca i czasu jego wykonywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz”,

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, przedstawia dokumenty określone w ust. 2 pkt 2–4, Naczelnej Radzie Lekarskiej przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz każdorazowo w przypadku istotnej zmiany zawartych w nich informacji.”,

e) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:

„7a. Administratorem danych osobowych zawartych w rejestrze, o którym mowa w ust. 5, jest Naczelna Rada Lekarska.”,

f) ust. 10–12 otrzymują brzmienie:

„10. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, składa oświadczenie, że pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, jeżeli je posiada, spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie w art. 22 ust. 3–3b oraz spełnia wymagania określone w art. 25 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

11. Do lekarza, lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy art. 14–15a, art. 18 i art. 111–113 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

12. Naczelna Rada Lekarska oraz okręgowa rada lekarska każdorazowo mogą ocenić tymczasowy i okazjonalny charakter wykonywania zawodu, uwzględniając jego okres, częstotliwość, regularność i ciągłość.”,

g) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Do lekarza, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy rozdziału V ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.”,

h) w ust. 15 wyraz „czasowo” zastępuje się wyrazem „tymczasowo”;

11) w art. 9b w ust. 1 w pkt 1 wyraz „czasowego” zastępuje się wyrazem „tymczasowego”;

12) w art. 14a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarski Egzamin Końcowy, zwany dalej „LEK”, i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy, zwany dalej „LDEK”, organizuje i przeprowadza CEM. CEM jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Terminy LEK i LDEK dyrektor CEM ogłasza co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem.”,

c) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Do LEK może przystąpić lekarz albo osoba, która ukończyła 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim prowadzonym przez uczelnię mającą siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Do LDEK może przystąpić lekarz dentysta albo osoba, która ukończyła 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym prowadzonym przez uczelnię mającą siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej.”,

d) w ust. 7 pkt 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8) numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty albo datę wydania zaświadczenia o ukończeniu jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym albo datę wydania zaświadczenia o ukończeniu co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo datę wydania

zaświadczenia o ukończeniu co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko- dentystycznym;

9) nazwę uczelni, w której zgłaszający się ukończył lub kontynuuje jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, oraz datę ich ukończenia, a w przypadku lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył studia na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej – nazwę polskiej uczelni, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu ukończenia tych studiów albo datę wydania świadectwa złożenia LEW albo LDEW;”,

e) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK, o którym mowa w ust. 5, po raz drugi i kolejny, oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym, o którym mowa w art. 5 ust. 4, zgłaszający wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Wysokość opłaty określa dyrektor CEM. Opłatę egzaminacyjną pobiera dyrektor CEM i stanowi ona dochód budżetu państwa. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia upływu terminu składania zgłoszeń.”,

f) w ust. 10 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego o godzinie rozpoczęcia i miejscu przeprowadzenia LEK albo LDEK oraz o nadanym numerze kodowym.”,

g) dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Bezpłatne złożenie po raz drugi zgłoszenia do LEK albo LDEK jest możliwe jedynie w przypadku braku zaliczenia tego egzaminu w pierwszym podejściu albo nieprzystąpienia do niego.”;

13) w art. 14c ust. 3–5 otrzymują brzmienie:

„3. Dyrektor CEM prowadzi bazę pytań LEK i LDEK. Dyrektor CEM określa minimalną liczbę pytań w bazie. Posiadaną bazę pytań LEK i LDEK udostępnia się na stronie internetowej CEM przed każdym terminem LEK i LDEK.

4. Testy na każdy nowy termin LEK i LDEK składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK. Nowe pytania i testy są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu lub przeprowadzaniu LEK i LDEK, lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem.

5. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu są publikowane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań LEK i LDEK.”;

14) w art. 14d:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Dyrektor CEM, na co najmniej 4 miesiące przed LEK i LDEK zamieszcza na stronie internetowej CEM wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim wskazanych przez ekspertów w zakresie zagadnień objętych LEK i LDEK, na podstawie których jest weryfikowana poprawność pytań testowych LEK i LDEK ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których są przygotowywane pytania testowe.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przebieg LEK i LDEK może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do LEK albo LDEK informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu. Zarejestrowany obraz i dźwięk związany z przebiegiem egzaminu podlegają archiwizacji przez okres 3 miesięcy od dnia powstania zapisu. Pracownicy CEM oraz inne osoby przeprowadzające lub nadzorujące egzamin uzyskują dostęp do zarchiwizowanych materiałów w zakresie realizacji ich ustawowych zadań po otrzymaniu upoważnienia wydanego przez administratora danych.”;

15) w art. 14e:

a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Osobie, która złożyła LEK albo LDEK, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo świadectwo złożenia LDEK w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu, z zastrzeżeniem ust. 6a. Świadectwa nie wydaje się w przypadku ponownego przystąpienia do LEK albo LDEK, jeżeli zdający uzyskał wynik niższy

od zdobytego poprzednio. Podpis dyrektora CEM umieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wynik egzaminu danej osoby jest jej udostępniany za pomocą SMK. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat, odpis świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia LDEK albo dokonuje ich wymiany. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy wymiana wynika z błędu CEM.”,

b) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Osobie, która nie ukończyła jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym, dyrektor CEM, na wniosek tej osoby, złożony za pośrednictwem SMK, wydaje świadectwo złożenia LEK albo świadectwo złożenia LDEK w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.”,

c) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:

„7a. Dyrektor CEM udostępnia niezwłocznie, za pomocą SMK, wyniki LEK i LDEK organom, o których mowa w art. 16c ust. 8.”,

d) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. W przypadku rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu LEK albo LDEK lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie LEK albo LDEK dyrektor CEM na wniosek członka zespołu egzaminacyjnego, zdającego albo z urzędu może unieważnić odpowiednio LEK albo LDEK w stosunku do wszystkich albo poszczególnych zdających.

9. Unieważnienie LEK albo LDEK następuje również, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona.”,

e) po ust. 9 dodaje się ust. 9a–9g w brzmieniu:

„9a. Dyrektor CEM podejmuje rozstrzygnięcie w sprawie unieważnienia LEK albo LDEK w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o przyczynach uzasadniających unieważnienie.

9b. O rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 8, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę, która złożyła wniosek.

9c. Komunikat o rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 8, dyrektor CEM zamieszcza na stronie internetowej CEM, a zdającemu, którego egzamin został unieważniony, przekazuje rozstrzygnięcie w SMK.

9d. Zdający, który wystąpił z wnioskiem, oraz osoba, której unieważniono LEK albo LDEK, w terminie 7 dni od zamieszczenia informacji o unieważnieniu

w SMK może złożyć na piśmie albo za pośrednictwem e-PUAP odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Odwołanie składa się za pośrednictwem dyrektora CEM. Dyrektor CEM przekazuje odwołanie wraz ze swoim stanowiskiem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

9e. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

9f. Unieważnienie LEK albo LDEK powoduje, że traktuje się odpowiednio LEK albo LDEK jako niebyły. W przypadku unieważnienia LEK albo LDEK z przyczyn nieleżących po stronie zdającego CEM dokonuje zwrotu opłaty, o której mowa w art. 14a ust. 8.

9g. Do rozstrzygnięć i postępowania, o których mowa w ust. 8–9e nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy oraz sprostowań.”;

16) w art. 14f w ust. 1:

a) uchyla się pkt 7,

b) pkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia LDEK oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 14e ust. 6.”;

17) tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Ustawiczny rozwój zawodowy”;

18) art. 15 otrzymuje brzmienie:

„Art. 15. 1. Staż podyplomowy obejmuje doskonalenie umiejętności praktycznych oraz pogłębienie wiedzy teoretycznej w dziedzinach medycyny wskazanych w ust. 3 albo 4, a także pogłębienie wiedzy z zakresu, o którym mowa w ust. 5.

2. Lekarz niebędący obywatelem polskim odbywa staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

3. Lekarz odbywa staż podyplomowy, realizując jego program w zakresie:

1) chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej, intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, stanowiących część stałą stażu,

2) nie więcej niż trzech innych wybranych przez lekarza dziedzinach medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny, stanowiących część personalizowaną stażu,
3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, realizowanego w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych,
4) szkolenia z profilaktyki onkologicznej,
5) szkolenia z leczenia bólu,
6) kursu podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS) w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny ratunkowej

– których czas trwania oraz sposób realizacji określa ramowy program stażu podyplomowego lekarza.

4. Lekarz dentysta odbywa staż podyplomowy, realizując jego program w zakresie:
1) chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoncji, periodontologii i chorób błony śluzowej, protetyki stomatologicznej oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją,
2) szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, w przypadku odbywania stażu podyplomowego w dziedzinie periodontologii,
3) szkolenia z profilaktyki onkologicznej,
4) szkolenia z leczenia bólu,
5) kursu z medycyny ratunkowej

– których czas trwania oraz sposób realizacji określa ramowy program stażu podyplomowego lekarza dentysty.

5. Oprócz szkoleń wymienionych w ust. 3 i 4 staż podyplomowy obejmuje również szkolenie z zakresu: komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego oraz prawa medycznego, w tym bioetyki.

6. W trakcie odbywania części stałej albo części personalizowanej stażu lekarz, po uzyskaniu akceptacji koordynatora stażu podyplomowego, może przeznaczyć, nie

więcej niż łącznie 6 dni, na udział w konferencjach, kursach lub szkoleniach, innych niż wymienione w ust. 3–5.

7. Okres stażu podyplomowego nie może być krótszy niż 12 miesięcy.

8. Staż podyplomowy rozpoczyna się w dniu 1 marca albo w dniu 1 października każdego roku.

9. W uzasadnionych przypadkach właściwa okręgowa rada lekarska, po zasięgnięciu opinii marszałka województwa, może wyrazić, na pisemny wniosek lekarza, zgodę na rozpoczęcie przez lekarza albo lekarza dentystę stażu podyplomowego w innym terminie niż określony w ust. 8 albo może skierować lekarza do innego podmiotu prowadzącego staż podyplomowy.

10. Nie można w tym samym czasie odbywać stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentysty.”;

19) po art. 15 dodaje się art. 15a–15n w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. Lekarz i lekarz dentysta odbywający staż podyplomowy, zwani dalej „lekarzem stażystą”, odbywają staż podyplomowy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w celu przygotowania zawodowego obejmującego realizację programu stażu podyplomowego.

2. Okres trwania stażu podyplomowego ulega przedłużeniu o czas nieobecności lekarza stażysty w pracy:

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 2019 r. poz. 645 i 1590);
2) w przypadkach określonych w art. 92, art. 176–179, art. 1823, art. 185 i art. 188 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;
3) z powodu urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę nie dłużej niż o 3 miesiące w okresie trwania stażu podyplomowego;
4) z powodu przerwy nie dłuższej niż 14 dni wynikającej z procedur stosowanych przy zmianie miejsca odbywania stażu podyplomowego;
5) z powodu powołania lekarza stażysty do odbycia przeszkolenia wojskowego;
6) z powodu niezrealizowania programu stażu w zakresie odbywania dyżurów medycznych, w związku z ciążą lub sprawowaniem opieki nad dzieckiem do lat 4;
7) w przypadku choroby i macierzyństwa lekarza stażysty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej lub innych nieobecności przewidzianych w art. 24,

art. 62, art. 65, art. 65a i art. 109 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych; w takim przypadku stosuje się odpowiednio przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych;

8) w przypadku urlopu wychowawczego na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy udzielonego lekarzowi stażyście przez pracodawcę.

3. Przedłużenie czasu trwania stażu podyplomowego następuje na okres realizacji tej części programu stażu podyplomowego, która nie została zrealizowana. Podmiot, o którym mowa w art. 15e ust. 1, powiadamia o tym fakcie właściwą okręgową radę lekarską.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, umowę o pracę z lekarzem stażystą zawiera się na czas określony odpowiadający sumie okresów przedłużających staż.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 6, umowę o pracę z lekarzem stażystą zawiera się na czas niezbędny do zrealizowania dyżurów medycznych obejmujących liczbę godzin niezrealizowanych dyżurów.

6. W uzasadnionych przypadkach innych niż określone w ust. 2, zgodę na dodatkowe przedłużenie okresu trwania stażu podyplomowego może wyrazić właściwa okręgowa rada lekarska w porozumieniu z marszałkiem województwa.

7. Lekarz stażysta, który nie ukończył albo nie odbył stażu podyplomowego w terminie 5 lat od dnia uzyskania prawa wykonywania zawodu, odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie zawartej z podmiotem wskazanym przez właściwą okręgową radę lekarską. W umowie określa się zakres wzajemnych zobowiązań. Okręgowa rada lekarska przyznaje lekarzowi ponownie prawo wykonywania zawodu określone w art. 5 ust. 7 oraz art. 7 ust. 2.

Art. 15b. 1. Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, albo tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy, albo lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył 3. rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych lub lekarza albo lekarza dentysty, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy (PEM), zwanego dalej „opiekunem”. Lekarz dentysta może także odbywać staż podyplomowy pod nadzorem lekarza dentysty wykonującego zawód przez okres co najmniej 3 lat,

z zastrzeżeniem, że do stażu zawodowego lekarza nadzorującego nie wlicza się okresu realizowania stażu podyplomowego lekarza dentysty.

2. Lekarz stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu podyplomowego, z zastrzeżeniem art. 30, oraz w sytuacji, gdy jednocześnie prowadzi prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych pod kierunkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu.

3. Lekarz stażysta jest uprawniony do:

1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania, po konsultacji z opiekunem, porad lekarskich;
2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
3) wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z opiekunem lub z lekarzem wskazanym przez opiekuna – na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
4) samodzielnego stosowania zleconych przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna;
5) wspólnego z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych, objętych programem stażu podyplomowego;
6) prowadzenia historii choroby i innej dokumentacji medycznej we współpracy z opiekunem;
7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
8) zlecania czynności pielęgnacyjnych;
9) doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków w stanach nagłych, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii innego lekarza;
10) stwierdzania zgonu;
11) wystawiania recept, z wyłączeniem recept „pro auctore” i „pro familiae”, oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem ich treści;
12) pełnienia dyżurów medycznych z lekarzem pełniącym dyżur samodzielnie.

4. Dyżur medyczny, o którym mowa w ust. 3 pkt 12, lekarz stażysta pełni w:

1) oddziale, w którym odbywa staż cząstkowy z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii;
2) szpitalnym oddziale ratunkowym w trakcie realizacji stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej;
3) innym oddziale, w którym lekarz odbywa staż cząstkowy w trakcie części personalizowanej stażu.

5. Lekarz stażysta ma obowiązek:

1) realizowania stażu podyplomowego zgodnie z programem stażu podyplomowego;
2) utrzymywania stałej współpracy z opiekunem;
3) bieżącego wypełniania, za pomocą SMK, „Elektronicznej karty stażu podyplomowego lekarza” albo „Elektronicznej karty stażu podyplomowego lekarza dentysty”, zwanych dalej „EKSP”.

Art. 15c. 1. Podmiotami uprawnionymi do prowadzenia stażu podyplomowego, zwanymi dalej „podmiotami prowadzącymi staż”, w tym części stażu, zwanej dalej „stażem cząstkowym”, lub części stażu cząstkowego, są:

1) podmiot leczniczy,
2) lekarz dentysta wykonujący działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej,
3) w przypadku stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, lekarz wykonujący działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, indywidualnej lub grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, udzielający świadczeń z zakresu medycyny rodzinnej

– wpisani na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty prowadzoną przez marszałka województwa, zwaną dalej „listą podmiotów uprawnionych”.

2. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1) posiadać w swojej strukturze organizacyjnej zakład leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych umożliwiających zrealizowanie programu co najmniej jednego stażu cząstkowego lub co najmniej jednej części programu stażu

cząstkowego w ramach komórek organizacyjnych o profilu odpowiadającym programowi stażu podyplomowego;

2) zatrudniać lekarzy posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiadające rodzajowi zajęć teoretycznych i szkoleń praktycznych określonych programem stażu podyplomowego;
3) posiadać zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację programu stażu podyplomowego;
4) jeżeli prowadzi szpital – udzielać stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających zrealizowanie objętych programem staży cząstkowych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, jest obowiązany spełniać warunki określone w ust. 2 pkt 3 oraz posiadać kwalifikacje zawodowe, o których mowa w art. 15 ust. 1.

4. Marszałek województwa, uwzględniając zasady i tryb odbywania stażu oraz przewidywaną liczbę absolwentów jednolitych studiów magisterskich na kierunkach lekarskich i lekarsko–dentystycznych mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską ustala listę podmiotów uprawnionych oraz maksymalną liczbę miejsc dla lekarzy stażystów w tych podmiotach, którzy równocześnie mogą odbywać staż podyplomowy, z wyjątkiem lekarzy, lekarzy dentystów powołanych do zawodowej służby wojskowej i obowiązanych do odbycia stażu.

5. Informacje, o których mowa w ust. 4, marszałek województwa przekazuje corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 marca.

6. W przypadku przekształcenia, reorganizacji lub zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż, podmiot ten może nadal prowadzić staż podyplomowy, staż cząstkowy lub część stażu cząstkowego, do czasu ponownego wpisu na listę podmiotów uprawionych, jeżeli złoży marszałkowi województwa w terminie 14 dni od dnia przekształcenia, reorganizacji lub zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż oświadczenie o spełnianiu wymagań, o których mowa w ust. 2 albo 3.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera:

1) nazwę podmiotu prowadzącego staż przed i po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji;
2) datę dokonania zmian, o których mowa w pkt 1;

3) deklarację spełniania warunków, o których mowa w ust. 2 albo 3.

8. Szkolenia, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5, ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5, zapewniają:

1) regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa – w zakresie transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV;
2) właściwa okręgowa izba lekarska – w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki oraz zdrowia publicznego;
3) podmiot leczniczy udzielający świadczeń w zakresie onkologii wskazany przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej – w zakresie profilaktyki onkologicznej oraz leczenia bólu.

Art. 15d. 1. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, w porozumieniu z marszałkiem województwa, kieruje, za pomocą SMK, do odbycia stażu podyplomowego, na obszarze swojego działania, lekarzy i lekarzy dentystów, którym przyznała prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 5 ust. 7 oraz art. 7 ust. 2, i których wpisała na listę członków izby.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, następuje na wniosek lekarza albo lekarza dentysty składany, za pomocą SMK, zawierający:

1) imię (imiona) i nazwisko;
2) datę i miejsce urodzenia;
3) obywatelstwo;
4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania;
5) miejsce zameldowania lub aktualnego zamieszkania;
6) posiadany tytuł zawodowy;
7) numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty albo zaświadczenia o ukończeniu jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym;
8) nazwę uczelni lub podstawowej jednostki organizacyjnej, w której zgłaszający się ukończył jednolite studia magisterskie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, oraz datę ich ukończenia, a w przypadku lekarza albo

lekarza dentysty, który ukończył studia lekarskie lub lekarsko-dentystyczne w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej – nazwę polskiej uczelni, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu lekarza albo lekarza dentysty albo datę wydania świadectwa złożenia LEW albo LDEW;

9) informacje, o których mowa w ust. 4;

10) proponowane miejsce odbycia stażu podyplomowego.

3. Okręgowa rada lekarska uwzględnia wnioski lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy ukończyli jednolite studia magisterskie w Rzeczypospolitej Polskiej, kierując w pierwszej kolejności do odbycia tego stażu lekarzy albo lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała w uczelni, oraz biorąc pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w danym podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu. W przypadku lekarzy albo lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, okręgowa rada lekarska oblicza średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w suplemencie dyplomu lekarza lub lekarza dentysty, w odniesieniu do skali ocen, jaka obowiązywała na polskiej uczelni w danym roku.

4. Średnią ocen, o której mowa w ust. 3, podwyższa się o:

1) 0,5 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów był pierwszym autorem albo 0,2 punktu, jeżeli był współautorem, przynajmniej jednej publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism sporządzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, albo

2) 0,25 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy o z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U.

z 2019 r. poz. 688, 1570 i 2020) lub uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia poza Rzecząpospolitą Polską potwierdzonej zaświadczeniem podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego.

5. W przypadku braku możliwości odbycia stażu podyplomowego przez lekarza albo lekarza dentystę na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem, za zgodą tego lekarza albo lekarza dentysty okręgowa rada lekarska tej izby uzgadnia z inną okręgową radą lekarską możliwość odbycia przez lekarza albo lekarza dentystę stażu podyplomowego na obszarze jej działania.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, okręgowa rada lekarska, na obszarze działania której lekarz albo lekarz dentysta będzie odbywał staż podyplomowy, wpisuje tego lekarza albo lekarza dentystę na listę członków i kieruje go, za pomocą SMK, do odbycia stażu podyplomowego.

Art. 15e. 1. Umowę, o której mowa w art. 15a ust. 1, lekarz albo lekarz dentysta zawiera z podmiotem prowadzącym staż spełniającym następujące warunki:

1) w przypadku stażu podyplomowego lekarza – będącym podmiotem leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających realizację ramowego programu stażu podyplomowego lekarza w ramach staży cząstkowych, co najmniej w dziedzinie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej,
2) w przypadku stażu podyplomowego lekarza dentysty – będącym podmiotem leczniczym albo grupową praktyką lekarzy dentystów albo lekarzem dentystą wykonującym indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym realizację ramowego programu stażu podyplomowego lekarza dentysty w co najmniej dwóch z następujących dziedzin: stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej

– mającym zawarte umowy z innymi podmiotami prowadzącymi staż, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarza albo lekarza dentystę, w ramach oddelegowania, tej części programu stażu podyplomowego, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

2. Do czasu pracy lekarza stażysty nie stosuje się przepisu art. 96 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 15f. 1. Dokumentem potwierdzającym zrealizowanie programu stażu podyplomowego jest EKSP.

2. EKSP zawiera:

1) dane lekarza stażysty:
   a) imię (imiona) i nazwisko,
   b) datę urodzenia,
   c) numer prawa wykonywania zawodu,
   d) numer rejestracyjny lekarza stażysty w izbie lekarskiej;
2) nazwę izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz stażysta;
3) nazwę podmiotu prowadzącego staż;
4) numer wpisu na listę podmiotów uprawnionych albo numer wpisu na listę Ministra Obrony Narodowej, o której mowa w art. 15m ust. 1 pkt 1;
5) adres podmiotu prowadzącego staż podyplomowy;
6) okres, na jaki lekarz stażysta jest zatrudniony w podmiocie prowadzącym staż;
7) informację o terminie przedłużenia stażu podyplomowego ze wskazaniem przyczyny, z powodu której staż podyplomowy został przedłużony;
8) imię i nazwisko koordynatora, o którym mowa w art. 15g ust. 1;
9) wskazanie staży cząstkowych, które zawiera:
   a) imię i nazwisko opiekuna,
   b) szczegółową informację dotyczącą przebiegu stażu cząstkowego wraz z potwierdzeniem zrealizowania stażu zgodnie z programem;
10) wykaz szkoleń, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5 albo ust. 4 pkt 2–4, oraz ust. 5, wraz z każdorazową informacją o organizatorze szkolenia oraz wykładowcy i potwierdzeniem jego odbycia;
11) wykaz umiejętności praktycznych wraz z potwierdzeniem ich wykonania przez opiekuna;
12) opinię zawodową dotyczącą lekarza stażysty;
13) informację o zaliczeniu stażu podyplomowego;
14) datę zakończenia stażu podyplomowego.

3. Właściwa okręgowa rada lekarska potwierdza, za pomocą SMK, odbycie i zaliczenie stażu podyplomowego na podstawie EKSP oraz, na wniosek lekarza, wydaje zaświadczenie wygenerowane z SMK potwierdzające odbycie stażu podyplomowego.

4. Zaświadczenie zawiera:

1) imię (imiona) i nazwisko;
2) datę i miejsce urodzenia;
3) numer prawa wykonywania zawodu;
4) numer wpisu na listę podmiotów uprawnionych albo numer wpisu na listę Ministra Obrony Narodowej, o której mowa w art. 15m ust. 1 pkt 1;
5) nazwę i adres podmiotu prowadzącego staż;
6) datę zakończenia stażu podyplomowego.

5. Zaświadczenie, oprócz danych wskazanych w ust. 4, zawiera również adnotację: „Niniejsze zaświadczenie jest zaświadczeniem o ukończeniu stażu podyplomowego wskazanym w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej w przepisach Unii Europejskiej dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych.”.

Art. 15g. 1. Podmiot prowadzący staż, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską, wyznacza koordynatora szkolenia lekarza stażysty, zwanego dalej „koordynatorem”.

2. W podmiocie leczniczym koordynatora wyznacza, za pomocą SMK, kierownik podmiotu spośród lekarzy wykonujących w nim zawód, posiadających specjalizację, a w przypadku kiedy staż podyplomowy prowadzi lekarz, o którym mowa w art. 15c ust. 1 pkt 2 albo 3, funkcję koordynatora pełni ten lekarz.

3. Koordynator:

1) planuje i nadzoruje, za pomocą SMK, przebieg realizacji stażu podyplomowego oraz, wspólnie z opiekunem, decyduje w sprawach związanych ze szkoleniem lekarzy stażystów, wystawia lekarzom stażystom opinię dotyczącą predyspozycji zawodowych oraz zalicza staż podyplomowy, po stwierdzeniu zrealizowania programu stażu podyplomowego w EKSP;
2) ustala z lekarzem, za pomocą SMK, indywidualny harmonogram realizacji personalizowanej części programu stażu;
3) organizuje seminaria dotyczące realizacji programu poszczególnych staży cząstkowych;

4) potwierdza w EKSP odbycie szkoleń, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 4 i 5, ust. 4 pkt 3 i 4 i ust. 5, na podstawie przedstawionych zaświadczeń wystawionych przez organizatorów szkoleń;
5) potwierdza w EKSP udział lekarza w konferencjach, kursach lub szkoleniach, o których mowa w art. 15 ust. 6, na podstawie przedstawionych dokumentów poświadczających ukończenie wskazanej formy kształcenia.

4. Za wykonywanie zadań określonych w ust. 3 koordynator otrzymuje wynagrodzenie ze środków, o których mowa w art. 15i ust. 3 pkt 1.

Art. 15h. 1. Opiekun, wyznaczany każdorazowo przez koordynatora, za pomocą SMK, spośród osób wskazanych w sposób określony w ust. 3, jest odpowiedzialny za realizację przez lekarza stażystę programu stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego.

2. Opiekun może nadzorować odbywanie stażu cząstkowego wyłącznie przez jednego lekarza stażystę, a w sytuacji szczególnie uzasadnionej, za zgodą koordynatora, przez dwóch lekarzy stażystów.

3. Opiekunem w:

1) podmiocie leczniczym jest lekarz wskazany przez kierownika tego podmiotu, z tym że w oddziale albo innej komórce organizacyjnej szpitala opiekuna wskazuje ordynator albo inny lekarz kierujący oddziałem, spośród lekarzy wykonujących zawód w tym oddziale albo komórce;
2) indywidualnej praktyce lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej lub grupowej praktyce lekarskiej wykonywanej przez lekarza albo w indywidualnej praktyce lekarskiej albo indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej albo grupowej praktyce lekarskiej wykonywanej przez lekarza dentystę, jest lekarz prowadzący tę praktykę.

4. Opiekun potwierdza w EKSP realizację staży, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 1, 2 i 6 oraz ust. 4 pkt 1 i 5.

Art. 15i. 1. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego przez lekarzy będących obywatelami:

1) polskimi zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa,
2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, mających miejsce zamieszkania na obszarze województwa,

3) innego państwa niż Rzeczpospolita Polska oraz państwo członkowskie Unii Europejskiej, mających miejsce zamieszkania na obszarze województwa

– zamierzających odbywać staż podyplomowy na obszarze tego województwa, jest zadaniem marszałka województwa z zakresu administracji rządowej. Koszt obsługi tego zadania wynosi 123 zł za każdego finansowanego lekarza stażystę.

2. Środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, w tym na pokrycie kosztów obsługi, o której mowa w ust. 1, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a marszałkiem województwa. Umowa ta określa wysokość środków oraz sposób i tryb ich przekazywania i rozliczania.

3. Środki finansowe, o których mowa w ust. 2, marszałek województwa przekazuje:

1) podmiotowi prowadzącemu staż, z którym lekarz stażysta zawarł umowę, o której mowa w art. 15a ust. 1;
2) okręgowym izbom lekarskim;
3) podmiotom, o którym mowa w art. 15c ust. 8 pkt 1 i 3.

4. Lekarz stażysta otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości ustalonej na podstawie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565) i ogłaszanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej każdego roku, nie później niż do dnia 30 marca każdego roku.

Art. 15j. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może uznać, w drodze decyzji, staż podyplomowy odbyty przez lekarza albo lekarza dentystę w państwie:

1) niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej,
2) członkowskim Unii Europejskiej

– za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Dyrektor CMKP wykonuje, w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, zadania tego ministra, w odniesieniu do czynności określonych w ust. 7 i 8, jako organ prowadzący postępowanie.

3. Lekarz lub lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, występuje z wnioskiem o uznanie stażu podyplomowego do ministra właściwego do spraw

zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP. Dyrektor CMKP informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o wpłynięciu tego wniosku.

4. Do wniosku lekarz albo lekarz dentysta dołącza potwierdzone przez właściwe organy państwa, w którym odbył staż podyplomowy lub wykonywał zawód, dokumenty obejmujące dane i informacje dotyczące:

1) prawa wykonywania zawodu w państwie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, albo innego dokumentu, na podstawie którego lekarz, lekarz dentysta odbył staż podyplomowy;
2) programu i czasu realizacji stażu podyplomowego i miejsc jego odbywania;
3) organów lub instytucji, które dokonały końcowego zaliczenia stażu podyplomowego;
4) potwierdzenia dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej, zawierającego informacje o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych;
5) dyplomów lub zaświadczeń o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych;
6) opinii zawodowej wystawionej przez uprawnioną osobę z ostatniego miejsca wykonywania zawodu.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, składa się w oryginale albo w formie kopii poświadczonej notarialnie za zgodność z oryginałem wraz z tłumaczeniami na język polski dokonanymi przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

6. Dyplomy lekarza, lekarza dentysty lub zaświadczenia o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych, wydane w państwie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, muszą być:

1) zalegalizowane przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dokument, albo
2) opatrzone klauzulą apostille, jeżeli dokument został wydany przez szkołę wyższą działającą w systemie szkolnictwa wyższego państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r.

7. Dyrektor CMKP dokonuje weryfikacji wniosku pod kątem kompletności złożonych dokumentów oraz zapewnia obsługę organizacyjno-techniczną związaną z działalnością zespołu ekspertów, o którym mowa w ust. 9.

8. W przypadku stwierdzenia niekompletności wniosku, dyrektor CMKP wzywa wnioskodawcę do jego uzupełnienia w terminie wskazanym w wezwaniu, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania. O pozostawieniu wniosku bez rozpoznania dyrektor CMKP informuje ministra właściwego do spraw zdrowia

9. Zespół ekspertów powoływany i odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia wydaje merytoryczną opinię na temat odbytego stażu podyplomowego w państwie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jako równoważnego w całości lub w części ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

10. W skład zespołu ekspertów wchodzą lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinach medycyny objętych programem stażu podyplomowego, będący przedstawicielami:

1) CMKP;
2) konsultantów krajowych w dziedzinach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej i medycyny ratunkowej, a w odniesieniu do stażu lekarza dentysty – konsultantów krajowych w dziedzinach: chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoncji, periodontologii, protetyki stomatologicznej i stomatologii zachowawczej z endodoncją;
3) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
4) Naczelnej Rady Lekarskiej.

11. Zespół ekspertów zbiera się, w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał, chyba że nie został złożony żaden kompletny wniosek.

12. Uznanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej może nastąpić po stwierdzeniu, że:

1) program odbytego stażu podyplomowego albo jego część odpowiada w istotnych elementach merytorycznych programowi obowiązującemu w Rzeczypospolitej Polskiej;
2) dotychczasowe wykonywanie zawodu odbywało się w okresie i na zasadach, które mogą być uznane za równoważne w całości albo w części z odbyciem stażu podyplomowego obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej.

13. Dyrektor CMKP w terminie 14 dni od dnia posiedzenia zespołu ekspertów przekazuje opinię tego zespołu wraz z aktami sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę przekazane akta

sprawy wraz z opinią, wydaje decyzję w sprawie uznania stażu podyplomowego w części albo w całości za równoważny ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

14. Lekarz lub lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, występuje z wnioskiem o uznanie stażu podyplomowego do ministra właściwego do spraw zdrowia.

15. Do wniosku, o którym mowa w ust. 14, lekarz albo lekarz dentysta dołącza:

1) dyplom potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym lub zaświadczenie o ukończeniu jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym;
2) dokumenty, na podstawie których był odbywany staż podyplomowy;
3) dokumenty zawierające program i czas realizacji stażu podyplomowego oraz miejsce jego odbywania, potwierdzone przez uprawnioną osobę.

16. Dokumenty, o których mowa w ust. 15, składa się w oryginale albo w formie kopii poświadczonej notarialnie za zgodność z oryginałem poświadczonym przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem albo radcą prawnym wraz z tłumaczeniami dokumentów obcojęzycznych na język polski dokonanymi przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

17. Minister właściwy do spraw zdrowia uznaje staż podyplomowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli stwierdzi, że program odbytego stażu podyplomowego albo jego część odpowiada w istotnych elementach merytorycznych programowi obowiązującemu w Rzeczypospolitej Polskiej.

18. Lekarz lub lekarz dentysta, któremu minister właściwy do spraw zdrowia uznał staż podyplomowy odbyty w państwach, o których mowa w ust. 1, za równoważny w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizuje program stażu podyplomowego w nieuznanej części.

19. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas realizacji stażu podyplomowego.

20. Program stażu podyplomowego, na podstawie którego następuje weryfikacja wniosków, o których mowa w ust. 3 i 14, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje

na stronie Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 15k. 1. Marszałek województwa, Minister Obrony Narodowej, wojewoda, podmiot prowadzący staż oraz właściwa okręgowa rada lekarska oraz Wojskowa Rada Lekarska w celu wykonywania zadań związanych z realizacją stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, przetwarzają dane lekarzy i lekarzy dentystów zgodnie ze swoją właściwością i w zakresie wynikającym z realizacji zadań określonych w ustawie.

2. Dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, orzeczeń o stanie zdrowia i niepełnosprawności oraz trybie rozwiązania umowy o pracę, nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie stażu podyplomowego, przedłużanie stażu podyplomowego i nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez marszałka województwa, Ministra Obrony Narodowej, wojewodę, podmiot prowadzący staż, właściwą okręgową radę lekarską albo Wojskową Radę Lekarską. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są obowiązane do zachowania poufności tych danych.

Art. 15l. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

1) program stażu podyplomowego lekarza i program stażu podyplomowego lekarza dentysty oraz sposób ich realizacji i czas odbywania, uwzględniający część stałą i część personalizowaną stażu,
2) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 15c ust. 6,
3) sposób organizacji stażu podyplomowego, w tym dyżurów medycznych, oraz warunki jego odbywania i zaliczania,
4) szczegółowe zadania opiekuna i koordynatora,
5) szczegółowy zakres kosztów i wysokość środków finansowych, o których mowa w art. 15i ust. 3,
6) wzór umowy, o której mowa w art. 15a ust. 1

– uwzględniając konieczność uzyskania właściwych kwalifikacji zawodowych przez lekarzy stażystów, prawidłowej organizacji, przeprowadzania i finansowania oraz prowadzenia nadzoru nad stażem podyplomowym.

Art. 15m. 1. Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, ustala:

1) listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży obejmującą podległe lub nadzorowane przez niego podmioty lecznicze oraz inne podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń określonych programem stażu podyplomowego;
2) corocznie listę lekarzy stażystów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, obowiązanych do odbycia stażu podyplomowego.

2. Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentysty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy, z jednoczesnym powiadomieniem Wojskowej Rady Lekarskiej.

3. Lekarz stażysta otrzymuje uposażenie określone przepisami o zawodowej służbie wojskowej i uposażeniu żołnierzy.

4. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego przez lekarzy stażystów jest zadaniem Ministra Obrony Narodowej.

5. Środki finansowe, które Minister Obrony Narodowej przekazuje:

1) podmiotom wymienionym w ust. 1 pkt 1, obejmują:
   a) uposażenia lekarzy stażystów będących żołnierzami, w tym wynagrodzenia za dyżury,
   b) ryczałt obejmujący wynagrodzenia koordynatorów, koszty czynności administracyjnych oraz inne koszty wynikające z realizacji przez lekarza stażystę będącego żołnierzem programu stażu, a w przypadku lekarza dentysty stażysty będącego żołnierzem również dofinansowanie kosztów materiałowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu stażu przez tego stażystę,
   c) koszty prowadzenia szkoleń, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5, ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5, dla lekarzy stażystów będących żołnierzami;
2) Wojskowej Izbie Lekarskiej, obejmują koszty czynności administracyjnych niezbędnych do realizacji przez Wojskową Izbę Lekarską zadań określonych w ustawie.

Art. 15n. 1. Wojewoda oraz odpowiednio Minister Obrony Narodowej, sprawuje nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz w zakresie spełniania przez podmioty prowadzące ten staż warunków, o których mowa w art. 15c ust. 2 i 3 oraz w art. 15e ust. 1.

2. Wojewoda oraz odpowiednio Minister Obrony Narodowej, w ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, są uprawnieni do:

1) wizytacji podmiotu wpisanego na listę podmiotów uprawnionych albo na listę, o której mowa w art. 15m ust. 1 pkt 1;
2) żądania dokumentacji dotyczącej realizacji programu stażu podyplomowego, w tym ankiet, o których mowa w art. 19k, oraz jego finansowania;
3) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień dotyczących realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarza stażystę;
4) kontroli spełnienia warunków, o których mowa w art. 15c ust. 2 i 3, oraz w art. 15e ust. 1;
5) wydawania zaleceń pokontrolnych;
6) przekazywania informacji dotyczących przeprowadzonej kontroli marszałkowi województwa i okręgowej radzie lekarskiej.

3. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez wojewodę oraz odpowiednio Ministra Obrony Narodowej do wykonywania czynności kontrolnych.

4. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:

1) nazwę i adres podmiotu prowadzącego staż;
2) miejsce odbywania stażu podyplomowego;
3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
4) imiona i nazwiska osób wykonujących te czynności;
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 podmiotu prowadzącego staż.

5. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz kierownik podmiotu prowadzącego staż.

6. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem, podmiot prowadzący staż 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.

7. Odmowa podpisania protokołu przez kierownika podmiotu prowadzącego staż nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

8. Jeden egzemplarz protokołu przekazuje się podmiotowi prowadzącemu staż.

9. Podmiot prowadzący staż, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

10. Wojewoda lub odpowiednio Minister Obrony Narodowej wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

11. W przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia stażu podyplomowego oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych wojewoda składa do marszałka województwa wniosek o skreślenie podmiot z listy podmiotów uprawnionych. Marszałek województwa, w drodze decyzji, skreśla podmiot z tej listy.

12. Minister Obrony Narodowej w przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia stażu podyplomowego oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych skreśla, w drodze decyzji, podmiot z listy, o której mowa w art. 15m ust. 1 pkt 1.

13. Podmiot prowadzący staż jest obowiązany dokonać corocznie oceny realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarzy stażystów i przekazać tę ocenę, w terminie do dnia 31 marca roku następnego po roku, którego dotyczy ocena, odpowiednio marszałkowi województwa albo Ministrowi Obrony Narodowej.

14. Marszałek województwa oraz odpowiednio Minister Obrony Narodowej, dokonuje całościowej oceny realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarzy odbywających staż podyplomowy w danym roku kalendarzowym, uwzględniając ocenę, o której mowa w ust. 13.

15. Marszałek województwa oraz Minister Obrony Narodowej przedstawia ocenę, o której mowa w ust. 14, odpowiednio właściwej okręgowej radzie lekarskiej albo Wojskowej Radzie Lekarskiej w terminie do dnia 31 maja roku następującego po roku, którego dotyczy ocena.”;

20) w art. 16:

a) w ust. 2 w pkt 3 skreśla się kropkę i dodaje część wspólną w brzmieniu:

„– z uwzględnieniem nowoczesnych metod dydaktycznych, w tym z możliwością ich realizacji w symulowanych warunkach klinicznych.”,

b) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po zaliczeniu modułu podstawowego może zmienić dziedzinę medycyny, w której zamierza kontynuować szkolenie specjalizacyjne na podstawie tego samego modułu podstawowego, pod warunkiem zakwalifikowania się do jego odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7. W przypadku zakwalifikowania się do odbycia szkolenia w innej dziedzinie medycyny wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych kierują lekarza do odbycia modułu specjalistycznego.

4. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie:

1) modułu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu lub ukończony i zaliczony przez kierownika specjalizacji moduł podstawowy, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, albo

2) modułu jednolitego, o którym mowa w ust. 2 pkt 3

– może ubiegać się, za pomocą SMK, o skierowanie go do odbywania odpowiednio modułu specjalistycznego albo szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu jednolitego, bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny. W tym celu lekarz składa wniosek, o którym mowa w art. 16c ust. 1.”,

c) ust. 5–7 otrzymują brzmienie:

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

6. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 4 pkt 1 lub 2, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie

postępowania kwalifikacyjnego, kierownik specjalizacji w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym 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 albo jednolitego.

7. Dyrektor CMKP, na podstawie opinii powołanego przez niego zespołu, może, w drodze decyzji, uznać:

1) dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy lekarza, o którym mowa w ust. 4–6, za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo jednolitego, i dopuścić tego lekarza do PES;

2) dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy lekarza, o którym mowa w ust. 4-6, za równoważny ze zrealizowaniem przez niego części szczegółowego programu specjalistycznego albo jednolitego.”,

d) w ust. 8:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny albo odpowiednio konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;”,

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) przedstawiciel towarzystwa naukowego lub instytutu badawczego właściwego dla danej dziedziny medycyny;”,

e) uchyla się ust. 10;

21) w art. 16c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz składa, za pomocą SMK, wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny odpowiednio do:

1) dyrektora CMKP za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na miejsce zamieszkania – w przypadku zamiaru przystąpienia do odbycia szkolenia w ramach miejsc specjalizacyjnych przyznawanych w poszczególnych dziedzinach medycyny przez ministra właściwego do

spraw zdrowia, zwanych dalej „miejscami rezydenckimi”, oraz w przypadku lekarzy przystępujących do odbycia szkolenia w ramach pozostałych wolnych miejsc specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny innych niż miejsca rezydenckie, zwanych dalej „miejscami pozarezydenckimi”;

2) Ministra Obrony Narodowej – w przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej;

3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w przypadku lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej albo realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie porozumienia z korzystającym, albo pełniących służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez tego ministra.”,

b) po ust. 1b dodaje się ust. 1c–1e w brzmieniu:

„1c. Lekarz może złożyć wniosek w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, wskazując w nim w preferowanej kolejności nie więcej niż piętnaście wariantów wyboru zawierających co najmniej jedną dziedzinę medycyny, ze wskazaniem województwa i trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

1d. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, może złożyć wniosek w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, wskazując w preferowanej kolejności nie więcej niż dwie dziedziny medycyny, ze wskazaniem podmiotów leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego w określonym trybie szkolenia.

1e. Do każdego wariantu wyboru lekarz może wskazać w preferowanej kolejności nie więcej niż trzy nazwy jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne jako miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego.”,

c) w ust. 2:

– uchyla się pkt 2,

– pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) numer prawa wykonywania zawodu oraz numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej;”,

– po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) wynik PES;”,

– pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) liczbę publikacji i ich wykaz; potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych;”,

– pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) dane, o których mowa w ust. 1c albo ust. 1d;”,

– po pkt 17 dodaje się pkt 18–20 w brzmieniu:

„18) średnią arytmetyczną ocen egzaminów uzyskaną w okresie studiów, liczoną do dwóch cyfr po przecinku obliczoną na podstawie danych, o których mowa w ust. 10a;

19) nazwę jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 19f ust. 1, w której lekarz wykonuje zawód i chciałby odbyć to szkolenie, z zastrzeżeniem odpowiednio ust. 2a pkt 3 i 4;

20) nazwę jednostki prowadzącej szkolenie, która wystawiła dokument intencyjny gwarantujący zatrudnienie lekarza, z zastrzeżeniem ust. 17h, celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim albo jednostki, o której mowa w ust. 2a pkt 7 i 8.”,

d) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2c w brzmieniu:

„2a. Do wniosku załącza się skan dokumentów potwierdzających dane, o których mowa w ust. 2 pkt 8, 9, 11a, 13–15, 16 i 18, oraz skan dokumentów potwierdzających:

1) zgodę pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 1–3;

2) zgodę kierownika szkoły doktorskiej w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć, o których mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5;

3) posiadanie co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
4) w przypadku lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, posiadanie co najmniej 3-letniego okresu pozostawania na stanowisku służbowym w jednostce wojskowej w związku z wyznaczeniem na to stanowisko lub pobytem na misjach Polskich Kontyngentów Wojskowych;
5) zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauk medycznych;
6) zamiar zatrudnienia, o którym mowa w ust. 2 pkt 20;
7) w przypadku lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi, zgodę kierownika komórki organizacyjnej urzędu obsługującego Ministra Obrony Narodowej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej na odbycie szkolenia specjalizacyjnego, wydaną po przedstawieniu opinii odpowiednio, przełożonych służbowych albo pracodawcy;
8) w przypadku lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo realizującego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie porozumienia z korzystającym, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez tego ministra, zgodę przełożonego albo pracodawcy na odbycie szkolenia specjalizacyjnego.

2b. Wnioskodawca przedstawia do wglądu oryginały dokumentów na wezwanie organów, o których mowa w ust. 8.

2c. W przypadku stwierdzenia braków formalnych we wniosku, organ, o którym mowa w ust. 8, wzywa do ich usunięcia w terminie 5 dni roboczych od dnia przekazania w SMK informacji o konieczności uzupełnieniu braków.”,

e) ust. 3–5 otrzymują brzmienie:

„3. Wojewoda w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku wraz z przyporządkowaniem mu uzyskanej procentowej liczby punktów, o których mowa w ust. 11, w odniesieniu do każdego z wariantów wskazanych we wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października, za pomocą SMK, poprawność zgłoszonych we wniosku danych. Wojewoda przekazuje, za pomocą SMK, poprawne formalnie wnioski do dyrektora CMKP.

4. Minister Obrony Narodowej w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku wraz z przyporządkowaniem mu uzyskanej procentowej liczby punktów, o których mowa w ust. 11, w odniesieniu do każdego z wariantów wskazanych we wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października, za pomocą SMK, poprawność zgłoszonych we wniosku danych.

5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku wraz z przyporządkowaniem mu uzyskanej procentowej liczby punktów, o których mowa w ust. 11, w odniesieniu do każdego z wariantów wskazanych we wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października, za pomocą SMK, poprawność zgłoszonych we wniosku danych.”,

f) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Postępowanie kwalifikacyjne obejmujące wolne miejsca szkoleniowe przeprowadzają, dwa razy w roku, odpowiednio dyrektor CMKP za pośrednictwem wojewodów, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, zwani dalej „organami prowadzącymi postępowanie kwalifikacyjne”.”,

g) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, może, w uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu zgody kierownika komórki organizacyjnej urzędu obsługującego Ministra Obrony Narodowej, złożyć wniosek o przystąpienie do postępowania kwalifikacyjnego poza resortem obrony narodowej.”,

h) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W ramach postępowania kwalifikacyjnego prowadzonego za pomocą SMK odbywa się postępowanie konkursowe przeprowadzane odpowiednio przez dyrektora CMKP, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczoną przez niego komórkę organizacyjną, obejmujące w szczególności sporządzenie list rankingowych lekarzy, zawierających imię (imiona) i nazwisko lekarza, numer wniosku oraz wynik postępowania, według uzyskanego wyniku procentowego liczby zdobytych punktów, o których mowa w ust. 11, z uwzględnieniem ust. 10a, a w przypadku Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w trybie art. 16h ust. 2, według uzyskanego wyniku procentowego liczby zdobytych punktów, o których mowa w ust. 11, z uwzględnieniem ust. 10a i 10b, oraz wskazanie lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego.”,

i) w ust. 10:

– pkt 1–3 otrzymują brzmienie:

„1) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydenckim wynik LEK albo w przypadku lekarza dentysty – LDEK, oraz dodatkowo punkty za posiadanie stopnia naukowego doktora w zakresie nauk medycznych i publikacje w czasopismach naukowych aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;

2) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I lub

II stopnia bądź tytuł specjalisty, wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES, albo wynik LEK albo LDEK oraz punkty dodatkowe – za posiadanie stopnia naukowego doktora w zakresie nauk medycznych, 3-letni okres zatrudnienia lub stosunek służbowy w jednostce akredytowanej zgodny z kierunkiem specjalizacji, publikacje w czasopismach naukowych aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;

3) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, jeżeli nie posiada odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty, wynik LEK albo LDEK oraz punkty dodatkowe – za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, 3-letni okres zatrudnienia lub stosunek służbowy w jednostce akredytowanej zgodny z kierunkiem specjalizacji, publikacje w czasopismach naukowych aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;”,

– dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) w przypadku lekarzy, o których mowa w pkt 1–3, dodatkowo uwzględnia się punkty za dokument intencyjny, o którym mowa w ust. 2 pkt 20.”,

j) ust. 10a otrzymuje brzmienie:

„10a. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy, ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie, identycznego wyniku postępowania, uwzględnia się średnią arytmetyczną ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała w uczelni. W przypadku lekarzy albo lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oblicza się średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch

cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w suplemencie dyplomu lekarza albo lekarza dentysty, w odniesieniu do skali ocen, jaka obowiązywała w polskiej uczelni w danym roku.”,

k) ust. 10c otrzymuje brzmienie:

„10c. W przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, uwzględnia się punkty dodatkowe – za co najmniej 3-letni okres pozostawania na stanowisku służbowym w jednostce wojskowej w związku z wyznaczeniem na to stanowisko lub pobyt na misjach Polskich Kontyngentów Wojskowych.”,

l) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Wynik postępowania konkursowego stanowi procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 1 i 4, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z LEK albo LDEK albo egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 2, 4 i ust. 10c, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 3 i 4 oraz ust. 10c.”,

m) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikuje się, za pomocą SMK, lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, w danej dziedzinie medycyny, w danym województwie albo posiadanych przez dany podmiot, o którym mowa w art. 19f ust. 1, w kolejności od najwyższego wyniku na listach rankingowych, o którym mowa w ust. 9, uzyskanego w postępowaniu konkursowym.”,

n) po ust. 13 dodaje się ust. 13a–13g w brzmieniu:

„13a. Listy rankingowe lekarzy, o których mowa w ust. 9, bez wskazania imienia (imion) i nazwiska, ogłaszają, za pomocą SMK, dyrektor CMKP, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona

przez niego komórka organizacyjna nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia oceny formalnej wniosku, o której mowa w ust. 3–5.

13b. Wolne miejsca rezydenckie oraz pozarezydenckie, o których mowa w ust. 13, w danym postępowaniu dla danej dziedziny medycyny, rozdziela się, za pomocą SMK, według kolejności listy rankingowej między lekarzy, którzy zakwalifikowali się do postępowania konkursowego, zgodnie ze zgłoszoną przez nich kolejnością, o której mowa odpowiednio w ust. 1c albo 1d.

13c. Lekarz, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ogłoszenia list lekarzy zakwalifikowanych w pierwszym etapie, potwierdza, za pomocą SMK, przyjęcie wskazanego miejsca w danej dziedzinie w danym województwie, oraz określonego trybu szkolenia specjalizacyjnego. Brak dokonania potwierdzenia w SMK uznaje się za odstąpienie lekarza od postępowania konkursowego w pierwszym etapie i zwolnienie przyznanego miejsca specjalizacyjnego, które podlega ponownemu rozdziałowi w SMK. Lekarz, który nie potwierdził przyjęcia wskazanego miejsca specjalizacyjnego w pierwszym etapie, oraz lekarz, który znalazł się na liście lekarzy niezakwalifikowanych w pierwszym etapie, są uwzględniani ponownie na liście rankingowej i przechodzą do drugiego etapu, za pomocą SMK, pozostałych wolnych miejsc specjalizacyjnych.

13d. Listy lekarzy zakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego w pierwszym etapie, którzy potwierdzili przyjęcie wskazanego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz listy lekarzy, którzy nie potwierdzili w pierwszym etapie przyjęcia wskazanego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz pozostałych na liście rankingowej, dyrektor CMKP, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna ogłaszają, za pomocą SMK, w terminie do dnia 5 kwietnia albo do dnia 5 listopada roku, w którym odbywa się postępowanie konkursowe.

13e. Wolne miejsca specjalizacyjne pozostałe po pierwszym etapie kwalifikacji rozdziela się, za pomocą SMK, z wyłączeniem lekarzy, o których mowa w ust. 13c. Powstałą listę lekarzy zakwalifikowanych na wolne miejsca specjalizacyjne drugiego etapu oraz listę lekarzy niezakwalifikowanych do drugiego etapu ogłasza się za pomocą strony internetowej organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne oraz SMK do dnia 10 kwietnia albo do dnia 10 listopada roku, w którym odbywa się postępowanie konkursowe.

13f. Lekarze, którzy zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie ust. 13e, potwierdzają, za pomocą SMK, wskazane miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia list lekarzy zakwalifikowanych do drugiego etapu. Brak dokonania potwierdzenia w SMK uznaje się za ostateczne odstąpienie lekarza od postępowania kwalifikacyjnego. Dyrektor CMKP, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna ogłaszają za pomocą strony internetowej organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne oraz SMK ostateczną listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

13g. Dyrektor CMKP niezwłocznie informuje wojewodę właściwego ze względu na miejsce odbywania szkolenia o wyniku postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda dokonuje podziału miejsc szkoleniowych i skierowania lekarza, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia w trybie rezydenckim albo w trybie pozarezydenckim w danej dziedzinie medycyny do właściwego podmiotu, o którym mowa w art. 19f ust. 1.”,

o) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Lekarz biorący udział w postępowaniu kwalifikacyjnym może zwrócić się z wnioskiem do Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych, albo wyznaczonej przez nich komórki organizacyjnej, albo do dyrektora CMKP o weryfikację postępowania konkursowego w terminie 2 dni od dnia ogłoszenia list rankingowych, o których mowa w ust. 13a, lub list, o których mowa w ust. 13d–13f.”,

p) po ust. 14 dodaje się ust. 14a w brzmieniu:

„14a. Wniosek, o którym mowa w ust. 14, zawiera:

1) imię (imiona) i nazwisko lekarza;
2) miejsce i datę urodzenia;
3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania;
4) wskazanie danych, o których mowa w ust. 1c, a w przypadku Ministra Obrony Narodowej, o których mowa w ust. 1d.”,

r) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego określa regulamin postępowania kwalifikacyjnego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 pkt 4.”,

s) ust. 17 i 17a otrzymują brzmienie:

„17. Wojewoda, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania konkursowego, kierują lekarza, z zastrzeżeniem ust. 17e oraz art. 16e ust. 7, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania.

17a. W celu umożliwienia odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, wojewoda może wystąpić z wnioskiem o udostępnienie wolnego miejsca szkoleniowego pozostającego w dyspozycji innego wojewody, Ministra Obrony Narodowej, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Wojewoda informuje o wystąpieniu dyrektora CMKP.”,

t) po ust. 17c dodaje się ust. 17d–17h w brzmieniu:

„17d. W przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, kieruje lekarza, za pomocą SMK, na wolne miejsce szkoleniowe do odbycia szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe. Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne może wydać zaświadczenie o wystawieniu w SMK skierowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

17e. Organy, o których mowach w ust. 17, kierują do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w pierwszej kolejności lekarzy posiadających dokument intencyjny, o którym mowa w ust. 2 pkt 20, oraz zakwalifikowanych w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 1 albo 5.

17f. W przypadku zmiany przez lekarza trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na tryb rezydencki albo tryb pozarezydencki, wojewoda dokonuje zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w EKS, wskazując datę zmiany trybu oraz nową datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając przerwy w szkoleniu, o których mowa w art. 16l.

17g. Postępowanie kwalifikacyjne można przedłużyć, w innych uzasadnionych przypadkach niż wskazany w ust. 1a, nie dłużej jednak niż o 30 dni od dnia zakończenia postępowania, o którym mowa w ust. 1a. Informację o przedłużeniu postępowania kwalifikacyjnego wraz z uzasadnieniem zamieszcza się na stronie internetowej organów prowadzących postępowanie kwalifikacyjne oraz w systemie SMK.

17h. Podmiot, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadający wolne miejsca do odbycia szkolenia specjalizacyjnego nie może wydać w danym postępowaniu kwalifikacyjnym większej liczby dokumentów intencyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt 20, niż posiada wolnych miejsc.”,

u) ust. 18 otrzymuje brzmienie:

„18. Lekarz może zostać skierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na czas nieokreślony albo po przedłożeniu zaświadczenia wydanego przez właściwą okręgową izbę lekarską albo Wojskowa Izbę Lekarską o złożeniu dokumentów niezbędnych do wydania prawa wykonywania zawodu, z zastrzeżeniem, że zaświadczenie zachowuje ważność nie dłużej niż 1 miesiąc od dnia jego wydania.”;

22) art. 16e otrzymuje brzmienie:

„Art. 16e. 1. W terminie do dnia 5 stycznia i do dnia 5 sierpnia każdego roku wojewoda, na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich, przekazuje, za pomocą SMK, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie, w tym na dodatkowo wydzielone miejsca, w poszczególnych dziedzinach medycyny, uwzględniając wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

2. W terminie do dnia 26 stycznia i do dnia 26 sierpnia każdego roku minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków określa, na podstawie zapotrzebowania, o którym mowa w ust. 1, i przekazuje dyrektorowi CMKP, za pomocą SMK, liczbę miejsc rezydenckich, w tym liczbę dodatkowo wydzielonych miejsc w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa.

3. Przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego dyrektor CMKP, w terminie do dnia 28 stycznia i do dnia 28 sierpnia każdego roku, ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc rezydenckich, w tym liczbę dodatkowo wydzielonych miejsc, oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym w podziale na poszczególne dziedziny i województwa oraz listę jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne, w których znajdują się wolne miejsca szkoleniowe objęte danym postępowaniem kwalifikacyjnym.

4. Przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego Minister Obrony Narodowej, w terminie do dnia 28 stycznia i do dnia 28 sierpnia każdego roku, ogłasza, na stronie internetowej urzędu go obsługującego oraz za pomocą SMK, liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, biorąc pod uwagę potrzeby Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego minister właściwy do spraw wewnętrznych, w terminie do dnia 28 stycznia i do dnia 28 sierpnia każdego roku, ogłasza, na stronie internetowej urzędu go obsługującego oraz za pomocą SMK, liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez tego ministra albo lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie porozumienia z korzystającym, albo pełniących służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

6. Liczba miejsc rezydenckich, o których mowa w ust. 2, zawiera limit dodatkowo wydzielonych miejsc dla lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkołach doktorskich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny

z zakresem tego kształcenia i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego.

7. Uczelnia kształcąca na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym zgłasza wojewodzie listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia, o którym mowa w ust. 6.

8. O kolejności przyznania dodatkowo wydzielonego miejsca, decyduje uzyskany wynik procentowy liczby zdobytych punktów, o których mowa w art. 16c ust. 11, z zastrzeżeniem art. 16c ust. 10a.”;

23) art. 16ea otrzymuje brzmienie:

„Art. 16ea. 1. Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.

2. Lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, lecz nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od daty wskazanej na skierowaniu, o którym mowa w art. 16c ust. 17, może złożyć kolejny wniosek o odbywanie rezydentury.

3. Lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może, bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny nie więcej niż jeden raz.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, lekarz może złożyć w przypadku:

1) zmiany na inny moduł podstawowy lub inny moduł jednolity, nie później niż w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia odbywanego szkolenia specjalizacyjnego;
2) tego samego modułu podstawowego, z zastrzeżeniem art. 16 ust. 3.

5. Lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może nie więcej niż jeden raz złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny, w przypadku gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji wydane przez lekarza medycyny pracy. O istnieniu tych przeciwwskazań organ przyjmujący wniosek informuje okręgową izbę lekarską, której lekarz jest członkiem.

6. Lekarz, który trzykrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury.

7. Lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji całego programu specjalizacji.

8. Do postępowania, o którym mowa w ust. 2–5, stosuje się odpowiednio przepisy art. 16c.”;

24) w art. 16f:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie i w zakresie ustalonym w programie specjalizacji dla danej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem odpowiedniego modułu;

2. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany odbyć i zaliczyć szkolenie uzupełniające, odpowiednie dla określonej specjalizacji, w zakresie wynikającym ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, na podstawie programu uzupełniającego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 2.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Koszty szkolenia uzupełniającego, o którym mowa w ust. 2, pokrywa Minister Obrony Narodowej ze środków budżetu państwa, których jest dysponentem.”,

c) w ust. 3:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„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, profilaktyki i promocji zdrowia oraz orzecznictwa lekarskiego;”,

– w pkt 2:

– – uchyla się lit. c–e,

– – lit. f otrzymuje brzmienie:

„f) staż podstawowy obejmujący szkolenie w zakresie wiedzy teoretycznej i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonywanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych określonych w modułach objętych programem specjalizacji,”,

– – lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji w maksymalnym czasie pracy określonym ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo pracę w systemie zmianowym, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo pracę w równoważnym czasie pracy, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej,”,

– – w lit. i średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. j w brzmieniu:

„j) kurs atestacyjny podsumowujący odbyte szkolenie;”,

– po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) wskazanie jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w których dopuszcza się pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza:

a) dla modułu podstawowego oraz staży kierunkowych, w ramach modułu podstawowego i do czasu zakończenia programu modułu podstawowego,

b) dla modułu specjalistycznego oraz staży kierunkowych, w ramach modułu specjalistycznego, po zakończeniu modułu podstawowego i w czasie trwania modułu specjalistycznego,

c) dla modułu jednolitego lub staży kierunkowych, w ramach specjalizacji jednolitej w czasie jej trwania i w ramach tej specjalizacji;”,

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, w tym co najmniej okres 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, w zakresie stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii;”,

– pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) zakres merytoryczny PEM i PES z podaniem bibliografii, z której są układane pytania;”,

d) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Program specjalizacji opracowuje co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizuje w razie potrzeby, zgodnie z postępem wiedzy medycznej, zespół ekspertów. Program specjalizacji redaguje CMKP i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Członków zespołu ekspertów 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 konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultantów krajowych z dziedzin pokrewnych, towarzystwa naukowe lub instytuty badawcze właściwe dla danej dziedziny medycyny, a w przypadku braku w dziedzinie pokrewnej, Naczelną Radę Lekarską, CMKP oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny, dla której ma być opracowany program specjalizacji lub w dziedzinie pokrewnej spośród osób zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską.”,

e) w ust. 6:

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) przedstawiciel lub przedstawiciele towarzystw naukowych lub instytutów badawczych właściwych dla danej dziedziny medycyny, a w przypadku ich braku – w dziedzinie pokrewnej;

4) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego;”,

– w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej odbywający szkolenie specjalizacyjne.”,

f) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. W przypadku wprowadzenia merytorycznej zmiany zaktualizowany program, o którym mowa w ust. 4, zawiera szczegółowe informacje dotyczące terminu oraz sposobu jego wdrożenia.”;

25) w art. 16g:

a) uchyla się ust. 1,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Minister Obrony Narodowej może określić, w drodze rozporządzenia, priorytetowe dziedziny medycyny dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, kierując się potrzebami Sił Zbrojnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ochrony higieniczno-sanitarnej i osłony przeciwepidemicznej na poszczególnych poziomach systemu zabezpieczenia medycznego.”;

26) w art. 16h:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, w tym dyżury medyczne objęte programem specjalizacji, na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas wymagany do zrealizowania wszystkich elementów programu specjalizacji, nie dłuższy niż określony w programie specjalizacji. W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1d w brzmieniu:

„1a. Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartych w skierowaniu przekazanym, za pomocą SMK, do jednostki, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne.

1b. W przypadku gdy umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana w wyniku zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydencki albo przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego do innej jednostki, podstawą do jej

zawarcia są informacje o trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zamieszczone przez wojewodę w EKS lekarza.

1c. W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, o którym mowa w art. 16l ust. 1–3, podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zamieszcza w EKS kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.

1d. W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia w trybie określonym w ust. 2, z zastrzeżeniem art. 16l ust. 3, po uzyskaniu zgody właściwego wojewody. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie określonym w ust. 2 zamieszcza w EKS wojewoda.”,

c) w ust. 2:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w tym dyżury medyczne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim:”,

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego oraz umowy o szkolenie zawartej z jednostką akredytowaną;”,

– pkt 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„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, z zastrzeżeniem, że określona w umowie wysokość wynagrodzenia nie może być niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej za pracę ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177 oraz z 2019 r. poz. 1564);”,

5) w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkole doktorskiej o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny z zakresem tego kształcenia, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego i umowy o szkolenie specjalizacyjne zawartej z jednostką akredytowaną, a po ukończeniu tego kształcenia – w trybie określonym w ust. 1 lub pkt 1–4;”,

– dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) w przypadku lekarza i lekarza dentysty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej – na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, oraz zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania, z zastrzeżeniem że określona w umowie wysokość wynagrodzenia nie może być niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Żołnierz otrzymujący wynagrodzenie z tytułu umowy cywilnoprawnej zachowuje prawo do uposażenia wraz z dodatkami o charakterze stałym, otrzymywanego na podstawie przepisów o zawodowej służbie wojskowej i uposażeniu żołnierzy. Przepisów art. 56 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych nie stosuje się.”,

d) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Lekarz niebędący obywatelem polskim odbywa szkolenie specjalizacyjne na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

4. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi, odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 2.”,

e) dodaje się ust. 10–12 w brzmieniu:

„10. Umowa, o której mowa w ust. 1 i 2, może zawierać dodatek motywacyjny finansowy przyznany przez podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne na okres tego szkolenia.

11. Wojewoda, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Obrony Narodowej, jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne w celu wykonywania zadań związanych z realizacją szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów, przetwarzają dane lekarzy i lekarzy dentystów, zgodnie ze swoją właściwością i w zakresie wynikającym z realizacji zadań określonych w ustawie.

12. Dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, orzeczeń o stanie zdrowia i niepełnosprawności oraz trybie rozwiązania umowy o pracę, nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużania szkolenia specjalizacyjnego i nadzoru nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej lub jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są obowiązane do zachowania poufności tych danych.”;

27) w art. 16i:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, o którym mowa w art. 16h ust. 1–3, odbywa szkolenie specjalizacyjne przez cały okres jego trwania w wymiarze czasu równym czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz pełni dyżury medyczne lub pracuje w systemie zmianowym, lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h i pkt 2a, oraz pełni dyżury medyczne, w wymiarze godzinowym określonym w programie specjalizacji, z uwzględnieniem art. 97 tej ustawy.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1e w brzmieniu:

„1a. Kierownik specjalizacji po porozumieniu z kierownikiem podmiotu lub komórki organizacyjnej tego podmiotu wyraża, za pomocą SMK, zgodę na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

1b. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez 1 rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, chyba że program danej specjalizacji przewiduje prawo do odmowy pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych w dłuższym terminie.

1c. Lekarz, który korzysta z uprawnienia wynikającego z ust. 1b, nie może pełnić samodzielnych dyżurów medycznych, w tym także na podstawie umowy cywilnoprawnej, również w innych podmiotach leczniczych niż podmiot, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.

1d. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożliwości wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych, nie może być obowiązany do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji, przez okres korzystania z wyżej wymienionych uprawnień, nie dłużej jednak niż przez łącznie 24 miesiące w czasie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem.

1e. Niewykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w ust. 1d, przez okres dłuższy niż 24 miesiące w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jego programem przedłuża okres szkolenia specjalizacyjnego o czas nieobecności lekarza. Czynności zawodowe w przedłużonym okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego mogą być wykonane w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub normalnego czasu pracy.”,

c) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzem zatrudnionym w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej,”,

d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo, na jego wniosek, czas wolny. Przepisy art. 151¹ § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.”,

e) po ust. 3 dodaje się ust. 3a i 3b w brzmieniu:

„3a. Pełnienie dyżuru medycznego, o którym mowa w ust. 3, odbywa się w jednostkach lub komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji.

3b. W przypadku dyżurów medycznych odbywanych w trakcie stażu kierunkowego, lekarzowi przysługuje możliwość wyboru miejsca odbywania dyżurów. Lekarz może odbywać dyżury medyczne w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w jednostce prowadzącej staż kierunkowy. Decyzję w tym zakresie lekarz podejmuje w porozumieniu z kierownikiem specjalizacji.”,

f) dodaje się ust. 5–11 w brzmieniu:

„5. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach stażu podstawowego pełni:

1) dyżury medyczne pod bezpośrednim nadzorem lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty lub innego lekarza uprawnionego do samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych, zwane dalej „dyżurami medycznymi towarzyszącymi”, albo

2) samodzielne dyżury medyczne – po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji albo zgodnie z art. 16ph ust. 7.

6. W przypadku gdy dyżury medyczne są odbywane w jednostce prowadzącej staż kierunkowy lekarz pełni wyłącznie dyżury medyczne towarzyszące.

7. W przypadku realizacji stażu kierunkowego w innym podmiocie leczniczym niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, staż kierunkowy, w tym dyżury medyczne, są realizowane na podstawie umowy o staż kierunkowy

zawartej między prowadzącym szkolenie specjalizacyjne a podmiotem prowadzącym staż kierunkowy.

8. W przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Okres tego odpoczynku nie powoduje wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego.

9. W przypadku pełnienia dyżuru przez lekarza odbywającego szkolenie w trybie rezydentury okres tego odpoczynku wlicza się do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1.

10. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może także pełnić dyżury medyczne w jednostkach organizacyjnych podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne wskazanych w programie szkolenia, na podstawie art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zachowaniem prawa do niewydłużania szkolenia specjalizacyjnego o okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 8, po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji, jeżeli całkowity okres odpoczynku po dyżurach medycznych nie przekracza średnio 5 dni roboczych miesięcznie w okresie rozliczeniowym przyjętym u danego pracodawcy. Za czas tego odpoczynku nie przysługuje wynagrodzenie, o którym mowa w art. 16h ust. 1.

11. Różnicę wynagrodzenia między całkowitym kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim a kosztem refundowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny.”;

28) w art. 16j:

a) w ust. 2b wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Lekarz albo lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim może zobowiązać się do wykonywania odpowiednio zawodu lekarza albo lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie 2 lat z 5 kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu, i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5, o kwotę:”,

b) ust. 2m otrzymuje brzmienie:

„2m. Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z:

1) zmiany dziedziny, w ramach której odbywa się szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 16ea ust. 3,

2) orzeczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 16ea ust. 5, jeżeli lekarz zostanie ponownie zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w innej dziedzinie medycyny oraz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c, w terminie nie dłuższym niż po ogłoszeniu wyników drugiego kolejnego postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, od dnia skreślenia przez wojewodę lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne. Przepisy ust. 2b–2t stosuje się odpowiednio.”,

c) ust. 2r otrzymuje brzmienie:

„2r. W przypadku zmiany miejsca odbywania specjalizacji, wojewoda wraz ze skierowaniem do kontynuowania specjalizacji przekazuje podmiotowi, do którego kieruje lekarza rezydenta, kopię złożonej deklaracji, o której mowa w ust. 2c, a w przypadku zmiany miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego na miejsce poza terenem województwa, przekazuje oryginał tej deklaracji do wojewody właściwego terytorialnie dla nowego miejsca odbywania specjalizacji.”,

d) po ust. 2s dodaje się ust. 2t w brzmieniu:

„2t. Lekarz może złożyć rezygnację z pobierania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2b. Oświadczenie lekarza o rezygnacji z pobierania wynagrodzenia powoduje odpowiednie obniżenie wynagrodzenia zasadniczego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył rezygnację.”,

e) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

29) w art. 16k ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Minister Obrony Narodowej może w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej.”;

30) w art. 16l:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem art. 16i ust. 1e, ulega przedłużeniu o czas nieobecności lekarza w pracy:”,

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) w przypadkach określonych w art. 92, art. 176–179, art. 182^3, art. 185, art. 188 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;”,

b) ust. 4 i 4a otrzymują brzmienie:

„4. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego w stosunku do lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, może być przedłużony dodatkowo przez Ministra Obrony Narodowej o czas pełnienia służby poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddelegowania do pełnienia służby w innej jednostce wojskowej lub tymczasowego wykonywania zadań, które uniemożliwiają realizowanie szkolenia specjalizacyjnego.

4a. W uzasadnionych przypadkach, innych niż określone w ust. 1, 2 i 4, okres trwania szkolenia specjalizacyjnego w stosunku do lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, może być dodatkowo przedłużony przez Ministra Obrony Narodowej.”,

c) po ust. 5b dodaje się ust. 5c w brzmieniu:

„5c. Zgoda, o której mowa w ust. 3–5a, na wniosek lekarza złożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozwiązania umowy zawartej na okres trwania szkolenia specjalizacyjnego może być wydana również po dniu rozwiązania tej umowy. Okres niezbędny do wydania zgody zalicza się do okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego.”,

d) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Za zgodą kierownika specjalizacji lekarz odbywający specjalizację w trybie rezydenckim i pozarezydenckim może wnioskować do kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne o skrócenie okresu przedłużenia, o którym mowa w ust. 1–3, z wyłączeniem orzeczeń lekarskich o chorobie, nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych. Kierownik podmiotu niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o skróceniu okresu przedłużenia.”;

31) w art. 16m:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1e w brzmieniu:

„1a. Kierownik specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 1d, otrzymuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości 500 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem albo 1000 zł miesięcznie w przypadku nadzorowania szkolenia więcej niż jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem, z wyłączeniem okresu nieobecności, o którym mowa w art. 16l ust. 1, 2 i 4. W przypadku skierowania do odbycia modułu podstawowego, dodatek do wynagrodzenia otrzymuje lekarz pełniący funkcję kierownika specjalizacji w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym. Nie nalicza się dodatku do wynagrodzenia za okres dłuższy niż 30 kolejnych dni braku sprawowania przez kierownika specjalizacji bezpośredniego nadzoru nad lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne.

1b. Środki przeznaczone na finansowanie dodatku, o którym mowa w ust. 1a, są przekazywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody na podstawie umowy zawartej między wojewodą a kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Umowa ta określa wysokość i przeznaczenie środków oraz sposób ich rozliczania.

1c. Środki przeznaczone na finansowanie dodatku, o którym mowa w ust. 1a, kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne przekazuje na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, zawartej z kierownikiem specjalizacji albo lekarzem pełniącym funkcję kierownika specjalizacji w jednostkach uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym.

1d. Minister Obrony Narodowej może finansować kierownikowi specjalizacji albo lekarzowi pełniącemu funkcję kierownika specjalizacji, dodatek o którym mowa w ust. 1a, z budżetu państwa z części pozostającej w jego dyspozycji. Środki przeznaczone na ten cel są przekazywane na podstawie umowy zawartej między Ministrem Obrony Narodowej a kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Umowa ta określa wysokość i przeznaczenie środków oraz sposób ich rozliczania.

1e. Minister właściwy do spraw wewnętrznych może finansować kierownikowi specjalizacji albo lekarzowi pełniącemu funkcję kierownika specjalizacji, dodatek o którym mowa w ust. 1a, z budżetu państwa z części pozostającej w jego dyspozycji. Środki przeznaczone na ten cel są przekazywane na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do sprawa wewnętrznych a kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Umowa ta określa wysokość i przeznaczenie środków oraz sposób ich rozliczania.”,

b) ust. 6 i 6a otrzymują brzmienie:

„6. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, za pomocą SMK, szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, w tym obejmującego miejsce odbywania kursów i staży kierunkowych, w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji na okres trwania poszczególnych modułów szkolenia specjalizacyjnego. Kierownik specjalizacji niezwłocznie aktualizuje szczegółowy plan szkolenia w przypadku braku możliwości realizacji poszczególnych elementów szkolenia w uprzednio ustalonych terminach.

6a. Kierownik specjalizacji potwierdza, za pomocą SMK, realizację przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne pogrupowanych według programu specjalizacji elementów szkolenia specjalizacyjnego.”,

c) po ust. 6a dodaje się ust. 6b w brzmieniu:

„6b. Szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 6, stanowi dla dyrektora CMKP podstawę do koordynacji i organizacji kursów, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2.”,

d) w ust. 7:

– pkt 1a otrzymuje brzmienie:

„1a) weryfikuje roczny plan szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z aktualizacją programu, o której mowa w art. 16f ust. 4, w zakresie w jakim nie został on zrealizowany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne;”,

– pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) potwierdza, za pomocą SMK, zrealizowanie rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego oraz całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji.”,

e) po ust. 7 dodaje się ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. W przypadku nieobecności kierownika specjalizacji zadanie określone w ust. 7 pkt 8 wykonuje kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.

7b. Kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne monitoruje zgodność odbywanego przez lekarza w tym podmiocie szkolenia specjalizacyjnego z zakresem programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny.”,

f) ust. 11 i 12 otrzymują brzmienie:

„11. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, odbywający specjalizację, po uzyskaniu opinii kierownika specjalizacji oraz konsultanta krajowego w danej dziedzinie 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, odpowiadały właściwemu programowi specjalizacji.

12. Dyrektor CMKP na podstawie opinii powoływanego i odwoływanego 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 o okres wskazany w opinii zespołu, jednak nie więcej niż o ½ okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego lub modułów, o których mowa w art. 16 ust. 2.”,

g) po ust. 13a dodaje się ust. 13b w brzmieniu:

„13b. W decyzjach, o których mowa w ust. 12 i 13, określa się liczbę dni roboczych wraz z proporcjonalną liczbą dni urlopu wypoczynkowego dla tego okresu, o którą ulega skróceniu szkolenie specjalizacyjne, z zastrzeżeniem art. 16ma.”,

h) w ust. 14:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny albo odpowiednio konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;”,

– pkt 3 otrzymuje brzmienie

„3) przedstawiciel towarzystwa naukowego lub instytutu badawczego właściwego dla danej dziedziny medycyny;”,

i) dodaje się ust. 15 i 16 w brzmieniu:

„15. Lekarz, któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne, zawiadamia, w terminie 7 dni od dnia zaliczenia szkolenia, kierownika jednostki szkolącej oraz właściwego wojewodę, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o zakończeniu tego szkolenia.

16. EKS lekarza, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne, przekazuje się, za pomocą SMK, do właściwego wojewody, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w terminie 30 dni od dnia zaliczenia szkolenia.”;

32) w art. 16n:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Dyrektor CMKP wykonuje, w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, zadania tego ministra, w odniesieniu do czynności określonych w ust. 4a i 8, jako organ prowadzący postępowanie.”,

b) w ust. 2 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Dyrektor CMKP informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o wpłynięciu tego wniosku.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wniosek podlega weryfikacji pod kątem kompletności złożonych dokumentów dokonywanej przez CMKP oraz ocenie merytorycznej dokonywanej przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora CMKP.”,

d) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku stwierdzenia niekompletności wniosku, dyrektor CMKP wzywa wnioskodawcę do jego uzupełnienia w terminie wskazanym w wezwaniu, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania. O pozostawieniu wniosku bez rozpoznania dyrektor CMKP informuje ministra właściwego do spraw zdrowia.”,

e) w ust. 5:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawiciel albo odpowiednio konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;”,

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej będący co najmniej doktorem habilitowanym;

4) przedstawiciel towarzystwa naukowego lub instytutu badawczego właściwego dla danej dziedziny medycyny.”,

f) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Na podstawie oceny merytorycznej dyrektor CMKP w terminie 14 dni wydaje opinię, która wraz z aktami, jest niezwłocznie przekazywana do ministra właściwego do spraw zdrowia.”,

g) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku gdy ocena merytoryczna zawiera wskazanie do odbycia stażu uzupełniającego, dyrektor CMKP 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, z uwzględnieniem miejsca zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”,

h) ust. 13 i 14 otrzymują brzmienie:

„13. Staż uzupełniający kończy się uzyskaniem opinii zawodowej, wystawionej przez kierownika właściwej komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, którą przekazuje się niezwłocznie do dyrektora CMKP.

14. Po otrzymaniu opinii zawodowej, o której mowa w ust. 13, dyrektor CMKP w terminie 7 dni przekazuje tę opinię wraz z aktami sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia. 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.”;

33) w art. 16o:

a) w ust. 1 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) braku przedłożenia prawa wykonywania zawodu w okresie 1 miesiąca od dnia wydania zaświadczenia, o którym mowa w art. 16c ust. 18.”,

b) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Przez zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, należy rozumieć faktyczne zaprzestanie przez lekarza realizacji programu specjalizacji, zgodnie z rocznym szczegółowym planem szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16m ust. 6, lub nieuzupełnianie wpisów, za pomocą SMK, w EKS przez lekarza odbywającego

szkolenie specjalizacyjne, w okresie 12 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu, z przyczyn leżących po stronie lekarza.”,

c) w ust. 4 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) informacji potwierdzających zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 6 i 7, z przyczyn leżących po stronie lekarza.”;

34) po art. 16o dodaje się art. 16oa w brzmieniu:

„Art. 16oa. 1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma obowiązek:

1) realizowania szkolenia specjalizacyjnego, w tym pełnienia dyżurów medycznych, zgodnie z programem specjalizacji, o którym mowa w art. 16f ust. 3;
2) utrzymywania stałej współpracy z kierownikiem specjalizacji;
3) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego lekarza specjalisty właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych do czasu wydania opinii przez kierownika specjalizacji o możliwości samodzielnego udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych lub po zaliczeniu PEM;
4) bieżącego wypełniania EKS.

2. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma prawo do:

1) udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu, w tym do:
   a) samodzielnego stosowania metod diagnostycznych i leczniczych,
   b) wydawania zleceń lekarskich,
   c) wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne,
   d) prowadzenia dokumentacji medycznej,
   e) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
   f) zlecania wykonania czynności pielęgnacyjnych,
   g) stwierdzania zgonu,
   h) wystawiania recept,
   i) wydawania orzeczeń lekarskich,
   j) pełnienia dyżurów medycznych;

2) płatnego urlopu szkoleniowego, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 2, 3 i 5, art. 16pc i art. 16s ust. 2;
3) samokształcenia realizowanego w ramach szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze określonym w programie szkolenia specjalizacyjnego;
4) doskonalenia zawodowego.”;

35) w art. 16p w ust. 2 pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) numer karty szkolenia specjalizacyjnego albo EKS;”;

36) po art. 16p dodaje się art. 16pa–16pi w brzmieniu:

„Art. 16pa. 1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, z wyłączeniem lekarza, o którym mowa w art. 16 ust. 4, może przystąpić do PEM.

2. Lekarz może przystąpić do PEM po potwierdzeniu przez kierownika specjalizacji zaliczenia modułu podstawowego albo po potwierdzeniu przez kierownika specjalizacji zaliczenia drugiego roku odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu jednolitego.

3. Uprawnienie lekarza do przystąpienia do PEM potwierdza w SMK kierownik specjalizacji.

4. Lekarz zamierzający przystąpić do PEM składa wniosek, za pomocą SMK, w tej sprawie do dyrektora CEM.

5. Wniosek zawiera następujące dane:

1) imię (imiona) i nazwisko wnioskodawcy;
2) numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania;
3) adres poczty elektronicznej i adres do korespondencji wnioskodawcy, a także, jeżeli posiada, numer telefonu;
4) wskazanie jednostki, w której wnioskodawca odbywa szkolenie specjalizacyjne;
5) informacje o posiadanym prawie wykonywania zawodu: jego numer, data wydania i organ wydający;
6) imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy, stopień naukowy lub tytuł naukowy kierownika specjalizacji;
7) wskazanie organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne;
8) wskazanie dziedziny, w jakiej wnioskodawca zamierza składać PEM;
9) wskazanie terminu przystąpienia do PEM.

6. Dyrektor CEM podaje, za pomocą SMK, adres strony internetowej, na której znajdują się dostępne terminy PEM. Lekarz zgłaszający się do PEM może dokonać wyboru jednego z tych terminów, który nie podlega zmianie. Wyznaczony termin PEM przypada nie wcześniej niż przed 21. dniem i nie później niż w ciągu 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku o przystąpienie do danego PEM.

Art. 16pb. 1. W przypadku zgłoszenia do PEM po raz trzeci i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za rok ubiegły, ogłoszonego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w roku poprzedzającym rok, w którym jest wnoszona opłata. Wysokość opłaty określa dyrektor CEM.

2. Opłata, o której mowa w ust. 1, jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany, za pomocą SMK. Opłatę uiszcza się nie później niż w terminie 5 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 16pa ust. 4.

3. W przypadku niewniesienia opłaty, o której mowa w ust. 1, albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna, dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków formalnych, za pomocą SMK lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na adres poczty elektronicznej wskazanym przez wnioskodawcę we wniosku, o którym mowa w art. 16pa ust. 4. Przepisu art. 64 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego nie stosuje się.

4. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych, o których mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od skierowania wezwania dotknięty nimi wniosek traktuje się jako niezłożony. O konsekwencji tej dyrektor CEM informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych.

5. Opłatę, o której mowa w ust. 1, pobiera dyrektor CEM. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.

Art. 16pc. Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 2 dni w roku kalendarzowym na przystąpienie do PEM. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Art. 16pd. 1. W celu przeprowadzania PEM dyrektor CEM wskazuje osoby nadzorujące przebieg egzaminu w danym terminie i miejscu. Osoby zdające są obowiązane podporządkowywać się ich poleceniom w trakcie egzaminu.

2. PEM jest przeprowadzony w formie testu komputerowego przy użyciu urządzenia egzaminacyjnego wykorzystującego jednolite oprogramowanie opracowane przez CEM.

3. Osoby przystępujące w tym samym miejscu i czasie do PEM, rozpoczynają egzamin i kończą egzamin o tej samej godzinie.

4. Egzamin trwa 2 godziny.

Art. 16pe. 1. PEM jest składany w formie testu składającego się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa.

2. Pytania testowe obejmują problematykę określoną w programie szkolenia specjalizacyjnego w zakresie tematyki modułu podstawowego właściwego dla danej specjalizacji lub tematyki dwóch pierwszych lat modułu jednolitego, który odbywa albo ukończył lekarz przystępujący do PEM. Szczegółowy zakres PEM określa program specjalizacji właściwy dla danej dziedziny medycyny.

3. Pytania testowe oraz test opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawicielem, odrębnie dla każdej dziedziny medycyny. W przypadku braku konsultanta krajowego właściwym jest konsultant wojewódzki w danej dziedzinie medycyny wskazany przez dyrektora CEM.

4. Dyrektor CEM prowadzi bazę pytań PEM. Dyrektor CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny, a w przypadku jego braku z konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny wskazanym przez dyrektora CEM, określają minimalną liczbę pytań testowych zawartą w bazie pytań PEM.

5. Testy na każdy nowy termin egzaminu PEM składają się z co najmniej 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM opublikowanych w bazie pytań PEM nie później niż 4 miesiące przed terminem danego PEM. Nowe pytania i testy są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PEM lub sprawującym nadzór nad jego przeprowadzeniem.

6. Bazę pytań PEM dyrektor CEM weryfikuje co najmniej raz w roku z udziałem konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w odpowiedniej dziedzinie medycyny pod kątem zgodności z aktualnym stanem wiedzy. Efektem weryfikacji może

być usunięcie pytania z bazy lub jego modyfikacja. Po weryfikacji bazy pytań PEM pytania testowe mogą być wykorzystane w trakcie PEM nie wcześniej niż po upływie 4 miesięcy od daty modyfikacji.

7. Baza pytań PEM jest udostępniana na stronie internetowej CEM.

8. Dyrektor CEM co najmniej na 4 miesiące przed PEM zamieszcza, na stronie internetowej CEM oraz za pomocą SMK, wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których są przygotowywane pytania do testu, o którym mowa w ust. 1, oddzielnie dla każdej dziedziny medycyny.

Art. 16pf. 1. Lekarz może składać PEM po okazaniu dokumentu potwierdzającego jego tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość lekarz nie może przystąpić do egzaminu.

2. Za każdą prawidłową odpowiedź w teście zdający uzyskuje 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.

3. Zdający PEM w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PEM. Zastrzeżenie składa się do dyrektora CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.

4. Zastrzeżenia rozpatruje konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny, w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia danego PEM. W przypadku uznania zgłoszonego zastrzeżenia, pytanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku PEM lekarza, który złożył zastrzeżenie, co odpowiednio obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za pytania testowe unieważnione nie są przyznawane. Pytanie testowe, wobec którego zostało uznane zastrzeżenie, nie podlega dalszemu wykorzystywaniu w trakcie PEM i jest usuwane z bazy pytań PEM, jeżeli z niej pochodziło.

5. Przebieg PEM może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do PEM informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu.

6. Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Podczas zdawania PEM zdający nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie

może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego, co jest równoważne z uzyskaniem przez niego wyniku negatywnego.

7. W przypadku stwierdzenia w trakcie egzaminu naruszenia zakazu, o którym mowa w ust. 6, lub rozwiązywania testu niesamodzielnie, dyrektor CEM dokonuje dyskwalifikacji zdającego i odnotowuje ten fakt wraz ze wskazaniem przyczyny dyskwalifikacji w protokole egzaminacyjnym. Dyskwalifikacja może być dokona także po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazu i dźwięku zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o których mowa w ust. 5.

8. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. Informację o dyskwalifikacji, dyrektor CEM zamieszcza w SMK oraz podaje na stronie internetowej CEM.

9. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jeżeli lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem okręgowej izby lekarskiej, albo właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Wojskowej Izby Lekarskiej, jeżeli lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem Wojskowej Izby Lekarskiej.

10. Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PEM w okresie 1 roku od dnia dyskwalifikacji.

11. PEM uważa się za zaliczony z wynikiem pozytywnym po uzyskaniu przez lekarza co najmniej 60% możliwej do uzyskania maksymalnej liczby punktów. Wynik egzaminu nie stanowi decyzji w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

12. Pytania testowe niepochodzące z bazy pytań PEM mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, w zakresie w jakim zostały wykorzystane w teście rozwiązywanym przez tę osobę. Dyrektor CEM udostępnia pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych pytań testowych oraz ich reprodukowanie, kopiowanie jakąkolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Pytania testowe wykorzystane w czasie PEM i niepochodzące z bazy pytań PEM, podlegają

udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej po upływie 1 roku od dnia ich pierwszego użycia.

13. Zarejestrowany obraz i dźwięk związany z przebiegiem egzaminu podlegają archiwizacji przez okres 3 miesięcy od dnia powstania zapisu. Pracownicy CEM oraz inne osoby przeprowadzające lub nadzorujące egzamin uzyskują dostęp do zarchiwizowanych materiałów w zakresie realizacji ich ustawowych zadań po otrzymaniu upoważnienia wydanego przez administratora danych.

Art. 16pg. 1. W przypadku rażących uchybień lub nieprzewidzianych zdarzeń mających wpływ na prawidłowy przebieg PEM, dyrektor CEM unieważnia, z urzędu albo na wniosek zdającego, egzamin dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

2. Unieważnienie PEM następuje również, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona; w takim przypadku unieważnienie dotyczy tylko tej osoby.

3. Dyrektor CEM podejmuje rozstrzygnięcie w sprawie unieważnienia PEM w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o przyczynach uzasadniających unieważnienie.

4. Komunikat o rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 3, dyrektor CEM zamieszcza na stronie internetowej CEM, a lekarzowi, którego egzamin został unieważniony, przekazuje rozstrzygnięcie w SMK.

5. Zdający, który wystąpił z wnioskiem lub osoba, której unieważniono PEM, w terminie 14 dni od dnia przekazania informacji o unieważnieniu w sposób, o którym mowa w ust. 4, może złożyć na piśmie albo za pośrednictwem e-PUAP odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Odwołanie składa się za pośrednictwem dyrektora CEM. Dyrektor CEM przekazuje odwołanie wraz ze swoim stanowiskiem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w terminie 7 dni od otrzymania odwołania.

7. Do rozstrzygnięć i postępowania, o których mowa w ust. 1–6, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy oraz sprostowań.

8. Unieważniony PEM traktuje się jako niebyły.

9. Unieważniony PEM jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne. Za powtarzany PEM nie pobiera się opłaty, o której mowa w art. 16pb.

Art. 16ph. 1. Lekarzowi, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia PEM w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu.

2. Podpis dyrektora CEM umieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie.

3. Wynik egzaminu danego lekarza jest mu udostępniany za pomocą SMK lub na stronie internetowej CEM.

4. Na wniosek lekarza, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM, dyrektor CEM wydaje, odpłatnie, duplikat albo odpis świadectwa, albo dokonuje wymiany błędnie sporządzonego świadectwa PEM. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy wymiana wynika z błędu CEM.

5. Wyniki PEM dyrektor CEM przekazuje, za pomocą SMK, organom, o których mowa w art. 16c ust. 8, oraz konsultantowi krajowemu właściwemu dla danego PEM, kierownikowi specjalizacji oraz kierownikowi podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, nie później niż w terminie 14 dni od dnia złożenia tego egzaminu.

6. Lekarz, który uzyskał wynik negatywny PEM, może do niego przystąpić ponownie w innym terminie.

7. Lekarz, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM, jest upoważniony do samodzielnego udzielania świadczeń medycznych w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego oraz pełnienia dyżurów medycznych, o których mowa w art. 16i ust. 5 pkt 2 oraz w art. 95 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

8. Dokumentacja dotycząca PEM oraz kopie świadectw złożenia PEM w formie elektronicznej są przechowywane przez CEM zgodnie z przepisami art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

9. Negatywny wynik z PEM nie może być przeszkodą do kontynuacji przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego.

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

1) wysokość opłaty, o której mowa w art. 16pb ust. 1,
2) szczegółowy sposób i tryb składania PEM oraz ustalania jego wyników,
3) wzór świadectwa złożenia PEM,
4) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PEM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16ph ust. 3,
5) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia PEM

– uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg PEM, w tym koszty przeprowadzenia, a także konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia PEM.

2. Dyrektor CEM wydaje regulamin porządkowy PEM, zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

37) w art. 16r:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) Minister Obrony Narodowej – w przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej;”,

b) ust. 3–6 otrzymują brzmienie:

„3. Podmioty, o których mowa w ust. 2, dokonują weryfikacji oraz zwracają się, za pomocą SMK, do konsultantów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia przez kierownika specjalizacji zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji. Konsultant wojewódzki dokonuje merytorycznej weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. W przypadku braku konsultanta wojewódzkiego lub w przypadku, kiedy konsultant wojewódzki pełni jednocześnie funkcję kierownika specjalizacji, merytorycznej weryfikacji dokonuje konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny. Wojewoda może zwrócić się o dodatkową merytoryczną weryfikację do konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

4. W przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, właściwy konsultant, o którym mowa w ust. 3, przed dokonaniem weryfikacji, o której mowa w ust. 3, może zwrócić się o opinię do właściwego konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju.

5. W przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji, konsultant, o którym mowa w ust. 3, za pomocą SMK, wskazuje brakujące elementy programu specjalizacji.

6. Podmioty, o których mowa w ust. 2, niezwłocznie po uzyskaniu informacji od konsultanta, o którym mowa w ust. 3:

1) potwierdzają zakończenie szkolenia specjalizacyjnego;
2) w przypadku, o którym mowa w ust. 5, odmawiają potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz kierują do zrealizowania brakującego elementu programu specjalizacji i przedłużają okres szkolenia w trybie pozarezydenckim o czas niezbędny do realizacji tego elementu, uwzględniając okres przerwy wynikającej z procedury weryfikacji realizacji programu specjalizacji.”,

c) dodaje się ust. 11 i 12 w brzmieniu:

„11. Lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9, zachowuje uprawnienia, o których mowa w art. 16oa ust. 2 pkt 1 i 4 w okresie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od wydania takiej decyzji.

12. Podmioty, o których mowa w ust. 2, informują dyrektora CEM, za pomocą SMK, o potwierdzeniu zakończenia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza.”;

38) w art. 16rb:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego albo który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym

mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, oraz lekarz, który uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9, mogą wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Kierownik specjalizacji potwierdza ukończenie przedostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego i wydaje, za pomocą SMK, zgodę na przystąpienie do PES.”;

39) w art. 16rc:

a) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Dyrektor CEM prowadzi bazę pytań PES. Dyrektor CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny, a w przypadku jego braku z konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny wskazanym przez dyrektora CEM, określają minimalną liczbę pytań zawartą w bazie pytań PES. Bazę pytań PES dyrektor CEM udostępnia na stronie internetowej CEM.”,

b) ust. 5–7 otrzymują brzmienie:

„5. Testy na każdy nowy termin egzaminu PES składają się z 30% nowych pytań testowych i 70% pytań testowych wybranych z bazy pytań PES. Nowe pytania testowe i testy są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PES lub sprawującym nadzór nad jego przeprowadzeniem.

6. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu są publikowane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań PES.

7. Zadania i pytania egzaminu ustnego PES są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane przez CEM w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad jego przeprowadzeniem.”,

c) dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:

„8. Zadania i pytania egzaminu ustnego PES mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w PES. Dyrektor CEM udostępnia zadania i pytania egzaminu ustnego w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukowanie, kopiowanie jakąkolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

9. Dyrektor CEM po uzgodnieniu z konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny publikuje w SMK na co najmniej 4 miesiące przed egzaminem zakres merytoryczny PES dla danej dziedziny wraz z podaniem wykazu źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wytycznych właściwych towarzystw naukowych, na podstawie których jest weryfikowana poprawność pytań testowych do PES.”;

40) w art. 16s:

a) ust. 10–14 otrzymują brzmienie:

10. W razie rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu PES lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie PES dyrektor CEM, na wniosek członka zespołu egzaminacyjnego, zdającego albo z urzędu unieważnia PES w całości albo w części, w danym terminie dla danej dziedziny, dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

11. Unieważnienie PES w całości albo w części następuje, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona. Przepisów ust. 18 oraz art. 16w ust. 6 nie stosuje się.

12. Dyrektor CEM podejmuje rozstrzygnięcie w sprawie unieważnienia PES w całości albo jego części w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o przyczynach uzasadniających unieważnienie.

13. O rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 10, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę, która złożyła wniosek, o którym mowa w ust. 10.

14. Komunikat o rozstrzygnięciu, o którym mowa w ust. 10, dyrektor CEM zamieszcza na stronie internetowej CEM, a lekarzowi, którego egzamin został unieważniony, przekazuje rozstrzygnięcie w SMK.”,

b) dodaje się ust. 15–19 w brzmieniu:

„15. Zdający, który wystąpił z wnioskiem, oraz lekarz, któremu unieważniono PES w całości albo w części, w terminie 7 dni od zamieszczenia informacji o unieważnieniu w SMK może złożyć na piśmie albo za pośrednictwem e-PUAP odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Odwołanie składa się za pośrednictwem dyrektora CEM. Dyrektor CEM przekazuje odwołanie wraz ze swoim stanowiskiem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

16. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w terminie 7 dni od dnia otrzymania odwołania.

17. Do rozstrzygnięć i postępowania, o których mowa w ust. 10–16 nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy oraz sprostowań.

18. Unieważnienie PES w całości albo w części powoduje, że traktuje się odpowiednio PES w całości albo jego część jako niebyłą.

19. Unieważniony egzamin jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne. W przypadku unieważnienia całości PES wszystkie jego części odbywają się w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne.”;

41) w art. 16t:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku zgłoszenia do PES po raz trzeci i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”,

b) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Lekarz może przystąpić do PES w okresie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, albo od dnia wydania decyzji, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9.”;

42) w art. 16w:

a) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Lekarzowi, który złożył PES z wynikiem pozytywnym, dyrektor CEM po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, albo po uzyskaniu decyzji, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9, wydaje dyplom PES w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji egzaminacyjnej od PKE.”,

b) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Na wniosek lekarza, który złożył PES, dyrektor CEM wydaje, odpłatnie, duplikat albo odpis dyplomu albo dokonuje wymiany dyplomu PES. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy wymiana wynika z błędu CEM.”;

43) art. 16x otrzymuje brzmienie:

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

1) wykaz specjalizacji, o których mowa w art. 16 ust. 2 pkt 2,

2) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy,

3) 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;

4) regulamin postępowania kwalifikacyjnego zawierający tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, uwzględniający punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego do szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego,

5) szczegółowy sposób kierowania na szkolenie i odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty,
6) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
7) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
8) 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,
9) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji,
10) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji

– uwzględniając zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej oraz specyfikę wynikającą z form wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty;

11) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE i zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16u ust. 7 pkt 1,
12) wysokość i sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16t ust. 1,
13) tryb powoływania PKE,
14) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 14b ust. 8, dla członków PKE

– uwzględniając nakład pracy członków i przewodniczącego PKE i zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16u ust. 7 pkt 1, koszty przeprowadzenia egzaminu oraz zapewnienie bezstronności PKE i tego zespołu;

15) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji lekarskiej albo programem specjalizacji lekarsko-dentystycznej,
16) 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,

17) 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,
18) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy dentystów posiadających stopień naukowy doktora za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego

– uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą oraz mając na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów;

19) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu albo odpisu dyplomu PES,
20) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie wymiany dyplomu,
21) wzór dokumentu, o którym mowa w art. 19g ust. 7, potwierdzającego ukończenie kursu,
22) wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych, o którym mowa w art. 19i ust. 12 pkt 1,
23) wzór umowy, o której mowa w art. 19f ust. 2 pkt 10

– mając na celu zapewnienie sprawnej realizacji zadań przez CEM, zapewnienie przejrzystości dokumentów, o których mowa w art. 19g ust. 7 oraz 19f ust. 2 pkt 10, oraz uwzględniając nakład pracy związany z przeprowadzaniem czynności kontrolnych.

2. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, regulamin postępowania kwalifikacyjnego, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi, oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 10, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego tych lekarzy.

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 lekarzy zakwalifikowanych w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym utworzonym przez tego ministra, oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 10, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia tego lekarza.

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 podmiocie leczniczym, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, oraz wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 10, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego tego lekarza.”;

44) art. 17 otrzymuje brzmienie:

„Art. 17. 1. Lekarz albo lekarz dentysta może uzyskać certyfikat potwierdzający posiadane umiejętności zawodowe, zwany dalej „certyfikatem umiejętności zawodowej”.

2. Certyfikat umiejętności zawodowej przyznają:

1) towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 5, albo

2) państwowe instytuty badawcze, o których mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1350 i 2227), uczestniczące w systemie ochrony zdrowia, właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP.

3. Warunkiem dopuszczenia towarzystwa naukowego, do potwierdzenia uzyskania danej umiejętności zawodowej jest zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Informacje te zamieszcza się na stronie internetowej towarzystwa naukowego.

4. Rejestr, o którym mowa w ust. 2, zawiera:

1) numer i datę wpisu do rejestru;

2) nazwę towarzystwa naukowego albo instytutu badawczego;
3) siedzibę i adres towarzystwa naukowego albo instytutu badawczego;
4) formę organizacyjno-prawną;
5) określenie umiejętności zawodowych podlegających certyfikowaniu;
6) numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym, w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji albo samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego – jeżeli towarzystwo naukowe albo instytut badawczy taki numer posiada, oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP);
7) numer i datę zmiany wpisu w rejestrze;
8) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w ust. 8;
9) datę wykreślenia z rejestru.

5. Dyrektor CMKP dokonuje wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 2, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis. Wniosek zawiera dane, o których mowa w ust. 4 pkt 2–6. Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków, o których mowa w ust. 2 i 3, oraz regulamin organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej, o którym mowa w ust. 20.

6. Dyrektor CMKP odmawia wpisu do rejestru w przypadku gdy wniosek o wpis jest niekompletny lub wypełniony niepoprawnie, a także gdy regulamin, o którym mowa w ust. 20, nie daje gwarancji rzetelnej weryfikacji danej umiejętności, w szczególności gdy nie spełnia minimalnych standardów, o których mowa w ust. 21, jeżeli dla danej umiejętności takie standardy zostały opublikowane.

7. Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy wpisane do rejestru są obowiązane zgłaszać dyrektorowi CMKP wszelkie zmiany danych, o których mowa w ust. 4 pkt 2–6, w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

8. Dyrektor CMKP jest uprawniony do kontroli towarzystw naukowych oraz instytutów badawczych wpisanych do rejestru w zakresie:
1) zgodności ze stanem faktycznym informacji, o których mowa w ust. 4 pkt 2–6;
2) spełniania warunków określonych w regulaminie, o którym mowa w ust. 20.

9. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez dyrektora CMKP do wykonywania czynności kontrolnych.

10. Osoby, o których mowa w ust. 9, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

1) wstępu do pomieszczeń wykorzystywanych na potrzeby certyfikacji;
2) udziału w certyfikacji w charakterze obserwatora;
3) wglądu do prowadzonej przez organizatora kształcenia dokumentacji przebiegu certyfikacji;
4) żądania od organizatora kształcenia ustnych i pisemnych wyjaśnień;
5) badania opinii uczestników certyfikacji.

11. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:

1) nazwę i adres siedziby towarzystwa naukowego albo instytutu badawczego wpisanego do rejestru;
2) miejsce odbywania certyfikacji;
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 oraz o przyczynie tej odmowy.

12. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz uprawniony członek zarządu towarzystwa naukowego albo dyrektor instytutu badawczego.

13. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem, towarzystwo naukowe albo instytut badawczy 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.

14. Odmowa podpisania protokołu przez uprawnionego członka zarządu towarzystwa naukowego albo dyrektora instytutu badawczego nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

15. Jeden egzemplarz protokołu przekazuje się towarzystwu naukowemu albo instytutowi badawczemu.

16. Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu mają prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

17. Dyrektor CMKP wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

18. W przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia warunków wymaganych do certyfikacji umiejętności zawodowych oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, dyrektor CMKP wykreśla towarzystwo naukowe albo instytut badawczy z rejestru.

19. Dyrektor CMKP, na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitorowania, opracowuje raport o stanie realizacji certyfikacji w zakresie umiejętności zawodowych w danym roku i przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

20. Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy sporządzają regulamin organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej, w którym określają:

1) warunki kadrowe, sprzętowe i lokalowe wymagane w celu zapewnienia certyfikacji danej umiejętności zawodowej;
2) sposób przeprowadzania certyfikacji;
3) sposób dokumentowania przebiegu certyfikacji;
4) wewnętrzny system oceny jakości certyfikacji oraz sposób jego realizacji;
5) wymagania dla lekarza przystępującego do certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej oraz sposób weryfikacji tych wymagań przez towarzystwo naukowe albo instytut badawczy;
6) wzór certyfikatu umiejętności zawodowej.

21. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca instytutowi badawczemu, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r o instytutach badawczych, uczestniczącemu w systemie ochrony zdrowia, prowadzącemu działalność medyczną i naukową właściwą dla danej umiejętności zawodowej, opracowanie minimalnych standardów obejmujących zagadnienia, o których mowa w ust. 20 pkt 1 i 2, na podstawie których będzie prowadzona certyfikacja danej umiejętności. Dyrektor CMKP, po zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia, publikuje opracowane standardy na stronie internetowej CMKP.

22. Instytut badawczy wpisany do rejestru prowadzący certyfikację danej umiejętności zawodowej, nie może jednocześnie opracować minimalnych standardów, o których mowa w ust. 21, dla tej umiejętności zawodowej. Instytut badawczy, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił opracowanie minimalnych standardów, o których mowa w ust. 21, nie może ubiegać się o wpis do rejestru przez okres 5 lat od dnia opublikowania tych standardów na stronie internetowej CMKP.

23. Lekarz albo lekarz dentysta może uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

24. Towarzystwa naukowe oraz instytuty badawcze prowadzące certyfikację z zakresu umiejętności zawodowych są obowiązane niezwłocznie przekazywać do właściwych okręgowych izb lekarskich wykaz lekarzy oraz datę wydania certyfikatu umiejętności zawodowej w danym zakresie.

25. Informacje, o których mowa w ust. 24, właściwa okręgowa izba lekarska wpisuje do rejestru, o którym mowa w art. 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

26. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej, oraz kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej, mając na względzie zapewnienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”;

45) art. 18 otrzymuje brzmienie:

„Art. 18. 1. Lekarz, z zastrzeżeniem ust. 3, ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego.

2. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy okręgowa rada lekarska potwierdza, za pomocą SMK, oraz przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów prowadzonym przez okręgową radę lekarską. Potwierdzenia dokonuje okręgowa rada lekarska na podstawie przedłożonej przez lekarza dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4.

3. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarza:

1) odbywającego staż podyplomowy albo

2) przebywającego na urlopie macierzyńskim, albo

3) będącego na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu rozliczeniowego.

4. Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego przez uzyskanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych obliczonych w okresach rozliczeniowych.

5. Lekarzowi zatrudnionemu na podstawie stosunku pracy, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, na jego wniosek i za zgodą pracodawcy, przysługuje, w celu realizacji doskonalenia zawodowego, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Lekarz i lekarz dentysta mają obowiązek przedstawić pracodawcy dokument poświadczający ich udział w doskonaleniu zawodowym.

6. Okręgowa rada lekarska powiadamia, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego.

7. Koszty doskonalenia zawodowego może pokrywać lekarz, podmiot leczniczy, w którym lekarz wykonuje zawód, okręgowa izba lekarska, Naczelna Izba Lekarska, Wojskowa Izba Lekarska lub podmiot organizujący szkolenie z zakresu doskonalenia zawodowego.

8. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym lekarz wykonuje zawód, ma obowiązek umożliwić lekarzowi realizację doskonalenia zawodowego.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób dopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę konieczność określenia zakresu stałej aktywności lekarzy w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia.”;

46) w art. 19:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ustawiczny rozwój zawodowy, z wyłączeniem stażu podyplomowego, mogą prowadzić:

1) podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;

2) inne podmioty niż wymienione w pkt 1 uprawnione do kształcenia na podstawie odrębnych przepisów, w tym uczelnie medyczne, inne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną lub badawczą w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, instytuty badawcze;

3) inne podmioty niż wymienione w pkt 1 i 2 po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, zwane dalej „organizatorami kształcenia”.”,

b) w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Warunkami prowadzenia kształcenia w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego są:”,

c) dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie przekazują właściwej okręgowej radzie lekarskiej, w sposób ustalony przez tę radę, informacje o sposobie dopełnienia przez lekarza realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego.

5. W przypadku dopełnienia przez lekarza obowiązku realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego w formie innej niż przy udziale podmiotów, o których mowa w ust. 1, lekarz przekazuje okręgowej radzie lekarskiej informacje o zrealizowanym sposobie ustawicznego rozwoju zawodowego.”;

47) art. 19a otrzymuje brzmienie:

„Art. 19a. Kształcenie w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego wykonywane przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 i 1495).”;

48) w art. 19b:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Podmioty zamierzające wykonywać działalność w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, przedstawiają dane potwierdzające spełnienie warunków, o których mowa w art. 19 ust. 2, oraz składają do właściwej okręgowej rady lekarskiej wniosek o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy, zwanego dalej „rejestrem”, zawierający dane, o których mowa w art. 19c ust. 3 pkt 1–6.

2. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

„Oświadczam, że:

1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;

2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”,

b) w ust. 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu do rejestru, wzory dokumentów: wniosku o wpis do rejestru, informacji o formie kształcenia, zaświadczenia o wpisie do rejestru oraz sposób prowadzenia rejestru, mając na względzie konieczność ujednolicenia dokumentacji dotyczącej prowadzenia ustawicznego rozwoju zawodowego;”,

c) dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Administratorami danych osobowych zamieszczonych w rejestrze są właściwe okręgowe rady lekarskie oraz Naczelna Rada Lekarska.”;

49) w art. 19c:

a) w ust. 3 pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5) przedmiot, zakres i formy określające ustawiczny rozwój zawodowy;

6) początek i koniec okresu planowanego prowadzenia kształcenia;”,

b) w ust. 5 pkt 1–4 otrzymują brzmienie:

„1) przedmiotu i szczegółowego programu kształcenia;

2) terminu rozpoczęcia i zakończenia kształcenia;

3) miejsca i adresu kształcenia;

4) regulaminu kształcenia zawierającego:

a) sposób i tryb kształcenia,

b) zasady i tryb naboru uczestników,

c) uprawnienia i obowiązki osób uczestniczących w kształceniu,

d) szczegółowy sposób weryfikacji wyników kształcenia,

e) wysokość opłaty za udział w kształceniu;”;

50) w art. 19f:

a) w ust. 2:

– po pkt 4 dodaje się pkt 4a i 4b w brzmieniu:

„4a) zapewnić należyte dokumentowanie w jednostce przebiegu szkolenia odbywanego przez każdego specjalizującego się lekarza;

4b) zapewnić prawidłowe i zgodne ilościowo wykonywanie przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne procedur określonych programami specjalizacji;”,

– pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) zawrzeć umowę o staż kierunkowy z podmiotem prowadzącym staż kierunkowy, 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;”,

– dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) wdrożyć zakładowy plan realizacji szkolenia dla danych dziedzin medycyny zgodny z programami szkolenia specjalizacyjnego zatwierdzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”,

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1 i 3, albo jej reorganizacji jednostka ta może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia zaistnienia takiej zmiany lub dnia reorganizacji, jeżeli złoży do wojewody i dyrektora CMKP, za pomocą SMK, oświadczenie o spełnianiu wymagań określonych w ust. 2. Przepis ust. 10 stosuje się odpowiednio.”,

c) po ust. 9 dodaje się ust. 9a–9d w brzmieniu:

„9a. Wraz z oświadczeniem, o którym mowa w ust. 9, jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1 i 3, składa szczegółową informację o przeprowadzonej zmianie formy prawnej lub o zakresie reorganizacji jednostki.

9b. CMKP na podstawie informacji, o której mowa w ust. 9a, za pomocą SMK, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania potwierdza aktualność dotychczasowego wpisu na listę jednostek akredytowanych albo informuje jednostkę o konieczności wystąpienia o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4.

9c. W przypadku utraty przez jednostkę organizacyjną, o której mowa w ust. 1 i 3, akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego osoby odbywające szkolenie specjalizacyjne w takiej jednostce, w celu zapewnienia im ciągłości szkolenia, występują w terminie, o którym mowa w ust. 9, do CMKP o wskazanie miejsc szkoleniowych dostępnych w danej specjalizacji.

9d. CMKP w porozumieniu z wojewodą kieruje osoby, o których mowa w ust. 9c, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego we wskazanym miejscu bez przystępowania przez te osoby do postępowania kwalifikacyjnego. W przypadku liczby wskazań przekraczających liczbę wolnych miejsc szkoleniowych pierwszeństwo do danego miejsca ma osoba, która uzyskała większą liczbę punktów w postępowaniu konkursowym na dane szkolenie, jeżeli takie postępowanie się odbyło.”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1 i 3, występuje, nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 9, do dyrektora CMKP o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4.”,

e) ust. 12 i 13 otrzymują brzmienie:

„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 ona o tym niezwłocznie wojewodę oraz dyrektora CMKP, który skreśla ją, w drodze decyzji, z listy jednostek akredytowanych, o których mowa w ust. 1 i 3.

13. W przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe w danej specjalizacji, wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, występuje do dyrektora CMKP o zmniejszenie maksymalnej liczby miejsc szkoleniowych, o której mowa w ust. 7, odpowiednio do liczby nieprzyjętych osób.”

51) w art. 19g:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Kursy, o których mowa w ust. 1, mogą być realizowane w formie kursu e-learningowego, jeżeli możliwość takiej formy przewiduje program specjalizacji.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Dyrektor CMKP w porozumieniu z jednostkami, o których mowa w art. 19 ust. 1, koordynują 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.”,

c) po ust. 4a dodaje się ust. 4b i 4c w brzmieniu:

„4b. Jednostka prowadząca szkolenie umożliwia lekarzowi udział we właściwych kursach szkoleniowych zgodnie z kwalifikacją, o której mowa w ust. 4a.

4c. W przypadku dysponowania wolnymi miejscami przez podmiot prowadzący kursy szkoleniowe objęte daną specjalizacją w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, w kursie tym może uczestniczyć lekarz dentysta nieodbywający szkolenia specjalizacyjnego. Warunki uczestnictwa w takim kursie określa jednostka organizująca kurs w porozumieniu z dyrektorem CMKP.”;

52) w art. 19h:

a) w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) spełnienie warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Dyrektor CMKP, na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitorowania systemu specjalizacji opracowuje raport o stanie realizacji szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich dziedzinach medycyny w danym roku i przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”;

53) w art. 19i:

a) w ust. 1:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) przedstawiciel towarzystwa naukowego lub instytutu badawczego właściwych dla danej dziedziny medycyny oraz”,

– w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego.”,

b) w ust. 2 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) kontroli spełniania warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2.”,

c) dodaje się ust. 14 w brzmieniu:

„14. Jeżeli w toku kontroli zostanie stwierdzone rażące naruszenie przepisów prawa lub warunków określonych w art. 19f ust. 2, dyrektor CMKP, w drodze decyzji, skreśla podmiot z listy jednostek akredytowanych. Od decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.”;

54) art. 19j otrzymuje brzmienie:

„Art. 19j. Monitorowanie ustawicznego rozwoju zawodowego polega w szczególności na:

1) rejestrowaniu danych określonych w art. 16p ust. 2 oraz informacji o liczbie jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego i liczby miejsc szkoleniowych;
2) przetwarzaniu danych dotyczących liczby jednostek szkolących i miejsc szkoleniowych;
3) badaniu poprawności funkcjonowania poszczególnych procedur szkoleniowych oraz realizacji określonych programów szkoleniowych na każdym ich etapie;
4) badaniu poprawności realizowania zadań przez osoby bezpośrednio nadzorujące lekarzy odbywających szkolenie albo bezpośrednio kierujące ich szkoleniem.”;

55) po art. 19j dodaje się art. 19k–19n w brzmieniu:

„Art. 19k. Monitorowanie organizacji i funkcjonowania ustawicznego rozwoju zawodowego jest prowadzone przy użyciu rejestrowanych danych oraz ankiet wypełnianych przez uczestników szkolenia.

Art. 19l. Wypełnienie ankiet, o których mowa w art. 19k, przez uczestników szkolenia jest obowiązkowe.

Art. 19m. W ramach monitorowania ustawicznego rozwoju zawodowego, z wyłączeniem szkolenia w zakresie umiejętności zawodowych, dyrektor CMKP ma prawo żądania od jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, jednostek ubiegających się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, podmiotów zamierzających prowadzić kurs szkoleniowy objęty programem danej specjalizacji oraz podmiotów, które przeprowadziły taki kurs, pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących warunków i przebiegu szkolenia specjalizacyjnego lub prowadzenia kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji.

Art. 19n. Jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne nie pobiera od lekarzy i lekarzy dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne opłat z tytułu szkolenia teoretycznego i praktycznego objętego programem specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny.”;

56) art. 21–23 otrzymują brzmienie:

„Art. 21. 1. Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym albo eksperymentem badawczym.

2. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.

3. Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

4. Eksperymentem medycznym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od osoby dla celów naukowych.

5. Uczestnikiem eksperymentu medycznego, zwanym dalej „uczestnikiem”, jest osoba, na której eksperyment medyczny jest bezpośrednio przeprowadzany.

Art. 22. Eksperyment medyczny może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki zawodu medycznego.

Art. 23. 1. Eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter lub przebieg eksperymentu, oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze.

2. W przypadku eksperymentu badawczego zawierającego część niemedyczną lekarz kierujący takim eksperymentem współpracuje z inną osobą posiadającą

kwalifikacje niezbędne do przeprowadzenia części niemedycznej, która nadzoruje przebieg tej części.”;

57) po art. 23 dodaje się art. 23a–23c w brzmieniu:

„Art. 23a. 1. Zabrania się przeprowadzania eksperymentu badawczego na:

1) dziecku poczętym;
2) osobie ubezwłasnowolnionej;
3) żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody;
4) osobie pozbawionej wolności albo poddanej detencji;
5) osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącej w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie.

2. Udział w eksperymencie badawczym uczestnika będącego osobą małoletnią jest dozwolony po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego poddanego eksperymentowi badawczemu lub innych małoletnich, należących do tej samej grupy wiekowej;
2) eksperyment badawczy przyniesie istotne rozszerzenie wiedzy medycznej;
3) nie istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby pełnoletniej.

Art. 23b. 1. W eksperymentach medycznych, z wyjątkiem eksperymentów z udziałem uczestników pełnoletnich, którzy mogą wyrazić skuteczną prawnie zgodę, i zdrowych uczestników, nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów.

2. Zabrania się przeprowadzania eksperymentu medycznego z wykorzystaniem przymusowego położenia uczestnika takiego eksperymentu.

3. Podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny nie może pobierać od jego uczestnika, jego przedstawiciela ustawowego oraz osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć, opłat za udział w tym eksperymencie.

Art. 23c. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po zawarciu przez podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na rzecz jego uczestnika oraz osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć.

2. W przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia uczestnika eksperymentu leczniczego można wyjątkowo odstąpić od obowiązku zawarcia umowy określonej w ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę specyfikę eksperymentu medycznego.”;

58) art. 24 i art. 25 otrzymują brzmienie:

„Art. 24. 1. Uczestnik lub jego przedstawiciel ustawowy, przed wyrażeniem zgody, o której mowa w art. 25, otrzymuje informację ustną i pisemną, przedstawioną w sposób zrozumiały. Przekazanie informacji jest odnotowywane w dokumentacji eksperymentu.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje:

1) cel, pełny plan eksperymentu medycznego oraz ryzyko i korzyści związane z eksperymentem;
2) zakres i długość trwania procedur, które mają być stosowane, w szczególności wszelkie uciążliwości i zagrożenia dla zdrowia uczestnika, związane z jego udziałem w eksperymencie;
3) ustalenia dotyczących sposobu reagowania na zdarzenia niepożądane oraz pytania i wątpliwości uczestnika;
4) środki powzięte w celu zapewnienia poszanowania życia prywatnego uczestnika oraz poufności jego danych osobowych;
5) zasady dostępu do informacji istotnych dla uczestnika, uzyskanych podczas realizacji tego eksperymentu oraz do ogólnych jego wyników;
6) zasady wypłaty odszkodowania w sytuacji powstania szkody;
7) wszelkie przewidywane dalsze użycie wyników eksperymentu medycznego, danych oraz materiału biologicznego zgromadzonego w jego trakcie, w tym jego użycia dla celów komercyjnych;
8) źródła finansowania eksperymentu medycznego;
9) zasady dostępu do leczenia eksperymentalnego po zakończeniu udziału w eksperymencie leczniczym, jeżeli okaże się, że u danego uczestnika eksperyment ten przyniósł korzyści dla jego zdrowia;

10) możliwości i zasady dostępu do innego eksperymentu leczniczego, jeżeli może on przynieść uczestnikowi korzyści dla jego zdrowia.

3. Dodatkowo uczestnik, przed rozpoczęciem eksperymentu medycznego, jest informowany o swoich prawach oraz o ochronie gwarantowanej w przepisach prawa, w szczególności o przysługującym mu prawie do odmowy udzielenia zgody i do wycofania zgody w każdym momencie, bez podania przyczyny i bez negatywnych konsekwencji prawnych w postaci jakiejkolwiek dyskryminacji, w tym w zakresie prawa do opieki zdrowotnej.

4. W przypadku gdy natychmiastowe przerwanie eksperymentu medycznego mogłoby spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, osoba przeprowadzająca eksperyment medyczny ma obowiązek go o tym poinformować.

Art. 25. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po uzyskaniu zgody jego uczestnika lub osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć.

2.W przypadku uczestnika będącego osobą małoletnią, która nie ukończyła 13. roku życia, zgody, o której mowa w ust. 1, udziela jej przedstawiciel ustawowy.

3. W przypadku uczestnika będącego osobą małoletnią, która ukończyła 13. rok życia jest wymagana zgoda takiej osoby oraz jej przedstawiciela ustawowego. Jeżeli między tymi osobami nie ma porozumienia, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

4. W sprawach, o którym mowa w ust. 2 i 3, stosuje się art. 97 § 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019 r. poz. 2086 i 2089).

5. W przypadku uczestnika będącego osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie zgody na udział w eksperymencie leczniczym udziela jej opiekun prawny. Przepisu art. 156 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy nie stosuje się. Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona całkowicie ma dostateczne rozeznanie, wymagana jest również jej zgoda. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio.

6. W przypadku uczestnika będącego osobą ubezwłasnowolnioną częściowo niepozostającą pod władzą rodzicielską, zgody na udział w eksperymencie leczniczym udziela kurator i ta osoba. Przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio.

7. W przypadku uczestnika będącego osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącą w stanie z rozeznaniem wyrazić zgody, zezwolenia na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego udziela sąd opiekuńczy właściwy miejscowo, w którego okręgu eksperyment zostanie przeprowadzony.

8. Zgoda, o której mowa w ust. 1–6, wymaga formy pisemnej. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch bezstronnych świadków posiadających pełną zdolność do czynności prawnych. Zgoda tak złożona podlega odnotowaniu w dokumentacji eksperymentu medycznego.

9. W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy odmawia zgody na udział uczestnika w eksperymencie leczniczym, zezwolenia na przeprowadzanie eksperymentu może udzielić sąd opiekuńczy.

10. W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy lub uczestnik odmawia zgody na udział w eksperymencie badawczym, jego przeprowadzenie jest zabronione.

11. Z wnioskiem o wyrażenie zezwolenia sądowego na udział w eksperymencie medycznym lub w sprawach, o których mowa w ust. 3–6, może wystąpić przedstawiciel ustawowy uczestnika albo podmiot zamierzający przeprowadzić eksperyment medyczny.”;

59) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:

„Art. 25a. Przeprowadzenie eksperymentu leczniczego bez wymaganej zgody jest dopuszczalne po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) uczestnik jest niezdolny do udzielenia zgody na udział w tym eksperymencie;
2) zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki i ze względu na konieczność natychmiastowego działania uzyskanie zgody na udział w eksperymencie leczniczym od przedstawiciela ustawowego uczestnika albo zezwolenia sądowego nie jest możliwe w wystarczająco krótkim czasie;
3) eksperyment o porównywalnej skuteczności nie może być przeprowadzony na osobach nieznajdujących się w sytuacji niecierpiącej zwłoki;
4) uczestnik uprzednio nie wyraził sprzeciwu wobec udziału w takim eksperymencie;
5) uczestnik eksperymentu leczniczego prowadzonego w sytuacji niecierpiącej zwłoki, i – jeżeli dotyczy – jego przedstawiciel ustawowy, otrzyma wszelkie istotne informacje dotyczące uczestnictwa w tym eksperymencie w najszybszym możliwym czasie;
6) wystąpiono o zgodę na udział w eksperymencie leczniczym albo o wydanie przez sąd, o którym mowa w art. 25 ust. 7, zezwolenia na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego.”;

60) art. 26–29 otrzymują brzmienie:

„Art. 26. 1. Udział w eksperymencie medycznym nie może opóźnić ani pozbawiać jego uczestnika koniecznych medycznie procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych.

2. Podczas eksperymentu medycznego zapewnia się uczestnikowi przypisanemu do grupy kontrolnej stosowanie sprawdzonych metod profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych.

3. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie, gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi niedopuszczalnego ryzyka lub obciążenia dla uczestnika.

Art. 27. 1. Uczestnik lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na udział w eksperymencie medycznym może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. W takim przypadku podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny ma obowiązek przerwać eksperyment.

2. Podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać eksperyment, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia uczestnika przewyższające spodziewane dla niego korzyści.

3. Podmiot prowadzący eksperyment badawczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania nastąpi nieprzewidziane zagrożenie zdrowia lub życia jego uczestnika.

Art. 28. Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym lub badaniem przesiewowym może być wykorzystana do celów naukowych bez zgody uczestnika w sposób uniemożliwiający jego identyfikację.

Art. 29. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Opinia ta nie stanowi decyzji administracyjnej.

2. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu warunków przeprowadzania eksperymentu i kryteriów etycznych odnoszących się do prowadzenia eksperymentów z udziałem człowieka oraz celowości i wykonalności projektu.

3. Komisje bioetyczne i Odwoławcza Komisja Bioetyczna wydają także opinie dotyczące badań naukowych, jeżeli inne ustawy tak stanowią, w zakresie określonym w tych ustawach.

4. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny, wysokie kwalifikacje specjalistyczne oraz znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu eksperymentów medycznych. Członków komisji bioetycznej powołuje:

1) okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3;
2) rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu;
3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych.

5. W przypadku, o którym mowa w art. 23 ust. 2, w posiedzeniu komisji bierze udział osoba będąca ekspertem w dziedzinie, której dotyczy część niemedyczna eksperymentu badawczego.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, powołuje członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej rozpatrującej odwołania od uchwał wydanych przez komisje bioetyczne, o których mowa w ust. 1. Przepisy ust. 1, 2, ust. 4 zdanie pierwsze, ust. 5 oraz ust. 8–14 stosuje się.

7. W skład komisji bioetycznych, o których mowa w ust. 4 pkt 2 i 3, na prawach członka komisji wchodzi również przedstawiciel właściwej okręgowej rady lekarskiej.

8. Członkiem komisji bioetycznej nie może zostać osoba skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, lub prawomocnie skazana na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu albo karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

9. Kandydat do komisji bioetycznej przed powołaniem do niej wyraża pisemną zgodę na udział w pracach komisji oraz składa pisemne oświadczenie o zachowaniu bezstronności i poufności.

10. Podmiot powołujący komisję bioetyczną odwołuje członka komisji bioetycznej przed upływem kadencji, jeżeli:

1) złożył on rezygnację z pełnionej funkcji;
2) w uzasadnionej ocenie tego podmiotu nie realizuje powierzonych mu zadań lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie;
3) został skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, lub został

prawomocnie skazany na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu albo zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

11. Komisja bioetyczna działa zgodnie z regulaminem określonym przez podmiot powołujący.

12. W podejmowaniu uchwały nie może brać udziału członek komisji bioetycznej, którego dotyczy wniosek będący przedmiotem uchwały.

13. W posiedzeniu komisji bioetycznej, poza jej członkami, mogą uczestniczyć:

1) wnioskodawca, w części posiedzenia dotyczącej prezentacji jego wniosku;
2) eksperci wydający opinię o danym eksperymencie medycznym;
3) sekretarz komisji.

14. Komisja bioetyczna podejmuje uchwałę wyrażającą opinię o projekcie eksperymentu medycznego w drodze tajnego głosowania. W głosowaniu mogą być oddane wyłącznie głosy za wydaniem opinii pozytywnej albo za wydaniem opinii negatywnej. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów. Komisja bioetyczna wyraża opinię nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji eksperymentu medycznego.

15. Odwołanie od uchwały komisji bioetycznej wyrażającej opinię może wnieść:

1) wnioskodawca;
2) kierownik podmiotu, w którym eksperyment medyczny ma być przeprowadzony;
3) komisja bioetyczna właściwa dla ośrodka, który ma uczestniczyć w wieloośrodkowym eksperymencie medycznym.

16. Odwołanie, o którym mowa w ust. 15, wnosi się za pośrednictwem komisji bioetycznej, która podjęła uchwałę, do Odwoławczej Komisji Bioetycznej, w terminie 14 dni od dnia doręczenia uchwały wyrażającej opinię.

17. Jeżeli komisja bioetyczna, która wydała opinię, uzna, że odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie, może wydać nową opinię, w której uchyli albo zmieni opinię objętą odwołaniem.

18. Komisja bioetyczna, która wydała opinię, jest obowiązana przesłać odwołanie wraz z aktami sprawy Odwoławczej Komisji Bioetycznej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymała odwołanie, jeżeli w tym terminie nie wydała nowej opinii na podstawie ust. 16.

19. Odwoławcza Komisja Bioetyczna rozpatruje odwołanie w terminie 3 miesięcy od dnia jego otrzymania; przepis ust. 17 stosuje się odpowiednio.

20. Członkom Odwoławczej Komisji Bioetycznej za posiedzenie oraz ekspertowi za sporządzenie opinii przysługuje:

1) wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

21. Dokumentacja eksperymentu medycznego oraz materiały z posiedzeń komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej, w szczególności jej uchwały, są przechowywane zgodnie z przepisami art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Dokumentacja ta przechowywana jest przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym została wydana ostateczna uchwała w sprawie wydania opinii.

22. Postępowanie w sprawie wydania opinii jest wszczynane na wniosek, który zawiera:

1) oznaczenie osoby lub innego podmiotu zamierzającego przeprowadzić eksperyment medyczny, a w przypadku eksperymentu prowadzonego w dwóch lub więcej podmiotach - również nazwy wszystkich podmiotów, w których eksperyment ten ma być przeprowadzony;
2) tytuł eksperymentu medycznego i uzasadnienie co do jego celowości i wykonalności;
3) imię i nazwisko, adres oraz kwalifikacje zawodowe i naukowe osoby, która ma kierować eksperymentem medycznym;
4) informację o warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej uczestników;
5) dane o spodziewanych korzyściach leczniczych i poznawczych oraz ewentualnie przewidywanych innych korzyściach dla uczestników.

23. Do wniosku należy dołączyć:

1) szczegółowy opis eksperymentu medycznego, w tym przewidywaną liczbę jego uczestników, miejsce i czas wykonywanie eksperymentu medycznego, planowane procedury, warunki włączenia i wykluczenia uczestnika z eksperymentu

medycznego, przyczyny przerwania eksperymentu medycznego oraz planowane wykorzystanie wyników eksperymentu medycznego;

2) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe i naukowe osoby, która ma kierować eksperymentem medycznym, i osoby, o której mowa w art. 23 ust. 2 – jeżeli dotyczy;

3) wzór informacji przeznaczonej dla uczestnika, zawierającej dane, o których mowa w art. 24 ust. 2;

4) wzór formularza zgody uczestnika, w którym powinny być zawarte co najmniej stwierdzenia dotyczące:

   a) dobrowolnego wyrażenia zgody na poddanie się eksperymentowi medycznemu po zapoznaniu się z informacją, o której mowa w art. 24 ust. 2,

   b) potwierdzenia możliwości zadawania pytań prowadzącemu eksperyment medyczny i otrzymania odpowiedzi na te pytania,

   c) uzyskania informacji o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie medycznym w każdym jego stadium;

5) wzór oświadczenia o przyjęciu przez uczestnika warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

6) wzór oświadczenia składanego przez uczestnika, w którym wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych związanych z udziałem w eksperymencie medycznym przez osobę lub podmiot przeprowadzający ten eksperyment;

7) zgodę kierownika podmiotu, w którym jest planowane przeprowadzenie eksperymentu medycznego.

24. Wniosek oraz dokumenty, o których mowa w ust. 23, składa się w języku polskim w postaci papierowej albo za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

25. Wniosek składany za pomocą środków komunikacji elektronicznej jest podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym wnioskodawcy.

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

1) szczegółowy tryb powoływania oraz sposób działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej,

2) wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 9,

3) szczegółowy sposób postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie eksperymentu medycznego,

4) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej

– uwzględniając konieczność rzetelnego i sprawnego wydawania opinii w sprawach, o których mowa w ust. 2 i 3.”;

61) po art. 29 dodaje się art. 29a w brzmieniu:

„Art. 29a. 1. Przepisy rozdziału IV nie naruszają przepisów innych ustaw określających odmienne zasady i tryb przeprowadzania badań klinicznych lub badań genetycznych.

2. Działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji materiału biologicznego do celów naukowych nie stanowi eksperymentu medycznego.”;

62) art. 30 otrzymuje brzmienie:

„Art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.”;

63) art. 39 otrzymuje brzmienie:

„Art. 39. 1. Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

2. W przypadku powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w ust. 1, podmiot leczniczy, w ramach działalności którego powstrzymano się od wykonania świadczenia zdrowotnego, jest obowiązany wskazać lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą, który zapewni możliwość wykonania tego świadczenia.”;

64) w art. 53 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską prowadzący odpowiednio staż podyplomowy lub szkolenie specjalizacyjne, może zatrudniać lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego lub szkolenia specjalizacyjnego.”;

65) w art. 58:

a) uchyla się ust. 3,

b) dodaje się ust. 4–8 w brzmieniu:

„4. Kto przeprowadza eksperyment medyczny bez wymaganej prawnie zgody albo zezwolenia sądowego,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

5. Kto przeprowadza eksperyment badawczy wbrew warunkom, o których mowa w art. 23a lub art. 23b,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 2.

6. Członek komisji bioetycznej, który wbrew przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informacje, z którymi zapoznał się w związku z pełnieniem swojej funkcji,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 2.

7. Kto przeprowadza eksperyment medyczny:

1) bez uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej albo wbrew jej warunkom,

2) bez zawarcia umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 23c ust. 1,

podlega karze grzywny od 1000 zł do 50 000 zł.

8. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1 i 7, toczy się według przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1120, 1123, 1556 i 1694).”.

Art. 2. W ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Zawód felczera może wykonywać osoba, której Naczelna Rada Lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu i która jest jednocześnie wpisana do Centralnego Rejestru Felczerów prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską.”;

2) w art. 1a uchyla się ust. 1–4;

3) uchyla się art. 1b;

4) w art. 1c ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Naczelna Rada Lekarska określi szczegółowy tryb prowadzenia Centralnego Rejestru Felczerów.”;

5) w art. 2a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Felczer albo starszy felczer tracą prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z mocy prawa w przypadku ubezwłasnowolnienia.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Felczer albo starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu i niewykonujący zawodu przez 5 lat tracą prawo do wykonywania zawodu i podlegają wykreśleniu z Centralnego Rejestru Felczerów.”,

c) uchyla się ust. 3;

6) art. 2d otrzymuje brzmienie:

„Art. 2d. Zadania Naczelnej Rady Lekarskiej, o których mowa w art. 1c, oraz prace komisji, o których mowa w art. 2b i art. 2c, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Członkom komisji przysługuje za każde posiedzenie komisji wynagrodzenie w wysokości 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”;

7) w art. 2e ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej w sprawach, o których mowa w art. 2a ust. 1, art. 2b ust. 1, 2, 3 i 7 oraz w art. 2c ust. 1, 6 i 7, stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 oraz z 2019 r. poz. 60, 730 i 1133) odnoszące się do decyzji administracyjnych.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:
   a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:
      „3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;”,
   b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
      „3a) przyznawanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;”;
2) w art. 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
   „1. Lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej.”;
3) w art. 9 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:
   „2. Przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się do lekarza niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lekarza na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”;
4) w art. 49 w ust. 5 pkt 23 otrzymuje brzmienie:
   „23) rodzaj umiejętności zawodowej i datę uzyskania świadectwa potwierdzającego tę umiejętność;”;
5) w art. 83 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:
   „7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu albo prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”;

6) w art. 115 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Czynności przewidziane w ustawie dla ministra właściwego do spraw zdrowia wobec Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, w odniesieniu do Wojskowej Izby Lekarskiej wykonuje Minister Obrony Narodowej.”.

Art. 4. 1. W latach 2020–2029 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia będących konsekwencją wejścia w życie ustawy wynosi 181,795 mln zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

1) 2020 r. – 26,337 mln zł;
2) 2021 r. – 20,516 mln zł;
3) 2022 r. – 16,118 mln zł;
4) 2023 r. – 16,188 mln zł;
5) 2024 r. – 16,501 mln zł;
6) 2025 r. – 16,833 mln zł;
7) 2026 r. – 16,849 mln zł;
8) 2027 r. – 17,067 mln zł;
9) 2028 r. – 17,438 mln zł;
10) 2029 r. – 17,948 mln zł.

2. W przypadku przekroczenia w pierwszym półroczu danego roku 65% limitu, o którym mowa w ust. 1, lub w przypadku zagrożenia przekroczenia przyjętego na dany rok budżetowy limitu wydatków, wysokość tych wydatków w drugim półroczu obniża się do poziomu gwarantującego, że ten limit nie zostanie przekroczony.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 5. 1. W latach 2020–2029 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji właściwych wojewodów będących konsekwencją wejścia w życie ustawy wynosi 1864,970 mln zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

1) 2020 r. – 0 zł;
2) 2021 r. – 207,219 mln zł;
3) 2022 r. – 207,219 mln zł;
4) 2023 r. – 207,219 mln zł;

5) 2024 r. – 207,219 mln zł;
6) 2025 r. – 207,219 mln zł;
7) 2026 r. – 207,219 mln zł;
8) 2027 r. – 207,219 mln zł;
9) 2028 r. – 207,219 mln zł;
10) 2029 r. – 207,219 mln zł.

2. W przypadku przekroczenia w pierwszym półroczu danego roku 65% limitu, o którym mowa w ust. 1, lub w przypadku zagrożenia przekroczenia przyjętego na dany rok budżetowy limitu wydatków, wysokość tych wydatków w drugim półroczu obniża się do poziomu gwarantującego, że ten limit nie zostanie przekroczony.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, jest minister właściwy do spraw zdrowia, a organami właściwymi do wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, są poszczególni wojewodowie.

Art. 6. Cudzoziemcy, o których mowa w art. 15 ust. 3e i 3f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, którzy rozpoczęli odbywanie stażu podyplomowego przed dniem 1 kwietnia 2020 r., odbywają ten staż na zasadach dotychczasowych.

Art. 7. Cudzoziemcy, o których mowa w art. 16h ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, którzy rozpoczęli odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przed dniem 1 kwietnia 2020 r., odbywają to szkolenie na zasadach dotychczasowych.

Art. 8. Do postępowania dotyczącego uznania stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej albo innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, wszczętego i niezakończonego przed dniem 1 kwietnia 2020 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Do postępowań dotyczących uznania tytułu specjalisty, o którym mowa w art. 16n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, oraz potwierdzenia dyplomu felczera, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym, wszczętych i niezakończonych przed dniem 1 kwietnia 2020 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 10. Do kwalifikacji na staż podyplomowy, która odbędzie się przed dniem 1 marca 2021 r., oraz do odbywania tego stażu, jeżeli rozpocznie się przed tym dniem stosuje się

przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, z wyjątkiem art. 15 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, który stosuje się w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 11. Przepisy dotyczące unieważnienia egzaminów przeprowadzanych na podstawie ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy do egzaminów przeprowadzonych po dniu 1 kwietnia 2020 r.

Art. 12. Do szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed dniem 1 października 2021 r., stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, z wyjątkiem:

1) art. 16 ust. 2–8,
2) art. 16c ust. 1 pkt 2, ust. 2 pkt 2, 9, 11a, 15, ust. 10 pkt 1–3, ust. 10a, 10c, 11, 17d, 17f i 18,
3) art. 16ea,
4) art. 16f ust. 1–2a, ust. 3 pkt 2 lit. h i pkt 5 oraz ust. 4–6 i 9,
5) art. 16g ust. 5,
6) art. 16h–art. 16l,
7) art. 16m ust. 6, 6b, 7–7b, 11, 12, 13b i 14–16,
8) art. 16o, art. 16oa, art. 16p,
9) art. 16r ust. 2 pkt 2, ust. 4-6, 11 i 12,
10) art. 16s, art. 16rb,
11) art. 16t ust. 5,
12) art. 16w

– ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, które stosuje się w odniesieniu do tego szkolenia od dnia 1 kwietnia 2020 r.

Art. 13. Wydawanie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa w art. 7c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejsza ustawą, rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 2021 r.

Art. 14. Dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa w art. 6 ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, są wydawane według wzorów obowiązujących w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy do dnia 31 grudnia 2020 r.

Art. 15. Przepisy dotyczące kwalifikacji na staż podyplomowy oraz odbywania stażu, ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy do stażu podyplomowego, który rozpocznie się z dniem 1 marca 2021 r.

Art. 16. Przepisy dotyczące kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne oraz odbywania szkolenia specjalizacyjnego ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się po raz pierwszy do postępowania kwalifikacyjnego rozpoczynającego się z dniem 1 października 2021 r. i szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w wyniku tego postępowania.

Art. 17. Do Państwowego Egzaminu Modułowego może przystąpić lekarz, który zakwalifikował się na szkolenie specjalizacyjne w wyniku postępowania kwalifikacyjnego rozpoczętego w dniu 1 października 2021 r.

Art. 18. Terminy, o których mowa w:

1) art. 16t ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1,
2) art. 2a ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2

– w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są liczone od dnia 1 kwietnia 2020 r. w odniesieniu do zdarzeń określonych w tych przepisach, które nastąpiły przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 19. Do eksperymentów medycznych, co do których komisja bioetyczna wydała opinię przed dniem 1 stycznia 2021 r., oraz postępowań w sprawie wyrażenia opinii o projekcie eksperymentu medycznego, wszczętych i niezakończonych przed tym dniem, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 20. Rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, staje się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rejestrem podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3, ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 21. Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uruchomi bazę pytań, o której mowa w:

1) art. 14c ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – do dnia 15 października 2020 r.;

2) art. 16pe ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – najpóźniej na 4 miesiące przed planowanym Państwowym Egzaminem Modułowym w określonej dziedzinie medycyny;
3) art. 16rc ust. 4a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą – do dnia 1 listopada 2020 r.

Art. 22. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 15 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 15l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
2) art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
3) art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 i art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
4) art. 16x ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
5) art. 16x ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
6) art. 16x ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
7) art. 18 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
8) art. 29 ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 29 ust. 26 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą

– jednak nie dłużej niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 23. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r., z wyjątkiem art. 1:

1) pkt 8, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.,

2) pkt 2 lit. b w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 3 oraz lit. c w zakresie art. 3 ust. 8 pkt 3, pkt 12 lit. e, pkt 37 w zakresie art. 16r ust. 3, pkt 41 lit. a, które wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2020 r.,

3) pkt 2 lit. b w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 6–8 oraz lit. c w zakresie art. 3 ust. 8 pkt 6–8, pkt 4 lit. a tiret trzecie i lit. b, pkt 5 i 6, pkt 7 lit. a w zakresie art. 7 ust. 1 pkt 1 lit. b, pkt 13, pkt 18 w zakresie art. 15 ust. 1 i 3–10, pkt 19 w zakresie art. 15a–15i oraz art. 15k–15n, pkt 31 lit. a oraz pkt 39, 44, 56–61 i 65

– które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.;

4) pkt 20 lit. e, pkt 21 lit. a w zakresie art. 16c ust. 1 pkt 1, lit. b, lit. c w zakresie art. 16c ust. 2 pkt 17–20, lit. d–h, lit. i tiret drugie, lit. m–s, lit. t w zakresie art. 17e, art. 17g i art. 17h, pkt 22, pkt 24 lit. c w zakresie art. 16f ust. 3 pkt 1, pkt 2 lit. c–e, f oraz j oraz pkt 2a i pkt 3, pkt 25 lit. a, pkt 31 lit. b w zakresie art. 16m ust. 6a, pkt 36, pkt 43 oraz pkt 50 lit. a tiret trzecie

– które wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

UZASADNIENIE

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą” albo „zmienianą ustawą”, określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu, organizację kształcenia przed- i podyplomowego, warunki uznawania kwalifikacji zawodowych, zakres uprawnień i obowiązków oraz warunki realizacji eksperymentu medycznego. Minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc także pod uwagę rekomendację ekspertów środowiska lekarskiego i samorządu zawodowego, dostrzega konieczność dokonania niezbędnych zmian, które dostosują obowiązujące przepisy ustawy do bieżących potrzeb, tak by stały się one bardziej przyjazne w przebiegu całości organizacji kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Powyższe zmiany obejmuje projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem ustawy”. Projekt ustawy ma na celu dokonanie zmian związanych z zapewnieniem dostępu do wysokiej jakości kształcenia podyplomowego, w tym za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Zmiana dotycząca kształcenia podyplomowego tworzy kompleksową regulację prawną najważniejszych zagadnień związanych z organizacją i realizacją stażu podyplomowego w akcie prawnym rangi ustawowej, w tym umożliwia cudzoziemcom odbywanie stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Natomiast nowelizacja przepisów dotyczących szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniająca rekomendacje ekspertów oraz wytyczne map potrzeb zdrowotnych w zakresie zapotrzebowania na kadrę lekarską, obejmuje m.in. weryfikację procedur naboru na specjalizacje w poszczególnych dziedzinach medycyny, wprowadzając nowe rozwiązania polegające m.in. na umożliwieniu lekarzom aplikowania o odbywanie specjalizacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Projekt ustawy porządkuje także terminologię określającą kształcenie na każdym etapie rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów przez określenie na nowo zakresu ustawicznego rozwoju zawodowego. Procedura dostępu lekarzy do wolnych miejsc specjalizacyjnych zostanie ułatwiona przez dodanie przepisów umożliwiających utworzenie jednego, centralnego systemu kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydenckich finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich. Nowością jest wprowadzenie przepisów przyznających

kierownikom specjalizacji dodatku, co będzie zobowiązaniem do zwiększenia przez nich nadzoru nad odbywanym przez lekarzy szkoleniem specjalizacyjnym. Na wniosek Ministra Obrony Narodowej i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji dodano również możliwość finansowania kierowników specjalizacji dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowań kwalifikacyjnych prowadzonych przez te organy. Od dłuższego czasu są zgłaszane przez środowisko pracodawców braki kadrowe lekarzy specjalistów w różnych dziedzinach medycyny. Firma Manpower wydała w 2019 r. raport podsumowujący zapotrzebowanie na personel w polskim sektorze medycznym. Opracowanie zostało stworzone na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych przez linię biznesową Manpower Life Science we współpracy z Polską Federacją Szpitali. Z raportu wynika, że największe zapotrzebowanie jest zgłaszane na specjalistów z dziedzin pediatrii i chorób wewnętrznych (po 23%), anestezjologii i intensywnej terapii (21%), chirurgii ogólnej (15%), medycyny ratunkowej i neonatologii (po 13%), urologii (11%), położnictwa i ginekologii (10%), neurologii (8%) i chorób płuc (7%). W badaniu Manpower respondenci zostali również zapytani o otwartość na zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy. Dotyczyło to kandydatów, którzy zdali egzamin państwowy z języka polskiego, a ich dyplomy zostały nostryfikowane. Tak odpowiedziało 79% ankietowanych, z czego 17% odpowiedziało zdecydowanie tak. W ramach badania opinii nie było pytania do ankietowanych odnośnie do zastosowania innych rozwiązań w tym zakresie. W 2017 r. łącznie do uczelni kształcących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym wpłynęły 634 wnioski o nostryfikację dyplomu uzyskanego poza UE, z czego tylko 150 dyplomów ostatecznie uznano. Dlatego też, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej, a co za tym idzie z trudnościami zapewnienia ciągłości udzielania niektórych zakresów świadczeń zdrowotnych oraz szukając innych rozwiązań, wprowadzone zostają przepisy umożliwiające w trybie uproszczonym, ale też pod kontrolą samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza Unią Europejską (UE), po spełnieniu określonych w ustawie wymogów. Uproszczeniem jest wprowadzenie do porządku prawnego Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego (LEW) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (LDEW) dla lekarzy legitymujących się dyplomem ukończenia kierunku lekarskiego lub

lekarsko-dentystycznego w krajach spoza UE, dzięki którym możliwa będzie ocena kwalifikacji zawodowych tych lekarzy w odniesieniu do poziomu minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach UE. Ustawowy nadzór okręgowych rad lekarskich nad oceną kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dyplom uzyskany poza Unią Europejską oraz możliwość sprawdzenia wiedzy i umiejętności lekarzy dają gwarancję utrzymania jakości udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, wykluczając tym samym jakiekolwiek ryzyko, oraz zapewnią utrzymanie bezpieczeństwa i zdrowia publicznego. Proponowane wyżej rozwiązania są wprowadzane po raz pierwszy do polskiego systemu opieki zdrowotnej, zatem skala oddziaływania nowo przewidzianych regulacji, tj. oszacowanie liczby osób spoza obszaru UE, która mogłaby skorzystać z wprowadzanych ułatwień, trudna jest do oceny w sytuacji, gdy inne państwa unijne zachęcają jednocześnie tych samych lekarzy do podejmowania pracy w ich kraju, gwarantując na wstępie dużo wyższe wynagrodzenie. Uproszczeniem jest wprowadzenie także przepisu umożliwiającego odbywanie przez wszystkich lekarzy cudzoziemców szkolenia specjalizacyjnego na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Ponadto projektowane przepisy sankcjonują, po spełnieniu określonych w ustawie warunków, uznanie dorobku zawodowego również lekarzom dentystom, umożliwiając im tym samym skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego bez postępowania kwalifikacyjnego. Do porządku prawnego wprowadza się nowy egzaminy państwowy, który ma za zadanie sprawdzenie na danym etapie efektów szkolenia odbytego przez lekarzy ustawicznego doskonalenia zawodowego, tj. Państwowy Egzamin Modułowy (PEM).

W porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej (MON) zostały naniesione w projekcie zmiany będące uporządkowaniem terminologii zgodnie z obowiązującą organizacją procesu szkolenia lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej. Jednocześnie w projekcie ustawy wprowadzono zmiany dostosowujące jej terminologię do terminologii stosowanej w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.). Do zespołów ekspertów działających na potrzeby kształcenia podyplomowego włącza się również konsultantów krajowych właściwych w dziedzinach medycyny związanych z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub

konsultantów wojskowej służby zdrowia oraz przedstawicieli instytutów badawczych właściwych dla danej dziedziny medycyny.

Projektowana ustawa, z uwagi na nieprecyzyjne dotychczas przepisy dotyczące kształcenia podyplomowego, porządkuje przepisy dotyczące procesu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów przez określenie nowej definicji ustawicznego rozwoju zawodowego. Przez ustawiczny rozwój zawodowy rozumie się:

1) kształcenie podyplomowe, które obejmuje staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych dalej „umiejętnościami zawodowymi", oraz
2) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w ramach samokształcenia oraz w zorganizowanych formach kształcenia.

Omówienie szczegółowego zakresu organizacji ustawicznego doskonalenia zawodowego następuje w nowelizowanym rozdziale 3 projektu ustawy.

Umiejętność zawodowa oznacza biegłą oraz praktyczną znajomość przeprowadzania określonych procedur diagnostycznych i lekarskich z wykorzystaniem jednolitych metod i technik ich wykonywania. Umiejętność lekarska może dotyczyć pojedynczej czynności lub składać się z wielu takich samych lub różnych czynności.

Nowelizacja ustawy w art. 3 rozszerza katalog osób uprawnionych do wykonywania czynności w SMK o konsultanta wojewódzkiego, konsultanta krajowego i kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne oraz o ordynatora i opiekuna stażu, co jest niezbędne do realizacji przez nich zadań wynikających z programów szkolenia podyplomowego.

Konieczność pozyskania m.in. lekarzy będących obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, którzy coraz częściej podejmują studia medyczne poza granicą wschodnią Rzeczypospolitej Polskiej, oraz długotrwała procedura nostryfikacji dyplomów wydanych w krajach spoza UE powoduje konieczność znalezienia innej ścieżki na uznanie im kwalifikacji zawodowych wyłączenie do celów zawodowych. Z uwagi na powyższe konieczne stało się opracowanie procedury – przeprowadzania egzaminu centralnego (LEW, LDEW), która jednolicie dla wszystkich będzie badała spełnienie minimalnych wymogów kształcenia – zgodnie z dyrektywą 2005/36/UE 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.) (dyrektywa

2005/36) wobec osób, które uzyskały kwalifikacje poza UE. Egzamin ten będzie jednym z wymagań wobec osób, które będą się ubiegały o prawo wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej.

Egzamin ten nie będzie zastępował postępowania nostryfikacyjnego prowadzonego na uczelni, będzie zatem uznaniem kwalifikacji do celów zawodowych (spełniając warunki wskazane w przepisach UE), a nie uznaniem wykształcenia w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce – do celów akademickich i naukowych.

Uznanie kwalifikacji lekarza albo lekarza dentysty uzyskanych w państwie niebędącym państwem członkowskim UE będzie dokonywać na wniosek wnioskodawcy dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych (CEM), w drodze LEW albo LDEW. Po spełnieniu określonych w ustawie wymogów oraz po złożeniu stosownych dokumentów, do LEW będzie mogła przystąpić osoba, która uzyskała w państwie niebędącym państwem członkowskim UE dyplom lekarza, uprawniający w tym państwie do wykonywania zawodu lekarza po ukończeniu co najmniej pięcioletnich studiów, natomiast do LDEW będzie mogła przystąpić osoba, która uzyskała w państwie niebędącym państwem członkowskim UE dyplom lekarza dentysty, uprawniający w tym państwie do wykonywania zawodu lekarza dentysty, po ukończeniu co najmniej pięcioletnich studiów. Uzyskanie wyniku pozytywnego LEW albo LDEW potwierdza wnioskodawcy uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych wskutek ukończenia kształcenia spełniającego minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa UE. Osoba, która uzyskała wynik pozytywny LEW albo LDEW, po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu może przy jego wykonywaniu używać nazwy zawodu „lekarz” albo „lekarz dentysta”. Proponowane rozwiązanie zapewni osobom, które wybiorą tę ścieżkę wykonywania zawodu, możliwość posługiwania się na pieczątce lekarskiej po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu nazwą uzyskanego zawodu, co jest niezbędne dla realizacji uprawnień lekarza i lekarza dentysty. Podkreślenia wymaga, że posługiwanie się tymi nazwami zawodów będzie przysługiwać wyłącznie przy wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty. Lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu po zdaniu LEW albo LDEW, nie będzie mógł korzystać z innych możliwości, jakie uzyskuje lekarz posiadający nostryfikację dyplomu, takich jak możliwość podjęcia kształcenia w szkole doktorskiej, zatrudnienia w uczelni w charakterze nauczyciela akademickiego, ubiegania się o nadanie stopnia doktora.

Egzaminy odbywać się będą dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym egzaminu przygotowanym przez CEM na zasadach podobnych do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES).

LEW oraz LDEW polegać będą na rozwiązywaniu odpowiedniego testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź przydziela się 1 punkt. Pozytywny wynik egzaminu uzyskuje zdający, który otrzymał co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu. Ponadto, w przypadku rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu LEK albo LDEK lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie LEW albo LDEW, dyrektor CEM na wniosek członka zespołu egzaminacyjnego, zdającego albo z urzędu będzie mógł unieważnić odpowiednio LEW albo LDEW w stosunku do wszystkich albo poszczególnych zdających. Unieważnienie LEW albo LDEW będzie następować również, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona. Osoba, której unieważniono LEW albo LDEW, będzie mogła złożyć, za pośrednictwem dyrektora CEM, odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, który wyda ostateczne rozstrzygnięcie w tej sprawie.

Egzaminy będą podlegały opłacie w wysokości określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 6h ust. 1 zmienianej ustawy, nie wyższej niż 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. LEW albo LDEW będzie składać się przed Komisją Egzaminacyjną powołaną przez dyrektora CEM. Pytania testowe LEW albo LDEW będą obejmować odpowiednio program studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym odbywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Standardy kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. poz. 1573) są bowiem zgodne z określonymi w dyrektywie 2005/36/WE minimalnymi wymogami kształcenia dla tych zawodów. W myśl postanowień tej dyrektywy uznawanie kwalifikacji w zawodach lekarza i lekarza dentysty uzyskanych przez wnioskodawców w państwach niebędących państwami członkowskimi UE powinno być w każdym

przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów kształcenia, przewidzianych dla tych zawodów.

Testy i pytania testowe będą udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w LEW albo LDEW oraz udostępniane wraz z poprawnymi odpowiedziami na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429) po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu. Powyższe ma na celu dokonywanie każdorazowo oceny lekarza pod kątem znajomości wiedzy w odniesieniu do poziomu minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach UE, a także, szczególnie w odniesieniu do lekarzy cudzoziemców, posługiwanie się językiem polskim oraz rozumienie terminologii i zagadnień medycznych w języku polskim. Uzyskanie świadectwa LEW i LDEW nie będzie zwalniać lekarzy, którzy będą chcieli podjąć pracę w polskim systemie opieki zdrowotnej, z odbycia stażu podyplomowego oraz zaliczenia Lekarskiego Egzaminu Końcowego albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego.

Projekt ustawy dodaje nowe przepisy, które mają na celu umożliwienie podmiotom wykonującym działalność leczniczą zatrudnianie na czas określony, nie dłuższy niż 5 lat, lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nabyli kwalifikacje poza UE posiadających tytuł specjalisty uzyskany poza granicą Rzeczypospolitej Polskiej. Do pięcioletniego okresu zatrudnienia wlicza się czas trwania szkolenia praktycznego, który trwa nie dłużej niż 12 miesięcy. Lekarz albo lekarz dentysta posiadający tytuł specjalisty uzyskany za granicą, posiadający znajomość języka polskiego oraz spełniający inne ustawowe wymogi, a także który otrzyma zaświadczenie zatrudnienia od podmiotu wykonującego działalność leczniczą mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będzie mógł wystąpić do właściwej okręgowej rady lekarskiej (ORL) o przyznanie prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w tym podmiocie. ORL będzie w drodze uchwały mogła lub nie wydać takie prawo wykonywania zawodu oraz będzie określała jednocześnie zakres czynności zawodowych tego lekarza. Zakres ten będzie obejmował zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych, a także inne czynności związane z wykonywaniem zawodu, np.: udzielanie informacji, prowadzenie audytów, a także innych czynności wynikających z obowiązujących przepisów i regulaminów. Odwołanie od wydanej przez ORL uchwały będzie realizowane w trybie art. 39 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019

r. poz. 965), tj. odwołanie będzie rozpatrywane przez Naczelną Radę Lekarską. Jednakże przed podjęciem faktycznego zatrudnienia lekarz albo lekarz dentysta specjalista będzie obowiązany do odbycia przeszkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy, którego program i liczbę godzin szkolenia określi w drodze uchwały właściwa ORL. Szkolenie praktyczne będzie odbywane na podstawie umowy, na warunkach w niej określonych. Celem przeszkolenia praktycznego pod nadzorem opiekuna będzie przygotowanie lekarza albo lekarza dentysty do pracy w polskiej służbie zdrowia. Powyższe obwarowania dadzą możliwość zatrudniania z jednoczesną merytoryczną kontrolą samorządu zawodowego, w trybie skróconym, lekarzy, którzy nabyli kwalifikacje poza UE w tych podmiotach, w których istnieje zagrożenie zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych z powodu braku na rynku pracy lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny. W okresie zatrudnienia lekarz ten będzie mógł przystąpić do nostryfikacji dyplomu lub LEW albo LDEW, odbyć staż podyplomowy oraz zaliczyć LEK albo LDEK, co pozwoli na zmianę jego kwalifikacji zatrudnienia.

Następuje uchylenie art. 8a zmienianej ustawy. Zmiana jest konsekwencją wprowadzenia przepisów dotyczących możliwości zatrudniania w podmiotach leczniczych lekarzy spoza UE na czas, miejsce i określony przez ORL zakres działań.

Następuje uporządkowanie terminologii polegające na zastąpieniu w przepisach wyrazu „czasowy” na wyraz „tymczasowy”. Powyższe dotyczy tymczasowego wykonywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawodu lekarza lub lekarza dentysty będącego obywatelem państwa członkowskiego UE bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu (PWZ) i wpisu do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód prowadzonego przez ORL. Administratorem danych osobowych zamieszczonych w rejestrze jest Naczelna Rada Lekarska. Następuje zmiana przepisów dotyczących egzaminów: Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK). Terminy egzaminów LEK i LDEK dyrektor CEM będzie ogłaszać co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem. Do LEK albo LDEK będzie mógł przystąpić lekarz albo osoba, która kontynuuje kształcenie na ostatnim roku studiów prowadzonych przez uczelnie mające siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej. Dyrektor CEM utworzy dostępną bazę pytań LEK i LDEK. Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składać się będą z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK. Pytania testowe

wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu publikowane będą w terminie 3 dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań LEK i LDEK. Ponadto, w przypadku rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu LEK albo LDEK lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie LEK albo LDEK, dyrektor CEM na wniosek członka zespołu egzaminacyjnego, zdającego albo z urzędu będzie mógł unieważnić odpowiednio LEK albo LDEK w stosunku do wszystkich albo poszczególnych zdających. Unieważnienie LEK albo LDEK będzie następować również, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona. Osoba, której unieważniono LEK albo LDEK, będzie mogła złożyć za pośrednictwem dyrektora CEM odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, który wyda ostateczne rozstrzygnięcie w tej sprawie.

Rozdział 3 „Kształcenie podyplomowe” otrzymuje tytuł „Ustawiczny rozwój zawodowy”, co jest konsekwencją wprowadzenia zmian w definicji określonej w art. 3 ust. 4a zmienianej ustawy.

Wprowadza się nowe brzmienie dotychczasowego art. 15 zmienianej ustawy dotyczącego stażu podyplomowego przez dodanie przepisów ust. 15a–15m, które tworzą kompleksową regulację najważniejszych zagadnień związanych z organizacją i realizacją stażu podyplomowego w akcie prawnym rangi ustawowej, na wzór regulacji dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego. W projektowanej nowelizacji znajdują się przepisy ogólne określające cel i zakres merytoryczny, a także czas trwania oraz zasady dotyczące terminów rozpoczęcia stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. W większości są to przepisy przeniesione z obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”. Istotne znaczenie dla systemu kształcenia lekarzy ma całościowe przeniesienie, z poziomu programu szkolenia specjalizacyjnego określonego w art. 16f ust. 3 zmienianej ustawy, kursów w zakresie: ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego do programu stażu podyplomowego (art. 15 ust. 5 zmienianej ustawy). Powyższe rozwiązanie umożliwi w trakcie szkolenia specjalizacyjnego wydłużenie czasu trwania staży i kursów specjalizacyjnych stanowiących podstawę szkolenia zawodowego w danej dziedzinie medycyny. Ponadto do stażu podyplomowego dodaje się szkolenia z zakresu: profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu oraz diagnostyki i

leczenia HCV, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Jednocześnie wskazano podmioty odpowiedzialne za prowadzenie szkolenia i kursów. Nowością jest wprowadzenie do stażu podyplomowego spersonalizowanej ścieżki kształcenia. Ścieżka ta da młodemu lekarzowi możliwość wyboru odbycia, oprócz części obowiązkowej stażu, również szkolenia w nie więcej niż trzech innych wybranych przez niego dziedzinach medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Celem wprowadzenia ścieżki personalizowanej jest umożliwienie młodym lekarzom zapoznania się z pracą w dziedzinach będących w kręgu ich zainteresowania w celu podjęcia w przyszłości świadomego wyboru dalszej drogi zawodowej. Nowym przepisem, postulowanym przez samorząd lekarski, jest również przepis dotyczący automatycznego przedłużania czasu trwania stażu z mocy prawa w przypadku zmiany miejsca odbywania stażu podyplomowego i związanej z tym procedury. Powyższa norma prawna wypełnia istniejącą dotychczas lukę w przepisach prawa, które umożliwiały zmianę miejsca odbywania szkolenia stażowego, nie przewidując jednocześnie wydłużenia czasu trwania stażu o okres niezbędny do dokonania czynności proceduralnych związanych z przeniesieniem, w którym to czasie lekarz nie mógł jednocześnie realizować programu szkolenia. Istotną zmianą, wychodzącą naprzeciw postulatom wielu środowisk, w tym samorządu lekarskiego, jest wprowadzenie zasady, że wszyscy obcokrajowcy o określonym statusie prawnym pobytu w naszym państwie (posiadający wizę albo zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), niezależnie od faktu, czy pochodzą z UE, czy z państw trzecich, odbywają staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Powyższe rozwiązanie z pewnością sprawi, że procedura uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez tych cudzoziemców będzie dla nich bardziej przyjazna. Dotychczas, zgodnie ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2020), cudzoziemcy spoza UE o określonym statusie prawnym pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (posiadający wizę albo zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) począwszy od 1 stycznia 2017 r. mogą odbywać staż podyplomowy na podstawie umowy cywilnoprawnej o staż

podyplomowy zawartej z jednostką uprawnioną do prowadzenia stażu podyplomowego, która zawarła w tym zakresie umowę z uczelnią prowadzącą kształcenie przeddyplomowe na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W umowie strony określały zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego odbywania. Powyższa regulacja nie stanowiła jednak rozwiązania, które w sposób kompleksowy rozwiązywałoby kwestię finansowania stażu podyplomowego tym cudzoziemcom. W związku z faktem, że w odniesieniu do cudzoziemców, o których mowa w art. 15 ust. 3f zmienianej ustawy, marszałek nie jest zobowiązany do finansowania staży podyplomowych tym osobom, to podmioty zaangażowane w proces obsługi administracyjnej tych osób oraz jednostki uprawnione do prowadzenia staży podyplomowych nie były szczególnie zainteresowane umożliwianiem cudzoziemcom odbywania lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego w Rzeczypospolitej Polskiej. Brak źródła finansowania stażu podyplomowego odbywanego przez cudzoziemców spoza UE (o których mowa w art. 15 ust. 3f zmienianej ustawy) był czynnikiem zniechęcającym osoby do ubiegania się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto należy wskazać, że art. 15 ust. 3g zmienianej ustawy umożliwiał cudzoziemcom, o których mowa w art. 15 ust. 3f zmienianej ustawy, zwrócenie się do ministra właściwego do spraw zdrowia o udzielenie świadczeń związanych z odbywaniem lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego. W związku z faktem, że zgodnie z niniejszym projektem ustawy marszałek województwa zobowiązany zostanie do sfinansowania lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego cudzoziemcom, pozostawienie możliwości uzyskiwania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 3g zmienianej ustawy, nie znajduje uzasadnienia. W związku z powyższym zasadnym jest objęcie finansowaniem wszystkich cudzoziemców przebywających legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od statusu prawnego ich pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W uzasadnionych przypadkach właściwa ORL, po zasięgnięciu opinii marszałka województwa, będzie mogła wyrazić zgodę na rozpoczęcie przez lekarza albo lekarza dentystę stażu podyplomowego w innym terminie. Okres trwania stażu podyplomowego może ulec przedłużeniu o czas nieobecności lekarza stażysty w pracy zgodnie z przepisami art. 15a ust. 2–6 zmienianej ustawy. Nowością jest także rozszerzenie katalogu lekarzy albo lekarzy dentystów, którzy mogą pełnić funkcje opiekuna stażu o lekarza, który zaliczył

w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy lub zdał Państwowy Egzamin Modułowy, albo lekarza, który ukończył 3 lata szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych. Zmianie podlega również określenie kwalifikacji opiekuna dla lekarza dentysty, którym może być lekarz dentysta posiadający specjalizację w określonej dziedzinie medycyny lub wykonujący zawód przez okres co najmniej 3 lat, a nie 5 lat jak dotychczas. Stażyści będą uprawnieni do pełnienia dyżuru medycznego towarzyszącego innemu lekarzowi pełniącemu dyżur samodzielnie. Wprowadzono zbiór praw i obowiązków lekarza i lekarza dentysty odbywających staż podyplomowy. Przepisy w tym zakresie nie ulegają zmianie, zmienia się jedynie ich usytuowanie w akcie prawnym. Wyżej wymienione prawa i obowiązki stanowią konsekwencję wcześniejszej zmiany ustawy, która przywróciła, jako obowiązkowy etap szkolenia podyplomowego, staż podyplomowy przy jednocześnie jakościowej zmianie w odniesieniu do statusu lekarza stażysty przez przyznanie mu pełnego prawa wykonywania zawodu ograniczonego jedynie do miejsca odbywania stażu i nadzoru opiekuna stażu, przyznając jednocześnie lekarzowi stażyście istotne nowe kompetencje w postaci np. wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich. Obecna nowelizacja doprecyzowuje zakres kompetencji lekarza do wystawiania recept, wyraźnie stanowiąc, że uprawnienie to nie dotyczy recept „pro auctore” i „pro familiae”, jako wyjętych, z racji samego ich charakteru, z ram stażu podyplomowego i faktycznej możliwości weryfikacji i nadzorowania takich recept przez opiekuna stażu. Art. 15c zmienianej ustawy stanowi odwzorowanie dotychczasowych przepisów dotyczących podmiotu uprawnionego do prowadzenia stażu podyplomowego, przeniesionych z rozporządzenia. Nowe przepisy wskazują podmioty odpowiedzialne za realizację szkoleń i stanowią, że są nimi co do zasady izby lekarskie, z wyjątkiem szkolenia w zakresie profilaktyki onkologicznej oraz leczenia bólu, gdzie podmiotem odpowiedzialnym za realizację szkoleń będzie podmiot leczniczy udzielający świadczeń w zakresie onkologii wskazany przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa odpowiedzialne za realizację szkoleń w zakresie transfuzjologii. Zasadą kierowania lekarzy i lekarzy dentystów na staż podyplomowy oprócz kryterium miejsca zamieszkania na terenie izby (nie zameldowania, jak dotychczas) będzie pierwszeństwo wyboru konkretnego miejsca odbywania stażu podyplomowego z uwzględnieniem średniej ocen uzyskanej w toku studiów. Średnią tą będzie można jednorazowo

podnieść o 0,5 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów był pierwszym autorem lub o 0,2 punktu, jeżeli był współautorem przynajmniej jednej publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism sporządzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce albo o 0,25 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688, z późn. zm.). Przepis ma na celu zachęcenie młodych lekarzy do uczestniczenia w działaniach podmiotów prowadzących działalność pożytku publicznego oraz ujednolicenie zasad przyznawania miejsc stażowych na terenie kraju. ORL, uwzględniając wnioski lekarzy, będzie kierować w pierwszej kolejności do odbycia tego stażu lekarzy, którzy ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni, oraz biorąc pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w danym podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu. W przypadku lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, ORL będzie obliczać średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w suplemencie dyplomu lekarza lub lekarza dentysty, w odniesieniu do skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni polskiej w danym roku. Do tej pory poszczególne ORL ustalały lub nie dodatkowe kryteria mające na celu premiowanie lekarzy z najlepszymi wynikami ze studiów lub aktywnych naukowo, umożliwiając im w ten sposób pierwszeństwo w wyborze miejsca odbywania szkolenia. Wprowadzenie jednolitych zapisów, jak również dodatkowe przesłanki premiujące (podwyższające średnią) były także postulatami stowarzyszeń skupiających studentów i młodych lekarzy. W projektowanej ustawie doprecyzowano warunki, jakie musi spełnić podmiot szkolący lekarzy dentystów, m.in. w ten sposób, że wskazano, że podmiot taki musi realizować świadczenia medyczne, w co najmniej

dwóch (a nie we wszystkich) podanych w przepisie zakresach. Przepisy przyznają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kompetencję uznawania stażu podyplomowego odbytego poza granicami kraju za równoważny w całości lub części ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie podstawą do uznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE jest art. 15 ust. 9 zmienianej ustawy. Natomiast podstawą do uznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE jest § 16 rozporządzenia. Dlatego zasadne jest uregulowanie kwestii uznawania stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE oraz w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE w jednym akcie prawnym. Zmianą w stosunku do poprzednich regulacji, w przypadku ubiegania się o uznanie stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE, jest rozpisanie procedury uznawania tego stażu na poziomie ustawy. Kolejną zmianą w stosunku do poprzednich regulacji, w przypadku ubiegania się o uznanie stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE, będzie złożenie wniosku do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), a nie bezpośrednio do ministra właściwego do spraw zdrowia. Określono zakres upoważnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia dotyczącego stażu podyplomowego oraz przeniesiono z rozporządzenia przepisy regulujące staż podyplomowy dla lekarzy wojskowych. Nastąpiło także przeniesienie dotychczasowych przepisów dotyczących uprawnień i instrumentów nadzorczych oraz kontrolnych dla wojewody i MON. Powyższe uwzględnia także odrębne uprawnienia dotyczące nieobecności żołnierza w służbie, uniemożliwiające odbywanie stażu (np. skierowanie lub wyznaczenie do pełnienia służby poza granicami państwa, urlop bezpłatny, zwolnienie od zajęć służbowych nieprzekraczające łącznie pięćdziesięciu dni roboczych lub urlop okolicznościowy w wymiarze do 5 miesięcy), co spowodowane jest potrzebą zachowania jednolitości stosowania przepisów regulujących długotrwałe nieobecności żołnierza w służbie, z przepisami regulującymi przebieg stażu podyplomowego, w tym jego przedłużenie. Przewiduje się procedowanie stażu podyplomowego za pomocą SMK, co powoduje konieczność zbudowania od podstaw w SMK nowej pełnej funkcjonalności do obsługi

tego procesu wraz z przydzieloną lekarzowi Elektroniczną Kartą Stażu Podyplomowego monitorującą przebieg jego szkolenia.

W art. 16 zmienianej ustawy wprowadza się przepis dotyczący uznawania dotychczas zdobytego dorobku zawodowego i naukowego lekarza oraz lekarza dentysty posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie modułu jednolitego, którego efektem będzie możliwość ubiegania się o skierowanie go do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu jednolitego bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą właściwego konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny. Procedura uznawania dorobku zawodowego i naukowego będzie przebiegała, jak dotychczas, przy udziale dyrektora CMKP.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim, po zaliczeniu modułu podstawowego i pozytywnym złożeniu PEM, będzie mógł zmienić dziedzinę medycyny, z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania w ramach tego samego modułu podstawowego szkolenia specjalizacyjnego oraz pod warunkiem ponownego przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego na to szkolenie specjalizacyjne. W przypadku zakwalifikowania się takiego lekarza na inną dziedzinę medycyny lekarz zostanie skierowany bezpośrednio przez wojewodę na moduł specjalistyczny. Powyższe jest realizacją postulatów zgłaszanych przez środowisko młodych lekarzy, którzy wskazują na konieczność umożliwienia im zmiany kierunku specjalizacji, uzasadniając to tym, że na początkowym etapie kształcenia młodzi lekarze nie są w stanie właściwie ocenić swoich preferencji zawodowych.

W art. 16c zmienianej ustawy następuje doprecyzowanie rozdziału prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego na wolne „miejsca rezydenckie” przyznawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia i pozostałe wolne miejsca nazwane „miejscami pozarezydenckimi”. Lekarz chcący odbyć szkolenie specjalizacyjne składa wniosek, za pomocą SMK, odpowiednio do dyrektora CMKP (miejsca rezydenckie i pozarezydenckie) za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na miejsce zamieszkania albo do MON, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczonej przez niego komórki organizacyjnej. Oczekiwaną przez środowisko młodych lekarzy zmianą kwalifikacji na szkolenie specjalizacyjne będzie możliwość złożenia przez nich łącznie w trybie rezydenckim i pozarezydenckim wniosków na nie więcej niż piętnaście wariantów, jednakże w ustalonej przez lekarza kolejności

priorytetowej (obecne postępowanie kwalifikacyjne umożliwia lekarzowi aplikowanie wyłącznie na jedną dziedzinę medycyny w jednym województwie). W przypadku lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej lub lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez MON będzie on miał możliwość wyboru w preferowanej kolejności nie więcej niż dwóch dziedzin medycyny ze wskazaniem podmiotów leczniczych podległych lub nadzorowanych przez MON.

Nowością oczekiwaną przez lekarzy będzie możliwość wyboru jednostki prowadzącej szkolenie, która wydała list intencyjny gwarantujący zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego, oraz wyboru jednostki, która wyraziła chęć zatrudnienia przy większym wynagrodzeniu, niż wynagrodzenie uzyskiwane w ramach rezydentury. Postępowanie kwalifikacyjne, obejmujące wolne miejsca szkolenia specjalizacyjnego, przeprowadzać będą, dwa razy w roku, dyrektor CMKP za pośrednictwem wojewody (obecnie przeprowadza wojewoda), MON albo minister właściwy do spraw wewnętrznych. W ramach postępowania kwalifikacyjnego, prowadzonego za pomocą SMK, będzie odbywać się postępowanie konkursowe przeprowadzane odpowiednio przez dyrektora CMKP (obecnie przeprowadza wojewoda), MON albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych, obejmujące sporządzenie listy rankingowej lekarzy według uzyskanego wyniku procentowego liczby zdobytych punktów oraz wyłonienie list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarzom, którzy zamierzają wystąpić o rezydenturę, przyznaje się jednocześnie punkty za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy, ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie, identycznego wyniku punktów, będzie uwzględniać się średnią arytmetyczną ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała w uczelni, a w przypadku lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w suplemencie dyplomu w odniesieniu do skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni polskiej w danym roku. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikowani będą lekarze w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

Wyłonioną listę rankingową lekarzy będzie ogłaszać się za pomocą SMK. Wolne miejsca specjalizacyjne w danym roku będzie rozdzielać się w ramach dwóch etapów rozdziału za pomocą SMK według kolejności listy rankingowej lekarzy, zgodnie ze zgłoszoną przez nich kolejnością priorytetową. Każdemu etapowi elektronicznego rozdziału miejsc i ogłaszania list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych przypisane zostały na nowo określone terminy realizacji, o których mowa w art. 16c zmienianej ustawy. Do przepisów dotyczących lekarzy uprawnionych do przystępowania do postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych włącza się również lekarzy, z którymi zostały zawarte tzw. „porozumienia z korzystającym". W oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy prawne lekarz, który zamierza rozpocząć szkolenie specjalizacyjne i złożyć w tej sprawie wniosek do ministra właściwego do spraw wewnętrznych, musi spełnić wymóg zatrudnienia, w SP ZOZ MSWiA, na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Jednakże jest grupa lekarzy, którzy realizują, w SP ZOZ MSWiA, świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie porozumienia z korzystającym, czyli w trybie wolontariatu. Lekarze ci są obecnie zobowiązani do składania wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego do wojewodów. Zaproponowane nowe przepisy pozwolą tym lekarzom składać wnioski o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego bezpośrednio do ministra właściwego do spraw wewnętrznych, co ułatwi i przyśpieszy rozpoczęcie przez nich szkolenia specjalizacyjnego, a tym samym uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny. W sytuacji braku lekarzy specjalistów proponowane zmiany są bardzo korzystne zarówno dla lekarzy i podmiotów leczniczych, jak i dla pacjentów. Z uwagi na to, że całość postępowania konkursowego będzie przeprowadzana za pomocą systemu elektronicznego, następuje skrócenie terminów poszczególnych jego etapów. Lekarze w trakcie procedury konkursowej w określonych ustawowo dniach będą zobowiązani do potwierdzenia za pośrednictwem SMK przydzielonego miejsca specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarze, którzy nie potwierdzą w pierwszym etapie zakwalifikowania w przyznanej dziedzinie i województwie, będą mogli uczestniczyć i być zakwalifikowani w rozdziale miejsc na drugim etapie, który będzie ostateczny. Brak dokonania przez lekarza potwierdzenia zakwalifikowania się do danej dziedziny i województwa będzie uznawane za ostateczne odstąpienie lekarza od postępowania konkursowego. Dyrektor CMKP, MON i minister właściwy do spraw wewnętrznych ogłaszać będą za pomocą

SMK ostateczną listę lekarzy zakwalifikowanych do danej dziedziny medycyny i w danym województwie oraz listę lekarzy niezakwalifikowanych. Jednocześnie wprowadza się przepis umożliwiający, w terminie 2 dni od dnia ogłoszenia wyżej wymienionych listy lekarzy zakwalifikowanych lub niezakwalifikowanych, wystąpienie przez lekarza do dyrektora CMKP, MON albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczonej przez niego komórki organizacyjnej o weryfikację postępowania konkursowego, z zastrzeżeniem, że weryfikacja będzie dotyczyć wyłącznie wolnych miejsc pozostałych po odbytej całej dwuetapowej procedurze konkursowej. Do szkolenia specjalizacyjnego kierować się będzie (jak dotychczas wskazane było to w rozporządzeniu) w pierwszej kolejności lekarzy zakwalifikowanych w trybie art. 16h ust. 2 pkt 1 i 5 zmienianej ustawy. Postępowania kwalifikacyjnego nie będzie przeprowadzać się w odniesieniu do lekarza lub lekarza dentysty, któremu dyrektor CMKP w drodze decyzji administracyjnej uznał dotychczasowy dorobek zawodowy i naukowy.

W art. 16e zmienianej ustawy na nowo wskazuje się sposób określania miejsc rezydenckich i pozarezydenckich dla postępowań kwalifikacyjnych sesji wiosennej i jesiennej oraz możliwość wydłużenia postępowania kwalifikacyjnego. Zmianie ulegają terminy zgłaszania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przez wojewodę zapotrzebowania na miejsca rezydenckie, w tym miejsca rezydenckie dla lekarzy odbywających jednocześnie szkolenie w szkołach doktorskich i miejsca pozarezydenckie w poszczególnych dziedzinach medycyny, uwzględniające wolne miejsca szkoleniowe. Uczelnia kształcąca na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym będzie zgłaszać wcześniej wojewodzie listę lekarzy odbywających kształcenie w szkołach doktorskich, wnioskujących jednocześnie o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie określać, jak dotychczas, a następnie przekazywać dyrektorowi CMKP liczbę miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach medycyny. Dyrektor CMKP będzie ogłaszać, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, listę przyznanych miejsc rezydenckich, w tym miejsc rezydenckich dla lekarzy odbywających jednocześnie studia doktoranckie oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym. Właściwy organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne po zakończeniu procedury konkursowej niezwłocznie kieruje lekarza za pomocą SMK do odbycia szkolenia specjalizacyjnego.

W art. 16ea zmienianej ustawy wskazuje się w uporządkowany sposób warianty i możliwości przystąpienia przez lekarzy do szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, z pozostawieniem, jak dotychczas, zastrzeżenia, że rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Wychodząc naprzeciw postulatom młodych lekarzy, ale także mając na uwadze zmiany organizacyjne i kadrowe dokonywane przez podmioty realizujące szkolenie specjalizacyjne w momencie uruchamiania miejsc szkoleniowych, wprowadzony zostaje przepis stanowiący, że lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, lecz nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od daty wskazanej na skierowaniu, może złożyć kolejny wniosek o odbywanie rezydentury. Także lekarz, który odbywa rezydenturę, może bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny, nie więcej niż jeden raz. Wniosek taki lekarz może złożyć w przypadku zmiany na inny moduł podstawowy lub inny moduł jednolity, nie później niż w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia odbywanego szkolenia specjalizacyjnego albo tego samego modułu podstawowego, nie później niż do ukończenia określonego modułu podstawowego. Jednocześnie następuje doprecyzowanie przepisu mówiącego, że lekarz, który odbywa rezydenturę, może złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury, w przypadku gdy posiada orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwskazań do kontunuowania dotychczasowej specjalizacji wydane przez lekarza medycyny pracy. O istnieniu przeciwskazań organ przyjmujący wniosek informuje właściwą ze względu na rejestrację lekarza okręgową izbę lekarską. Utrzymana została natomiast nadal zasada, że lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji całego programu specjalizacji. Lekarz, który trzykrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury.

Na wniosek lekarzy, w art. 16f zmienianej ustawy, doprecyzowuje się sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego o zasadę, że lekarz odbywa szkolenie wyłącznie w zakresie ustalonym w programie specjalizacji. Powyższe ma na celu ograniczyć dysponowanie lekarzami w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do innych celów niż zdobywanie wiedzy i umiejętności praktycznych związanych z daną dziedziną medycyny. Następuje także weryfikacja w programie specjalizacji dotychczas odbywanych kursów uzupełniających wiedzę teoretyczną i praktyczną przez

przeniesienie niektórych z nich na poziom stażu podyplomowego. Dotyczy to kursu z ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego, co do których zakres wiedzy powinien być należycie opanowany i ugruntowany na niższym poziomie niż szkolenie specjalizacyjne. Przypomnienie zagadnień tych kursów, w zależności od potrzeb, zawsze możliwe będzie w ramach odbywanego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Do programu szkolenia specjalizacyjnego wprowadza się kurs atestacyjny, który będzie miał za zadanie dokonanie podsumowania całości wiedzy odbytego szkolenia w celu należytego przygotowania lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do PES. Program ma zawierać również wskazanie jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w których dopuszczać się będzie pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza, oraz ma określać co najmniej okres 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego lub drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego w zakresie stażu podstawowego ujętego w module podstawowym z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii. Powyższe ma zapewnić lekarzom zapoznanie się ze specyfiką pracy w tych szpitalach oraz umożliwić im wybór docelowego miejsca zatrudnienia. Zakłada się pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej albo pracę w systemie zmianowym, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo pracę w równoważnym czasie pracy, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje stosowanie systemu równoważnego czasu pracy i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w danej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego. Powołane przez dyrektora CMKP zespoły ekspertów mają opracowywać, zgodnie z postępem wiedzy medycznej, co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizować w razie potrzeby programy specjalizacji. Do zespołu ekspertów powołani zostaną dodatkowo lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne z danej dziedziny medycyny lub dziedziny pokrewnej spośród osób zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską. Każdy zaktualizowany program specjalizacji będzie podstawą do weryfikacji przez kierownika specjalizacji rocznego szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego w zakresie, w jakim nie został on już zrealizowany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

Przewiduje się uchylenie przepisu nakazującego przygotowanie wzoru wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i obcokrajowców z uwagi na planowane docelowe procedowanie wniosków wyłącznie w elektronicznym systemie SMK. Zakres danych wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego został określony w art. 16c ust. 2 zmienianej ustawy. Przepis wskazuje też, że kierownik szkoły doktorskiej wydaje zgodę na szkolenie specjalizacyjne w ramach poszerzenia zajęć, o których mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5 zmienianej ustawy, a więc kierownik ten będzie zobowiązany zweryfikować wcześniej prawidłowość postępowania w tej sprawie na danej uczelni.

Wprowadza się nowe przepisy sankcjonujące podpisywanie z lekarzami jednej umowy na szkolenie specjalizacyjne i pełnienie dyżurów medycznych, a nie jak dotychczas dwóch odrębnych umów. Zgodnie bowiem z opinią Państwowej Inspekcji Pracy w przepisach prawa pracy nie ma wyodrębnienia lekarza w trakcie specjalizacji w trybie rezydenckim. Z tego faktu wynika wniosek, że lekarz w trakcie specjalizacji w trybie rezydenckim jest według prawa pracy traktowany jako lekarz w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W umowie o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne będzie wskazywać się także dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, co dotychczas nie zostało należycie określone w ustawie. Dodatkowo przyznaje się możliwość w tej samej umowie przyznania przez podmiot finansowego dodatku motywacyjnego, co będzie zachętą do podjęcia szkolenia w tym, a nie innym podmiocie uprawnionym do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Usankcjonowanie zawarcia jednej umowy pozwoli czytelnie rozdzielić umowy podpisywane na realizację szkolenia specjalizacyjnego od innych umów, w tym umów na dyżury medyczne niezwiązane ze szkoleniem specjalizacyjnym prowadzone w innym podmiocie leczniczym, które to umowy często są dodatkowo podpisywane przez kierowników podmiotów leczniczych z lekarzami odbywającymi specjalizację. Jednocześnie jednostka, która nie będzie mogła zapewnić w pełnym zakresie szkolenia specjalizacyjnego, będzie zobowiązana do podpisywania umów na staż kierunkowy z inną jednostką akredytowaną. Lekarz na swój wniosek oprócz trybu rezydenckiego może również odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim na podstawie umów cywilnoprawnych określonych w art. 16h ust. 2 zmienianej ustawy za wynagrodzeniem nie niższym niż wysokość minimalnej stawki godzinowej za pracę ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października

2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177, z późn. zm.). Wprowadza się również nową zasadę wskazującą, że lekarz niebędący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej odbywa szkolenie specjalizacyjne na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Dotychczas, zgodnie z obowiązującą ustawą, uzyskanie zgody ministra właściwego do spraw zdrowia było warunkiem koniecznym ubiegania się przez cudzoziemców spoza UE (posiadających zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Cudzoziemcy powyższą zgodę byli zobowiązani uzyskać po zakwalifikowaniu się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przeprowadzanego przez poszczególnych wojewodów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Niniejszy projekt ustawy wprowadza rezygnację z obowiązku uzyskania zgody ministra właściwego do spraw zdrowia na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez cudzoziemców spoza UE (posiadających zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę) w Rzeczypospolitej Polskiej. Rozwiązanie to stanowi więc odformalizowanie procedury ubiegania się przez cudzoziemców o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Tym samym czas pomiędzy zakwalifikowaniem cudzoziemca na szkolenie specjalizacyjne a dniem podjęcia przez niego szkolenia specjalizacyjnego ulegnie skróceniu.

Wychodząc naprzeciw postulatom lekarzy w zakresie ujednolicenia sposobu realizacji szkolenia specjalizacyjnego przez wszystkich lekarzy będących w trakcie specjalizacji, w art. 16i zmienianej ustawy przewiduje się, że lekarz odbywający szkolenie w trybie rezydenckim i pozarezydenckim odbywa je przez cały okres jego trwania w wymiarze czasu równemu czasowi pracy, o którym mowa w art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz pełni dyżury medyczne w wymiarze godzinowym określonym w programie specjalizacji, z uwzględnieniem jedenastogodzinnej przerwy na odpoczynek. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji od podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przysługuje wypłata różnicy wynagrodzenia za godziny nocne lub świąteczne wypracowane w ramach rezydentury albo wynagrodzenie ustalone zgodnie z przepisami właściwymi dla stosunku pracy zawartego na podstawie przepisów art. 16h ust. 2 zmienianej ustawy.

Przyjmuje się, że pełnione w ramach szkolenia specjalizacyjnego godziny dyżuru medycznego (10 godzin i 5 minut tygodniowo) mogą być zrealizowane również poza porą nocną lub dniami świątecznymi. Z uwagi na to, że obowiązujące przepisy nie precyzują zasad odbywania dyżurów medycznych realizowanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego, w projekcie ustawy definiuje się po raz pierwszy zasady odbywania dyżurów medycznych towarzyszących i samodzielnych. Tak więc lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach stażu podstawowego będzie pełnić dyżury medyczne pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty, określane jako dyżury medyczne towarzyszące albo po uzyskaniu w SMK zgody kierownika specjalizacji będzie pełnić samodzielne dyżury medyczne. Natomiast lekarz odbywający staż kierunkowy będzie pełnić wyłącznie dyżury medyczne towarzyszące. Powyższe regulacje wypełnią obecnie istniejącą lukę w przepisach w tym zakresie. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może także nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, chyba że program danej specjalizacji przewiduje prawo do odmowy pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych w dłuższym terminie. Lekarz taki nie będzie mógł pełnić wówczas także samodzielnych dyżurów medycznych w innych jednostkach na zasadach komercyjnych. Nie będzie go to jednocześnie zwalniać z pełnienia zgodnie z programem specjalizacji dyżurów towarzyszących. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikających z ustalonej orzeczeniem właściwego organu samorządu lekarskiego czasowej niemożliwości wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych, nie może być zobowiązany do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji, przez okres korzystania z wyżej wymienionych uprawnień, nie dłużej niż przez łącznie 24 miesiące w czasie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem.

Niewykonywanie tych czynności przez okres dłuższy niż 24 miesiące w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jego programem przedłuża okres szkolenia o czas nieobecności lekarza w pracy przekraczający 24 miesiące. Czynności zawodowe w przedłużonym okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego mogą być wykonane w

ramach pełnienia dyżuru medycznego lub normalnego czasu pracy. Decyzje o formie odbywania przedłużonego okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego podejmuje lekarz lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizującego. Lekarzowi takiemu przysługuje pełne wynagrodzenie za pracę, choćby faktyczny wymiar jego czasu pracy nie osiągnął norm, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Za pracę w ramach pełnionego dyżuru medycznego obejmującego czas nieprzerwanego odpoczynku dobowego lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne przysługuje wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo na jego wniosek czas wolny. Przepisy art. 151^1 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.) stosuje się odpowiednio. Godzinami czasu pracy w ramach dyżuru medycznego pełnionego przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne nie uzupełnia się jego normy czasu pracy przypadającej w normalnych godzinach pracy. Niewykonanie normy czasu pracy w normalnych godzinach pracy w danym okresie rozliczeniowym z powodu wykonania pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub korzystania z prawa do odpoczynku przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne nie wydłuża okresu tego szkolenia ani nie obniża wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1 zmienianej ustawy. Czas pracy w ramach pełnionego dyżuru medycznego oraz okresy odpoczynku zalicza się do czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego.

W przypadku dyżurów medycznych odbywanych w trakcie stażu kierunkowego lekarzowi będzie przysługiwać możliwość wyboru miejsca odbywania dyżurów w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w jednostce prowadzącej staż kierunkowy. W przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego, a okres tego odpoczynku nie będzie powodować wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku pełnienia dyżuru przez lekarza odbywającego szkolenie w trybie rezydentury okres tego odpoczynku wlicza się do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1.

Przepis art. 16j ust. 2b zmienianej ustawy dotyczący przyznania lekarzowi dodatku do wynagrodzenia w zamian za pracę na terytorium kraju w okresie dwóch lat z pięciu po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego doprecyzowuje się o wskazanie, że regulacja ta dotyczy również lekarzy dentystów. Uzupełnia się również przepisy mówiące o możliwości rezygnacji z pobieranego dodatku. Z art. 16j ust. 3 zmienianej ustawy wykreśla się przepis stanowiący, że wysokość wynagrodzenia dla lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury nie może być mniejsza niż 70% 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. Powyższe jest podyktowane koniecznością zachowania regulacji wysokości minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy w jednym akcie prawnym, tj. ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471, z późn. zm.).

W art. 16l zmienianej ustawy, wychodząc naprzeciw różnym sytuacjom losowym, w jakich znajdują się lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, wprowadza się regulację umożliwiającą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyrażanie zgody na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego również po dniu rozwiązania umowy, o której mowa w art. 16h ust. 1 zmienianej ustawy, zawartej między lekarzem a podmiotem leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Warunkiem wszczęcia tej procedury będzie konieczność złożenia przez lekarza wniosku w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia rozwiązania umowy. Powyższa regulacja z jednej strony da możliwość lekarzowi dokończenia szkolenia specjalizacyjnego, a z drugiej strony będzie ograniczać sytuacje wynikające z braku dotychczas odpowiedniej regulacji prawnej, składania takiego wniosku po upływie roku lub kilku lat od dnia rozwiązania umowy dotyczącej realizacji szkolenia specjalizacyjnego, jak to ma miejsce obecnie w odniesieniu do pojedynczych przypadków. Wprowadzone zostają także przepisy umożliwiające pracodawcy, na wniosek lekarza, skrócenie okresu wcześniejszego wydłużenia umowy w określonych przypadkach nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych. Powyższe z kolei umożliwi lekarzowi przystąpienie do egzaminu PES

w najbliższej sesji, bez konieczności półrocznego oczekiwania na kolejną sesję egzaminacyjną.

W art. 16m zmienianej ustawy wprowadza się nowe przepisy sankcjonujące przyznanie z budżetu państwa dodatku finansowego dla kierownika specjalizacji za pełnioną przez niego funkcję. Kierownik specjalizacji będzie otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w wysokości 500 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem albo 1000 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia więcej niż jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem, z wyłączeniem okresu nieobecności lekarza określonego w ustawie. Środki finansowe będą wypłacane z części pozostającej w dyspozycji wojewody. MON oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych będą również mogli finansować koszty związane z realizacją zadań kierownika specjalizacji. Dodaje się również przepis zobowiązujący kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do wykonania określonego zadania kierownika specjalizacji w przypadku tymczasowego jego braku, potwierdzenia za pomocą SMK zrealizowania przez lekarza poszczególnych elementów programu specjalizacji oraz potwierdzenia zrealizowania całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji. Zobowiązuje się także kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do monitorowania realizacji przez lekarza w tym podmiocie szkolenia specjalizacyjnego zgodnego z zakresem programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny. Uzasadnieniem do wprowadzenia powyższych regulacji są liczne uwagi zgłaszane przez lekarzy, którzy po zakończonym szkoleniu nie mogą przystąpić do PES z powodu braku kierownika specjalizacji (zdarzenia losowe lub całkowita rezygnacja z pełnienia tej funkcji) i tym samym braku osoby, która potwierdziłaby formalnie lekarzowi odbycie szkolenia, co jest warunkiem obligatoryjnym do przystąpienia do PES. Zgłaszane uwagi dotyczyły również kierowania lekarzy specjalizujących się do udzielania innych zakresów świadczeń zdrowotnych niż wynikające z programu specjalizacyjnego lub też uniemożliwiania im w określonych terminach odbywania kursów lub staży. Zobowiązanie kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do monitorowania przebiegu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy będzie dodatkowym elementem mobilizującym do realizacji szkolenia w określonym umową czasie, co powinno zapewnić większą rotację i udostępnianie wolnych miejsc specjalizacyjnych dla kolejnych lekarzy czekających na podjęcie szkolenia specjalizacyjnego w

określonych dziedzinach medycyny. Kierownik specjalizacji będzie odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, za pomocą SMK, szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, w tym obejmującego miejsce odbywania kursów i staży kierunkowych, w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji na okres trwania poszczególnych modułów szkolenia specjalizacyjnego. Kierownik specjalizacji niezwłocznie powinien też aktualizować szczegółowy plan szkolenia w przypadku braku możliwości realizacji poszczególnych elementów szkolenia w uprzednio ustalonych terminach lub w przypadku aktualizacji merytorycznej programu specjalizacji, w zakresie, w jakim nie został on już zrealizowany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Wprowadza się możliwość zatwierdzania przez kierownika pogrupowanych według programu specjalizacji elementów szkolenia specjalizacyjnego. Doprecyzowane zostały również przepisy mówiące, że dyrektor CMKP może skrócić w drodze decyzji administracyjnej okres odbywania szkolenia specjalizacyjnego, uznając za równoważne odbyte wcześniej przez lekarza staże bądź kursy, z zastrzeżeniem, że skrócenie nie może obejmować więcej niż połowy minimalnego czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego określonego w przepisach UE. Okres skrócenia szkolenia wskazuje w opinii zespół powołany przez dyrektora CMKP. Wydana decyzja powinna określać liczbę dni roboczych wraz z proporcjonalną liczbą dni urlopu wypoczynkowego dla tego okresu, o które ulega skrócenie szkolenia specjalizacyjnego. Podobnie lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez MON albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, 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, będzie mógł 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 i wykonywał zabiegi lub procedury medyczne odpowiadające właściwemu programowi specjalizacji.

Zgodnie z art. 16n zmienianej ustawy w składzie zespołu ekspertów wydającego opinię o równoważności zdobytego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej tytułu specjalisty z tytułem specjalisty zdobytego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uwzględnia się również konsultanta powołanego przez MON oraz przedstawiciela

instytutu badawczego. Doprecyzowuje się także przepisy dotyczące uznawania tytułu specjalisty uzyskiwanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W art. 16o zmienianej ustawy przewiduje się zmianę przepisów dotyczących przypadków, w jakich lekarz nie może realizować lub kontynuować szkolenia specjalizacyjnego zaprzestania wypełniania EKS w okresie dłuższym niż 12 miesięcy (dotychczas 3 miesiące). Ponadto wyposaża się wojewodę, MON oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w narzędzia prawne umożliwiające wydanie z urzędu decyzji administracyjnej, o której mowa w art. 16o ust. 4 zmienianej ustawy, stanowiącej o wykreśleniu z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, na podstawie informacji, pozyskanych z prowadzonego przez nich rejestru, wskazujących na zaistnienie okoliczności upływu okresu, w którym lekarz miał obowiązek ukończyć szkolenie specjalizacyjne. Powyższe podyktowane jest faktem wielokrotnego odnotowywania braku wpływu do urzędu jakichkolwiek dokumentów potwierdzających i uzasadniających możliwość wydłużenia takiego okresu szkolenia, co wynika z bieżącej identyfikacji grupy lekarzy, którzy nie zgłaszają zakończenia szkolenia specjalizacyjnego po upływie nawet kilku lat od upływu pierwotnego terminu jego realizacji i nie wykazują zainteresowania przystąpieniem do PES. Powyższa regulacja pozwoli na wypełnienie dotychczasowej luki prawnej w tym zakresie.

W art. 16oa zmienianej ustawy po raz pierwszy wprowadza się przepisy określające zakres praw i obowiązków przysługujących lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma obowiązek realizowania szkolenia specjalizacyjnego, w tym pełnienia dyżurów medycznych zgodnie z programem specjalizacji, utrzymywania stałej współpracy z kierownikiem specjalizacji, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego lekarza specjalisty właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych do czasu wydania opinii przez kierownika specjalizacji o możliwości samodzielnego udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych, wypełniania EKS oraz doskonalenia zawodowego. Jednocześnie lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma prawo do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, w tym samodzielnego stosowania metod diagnostycznych i leczniczych, wydawania zleceń lekarskich, wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, prowadzenia dokumentacji

medycznej, udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, zlecania wykonania czynności pielęgnacyjnych, stwierdzania zgonu, wystawiania recept, wydawania orzeczeń lekarskich, a także ma prawo do płatnego urlopu szkoleniowego zgodnego z przepisami zmienianej ustawy oraz płatnego urlopu na samokształcenie realizowanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego.

Powyżej wskazane prawa przysługujące lekarzowi odbywającemu specjalizację niezbędne są dla określenia formalnego statusu tego lekarza w systemie opieki zdrowotnej również po zakończeniu programu specjalizacji do czasu uzyskania dyplomu lekarza specjalisty. Dodany do ustawy art. 16r ust. 11 zmienianej ustawy rozstrzyga tę kwestię ostatecznie, co staje się podstawą do właściwego umiejscowienia takiego lekarza w przepisach dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W dodanych art. 16pa–16pi zmienianej ustawy, wprowadza się po raz pierwszy do porządku prawnego Państwowy Egzamin Modułowy (PEM), do którego lekarz będzie mógł, ale nie będzie musiał przystąpić po potwierdzeniu zaliczenia modułu podstawowego albo po zakończeniu drugiego roku modułu jednolitego. Kierownik specjalizacji będzie potwierdzać w SMK uprawnienia lekarza do przystąpienia do PEM. Zasady składania wniosku przez lekarza chcącego przystąpić do PEM będą podobne jak zasady składania wniosku do PES. W przypadku zgłoszenia do PEM po raz trzeci i kolejny lekarz będzie ponosić opłatę określoną przez dyrektora CEM w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród za rok ubiegły, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w roku poprzedzającym rok, w którym wnoszona jest opłata. Lekarzowi będzie przysługiwać urlop szkoleniowy w wymiarze 2 dni w roku kalendarzowym na przystąpienie do PEM. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz będzie zachowywać prawo do wynagrodzenia. Dyrektor CEM będzie podawać adres strony internetowej, na której znajdą się dostępne terminy PEM, których może być więcej niż 2 w ciągu roku. Lekarz zgłaszający się do PEM może dokonać wyboru jednego z tych terminów, który nie będzie podlegać zmianie. PEM prowadzony będzie w formie testu komputerowego, składającego się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Pytania testowe oraz test będzie opracowywać i ustalać CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub

jego przedstawicielem odrębnie dla każdej dziedziny medycyny. Testy na każdy nowy termin egzaminu PEM składają się z co najmniej 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM. Nowe pytania i testy będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PEM lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Dyrektor CEM utworzy bazę pytań PEM oraz określi minimalną liczbę pytań zawartą w tej bazie oraz będzie ją udostępniać na stronie internetowej CEM. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu na egzaminie będą publikowane w terminie 7 dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań PEM. Na stronie internetowej CEM oraz za pomocą SMK będzie publikowany na 4 miesiące przed egzaminem wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których przygotowuje się pytania do testu. Zasady przebiegu egzaminu będą podobne do PES. Osoba zdyskwalifikowana nie będzie mogła przystąpić do PEM w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji. Zastrzeżenia do pytań testowych PEM będzie rozpatrywał konsultant krajowy właściwy w danej dziedzinie w terminie 7 dni o dnia ich otrzymania. Termin ten jest podyktowany odmienną od innych egzaminów organizacją, brakiem związania z innymi obowiązującymi w przepisach terminami. Należy wskazać, że egzamin ten nie jest obowiązkowy oraz nie jest przeprowadzany w ustawowo określonych terminach. PEM będzie uważać się za zaliczony z wynikiem pozytywnym po uzyskaniu przez lekarza co najmniej 60% możliwej do uzyskania maksymalnej liczby punktów. W przypadku rażących uchybień lub nieprzewidzianych zdarzeń mających wpływ na prawidłowy przebieg PEM dyrektor CEM będzie mógł unieważnić, z urzędu albo na wniosek zdającego, egzamin dla poszczególnych albo wszystkich zdających. Unieważnienie PEM następuje również, gdy osoba, która przystępowała do egzaminu, nie była do tego uprawniona. W takim przypadku unieważnienie dotyczy tylko tej osoby. Osoba, której unieważniono PEM, może złożyć za pośrednictwem dyrektora CEM odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, który wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w tej sprawie. Unieważniony PEM traktuje się jako niebyły i jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne. Lekarzowi, który

złożył PEM, dyrektor CEM będzie wydawać świadectwo złożenia PEM w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. Lekarz, który uzyskał wynik negatywny PEM, będzie mógł do niego przystąpić ponownie w innym terminie. Negatywny wynik PEM nie będzie przeszkodą do dalszej kontynuacji szkolenia. Pozytywny wynik PEM uprawniać będzie lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru medycznego oraz pełnienia funkcji opiekuna stażu podyplomowego. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) wysokość opłaty, o której mowa w art. 16pb ust. 1,
2) szczegółowy sposób i tryb składania PEM oraz ustalania jego wyników,
3) wzór świadectwa złożenia PEM,
4) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PEM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16ph ust. 3,
5) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia PEM

– uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg PEM, w tym koszty przeprowadzenia, a także konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia PEM.

W art. 16r zmienianej ustawy przyznaje się uprawnienie dla konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, a nie jak dotychczas konsultantów krajowych, do weryfikacji merytorycznej odbycia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy zgodnie z programem specjalizacji na terenie danego województwa, z uwagi na zbyt duże obciążenie konsultantów krajowych dokumentacją napływającą ze wszystkich ośrodków akredytowanych. Konsultanci krajowi utrzymają dotychczasowe kompetencje w tym zakresie w przypadku braku konsultanta wojewódzkiego, pełnienia przez konsultanta wojewódzkiego funkcji kierownika specjalizacji oraz jako organ pomocniczy wojewodów w przypadku pojawienia się wątpliwości dotyczącej oceny przebiegu szkolenia. Dotychczas przepisy nie wskazywały możliwości weryfikacji raz wydanej oceny. W artykule tym dodaje się także nowy przepis formalizujący status lekarza w systemie opieki zdrowotnej, który ukończył szkolenie specjalizacyjne, a nie złożył pozytywnie egzaminu PES. Przepis zrównuje jego uprawnienia z uprawnieniami lekarza odbywającego specjalizację, o którym mowa w art. 16oa ust. 2 zmienianej ustawy, do czasu pozytywnego złożenia PES, pod warunkiem, że PES zostanie zaliczony w okresie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od wydania decyzji, o której mowa w art.

16 ust. 7 albo 9. Powyższa regulacja jest niezbędna w celu prawidłowego określania warunków, jakie powinna spełniać kadra lekarska realizująca świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Z kolei w art. 16rb zmienianej ustawy doprecyzowano, że lekarz albo lekarz dentysta, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego albo który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, oraz lekarz, który ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo 9, albo 16, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.

Natomiast w art. 16t zmienianej ustawy wprowadza się nowe przepisy określające w sposób szczegółowy uprawnienia lekarzy związane z przystępowaniem do PES. Lekarze będą mogli przystępować do PES już po zakończeniu przedostatniego roku szkolenia. Testy na każdy nowy termin egzamin PES składać się będą z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PES. Nowe pytania i testy będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PES lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu będą, podobnie jak przy PEM, publikowane na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań PES udostępnianej również na stronie internetowej CEM.

Zadania i pytania egzaminu ustnego PES będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem. Na co najmniej 4 miesiące przed egzaminem będzie publikowany zakres merytoryczny PES dla danej dziedziny wraz z podaniem wykazu źródeł bibliograficznych w języku polskim do poszczególnych działów i dokładnych wytycznych odpowiednich towarzystw naukowych, z których będą układane pytania do PES. Przepisy przewidują unieważnienie PES w całości albo w części, co powoduje, że traktuje się PES w całości albo jego część jako niebyłą. Unieważniony egzamin jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o unieważnieniu stało się ostateczne. W przypadku unieważnienia całości PES wszystkie jego części odbywają się w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia, w którym rozstrzygnięcie o

unieważnieniu stało się ostateczne. Zdający, któremu unieważniono PES, może złożyć za pośrednictwem dyrektora CEM odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia, który wydaje ostateczne rozstrzygnięcie w tej sprawie.

Lekarz będzie mógł przystąpić do PES w terminie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia albo od wydania decyzji, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9, przy czym reguła ta dla lekarzy, którzy zakończyli szkolenie specjalizacyjne przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, będzie liczona począwszy od daty wejścia jej w życie. Lekarzom, którzy złożyli z wynikiem pozytywnym PES, dyplom będzie wydawany wyłącznie po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

W projekcie ustawy następuje uchylenie art. 16 ust. 10 i art. 16g ust. 1 oraz przeniesienie ich treści do art. 16x ust. 1, co jest związane z koniecznością dostosowania się do obowiązującej techniki legislacyjnej w celu wydania jednego rozporządzenia w sprawie szkolenia specjalizacyjnego.

W art. 17 zmienianej ustawy dokonuje się na nowo określenia zasad certyfikacji nabywania umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. Certyfikat umiejętności zawodowej będzie przyznawany przez towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową od co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia wniosku albo instytut badawczy, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1350, z późn. zm.), uczestniczący w systemie ochrony zdrowia, właściwy dla danej umiejętności zawodowej. Warunkiem dopuszczenia właściwego towarzystwa naukowego do potwierdzenia uzyskania danej umiejętności zawodowej będzie zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Informacje te będą zamieszczane na stronie internetowej towarzystwa naukowego. Dyrektor CMKP będzie obowiązany dokonać wpisu towarzystwa naukowego oraz instytutu badawczego do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis zawierającego: numer i datę wpisu towarzystwa naukowego, nazwę, siedzibę i adres, formę organizacyjno-prawną, określenie umiejętności zawodowych certyfikowanych przez towarzystwo naukowe albo instytut badawczy oraz numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym, w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji albo samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli taki numer posiadają, oraz numer identyfikacji

podatkowej (NIP). Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy w celu przeprowadzenia potwierdzenia nabycia danej umiejętności zawodowej będzie sporządzać regulamin organizacji i przeprowadzenia certyfikacji. Regulamin określać będzie warunki kadrowe, sprzętowe i lokalowe, sposób przeprowadzania certyfikacji, sposób dokumentowania przebiegu certyfikacji, sposób realizacji wewnętrznego systemu oceny jakości certyfikacji, wymogi dla lekarza przystępującego do certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej oraz wzór certyfikatu umiejętności zawodowej. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł zlecić instytutowi badawczemu prowadzącemu działalność medyczną i naukową właściwą dla danej umiejętności opracowanie minimalnych standardów określających warunki kadrowe, sprzętowe i lokalowe wymagane w celu zapewnienia certyfikacji danej umiejętności zawodowej oraz sposób przeprowadzania certyfikacji danej umiejętności. Dyrektor CMKP będzie publikować opracowane standardy na stronie internetowej CMKP. Instytut badawczy wpisany do rejestru prowadzący certyfikację danej umiejętności zawodowej nie będzie mógł jednocześnie opracować minimalnych standardów dla tej umiejętności zawodowej. Instytut badawczy, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił opracowanie minimalnych standardów, nie będzie mógł ubiegać się o wpis do rejestru przez okres 5 lat od dnia opublikowania tych standardów na stronie internetowej CMKP. Procedura certyfikacji będzie podlegać kontroli CMKP. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których będzie można uzyskać certyfikat umiejętności oraz szczegółowe kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej. Przewiduje się, że na nowo określona organizacja certyfikacji, jak również na nowo określony katalog umiejętności zawodowych, będzie dopełnieniem kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, co umożliwi w szybszym trybie zwiększenie liczby lekarzy, którzy zapewnią pacjentom realizację, w sposób wykwalifikowany i gwarantujący bezpieczeństwo, określonych świadczeń zdrowotnych.

W art. 18 zmienianej ustawy wprowadza się przepis, zgodnie z którym dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy będzie potwierdzać ORL, za pomocą SMK, na podstawie dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego.

Powyższe nie będzie dotyczyć lekarza oraz lekarza dentysty, który przebywa na urlopie

macierzyńskim albo na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu rozliczeniowego, a także lekarza odbywającego staż podyplomowy. ORL powiadamia, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, będzie przysługiwać 6 dni płatnego urlopu z przeznaczeniem na doskonalenie zawodowe.

W artykule tym dodaje się także przepis nakładający na kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarza obowiązek umożliwienia lekarzowi realizacji doskonalenia zawodowego. Powyższe jest wynikiem zgłaszania przez środowisko lekarzy wielokrotnego blokowania przez przełożonych możliwości realizacji tego obowiązku, w szczególności, kiedy wiązało się to z opuszczeniem miejsca pracy.

Finansowanie doskonalenia zawodowego będzie pokrywać lekarz, lekarz dentysta albo podmiot leczniczy zatrudniający lekarza, okręgowa izba lekarska, Naczelna Izba Lekarska, Wojskowa Izba Lekarska lub podmiot organizujący szkolenie. Dotychczas przepisy nie regulowały sposobu finansowania doskonalenia zawodowego.

W art. 19–19c zmienianej ustawy następuje ujednolicenie terminologii związanej z ustawicznym rozwojem zawodowym oraz wskazuje się jednostki, które mogą prowadzić ustawiczny rozwój zawodowy, z wyłączeniem szkolenia w zakresie stażu podyplomowego. Doprecyzowuje się, że administratorami danych osobowych rejestru, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 zmienianej ustawy, są: właściwa ORL oraz Naczelna Rada Lekarska.

Z kolei w art. 19f zmienianej ustawy wprowadzono przepis sankcjonujący zawieranie pisemnych porozumień z inną jednostką akredytowaną do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, w przypadku braku możliwości odbycia części szkolenia w podmiocie, który zawarł w tej sprawie umowę z lekarzem. Nowością jest wprowadzenie przepisu o konieczności posiadania przez jednostkę szkolącą zakładowego planu realizacji szkolenia dla danych dziedzin medycyny zgodnego z programami szkolenia specjalizacyjnego zatwierdzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Plan ten ma zapewnić porządek organizacyjny w sytuacjach realizacji w danej jednostce szkolenia specjalizacyjnego dla wielu lekarzy w różnych dziedzinach medycyny jednocześnie oraz powinien określać zakres i sposób podjęcia niezbędnej współpracy z innymi jednostkami akredytowanymi. Wprowadzenie tej regulacji ma na celu

zapewnienie lepszej koordynacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego oraz braku pozyskania w jednostce szkolącej dokumentu stanowiącego swoistą instrukcję organizacji szkolenia w danym podmiocie leczniczym. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej albo jej reorganizacji jednostka ta może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przez okres nie dłuższy niż sześć miesięcy od dnia zaistnienia takiej zmiany lub dnia reorganizacji, pod warunkiem złożenia oświadczenia o spełnianiu wymagań akredytacyjnych. Każda jednostka, która przestanie spełniać ustawowe wymagania do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, w tym staży kierunkowych, ma obowiązek złożenia szczegółowej informacji o przeprowadzonej zmianie formy prawnej lub o zakresie reorganizacji jednostki do wojewody i dyrektora CMKP. W celu uzyskania opinii zespołu ekspertów dotyczącej potwierdzenia ciągłości akredytacji jednostka występuje do dyrektora CMKP w terminie nie później niż 30 dni od dnia złożenia oświadczenia o spełnianiu ustawowych wymagań. Wprowadzenie tego terminu ma zapobiegać występującym obecnie sytuacjom, kiedy jednostki, co do których istniał niezwłoczny obowiązek przedłożenia informacji o spełnieniu warunków organizacyjnych i kadrowych do szkolenia specjalizacyjnego, przedkładały tę informację nawet po upływie roku. W przypadku braku spełnienia ustawowych wymogów akredytacyjnych dyrektor CMKP będzie skreślał podmiot, w drodze decyzji, z listy jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto w art. 19g zmienianej ustawy została usankcjonowana możliwość odbywania kursów również w formie e-learningowej. Niezależnie od tego jednostka prowadząca szkolenie będzie oddelegowywać lekarza do udziału we właściwych kursach szkoleniowych zgodnie z przyznaną przez dyrektora CMKP kwalifikacją do udziału w nich. Regulacja ta ma zapobiegać wstrzymywaniu przez przełożonych delegowania lekarzy odbywających szkolenie do udziału w kursach specjalizacyjnych, w efekcie czego pogłębiły się braki w realizacji programu szkolenia, natomiast ze strony organizatorów kursów występuje konieczność przeprowadzania szkolenia przy minimalnej liczbie kilku uczestników, pomimo że wcześniej lista zgłoszeń wypełniała wszystkie kilkadziesiąt miejsc. Dyrektor CMKP w porozumieniu z jednostkami uprawnionymi do ustawicznego rozwoju zawodowego, a w zakresie medycyny rodzinnej wskazany przez dyrektora CMKP instytut badawczy, będą koordynować 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. Nowością będzie także wprowadzenie przepisu dającego możliwość korzystania z kursów specjalizacyjnych przez lekarzy dentystów, którzy nie odbywają szkolenia specjalizacyjnego, w zakresie dostępnych wolnych miejsc na kursie. Warunki uczestnictwa tych lekarzy w kursach szkoleniowych będzie określać jednostka organizująca kurs w porozumieniu z dyrektorem CMKP. Powyższe rozwiązanie pozwoli zapewnić efektywne wykorzystanie wszystkich miejsc szkoleniowych na kursach specjalizacyjnych dentystycznych. Wprowadzone zostają także przepisy dające możliwość ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zlecania nadzorowanej przez siebie uczelni wyższej lub instytutowi badawczemu koordynowanie szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny. Koszty związane z realizacją tego zadania będą pokrywane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zakres koordynowania minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia.

Natomiast w art. 19h zmienianej ustawy rozszerza się zakres prowadzonego przez dyrektora CMKP nadzoru nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego o kontrolę spełniania warunków organizacyjnych określonych w art. 19f ust. 2 zmienianej ustawy.

W przepisie art. 19i zmienianej ustawy do zespołu kontrolnego zostaje dodany przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego. Jeżeli w toku kontroli zostanie stwierdzone rażące naruszenie przepisów prawa lub warunków określonych w ustawie, dyrektor CMKP będzie miał prawo wykreślić kontrolowany podmiot z listy jednostek akredytowanych. Od tej decyzji przysługiwać będzie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Natomiast w art. 19j zmienianej ustawy doprecyzowuje się zakres monitorowania systemu ustawicznego rozwoju zawodowego.

W art. 19k–19n zmienianej ustawy sankcjonuje się wprowadzenie monitorowania szkolenia specjalizacyjnego przez ankiety wypełniane przez lekarzy po odbytym szkoleniu. Wypełnianie ankiet przez uczestników szkolenia będzie obowiązkowe. W ramach monitorowania systemu ustawicznego rozwoju zawodowego dyrektor CMKP będzie miał prawo żądania pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących warunków i przebiegu szkolenia.

Przepisy art. 21–29 zmienianej ustawy dotyczą zmian w regulacji eksperymentu

medycznego. Zmiany te są konieczne z uwagi na to, że dotychczasowe przepisy nie oddają w sposób rzeczywisty ich bieżącego przebiegu z zachowaniem praw pacjentów, w tym kobiet ciężarnych, zakazu przeprowadzania ich na dziecku poczętym, osobie ubezwłasnowolnionej, żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody, osobie pozbawionej wolności albo poddanej detencji albo osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącej w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie. Przepisy regulują, że nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów. Udział w eksperymencie nie może opóźnić ani pozbawiać jego uczestnika procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych, które są konieczne medycznie.

Podczas eksperymentu zapewnia się uczestnikowi przypisanemu do grupy kontrolnej stosowanie sprawdzonych metod zapobiegania, diagnozowania lub leczenia. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie, gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi niedopuszczalnego ryzyka lub obciążenia dla uczestnika eksperymentu. Uczestnik eksperymentu lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Za minimalny stopień ryzyka należy uznać ryzyko, którego prawdopodobieństwo wystąpienia i wielkość możliwej do przewidzenia szkody w danym eksperymencie nie są większe od tego, jakie towarzyszy życiu codziennemu lub rutynowym badaniom lekarskim, laboratoryjnym lub psychologicznym. Eksperymentem medycznym, co do zasady, kieruje lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter lub przebieg eksperymentu, oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze. W przypadku eksperymentu badawczego zawierającego część niemedyczną lekarz kierujący takim eksperymentem współpracuje z inną osobą posiadającą kwalifikacje niezbędne do przeprowadzenia części niemedycznej, która nadzoruje przebieg tej części.

W art. 30 i art. 39 zmienianej ustawy następuje weryfikacja treści tych przepisów w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (TK) z dnia 7 października 2015 r. (sygn. akt K 12/14) mówiącym o ich niezgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Nowelizacja przepisu art. 30 zmienianej ustawy polega na wykreśleniu

kwestionowanego przez TK jako bliżej niedookreślonego sformułowania „oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, natomiast nowelizacja przepisu art. 39 zmienianej ustawy polega na wykreśleniu wyrazów „z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”. Jednocześnie dodano przepis zobowiązujący podmiot leczniczy do wskazania lekarza lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który zapewni realną możliwość wykonania świadczenia.

Natomiast zmiany dokonane w art. 53 zmienianej ustawy mają charakter porządkujący.

Projektem ustawy dokonuje się również zmiany przepisów ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150) i ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Zmiany dokonane w ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera podyktowane są faktem, że kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu felczera zostało zamknięte w latach siedemdziesiątych, jednakże na obecnym rynku pracy nadal funkcjonują osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania tego zawodu. W związku z powyższym minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 1 ust. 1 tej ustawy może jedynie potwierdzić, a nie uznać, kwalifikacje zawodowe felczera osobom, których dyplom podlega uznaniu na podstawie umowy międzynarodowej. Nie planuje się także przywrócenia kształcenia w tym zawodzie. W konsekwencji nie będzie możliwe przeprowadzenie postępowania o uznanie kwalifikacji w zawodzie felczera, którego istotą jest porównanie programów kształcenia i wskazanie ewentualnych różnic, z uwagi na brak obowiązującego polskiego programu kształcenia. Konieczne jest uchylenie przepisów umożliwiających uzyskanie w obecnym stanie prawnym prawa do wykonywania zawodu felczera przez osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium naszego kraju. Obecnie Naczelna Rada Lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu felczera osobom, które posiadają decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzającą kwalifikacje zawodowe (w latach 2008–2018 minister właściwy do spraw zdrowia wydał pozytywne decyzje 50 osobom). Zgodnie z informacją dostępną na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30 kwietnia 2018 r. w kraju było 211 felczerów czynnych zawodowo oraz 532 niewykonujących zawodu. W 2013 r. w toku prac nad ewentualną deregulacją tego zawodu Ministerstwo Spraw Zagranicznych wydało pozytywną opinię w tym przedmiocie.

Natomiast konsekwencją dodania nowych przepisów mających na celu umożliwienie

podmiotom leczniczym zatrudnianie lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców spoza UE posiadających tytuł specjalisty jest konieczność dokonania zmian w przepisach ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Lekarz albo lekarz dentysta, który otrzyma dokument prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, będzie wpisany na listę członków izby lekarskiej, która wydała to prawo. Jednakże ten sam lekarz albo lekarz dentysta, który otrzyma dokument prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, nie będzie mógł wybierać i być wybieranym do organów izb lekarskich z uwagi na fakt, że nie posiada prawa wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej na czas nieoznaczony. Jednocześnie lekarz ten będzie poddawany pod ocenę sądu lekarskiego, w przypadku zaistnienia okoliczności wskazujących na nieprawidłowości w realizacji udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencją może być odebranie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym. W związku z wprowadzeniem nowej terminologii dotyczącej umiejętności zawodowych istnieje konieczność dostosowania również w tym zakresie przepisów powyższej ustawy. Na wniosek MON doprecyzowano również, że czynności przewidziane w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich dla ministra właściwego do spraw zdrowia wobec Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, w odniesieniu do Wojskowej Izby Lekarskiej wykonuje MON.

Zadania MON wynikające z przepisów ustawy będą finansowane w ramach limitu wydatków obronnych wyliczanego zgodnie z regułą zawartą w art. 7 ustawy z dnia 25 maja 2001 r. o przebudowie i modernizacji technicznej oraz finansowaniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1453, z późn. zm.), bez konieczności dodatkowego ich zwiększania ponad ustawowo przyjęty wskaźnik.

Przepisy przejściowe zostały określone w art. 6–22 projektu ustawy. Przewiduje się, że:

1) cudzoziemcy niebędący obywatelami państw członkowskich UE posiadający co najmniej zezwolenie na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej albo zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE albo status uchodźcy w Rzeczypospolitej Polskiej albo ważną Kartę Polaka, a także cudzoziemcy niebędący obywatelami państwa członkowskiego UE i niespełniający tych warunków, którzy rozpoczęli odbywanie stażu podyplomowego przed dniem 1 kwietnia 2020 r., po dniu wejścia

w życie niniejszej ustawy odbywają ten staż na zasadach dotychczasowych;

2) cudzoziemcy niebędący obywatelami państwa członkowskiego UE, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne na zasadach określonych w przepisach o odbywaniu studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, którzy rozpoczęli odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przed dniem 1 kwietnia 2020 r., po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy odbywają to szkolenie na zasadach dotychczasowych;
3) do postępowań dotyczących uznania stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE albo innym niż państwo członkowskie UE, wszczętych i niezakończonych przed dniem 1 kwietnia 2020 r., po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe;
4) do postępowań dotyczących uznania tytułu specjalisty uzyskanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niepodlegający uznaniu za równoważny na podstawie przepisów, o których mowa w art. 16a i art. 16b ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem 1 kwietnia 2020 r., stosuje się przepisy dotychczasowe;
5) do postępowań dotyczących potwierdzenia dyplomu felczera wszczętych i niezakończonych przed dniem 1 kwietnia 2020 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.

Ponadto ustawa niniejsza przewiduje, że:

1) do lekarzy, którzy rozpoczęli staż podyplomowy, i lekarzy, którzy rozpoczną ten staż po 1 kwietnia 2020 r, a przed dniem 1 marca 2021 r., stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu dotychczasowym, z wyjątkiem cudzoziemców, którzy nabędą po dniu 1 kwietnia 2020 r. prawa do odbywania stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli Rzeczypospolitej Polskiej, co związane jest z koniecznością ujednolicenia przepisów dla wszystkich lekarzy odbywających staż;
2) do lekarzy, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne, i lekarzy, którzy rozpoczną to szkolenie po 1 kwietnia 2020 r., a przed sesją jesienną w 2021 r., stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu dotychczasowym, z wyjątkiem przepisów w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą dotyczących:
   a) możliwości realizacji szkolenia specjalizacyjnego w oparciu o symulowane warunki kliniczne,

b) możliwości zmiany w trakcie szkolenia specjalizacyjnego dziedziny medycyny, jednakże w zakresie będącym kontynuacją szkolenia specjalizacyjnego w oparciu o ten sam moduł podstawowy,
c) możliwości skierowania lekarza i lekarza dentysty posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu jednolitego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu jednolitego bez postępowania kwalifikacyjnego,
d) uzupełniania wpisu składanym za pomocą SMK we wniosku na postępowanie kwalifikacyjne o niektóre dane, tj. numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej, wynik PES, liczbę publikacji i ich wykaz,
e) doliczania lekarzowi, który występuje w ramach postępowania kwalifikacyjnego o rezydenturę, dodatkowych punktów za posiadanie stopnia naukowego doktora oraz publikacje w czasopismach naukowych aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
f) sposobu przeliczania ocen uzyskanych w okresie studiów medycznych odbytych w Rzeczypospolitej Polskiej i poza Rzecząpospolitą Polską,
g) sposobu określania wyniku postępowania konkursowego stanowiącego procent maksymalnej liczby uzyskanych punktów,
h) odnotowania w EKS zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego wraz z datą zmiany trybu i zakończenia szkolenia oraz możliwości przedłużania terminu postępowania kwalifikacyjnego,
i) zasad uzyskiwania rezydentury,
j) odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie i w zakresie ustalonym w programie specjalizacji dla danej dziedziny medycyny,
k) pokrywania przez MON kosztów szkolenia uzupełniającego,
l) pełnienia dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji w maksymalnym czasie pracy określonym ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo pracę w systemie zmianowym, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem

jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo pracę w równoważnym czasie pracy, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej,

m) szkolenia w oparciu o aktualizowany co 5 lat program specjalizacji, który w przypadku wprowadzenia w nim zmian określa również termin oraz sposób jego wdrożenia,

n) uszczegółowienia podstawy odbywania szkolenia specjalizacyjnego w oparciu o umowę o pracę i inną umowę, o której mowa w art. 16h ust. 2 ustawy, oraz możliwości uwzględnienia w niej dodatku motywacyjnego finansowego przyznanego przez podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne na okres tego szkolenia,

o) uzyskania przez lekarzy cudzoziemców prawa do odbywania szkolenia specjalizacyjnego na zasadach obowiązujących obywateli Rzeczypospolitej Polskiej,

p) przetwarzania w trakcie postępowania kwalifikacyjnego i szkolenia specjalizacyjnego danych osobowych przez osoby upoważnione,

q) określania wymiaru czasu pracy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego,

r) zasad pełnienia dyżurów samodzielnych i towarzyszących,

s) wyrażania zgody na samodzielne pełnienie przez lekarza dyżurów medycznych,

t) korzystania przez lekarzy z uprawnień związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożliwości wykonywania niektórych czynności zawodowych,

u) przysługiwania wynagrodzenia w trakcie pełnienia dyżuru medycznego jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo czasu wolnego – na jego wniosek,

v) możliwości wyboru miejsca odbywania dyżurów medycznych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w jednostce prowadzącej staż kierunkowy,

w) uprawnienia do pełnienia dyżuru medycznego w jednostkach organizacyjnych podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne wskazanych w programie szkolenia w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, z zachowaniem prawa do niewydłużania szkolenia specjalizacyjnego o okres odpoczynku po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji, jeżeli całkowity okres odpoczynku po dyżurach medycznych nie

przekracza średnio 5 dni roboczych miesięcznie w okresie rozliczeniowym przyjętym u danego pracodawcy,

x) uzyskania różnicy wynagrodzenia między całkowitym kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, a refundowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia od pracodawcy – wypłacania lekarzowi dentyście wynagrodzenia zasadniczego wyższego o kwotę 700 zł w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny albo wyższego o kwotę 600 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa, w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia oraz postępowania w tej sprawie w przypadku zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji lub rezygnacji z pobierania tego wynagrodzenia,

y) niewłączania czasu karmienia dziecka do okresu, o jaki przedłuża się szkolenie specjalizacyjne,

z) możliwości uzyskania zgody na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego na wniosek lekarza złożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozwiązania umowy,

aa) możliwości wnioskowania w trybie rezydenckim i pozarezydenckim za zgodą kierownika specjalizacji do kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne o skrócenie okresu przedłużenia umowy, z wyłączeniem orzeczeń lekarskich o chorobie, nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych,

bb) weryfikacji rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji w zakresie, w jakim nie został on już zrealizowany przez lekarza w wyniku aktualizacji merytorycznej programu szkolenia,

cc) potwierdzania przez kierownika specjalizacji rocznych planów szkolenia, a w przypadku jego braku, potwierdzenie tego przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne,

dd) określania w decyzji dotyczącej uznania staży i kursów, o których mowa w art. 16m ust. 8 zmienianej ustawy, za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacji, rozstrzygnięcia dotyczącego określenia liczby dni roboczych wraz z proporcjonalną liczbą dni urlopu wypoczynkowego dla tego okresu, o które ulega skróceniu szkolenie specjalizacyjne,

ee) uszczegółowienia, że za zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego należy rozumieć faktyczne zaprzestanie przez lekarza realizacji programu specjalizacji, zgodnie z rocznym szczegółowym planem szkolenia specjalizacyjnego lub nieuzupełnianie wpisów, za pomocą SMK, w EKS przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, w okresie 12 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu, z przyczyn leżących po stronie lekarza,

ff) wskazania obowiązków i uprawnień lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,

gg) utrzymania uprawnień zawodowych po potwierdzeniu zakończenia szkolenia, a przed zaliczeniem PES, jak lekarz odbywający szkolenie, jednakże nie dłużej niż w okresie 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego,

hh) uzyskania uprawnienia do wcześniejszego przystąpienia do PES już po ukończeniu przedostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego, po potwierdzeniu tego przez kierownika specjalizacji, z zastrzeżeniem odbioru tego dyplomu po zakończeniu całości szkolenia specjalizacyjnego,

ii) ograniczenia możliwości przystąpienia do PES w okresie 5 lat od potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od wydania decyzji, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9,

jj) uszczegóławiających szkolenie specjalizacyjne lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez MON albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej

– które stosuje się od dnia 1 kwietnia 2020 r., biorąc pod uwagę dostosowanie przepisów do bieżących potrzeb, a także uwzględniając postulaty środowiska młodych lekarzy, samorządu zawodowego i konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Wydawanie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w postaci karty poliwęglanowej rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 2021 r. w związku z koniecznością uzyskania czasu na ich produkcję. Natomiast dotychczasowe dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” będą wydawane do dnia 31 grudnia 2020 r. Dokumenty wydane do dnia 31 grudnia 2020 r. zachowują swoją ważność w oparciu o art. 73 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 53, z późn. zm.).

Przepisy dotyczące kwalifikacji na staż podyplomowy oraz odbywanie stażu w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą stosuje się do lekarzy, którzy zakwalifikują się na staż podyplomowy odbywany od dnia 1 marca 2021 r., z uwagi na konieczność dostosowania SMK do całości postępowania w sprawie stażu podyplomowego.

Przepisy dotyczące kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne oraz odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą stosuje się do lekarzy, którzy przystąpią do postępowania kwalifikacyjnego od dnia 1 października 2021 r., z uwagi na konieczność budowy nowego SMK umożliwiającego przeprowadzenie postępowania kwalifikacyjnego i odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Do PEM może przystąpić lekarz, który zakwalifikował się na szkolenie specjalizacyjne w wyniku postępowania kwalifikacyjnego od dnia 1 października 2021 r., co związane jest z koniecznością budowy nowego SMK.

Terminy dotyczące ograniczenia możliwości przystąpienia przez lekarza do PES w ciągu 5 lat oraz utraty prawa do wykonywania zawodu felczera lub starszego felczera i wykreślenia go z Centralnego Rejestru Felczerów w związku z brakiem wykonywania tego zawodu przez 5 lat liczone są od dnia 1 kwietnia 2020 r. Przewiduje się, że przepisy w tym zakresie nie będą działały wstecz na niekorzyść lekarzy i felczerów.

Przepisy dotyczące unieważnienia egzaminów przeprowadzanych na podstawie zmienianej ustawy, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą, będzie się stosować po raz pierwszy do egzaminów przeprowadzonych po dniu 1 kwietnia 2020 r.

Do eksperymentów medycznych oraz postępowań w sprawie wyrażenia opinii o projekcie eksperymentu medycznego, wszczętych i niezakończonych przed dniem 1 kwietnia 2021 r., stosuje się przepisy dotychczasowe. Powyższe pozwoli na

przygotowanie nowych regulaminów pracy komisji bioetycznych oraz dostosowanie się realizatorów eksperymentów medycznych do nowych przepisów prawnych.

Rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów staje się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rejestrem podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą.

Dyrektor CEM uruchomi bazy pytań:

1) LEK oraz LDEK, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą – do dnia 15 października 2020 r.,
2) PES brzmieniu nadanym projektowaną ustawą – do dnia 1 listopada 2020 r.,
3) PEM w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą – najpóźniej na 4 miesiące przed planowanym PEM w określonej dziedzinie medycyny. Powyższe związane jest z koniecznością przygotowania pytań przez dyrektora CEM i ekspertów przygotowujących i weryfikujących pytania egzaminacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny dla poszczególnych baz pytań.

Zakłada się, że dotychczasowe przepisy wykonawcze, wydane na podstawie:

1) art. 15 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 15l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
2) art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
3) art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 i art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
4) art. 16x ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
5) art. 16x ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
6) art. 16x ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy zmienianej

w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,

7) art. 18 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą,
8) art. 29 ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 29 ust. 26 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą

– jednak nie dłużej niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Projekt ustawy przewiduje, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r., z wyjątkiem przepisów dotyczących m.in.:

1) wprowadzenia poliwęglanowych kart prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty – które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.;
2) zobowiązania konsultantów wojewódzkich do weryfikacji dokumentacji dotyczącej zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wnoszenia opłaty po raz drugi i kolejny za LEK, a także opłaty po raz trzeci i kolejny za PES – które wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2020 r.;
3) wprowadzenia do SMK czynności związanych z nowymi przepisami dotyczącymi realizacji stażu podyplomowego, uznania kwalifikacji zawodowych lekarza albo lekarza dentysty uzyskanego w państwie trzecim w drodze LEW albo LDEW, wprowadzenia nowych zasad organizacji LEK oraz LDEK, wprowadzenia dodatku finansowego dla kierownika specjalizacji, przeprowadzania PES, certyfikacji umiejętności zawodowych, eksperymentu medycznego – które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.;
4) wprowadzenia centralnego systemu kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne, weryfikacji zakresu programu specjalizacyjnego, organizacji i realizacji PEM, wprowadzenia jednego przepisu dla delegacji do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia, MON, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów – które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

Projekt ustawy będzie miał wpływ na działalność podmiotów wykonujących działalność leczniczą (będących mikro-, małymi i średnimi przedsiębiorstwami), w związku z przyznaniem lekarzom i lekarzom dentystom zatrudnionym w tych podmiotach, na podstawie stosunku pracy, którzy nie realizują w danym roku kalendarzowym szkolenia

specjalizacyjnego, na jego wniosek i za zgodą pracodawcy, uprawnienia do 6 dni urlopu szkoleniowego na doskonalenie zawodowe płatnego według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Należy podkreślić, że doskonalenie zawodowe każdego lekarza nie jest jego przywilejem, ale obowiązkiem wynikającym z przepisów zmienianej ustawy. Lekarz oraz lekarz dentysta realizując obowiązek doskonalenia zawodowego musi przedłożyć właściwej okręgowej izbie lekarskiej oraz pracodawcy potwierdzenie uzyskania w trakcie 4 lat 200 punktów w związku z uczestnictwem w różnych formach doskonalenia zawodowego. Lekarz i lekarz dentysta mają obowiązek przedstawić pracodawcy dokument poświadczający ich udział w doskonaleniu zawodowym. W dotychczasowych przepisach istniała luka w tym zakresie, co uniemożliwiało realizację lekarzom wypełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lub było ograniczane przez pracodawców. Podobne regulacje są wprowadzane w przepisach dotyczących innych zawodów medycznych.

Projekt ustawy nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

Nazwa projektu
Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące
Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu
Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektor Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki w Ministerstwie Zdrowia
tel.22 63 49 858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl

Data sporządzenia
03.01.2020 r.

Źródło
decyzja Rady Ministrów

Nr w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów

UD 27

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Opracowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, uwzględniającego postulaty zgłaszane przez przedstawicieli środowiska młodych lekarzy oraz samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a także rekomendacje powołanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia Zespołu ekspertów do spraw przygotowania propozycji nowelizacji ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą", ma na celu poprawę funkcjonowania i organizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, w tym weryfikację przepisów dotyczących stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego i umiejętności zawodowych.
Zgłaszane problemy w obszarze stażu podyplomowego dotyczyły braku jednolitej regulacji zasad kwalifikacji na staż podyplomowy w całym kraju oraz konieczności weryfikacji tematyki i zasad odbywania tego stażu przez lekarzy polskich i cudzoziemców. Zasady techniki legislacyjnej wymagają również przeniesienia części przepisów z poziomu obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474, z późn. zm.) do ustawy.
Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, którzy ukończyli studia medyczne w państwach nie będących państwami członkowskimi Unii Europejskiej (UE), a przede wszystkim lekarzy będących obywatelami polskimi, którzy coraz częściej podejmują kształcenie przeddyplomowe za wschodnią granicą, a pragną pracować i mieszkać w kraju, zostają wprowadzone przepisy umożliwiające w drodze zaliczenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego (LEW) albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (LDEW) dokonanie weryfikacji wiedzy na poziomie minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach UE. Egzaminy te nie będą zastępować nostryfikacji dyplomu. Powyższe rozwiązanie zostało zaproponowane również w związku z licznymi, indywidualnymi zgłoszeniami dotyczącymi obecnie obowiązującej procedury nostryfikacyjnej, która mimo regulacji prawnej, jaką jest rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. poz. 1881), nie jest prowadzona jednolicie przez uczelnie kształcące na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, a wewnętrzne procedury dotyczące tego procesu znacznie różnią się od siebie w poszczególnych uczelniach. Jeden egzamin centralny – LEW albo LDEW, organizowany przez Centrum Egzaminów Medycznych, będzie jednakowo weryfikował kwalifikacje każdej osoby w celu uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Rzeczypospolitej Polskiej. Od dłuższego czasu zgłaszane są przez środowisko pracodawców braki kadrowe lekarzy specjalistów w różnych dziedzinach medycyny. Firma Manpower wydała w 2019 r. raport podsumowujący zapotrzebowanie na personel w polskim sektorze medycznym. Opracowanie zostało stworzone na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych przez linię biznesową Manpower Life Science we współpracy z Polską Federacją Szpitali. Z raportu wynika, że największe zapotrzebowanie zgłaszane jest na specjalistów z pediatrii i chorób wewnętrznych (po 23%), anestezjologii i intensywnej terapii (21%), chirurgii ogólnej (15%), medycyny ratunkowej i neonatologii (po 13%), urologii (11%), położnictwa i ginekologii (10%), neurologii (8%) i chorób płuc (7%). W badaniu Manpower respondenci zostali również zapytani o otwartość na zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy. Dotyczyło to w tym wypadku kandydatów, którzy zdali egzamin państwowy z języka polskiego a ich dyplomy zostały nostryfikowane. Na tak odpowiedziało 79% ankietowanych, z czego 17% odpowiedziało zdecydowanie tak. W ramach badania opinii nie było pytania do ankietowanych odnośnie do zastosowania innych rozwiązań w tym zakresie. W 2017 r. do uczelni kształcących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym wpłynęły łącznie 634 wnioski o nostryfikację dyplomu uzyskanego spoza UE, z czego tylko 150 dyplomów ostatecznie uznano. Wychodząc naprzeciw chęci uzupełnienia braków kadrowych lekarzy specjalistów przede wszystkim w szpitalach powiatowych, w których mimo wakatów lekarze

niechętnie podejmują zatrudnienie, zostają wprowadzone przepisy umożliwiające zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej, pod pełną kontrolą samorządu zawodowego, lekarzy specjalistów, którzy uzyskali kwalifikacje specjalisty poza UE pod warunkiem spełnienia ustawowych wymogów. Nowe prawo wykonywania zawodu na określone czynności zawodowe, czas i miejsce zatrudnienia będzie przyznawane na okres do pięciu lat, podczas których lekarz specjalista będzie mógł uczestniczyć w procedurach medycznych i zapoznać się z systemem opieki zdrowotnej w kraju, zanim spełni wszystkie wymagane w przepisach warunki do uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu.

Ponadto, mając na uwadze obecnie występujące różnice między województwami obejmujące niejednolity rozdział miejsc specjalizacyjnych względem zdobytej przez lekarzy liczby punktów, które decydują o ich pozycji na liście kwalifikacyjnej, oczekiwanymi przez środowisko lekarzy zmianami w zakresie szkolenia specjalizacyjnego, dostrzeganymi również przez Ministra Zdrowia, jest dokonanie zmian w zakresie aplikowania na miejsca specjalizacyjne rezydenckie i pozarezydenckie w poszczególnych dziedzinach medycyny, tak aby lekarzom i lekarzom dentystom zapewnić zwiększony dostęp do wolnych miejsc specjalizacyjnych w całym kraju, jak również zmniejszenie biurokracji związanej ze szkoleniem z jednoczesnym zachowaniem wysokiej jakości kształcenia podyplomowego. Od dawna oczekiwane jest także dokonanie zmian w dostępie do uzyskania potwierdzenia nabycia poszczególnych umiejętności zawodowych.

Dotychczas stosowana terminologia w odniesieniu do kształcenia podyplomowego nie jest wystarczająco czytelna i doprecyzowana. Dlatego istnieje konieczność usystematyzowania całości terminologii dotyczącej kształcenia przez określenie na nowo zakresu ustawicznego rozwoju zawodowego, pod którym rozumieć się będzie kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe.

Z kolei przeprowadzona przez konsultantów krajowych analiza treści programów specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny, w szczególności w odniesieniu do liczby kursów, procedur medycznych do wykonania i zaliczenia przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, w odniesieniu do faktycznej liczby i zakresu udzielanych w podmiotach leczniczych świadczeń zdrowotnych wskazuje, że nie zawsze lekarz, czy lekarz dentysta ma możliwość, w określonym czasie, zrealizować procedury medyczne (głównie zabiegowe) wymagane programem danej specjalizacji. W związku z powyższym występuje potrzeba aktualizacji programów z uwzględnieniem możliwości realizacji niektórych procedur medycznych, w symulowanych warunkach klinicznych. Istnieje również większa potrzeba zacieśnienia relacji na zasadzie mistrz-uczeń z przydzielonym kierownikiem specjalizacji. Dla zwiększenia odpowiedzialności za lekarzy szkolących się oraz wzmocnienia tej relacji przewiduje się przydzielenie kierownikom specjalizacji dodatku finansowego.

Ponadto analiza wskazuje, że w związku z niewystarczającą liczbą miejsc akredytacyjnych uprawniających do szkolenia w poszczególnych dziedzinach lekarsko-dentystycznych, występuje zbyt mało lekarzy dentystów specjalistów, a co za tym idzie jest zmniejszony do nich dostęp pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia stomatologicznego. Aby temu problemowi sprostać należy wprowadzić przepisy umożliwiające, po spełnieniu wskazanych w ustawie warunków, uznawanie dorobku zawodowego i naukowego lekarzom dentystom i dopuszczenie ich, podobnie jak pozostałych lekarzy, do szkolenia specjalizacyjnego, bez konieczności przystępowania do procedury kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne, jak również umożliwić lekarzom dentystom uczestniczenie w kursach specjalizacyjnych, w przypadku posiadania przez jednostki szkolące wolnych miejsc na tych kursach. Wychodząc naprzeciw potrzebie ujednolicenia szkolenia wszystkich lekarzy, w tym lekarzy cudzoziemców, niezbędne jest wprowadzenie przepisu umożliwiającego odbywanie przez lekarzy cudzoziemców szkolenia specjalizacyjnego na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

Rekomendacje lekarzy ekspertów w zakresie kształcenia wskazują na konieczność utrzymania wysokiego poziomu jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, a tym samym wprowadzenie do obowiązującego porządku prawnego nowego egzaminu państwowego, tj. Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM), który odbywany będzie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem, że nie będzie on obligatoryjny do złożenia, jednakże będzie obowiązywał tych lekarzy, którzy będą chcieli nabyć uprawnienia do samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych, pełnienia funkcji opiekuna stażu podyplomowego.

Aby zapewnić możliwość zapoznania się lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne z pracą w trybie dyżurowym, przy jednoczesnym zachowaniu realnego i bezpiecznego ich odbywania, należy doprecyzować zasady odbywanych dyżurów oraz podzielić dyżury medyczne na samodzielnie prowadzone przez lekarza, który uzyskał pozytywną opinię kierownika specjalizacji lub zdał PEM, oraz na dyżury towarzyszące.

Brak dotychczas w obowiązującej ustawie czytelnego określenia statusu lekarza, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał decyzję dopuszczenia do PES, a do niego nie przystąpił lub go nie zaliczył, wymusza wprowadzenie przepisów określających status takiego lekarza jako lekarza „w trakcie specjalizacji", co daje możliwość zachowania ciągłości udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w określonym rodzaju świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie brak w dotychczasowych przepisach określenia uprawnień i obowiązków lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne determinuje uzupełnienie przepisów ustawy w tym zakresie.

Uporządkowania wymagają również przepisy dotyczące akredytacji podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne. W związku z koniecznością zapewnienia dokonywania właściwej oceny funkcjonowania ustawicznego rozwoju zawodowego dookreślenia wymaga zakres i narzędzia jego monitorowania.

Mając na uwadze orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, należy dokonać także weryfikacji przepisów art. 30 (obowiązek udzielania pomocy lekarskiej) i art. 39 (klauzula sumienia). Ponadto od dawna jest zgłaszana przez samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów potrzeba wymiany niepraktycznych obecnie papierowych dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza" (PWZL) i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty" (PWZLD), bowiem informacje dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy są zamieszczane w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów dostępnym do wglądu wszystkich uprawnionych i zainteresowanych. Wychodząc naprzeciw powszechnie stosowanym rozwiązaniom w innych krajach planuje się, aby prawo wykonywania zawodu zostało zastąpione, podobnie jak w innych krajach, kartą poliwęglanową wielkości karty kredytowej. Przepisy dotyczące przeprowadzania eksperymentów medycznych wymagają aktualizacji do bieżących potrzeb uwzględniających również prawa pacjenta, czynniki ryzyka z nimi związane, a także sankcje za nieprzestrzeganie wymogów związanych z ich przeprowadzaniem. Nowelizacji podlega jednocześnie ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150) w zakresie dostosowania jej przepisów do stanu bieżącego i ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965), jako konsekwencja dostosowania jej przepisów do zmian wprowadzonych w projekcie niniejszej ustawy.

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

Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw wprowadza szereg nowych rozwiązań, które przyniosą wymierne efekty w postaci:

1) w odniesieniu do uporządkowania terminologii ustawowej obejmującej kształcenie podyplomowe nastąpi na nowo określenie w ustawie zakresu ustawicznego rozwoju zawodowego lekarza i lekarza dentysty, pod którym rozumieć się będzie:
   a) kształcenie podyplomowe obejmujące staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne i umiejętności zawodowe,
   b) doskonalenie zawodowe;
2) w odniesieniu do przeprowadzania Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK) zmiany przepisów dotyczyć będą dopuszczenia do egzaminu osoby, która ukończyła 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim albo osoby, która ukończyła 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, a także przeprowadzenia egzaminu na podstawie 70% pytań wybranych z publikowanej na stronie Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) bazy pytań LEK-LDEK oraz z 30% pytań nowych. Dyrektor CEM będzie odpowiedzialny za przygotowanie i aktualizację dostępnej powszechnie bazy pytań LEK i LDEK. Na rok przed egzaminami publikować będzie na stronie internetowej CEM wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim, które będą obowiązywać na egzaminach. Wykorzystane w egzaminach pytania będą po każdej sesji zasilać bazę pytań LEK i LDEK. Ponadto zostały wprowadzone szczegółowe przepisy dotyczące unieważnienia w części lub całości LEK i LDEK;
3) w odniesieniu do lekarzy, którzy ukończyli studia medyczne w państwach nie będących państwami członkowskimi UE, w szczególności lekarzy posiadających obywatelstwo polskie przewiduje się wprowadzenie nowej ścieżki, która będzie miała za zadanie potwierdzenie kwalifikacji i wiedzy zdobytej przez lekarza, przez zaliczenie z wynikiem pozytywnym LEW lub LDEW organizowanego przez CEM. Egzaminy te nie będą zastępowały procedury nostryfikacyjnej, która nadal będzie obowiązywać lekarzy pragnących oprócz realizacji świadczeń zdrowotnych rozwijać się w naszym kraju naukowo i dydaktycznie. Ponadto LEW oraz LDEW będą jednym z elementów wymaganych do pozyskania uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pytania LEW i LDEW będą przygotowywane przez zespół ekspertów składających się z przedstawicieli polskich uczelni kształcących na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Egzaminy składać się będzie przed Zespołami Egzaminacyjnymi wyłonionymi spośród członków Komisji Egzaminacyjnej. Wysokość wynagrodzenia za udział w pracach tego Zespołu albo Komisji wynosić będzie nie więcej niż 750 zł dla Przewodniczącego i nie więcej niż 500 zł dla członka. Wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczących Zespołów Egzaminacyjnych i Komisji określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia. Koszty LEW i LDEW będzie ponosił lekarz. Egzaminy będą polegać na rozwiązywaniu testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Pozytywny wynik LEW i LDEW uzyska zdający po zaliczeniu 60% maksymalnej liczby punktów z testu. Dyrektor CEM będzie wydawać świadectwo złożenia LEW albo LDEW oraz odpłatnie w wysokości 50 zł duplikat albo odpis świadectwa. Uzyskanie świadectwa LEW i LDEW nie będzie zwalniać lekarzy, którzy będą chcieli podjąć pracę w polskim systemie opieki zdrowotnej, z odbycia stażu podyplomowego oraz zaliczenia Lekarskiego Egzaminu Końcowego albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego;
4) w odniesieniu do wprowadzenia uproszczonego trybu zatrudniania w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów posiadających kwalifikacje uzyskane poza UE, oczekuje się stworzenia możliwości fakultatywnego uzupełniania kadry medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w których istnieje zagrożenie zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych z powodu braku na rynku pracy lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Lekarz albo lekarz dentysta posiadający tytuł specjalisty uzyskany za granicą, który otrzyma zaświadczenie potwierdzające planowane zatrudnienie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą mającym

siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będzie mógł wystąpić do właściwej okręgowej rady lekarskiej (ORL) z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony przez ORL zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Właściwa ORL będzie mogła w uchwale przyznać takie prawo wykonywania zawodu, jednocześnie określając program i liczbę godzin szkolenia praktycznego, po uprzedniej analizie wymaganych dokumentów, w szczególności programu odbytego szkolenia specjalizacyjnego. Odwołanie od wydanej przez ORL uchwały będzie rozpatrywane na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, tj. odwołanie to będzie rozpatrywane przez Naczelną Radę Lekarską. Przed podjęciem zatrudnienia lekarz albo lekarz dentysta będzie bowiem zobowiązany do odbycia przeszkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy pod nadzorem opiekuna. Powyższe rozwiązanie wykluczy ryzyko lub wątpliwości co do obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych przez zatrudnionych lekarzy specjalistów. Szkolenie praktyczne kończyć się będzie uzyskaniem opinii pozytywnej albo negatywnej, wystawionej przez opiekuna, która to opinia będzie miała kluczowy wpływ na zatrudnienie tego lekarza w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz wygaśnięcie przyznanego prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia z dniem skreślenia tego lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej. Należy podkreślić, że uprawnienia takiego lekarza specjalisty do udzielania świadczeń zdrowotnych nie będą wykraczać poza określony podmiot wykonujący działalność leczniczą, a czas ich realizacji będzie wskazany w umowie zawartej między lekarzem specjalistą a tym podmiotem. Zatem lekarz ten nie będzie mógł przemieszczać się, celem udzielania świadczeń zdrowotnych, między podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na terytorium kraju a jego uprawnienia nie będą wychodzić poza wskazany podmiot, a także poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Powyższe rozwiązanie jest podobne do rozwiązań stosowanych w tym zakresie w Niemczech. Lekarz specjalista jednocześnie chcąc pracować w polskim systemie ochrony zdrowia będzie zobowiązany do nostryfikacji dyplomu w okresie 5 lat albo zaliczenia LEW lub LDEW oraz odbycia stażu podyplomowego i zaliczenia LEK lub LDEK;

5) w odniesieniu do nowej konstrukcji przepisów obejmujących staż podyplomowy, należy podkreślić, że stworzą one kompleksową regulację najważniejszych zagadnień związanych z organizacją i realizacją stażu podyplomowego w akcie prawnym rangi ustawowej (następuje przeniesienie części przepisów z rozporządzenia), na wzór regulacji dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego. Zatem w projektowanej nowelizacji znajdują się przepisy ogólne, określające cel i zakres merytoryczny, a także czas trwania oraz zasady dotyczące terminów rozpoczęcia stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Do tej pory poszczególne okręgowe rady lekarskie ustalały lub nie w drodze uchwały dodatkowe kryteria mające na celu premiowanie lekarzy z najlepszymi wynikami ze studiów lub aktywnych naukowo, umożliwiając im w ten sposób pierwszeństwo w wyborze miejsca odbywania szkolenia. Wprowadzenie jednolitych przepisów, jak również wprowadzenie dodatkowych przesłanek premiujących (podwyższających jednorazowo średnią o 0,5 pkt lub 0,2 pkt odpowiednio za bycie pierwszym autorem lub współautorem przynajmniej jednej publikacji naukowej oraz 0,25 punktu, jeżeli student lub lekarz uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego), było postulowane przez stowarzyszenia skupiające studentów i młodych lekarzy, celem stworzenia możliwości premiowania najbardziej aktywnych zawodowo lekarzy. Poza tym następuje przeniesienie z programu szkolenia specjalizacyjnego określonego w art. 16f ust. 3 ustawy do programu stażu podyplomowego całości kursów w zakresie: ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego z jednoczesnym dodaniem szkoleń dotyczących profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Nowością jest wprowadzenie do stażu podyplomowego personalizowanej ścieżki kształcenia. Ścieżka ta da możliwość wyboru młodemu lekarzowi odbycia, oprócz części obowiązkowej stażu, również szkolenia w nie więcej niż trzech innych wybranych przez niego dziedzinach medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Powyższe rozwiązanie z jednej strony ma lepiej przygotować lekarzy stażystów do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony ma umożliwić świadome podjęcie decyzji o kierunku ich późniejszego specjalistycznego szkolenia zawodowego. Zmianą nowo wprowadzoną do porządku prawnego, w stosunku do obowiązujących regulacji, będzie ujednolicenie zasad uznawania stażu podyplomowego odbytego poza granicami kraju (w UE i poza UE) za równoważny w całości lub części ze stażem podyplomowym odbytym w Polsce. Złożenie wniosku w tej sprawie do ministra właściwego do spraw zdrowia będzie odbywało się za pośrednictwem dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Dotychczas zasady uznawania stażu podyplomowego odbytego w UE i poza UE regulowały dwa odrębne akty prawne (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602, z późn. zm.), które zgodnie z zasadami prawidłowej legislacji należało odpowiednio połączyć. Nowością jest także rozszerzenie katalogu lekarzy, którzy mogą pełnić funkcje opiekuna stażu o lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy, albo lekarza, który zdał PEM, albo lekarza albo lekarza dentystę który ukończył 3 lata szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych. Zmianie podlega również określenie opiekuna dla lekarza dentysty, którym może być lekarz dentysta posiadający specjalizację w określonej dziedzinie medycyny lub wykonujący zawód przez okres co najmniej 3 lat, a nie 5 lat jak dotychczas.

Wprowadzono zbiór praw i obowiązków lekarza i lekarza dentysty odbywającego staż podyplomowy. Nowością jest także procedowanie stażu podyplomowego za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), co powoduje konieczność zbudowania od podstaw w SMK nowej pełnej funkcjonalności do obsługi tego procesu wraz z przydzieloną lekarzowi Elektroniczną Kartą Stażu Podyplomowego monitorującą przebieg jego stażu;

6) wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących procedur naboru lekarzy i lekarzy dentystów na specjalizacje lub realizacji szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny – należy wskazać wprowadzenie szeregu nowych przepisów, których efektem będzie m.in.: przyspieszenie dostępu do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach lekarsko-dentystycznych przez uznanie dorobku zawodowego i naukowego lekarzom dentystom, zwiększenie dostępu do wszystkich wolnych w kraju miejsc specjalizacyjnych oraz sprawiedliwy i transparentny ich rozdział między lekarzy przystępujących do postępowania konkursowego na rezydentury i miejsca pozarezydenckie, urealnienie możliwości zaliczenia w trakcie odbywania szkolenia określonych programem specjalizacji procedur medycznych, a także wprowadzenie przepisów przyznających kierownikom specjalizacji dodatek, co powinno ich zmotywować do większego nadzoru nad lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne i tym samym zwiększenia jakości udzielania świadczeń zdrowotnych przez przyszłych młodych specjalistów. Powyższe będzie miało również wpływ na pogłębienie relacji mistrz-uczeń. Utworzenie elektronicznego systemu kwalifikacji prowadzonego za pomocą SMK na miejsca rezydenckie finansowane z budżetu państwa oraz pozostałe wolne miejsca pozarezydenckie umożliwi aplikowanie na wolne miejsca specjalizacyjne na terenie całego kraju, a nie jak dotychczas na terenie województwa, co zapewni większe ich wykorzystanie w skali kraju. Lekarz składać będzie wniosek za pomocą SMK do dyrektora CMKP za pośrednictwem wojewody oraz, tak jak dotychczas, do Ministra Obrony Narodowej (MON) albo do ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Lekarz będzie mógł złożyć wniosek na nie więcej niż 15 wariantów wyboru dziedziny medycyny, województwa i jednostki szkolącej, z jednoczesnym określeniem trybu i kolejności priorytetowej, w jakiej chciałby przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku lekarzy aplikujących za pośrednictwem SMK do MON będzie możliwość wyboru dwóch dziedzin medycyny wraz z wyborem podmiotu szkolącego. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikować się będzie lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc w kraju, w kolejności od najwyższego wyniku procentowego punktów uzyskanych w postępowaniu konkursowym na liście rankingowej lekarzy. W trakcie postępowania konkursowego lekarz będzie mógł w ramach dwóch etapów rozdziału wolnych miejsc potwierdzić zakwalifikowanie się do danej dziedziny w danym województwie. Brak dokonania potwierdzenia w SMK w pierwszym etapie będzie uwalniać miejsce do ponownego rozdziału między wszystkich niezadeklarowanych i niezakwalifikowanych lekarzy. Lista lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych będzie dostępna w SMK. Lekarz będzie mógł w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia ostatecznej listy lekarzy zakwalifikowanych lub niezakwalifikowanych, wystąpić do dyrektora CMKP, MON albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych o weryfikację postępowania konkursowego, z zastrzeżeniem, że weryfikacja dotyczyć będzie wyłącznie wolnych miejsc pozostałych po odbytej procedurze konkursowej. Całości centralnej kwalifikacji postępowania towarzyszyć będą określone na nowo terminy sprawozdawania informacji od wojewodów i konsultantów wojewódzkich w zakresie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe dla poszczególnych dziedzin medycyny, określanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia liczby miejsc rezydenckich, a także terminy związane z dokonywaniem czynności w SMK w ramach prowadzonego postępowania konkursowego. Nowością będzie przyznawanie, w ramach puli miejsc rezydenckich, wyodrębnionej puli dla lekarzy kształcących się w szkołach doktorskich. Co do zasady planuje się, że do wykorzystania w procedurze konkursowej będą udostępnione dla lekarzy wszystkie wolne miejsca specjalizacyjne w kraju zgłoszone przez podmioty w procedurze akredytacyjnej. Powyższe postępowanie powinno przyczynić się do zaangażowania większej niż dotychczas puli wolnych miejsc specjalizacyjnych w szkolenie lekarzy i lekarzy dentystów;

7) w odniesieniu do wprowadzania do porządku prawnego nowego egzaminu państwowego, tj. PEM, oczekuje się, że będzie on sprawdzać na danym etapie ustawicznego rozwoju zawodowego efekty szkolenia odbytego przez lekarzy. PEM będzie egzaminem nieobligatoryjnym, jednakże zaliczenie go będzie skutkowało przyznaniem odpowiednich dodatkowych uprawnień. Sam egzamin stanowić będzie narzędzie nie tylko sprawdzające wiedzę zdobytą przez lekarzy, ale także będzie sprawdzać skuteczność i jakość kształcenia prowadzonego przez jednostki szkolące. Egzamin będzie przeprowadzany przez dyrektora CEM. Lekarz lub lekarz dentysta będzie mógł przystąpić do PEM po potwierdzeniu przez kierownika specjalizacji zaliczenia modułu podstawowego albo po potwierdzeniu przez kierownika specjalizacji zaliczenia drugiego roku odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach modułu jednolitego. PEM będzie organizowany przez dyrektora CEM. Dyrektor CEM będzie podawał za pomocą SMK adres strony internetowej, na której dostępne będą terminy PEM. Lekarz zgłaszający się do PEM może dokonać wyboru jednego z tych terminów. Wybrany przez lekarza termin nie będzie podlegał zmianie. Lekarz zamierzający przystąpić do PEM będzie składać, za pomocą SMK, wniosek w tej sprawie do dyrektora CEM. W przypadku zgłoszenia do PEM po raz trzeci i kolejny lekarz będzie ponosić opłatę w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok,

ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski". Opłata będzie stanowić dochód budżetu państwa i będzie wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez dyrektora CEM. Dyrektor CEM będzie miał za zadanie utworzyć bazę pytań PEM, która zostanie opublikowana na stronie CEM. PEM składać się będzie z co najmniej 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM. PEM będzie przeprowadzany w formie testu komputerowego przy użyciu urządzenia egzaminacyjnego wykorzystującego jednolite oprogramowanie opracowane przez CEM. Sam test składać się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Nadzór nad przebiegiem egzaminu będą sprawować osoby wyznaczone przez dyrektora CEM. Egzamin zostanie zaliczony z wynikiem pozytywnym po uzyskaniu przez lekarza co najmniej 60% możliwej do uzyskania maksymalnej liczby punktów. Przebieg PEM może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Do pytań i odpowiedzi będzie można zgłaszać zastrzeżenia, które będą rozpatrywane przez konsultanta krajowego dla danej dziedziny medycyny. W przypadku naruszenia zasad składania egzaminu lekarze będą dyskwalifikowani. Osoba zdyskwalifikowana nie będzie mogła przystąpić do PEM w okresie roku od dnia dyskwalifikacji. Lekarz, który uzyskał wynik negatywny PEM, będzie mógł do niego przystąpić ponownie w innym terminie. Negatywny wynik PEM nie będzie przerywał szkolenia specjalizacyjnego. Przepisy wprowadzają również szczegółową regulację dotyczącą unieważnienia PEM. Na wniosek lekarza dyrektor CEM będzie wydawać, odpłatnie, duplikat albo odpis dyplomu albo będzie dokonywać wymiany błędnie sporządzonego świadectwa PEM. Opłata za te czynności będzie wynosić 50 zł;

8) w odniesieniu do przyznania dodatku finansowego do wynagrodzenia kierownikom specjalizacji będzie to dodatek w wysokości 500 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem albo 1000 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia więcej niż jednego lekarza szkolącego się pod jego kierunkiem, z wyłączeniem okresów nieobecności lekarza określonych w ustawie. Środki finansowe będą wypłacane z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Wojewoda będzie przekazywać środki na podstawie umowy zawartej z kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Z kolei kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne będzie zawierać umowę z kierownikiem specjalizacji albo lekarzem pełniącym funkcję kierownika specjalizacji w jednostkach uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym na realizację zadań wykonywanych przez tego kierownika specjalizacji. MON oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych będą również mogli dofinansować koszty związane z realizacją zadań kierownika specjalizacji w ramach własnych części budżetowych. Od dawna szerokie grono środowiska lekarskiego, konsultanci krajowi i wojewódzcy, samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, a także związki zawodowe i rezydenci postulują o przyznanie dodatkowego wynagrodzenia za pełnienie funkcji kierownika specjalizacji, tym bardziej, że kierownik specjalizacji prowadząc nadzór nad merytoryczną realizacją szkolenia specjalizacyjnego dokonuje szeregu czynności administracyjnych związanych z: przygotowaniem i aktualizacją rocznego planu szkolenia, zaliczaniem jego kolejnych elementów, ustalaniem jednostek i harmonogramu odbywania staży kierunkowych, wydawaniem opinii o lekarzu, występowaniem z wnioskiem do CMKP o uznanie części szkolenia specjalizacyjnego, uczestniczeniem w egzaminie. Kierownik odpowiada także za bezpieczeństwo pacjentów w trakcie uczestniczenia w wykonywanych przez lekarza zabiegach, procedurach diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

9) zmianą będzie umożliwienie, za zgodą kierownika specjalizacji, przystąpienia do PES lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego. Wydłużanie czasu zdobywania przez lekarzy dyplomu specjalisty determinuje dookreślenie zasad przystępowania do PES w ciągu 5 lat, mając na uwadze dezaktualizację wiedzy medycznej w programach specjalizacyjnych po 5 latach. Bieg tego terminu dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy zakończyli szkolenie specjalizacyjne i nie zdali PES rozpocznie się po wejściu w życie ustawy. Powyższe ma za zadanie zmobilizowanie lekarzy do aktywnego i systematycznego nabierania wiedzy i umiejętności praktycznych oraz ograniczyć sytuacje, w których lekarze przez wiele lat po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego nie przystępują do PES lub przystępują do niego, jak wynika ze statystyki CEM, nawet po 10 razy będąc nie w pełni przygotowani. Dyrektor CEM będzie miał za zadanie utworzenia jawnej bazy pytań PES. Dyrektor CEM, po uzgodnieniu z konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny, będzie publikować w SMK na co najmniej 4 miesiące przed egzaminem zakres merytoryczny PES dla danej dziedziny wraz z podaniem wykazu źródeł bibliograficznych w języku polskim do poszczególnych działów i dokładnych wytycznych odpowiednich towarzystw naukowych, z których będą układane pytania do PES. Testy na każdy nowy termin egzaminu PES będą się składać z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PES. Zadania i pytania egzaminu ustnego PES będą mogły być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w PES. Przepisy wprowadzają również szczegółową regulację dotyczącą unieważnienia w części lub całości PES. Lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, albo uzyskał decyzję o dopuszczeniu do PES albo nie zaliczył PES zachowuje uprawnienia, o których mowa w art. 16oa ust. 2 pkt 1 i 4. Tym samym lekarz ten będzie miał uprawnienia takie, jak lekarz w trakcie specjalizacji, co jest niezmiernie ważne z punktu przepisów rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczących wykazów świadczeń gwarantowanych;

10) w odniesieniu do przepisów dotyczących umiejętności zawodowych lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony będzie mógł uzyskać certyfikat potwierdzający posiadane umiejętności zawodowe. Przyznawać go będzie towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową od co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia wniosku albo instytut badawczy, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350, z późn. zm.), uczestniczący w systemie ochrony zdrowia, właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP. Warunkiem dopuszczenia właściwego towarzystwa naukowego oraz instytutu badawczego do potwierdzenia uzyskania danej umiejętności zawodowej będzie zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Dyrektor CMKP będzie prowadził rejestr towarzystw naukowych i instytutów badawczych oraz będzie posiadał uprawnienia do kontroli przebiegu certyfikacji umiejętności zawodowych. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł zlecić ww. instytutowi badawczemu prowadzącemu działalność medyczną i naukową właściwą dla danej umiejętności opracowanie minimalnych standardów określających warunki certyfikacji. Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy sporządzać będą regulamin organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej. Regulamin określać będzie warunki kadrowe, sprzętowe i lokalowe, sposób przeprowadzania certyfikacji, sposób dokumentowania przebiegu certyfikacji, sposób realizacji wewnętrznego systemu oceny jakości certyfikacji, wymogi dla lekarza przystępującego do certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej oraz wzór certyfikatu umiejętności zawodowej. Lekarz lub lekarz dentysta będzie mógł ubiegać się o uzyskanie certyfikatu umiejętności zawodowej, jeżeli posiadać będzie prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Towarzystwa naukowe oraz instytuty badawcze prowadzące certyfikację z zakresu umiejętności zawodowych będą obowiązane przekazywać do właściwych okręgowych izb lekarskich wykaz lekarzy oraz datę wydania certyfikatu umiejętności zawodowej w danym zakresie. Informacje te będą wpisywane do rejestru prowadzonego przez okręgowe izby lekarskie. Towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy będzie wydawać certyfikat potwierdzający zdobycie wiedzy i umiejętności zawodowej w danym zakresie. Rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności, wykaz specjalizacji w dziedzinach medycyny, których posiadanie będzie niezbędne do rozpoczęcia szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych, wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które będą równoważne z posiadaniem określonych umiejętności zawodowych oraz szczegółowy sposób odbywania szkolenia i inne warunki po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia;
11) w odniesieniu do wprowadzenia nowych przepisów dotyczących przeprowadzania eksperymentu medycznego należy podkreślić konieczność ich aktualizacji, z uwzględnieniem praw uczestników poddawanych eksperymentom medycznym oraz usankcjonowania zasad karania za przeprowadzanie eksperymentu medycznego bez wymaganej prawnie zgody albo zezwolenia sądowego lub bez uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej albo wbrew jej warunkom, a także bez zawarcia stosownej umowy ubezpieczeniowej;
12) w odniesieniu do pozostałych zmian proponowanych w projekcie ustawy, których efektem będzie uporządkowanie spraw związanych z procesem szkolenia specjalizacyjnego, a także ułatwienie lekarzom i lekarzom dentystom przebiegu całości odbywania szkolenia z jednoczesnym zachowaniem wysokiej jego jakości, należy wymienić najważniejsze z nich:
    a) wprowadzenie zasady opracowywania na nowo programów specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny co 5 lat (zmiana przepisów związana z koniecznością dostosowywania programów zgodnie z przepisami ustawy oraz postępem wiedzy i technologii medycznych),
    b) usankcjonowanie realizacji szkolenia specjalizacyjnego również w symulowanych warunkach klinicznych (dopuszczenie takiej formy realizacji szkolenia wynika z faktu braku dostępu w trakcie specjalizacji do wykonania niektórych procedur medycznych z uwagi na brak pacjentów z wymaganą jednostką chorobową, a także ze względu na fakt, że warunki symulacyjne dają możliwość nieskończonego powtarzania czynności medycznych trudnych do opanowania w krótkim czasie bez konsekwencji związanej z odpowiedzialnością za popełniane błędy),
    c) uporządkowanie i ujenolicenie przepisów dotyczących zasad przystępowania przez lekarzy do postępowania kwalifikacyjnego w trybie rezydentury,
    d) dodanie wymogu realizacji szkolenia nie tylko na podstawie programu dla danej specjalizacji, ale również i w jego zakresie (zmiana związana z brakiem przestrzegania realizacji szkolenia zgodnie z zakresem programu danej specjalizacji i delegowanie lekarzy odbywających specjalizację do innych zadań np. na IP, SOR lub poradni),
    e) wprowadzenie przepisu sankcjonującego zawieranie jednej umowy na szkolenie specjalizacyjne i dyżury medyczne określone programem specjalizacji między podmiotem uprawnionym do szkolenia a lekarzem przystępującym do niego, obejmującej pełen zakres szkolenia specjalizacyjnego z możliwością kwartalnego rozliczania,
    f) wprowadzenie przepisu sankcjonującego zawieranie umowy o staż między podmiotem uprawnionym do

szkolenia specjalizacyjnego, a podmiotem realizującym staż kierunkowy w zakresie, w jakim podmiot szkolący nie posiada zaplecza organizacyjnego do przeprowadzenia tego szkolenia,

g) doprecyzowanie zasad odbywania dyżurów medycznych dotyczących szkolenia specjalizacyjnego w podziale na dyżury samodzielne (po akceptacji kierownika specjalizacji) lub towarzyszące odbywane na stażu podstawowym oraz pełnienie dyżurów wyłącznie towarzyszących na stażach kierunkowych,

h) wprowadzenie przepisu umożliwiającego wyrażanie zgody na przedłużenie odbycia szkolenia specjalizacyjnego po okresie upływu umowy zawartej w tym zakresie (związane z usankcjonowaniem wielokrotnie dokonywanej już przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów akceptacji wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury w sytuacjach losowych nieujętych w przepisach ustawy),

i) usankcjonowanie w przepisach możliwości wydania zgody przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne na skrócenie lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych (za zgodą kierownika specjalizacji),

j) wprowadzenie przepisu nakładającego na kierownika podmiotu leczniczego, potwierdzenia lekarzowi odbytego szkolenia specjalizacyjnego w przypadku braku z różnych przyczyn kierownika specjalizacji, które to działanie wychodzi naprzeciw niwelowaniu sytuacji wydłużania z tego tytułu okresu przystąpienia lekarza do PES, w szczególności w podmiotach leczniczych dysponujących jednym kierownikiem specjalizacji,

k) wprowadzenie przepisu dotyczącego określania w decyzji wydawanej przez dyrektora CMKP w sprawie uznania odbycia w kraju lub za granicą staży lub kursów za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacyjnego, liczby dni roboczych oraz proporcjonalnie do nich liczby dni urlopu, o które ulega skróceniu szkolenie specjalizacyjne,

l) wprowadzenie do zespołów ekspertów oceniających procesy związane z organizacją i realizowaniem ustawicznego rozwoju zawodowego również konsultantów powoływanych przez MON, przedstawicieli instytutów badawczych oraz przedstawicieli lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,

m) przyznanie wojewodzie, MON i ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych możliwości wydawania z urzędu decyzji o wykreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w sytuacjach jednoznacznego stwierdzenia upływu okresu, w którym był obowiązany ukończyć szkolenie specjalizacyjne (dodanie przepisu ma na celu wprowadzenie narzędzia prawnego niwelującego sytuacje zalegania w rejestrach danych lekarzy, którzy nie zgłaszają przez lata zakończenia lub przerwania kontynuowania specjalizacji),

n) wprowadzenie przepisów dotyczących zakresu uprawnień i obowiązków lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne,

o) określenie szczególnych warunków zwalniających z konieczności dopełniania doskonalenia zawodowego przez lekarzy oraz wprowadzenie katalogu osób i podmiotów mogących formalnie finansować doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów, wypełniając w tym zakresie lukę prawną,

p) wprowadzenie przepisu nakładającego na kierownika podmiotu leczniczego obowiązek umożliwienia lekarzowi zatrudnionemu w tym podmiocie realizacji doskonalenia zawodowego (przeciwdziałanie sytuacjom związanym z ograniczaniem przez przełożonych dostępu do wolnych dni umożliwiających szkolenie w tym zakresie),

r) zobowiązanie jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego do posiadania opracowanego i wdrożonego zakładowego planu realizacji szkoleń specjalizacyjnych dla dziedzin medycyny, w których odbywa się szkolenie na terenie tego podmiotu leczniczego,

s) usankcjonowanie odbywania kursów również w trybie e-learningowym,

t) umożliwienie lekarzom dentystom nieodbywającym szkolenia specjalizacyjnego uczestnictwa w kursach specjalizacyjnych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych w sytuacji dysponowania wolnymi miejscami przez jednostkę realizującą dany kurs (powyższe podyktowane jest małą liczbą lekarzy dentystów specjalistów i małą liczbą uczestników szkoleń),

u) dookreślenie zasad monitorowania funkcjonowania systemu ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym przez obowiązkowo wypełniane ankiety,

w) wprowadzenia przepisów normujących wydawanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty. Wychodząc naprzeciw powszechnie stosowanym rozwiązaniom w innych krajach planuje się, aby PWZL i PWZLD zastąpione zostało kartą poliwęglanową wielkości karty kredytowej. Należy wskazać, że będzie ona wydawana w formie zawierającej odpowiednie zabezpieczenia przed przerobieniem lub podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną, w tym uwzględniona zostanie nazwa prawa wykonywania zawodu w języku angielskim,

x) doprecyzowanie przepisów dotyczących przyznawania tzw. „bonu patriotycznego" również lekarzom dentystom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia

zakończenia szkolenia specjalizacyjnego,

y) dostosowanie przepisów ustawy do przepisów ustawy z dnia z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.) oraz do bieżących warunków organizacyjnych kształcenia podyplomowego leżącego w gestii MON;

13) w odniesieniu do zmian w ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera należy wskazać, że kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu felczera zostało w Polsce zamknięte w latach siedemdziesiątych, jednakże na obecnym rynku pracy nadal funkcjonują osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania tego zawodu. Obecnie Naczelna Rada Lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu felczera osobom, które posiadają decyzję Ministra Zdrowia potwierdzającą kwalifikacje zawodowe (w okresie od 2008 do 2018 r. Minister Zdrowia wydał pozytywne decyzje 50 osobom). Zgodnie z informacją Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30 kwietna 2018 r. w Polsce było 211 felczerów czynnych zawodowo oraz 532 niewykonujących zawodu. Polska jest jedynym państwem członkowskim UE, w którym ten zawód istnieje (Baza Zawodów Regulowanych Komisji Europejskiej). Mając na uwadze przepisy unijne, które nie definiują zawodu felczera oraz w świetle powyższego nie planuje się przywrócenia kształcenia w tym zawodzie;

14) zmiany w ustawie z dnia z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich mają charakter uzupełniający w odniesieniu do konieczności rejestracji prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów spoza UE oraz doprecyzowują uprawnienia MON w odniesieniu do Wojskowej Izby Lekarskiej.

Przepisy przejściowe zostały określone w art. 6–20 projektowanej ustawy oraz zostały omówione szczegółowo w uzasadnieniu.

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 15 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 15l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
2) art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16g ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
3) art. 18 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
4) art. 29 ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 29 ust. 21 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą

– jednak nie dłużej niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Projekt przewiduje, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r., z wyjątkiem przepisów dotyczących m.in.:

1) wprowadzenia poliwęglanowych kart prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty – które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2020 r.;
2) wprowadzenia do SMK czynności związanych z nowymi przepisami dotyczącymi realizacji stażu podyplomowego, uznania kwalifikacji zawodowych lekarza albo lekarza dentysty uzyskanego w państwie trzecim w drodze LEW albo LDEW, wprowadzenia nowych zasad organizacji LEK/LDEK, wprowadzenia dodatku finansowego dla kierownika specjalizacji, przeprowadzania PES, certyfikacji umiejętności zawodowych, nowelizacji przepisów dotyczących eksperymentu medycznego – które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.;
3) wprowadzenia, za pomocą SMK, centralnego systemu kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne, weryfikacji zakresu programu specjalizacyjnego, organizacji i realizacji PEM, a także wprowadzenia upoważnienia ustawowego do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia, MON, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów – które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

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

W państwach członkowskich UE, OECD oraz innych państwach istnieją różne regulacje w zakresie organizacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy.

USA: Rezydentura, w zależności od specjalizacji, trwa od trzech lat w przypadku medycyny wewnętrznej do siedmiu w przypadku neurochirurgii. Po ukończeniu rezydentury i ewentualnego dodatkowego cyklu kształcenia (fellowship) w przypadku niektórych specjalizacji lekarz może podejść do egzaminu dającego mu certyfikat potwierdzający kwalifikacje – nie jest to jednak obowiązkowe przed podjęciem praktyki w zawodzie, ale może być wymagane np. w niektórych szpitalach. Możliwe jest zawieszenie spłaty zadłużenia w okresie rezydentury oraz wydłużenie okresu spłaty. To z kolei powoduje zróżnicowanie całkowitego kosztu w przypadku zadłużenia w wysokości 180 000 USD od całkowitej kwoty 328 000 USD w przypadku spłaty zadłużenia przez 10 lat po zakończeniu rezydentury do 483 000 USD w przypadku wydłużenia okresu spłaty do 25 lat. USA nie stoją przed problemem utraty lekarzy na rzecz emigracji z kraju. Mimo to coraz bardziej widoczne są problemy z zapewnieniem pełnej podstawowej opieki zdrowotnej. W 2016 r. problem ten dotyczył 1/3 stanów, w których podstawowa opieka zdrowotna pokrywała nie więcej niż 50% całkowitego zapotrzebowania, przy czym w najbardziej krytycznym przypadku, jakim jest stan Connecticut, podstawowa

opieka zdrowotna pokrywa jedynie 15% całkowitego zapotrzebowania.
Wielka Brytania: Ścieżka specjalizacyjna: po rejestracji i otrzymaniu prawa wykonywania zawodu (przyznaje je General Medical Council) lekarz może ubiegać się w drodze konkursu o przyjęcie na kształcenie specjalizacyjne. W zależności od dziedziny specjalizacji odbywa ją w ramach jednej ze ścieżek:

– kształcenie specjalizacyjne ciągłe (run-through training): ubiega się raz o przyjęcie na specjalizację i kontynuuje ją do końca,
– kształcenie specjalizacyjne dwu-etapowe (uncoupled training) – dotyczy tylko wybranych specjalizacji. Najpierw lekarz w drodze konkursu ubiega się o przyjęcie na odpowiednik polskiego modułu podstawowego (core training), który w zależności od dziedziny może trwać dwa lub trzy lata. Po jego zakończeniu lekarz musi ponownie przystąpić do konkursu tym razem na specjalizację właściwą (higher specialty training).

Istnieje także trzecia forma kształcenia specjalizacyjnego, która prowadzi do uzyskania przez lekarza statusu Akademika Klinicznego (Clinical Academic) – jest to lekarz, który łączy pracę naukową z pracą w roli lekarza specjalisty w danej dziedzinie. Ta ścieżka jest dostępna dla wszystkich dziedzin medycznych w Wielkiej Brytanii. Taki lekarz pracuje pół tygodnia na uczelni i pół tygodnia w klinikach/szpitalach (50/50 splite). W październiku 2016 r. Minister Zdrowia przedstawił założenia programu mającego zahamować odpływ kadr medycznych z UK a równocześnie poprawić sytuację na rynku pracy. Jednym z punktów jest wprowadzenie obowiązku pracy w ramach NHS przez przynajmniej cztery lata po zakończeniu kształcenia; wcześniejsze odejście z NHS skutkowałoby koniecznością zwrotu części nakładów poniesionych przez państwo na kształcenie lekarza.
RFN: Rozwiązania w zakresie planowania kadr lekarskich w Niemczech ukierunkowane są nie tyle na zatrzymanie lekarzy (w tym lekarzy specjalistów) w kraju, ale na dostosowanie liczby lekarzy kształconych w poszczególnych specjalizacjach do istniejących potrzeb. W tym kontekście przede wszystkim wspierane jest kształcenie specjalizacyjne w medycynie ogólnej [Allgemeinmedizin] oraz w medycynie wewnętrznej i ogólnej [Innere und Allgemeinmedizin] – tzw. Hausarzt. Wsparcie kształcenia specjalistów w tych dziedzinach zostało usankcjonowane w przepisach federalnych. Kwestie rezydentur [Weiterbildung] pozostają co do zasady w gestii organów/instytucji poszczególnych krajów związkowych. Planowanie i finansowanie kształcenia specjalizacyjnego również co do zasady odbywa się na poziomie krajów związkowych. Za planowanie kształcenia specjalizacyjnego odpowiedzialne są Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczenia Ustawowego [Kassenärztlichen Vereinigungen – KV]. Za finansowanie kształcenia specjalizacyjnego w ww. dziedzinach odpowiedzialne są (po połowie) działające na poziomie krajów związkowych Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczenia Ustawowego [KV] i Kasy Chorych [Krankenkassen]. Wsparcie finansowe Kas Chorych nie może zmniejszać budżetu, który kasy te przeznaczają na zabezpieczenie finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego – UUZ. W całym kraju w ten sposób ma być finansowanych minimum 7 500 miejsc rezydenckich. Rozwiązanie polegające na usankcjonowaniu na poziomie federalnym wsparcia finansowego dla kształcenia specjalizacyjnego w medycynie ogólnej wprowadzono w 2015 r. Kształcenie specjalizacyjne np. w Saksonii przewiduje, że w specjalizacjach, w których istnieje groźba niedoboru, następuje dodatkowe finansowane kwotą 250 EUR miesięcznie, natomiast w specjalizacjach, w których istnieje niedobór, następuje dodatkowe finansowanie kwotą 500 EUR miesięcznie.
Podmioty uprawnione do prowadzenia specjalizacji są zobowiązane do przekazania kwot w ww. wysokości lekarzom odbywającym specjalizację. Pochodne wynagrodzenia ponoszone przez pracodawcę nie mogą być finansowane z ww. kwot. Saksońskie Zrzeszenie Lekarzy Ubezpieczenia Ustawowego (podobnie jak zrzeszenia działające w pozostałych krajach związkowych) prowadzi portal, który pomaga znaleźć miejsce specjalizacyjne. Szkolenia i kursy dla lekarzy odbywających specjalizację – co do zasady są płatne. Wiele krajów związkowych oferuje jednak możliwość uzyskania bezzwrotnego refinansowania części kosztów takich kursów (odbywa się to na wniosek samego zainteresowanego, a nie automatycznie). Rząd kraju związkowego Saksonii (przy wsparciu Europejskiego Funduszu Społecznego) oferuje wsparcie w postaci tzw. Weiterbildungscheck – osoby zatrudnione mogą uzyskać zwrot 50% kosztów danego kursu, o ile ich miesięczne zarobki wynoszą między 2 500 a 4 000 EUR brutto. Koszt takiego kursu, szkolenia musi wynosić minimum 1 000 EUR.
W Niemczech, z uwagi na braki kadrowe, wprowadzono także rozwiązanie dotyczące dopuszczania do wykonywania zawodu osób posiadających kwalifikacje spoza UE, gdzie jednym z zezwoleń na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty jest Berufserlaubnis. Pozwolenie to może być ograniczone czasowo, ale również ogranicza wykonywaną działalność lub czynności zawodowe. Wydawane jest w celu wykonywania zawodu tylko w jednym, określonym miejscu, na warunkach określonych w umowie, na okres czterech lat, z możliwością przedłużenia. Warunkiem otrzymania Berufserlaubnis jest posiadanie prawa pobytu oraz prawa do pracy na terytorium Niemiec. Pozwolenie to obowiązuje tylko na terytorium jednego landu, jest wydawane przez właściwą izbę lekarską tego landu. Przy wydawaniu Berufserlaubnis nie są badane kwalifikacje uzyskane za granicą, tzn. nie podlegają procedurze uznania.
Czechy: Za organizację kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego odpowiada powołany w 1978 r. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví – IPVZ. Każdy lekarz odbywający kształcenie specjalizacyjnie, niezależnie od dziedziny specjalizacji, obowiązkowo realizuje 2-letni wspólny dla wszystkich dziedzin specjalizacji program, po ukończeniu którego następuje kształcenie we właściwej dziedzinie specjalizacji. Kształcenie specjalizacyjne kończy się egzaminem. W toku kształcenia specjalizacyjnego lekarz uzyskuje uprawnienia do wykonywania niektórych czynności

samodzielnie. Szkolenie finansują łącznie: państwo (Ministerstwo Zdrowia) w ograniczonym zakresie, pracodawca na podstawie umowy o pracę oraz sam lekarz odbywający kształcenie specjalizacyjnie. W szpitalach, które nie są nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia (głównie szpitale prywatne lub założone przez gminy/regiony) nadal powszechna jest praktyka zawierania ze stażystami „umów o kształcenie", które po zakończeniu kształcenia specjalizacyjnego są obarczone warunkiem „5-letniego odpracowania" kosztów poniesionych przez pracodawcę pod groźbą kary finansowej. W szpitalach nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia obowiązek „odpracowywania" został zniesiony. Zachętą do pozostania w kraju jest przeprowadzona reforma kształcenia specjalizacyjnego polegająca na szybszym uzyskiwaniu tytułu specjalisty oraz zwiększaniu uprawnień zawodowych proporcjonalnie do zdobywanej wiedzy w czasie specjalizacji.

Włochy: Kształcenie specjalizacyjne jest prowadzone przez uniwersytety. Po uzyskaniu dyplomu konieczne jest złożenie egzaminu licencyjnego („Esame di Stato"), rejestracja w izbie lekarskiej, a następnie przystąpienie do egzaminu państwowego. Ilość punktów uzyskanych z powyższego egzaminu decyduje o miejscu odbywania specjalizacji i dziedzinie. Kształcenie specjalizacyjne kończy się egzaminem. Szkolenie finansuje państwo w ramach umów szkoleniowych. Umowa jest zawierana na rok i trzeba ją corocznie przedłużać. Nie ma obowiązku odpracowywania szkolenia specjalizacyjnego.

Państwa skandynawskie: Strategie krajów skandynawskich w rekrutacji i zatrzymywaniu pracowników w służbie zdrowia skupiają się na dwóch płaszczyznach: kształceniu i tworzeniu odpowiedniego (przychylnego) miejsca pracy. Ponieważ w krajach skandynawskich różne podmioty (agendy rządowe) odpowiedzialne są za miejsca pracy i szkolnictwo, nie ma jednego podmiotu odpowiedzialnego za wdrażanie tych strategii.

W Norwegii regionalne władze tworzą stanowisko lekarza rezydenta nazywanego też lekarzem odbywającym specjalizację. Są to stałe stanowiska dla lekarzy w ramach każdej specjalizacji. Lekarze odbywający specjalistyczne wykształcenie w szpitalach są opłacani przez szpitale/„Helseforetak" – powiernictwo należące do jednej z czterech regionalnych władz zajmujących się zdrowiem. Dla przyszłych specjalistów w zakresie ogólnej praktyki, szkolenia specjalistyczne są opłacane przez lekarza, z możliwością pokrycia pewnych wydatków przez Fundusz Stowarzyszenia Medycznego. Lekarze ubiegający się o rezydenturę podlegają tym samym procedurom kwalifikacyjnym, co w przypadku każdej innej pracy. Kształcenie specjalizacyjne odbywa się wspólnie w szpitalach (część kliniczna) i na uniwersytetach (część teoretyczna, wykłady).

W Finlandii, aby dostać się na rezydenturę, należy być lekarzem licencjonowanym przez Krajowy Organ Nadzoru Opieki Społecznej i Zdrowia (Valvira). Uzyskanie stopnia specjalisty wymaga 5 lub 6 lat praktyki lekarskiej, w tym co najmniej 9 miesięcy świadczenia usług w podstawowych ośrodkach opieki zdrowotnej, zdania kursów teoretycznych i administracyjnych oraz państwowego egzaminu pisemnego. Rezydentura jest organizowana wspólnie przez uczelnie oraz jednostki odpowiedzialne za dostarczanie usług zdrowotnych. Rezydenci otrzymują wynagrodzenie, które jest uregulowane na bazie porozumienia między Stowarzyszeniem Gmin a Fińskim Towarzystwem Medycznym.

W Szwecji ścieżka specjalizacyjna wymaga uzyskania prawa wykonywania zawodu (przyznaje je Socialstyrelsen). Po jego otrzymaniu lekarz sam szuka miejsca pracy w celu rozpoczęcia kształcenia specjalizacyjnego (nazywanego w Szwecji ST). Socialstyrelsen ma dedykowaną stronę dla ogłoszeń o wolnych miejscach pracy, także tych w celu odbycia ST. Pracodawca jest odpowiedzialny za organizację pracy, kształcenie lekarza w trakcie ST oraz za jego wynagrodzenie. Nie każdy pracodawca może oferować miejsce pracy lekarzowi chcącemu odbyć ST (potrzebna jest akredytacja). Szkolenie finansuje pracodawca w ramach środków przyznanych mu na świadczenie usług medycznych z budżetu państwa, regionów oraz dodatkowych opłat ponoszonych przez pacjentów za dane usługi medyczne. Nie ma obowiązku odpracowywania szkolenia.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze i lekarze dentyści stażyści podyplomowi	ok. 65 518	Prognozy Ministerstwa Zdrowia na lata 2017–2027 na podstawie liczby absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Na lata powyżej 2023 r. przyjęto liczbę odpowiadającą limitom od roku akademickiego 2017/18	Zmiany w zakresie stażu podyplomowego
Urzędy marszałkowskie	16	urząd marszałkowski	Organizacja, finansowanie, zapewnienie warunków oraz nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów

Lekarze i lekarze dentyści w trakcie specjalizacji, w tym lekarze rezydenci	25885, w tym 19031 rezydentów (stan na marzec 2019 r.)	CMKP	Ułatwienie zasad odbywania ustawicznego rozwoju zawodowego
Wojewodowie	16	wojewodowie	Ogólnopolski system postępowania kwalifikacyjnego na szkolenia specjalizacyjne rezydenckie i pozarezydenckie
CEM	1	CEM	Realizacja egzaminów: PEM, PES oraz LEW i LDEW
CMKP	1	CMKP	Ogólnopolski system postępowania kwalifikacyjnego na szkolenia specjalizacyjne rezydenckie i pozarezydenckie. Uczestnictwo w zespołach kontrolnych. Monitorowanie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)	1	CSIOZ	Administrowanie SMK w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego
Jednostki prowadzące szkolenie specjalizacyjne	5151 jednostek akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego	CMKP/ORL	Realizacja szkolenia zgodnie z programem. Opracowanie zakładowego planu szkolenia specjalizacyjnego
Polskie towarzystwa naukowe	ok. 165	towarzystwa naukowe	Organizacja i realizacja certyfikacji z zakresu umiejętności zawodowych
Instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia posiadające status państwowego instytutu badawczego	ok. 3	Prognozy Ministerstwa Zdrowia na lata 2019–2025	Organizacja i realizacja certyfikacji z zakresu umiejętności zawodowych oraz określanie minimalnych standardów certyfikacji
Konsultanci krajowi i konsultanci krajowi związani z realizacją zadań państwa związanych z obronnością kraju, konsultanci wojewódzcy	1297, w tym: 93 krajowi, 12 MON, 1192 wojewódzcy	CMKP/CEM	Nadzór na przebiegiem szkolenia specjalizacyjnego, uczestnictwo w zespołach opiniujących, uczestnictwo w egzaminach, prowadzenie kontroli
Kierownicy specjalizacji	14500	CMKP	Nadzór nad szkoleniem specjalizacyjnym
ORL	24	ORL	Przyznawanie lekarzom specjalistom cudzoziemcom prawa wykonywania zawodu na określonych zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym

Ministerstwo Zdrowia	1		Podpisywanie umów przyznających dodatek w ramach umów lojalnościowych dla lekarzy dentystów

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

Projekt ustawy nie był przedmiotem pre-konsultacji.
Niniejszy projekt został przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych na 30 dni do następujących podmiotów:

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko – dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
5) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowa NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;
17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców – Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).
Projekt został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.).
Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostały dołączone do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł											
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029		Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	1,072	**83,463**	**83,668**	**85,336**	**85,624**	**85,767**	**85,774**	**85,893**	**86,036**	**86,068**		768,701
budżet państwa	0,083	7,246	7,262	8,917	9,073	9,084	9,084	9,094	9,105	9,107		78,054
CEM: dochody z opłat za egzaminy i wystawienie duplikatów dokumentów	-	*0,82*	*0,82*	*1,10*	*1,24*	*1,24*	*1,24*	*1,24*	*1,24*	*1,24*		10,16
dochody z podatków (wynagrodzenia CEM; STAŻE)	0,08	*6,43*	*6,45*	*6,45*	*6,46*	*6,47*	*6,47*	*6,48*	*6,49*	*6,49*		58,27
JST	0,041	3,151	3,159	3,159	3,165	3,170	3,170	3,175	3,180	3,182		28,55
Fundusz Pracy	0,056	4,325	4,336	4,337	4,344	4,352	4,352	4,359	4,366	4,368		39,20
FUS	0,713	55,030	55,166	55,175	55,271	55,366	55,371	55,450	55,545	55,566		498,65
NFZ	0,178	13,711	13,745	13,748	13,771	13,795	13,796	13,816	13,840	13,845		124,25
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	29,103	227,735	**223,337**	**223,406**	**223,720**	**224,052**	**224,067**	**224,286**	**224,657**	**225,166**		2049,531
budżet państwa	26,337	227,734	223,336	223,405	223,719	224,051	224,066	224,285	224,656	225,166		2046,754
CEM: wynagrodzenia dodatkowych pracowników (6 etatów)	0,000	*0,160*	*0,320*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,480*		3,358
CEM: wynagrodzenia komisje egzaminacyjne (umowy o dzieło)	0,000	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*	*0,021*		0,189
CEM: koszty przygotowania pytań do egzaminów	18,109	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*	*5,695*		69,366
CEM: koszty najmu sal; przejazdów i noclegów członków komisji; druku książeczek; materiałów biurowych; telefonów	0,000	*0,128*	*0,288*	*0,449*	*0,449*	*0,449*	*0,449*	*0,449*	*0,449*	*0,449*		3,557
CMKP: dodatkowe zadania związane z obsługą systemu SMK)	0,277	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*	*0,400*		3,875
Jednostki akredytowane: kierownicy specjalizacji	0,000	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*	*207,219*		1864,970
Urzędy wojewódzkie: wynagrodzenia dodatkowych pracowników	0,000	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,000*		0,000
Okręgowe izby lekarskie: dodatkowe zadania	1,110	1,481	*1,481*	*1,481*	*1,481*	*1,481*	*1,481*	*1,481*	*1,481*	*1,481*		14,435
Urzędy marszałkowskie: wynagrodzenia, staż podyplomowy (cudzoziemcy spoza UE dotychczas nie finansowani)	0,000	*4,231*	*4,627*	*4,579*	*4,975*	*5,371*	*5,390*	*5,718*	*6,115*	*6,115*		47,120
Urzędy marszałkowskie: stażyści (cudzoziemcy spoza UE dotychczas nie finansowani): koszty szkoleń dla stażystów	0,000	*0,086*	*0,094*	*0,093*	*0,101*	*0,109*	*0,109*	*0,116*	*0,124*	*0,124*		0,954
Urzędy marszałkowskie: stażyści (cudzoziemcy spoza UE dotychczas nie finansowani):	0,000	*0,006*	*0,008*	*0,004*	*0,006*	*0,008*	*0,004*	*0,006*	*0,008*	*0,008*		0,055

koszty dodatkowych materiałów dla stażystów												
Urzędy marszałkowskie: stażyści (cudzoziemcy spoza UE dotychczas nie finansowani) : koszty obsługi stażystów przez urzędy marszałkowskie	0,000	*0,008*	*0,008*	*0,008*	*0,009*	*0,010*	*0,010*	*0,010*	*0,011*	*0,011*		0,086
koszty rozbudowy systemu SMK i PWZL i PWZLD	6,840	*8,300*	*3,175*	*3,058*	*2,965*	*2,890*	*2,890*	*2,771*	*2,735*	*3,165*		38,789
W tym SMK (CSIOZ)	5,597	*7,240*	*2,260*	*2,260*	*2,260*	*2,260*	*2,260*	*2,260*	*2,260*	*2,260*		30,917
W tym nowe PWZL i PWZLD	1,243	*1,061*	*0,915*	*0,798*	*0,705*	*0,630*	*0,630*	*0,511*	*0,475*	*0,905*		7,872
JST	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
Fundusz Pracy	2,767	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		2,767
Saldo ogółem	-28,032	-144,272	**-139,669**	**-138,070**	**-138,096**	**-138,285**	**-138,293**	**-138,393**	**-138,620**	**-139,100**		-1280,830
budżet państwa	-26,253	-220,489	-216,075	-214,489	-214,647	-214,968	-214,983	-215,192	-215,552	-216,060		-1968,710
JST	0,041	3,151	3,159	3,159	3,165	3,170	3,170	3,175	3,180	3,182		28,551
Fundusz Pracy	-2,711	4,325	4,336	4,337	4,344	4,352	4,352	4,359	4,366	4,368		36,429
FUS	0,713	55,030	55,166	55,175	55,271	55,366	55,371	55,450	55,545	55,566		498,654
NFZ	0,178	13,711	13,745	13,748	13,771	13,795	13,796	13,816	13,840	13,845		124,245

Źródła finansowania	Budżet państwa Budżet państwa W 2020 r. wydatki związane z realizacją zadań wynikających z przedmiotowej ustawy zostaną sfinansowane w ramach limitu środków, w tym na wynagrodzenia osobowe, zaplanowanych w projekcie ustawy budżetowej na 2020 r. w części 83 – Rezerwy celowe do wysokości 24.233 tys. zł, a po wyczerpaniu rezerwy w części 46 – Zdrowie do wysokości 26 337 tys. zł, , z wyłączeniem kosztów realizacji zadań, które zgodnie z projektem pustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020 będą finansowane ze środków Funduszu Pracy. W kolejnych latach wskazane wydatki budżetu państwa zostaną sfinansowanie z części 46 – Zdrowie, z wyłączeniem wydatków na finansowanie kosztów kierowników specjalizacji, które będą ponoszone z budżetów właściwych wojewodów (część 85 – Budżety wojewodów). Jednocześnie wszystkie ww. wydatki budżetu państwa sfinansowane zostaną w ramach zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia, wynikających z ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532, z późn. zm.) (tzw. „ustawy 6%") obejmujących również wzrost limitu wynagrodzeń.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	I. WYDATKI: 1. KOSZTY WYNAGRODZEŃ DLA LEKARZY i LEKARZY DENTYSTÓW CUDZOZIEMCÓW STAŻYSTÓW SPOZA UE, DOTYCHCZAS NIE FINANSOWANI Koszty te dotyczą wprowadzenia jednolitego systemu wynagrodzeń dla lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców (osoby spoza UE dotychczas nie finansowane przez Ministra Zdrowia) będących w trakcie stażu. Lekarze ci dotychczas nie otrzymywali wynagrodzenia. Do analizy przyjęto dane własne Ministra Zdrowia (stażyści cudzoziemcy: w 2020 r. 57 osób; w 2021 r. 63 osoby; w 2022 r. 69 osób; w 2023 r. 68 osób; w 2024 r. 74 osoby; w 2025 r. 80 osób; w 2026 r. 80 osób; w 2027 r. 85 osób; w latach 2028 - 2029 91 osób rocznie). Szacunki te opierają się o dane raportowane do Ministerstwa Zdrowia przez Okręgowe Izby Lekarskie. Wynagrodzenie lekarza i lekarza dentysty cudzoziemca będzie wyliczane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474, z późn. zm.) tak samo jak wynagrodzenie lekarza i lekarza dentysty posiadającego obywatelstwo polskie. W wyliczeniach uwzględniono pochodne od wynagrodzeń w wysokości

19,91%. W wyliczeniu uwzględniono również koszt 123 zł rocznie za każdego stażystę dla urzędów marszałkowskich na zadania związanie z jego obsługą. Wynagrodzenia te zostaną sfinansowane w ramach środków finansowych, które Minister Zdrowia przekazuje corocznie na wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów do urzędów marszałkowskich. W 2020 r. środki finansowe na ten cel zostały zaplanowane w ramach planu finansowego Funduszu Pracy. Kwota 2,767 mln zł w 2020 r. dla planu finansowego Funduszu Pracy dotyczy sfinansowania rocznego wynagrodzenia dla lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów, którzy do tej pory nie otrzymywali wynagrodzenia. Na kwotę tę składają się: wynagrodzenia stażystów, koszty szkoleń stażystów, koszty dodatkowych materiałów szkoleniowych dla lekarzy dentystów stażystów oraz koszty obsługi tej grupy stażystów zarówno lekarzy jak i lekarzy dentystów przez urzędy marszałkowskie. Wydatki Funduszu Pracy zostaną pokryte w ramach kwoty 2 766 819 zł, ujętej w projekcie planu finansowego Funduszu Pracy na 2020 r., z przeznaczeniem na finansowanie kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych.

Środki na sfinansowanie zadań związanych z obsługą stażystów i z wynagrodzeniami stażystów będą pochodziły ze środków przekazanych z budżetu państwa.

2. KOSZTY PRZYGOTOWANIA BAZY PYTAŃ PRZEZ CEM

Koszty przygotowania bazy pytań do egzaminu LEW/LDEW oraz organizacji tego egzaminu:

2.1.1. przygotowanie bazy pytań (1800 pytań rocznie, koszt przygotowania jednego pytania z recenzją 105 zł); koszt przygotowania bazy pytań rocznie wynosi 189 tys. zł;

2.1.2. pozostałe koszty operacyjne przeprowadzenia tego egzaminu w wysokości 128 tys. zł rocznie takie jak: koszty wynajmu sal na egzaminy w wysokości 35 tys. zł rocznie, koszty druku materiałów, materiałów biurowych i sprzętu komputerowego w wysokości 70 tys. zł rocznie, koszty przejazdów i noclegów członków komisji w wysokości 23,1 tys. zł.

2.2. Koszty wynikające z przygotowania bazy pytań do egzaminów PEM oraz organizacji tego egzaminu:

2.2.1. przygotowanie bazy pytań (liczba przygotowanych pytań na egzaminy 12600 w 2020 r., w dalszych latach liczba nowych przygotowywanych pytań będzie wynosiła 30% z liczby pytań w 2020 r. czyli 3780 pytań rocznie; koszt przygotowania 1 pytania z recenzją wynosi 90 zł). Koszt przygotowania bazy pytań rocznie wynosi 1 134 tys. zł w 2020 r. i 340,2 tys. zł (rocznie) w latach 2021–2029;

2.2.2. pozostałe koszty operacyjne związane z organizacją egzaminu PEM w wysokości 488,54 tys. takie jak: koszty najmu sal do przeprowadzenia egzaminów 250 tys. zł/rok; koszty przejazdów i noclegów komisji egzaminacyjnych 168 tys. zł/rok; koszty telefonu/ delegacji/druku/poczty w wysokości 70,54 tys. zł/rok.

2.3. Koszty egzaminu LEK/LDEK zawierające koszty przygotowania pytań dla lekarzy przystępujących do egzaminu (1200 pytań rocznie; koszt przygotowania pytania z recenzją i tłumaczeniem na język obcy wynosi 155 zł) w wysokości 186 tys. rocznie.

2.4. Koszty egzaminu PES zawierające koszty przygotowania pytań dla lekarzy przystępujących do egzaminu w wysokości 16,6 mln zł w 2020 r. oraz 4,98 mln zł (rocznie) w latach 2021–2029. Założono, że baza pytań do przygotowania dla 1 dziedziny medycyny wynosi 2 tys. pytań w 2020 r. Założono, że od 2021 r. do 2029 r. liczba nowych pytań do przygotowania do bazy będzie wynosiła 30% liczby pytań w 2020 r. (stanowi to 600 pytań do przygotowania rocznie). Koszt przygotowania 1 pytania z recenzją wynosi 100 zł. Przyjęto liczbę dziedzin specjalizacji na 83 dziedziny.

Obecnie Centrum Egzaminów Medycznych płaci autorom 80 zł za każde pozytywnie zrecenzowane pytanie oraz 15 zł za recenzję pytania. Przy tych stawkach CEM ma olbrzymie kłopoty z pozyskaniem nowych pytań potrzebnych do bieżącej organizacji egzaminów. W niektórych specjalnościach udaje się pozyskać mniej niż 60 nowych pytań do 120-zadaniowego testu. Tak więc stosowane dotychczas stawki są mało atrakcyjne dla lekarzy specjalistów, którzy układają pytania. Ułożenie dobrego pytania wymaga sporo wysiłku. Obniżenie stawki wynagrodzenia spowodowałoby zrezygnowanie z układania pytań przez znaczną część autorów. W konsekwencji sparaliżowałoby to działalność Centrum Egzaminów Medycznych.

Zakup pytań testowych do każdego z egzaminów będzie kwalifikowany jako honorarium zapłacone twórcom.

3. KOSZTY DOSTOSOWANIA SYSTEMU SMK do przepisów ustawy w wysokości 5 597 269,00 zł w 2020 r., 7 239 520 zł w 2021 r. oraz 2 260 000 zł rocznie w latach 2022–2029.

Na koszty składają się: koszty wydatków płacowych dla pracowników dedykowanego zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie nowego rozwiązania oraz koszty związane z budową i rozwojem dotychczasowego systemu SMK.

Przy szacowaniu założono, że zespół projektowy ma składać się z ok. 6 osób po stronie CSIOZ, przedstawiciela Ministra Zdrowia oraz zespołu po stronie wykonawcy składającego się z 13 osób. Koszty wynagrodzeń zespołu projektowego zostały oszacowane na kwotę 4 597 269,00 zł w 2020 r.; 6 239 520 zł w 2021 r. oraz 1 260 000 zł rocznie w latach 2022–2029, z uwzględnieniem pochodnych po stronie pracodawcy. W latach 2020–2029 zaplanowano również środki finansowe na utrzymanie infrastruktury projektu (usługa chmurowa) w wysokości 1 mln zł rocznie.

Sumarycznie uwzględniając nie tylko zakres prac do wykonania w ramach projektu, ale również czas, jaki pozostał na wdrożenie zmian w systemie, rosnące koszty wytworzenia oprogramowania oraz dostępność specjalistów szacowany koszt budowy systemu przyjęto na kwotę 30,917 tys. zł.

Przy szacowaniu uwzględniono, że okres realizacji projektu (faza developerska) będzie trwał 2 lata przez 20 dni roboczych w miesiącu w pełnym wymiarze czasu pracy (tj. 8 godzin dziennie), następny okres, tj. lata 2022–2030, to faza stabilizacji i utrzymania działania systemu.

3.1. KOSZTY WYDANIA DOKUMENTÓW PWZL i PWZLD – celem zadania jest zastąpienie wersji papierowej dotychczasowych dokumentów: PWZL i PWZLD kartą poliwęglanową. Koszt wydania kart poliwęglanowych wynosie w 2020 r. 1 243 tys. zł, w pozostałych latach (2021–2029) wyniesie około 6 629 tys. zł, przy założeniu, że wszyscy posiadający papierowe prawo wykonywania zawodu wymienią je na formę elektroniczną. Konieczność wymiany dokumentów jest związana także z wejściem w życie ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 53, z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 lipca 2019 r. w sprawie w sprawie wykazu minimalnych zabezpieczeń dokumentów publicznych przed fałszerstwem (Dz. U. poz. 1281). Wyżej wskazane akty prawne wprowadzają wymagania w kwestii dokumentów publicznych pierwszej kategorii, do której należą PWZL i PWZLD – wymagania związane z zabezpieczeniem przed fałszerstwem muszą być zrealizowane najpóźniej do dnia 1 lipca 2021 r. PWZL i PWZLD będą wydawane przez okręgowe izby lekarskie i finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa. Liczba lekarzy i lekarzy dentystów, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu (posiadają papierową wersję PWZL/PWZLD) wynosi aktualnie 191 437 osób (w tym 147 952 osoby według Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów wykonują zawód). W analizie założono, że w latach 2020–2028 corocznie 20% osób (tj. w 2020 r. – 38 tys. osób, w 2021 r. – 30 400 osób, w 2022 r.– 24 320 osób, w 2023 r. – 19 456 osób; w 2024 r. – 15 564 osoby, w 2025 r. i 2026 r. – 12 452 osoby, w 2027 r. –7 471 osób i w 2028 r. – 5 977 osób) wymieni papierowy dokument na wersję elektroniczną. W styczniu 2029 r. wymiana PWZL/PWZLD powinna osiągnąć stan 166 092 kart. W 2029 r. przewidziano, że aby osiągnąć stan założony (około 190 tyś elektronicznych PWZL/PWZLD) należy wymienić jeszcze 23 908 papierowych PWZ/PWZLD. W związku z tym, że w 2029 r. zwiększa się liczba wymian dokumentów papierowych na dokumenty elektroniczne (aby osiągnąć założoną liczbę 190 tys. kart) – w tym roku zwiększy się koszt w tym zakresie.

3.2. KOSZTY DODATKOWYCH ZADAŃ NAŁOŻONYCH NA OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

W związku ze zmianą ustawy okręgowe izby lekarskie otrzymają dodatkowe zadania do wykonywania związane z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu na zakres czynności zawodowych, miejsce i czas zatrudnienia dla lekarzy specjalistów, posiadających dyplom z państwa innego niż państwo członkowskie UE. Zadania te, wynikające z nowelizacji przepisów ustawy oraz ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, zostaną zrealizowane w ramach dotacji celowej przyznawanej okręgowym izbom lekarskim. Założono, że każda z 24 izb otrzyma dodatkowe środki na zadania równe przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw w wysokości 5 140,74 zł brutto (stan na luty 2019 r. – dane Głównego Urzędu Statystycznego).

4. KOSZTY WYNAGRODZEŃ

4.1. Koszty wynagrodzenia pracowników CEM (organizacja egzaminu):

W kalkulacji uwzględniono koszty wynagrodzeń dla dodatkowych pracowników w liczbie 6 etatów: 1 nowy etat księgowy od 2021 r., 1 nowy etat merytoryczny od 2021 r., PEM:

2 nowe etaty merytoryczne od 2022 r. i dodatkowo 1 etat od 2023 r., PES: 1 etat od 2029 r.) w wysokości 160 tys. zł w 2021 r., 320 tys. zł w 2022 r., 400 tys. zł w latach 2023–2028 i 480 tys. zł w 2029 r.

Sumarycznie liczba etatów dla CEM w 2021 r. zostanie zwiększona o 2 etaty; w 2022 r. zostanie dodatkowo zwiększona o kolejne 2 etaty (sumarycznie osiągając dodatkowo 4 etaty); w 2023 r. zostanie zwiększona o 1 etat (sumarycznie osiągając dodatkowych 5 etatów), a od 2029 r. o 1 etat (docelowo 6 etatów). W związku z faktem, że w tym momencie nie można określić, jak dużo dodatkowych zadań związanych z obsługą egzaminów będzie musiał wykonać CEM, zwiększenie wynagrodzeń może również zostać częściowo przeznaczone na podwyżki wynagrodzeń dla obecnie zatrudnionych pracowników pod warunkiem zwiększenia zakresu zadań wynikających z projektu ustawy.

W wyliczeniu etatów dla CEM uwzględniono pochodną od wynagrodzeń w wysokości 19,64% (w tym składka na ubezpieczenie wypadkowe w wysokości 0,93%).

Konieczność wprowadzenia do systemu kształcenia nowych egzaminów lekarskich i lekarsko-dentystycznych (egzamin LEW/LDEW; egzamin PEM) pociąga za sobą konieczność zatrudnienia dodatkowych pracowników w CEM, gdyż nie da się już bardziej obciążyć zadaniami aktualnie zatrudnionej kadry. Dotychczasowa ilość pracowników jest niewystarczająca do zwiększonej liczby zadań, które ma w związku ze zmianą ustawy wykonywać ta jednostka (przeprowadzenie nowych egzaminów, obsługa systemu SMK).

Zgodnie z OSR skutki związane z koniecznością zwiększenia wydatków na wynagrodzenia pracowników CEM wystąpią dopiero od 2021 r.

4.2. Koszty wynagrodzeń członków Zespołów Egzaminacyjnych prowadzących nowy egzamin LEW/LDEW:

4.2.1. do wyliczenia użyto kwoty w wysokości: dla Przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej 500 zł oraz 300 zł dla członka Komisji Egzaminacyjnej;

4.2.2. do wyliczenia przyjęto również dane o liczbie osób w Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, które będą pobierały wynagrodzenie – liczba członków komisji (bez przewodniczących) została zaplanowana na 60 osób; liczba przewodniczących komisji została zaplanowana na 6 osób, a liczba komisji wyniesie 6 komisji rocznie.

Założono, że koszt wynagrodzenia członków Zespołów Egzaminacyjnych prowadzących nowy egzamin LEW/LDEW w latach 2021–2029 wyniesie 21 tys. zł rocznie.

Do wyliczenia nie przyjmowano pochodnych od wynagrodzeń ze względu na to, że z członkami komisji egzaminacyjnej CEM zawiera umowy o dzieło.

4.3. W związku ze zmianą ustawy CMKP otrzyma dodatkowe środki finansowe na zadania związane z obsługą systemu SMK (obsługa centralnego systemu kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne). Środki finansowe stanowiące zakładany koszt zostaną zrealizowane w ramach zwiększenia dotacji dla CMKP (podmiotu nadzorowanego przez Ministra Zdrowia). Koszty te zostały pokazane w OSR, aby uzyskać całość kosztów. Koszty te zostały zaplanowane w wysokości 277 tys. zł w 2020 r. i 400 tys. zł rocznie w latach 2021–2029.

4.4. Koszty wynagrodzenia kierowników specjalizacji w jednostkach akredytowanych. Do wyliczeń zostało założone, że w systemie może pracować jednocześnie 14 401 kierowników specjalizacji na możliwe 43 205 miejsc specjalizacyjnych. Zgodnie z przepisami zmienianej ustawy jeden kierownik specjalizacji może pełnić kontrolę nad specjalizacją 3 osób, a w wyjątkowych przypadkach nad 4 osobami. Kierownik specjalizacji otrzymuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości 500 zł brutto za jednego lekarza szkolącego się i 1000 zł brutto za więcej niż jednego lekarza szkolącego się. Dla celów obliczeniowych przyjęto stawkę 1000 zł brutto od 2021 r. W wyliczeniu uwzględniono pochodną od wynagrodzeń w wysokości 19,91% (w tym składka na ubezpieczenie wypadkowe w wysokości 1,20%).

Wydatki te będą finansowane z budżetów wojewodów.

Nowe etaty lub zwiększenie wynagrodzeń już zatrudnionych pracowników nastąpi w ramach funduszu wynagrodzeń części 46, przy założeniu wzrostu limitu wynagrodzeń tej części, bez konieczności odrębnego zwiększania tego limitu z tytułu ustawy.

II. DOCHODY:

OPŁATY EGZAMINACYJNE

1. Dochody z opłat za egzamin PEM:

1.1. wysokość opłaty za egzaminy PEM została określona w zmienianej ustawie na kwotę do 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Wysokość opłaty pobieranej przez CEM za egzamin wyniesie więc 700 zł;

1.2. dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin PEM pozyskano z danych szacunkowych

przekazanych przez CEM. Dla egzaminu PEM w 2022 r. przyjęto 1750 osób a od 2023 r. do 2029 r. założono 3500 osób zdających rocznie.

Dwa pierwsze podejścia do egzaminu PEM nie powodują powstania dochodu dla budżetu państwa. Dopiero 3 podejście do egzaminu spowoduje dochód dla budżetu państwa. Dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin PEM (powtarzanie egzaminu po raz 3 i kolejny), pozyskano z danych szacunkowych przekazanych przez CEM. Dla egzaminu PEM w 2023 r. przyjęto 400 zdających a od 2023 r. do 2029 r. założono 600 zdających rocznie.

1.3. Wysokość opłat za wystawienie duplikatów dokumentów za egzaminy PEM:

1.3.1. w wyliczeniu przyjęto opłatę za duplikat w wysokości 50 zł;

1.3.2. dane o liczbie osób, które będą pobierać duplikaty dokumentów potwierdzających zdawanie egzaminów PEM pozyskano z szacowań CEM. Dla egzaminu PEM w 2022 r. i 2023 r. przyjmuje się 10 osób pobierających duplikat zaświadczenia a w latach 2024–2029 50 osób pobierających duplikaty dokumentów w każdym roku.

Dochody budżetu państwa z egzaminu PEM (3 i kolejne podejście) w 2023 r. są planowane w wysokości 280,5 tys. zł, zaś w latach 2024–2029 na kwotę 422,5 tys. zł rocznie.

2. Dochody z opłat za egzamin PES:

2.1. wysokość opłaty za egzaminy PES została określona w nowelizowanej ustawie na kwotę do 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Wysokość opłaty za egzamin wynosi 700 zł;

2.2. dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin PES pozyskano z danych szacunkowych przekazanych przez CEM. Dwa pierwsze podejścia do egzaminu PES nie powodują powstania dochodu dla budżetu państwa. Dopiero 3 podejście do egzaminu spowoduje dochód dla budżetu państwa. Dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin PES (powtarzanie egzaminu po raz 3 i kolejny), pozyskano z danych szacunkowych przekazanych przez CEM. Dla egzaminu PES w latach 2023–2029 przyjęto 1067 zdających rocznie.

2.3. Wysokości opłat za wystawienie duplikatów dokumentów za egzaminy PES:

2.3.1. w wyliczeniu przyjęto opłatę za duplikat w wysokości 50 zł;

2.3.2. dane o liczbie osób, które będą pobierać duplikaty dokumentów potwierdzających zdawanie egzaminów PES pozyskano z szacowań CEM. Dla egzaminu PES w 2023 r. przyjmuje się 50 osób pobierających duplikat zaświadczenia a w latach 2024–2029 100 osób pobierających duplikaty dokumentów w każdym roku.

Dochody budżetu państwa z egzaminu PES (3 i kolejne podejście) w 2023 r. są planowane w wysokości 1 373 792 zł, zaś w latach 2024–2029 na kwotę 1 376 292 zł rocznie.

Nowelizacja ustawy spowodowała zmianę w przepisie dotyczy liczby bezpłatnych podejść do egzaminu PES. Dotychczasowo 2-gie podejście do egzaminu było już płatne. W nowych przepisach 2-gie podejście do egzaminu jest bezpłatne, natomiast 3-cie podejście staje się płatne, a opłata stanowi dochód budżetu państwa. W związku z tym faktem planowane są spadki dochodów z egzaminu. W 2018 r. CEM z tytułu opłat egzaminacyjnych za PES pobrał i odprowadził do budżetu kwotę 1 081 500 zł. Liczba lekarzy i lekarzy dentystów przystępujących w 2018 r. do egzaminu po raz 3 lub kolejny wyniosła 1067, tak więc opłaty egzaminacyjne według projektowanych regulacji wyniosłyby 1.067x700 zł = 746.900 zł. Oznacza to, że budżet państwa zmniejszy się o 334.600 zł rocznie. Zatem w skali 10 lat będzie to spadek dla budżetu państwa ok. 3.346.000 zł. Trzeba założyć, że w związku z wprowadzeniem i publikowaniem bazy pytań liczba lekarzy, którzy nie zdadzą w pierwszym albo drugim terminie będzie minimalna, oscylująca ok. zera. W takim przypadku żaden lekarz nie wnosiłby opłaty egzaminacyjnej. W efekcie spadek dochodów budżetowych wynosiłby ok. 1 080 000 zł rocznie, a w skali 10 lat 10 800 000 zł.

3. Dochody z opłat za egzamin LEK/LDEK:

3.1. wysokość opłat za egzaminy LEK/LDEK zdawane po raz 3 i kolejny została określone wg znowelizowanej ustawy na kwotę do 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Wysokość opłaty pobieranej przez CEM za egzamin wyniesie więc 100 zł (egzamin w języku polskim i 340 zł egzamin w języku angielskim). Do analizy przyjęto natomiast kwotę równą 100 zł za egzamin, gdyż jest niski odsetek osób zdających egzamin w języku angielskim;

3.2. dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin LEK/LDEK pozyskano z danych

szacunkowych przekazanych przez CEM. Dla egzaminu LEK/LDEK po raz 3 i kolejny od 2020 r. przyjmuje się że przystąpi 1497 osób rocznie.

3.3. Wysokość opłat za wystawienie duplikatów dokumentów za egzaminy LEK/LDEK:

3.3.1. w wyliczeniu przyjęto opłatę za duplikat w wysokości 50 zł;

3.3.2. dane o liczbie osób, które będą pobierać duplikaty dokumentów potwierdzających zdawanie egzaminów LEK/LDEK pozyskano z szacowań CEM. Dla egzaminu LEK/LDEK zostało przyjęte, że corocznie 100 osób pobiera duplikaty dokumentów.

Dochody budżetu państwa z egzaminu LEK/LDEK (3 i kolejne podejście) dla lat 2021–2029 zostały oszacowane na kwotę 322,5 tys. zł rocznie.

Nowelizacja ustawy spowodowała zmianę w przepisie dotyczącym liczby bezpłatnych podejść do egzaminu LEK/LDEK. Dotychczasowo 2-gie podejście do egzaminy było już płatne. W nowych przepisach 2-gie podejście do egzaminu jest bezpłatne, a dopiero 3-cie podejście jest płatne, a opłata stanowi dochód budżetu państwa. W związku z tym faktem planowane są spadki dochodów z egzaminu. W 2018 r. CEM z tytułu opłat egzaminacyjnych za LEK i LDEK w języku polskim pobrał i odprowadził do budżetu kwotę 786 600 zł. Liczba lekarzy i lekarzy dentystów przystępujących w 2018 r. do egzaminu po raz 3 lub kolejny wyniosła 1497, tak więc opłaty egzaminacyjne według projektowanych regulacji wyniosłyby 1497*100 zł = 149 700 zł. Oznacza to, że budżet państwa zmniejszy się o 636 900 zł rocznie (podejście do egzaminu po raz 2, aktualnie podejście do egzaminu po raz 2 wg znowelizowanej ustawy będzie bezpłatne dla zdającego). Zatem w skali 10 lat będzie to spadek dla budżetu państwa ok. 6 360 900 zł.

4. Dochody z opłat za egzamin LEW/LDEW:

4.1. wysokość opłaty za LEW/LDEW zgodnie z przepisami zmienianej ustawy została określona na do 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw.

Wysokość opłaty za egzamin wyniesie więc 700 zł;

4.2. dane o liczbie osób, które będą zdawać egzamin nostryfikacyjny pozyskano z danych szacunkowych przekazanych przez CEM. Dla egzaminów LEW i LDEW przyjmuje się, że przystąpi do nich 700 osób rocznie począwszy od 2021 r.;

4.3. Wysokość opłat za wystawienie duplikatów dokumentów za egzamin LEW/LDEW:

4.3.1. w wyliczeniu przyjęto opłatę za duplikat w wysokości 50 zł;

4.3.2. dane o liczbie osób, które będą pobierać duplikaty dokumentów potwierdzających zdawanie egzaminów nostryfikacyjnych pozyskano z szacowań CEM. Dla egzaminu LEW/LDEW zostało przyjęte, że corocznie 30 osób pobiera duplikaty dokumentów.

Dochody budżetu państwa z egzaminu LEW/LDEW w latach 2021–2029 zostały oszacowane na kwotę 493 tys. zł rocznie.

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

Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie(0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z 2017 r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	**21,746**	**184,119**	**183,382**	**183,405**	**184,133**	**186,118**	**1 676,694**
W ujęciu	duże	Projekt ustawy będzie miał wpływ na działalność podmiotów leczniczych będących						

niepieniężnym	przedsiębiorstwa	dużymi przedsiębiorstwami, w związku z przyznaniem lekarzom i lekarzom dentystom zatrudnionym w tych podmiotach na podstawie stosunku pracy, którzy nie realizują w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego uprawnienia do 6 dni urlopu szkoleniowego na doskonalenie zawodowe płatnego według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy będzie miał wpływ na działalność podmiotów wykonujących działalność leczniczą będących mikro-, małymi i średnimi przedsiębiorstw przedsiębiorstwami, w związku z przyznaniem lekarzom i lekarzom dentystom zatrudnionym w tych podmiotach na podstawie stosunku pracy, którzy nie realizują w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego uprawnienia do 6 dni urlopu szkoleniowego na doskonalenie zawodowe płatnego według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.
	rodzina, obywatele, w tym osoby starsze i niepełnosprawne, oraz gospodarstwa domowe	Zwiększenie dochodów budżetów domowych w związku z dodatkowymi wynagrodzeniami z tytułu honorariów za przygotowanie pytań do bazy pytań PES. LEK/LDEK, PEM oraz pytań LEW/LDEW, dodatki dla kierowników specjalizacji, dodatki zadaniowe dla okręgowych izb lekarskich oraz zwiększenie zatrudnienia w jednostkach CEM i CMKP. W pozostałym zakresie brak wpływu.
Niemierzalne		

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie ustawy będzie miało wpływ na zwiększenie budżetów gospodarstw domowych w związku z uzyskaniem dodatkowych środków finansowych z tytułu uzyskania: 1) wynagrodzenia członków komisji egzaminacyjnych (CEM); 2) wynagrodzenia cudzoziemców odbywających staż podyplomowy; 3) wynagrodzenia dodatkowych osób zatrudnionych do obsługi zadań związanych z nowymi funkcjonalnościami SMK (CEM); 4) dodatków do wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji, którzy mają za zadanie nadzór nad lekarzami w trakcie specjalizacji. (jednostki akredytowane); 5) dodatkowego wynagrodzenia dla zespołów egzaminacyjnych i ekspertów redagujących pytania do bazy pytań na egzaminy: LEK/LDEK, PEM i PES oraz pytań do egzaminu LEW/LDEW; 6) wynagrodzeń dla pracowników przygotowujących i administrujących nowy SMK.

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

Nie dotyczy.

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	tak nie X nie dotyczy
X zmniejszenie liczby dokumentów X zmniejszenie liczby procedur X skrócenie czasu na załatwienie sprawy inne:	X zwiększenie liczby dokumentów X zwiększenie liczby procedur wydłużenie czasu na załatwienie sprawy inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	X tak nie nie dotyczy

Zmniejszenie liczby dotychczasowych dokumentów będzie związane z wykorzystaniem elektronicznego Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) w procedurach. Zwiększenie liczby procedur związane będzie z uruchomieniem za pomocą SMK postępowania w sprawie stażu podyplomowego oraz nowych egzaminów PEM i LEW/LDEW.

9. Wpływ na rynek pracy

Przewiduje się, że projekt ustawy będzie miał bezpośredni wpływ na rynek pracy przez zwiększenie liczby specjalistów medycznych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz zwiększenie liczby etatów do obsługi zadań wynikających ze nowelizowanej ustawy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne	demografia	informatyzacja
sytuacja i rozwój regionalny	mienie państwowe	X zdrowie
inne:		

Omówienie wpływu	Projektowana ustawa przyczyni się do usprawnienia procedur administracyjnych związanych z ustawicznym rozwojem zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów przez wprowadzenie procedur teleinformatycznych na cały obszar stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego oraz doskonalenia zawodowego, z jednoczesnym wyeliminowaniem procedowania na dokumentach papierowych oraz skróceniem czasu załatwiania spraw administracyjnych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Planowany termin wejścia w życie ustawy to dzień 1 kwietnia 2020 r., z wyjątkiem przepisów, które zostały omówione w pkt 2 OSR.

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

1. Planuje się badanie opinii lekarzy i lekarzy dentystów po zakończonym szkoleniu w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego na podstawie ankiety. Miernikiem będzie liczba ankiet zawierających pozytywną opinię na temat zrealizowanego szkolenia.
2. Planuje się po 5 latach od dnia wejścia w życie przepisów ustawy uzyskanie od Naczelnej Izby Lekarskiej informacji na temat liczby wydanych przez okręgowe izby lekarskie dokumentów prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, czas i miejsce zatrudnienia na terenie kraju oraz liczby lekarzy, którzy spośród nich dokonali w tym okresie nostryfikacji dyplomu.
3. Planuje się po 5 latach od dnia wejścia w życie przepisów ustawy uzyskanie od Naczelnej Izby Lekarskiej informacji na temat liczby wydanych lekarzom dokumentów prawa wykonywania zawodu po zaliczeniu LEW i LDEW, a także liczby lekarzy, którzy spośród nich dokonali w tym okresie nostryfikacji dyplomu.

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

Załącznik nr 1. Raport z konsultacji publicznych, bez części dotyczącej eksperymentu medycznego.
Załącznik nr 2 Raport z konsultacji publicznych w zakresie przepisów dotyczących eksperymentu medycznego.

Załącznik nr 1 do OSR. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (UD 27) - bez eksperymentu medycznego.

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny. Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania z odpowiednio 30-dniowym terminem zgłaszania uwag do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 OSR. Do projektu ustawy nie zgłoszono zainteresowania pracami w trybie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) przez podmioty prowadzące działalność lobbingową. Projekt ustawy nie wymagał konsultacji z właściwymi organami i instytucjami Unii Europejskiej.

Uwagi zgłosili: Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, „Porozumienie Zielonogórskie", Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność", Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, Poseł Czesław Hoc - Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, Senator Konstanty Radziwiłł, Dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat - konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, Prof. dr hab. n med. Henryk Skarżyński konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, Dr hab. n. med. Barbara Remberk konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska konsultant krajowy w dz. Pediatrii, Lek. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy rodzinnych w Polsce, Prof. Dr hab. Med. Krzysztof Czajkowski konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, Dr hab. n. med. Mariusz Szuta Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, Dr hab. n. med. Grzegorz Teresiński konsultant krajowy w dz. medycyny sądowej, prof. dr hab. n. med. Beata Kawala konsultant krajowy w dz. Ortodoncji, Prof. zw. dr hab. n. med. Mansur Rahnama konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, Prof. dr hab. n. farm. Włodzimierz Opoka konsultant krajowy w dziedzinie analityki farmaceutycznej, Prof. dr hab. Maria Małgorzata Sąsiadek Konsultant krajowy w dz. genetyki klinicznej, Dr hab. n. med. Teresa Sierpińska konsultant krajowy w dz. protetyki stomatologicznej, Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Prokuratoria Generalna RP, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Urząd Ochrony Danych Osobowych, Wojewoda Świętokrzyski, Wojewoda Śląski, Wojewoda

Małopolski, Wojewoda Podlaski, Wojewoda Mazowiecki, Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Wojewoda Łódzki, Wojewoda Pomorski, Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Osoby fizyczne, Igor Radziewicz-Winnicki Dyrektor ds. medycznych Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z.o.o.

Zgłoszone uwagi o charakterze merytorycznym, które nie zostały uwzględnione:

Lp.	**Podmiot zgłaszający uwagę**	**Treść uwagi**	**Stanowisko Ministra Zdrowia**
1	3	4	5
	Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	1. Brak uchylenia art. 3. ust. 4 utrzymuje w mocy czynności biurokratyczne i absurdalne zadania, które zabierają lekarzom czas na samokształcenie bądź odpoczynek. Nie wypełnia to zapisów porozumienia z dnia 8 lutego 2018 Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL w przedmiocie odbiurokratyzowania kształcenia podyplomowego.	1. Nieuwzględniona. Karta szkolenia (EKS) specjalizacyjnego powinna pozostać, ponieważ kierownik specjalizacji musi mieć gdzie potwierdzać realizację szkolenia. Na podstawie rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów będzie znacznie uproszczona, zgodnie z koncepcją, że kierownik specjalizacji będzie mógł dokonywać blokowego potwierdzenia.
		2. Ustawa nie przewiduje przeniesienia kompetencji urzędów wojewódzkich na izby lekarskie co uznać należy za działanie całkowicie nieracjonalne, mnożące urzędy, utrudniające dostęp lekarzy do skutecznych metod prowadzenia swoich spraw, mnożące koszty i dywersyfikujące odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe. Stoi to w sprzeczności z jednym z celów postulowanych przez wszystkie opcje polityczne, mianowicie, zmniejszeniem liczby urzędników i wymiaru biurokratyzacji kraju. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego oraz stają na wysokości zadania w każdym wymiarze spraw biurokratycznych, z którymi zgłasza się lekarz, a także są bardzo dobrze oceniane pod kątem skuteczności i jakości obsługi. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez Izby Lekarskie, nie odbierając kompetencji jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej regionu. Oszczędności w zmianie kompetencyjnej przysłużyłyby się wielu niezrealizowanym i niezaadresowanym problemom z jakimi boryka się ochrona zdrowia, a także kształcenie podyplomowe lekarzy.	2. Nieuwzględniona. Dotychczasowe kompetencje organów pozostają bez zmian. Przeniesienie zadań do innych organów nie zmniejszy liczby urzędników, którzy będą te zadania realizować i całej administracyjnej części kształcenia, zmieni się jedynie szyld organu.
		3. Po artykule 6b dodano szereg artykułów (6c-6h) stanowiących formalne wymogi nostryfikacji dyplomu lekarza lub lekarza-dentysty dla obcokrajowców z państw trzecich (nie będących członkami UE). Należy zwrócić uwagę na polityczne tło wyżej wymienionej regulacji – w obliczu niedoboru kadrowego lekarzy i lekarzy-dentystów, zamiast wprowadzić na medyczny rynek pracy dodatkowy personel i obudować lekarza, będącego wysokiej klasy specjalistą, osobami przejmującymi czynności biurokratyczne nie będące stricte związane z leczeniem, umożliwia się na szeroką skalę napływ lekarzy spoza UE, w domyśle z krajów biedniejszych niż Polska, celem	3. Nieuwzględniona. Zaproponowane przepisy mają na celu ujednolicenie procedury weryfikacji i potwierdzania kwalifikacji zawodowych lekarzy do celów zawodowych. Egzamin będzie obejmował cały program studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym w Polsce (wszystkie efekty kształcenia, które musi osiągnąć polski student) oraz będzie przeprowadzony w języku polskim. Nie może być zatem mowy, o jakichkolwiek wątpliwych moralnie działaniach na rzecz innych krajów,

		uzupełnienia niedoborów kadry, tworząc z lekarzy, a de facto utrwalając status lekarza w Polsce jako „taniej siły roboczej". Zabieg ten wydaje się moralnie wątpliwy – drenowanie kadry wysoko wykształconej z krajów ościennych, trzecich o zdecydowanie niższym statusie ekonomicznym niż Polska, jest potępiane bowiem przez polskie władze od wielu lat, w kontekście emigracji polskich lekarzy do krajów zapewniających wyższe standardy pracy i płacy. Jedyna pozytywna regulacja w całym negatywnym bloku wprowadzanych zmian, które uznajemy w całości za konieczne do odrzucenia, jest egzamin bez puli pytań z 60% progiem osiągnięcia wyniku pozytywnego.	bowiem decyzję o potwierdzeniu dyplomu podejmują lekarze samodzielnie, mający prawo, tak jak i lekarze polscy, do wytyczenia własnej drogi kariery zawodowej. Możliwość przeprowadzenia potwierdzenia dyplomów cudzoziemcom jest działaniem powszechnie stosowanym na całym świecie, z którego korzystają również lekarze polscy.
		4. W artykule 7 dodano szereg przepisów umożliwiających przyznanie prawa wykonywania zawodu (przyznają je okręgowe izby lekarskie) i podjęcie pracy w polskim systemie ochrony zdrowia lekarzom spoza UE. Za realnie niebezpieczne dla polskich pacjentów uznaje się wprowadzane w tym artykule przepisy. Zezwalają one bowiem na zatrudnienie lekarza spoza UE bez nostryfikowanego dyplomu na podstawie zaświadczenia z podmiotu leczniczego, który ma zamiar tego lekarza zatrudnić. Jedynym realnym wymogiem formalnym jest posiadanie specjalizacji i trzyletniego doświadczenia zawodowego w okresie ostatnich 5 lat (nie podano charakteru tego doświadczenia!), niezależnie od tego, czy uzyskane specjalizacji w państwie trzecim jest zgodne z prawem UE lub posiadanie potwierdzenia konsula danego kraju o prawdziwości posiadanego dyplomu lekarza.Za wystarczające przygotowanie do pracy w systemie ochrony zdrowia w Polsce uznano 12 miesięczne szkolenie praktyczne w podmiocie, o którym mowa w pkt a. Okręgowa rada lekarska będzie miała ustalić program i liczbę godzin takiego szkolenia. W opinii przedstawicieli izb lekarskich jest to bardzo duże obciążenie merytoryczne, bez realnej i rzetelnej oceny umiejętności weryfikowanego lekarza. Szkolenie to odbywać się będzie pod nadzorem opiekuna (lekarza z pełnym PWZ) i kończyć się będzie wydaniem opinii przez tego opiekuna.	4. Nieuwzględniona - Przepisy dotyczące „PWZ na czas określony i jedno miejsce udzielania świadczeń" dla obcokrajowców mają charakter rozwiązań praktykowanych np. w Niemczech, gdzie sprawdzają się. Należy zwrócić uwagę, ze tacy lekarze pracują pod nadzorem i w ciągu pięciu lat muszą nostryfikować dyplom, w przeciwnym razie nie mogą kontynuować pracy na dotychczasowych warunkach. Przepisy dotyczą tylko i wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację i co najmniej 3- letni staż pracy. Podkreślić także należy, że rozwiązanie wprowadzane jest na wniosek szpitali powiatowych, które mają największe doświadczenie w pracy z lekarzami pochodzącymi w szczególności zza wschodniej granicy i największe braki kadrowe, przy jednoczesnym małym zainteresowaniu pracą w tych podmiotach polskich lekarzy.
		5. Niezgodnie z projektem Zespołu pozostawiono w art. 14a ust 8 odpłatność za drugi i kolejny egzamin LEK i LDEK, a nie jak proponowano wprowadzenie odpłatności za 4 i kolejny egzamin. Propozycja miała na celu zagwarantowanie 3 darmowych prób podejścia do LEK i LDEK, czyli prób do którym może przystąpić lekarz od czasu ukończenia 10 i 8 semestrów studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym do momentu pierwszej rekrutacji na specjalizacje. Dodatkowo, bezpłatne drugie podejście wprowadzono tylko dla osób, które nie zdały podejścia pierwszego lub do niego nie przystąpiły. Opiniujący nie znajdują innego niż ekonomiczne uzasadnienia takiej decyzji.	5. Nieuwzględniona - LEK i LDEK ma swoją specyfikę, która polega na tym, że lekarze podchodzą do niego wielokrotnie, tylko po to aby poprawić swój wynik i pozycję w postępowaniu kwalifikacyjnym do odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Należy podkreślić, że udział w egzaminie generuje koszty: sale egzaminacyjne o określonych parametrach, komisje egzaminacyjne, materiały biurowe, obsługa administracyjna. Nie ma żadnego uzasadnienia, dlaczego te koszty mają nie być pokryte przez zdających po raz kolejny egzamin. Rozwiązanie polegające na tym, że dopuszcza się bezpłatną drugą próbę tylko w przypadku gdy kolejne podejście jest wynikiem nie zdania egzaminu przy pierwszym podejściu lub dodatkowo, gdy ktoś zapisał się na egzamin lecz na niego nie dotarł (też tylko jeden raz bez uzasadniania dlaczego) wydaje się rozwiązaniem sprawiedliwym.
		6. W art. 14c ust. 3 wprowadzono tzw. pulę/bazę pytań, z których układany będzie egzamin LEK i LDEK w stosunku 70%, a jedynie 30% będą to pytania wcześniej nieznane. PR OZZL uważa, że jawność pytań wykorzystywanych we wspomnianych egzaminach powinna wynosić 100%. Odesłanie do ust. 3 jest „puste", gdyż ustęp 3 de facto nie definiuje „bazy pytań". Wprowadzenie tzw. bazy pytań musi wiązać się z perfekcyjnie przygotowanymi pytaniami pod względem metodologicznym.	6. Nieuwzględniona - W przypadku LEK i LDEK - biorąc pod uwagę jego specyfikę – wynik tych egzaminów decyduje o lokacie w postępowaniu kwalifikacyjnym, zatem baza pytań nie może być w 100% jawna, musi być element premiujący i różnicujący. Przy 100% jawnych pytaniach organizacja egzaminu przestaje być zasadna. Jeżeli lekarz chce zawalczyć o daną dziedzinę specjalizacji, poprzeczkę należy ustawić wyżej dla pytań nowych, niepublikowanych.
		7. Lekarz odbywający staż podyplomowy otrzymał do 6 dni w ramach stażu podyplomowego na	7. Nieuwzględniona - Staż podyplomowy dla lekarza trwa 13 miesięcy, a

		udział w kursach i szkoleniach nieobjętych programem stażu - Zespół proponował do 10%.	dla lekarza dentysty 12 miesięcy. Propozycja ujęcia 10% czasu na elementy nieobjęte programem stażu oznacza ponad 1 miesiąc, o który nie chcemy wydłużać szkolenia. Poza tym projekt ustawy przewiduje nowe szkolenia równie ważne dla późniejszej praktyki lekarskiej.6 dni jest przyjętym standardem i nie należy go zmieniać. Staż podyplomowy ma przynieść określone efekty, a udział w kursach i szkoleniach nieobjętych programem stażu, w szczególności dla bardzo młodego lekarza wydaje się na tym etapie nieuzasadnione.
		8. W art. 15c ust. 9 przekazano obowiązek prowadzenia szkoleń w zakresie: a. komunikacji lekarz - pacjent, orzecznictwa, bioetyki, prawa medycznego okręgowym izbom lekarskim; b. transfuzjologii klinicznej – regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa c. profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu – podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie onkologii, wskazanym przez konsultanta wojewódzkiego ds. onkologii klinicznej. Dotychczas szkolenia te zorganizował Urząd Wojewódzki, który zlecał to zadanie np. izbom lekarskim, RCKiKitd.	8. Nieuwzględniona - Szkolenia z profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu to szkolenia nowe dotychczas nie było ich w programie stażu podyplomowego. Ponadto należy zwrócić uwagę, że nie Urząd Wojewódzki, a Urząd Marszałkowski zajmuje się stażem podyplomowym.
		9. Wbrew postulatom Zespołu z obowiązków Koordynatora stażu nie usunięto konieczności organizowania regularnych seminariów dotyczących realizacji staży cząstkowych. Koordynatorzy jako specjaliści z wąskich dziedzin medycyny nie mają kompetencji do organizowania seminariów z innych dziedzin medycyny.	9.Częściowo uwzględniona. Z zadań koordynatora wykreślono przeprowadzanie przez niego seminarium, pozostawiając jednak po jego stronie, jak dotychczas, organizację seminariów. Do organizacji seminariów nie potrzeba mieć określonej specjalizacji.
		10. PR OZZL uważa wprowadzanie Państwowego Egzaminu Modułowego za negatywną zmianę w szkoleniu specjalizacyjnym.	10. Nieuwzględniona. O wprowadzenie PEM postulowali konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz Zespół. PEM ostatecznie będzie egzaminem nieobowiązkowym, po zdaniu którego lekarze nabędą dodatkowych uprawnień wynikających z innych przepisów np. rozporządzeń koszykowych.
		11. Brak zmiany terminów naboru na specjalizacje i składania wniosków w ujęciu przyjętym przez Zespół utrzymuje w mocy patologiczne zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych. W ocenie opiniotwórców należy pochylić się nad płynnością i uelastycznieniem przechodzenia poszczególnych etapów kariery zawodowej.	11. Uwaga niezrozumiała. Obecnie staż podyplomowy kończy się 30 października lub 30 marca, wtedy też kończy się postępowanie kwalifikacyjne. Wnioski składa się odpowiednio we wrześniu i lutym. Lekarze w trakcie stażu podyplomowego, a więc posiadający „ograniczone” PWZ mogą składać wnioski w tych postępowaniach. Jednocześnie dopiero po zakończeniu i uzyskaniu zaliczenia stażu podyplomowego, lekarze udają się do OIL celem uzyskania „pełnego” PWZ, w tym celu zbiera się ORL i podejmuje stosowne uchwały. Najczęściej nie wcześniej niż 10 dnia miesiąca zbiera się ORL, co oznacza, że dopiero dzień później wydawane są PWZ. Czyli lekarz posiada gotowość rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego ok. 11 dnia miesiąca (odpowiednio listopada lub kwietnia), a UW rozpoczyna wystawianie skierowań już 2 dnia miesiąca (odpowiednio jw.). Zatem to nie terminy postępowania kwalifikacyjnego wpływają ewentualnie występujące zjawisko korzystania z zasiłku. Jednocześnie należy podkreślić, że znaczna część lekarzy korzysta z prawa do podjęcia szkolenia w terminie 3 miesięcy i opóźnia rozpoczęcie pracy.

		12. Wprowadzenie ust. 1c w art. 16c jest wypaczeniem zasad naboru na specjalizacje proponowanych przez Zespół. Lekarz powinien wskazać specjalizację, w której chce odbywać szkolenie i może na tym poprzestać, a lista rankingowa ogólnopolska przydzieli go do tej specjalizacji w miejscu niezajętym. Lekarz docelowo powinien wskazać konkretną nazwę specjalizacji wraz z konkretną jednostką, w której to szkolenie chce odbywać. W przypadku uzyskania wystarczającej liczby punktów na daną specjalizację, ale nie uzyskania kwalifikacji w ramach 15 miejsc (a nie 100 jak proponował Zespół, co może wymagać organizowania kolejnych etapów rekrutacji) lekarz/lekarz dentysta powinien móc wybrać miejsce szkolenia z pozostałych, niezajętych miejsc. Wskazywanie obowiązkowo województwa z zasady czyni nabór nieogólnopolskim i jest niezrozumiałe w opinii oceniających.	12. Nieuwzględniona. System zaproponowany przez Zespół był niepotrzebnie wieloetapowy, a przez to długotrwały. Nie przewidywał też aplikowania się w jednostkach w pierwszej kolejności lekarzy tam zatrudnionych. W wersji zaproponowanej przez MZ, lekarz może wskazać maks. 15 miejsc szkoleniowych w całej Polsce. Wskazanie mogą dotyczyć jednej dziedziny medycyny w wielu miejscach w kraju lub wielu dziedzin. Wskazanie województwa jest informacją dodatkową. Decyzja pozostaje w gestii lekarza. Wskazując od razu konkretne miejsca szkoleniowe system może automatycznie po zakończeniu postępowania i sprawdzeniu poprawności formalnej wniosków ułożyć listę rankingową, dając jednocześnie lekarzowi możliwość akceptacji wskazanego miejsca lub udziału w drugiej rundzie.
		13. W art. 16c ust. 2 wprowadzono dodatkowe informacje, które należy złożyć wraz z wnioskiem o szkolenie specjalizacyjne, m.in. wskazanie listu intencyjnego od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata, przedstawienie średniej ocen ze studiów, i in. Za wysoce szkodliwe, uważają opiniujący, faworyzowanie kogokolwiek w postępowaniu rekrutacyjnym, szczególnie w charakterze polecenia dyrektorów jednostek czy jakiejkolwiek formy wskazania personalnego. Jedynym wskaźnikiem rekrutacyjnym musi być, tak jak dotychczas, wynik LEK/LDEK jako najbardziej przejrzysty, wiarygodny, nienaznaczony ewentualną stronniczością. Dodatkowo wprowadzone przepisy w ust. 2a-2c jasno wskazują dodanie nowych kryteriów, które będą mogły „przydzielić" rezydenturę konkretnemu lekarzowi – m.in. 3-letni okres zatrudnienia, listy polecające dyrektorów, promotorów doktoratów, zaświadczenia o pracy w uczelni. Celem Zespołu było maksymalnie sprawiedliwe i transparentne przyznawanie rezydentur i miejsc pozarezydenckich. Projektodawca czyni z goła odwrotnie – wprowadza uznaniowość w procesie rekrutacji co należy z całą mocą potępić. Kolejne przepisy art. 16c wskazują na możliwość otrzymania dodatkowych punktów w procesie kwalifikacyjnym, m.in. za wspomniany list polecający, co wypacza sprawiedliwość w procesie rekrutacyjnym.	13. Nieuwzględniona. W obecnie obowiązującym systemie, pracodawca nie ma żadnego wpływu na to, kto przez najbliższe kilka lat będzie jego pracownikiem. W przypadku odmowy przyjęcia lekarza do odbycia szkolenia, podmiot leczniczy traci miejsce szkoleniowe. Należy podkreślić, że bardzo często zdarza się, że specjalizacje chirurgiczne, wymagające nie tylko wiedzy, ale również predyspozycji manualnych, wybierają osoby, które takowych nie posiadają. Zaproponowane rozwiązanie pozwoli nawiązać, np. w trakcie stażu podyplomowego ściślejszą współpracę, sprawdzić predyspozycje lekarza i wtedy wystawić list intencyjny. Jednocześnie, należy podkreślić, że w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, nowelizowanym w wyniku zmienianych rozwiązań ustawowych, punktacja przewidziana za posiadanie listu intencyjnego będzie miała charakter dodatkowy, nie przesądzający jednoznacznie o wyniku postępowania kwalifikacyjnego. Podstawowe znaczenie nadal będzie mieć wynik LEK/LDEK, a pierwszeństwo w skierowaniu będą mieli lekarze już zatrudnieni w danej jednostce. Podobnie wygląda sytuacja z uczestnikami szkół doktorskich. Powinni móc odbywać szkolenie specjalizacyjne w tej samej jednostce. Jest to również forma wsparcia i promowania rozwoju naukowego lekarzy.
		14. W art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom dentystom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego.	14. Nieuwzględniona. Blokowanie wszystkich wolnych miejsc szkoleniowych na rok przed wszczęciem postępowania kwalifikacyjnego, nie wiedząc nawet potencjalnie czy ktoś jest nimi zainteresowany jest skrajnie nierozsądne. Ponadto, należy zwrócić uwagę, że postępowania kwalifikacyjne odbywają się dwa razy w roku. Jeżeli więc postępowanie kwalifikacyjne odbywa się w marcu, a kolejne w październiku, to przy zablokowaniu miejsc na pierwsze rok wcześniej na drugie zostaną jedynie miejsca uwolnione w międzyczasie z jednocześnie rocznym wyprzedzeniem. Propozycja Zespołu świadczy także o nieznajomości potrzeb własnego środowiska (to zdecydowanie do wykreślenia) ponieważ obecnie praktyka jest taka, że lekarze, którzy się zakwalifikowali do

			szkolenia, zwlekają celowo 3 miesiące z podjęciem szkolenia bo wiedzą, że gdzieś zwolni się upatrzone miejsce szkoleniowe. W rozwiązaniu zaproponowanym przez Zespół, żadne z miejsc, które zwolniłyby się później niż na rok przed danym postępowaniem, nie mogłyby zostać przydzielone. Rozwiązanie nieelastyczne.
		15. PR OZZL uważa że każdy lekarz/lekarz dentysta powinien mieć możliwość zrealizowania dwóch szkoleń specjalizacyjnych w trybie rezydentury.	15 Nieuwzględniona. Uważa się za zasadne przyznawanie miejsc szkoleniowych głównie lekarzom nieposiadającym tytułu specjalisty. Lekarz, który posiada już jeden tytuł, a co za tym idzie doświadczenie zawodowe posiada większe możliwości podjęcia pracy w systemie opieki zdrowotnej lub poza nim. Poza tym zniesiono możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach wolontariatu.
		16. W każdym momencie realizowania rezydentury powinna być możliwość jej zmiany specjalizacji której dotyczy.	16. Nieuwzględniona. Przyjęto jasne i jednolite dla wszystkich zasady realizacji rezydentury, bowiem finansowana jest ze środków publicznych. Dodatkowo jest inaczej płatna, w zależności od tego czy realizowana w dziedzinie priorytetowej. Zatem pełna dowolność zmiany rezydentury doprowadziłaby do nadmiernego wydłużenia szkolenia, podejmowania lekkomyślnych decyzji i marnotrawienia środków publicznych. Dodatkowo, jednym z głównym założeń wprowadzenia nowych zasad odbywania stażu podyplomowego (wprowadzenie części zindywidualizowanej – max. 3 dowolne oddziały) było ułatwienie podjęcia świadomej decyzji co do wyboru specjalizacji.
		17. Nie wprowadzono w art. 16f zasady prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w modelu „studiów specjalizacyjnych", dzięki któremu w sposób przejrzysty, jasny, transparentny, a co najważniejsze czytelny dla systemu możliwe byłoby przewidzenie całej ścieżki szkolenia specjalizacyjnego, przewidzenie absencji w jednostce macierzystej i ew. zwolnienie na określony czas miejsca szkoleniowego, kiedy to inny lekarz lub lekarz dentysta mógłby odbyć staż kierunkowy lub moduł podstawowy lub specjalistyczny w tej jednostce. Model taki pozwoliłby również uniknąć chaosu organizacyjnego oraz wymusiłby odbywanie staży kierunkowych bez możliwości blokowania ich odbywania w razie braków kadrowych, jako że program specjalizacji dla lekarza lub lekarza dentysty jest dokumentem nadrzędnym. Kolejnym pozytywnym punktem opisanego modelu byłoby odbywanie kursów i staży kierunkowych we właściwej kolejności – np. kurs wprowadzający, który ustawa przewiduje na pierwszy rok odbywania specjalizacji (obecnie odbywany jest nawet w ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego z powodu braku miejsc). Model ten wymusiłby także na organizatorze prowadzącym szkolenia, m.in. na CMKP, wcześniejsze przygotowanie omawianych kursów oraz wyznaczenie ich dat, co obecnie jest bardzo absorbujące, zupełnie nieprzewidywalne i bezsensowne.	17. Nieuwzględniona. Wprowadzono natomiast istotne elementy propozycji Zespołu, tj. m.in. dostęp do EKS przez Dyrektora CMKP celem oszacowania potrzeb dot. organizacji kursów specjalizacyjnych, dookreślenie elementów programów szkolenia specjalizacyjnego poprzez wskazanie elementów niezbędnych do zrealizowania w danym okresie. Ponadto wariant zaproponowany przez Zespół jest nieelastyczny. Należy wziąć pod uwagę, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne to jednak nie jest student lecz także pracownik i plan jego szkolenia, w szczególności rozkład staży kierunkowych powinien uwzględniać także zapewnienie prawidłowego funkcjonowania jednostki macierzystej. Ponadto jeżeli programy specjalizacji sztywnie określałyby, na którym etapie szkolenia lekarz ma odbyć dany element, w szczególności staż kierunkowy wymagający zmiany jednostki mogłoby się okazać, że istnieją duże trudności w znalezieniu miejsca do odbycia takiego stażu, np., gdyby wszyscy lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne z chorób wewnętrznych w danym roczniku musieliby w tym samym roku szkolenia odbyć 3-miesięczny staż kierunkowy z gastroenterologii. Należy także zwrócić uwagę, że aktualnie jest ponad 350 wariantów programów specjalizacyjnych i ok. 25 tys. osób odbywających szkolenie specjalizacyjne, a kursy organizowane są przez jednostki na terenie całej Polski. Sytuacja ta znacznie różni się więc od studiów.

		18. W art.16f ust. 3 pkt 3 wprowadzono konieczność co najmniej półrocznego oddelegowania do pracy w podmiocie z I i II stopniem referencyjności. W opinii oceniających projekt, jakikolwiek nakaz pracy w miejscu innym niż wybrane przez lekarza jest złamaniem zasady wolności wyboru. Nie przewidziano również rekompensaty za delegację, pokrycia diety oraz zapewnienia miejsca zamieszkania na okres tego oddelegowania. Oceniający przewidują niezadowolenie środowiska z takich zapisów i uznają całość rozwiązania za negatywny.	18. Rozwiązanie dotyczy wymienionych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii – a więc w dziedzinach podstawowych. Realizując program szkolenia w jednostkach wysokiej referencyjność, mając do dyspozycji pełną możliwość konsultacji oraz korzystanie z zaawansowanej diagnostyki, a także zupełnie innej organizacji pracy, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne skupia się głównie na procedurach wysokospecjalistycznych. Tymczasem moduł podstawowy służyć powinien nabyciu pełnej podstawowej wiedzy z danej dziedziny medycyny. Należy podkreślić, że w obrębie każdego województwa, a większości przypadków w obrębie dużych miast, w tym wojewódzkich znajdują się szpitale udzielające świadczeń na różnych poziomach zabezpieczenia zdrowotnego.
		19. W art. 16i dodano przepisy, po słusznym wprowadzeniu możliwości odmowy dyżurowania przez pierwszy rok specjalizacji, co postulował Zespół, że lekarz odmawiający dyżurów w jednostce podstawowej ma zakaz dyżurowania w innych miejscach. Należy wskazać, że ograniczenie to odbije się ze szkodą na systemie ochrony zdrowia w Polsce poprzez uszczuplenie puli lekarzy podejmujących dyżury medyczne w jednostkach mających problemy z obsadą dyżurową. Należy wskazać, że często lekarze odbywają specjalizacje w ośrodkach wysokospecjalistycznych, gdzie pierwszy rok należy traktować jako poznanie specyfiki pracy, ale nie umniejsza to zdolności i wiedzy do dyżurowania w oddziałach ogólnych w innych jednostkach.	19. Nieuwzględniona. Odmowa dyżurowania dotyczy tylko i wyłącznie pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych. Oznacza to, że lekarz, od pierwszego dnia szkolenia zobowiązany jest odbywać dyżury towarzyszące. Zatem możliwość dyżurowania poza jednostką musiałaby oznaczać pracę ponadwymiarową i brak możliwości pracy w podstawowej jednostce. Poza tym zakaz dotyczy tylko dyżurów medycznych, pełnionych samodzielnie.
		20. Nie wprowadzono klauzuli „opt-out” w stosunku do czasu przypadającego na czas odpoczynku, w ramach minimum 11h nieprzerwanego odpoczynku dobowego przysługującego każdemu pracownikowi po pracy. W opinii oceniających jest to złamanie podstawowych praw pracowniczych i na pełnienie dyżurów medycznych w godzinach obejmujących należny odpoczynek dobowy lub tygodniowy należy wprowadzić odrębną klauzulę opt-out. Każdy człowiek powinien mieć prawo do decyzji - ile pracuje, w jakich warunkach i na jakich zasadach.	20. Wprowadzenie rozwiązania polegającego na konieczności uzyskania zgody lekarza na dyżurowanie powyżej 5h25’ na dobę spowoduje paraliż systemu ochrony zdrowia oraz konieczność zmiany organizacji czasu pracy w szpitalach. Ponadto, wprowadzenie takiego zapisu, zwłaszcza w wersji ogólnej, dla wszystkich lekarzy, oznacza odebranie zarządzającym jednostką systemu ochrony zdrowia zobowiązaną do zapewnienia całodobowej opieki medycznej, instrumentów zapewnienia takiej opieki, w przypadku np. gdyby wszyscy lekarze odmówiliby dyżurowania ponad 5h25’. Podkreślić wymaga, że umowa na szkolenie jest inną umową niż zawierana w celu zatrudnienia na czas określony lub nieokreślony do realizacji świadczeń zdrowotnych.
		21. Za całkowicie niedopuszczalne opiniujący uznają nowelizację art. 16j ust. 4 w zaproponowanym kształcie. Całe środowisko lekarskie oraz jego formalni przedstawiciele (związek zawodowy, samorząd zawodowy) oraz w wypracowanych przez Zespół założeniach jasno postulowano, że wprowadzenie egzaminu PEM musi wiązać się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia” dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdanym egzaminem PEM w oczach zarządzającego jednostką (co umożliwia indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze). Ustawodawca w projektowanym przepisie uzależnia podniesienie pensji lekarzom rezydentom w formie podwyżki wynagrodzenia, która obecnie obowiązuje po ukończeniu dwóch lat szkolenia	21. Nieuwzględniona w odniesieniu do proponowanych stawek wynagrodzenia, które powinna regulować inna ustawa. Jednocześnie przepis dotyczący podniesienia wynagrodzenia w zależności od zdania PEM został wykreślony, a PEM stał się egzaminem nieobowiązkowym.

		specjalizacyjnego, od zdanego egzaminu PEM. W ocenie opiniujących jest to wprost sprzeczne z duchem negocjacji, porozumienia, prowadzonych rozmów oraz zmian proponowanych przez Zespół i realnie pogarsza warunki pracy i płacy lekarzy w trakcie specjalizacji. Nakłada się bowiem na lekarzy ciężar kolejnego egzaminu za co w zamian nie proponuje się realnie nic! Należy wymagać od ministra zdrowia kreowania pozytywnej polityki zatrudnieniowej i płacowej, stanowiąc przykład dla pracodawców indywidualnych, co powinno oznaczać znaczący wzrost wynagrodzenia po podniesieniu swoich kompetencji i zdaniu kolejnego egzaminu. W ocenie opiniujących konieczne jest zastosowanie rozwiązania proponowanego przez zespół, tj. sformułowanie przepisu jak niżej: „Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3, podlega zróżnicowaniu ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury i wynosi: 1) 225% tego wynagrodzenia, dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym nie uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 2) 250% tego wynagrodzenia dla dziedzin innych niż uznane za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM, a także dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 3) 275% tego wynagrodzenia dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM.”. Należy wskazać także, że ustawodawca nie precyzuje charakteru większej samodzielności lekarza po egzaminie PEM, nie wskazuje rodzaju i zakresu procedur do samodzielnego wykonywania oraz nie wyznacza mechanizmów promocji lekarzy, którzy na takie rozwiązanie się zdecydują.	
		22. Za całkowicie do odrzucenia, w opinii oceniających uznać należy przepisy dodane art. 16pa-16pi wprowadzające PEM, bez wymienionych wyżej regulacji przyznających przywileje i uprawnienia dla lekarza, który ten egzamin zaliczy. Tym bardziej niegodne wydają się przepisy wewnątrz niniejszych regulacji, np. 2 dni (!) urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu.	22. Nieuwzględniona. Dodatkowe uprawnienia z tytułu zaliczenia PEM są poza regulacją ww. ustawy i znajdować się będą w innych regulacjach. PEM nieobowiązkowy.
		23. PR OZZL uważa, że Państwowy Egzamin Specjalizacyjny powinien składać się w 100% z bazy pytań.	23. Nieuwzględniona. Zarówno Minister Zdrowia, jak również większość konsultantów krajowych stoi na stanowisku, że weryfikacja wiedzy nie może opierać się jedynie na nauce z ogólnodostępnej bazy pytań. Należy natomiast wskazać, że przy progu zdawalności na poziomie 56%, test składający się w 70% z pytań pobranych z bazy nie powinien stanowić bariery w uzyskaniu tytułu specjalisty.
		24. W art. 16s nie wprowadzono zapisu o przyznaniu 25 dni płatnego urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu PES. Ustawodawca buduje fikcję przyznając jedynie kilka dni na formalne, merytoryczne przygotowanie się do największego egzaminu w toku kariery zawodowej, co należy uznać za przepisy nieodpowiadające realiom i utrzymywaniu wyzysku finansowego i umysłowego pracowników przez urząd nadzorujący.	24. Nieuwzględniona. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że znajomość ogólnodostępnej bazy znacznie ułatwia przygotowanie się do egzaminu PES. Poza tym lekarz ma obowiązek przygotowywać się do tematyki szkolenia na bieżąco oraz ma obowiązek przystąpić do PES w ciągu 5 lat od ukończenia szkolenia. Po tym okresie szkolenie trzeba będzie powtarzać z uwagi na zmieniającą się wiedzę medyczną.
		25. W art. 16t ust. 5 wprowadzono skandalicznie wysoką opłatę w wysokości 25% „średniej krajowej” za drugi i kolejny egzamin PES, co wydaje się stanowczo zbyt wysoko ustawioną ceną (ponad 1000 zł obecnie).	25. Nieuwzględniona. Wysokość opłaty określona została w § 22 ust. 2 rozporządzenia i jest nią obecnie kwota 700 zł.
		26. Nie opublikowano przepisów stanowionych na podstawie art. 16x ust. 1 pkt 6, które opisałyby w	26. Na tym etapie legislacyjnym nie ma obowiązku przedstawiania projektów rozporządzeń. Poza tym nowelizacja niniejszej ustawy

		szczegółach proces rekrutacji na specjalizacje, co sprawia, że opiniujący nie mają realnej możliwości rzetelnej oceny trybu naboru na specjalizacje i ich zgodności z trybem zaprezentowanym przez Zespół, który to opiniujący uznają za rozwiązanie najbardziej sprawiedliwe, transparentne i wartościowe. **27.** Zrównanie dorobku naukowego z odbyciem szkolenia specjalizacyjnego opiniujący uznają za wadliwe i praktycznie mogące przynieść szkodę dla pacjentów. **28.** PR OZZL negatywnie ocenia ideę wprowadzenia tzw. „certyfikatu umiejętności zawodowej". **29.** Nie dodano postulowanych przez Zespół ust. 12a-12i mówiących, o uprawnieniach Dyrektora CMKP odnośnie kontroli jednostek akredytowanych. W obecnym stanie prawnym nie ma bowiem możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych", o które często wnioskują lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego. **30.** Zmiany w art. 39 dotyczą tzw. „klauzuli sumienia". Usunięto obowiązek wskazywania miejsca, w którym możliwe jest wykonanie świadczenia, którego dotyczy „klauzula sumienia". Przepis ma charakter światopoglądowy i ideologiczny, wobec czego opiniujący nie poddają go ocenie pod kątem wartości prawnej i sensu. Co do ogólnej zasady, zdaniem opiniujących, należy przepisy prawa formułować tak, by nikogo nie pomijały i wykluczały oraz w żaden sposób nie godziły w dobro człowieka. Powyższy przepis może wprowadzić chaos prawny i funkcjonalny w momencie sytuacji niecierpiącej zwłoki – zdaniem opiniujących należy ten przepis doprecyzować i wskazać jasne zasady przekazywania informacji, które wchodzą w spektrum „klauzuli sumienia" i przeprowadzić ogólną dyskusję nad samym pojęciem prawnym „klauzuli sumienia". **31.** Za niedopuszczalny i merytorycznie wadliwy uważa się brak nowelizacji współczynników pracy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Niniejszy projekt ustawy w wielu punktach wprowadza nowe obowiązki i obwarowania formalno-prawne na już skrajnie przeciążonych lekarzy każdego szczebla. Ustawodawca przy okazji dużej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma moralny obowiązek doprowadzić do sprawiedliwych społecznie wynagrodzeń. Konsensualnie przyjęte wskaźniki, zaproponowane w dokumencie Zespołu wymagają niezwłocznego wprowadzenia w życie. **32.** Nie wprowadzono żadnych zmian sugerowanych przez zespół w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219), w tym nie wprowadzono definicji dyżuru medycznego, w tym pod nadzorem. Jest to praktyka lekceważąca środowisko i podnoszone od wielu lat głosy o całościowym uregulowaniu kwestii dyżurów medycznych.Za skandaliczne i lekceważące środowisko lekarzy specjalistów uważa się pominięcie: a. Ustalenia maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy; b. Normatywnego ustalenia reguł niezaliczania godzin dyżuru medycznego do normy czasu pracy w ramach normalnych godzin pracy; c. Normatywnego ustalenia reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od reguł przewidzianych przepisami Kodeksu pracy.	spowoduje konieczność wydania co najmniej 5 rozporządzeń, co przy tak pilnym trybie prac nad ustawą jest niemożliwe. 27. Uwaga nieczytelna. Od lat z pozytywnym rezultatem funkcjonuje zapis art. 16 ust. 4 – 10. 28. Uwaga nieczytelna, brak uzasadnienia. 29. Nieuwzględniona – uprawnienia kontrolne znajdują się w art. 19 i. Przepisy te umożliwiają przeprowadzenie kontroli jednostek akredytowanych na każdym etapie szkolenia specjalizacyjnego. 30. Uwaga nieczytelna. Nie można się do niej odnieść. 31. Nieuwzględniona. Uwaga wychodząca poza zakres nowelizowanej ustawy. Poza tym nowelizowana ustawa nie wprowadza żadnych nowych obowiązków dla lekarzy. 32. Nieuwzględniona. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że propozycje Zespołu wykraczają daleko poza zawarte Porozumienie, na które wielokrotnie powołuje się autor uwag. Prace Zespołu miały bowiem dotyczyć tylko i wyłącznie szkolenia specjalizacyjnego. Zaproponowane przez Zespół przepisy wymagają szczegółowych analiz i wpływu na sektor ochrony zdrowia, w szczególności pod kątem możliwości finansowej i organizacyjnej. Ponadto stoją w sprzeczności z wyrokiem SN podjętym w składzie 7 sędziów. Przepisy ogólne Kodeksu pracy oraz ustawy o działalności leczniczej gwarantują pracownikom sektora ochrony zdrowia prawa pracownicze, w szczególności czas nieprzerwanego odpoczynku oraz stosownego wynagrodzenia, gwarantując jednocześnie pracodawcy

		W ocenie opiniujących całkowite pominięcie regulacji dotyczących lekarzy specjalistów, dywersyfikowanie charakteru pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków może być niezgodne z Konstytucją RP. Należy wskazać, iż obecnie lekarz rezydent będzie miał prawo do wynagrodzenia za odpoczynek po dyżurze medycznym a lekarz specjalista lub lekarz będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w innymi niż rezydentura trybie nie. Opiniujący nie widzą uzasadnienia dla takiej dywersyfikacji i traktują wprowadzenie tych przepisów jako umyślne. Tym bardziej budzi to negatywne emocje i należy wskazać, iż po tak wprowadzonych przepisach można spodziewać się protestów i niezadowolenia ze strony lekarzy specjalistów.	instrumenty zarządzania podmiotem leczniczym działającym całodobowo.
		33. W ocenie opiniujących projekt brak rozporządzeń, przepisów wykonawczych do zmienianych ustaw nie pozwala na rzetelną ocenę zamysłu i wskazań w nowelizowanych ustawach. Całościowo jednak, wobec wybiórczego charakteru nowelizacji, niezgodnego z propozycjami Zespołu, które poparte były badaniami opinii, konsultacjami, głosem środowiska opiniujemy przedstawiony nam projekt negatywnie i oczekujemy wdrożenia w życie zapisów znajdujących się w dokumencie Zespołu, wypełniając tym samym Porozumienie.	33. J. w.
		34. W omawianych przepisach nie zawarto jednoznacznie informacji czy kierownik specjalizacji zalicza program specjalizacji na podstawie własnej opinii o specjalizancie. Wymienia się nadal zatwierdzanie poszczególnych procedur medycznych (miano je wprowadzić „blokowo"). Dodatkowo to jednostka szkoląca powinna gromadzić dane na temat lekarzy w trakcie specjalizacji wykazać, że realizują oni program specjalizacji. To jednostkę szkolącą powinno kontrolować CMKP, a nie poszczególnych lekarzy.	34. Nieuwzględniona. Zaliczanie będzie się odbywać blokowo. Wystawianie opinii zawodowej przez kierownika specjalizacji wynika z art. 16m ust. 7 pkt 5. Kontroli z mocy art. 19i podlega jednostka szkoląca. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne będą zobowiązani do wypełniania ankiet w sprawie przebiegu szkolenia. Ankiety będą poddawane ocenie.
		35. W art. 16l: w ust. 1: dodaje się punkt 7, który otrzymuje brzmienie: „Z powodu urlopu wypoczynkowego będącego wynikiem urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego." Niedopuszczalnym, jest aby przez wzgląd na obowiązek wybrania urlopu wypoczynkowego dochodziło do sytuacji, w której specjalizant nie jest w stanie ukończyć programu specjalizacji, gdyż wcześniej dochodzi do wygaśnięcia umowy o pracę. Biorąc pod uwagę niedobory w kadrze lekarskiej, niegospodarnością jest tworzenie przeszkód w ukończeniu programu specjalizacji osobie, której do ukończenia brakuje zaledwie kilku miesięcy. Ponadto jeśli nakłada się na pracownika obowiązek wybrania urlopu wypoczynkowego, nie powinien się on wiązać z negatywnymi dla pracownika skutkami.	35. Nieuwzględniona. Przepisy dopuszczają zakończenie szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego przed wykorzystaniem urlopu pomimo, ze umowa o pracę wygaśnie dopiero po zakończeniu urlopu.
	Naczelna Rada Lekarska	I. 1. Przepisy dot. procedury nostryfikacji dyplomów uzyskanych przez lekarzy i lekarzy dentystów w państwie trzecim (art. 6c – 6h). Samorząd lekarski pozytywnie ocenia propozycję, aby w odniesieniu do dyplomów lekarzy i lekarzy dentystów postępowanie nostryfikacyjne, dotychczas przeprowadzane przez uczelnie medyczne, było prowadzone przez jedną jednostkę wg jednolitych zasad i trybu. Samorząd sam w przeszłości proponował, aby kompetencje w zakresie nostryfikacji dyplomów lekarza i lekarza dentysty należały do jednego podmiotu, np. do Centrum Egzaminów Medycznych albo do Ministra Zdrowia działającego na podstawie opinii powołanego przez siebie zespołu ekspertów, w skład którego powinni wchodzić m. in. przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej. Jednakże zaproponowany w projekcie tryb nostryfikacji, która miałaby polegać tylko i wyłącznie na przeprowadzeniu jednolitego egzaminu nostryfikacyjnego w formie testu, do którego przystąpić mogłaby każda osoba, która uzyskała w państwie trzecim (tj. poza Unią Europejską) dyplom lekarza albo lekarza dentysty – bez względu na to, jaki był program i wymiar kształcenia prowadzącego do uzyskania takiego dyplomu – jest trybem nadmiernie uproszczonym, mogącym prowadzić do uznawania za równoważne dyplomów uzyskanych po odbyciu studiów nie spełniających wymaganych w Polsce i w Unii Europejskiej standardów kształcenia. Procedura	1. Nieuwzględniona. Należy zwrócić uwagę, że Lekarski Egzamin Weryfikacyjny/Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny ma na celu uznanie kwalifikacji zawodowych. Dyrektywa 2005/36/WE nakłada na państwa członkowskie obowiązek weryfikacji – czy kształcenie osób dopuszczonych do wykonywania zawodu spełnia minimalne wymogi. Egzamin ten będzie to weryfikował w stosunku do polskich standardów kształcenia.

		nostryfikacja nie może sprowadzać się tylko i wyłącznie do przeprowadzenia egzaminu testowego – powinna także obejmować wstępne porównanie programu odbytych w państwie trzecich studiów z obowiązującymi w Polsce standardami kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, a dopuszczenie posiadacza dyplomu z państwa trzeciego do egzaminu nostryfikacyjnego w proponowanej formule powinno następować dopiero po ustaleniu, że odbyte za granicą studia odpowiadają w zasadniczych elementach tym standardom. Tylko w takiej sytuacji, tj. łącznie po porównaniu programów studiów i po uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu nostryfikacyjnego przeprowadzanego przez CEM, można będzie zasadnie twierdzić, że dyplom lekarza albo lekarza dentysty uzyskany w państwie trzecim potwierdza odbycie kształcenia spełniającego minimalne wymogi określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, czyli w art. 24 dyrektywy 2005/36/WE w przypadku lekarzy i art. 34 tej dyrektywy w przypadku lekarzy dentystów. Opieranie się tylko i wyłącznie na wyniku egzaminu testowego może być zasadnie podważane. Samorząd lekarski przypomina, że określone w tych przepisach minimalne wymogi kształcenia nie sprowadzają się tylko do ustalenia zakresu wiedzy teoretyczno-praktycznej, jaką powinien uzyskać absolwent, ale określają minimalny okres trwania studiów wyrażony w latach i godzinach nauczania obejmujących zarówno kształcenie teoretyczne, jaki praktyczne (odpowiednie doświadczenie kliniczne), a w przypadku studiów lekarsko-dentystycznych także wykaz przedmiotów, które program studiów ma obejmować. 2. Uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE (art. 7 ust. 2a – 2k): Zaproponowany w projekcie w art. 7 ust. 2a – 2k uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej oraz prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez osoby wykonujące zawód medyczny kierujące się zasadami etyki zawodowej. Przepisy związane z trybem nabywania w Polsce kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź uznawania kwalifikacji nabytych za granicą mają na celu zapewnienie, że osoba uzyskująca w Polsce uprawnienie do wykonywania jednego z tych zawodów daje gwarancje prawidłowego i rzetelnego wykonywania zawodu i jest właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z ich ww. prawem. Projektowane przepisy nie wskazują jakichkolwiek kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy, wprowadzając jedynie formalne wymogi okazania dyplomu lekarza oraz dyplomu lekarza specjalisty bez odniesienia się do minimalnych wymogów, jakim musi odpowiadać szkolenie prowadzące do uzyskania takich dyplomów, oraz okazania zaświadczenia o trzyletnim doświadczeniu zawodowym jako specjalista w danej dziedzinie. Dodatkowo, z praktycznego punktu widzenia, weryfikacja przedkładanej w tym trybie dokumentacji, w szczególności dotyczącej uzyskanej specjalizacji i doświadczenia zawodowego będzie utrudniona, o ile w ogóle możliwa. Brak jest obecnie mechanizmów umożliwiających organom izb lekarskich rzetelną weryfikację dokumentów wydawanych w wielu państwach spoza UE oraz tytułów zawodowych nadawanych lekarzom w tych państwach. Częste zastrzeżenia budzi na przykład jakość kształcenia specjalizacyjnego w części państw nieunijnych, a projektowane przepisy w sposób bezkrytyczne nakazują akceptację każdego dokumentu, który będzie się określał jako dyplom specjalisty. Samorząd lekarski zdaje sobie przy tym sprawę, że procedury związane z uznaniem kwalifikacji uzyskanych poza UE mogą być czasochłonne i wiązać się z określonymi kosztami dla wnioskujących lekarzy. Dostrzegając w tym zakresie pole do pewnego usprawnienia tych procedur, samorząd ponownie podkreśla, że nie może to	2. Uwzględniona częściowo. Przepisy dotyczące przyznania „PWZ na miejsce i czas oraz w określonym w uchwale OIL zakresie" dla lekarzy specjalistów są podobne do rozwiązań niemieckich. Należy zwrócić uwagę, ze tacy lekarze pracują w określonym miejscu, czasie i w określonym zakresie. W celu uzyskania pełnego PWZ osoby te musza zgodnie z obowiązującymi przepisami spełnić wszystkie niezbędne warunki (takie jak m. in. zdać LEK/LDEK, odbyć albo uznać staż podyplomowy). Przepisy dotyczą tylko i wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację i 3-letni staż pracy. Podkreślić także należy, że rozwiązanie wprowadzane jest na wniosek szpitali powiatowych, które mają największe doświadczenie w pracy z lekarzami pochodzącymi w szczególności za wschodniej granicy i największe braki kadrowe, przy jednoczesnym małym zainteresowaniu pracą w tych podmiotach lekarzy polskich. Należy także zwrócić uwagę, że do lekarza posiadającego „PWZ na miejsce i czas" stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące odpowiedzialności zawodowej, jak również odpowiednie przepisy karne. Doprecyzowano przepis regulujący kwalifikacje zawodowe opiekuna. ORL będą określały program szkolenia praktycznego, w ramach którego lekarz będzie mógł uzupełnić wiedzę do poziomu odpowiadającemu warunkom polskim.

		skutkować zniesieniem wstępnej oceny przygotowania lekarza, który kształcił się poza UE, do wykonywania w Polsce zawodu zarówno od strony posiadanej wiedzy teoretycznej, jaki umiejętności praktycznych. Proponowany tryb dopuszczania w Polsce do zawodów lekarza i lekarza dentysty – nawet w zakresie ograniczonym co do miejsca i czasu – osób, których kwalifikacje zawodowe nie są poddane żadnej merytorycznej ocenie, uzależniając to jedynie od odbycia praktycznego szkolenia w podmiocie, w którym lekarz ma pracować, nie podlegającego de facto żadnej kontroli zewnętrznej, jest jednocześnie niezgodny z wymogami prawa unijnego, zgodnie z którymi państwa członkowskie UE mogą, zgodnie z własnymi przepisami, uznawać kwalifikacje zawodowe zdobyte poza terytorium UE, jednakże uznawanie tych kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla danego zawodu (motyw 10. w zw. z art. 2 ust.2 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych).Wychodzenie w taki sposób, jak wskazano w uzasadnieniu projektu, „naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej", jest całkowicie niezasadne i jest de facto wbrew interesowi pacjentów. Jednocześnie zaś prowadzić będzie do niejasnej sytuacji prawnej lekarzy objętych tym trybem co do zakresu ich rzeczywistych uprawnień zawodowych w Polsce, zakresu ich odpowiedzialności cywilnej i zawodowej. Należy także wskazać, że projekt nie określa, jaką formę prawną miałoby mieć „zatrudnienie" cudzoziemca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, co może wpływać m.in. na zasady ponoszenia odpowiedzialności cywilnej. Projekt nie określa także, kto może być „opiekunem" cudzoziemca podczas szkolenia praktycznego. Samorząd lekarski postuluje całkowite odstąpienie od takiego rozwiązania. 3. Tymczasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu w Polsce przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej (art. 9 ust. 2 – 14): Samorząd lekarski negatywnie ocenia proponowane zmiany przepisów art. 9 ust. 2 – 12 w zakresie składania przez lekarza zamierzającego wykonywać w Polsce zawód tymczasowo i okazjonalnie oświadczenia oraz dokumentów określonych w art. ust. 2 pkt 1 – 4 Naczelnej Radzie Lekarskiej zamiast, jak dotychczas, okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu. W proponowanym rozwiązaniu Naczelna Rada Lekarska miałaby pełnić rolę pośrednika w przekazywaniu tych dokumentów właściwej lub właściwym okręgowym radom lekarskim. Takie rozwiązanie prowadzić będzie jedynie do wydłużenia całej procedury. Jednocześnie zaś projektodawca pomija w treści składanego przez lekarza oświadczenia informację o zamierzonym miejscu wykonywania zawodu, co w praktyce uniemożliwi Naczelnej Radzie Lekarskiej przekazywanie oświadczenia i pozostałej dokumentacji właściwej okręgowej radzie lekarskiej. Jak można się domyślać, powyższe propozycje są efektem zastrzeżeń, jakie przedstawiła niedawno Komisja Europejska co do sposobu wdrożenia do prawa polskiego niektórych przepisów dyrektywy 2005/36/WE (w tzw. wezwaniu do usunięcia uchybienia nr 2018/2301).Po pierwsze, samorząd lekarski ponownie wskazuje, że podanie przez lekarza, lekarza dentystę organowi izby lekarskiej przewidywanego miejsca i czasu wykonywania w Polsce zawodu jest czynnością pozwalającą dokonać oceny, czy zamierzone przez lekarza wykonywanie zawodu będzie mieć charakter tymczasowy i okazjonalny, i ewentualnie uprzedzić lekarza, że zdaniem organu zamierzone przez niego wykonywanie w Polsce zawodu nie będzie mieć charakteru tymczasowości i okazjonalności, co może pomóc lekarzowi uniknąć sytuacji, w której wykonywałby w Polsce zawód bez właściwego zezwolenia (prawa wykonywania zawodu).Po drugie, w ocenie samorządu lekarskiego obowiązek składania oświadczenia o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu każdorazowo w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu nie stanowi jakiegoś szczególnego obciążenia dla lekarzy, zwłaszcza przy obecnym stanie	3. Częściowo uwzględniona. Konieczność zrezygnowania z obligatoryjnego wskazywania miejsca wykonywania zawodu wymusza przyjęcie rozwiązania, w którym wskazuje się Naczelną Radę Lekarską, jako realizującą powyższe zadanie, przy jednoczesnym wykreśleniu przepisu o przekazywaniu dalszego procedowania do właściwej OIL. Zapis został zmodyfikowany tak, aby miejsce wykonywania zawodu było wskazywane – o ile to możliwe.

		technologii komunikacyjnych. Niemniej, jeżeli ustawodawca, wobec brzmienia przepisu art. 7 ust. 2a dyrektywy2005/36/WE i mając na uwadze zastrzeżenia zgłoszone przez Komisję Europejską, uzna za niezbędne wprowadzenie zmiany polegającej na wskazaniu jednej izby lekarskiej właściwej w tym zakresie dla całego terytorium kraju – analogicznie do rozwiązania przyjętego w art.9b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – to ta izba powinna dokonywać wszystkich czynności wynikających z art. 9 ust. 2 - 14. Ponadto samorząd lekarski proponuje art. 9 ust. 14 nadać brzmienie określone w uwagach szczegółowych. 4. Uznawanie stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 15j): W ocenie samorządu lekarskiego niczym nieuzasadnione jest zróżnicowanie trybu uznawania stażu podyplomowego w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE, czy w tzw. państwie trzecim. W pierwszym przypadku projekt przewiduje uznawanie stażu przez Ministra Zdrowia bez konieczności zasięgnięcia opinii zespołu ekspertów, zaś w drugim przypadku po zasięgnięciu takiej opinii. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku uznanie stażu przez Ministra Zdrowia powinno następować po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów, w skład którego powinien wchodzićm.in. przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej. Takie rozwiązanie w obu przypadkach umożliwi Ministrowi Zdrowia prawidłowe ustalenie, że istnieją przesłanki do uznania stażu odbytego za granicą za równoważny w całości lub w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej 5. Zwolnienie od obowiązku odbycia stażu podyplomowego i składania egzaminu LEK / LDEK: Samorząd lekarski zwracał niedawno uwagę na to, iż w ocenie samorządu zasadne jest spojrzenie na sytuację lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dyplom polskiej uczelni, którzy po ukończeniu studiów, ale bez odbycia stażu podyplomowego i bez złożenia egzaminu LEK albo LDEK, wyjechali za granicę i tam wykonują swój zawód. Jest spora grupa takich osób, w przeważającej części obywateli polskich, które od wielu lat pracują winnych państwach Unii Europejskiej oraz w państwach nienależących do UE, mają bogate doświadczenie zawodowe i ugruntowaną pozycję, posiadają tytuły specjalistów, a obecnie wyrażają chęć pracy zawodowej w Polsce. W obecnym stanie prawnym osoby takie, bez względu na uzyskane za granicą oświadczenie, kwalifikacje, czy stopnie i tytuły naukowe, muszą w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu odbyć staż podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez Ministra Zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK albo LDEK.W przypadku takich lekarzy powyższe wymogi wydają się nie być w pełni uzasadnione i mogą być postrzegane jako nadmierna przeszkoda, powodująca, że lekarze odstępują od zamiaru powrotu do Polski. Wydaje się, że w obliczu niedoboru kadry lekarskiej w Polsce należy rozważyć możliwość zwalniania lekarzy absolwentów polskich uczelni medycznych (najczęściej obywateli polskich), którzy wykazują odpowiednio duże doświadczenie zawodowe i wysokie kwalifikacje lekarskie uzyskane za granicą, od obowiązku odbywania stażu podyplomowego(istnieje co prawda możliwość jego uznania przez Ministra Zdrowia, ale w obecnym stanie prawnym często nie prowadzi to do uznania stażu w całości) oraz składania egzaminu LEK albo LDEK. Szczegółowe zasady i warunki takiego zwolnienia powinny zostać zaproponowane przez resort zdrowia, jednakże omawiana nowelizacja takich regulacji nie zawiera, mimo że jednocześnie zawiera przepisy, które mają – i to w zbyt daleko idący sposób – ułatwić dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej. 6. Kompetencje izb lekarskich w zakresie kształcenia: W opiniowanym projekcie ustawy nie przewidziano przeniesienia kompetencji urzędów wojewódzkich na izby lekarskie, co utrudnia dostęp lekarzy i lekarzy dentystów do skutecznych metod prowadzenia swoich spraw, mnoży instytucje zajmujące się kształceniem	4. Nieuwzględniona. Tryb uznawania stażu podyplomowego oraz cała procedura określona w projektowanych przepisach jest doszczegółowieniem obecnie obowiązującej. Minister Zdrowia może określić odrębne procedury w zakresie uznania stażu podyplomowego odbytego poza UE oraz na terenie UE. Uznanie stażu podyplomowego odbytego w innym państwie członkowskim, które posiada staż w swoim prawodawstwie nie wymaga tak szczegółowej weryfikacji i analizy zespołu ekspertów, jak uznanie stażu podyplomowego (również na podstawie doświadczenia zawodowego) odbytego poza UE. 5. Nieuwzględniona. Rozwiązanie takie może budzić wątpliwość ze względu na fakt, iż przepisy regulują wprost jakie wymogi należy spełnić w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu w Polsce. Uzyskanie samego dyplomu nie jest i nie było jedyną przesłanką do uzyskania prawa wykonywania zawodu, wobec osób, które kształcenie skończyły w Polsce a nie uzyskały pełnych kwalifikacji do wykonywania zawodu. Komisja Europejska w jednej ze swoich opinii wskazała, że należy wymagać od wszystkich spełnienia tych samych wymogów w celu umożliwienia im dostępu do wykonywania zawodu. Ponadto dyrektywa 2005/36/WE stanowi, że nie należy uznawać kwalifikacji zdobytych w UE, uprzednio uznanych w innym państwie członkowskim. 6. Nieuwzględniona. Celem istnienia samorządu zawodowego zgodnie z Konstytucją RP jest reprezentowanie osób wykonujących zawody zaufania publicznego i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Szeroko

		oraz zwiększa związane z tym koszty. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego oraz stają na wysokości zadania w każdym wymiarze spraw biurokratycznych, z którymi zgłasza się lekarz lub lekarz dentysta, a także są bardzo dobrze oceniane pod kątem skuteczności i jakości obsługi. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarskie, nie odbierając kompetencji jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej regionu. W związku z powyższym NRL proponuje powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego. 7. Regulacje dotycząc lekarzy specjalistów: W opiniowanym projekcie całkowicie pominięto regulacje dotyczące lekarzy specjalistów, co wobec projektowanych uprawnień dla lekarzy rezydentów dywersyfikuje charakter ich pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków. Np. można wskazać, że zgodnie z projektowanym art. 16i ust 8 lekarz odbywając szkolenie specjalistyczne może opuścić stanowisko pracy po dyżurze w celu zrealizowania prawa do 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego wypoczynku, co nie obniża należnego mu wynagrodzenia, ale lekarz specjalista już nie ma takiego uprawnienia. Ponadto przedmiotowy projekt wymaga uzupełnienia o regulacje dotyczące ustalenia maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy, normatywnego ustalenia reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od regulacji przewidzianych w Kodeksie pracy. 8. Współczynniki wynagrodzenia: Za niedopuszczalne i merytorycznie wadliwe należy uznać brak nowelizacji współczynników pracy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Opiniowany projekt ustawy w wielu punktach nakłada nowe obowiązki i obwarowania formalno-prawne na już skrajnie przeciążonych lekarzy każdego szczebla, z czym powinien	pojęte sprawy dot. zawodów medycznych, a więc także lekarzy i lekarzy dentystów należą do ministra właściwego ds. zdrowia. Natomiast wojewoda, zgodnie z kompetencjami ustawowymi dostosowuje do miejscowych warunków cele polityki Rady Ministrów oraz ,w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych ustawach, koordynuje i kontroluje wykonanie wynikających stąd zadań oraz zapewnia współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających w województwie i kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia, zdrowia lub mienia oraz zagrożeniom środowiska, bezpieczeństwa państwa i utrzymania porządku publicznego, ochrony praw obywatelskich, a także zapobiegania klęskom żywiołowym i innym nadzwyczajnym zagrożeniom oraz zwalczania i usuwania ich skutków, na zasadach określonych w odrębnych ustawach. Należy także podkreślić, że wdrażane aktualnie rozwiązania informatyczne związane z Systemem Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych ograniczają do minimum konieczność osobistego stawiennictwa w urzędzie wojewódzkim (specjalizacje) lub marszałkowskim (staż podyplomowy).Izby lekarskie realizują już w chwili obecnej szereg zadań związanych z kształceniem podyplomowym oraz uczestniczą w sposób czynnych w opiniowaniu i projektowaniu przepisów prawnych. Natomiast zasadnym jest, by towarzystwa naukowe właściwe dla określonych dziedzin medycyny wydające rekomendacje do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, których szeregi tworzą również członkowie samorządu zawodowego posiadający specjalizację właściwą dla zakresu umiejętności zawodowych - mogli brać udział, a przede wszystkim odpowiedzialność za szkolenie z umiejętności zawodowych. 7. Nieuwzględniona. Należy podkreślić, że uwagi wykraczają daleko poza zawarte Porozumienie. Prace Zespołu nad ustawą miały bowiem dotyczyć tylko i wyłącznie szkolenia specjalizacyjnego. Zaproponowane przez Zespół i popierane przez NRL przepisy wymagają szczegółowych analiz i wpływu na sektor ochrony zdrowia, w szczególności oceny możliwości finansowych i organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, że umowa na szkolenie jest inną umową niż zawierana w celu zatrudnienia na czas określony lub nieokreślony do realizacji świadczeń zdrowotnych. 8. Nieuwzględniona. Poza zakresem regulacji projektu ustawy, a ustawa nie nakłada żadnych nowych obowiązków na lekarzy.

		być powiązany wzrost wynagrodzeń.	
		9. Finansowanie kształcenia lekarzy dentystów: Projekt nie zawiera postulowanego w stanowisku Nr 4/19/VIII systemu zabezpieczającego minimalne nakłady na kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów. Jak wielokrotnie wykazywano, środowisko stomatologiczne nie jest w stanie bez zapewnienia odpowiednich warunków finansowania szkoleń wygenerować odpowiedniej liczby miejsc rezydenckich. Z drugiej strony, charakter zawodu zaufania publicznego lekarza dentysty zakłada obowiązek podnoszenia kwalifikacji i musi to znaleźć odzwierciedlenie w ustawie, która powinna kreować realne narzędzia do realizacji tego obowiązku. W przypadku zgłaszania niewielkiego liczbowo zapotrzebowania na miejsca rezydenckie ze strony wojewodów powinien istnieć mechanizm kierowania środków na kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów w innych formach niż szkolenie specjalizacyjne (np. staże i kursy o zweryfikowanym przez NRL poziomie).	9. Nieuwzględniona. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że podmioty świadczące usługi dentystyczne są co do zasady podmiotami prywatnymi, ze szczególnym uwzględnieniem jednoosobowych praktyk lekarskich, co przekłada się na małą liczbę miejsc szkoleniowych, ulokowaną głównie w medycznych uczelniach publicznych. Wojewodowie zgłaszają w każdym postępowaniu zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie w liczbie równiej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych. Lekarz dentysta ma obowiązek stałego doskonalenia się zawodowego, za które otrzymuje punkty edukacyjne na różnego rodzaju formach szkoleniowych, zweryfikowanych i wpisanych do rejestru przez okręgowe izby lekarskie. Ponadto w art. 19g ust. 4c wprowadzono możliwość uczestniczenia w kursach specjalizacyjnych przez lekarzy dentystów nie odbywających szkolenia specjalizacyjnego w przypadku dysponowania wolnymi miejscami.
		10. Zmiana art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty: Projekt nie uwzględnia propozycji zmiany art. 53 ustawy z dnia 5 grudnia 2019 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgłoszonej przez Naczelną Radę Lekarską w uchwały nr16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. Propozycja ta jest ściśle związana z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów, gdyż jednym podstawowych powodów niedostatecznej liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych jest fakt, iż podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w zakresie stomatologii (w przeważającej większości praktyki lekarskie) są zbyt małymi przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Mało prawdopodobne jest, aby praktyka organizowała ad hoc na 3-4 lata nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów).To dodatkowe stanowisko w praktyce dentystycznej musi być już utworzone wcześniej i odpowiednim do tego bodźcem byłoby uprawnienie praktyk do zatrudniania jednego stałego współpracownika. Propozycja zmiany brzmienia art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty została zawarta w uwagach szczegółowych (część I pkt 132).	10. Nieuwzględniona. Należy podkreślić, że intencją tworzenia indywidualnych praktyk było funkcjonowanie w niej jednego lekarza, po nadzorem którego dodatkowo mogą inni lekarze odbywać kształcenie zawodowe. Po wprowadzeniu do tejże praktyki kolejnego lekarza (będącego w zależności podległej) zacierać się będzie granica między praktyką, a podmiotem leczniczym. Rozszerzenie przepisu wymaga dalszych analiz pod kątem objęcia nowelizacji jednocześnie wielu aktów prawnych.
		11. Akty wykonawcze: Brak projektów rozporządzeń do zmienianych przepisów ustawy nie pozwala na pełną i rzetelną ocenę projektowanych rozwiązań.	11. Na tym etapie legislacyjnym nie ma możliwości przedstawiania wszystkich projektów rozporządzeń. Poza tym treść aktów wykonawczych będzie uzależniona od ostatecznych rozwiązań przyjętych przez Parlament. Nowelizacja niniejszej ustawy przewiduje konieczność wydania kilku rozporządzeń, co przy tak pilnym trybie prac nad ustawą jest niemożliwe.
		II. UWAGI SZCZEGÓŁÓWE:	1. Nieuwzględniona. Wprowadzenie ścisłych definicji pojęć: specjalizacja,

		1. W art. 3 pominięto wprowadzenie definicji „specjalizacji" i „specjalizacji szczegółowych(podspecjalizacji)", zaproponowanych w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL. Uporządkowania tych zagadnień miało na celu wprowadzenie mechanizmu ograniczenia liczby dziedzin medycyny, które będzie można wykonywać w ramach szkolenia specjalizacyjnego tuż po stażu podyplomowym i miało sprzyjać usystematyzowaniu właściwych wzorców kariery zawodowej (od ogółu do szczegółu). Wprowadzenie specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), które w ramach szkolenia specjalizacyjnego lekarz miał odbywać dopiero po uzyskaniu specjalizacji, w zamierzeniu miało przyczynić się do zwiększenia liczby specjalistów w najbardziej potrzebnych dla państwa dziedzinach medycyny. Wprowadzana w projekcie ustawy definicja umiejętności o charakterze ogólnym, bez jasno sprecyzowanych regulacji poruszających kilka ścieżek uzyskiwania umiejętności(np. ścieżka akademicka, towarzystw naukowych międzynarodowych, ścieżka formalna- CMKP/CEM, powoduje utrzymanie w mocy przepisów martwych i pustych, które sprawiają wiele problemów interpretacyjnych lub formalnych przy wydawaniu certyfikatów. 2. W art. 3 dodać ust. 1c w brzmieniu: „1c. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu MON, rozumie się przez to lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi.". Powyższa propozycja ma na celu zastąpienie nieprecyzyjnego i niepotrzebnie skomplikowanego określenia „lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także pełniący służbę lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej", występującego wielokrotnie w treści ustawy, określeniem prostszym i bardziej precyzyjnym. Pojęcie aktualnie przyjęte w ustawie jest wyjątkowo niefortunne i było przyczyną szeregu wątpliwości odnośnie „grupy docelowej" której dotyczy, a także konieczności dokonywania dodatkowych interpretacji prawnych. Przyjęcie definicji „lekarza MON" porządkuje tę sytuację, wprowadzając precyzyjną definicję grupy lekarzy, której dotyczy, tj. wszystkich lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej – niezależnie od miejsca pełnienia służby, a także lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON, a także innych podmiotach i instytucjach podległych MON nieposiadających statusu podmiotu leczniczego. Należy także zauważyć, że określenie „lekarz MON" funkcjonuje już w rozporządzeniu MON dotyczącym trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez tych lekarzy. 3. Brak uchylenia ust. 4 w art. 3. utrzymuje w mocy konieczność podejmowania czynności biurokratycznych, które zabierają lekarzom i lekarzom dentystom czas na samokształcenie lub odpoczynek. 4. Z art. 3 ust. 8 pkt 5 i 6 wynika, że kierownicy podmiotów weryfikują sami siebie. 5. W art. 6 zasadne jest pozostawienie uchylanego w projekcie ust. 10a, który przewiduje, że w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, o którym mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f albo art. 7ust. 2, w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza"	specjalizacja szczegółowa/podspecjalizacja nie ma wpływu na sposób realizacji szkolenia specjalizacyjnego, którego sposób odbywania czytelnie określa rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów i załączniki 5 i 6 do niego. W odniesieniu do ograniczenia dziedzin medycyny to stanowisko Ministra Zdrowia w tej sprawie było prezentowanie wielokrotnie i dotyczyło przełożenia na termin późniejszy dyskusji i konsultacji nad zmianami przepisów dotyczących katalogu specjalizacji, które z racji dużej wagi merytorycznej powinny zostać przeanalizowane odrębnie. Wprowadzenie w zaproponowany sposób definicji umiejętności z jednej strony jest na tyle czytelne by można je było skatalogować, z drugiej strony nie ogranicza ich listy, co mogłoby się okazać niekorzystnym dla jej rozszerzania. 2. Nieuwzględniona - Minister Obrony Narodowej nie zgłasza potrzeby nowelizacji w tym zakresie. 3. Nieuwzględniona. Elektroniczna karta szkolenia (EKS) specjalizacyjnego powinna pozostać ponieważ musi być miejsce gdzie kierownik specjalizacji będzie potwierdzał realizację szkolenia. Sama karta będzie znacznie uproszczona, zgodnie z koncepcją, że kierownik specjalizacji będzie dokonywał blokowego potwierdzenia realizacji poszczególnych procedur. 4. Nieuwzględniona. System autoryzacji w SMK rozróżnia tzw. administratora jednostki czyli osoby wskazane w pkt 5 i 6 od kierowników danych jednostek. Przepis poprawny. 5. Uwaga niezasadna. Przepisy mają na celu stworzenie podstawy prawnej do zmiany wzoru dokumentu PWZ z obecnej papierowej książeczki na nowoczesny dokument w formacie karty poliwęglanowej. Na blankiecie takiej karty nie będzie się umieszczało żadnych bieżących informacji. Blankiety dla poszczególnych rodzajów praw będą oddzielne.

		albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbywania tego staży albo na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności. W szczególności, że przedmiotowa regulacja nie została przewidziana winnych przepisach nowelizacji, zaś informacje, których owa zmiana legislacyjna dotyczy, mają istotne znaczenie z punktu widzenia weryfikacji uprawnień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. 6. W art.6c ust. 5 pkt 2 proponuje się ujednolicić terminy składania wniosków, tak aby każdorazowo ostateczny termin ich składania wynosił 1,5 miesiąca, przed, tj. 31sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin, a nie jak jest w projekcie 31 lipca. Podobne wyprzedzenie – 1,5 miesięczne zachowane jest przy innych egzaminach – LEK/LDEK i PES. 7. W art. 6c w ust. 6 wyrażenie „przedłuża się o czas trwania awarii” należy zastąpić „przedłuża się o liczbę dni awarii”. Większość awarii systemów informatycznych jest krótkotrwała, ale mogą one uniemożliwić np. składanie wniosków, zaś terminy kończą się zwykle o północy i przedłużanie o parę godzin, czy część godziny jest nieprzydatne. Jeżeli awaria wystąpiła w jakimkolwiek, ale szczególnie w ostatnim, dniu przed upływem terminu, termin przedłuża się o 1 dzień niezależnie od tego, czy trwała 15minut czy cały dzień. 8. W art. 6c ust. 10 pkt 2 i ust. 12 należy ujednolicić formy składanych dokumentów. Pierwszy przepis wymienia duplikat i kopie potwierdzoną notarialnie, a drugi przepis –odpis dokumentu potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez notariusza. Dodatkowo ust. 12 umożliwia złożenie odpisu dyplomu, jeżeli jego zgodność z oryginałem potwierdził występujący w sprawie pełnomocnik będący adwokatem lub radcą prawnym. Zaznaczyć należy, że wniosek może złożyć wyłącznie lekarz poprzez stronę CEM generując formularz wniosku. 9. W art. 6d ust. 10 brakuje określenia minimalnej kwoty wynagrodzenia członków Zespołów Egzaminacyjnych, o których mowa w ust. 5 tego artykułu, oraz Komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2 (przepis przewiduje jedynie wynagrodzenie maksymalne). 10. W art. 6g ust. 1 proponuje się wyraz zastrzeżenie zamienić na „zastrzeżenia”, tak aby zdający mógł wnieść zastrzeżenia do więcej niż jednego pytania, natomiast treść zaproponowana w projekcie może rodzić w tym zakresie wątpliwości. 11. W art. 7c ust. 2 do wskazanych podstaw przyznania PWZ należy dodać art. 7 ust. 1. 12. W art. 7c ust. 2 pkt 2 powinno być „treści wskazującej cel”. 13. W art. 9 ust. 2 należy skorygować nazwę rejestru praktyk, aktualna nazwa to rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez okręgową radę lekarską w zakresie praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Ponadto, lekarz zamierzający wykonywać zawód powinien także poinformować o miejscu wykonywania zawodu na terytorium RP. Dodatkowo, w przepisie tym przewidziano prawo lekarza, lekarza dentysty będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, który posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE, do tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarz lub lekarza dentysty bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty albo bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk	6. Nieuwzględniona. Terminy w skazane przez CEM w związku z koniecznością pogodzenia czynności administracyjnych związanych z przygotowaniem logistyki egzaminu. 7. Uwaga niezasadna. Wyrażenie „przedłuża się o czas trwania awarii” jest stosowane jednolicie w całej ustawie i nie generowało dotąd problemów. Poza tym sformułowanie to może również odnosić się do liczby godzin. 8. Częściowo uwzględniona. Przepisy przewidują różne warianty złożenia dyplomu. Czym innym jest odpis czym innym jest duplikat. 9. Uwaga niezasadna. Przepis jednolicie brzmiący w stosunku do przepisów dot. pozostałych komisji egzaminacyjnych np. w LEK/LDEK czy PES. 10. Uwaga niezasadna. Przepis jednolicie brzmiący w stosunku do przepisów dot. pozostałych komisji egzaminacyjnych np. w LEK/LDEK czy PES. Przepis dotyczy złożenia zastrzeżenia do danego pytania, a nie kilku na raz, co nie wyklucza złożenie zastrzeżenia do następnego pytania. 11. Uwaga niezasadna. Art. 7 ust. 1 to „nieograniczone” PWZ wydawane dla cudzoziemca. Dokument ma taki sam wygląd i takie same informacje jak klasyczne PWZ dla obywatela polski i jest opisane w art. 7c ust. 1. 12. Treść zweryfikowana na: 2)adnotację o treści wskazującej na zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia, w jakim zostało przyznane dane prawo wykonywania zawodu. 13. Częściowo uwzględniona. W oświadczeniu zostało wskazane miejsce zatrudnienia – o ile to możliwe. Organem do którego będą wpływały oświadczenia jest NRL ze względu na możliwość wskazania wykonywania zawodu na terenie kraju.

		lekarskich lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, powinien również zawierać regulację, iż wykonywanie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zawodu przez tego lekarza lub lekarza dentystę (w oparciu o ww. tryb), powinno przebiegać w formach i na zasadach właściwych dla lekarzy, lekarzy dentystów polskich. Ponadto negatywnie należy ocenić wprowadzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, w miejsce okręgowej izby lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu, jako podmiotu do którego ww. lekarz, lekarz dentysta będzie składał pisemne oświadczenie o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty wraz z pozostałą dokumentacją. Przewidziana w tym zakresie zmiana podmiotowa zdaje się nie być podyktowana jakimikolwiek uzasadnionymi przyczynami, tym bardziej, iż rola Naczelnej Rady Lekarskiej sprowadzać miałaby się de facto jedynie do pośredniczenia w przekazaniu dokumentów do właściwej okręgowej izby lekarskiej (ust. 3 zd. 2 i ust. 4), w sytuacji, gdy ta ostatnia w dalszym ciągu byłaby zobowiązana do prowadzenia rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód. Taki sposób uregulowania trybu przedmiotowego postepowania stanowiłby de facto zagrożenie opóźnieniem wpisu do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską (mogłyby się zdarzyć duże rozbieżności czasowe między wskazaną przez lekarza w oświadczeniu datą rozpoczęcia wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, a datą wpisu do rejestru).Dodatkowo w odniesieniu do art. 9 ust. 2 pkt 1 i przewidzianej w nim treści pisemnego oświadczenia o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, wskazać należy potrzebę jego korekty polegającej na ponownym przewidzeniu w tym oświadczeniu miejsca wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Z niewiadomych bowiem przyczyn informacja w tym zakresie została w projekcie pominięta, gdy tymczasem od w/w informacji zależy chociażby określenie przez Naczelną Radę Lekarską właściwości okręgowej rady lekarskiej, której należałoby przekazać dokumentację lekarza, celem wpisu do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na terenie naszego kraju. 14. W art. 9 ust. 4 wymaga redakcyjnej korekty, która po pierwsze będzie wskazywała do czego odnosi się użyte w przepisie wyrażenie „istotnej zmiany zawartych w nim informacji" – tzn. czy dotyczy to oświadczenia, o którym mowa w art. 9 ust. 2 pkt 1 czy może dokumentów, o których mowa w art. 9 ust. 2 pkt 2 – 4, zaś po drugie przewidywała, że w przypadku potrzeby aktualizacji danych, stosowne zgłoszenie aktualizacyjne składane będzie do właściwej okręgowej rady lekarskiej, a nie zaś Naczelnej Rady Lekarskiej, skoro ta pierwsza będzie dysponowała już dokumentacją konkretnego lekarza, lekarza dentysty. 15. Wymogi, o których mowa w art. 9 ust. 10 powinny być zidentyfikowane nie tylko jako określone w art. 22 ust. 3 – 3b i art. 25 ust. 1 – 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ale również i jako wynikające z przepisów wykonawczych wydanych na podstawie ww. przepisów prawa. 16. W art. 14a ust. 8 proponuje się, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, zagwarantować 3 darmowe próby podejścia do LEK i LDEK.	14. Nieuwzględniona. Jak wskazuje przepis przedstawia dokumenty określone w ust. 2 pkt 2–4 i w odniesieniu do nich przedstawia zmiany. Regulacja dotycząca oświadczenia znajduje się w ust. 3, 15. Nieuwzględniona. Przepisy odwołują się do aktów wykonawczych. 16. Nieuwzględniona. Należy wskazać, że LEK i LDEK ma swoją specyfikę, która polega na tym, że lekarze podchodzą do niego wielokrotnie, tylko po to aby poprawić swój wynik i pozycję w postępowaniu kwalifikacyjnym do odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Jednocześnie udział w egzaminie generuje koszty: sale egzaminacyjne o określonych parametrach, komisje egzaminacyjne, materiały biurowe, obsługa administracyjna. Nie ma żądnego uzasadnienia, dlaczego te koszty mają nie być pokryte przez zdających. Rozwiązanie polegające na tym, że dopuszcza się „darmową" drugą próbę tylko w przypadku gdy kolejne podejście jest wynikiem braku zaliczenia egzaminu przy pierwszym podejściu lub dodatkowo, gdy ktoś zapisał się na egzamin lecz na niego nie dotarł (też tylko jeden raz bez konieczności uzasadniania) wydaje się rozwiązaniem sprawiedliwym.

		17. W odniesieniu do przepisu art. 14c ust. 4 powstaje wątpliwość, skoro baza jest publikowana, czemu ma służyć dodatkowe "publikowanie na stronie". Powinno raczej być „umieszczane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu w bazie". 18. W art. 14d ust. 2a należy skreślić wyrażenie „ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych". Egzaminy zawsze powinny być opracowywane na podstawie opublikowanych źródeł i dotyczy to także wytycznych, a w większości publikacji nie ma potrzeby wskazywania wybranych rozdziałów. 19. W art. 15a nie określono, w jaki sposób następuje przedłużenie umowy z lekarzem stażystą w sytuacji opisanej w ust. 2 pkt 7. 20. W art. 15a ust. 7nie przewidziano procedury w sytuacji, w której podmiot wskazany przez właściwą okręgową radę lekarską nie będzie chciał zawrzeć umowy cywilnoprawnej. 21. W art. 15b ust. 1 proponuje się zmianę polegającą na podwyższeniu wymaganego stażu pracy lekarza dentysty uprawniającego do bycia opiekunem stażysty z 3 lat do 5lat. Zaproponowany w projekcie okres wykonywania zawodu nie daje gwarancji rzetelnego przygotowania i sprawowania nadzoru nad lekarzem dentystą. Tym samym proponuje się utrzymanie dotychczasowego okresu wykonywania zawodu co najmniej5 lat. 22. Przewidziane w art. 15b ust. 3 pkt 12 uprawnienie lekarza stażysty do pełnienia dyżurów medycznych towarzyszących innemu lekarzowi, pełniącemu dyżur samodzielnie, stanowi co do zasady pozytywną zmianę legislacyjną. Jednak przepis ten poddaje w wątpliwość możliwość dyżurowania przez lekarza stażystę w towarzystwie innego lekarza, niebędącego opiekunem lekarza stażysty. Znamienny będzie bowiem w tej sytuacji brak nadzoru, o którym mowa w art. 15b ust. 1, a ponadto powstanie wątpliwość kto i na jakiej podstawie będzie ponosić odpowiedzialność zadziałania lub zaniechania tego lekarza stażysty w trakcie takiego dyżuru medycznego. Nie jest także jasne jak w takiej sytuacji będzie realizowana w trakcie dyżuru medycznego stała współpraca lekarza stażysty ze jego opiekunem, o której to współpracy mowa w art. 15b ust. 5 pkt 2. 23. Wskazanie w art. 15c ust. 9 pkt 1, że szkolenie w ramach stażu podyplomowego z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, będzie miało zapewnić regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, stanowi daleko idące ograniczenie co do możliwości wyboru podmiotów uprawnionych do przeprowadzania szkoleń w tym zakresie. Tym bardziej, że w praktyce owe szkolenia prowadzone są przez szpitale kliniczne, nie zaś przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. 24. Przewidziane w art. 15d ust. 4 informacje odnośnie publikacji naukowych i uczestnictwa w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia powinny wynikać z zaświadczenia wydawanego przez uczelnię medyczną. W przeciwnym bowiem razy nie będzie możliwości sprawnego ustalenia podstaw do podwyższenia średniej ocen uzyskanej w toku studiów o wartości	17. Uwaga niezasadna. Czym innym jest ujawnienie danego egzaminu testowego w całości wraz poprawnymi odpowiedziami a co innego umieszczenie w bazie. Obie te czynności musi wykonać dyrektor CEM. 18. Nieuwzględniona. Postulat Zespołu. Konsultanci krajowi odpowiedzialni za wskazywanie źródeł przygotowania pytań do egzaminu często wskazywali w niektórych publikacjach na brak aktualności całych lub części rozdziałów. 19. Uwaga niezasadna. Cały art. 15a ust. 2 określa, wzorem regulacji dotyczących szkolenia specjalizacyjnego, przesłanki przedłużenia czasu trwania stażu podyplomowego z mocy ustawy. W przypadku zaistnienia każdej z 7 przesłanek przedłuża się staż podyplomowy na zasadach dotychczasowych. W odniesieniu do żołnierzy zgodnie z przepisami o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych 20. Nieuwzględniona. Nie było nigdy żadnych problemów z realizacją staży w ramach umowy cywilnoprawnej. Jednostek realizujących staż podyplomowy jest wystarczająca liczba, w której realizuje się taką umowę. 21. Nieuwzględniona. Propozycja analogiczna jak dla lekarzy zmniejszenia kwalifikacji dla opiekuna stażu podyplomowego. 22. Uwaga nieuzasadniona. Konieczność dyżurowania wyłącznie w towarzystwie osoby wyznaczonej na opiekuna może znacznie utrudnić odbywanie dyżurów medycznych przez lekarzy stażystów. Nadmienić należy, że opiekun może w danym okresie nie dyżurować w ogóle (np. korzystać z uprawnień wynikających z kodeksu pracy dot. opieki nad małym dzieckiem lub dla kobiet w ciąży). 23. Do dyskusji. Przepis wprowadzony na wniosek urzędów marszałkowskich. 24. Nieuwzględniona. Zaświadczenie dotyczące publikacji uregulowane jednolicie w stosunku do postepowania kwalifikacyjnego na specjalizacje. Odnośnie zaś uczestnictwa w działalności pożytku publicznego, działalność taka może się odbywać poza uczelnią, np. wolontariat w fundacji. Uczestnictwo w prowadzeniu działalności pożytku publicznego dotyczy również tych działań poza granicami RP.

		wskazane w komentowanym przepisie. 25. W art. 15f ust. 3 w pkt 2 należy dodać „nazwę okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz stażysta” 26. W art. 15g ust. 2 powinno być „koordynatora wyznacza kierownik i wpisuje dane koordynatora do SMK”. Obecne sformułowanie w projekcie sugeruje, że dane potencjalnych koordynatorów są w SMK a w tym działaniu SMK służy tylko do zarejestrowania, nie do wyznaczania. 27. W art. 15g ust. 3 pkt 3 z obowiązków koordynatora stażu należy usunąć organizowanie seminariów dotyczących realizacji staży cząstkowych. Koordynatorzy jako specjaliści z wąskich dziedzin medycyny nie mają kompetencji do organizowania seminariów z innych dziedzin medycyny. 28. W art. 15i ust. 1 i 3 niejasna jest kwota, którą okręgowa izba lekarska otrzyma od marszałka z tytułu zarówno realizacji zadań przez okręgową radę lekarską w związku z kierowaniem lekarz stażystów na staż, jak i z tytułu prowadzenia szkoleń, o których mowa w art. 15c ust. 9 pkt 2. 29. W art. 15j proponuje się dodać ust. 17 w brzmieniu: „17. W przypadku lekarza posiadającego dyplom wydany przez polską szkołę wyższą decyzja o uznaniu stażu podyplomowego odbytego w państwach, o których mowa w ust. 1, za równoważny w całości ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej zawiera adnotację: „Niniejsza decyzja jest zaświadczeniem o ukończeniu stażu podyplomowego wskazanym w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej w przepisach prawnych Unii Europejskiej dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych”. 30. W art. 15m ust. 2 proponuje się nadać brzmienie: „2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentysty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy w porozumieniu z Wojskową Radą Lekarską.”. Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera Radzie Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej kompetencje do uczestniczenia w procesie kierowania lekarzy będącymi żołnierzami na staż podyplomowy, a co za tym idzie zmniejsza transparentność tego procesu. 31. W art. 16 brak zmian w ust. 1 jest kontynuacją niewprowadzenia podziału specjalizacji na główne i szczegółowe. Wydaje się również błędnym niewskazanie Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM) jako wymaganego do uzyskaniu tytułu specjalisty(pomimo, że ustawodawca ten egzamin wprowadza). 32. Wprowadzenie w art. 16 ust. 3 zawężenia, że lekarz, lekarz dentysta może zmienić dziedzinę medycyny, w której się specjalizuje po złożeniu PEM i ukończeniu modułu podstawowego jest krzywdzące. Jeśli lekarz, lekarz dentysta podejmie decyzję o zmianie specjalizacji w drugim roku trwania modułu podstawowego powinien mieć możliwość zmiany dziedziny, o ile uzyska pozytywny wynik w postępowaniu konkursowym, jak najszybciej, aby zmaksymalizować pozytywne aspekty podjętej decyzji. Konieczność ukończenia kolejnych dwóch lat w danej dziedzinie i danej jednostce może być z dużą stratą dla wiedzy i umiejętności tego lekarza. 33. Przewidziana w art. 16 ust. 7 możliwość uznania dorobku naukowego i zawodowego lekarza, o którym mowa w ust. 4 – 6, za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo jednolitego nie zawiera określa jakichkolwiek kryterium w oparciu o które uznanie to będzie następować (decyzja będzie miała charakter uznaniowy). Powyższe rodzić	25. Nieuwzględniona. Aktualne brzmienie: ”nazwa izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz ….” obejmuje również izbę wojskową 26. Nieuwzględniona. Powyższe wskazanie znajduje się w ust. 2. Koordynatora za pomocą SMK wyznacza kierownik podmiotu, co automatycznie zapisuje się w SMK. Wątpliwości wynikają z nieznajomości działania SMK w podmiotach leczniczych. 27. Częściowo uwzględniona. Wykreślono „i przeprowadza”. Do organizacji seminariów nie potrzeba kompetencji w zakresie wszystkich dziedzin. 28. Nieuwzględniona. Zgodnie z delegacją, finansowanie zostanie określone szczegółowo w rozporządzeniu. 29. Nieuwzględniona, ponieważ decyzja administracyjna nie jest zaświadczeniem. 30. Nieuwzględniona. Brzmienie przeniesione z treści aktualnego rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. MON nie wnosił uwag. 31. Nieuwzględniona. Zmiany w zakresie specjalizacji zostały przeniesione do dyskusji w późniejszym okresie ze względu na dużą wagę tematu. Nie było decyzji o takim podziale specjalizacji. PEM będzie fakultatywny do zaliczenia. Lekarze, którzy go zaliczą będą mieli przypisane w rozporządzeniach „koszykowych” dodatkowe uprawnienia. 32. Częściowo uwzględniona. PEM nie będzie obligatoryjny do zmiany modułu specjalistycznego, natomiast jednocześnie ustawodawca nie daje pełnej dowolności zmiany szkolenia specjalizacyjnego, w szczególności w odniesieniu do rezydentury. Szkolenie rezydenckie finansowane jest ze środków publicznych, przepisy dotyczące zmiany muszą uwzględniać zarówno potrzeby lekarzy, jak i interes publiczny oraz zasady gospodarnego zarządzania finansami publicznymi. 33. Nieuwzględniona. Przepis co do zasady nie uległ zmianie z wyjątkiem dodania modułu jednolitego. Uznanie zawsze opiera się na porównaniu dorobku zawodowego i naukowego do programu szkolenia specjalizacyjnego.

		będzie wątpliwości co do jednakowego traktowania wszystkich zainteresowanych lekarzy. 34. W art. 16c ust. 1a należy zmiany terminów naboru na specjalizacje i składania wniosków zgodnie z propozycjami zawartymi w stanowisku Nr 1/19/VII NRL. Pozostawienie aktualnie obowiązujących terminów utrzymuje w mocy patologiczne zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych. 35. W art. 16c ust. 1c należy ocenić negatywnie. Wskazywanie obowiązkowo województwa we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego z zasady czyni nabór nieogólnopolskim. NRL podtrzymuje propozycje dotyczące sposobu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego zawarte w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL. 36. W art. 16c w ust. 2a pkt 6 proponuje się nadać brzmienie: „6) w przypadku lekarza MON – opinię przełożonych służbowych wraz ze zgodą szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej na odbycie szkolenia specjalizacyjnego;”. Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera część kompetencji szefowi instytucji centralnej MON właściwej ds. wojskowej służby zdrowia, który odpowiada za politykę w zakresie kształcenia i doskonalenia lekarzy wojskowych, a zwiększa możliwość blokowania rozwoju zawodowego tych lekarzy. Powyższa poprawka utrzymuje dotychczasową praktykę, zgodnie z którą to szef instytucji centralnej ds. wojskowej służby zdrowia, który w imieniu Ministra Obrony Narodowej prowadzi kwalifikacje do specjalizacji i nadzoruje ich przebieg, rozstrzyga o udzieleniu zgody na specjalizację. 37. W art. 16c ust. 8 powinno być „postepowanie kwalifikacyjne na wolne miejsca szkolenia specjalizacyjnego"; postępowanie nie dotyczy jakichkolwiek innych miejsc niż wolne miejsca do odbywania specjalizacji. 38. W art. 16c ust. 10 wskazano na możliwość otrzymania dodatkowych punktów w procesie	34. Nieuwzględniona. Obecnie staż podyplomowy kończy się 30 października lub 30 marca, wtedy też kończy się postępowanie kwalifikacyjne. Wnioski składa się odpowiednio we wrześniu i luty. Lekarze w trakcie stażu podyplomowego, a więc posiadający „ograniczone” PWZ mogą składać wnioski w tych postępowaniach. Jednocześnie dopiero po zakończeniu i uzyskaniu zaliczenia stażu podyplomowego, lekarze udają się do OIL celem uzyskania „pełnego” PWZ na podstawie stosownej uchwały ORL. Z posiadanych informacji wynika, że terminy wyznaczanych posiedzeń ORL najczęściej wydłużają procedurę wydania PWZ, natomiast UW gotowe jest do wystawiania skierowań już 2 dnia miesiąca (odpowiednio kwietnia lub listopada). Zatem nie można powiedzieć, że to terminy wynikające z ustawy blokują możliwość podjęcia pracy w zawodzie. Jednocześnie należy podkreślić, że część lekarzy korzysta z prawa do podjęcia szkolenia w terminie 3 miesięcy. 35. Nieuwzględniona. System zaproponowany przez Zespół był niepotrzebnie wieloetapowy, a przez to długotrwały. Nie przewidywał też aplikowania się w jednostkach w pierwszej kolejności lekarzy tam zatrudnionych. W wersji zaproponowanej przez MZ, lekarz może wskazać maks. 15 miejsc szkoleniowych w całej Polsce. Wskazanie mogą dotyczyć jednej dziedziny medycyny w wielu miejscach w kraju lub wielu dziedzin. Wskazanie województwa jest informacją dodatkową. Decyzja pozostaje w gestii lekarza. Wskazując od razu konkretne miejsca szkoleniowe system może automatycznie po zakończeniu postępowania i sprawdzeniu poprawności formalnej wniosków ułożyć listę rankingową, dając jednocześnie lekarzowi możliwość akceptacji wskazanego miejsca lub udziału w drugiej rundzie. 36. Nieuwzględniona. Przepisy uzgodnione z MON 37. Nieuwzględniona. Proponowane brzmienie przepisu brzmi podobnie: „Postępowanie kwalifikacyjne obejmujące wolne miejsca szkolenia specjalizacyjnego przeprowadzają, (…)”. 38. Nieuwzględniona. W obecnie obowiązującym systemie, pracodawca nie ma żadnego wpływu na to, kto przez najbliższe kilka lat będzie

		kwalifikacyjnym m.in. za list intencyjny od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata. Rozwiązanie takie należy uznać za niewłaściwe, wypaczające sprawiedliwość w procesie rekrutacyjnym. Jedynym wskaźnikiem rekrutacyjnym powinien być, tak jak dotychczas, wynik LEK/LDEK jako najbardziej przejrzysty, wiarygodny, nienaznaczony ewentualną stronniczością. 39. Przepis art. 16c ust. 13c nie jasno określa jak jest skonstruowana lista rankingowa. Wydaje się, że jest to lista osób, które chciałyby odbywać daną specjalizację w określonej jednostce i w określonym trybie. Jeżeli tak jest, pozostawienie na liście rankingowej lekarza, który nie potwierdził przyjęcia wskazanego miejsca specjalizacyjnego jest niezrozumiałe. Uwzględnianie na innych listach rankingowych jest uzasadnione, nie ma potrzeby powtarzania obliczeń punktów. 40. W art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom dentystom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego.	jego pracownikiem. W przypadku odmowy przyjęcia lekarza do odbycia szkolenia, podmiot leczniczy traci miejsce szkoleniowe. Należy podkreślić, że bardzo często zdarza się, że specjalizacje chirurgiczne, wymagające nie tylko wiedzy, ale również predyspozycji manualnych, wybierają osoby, które takowych nie posiadają. Zaproponowane rozwiązanie pozwoli nawiązać, np. w trakcie stażu podyplomowego ściślejszą współpracę, sprawdzić predyspozycje lekarza i wtedy wystawić list intencyjny. Jednocześnie, należy podkreślić, że w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, nowelizowanym w wyniku zmienianych rozwiązań ustawowych, punktacja przewidziana za posiadanie listu intencyjnego będzie miała charakter dodatkowy, nie przesądzający jednoznacznie o wyniku postępowania kwalifikacyjnego. Podstawowe znaczenie nadal będzie mieć wynik LEK/LDEK, a pierwszeństwo w skierowaniu będą mieli lekarze już zatrudnieni w danej jednostce. Podobnie wygląda sytuacja z uczestnikami szkół doktorskich. Powinni móc odbywać szkolenie specjalizacyjne w tej samej jednostce. Jest to również forma wsparcia i promowania rozwoju naukowego lekarzy. 39. Nieuwzględniona. Lista rankingowa tworzona jest wyłącznie w oparciu o uzyskaną przez lekarza liczbę punktów, począwszy od lekarzy z największą liczbą uzyskanych punktów do lekarzy z najmniejszą uzyskana punktacją. Lista rankingowa w drugim rozdaniu obejmuje tylko i wyłącznie osoby, które nie zakwalifikowały się w ogóle lub te, które nie potwierdziły zaproponowanego w pierwszym rozdaniu miejsca. Punkty uzyskane przez lekarzy wg, których tworzona jest lista rankingowa stanowiąca o pierwszeństwie przydziału wolnego miejsca specjalizacyjnego w drugim etapie klasyfikuje lekarzy również od najwyższej punktacji do najniższej. Prawo pierwszeństwa mają lekarze z najwyższą punktacją wg wskazanych przez siebie preferencji (dziedziny i jednostki). 40. Nieuwzględniona. Blokowanie wszystkich wolnych miejsc szkoleniowych na rok przed wszczęciem postępowania kwalifikacyjnego, nie wiedząc nawet potencjalnie czy ktoś jest nimi zainteresowany jest skrajnie nierozsądne. Ponadto, należy zwrócić uwagę, że postępowania kwalifikacyjne odbywają się dwa razy w roku. Jeżeli więc postępowanie kwalifikacyjne odbywa się w marcu, a kolejne w październiku, to przy zablokowaniu miejsc na pierwszy rok wcześniej, na drugi zostaną jedynie miejsca uwolnione w tzw. międzyczasie z jednocześnie rocznym wyprzedzeniem. W zaproponowanym rozwiązaniu, żadne z miejsc, które zwolniłyby się później niż na rok przed danym postępowaniem, nie mogłyby zostać przydzielone, zatem propozycja nieelastyczna. 41. Nieuwzględniona. Minister Zdrowia powinien otrzymać, nie tylko

		41. W art. 16e ust. 1 nie powinno być mowy „zapotrzebowaniu”, ale o informacji o liczbie dostępnych miejsc specjalizacyjnych oraz wskazanie, ile z tych wolnych miejsc powinno być miejscami rezydenckimi, a ile pozarezydenckimi.	informację o pożądanej przez wojewodę liczbie miejsc, które powinny być przeznaczone na rezydentury ale także szczegółowe uzasadnienie znajdujące odzwierciedlenie w potrzebach zdrowotnych oraz dostępności świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.
		42. W art. 16ea dalszym ciągu utrzymano zasadę, że lekarz specjalista nie może odbyć rezydentury nawet jeżeli specjalizację uzyskał w innym niż rezydentura trybie. Nie wprowadzono także możliwości odbycia drugiej rezydentury w przypadkach szczególnie ważnych z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Proponuje się wprowadzenie zmian przewidziany w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL.	42. Nieuwzględniona. Uważa się za zasadne przyznawanie miejsc szkoleniowych głównie lekarzom nieposiadającym tytułu specjalisty. Lekarz, który posiada już jeden tytuł, a co za tym idzie doświadczenie zawodowe posiada większe możliwości podjęcia pracy i uzyskania z tego tytułu stosownego wynagrodzenia. Zabieranie możliwości młodym lekarzom pierwszeństwa do podjęcia rezydentury jest nieuzasadnionym ograniczeniem. Minister Zdrowia przyznając rezydentury zawsze kieruje się ważnymi przesłankami z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Liczba lekarzy posiadających kilka specjalizacji rośnie, co jednocześnie nie uzupełnia zapotrzebowania kadrowego na specjalistów na pojawiających się nieobsadzonych stanowiskach lekarskich.
		43. Nie wprowadzono w art. 16f zasady prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w modelu „studiów specjalizacyjnych”, dzięki któremu w sposób przejrzysty, jasny, transparentny, a co najważniejsze czytelny dla systemu możliwe byłoby przewidzenie całej ścieżki szkolenia specjalizacyjnego, przewidzenie absencji w jednostce macierzystej i ew. zwolnienie na określony czas miejsca szkoleniowego, kiedy to inny lekarz lub lekarz dentysta mógłby odbyć staż kierunkowy lub moduł podstawowy lub specjalistyczny w tej jednostce. Model taki pozwoliłby również uniknąć chaosu organizacyjnego oraz wymusiłby odbywanie staży kierunkowych bez możliwości blokowania ich odbywania w razie braków kadrowych, jako że program specjalizacji dla lekarza lub lekarza dentysty jest dokumentem nadrzędnym. Kolejnym pozytywnym punktem opisanego modelu byłoby odbywanie kursów i staży kierunkowych we właściwej kolejności – np. kurs wprowadzający, który ustawa przewiduje na pierwszy rok odbywania specjalizacji (obecnie odbywany jest nawet w ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego z powodu braku miejsc). Model ten wymusiłby także na organizatorze prowadzącym szkolenia, m.in. na CMKP, wcześniejsze przygotowanie omawianych kursów oraz wyznaczenie ich dat.	43. Nieuwzględniona. Wprowadzono istotne elementy propozycji Zespołu, tj. m.in. dostęp do EKS przez Dyrektora CMKP celem oszacowania potrzeb dot. organizacji kursów specjalizacyjnych, dookreślenie elementów programów szkolenia specjalizacyjnego poprzez wskazanie elementów niezbędnych do zrealizowania w danym okresie. Ponadto wariant zaproponowany przez Zespół jest nieelastyczny. Należy wziąć pod uwagę, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne to nie jest student lecz także pracownik i plan jego szkolenia, w szczególności rozkład staży kierunkowych powinien uwzględniać także zapewnienie prawidłowego funkcjonowania jednostki macierzystej. Ponadto jeżeli programy specjalizacji sztywnie określałyby, na którym etapie szkolenia lekarz ma odbyć dany element, w szczególności staż kierunkowy wymagający zmiany jednostki, mogłoby się okazać, że istnieją duże trudności w znalezieniu miejsca do odbycia takiego stażu, np., gdyby wszyscy lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne z chorób wewnętrznych musieliby w tym samym roku szkolenia odbyć 3-miesięczny staż kierunkowy z gastroenterologii. Należy także zwrócić uwagę, że aktualnie jest ponad 350 wariantów programów specjalizacyjnych i ok. 25 tyś osób odbywających szkolenie specjalizacyjne, a kursy organizowane są przez jednostki na terenie całej Polski. Sytuacja ta znacznie różni się więc od studiów.
		44. W art. 16f proponuje się zmienić brzmienie ust. 2 oraz dodać ust. 2a w brzmieniu jak poniżej zaproponowana: „2. Lekarz MON, w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany odbyć i zaliczyć	44. Nieuwzględniona. MON nie zgłosił uwag do projektu ustawy.

		szkolenie uzupełniające, odpowiednie dla określonej specjalizacji, w zakresie wynikającym ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, napodstawie programu uzupełniającego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 2.”, „2a. Koszty szkolenia uzupełniającego, o którym mowa w ust. 2 pokrywa Minister Obrony Narodowej ze środków budżetu państwa, których jest dysponentem.”. Należy wskazać, że szkolenie uzupełniające do specjalizacji, którego wymóg znajduje się w obecnie obowiązującej ustawie i zostało utrzymane w opiniowanym projekcie,jest dobrym rozwiązaniem umożliwiającym uzyskanie przez lekarzy MON niezbędnych kwalifikacji w zakresie medycyny pola walki, organizacji zabezpieczenia medycznego, ewakuacji medycznej i epidemiologii oraz medycznej ochrony przed bronią masowego rażenia. Projekt stosownego rozporządzenia w tej sprawie jest procedowany od 5 lat. Niestety, z powodu rozbieżności stanowisk co do określenia źródeł z jakich powinno być finansowane to szkolenie, do dnia dzisiejszego rozporządzenie nie zostało wydane. Uwzględniając fakt, że nabycie wspomnianych kwalifikacji ma szczególne znaczenie dla Sił Zbrojnych, koszty szkolenia powinien pokrywać MON. Przyjęcie zapisu spowoduje dla budżetu MON niewielkie skutki finansowe – nie przekroczą one 150 000 zł rocznie. 45. W art. 16f ust. 3 pkt 3 wskazano, że program specjalizacji zawiera okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem zakresu i co najmniej okresu 6miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, co stanowi realne zagrożenie niemożliwości wykonania tego zadania z powodu braku wystarczającej ilości miejsc szkoleniowych w szpitalach pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Nie przewidziano również rekompensaty za delegację, pokrycia diety oraz zapewnienia miejsca zamieszkania na okres tego oddelegowania. Konieczna jest modyfikacja lub uchylenie tego przepisu. 46. W art. 16g ust. 5 proponuje się nadać brzmienie:„5. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia, priorytetowe dziedziny medycyny dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, kierując się potrzebami Sił Zbrojnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ochrony higienicznosanitarnej i osłony przeciwepidemicznej na poszczególnych poziomach systemu zabezpieczenia medycznego.”. Określenie dziedzin medycyny priorytetowych dla potrzeb Sił Zbrojnych, z uwzględnieniem poszczególnych obszarów działania Służby Zdrowia WP, jest pożądanym narzędziem kształtowania polityki personalnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych. Projekt rozporządzenia MON w tej sprawie opracowany na podstawie dotychczasowego upoważnienia ustawowego jest procedowany od ok. 3 lat i występują zasadnicze trudności w jego uzgodnieniu z Rządowym Centrum Legislacji. Zdaniem RCL, przyjęcie projektu w formie pożądanej przez SZ RP wymaga rozszerzenia/doprecyzowania upoważnienia ustawowego. 47. W art. 16i ust. 1c przewiduje, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnienia do nie wyrażenia zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych (w sytuacjach i na okres wskazany w tym przepisie) nie może pełnić samodzielnych dyżurów medycznych również w innych	45. Nieuwzględniona. Rozwiązanie dotyczy wymienionych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii – a więc w dziedzinach podstawowych. Realizując program szkolenia w jednostkach wysokiej referencyjność, mając do dyspozycji pełną możliwość konsultacji oraz korzystanie z zaawansowanej diagnostyki, a także zupełnie innej organizacji pracy, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne skupia się głównie na procedurach wysokospecjalistycznych. Tymczasem moduł podstawowy służyć powinien nabyciu pełnej podstawowej wiedzy z danej dziedziny medycyny. Należy podkreślić, że w obrębie każdego województwa, a większości przypadków w obrębie dużych miast, w tym wojewódzkich znajdują się szpitale udzielające świadczeń na różnych poziomach zabezpieczenia zdrowotnego. 46. Nieuwzględniona. Przepisy uzgodnione z MON. 47. Częściowo uwzględniona. POZ działa w tym samym czasie co odbywane szkolenie specjalizacyjne i nie działa w trybie dyżurowym. Należy jednak zwrócić uwagę, że przepis wyłącza możliwość samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych. Nie ma zatem przeciwskazań, aby dyżurować we wskazanych podmiotach na

		podmiotach leczniczych niż podmiot, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne. Wprowadzenie tego przepisu doprowadzić może jednak do zakłóceń w działalności nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zasadnym byłoby wyłączenie spod zakresu zastosowania tego przepisu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jak również podstawowej opieki zdrowotnej. 48. W art. 16i ust. 10 przepis przewiduje, że różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na pełnienie dyżurów medycznych w porze nocnej, święta i dni wolne pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny. Tymczasem wskazane byłoby przekazywanie, na wniosek podmiotu prowadzącego szkolenie, środków na ten cel przez Ministra Zdrowia. Minister winno przekazywać ilość środków niezbędnych dla kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w tym środki na pełnienie dyżurów medycznych. Przekazywane środki powinny w pełni pokrywać koszty kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie kształcenia specjalizacyjnego ponoszone przez podmiot kształcący. 49. Art.16j ust. 2, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, powinien zawierać katalog elementów umowy z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w zakresie refundacji środków niezbędnych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. 50. Za całkowicie niewłaściwą należy uznać zmianę art. 16j ust. 4 w zaproponowanym kształcie. Środowisko lekarskie jasno postulowano, że wprowadzenie egzaminu PEM musi wiązać się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia" dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdanym egzaminem PEM w oczach zarządzającego jednostką (co umożliwia indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze).W ocenie opiniujących konieczne jest zastosowanie rozwiązania zaproponowanego przez NRL w stanowisku Nr 4/19/VIII, tj. nadania art. 16j ust. 4 następujące brzmienia: 4. „Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3,podlega zróżnicowaniu ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury i wynosi: 1) 225% tego wynagrodzenia, dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym nie uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 2) 250% tego wynagrodzenia dla dziedzin innych niż uznane za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM, a także dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 3) 275% tego wynagrodzenia dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM.". 51. W projekcie należy doprecyzować na czym polega większa samodzielność lekarza po egzaminie PEM, w szczególności wskazać rodzaje i zakres procedur do samodzielnego wykonywania oraz wyznaczyć mechanizmy promocji lekarzy, którzy na takie rozwiązanie się zdecydują. 52. W art. 16k, w związku z propozycja wprowadzenia definicji lekarza MON, ust. 4 proponuje się nadać brzmienie: „4. Minister Obrony Narodowej może w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy MON.".	dyżurach towarzyszących. 48. Nieuwzględniona. Uwaga nieuzasadniona, która wychodzi poza ustalenia Porozumienia pomiędzy Rezydentami z Porozumienia Rezydentów OZZL a Ministrem Zdrowia. Należy z całą mocą podkreślić, że sam fakt objęcia dyżurów współfinansowaniem ze środków publicznych wykraczał poza finansowe zobowiązania z ww. Porozumienia. 49. Nieuwzględniona. Przepis nie był zmieniany. Szczegółowe kwestie reguluje umowa pomiędzy Ministrem Zdrowia a podmiotem leczniczym. 50. Nieuwzględniona. Lekarz po PEM otrzymuje samodzielność określoną zdobytą na dotychczasowym etapie szkolenia wiedzą i umiejętnościami, co zostanie szczegółowo określone w programach szkolenia specjalizacyjnego i odzwierciedlone w innych przepisach. Oczekiwania finansowe niemożliwe do zrealizowania na tym etapie. 51. Nieuwzględniona. Ustawa wskazuje na możliwość podejmowania samodzielnych dyżurów, natomiast reszta uprawnień będzie wynikała z innych przepisów. 52. Nieuwzględniona. Przepisy dotyczące lekarzy szkolących się w wojskowych podmiotach leczniczych zostały uzgodnione z MON. 53. Do dyskusji. Dotychczas prezentowane stanowisko NRL popierało stanowisko Zespołu dot. uregulowania w taki sposób wymiaru pracy

		53. Dodanie w art. 16m ust. 1 wymogu, aby kierownik specjalizacji był zatrudniony w wymiarze równoważnika 1 etatu jest nieodpowiednie w niektórych dziedzinach oraz w stomatologii. Proponuje się utrzymanie dotychczasowego brzmienia przepisu. 54. Dodanie art. 16pa-16pi wprowadzających PEM bez jednoczesnego wprowadzenia regulacji przyznających przywileje i uprawnienia dla lekarza, który ten egzamin zaliczy(wskazane powyżej oraz w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL, m.in. większa samodzielność, wyższe wynagrodzenie), należy zaopiniować negatywnie. 55. W art. 16pa ust. 1 powinno być „szkolenie specjalizacyjne, którego program zawiera moduł podstawowy". Termin „szkolenie specjalizacyjne" obejmuje wszystkie tryby, ale dzielenie modułu jednolitego na części w celu przeprowadzenia PEM byłoby nieuzasadnione. 56. W art. 16s ust. 1 należy przewidzieć 25 dni płatnego urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu PES (zgodnie z propozycją zawartą w stanowisku Nr1/19/NRL). 57. W art. 16t ust. 5 wprowadzono opłatę w wysokości 25% średniej krajowej za drugi kolejny egzamin PES, co w ocenie NRL jest zbyt wysoką opłatą (ponad 1000 zł obecnie). 58. W zaproponowanej formie art. 17 definiujący umiejętności jest zbyt ogólnikowy. Umiejętności powinny być tworzone w oparciu o czynności, których wykonywanie jest dostępne więcej niż jednej specjalności lub lekarzom bez specjalizacji. Należy w ustawie określić, w jaki sposób potwierdza się uzyskanie umiejętności - powinien to być egzamin jednolity dla całego kraju, co może stać się problemem kiedy szkolenie w zakresie umiejętności będą prowadzić 2 lub więcej towarzystw naukowych. Art. 17 ust. 2, 3 i 24 nie wskazują, by umiejętności były przypisane do 1 towarzystwa naukowego iw efekcie mogą powstać bardzo zróżnicowane programy, formy zaliczenia i certyfikaty przy tej samej nazwie umiejętności. 59. W art. 17 ust. 1 powinno być „posiadanie umiejętności zawodowych nieobjętych programem posiadanych przez tego lekarza specjalizacji" .Należy wyraźnie wskazać w ustawie, że uzyskiwanie przez lekarza certyfikatów umiejętności może dotyczyć tylko kompetencji, których nie obejmują posiadane przezeń specjalizacje. Bez tego warunku tworzenie umiejętności i ich wymaganie, także przez płatników, może stać się powszechne i zastępować specjalizacje. 60. Przepis art. 18 ust. 4 w zakresie w jakim przyznaje 6 dni płatnych na samokształcenie lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, dyskryminuje tych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wykonują zawód na innej niż umowa o pracę podstawie prawne (dotyczy lekarzy zatrudnionych na kontraktach, wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej np. na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia). 61. Przepis art. 18 ust. 5 przewidujący obowiązek powiadamiania przez okręgową radę lekarską, za	kierownika. 54. Nieuwzględniona. Uzasadnienie j. w. 55. Nieuwzględniona. Nie można wprowadzić dodatkowego obciążenia w postaci egzaminu, tylko dla wybranych dziedzin medycyny. PEM powinien mieć możliwość zdawać każdy z lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne. W programie specjalizacji jednolitych określony zostanie zakres wiedzy niezbędny do PEM, a co za tym idzie roczne harmonogramy szkolenia ustalane przez kierownika projektu będą musiały w początkowym etapie szkolenia uwzględniać ww. zakres wiedzy i umiejętności. 56. Nieuwzględniona. Należy zwrócić uwagę, że znajomość ogólnodostępnej bazy znacznie ułatwiać będzie przygotowanie się do egzaminu PES. Lekarz nie ma obowiązku przystąpić do PES zaraz po zakończeniu szkolenia, a zgodnie z nowymi przepisami ma 5 lat na zdanie egzaminu. 57. Nieuwzględniona. Maksymalna wysokość opłaty jest taka sama jak w obecnie obowiązującym przepisie art. 16t ust. 1. 58. Nieuwzględniona. W projekcie zaproponowano wariant oparty o model europejskich towarzystw naukowych, w których lekarze certyfikują swoje umiejętności, niekiedy zastępując nawet polski PES. Rozporządzenie określać będzie rodzaje umiejętności oraz kwalifikacje wyjściowe lekarza umożliwiające zdobycie mu certyfikatu. Jakość prowadzenia certyfikacji kontrolować będzie CMKP. 59. Nieuwzględniona. Taki zapis będzie sugerował brak możliwości uzyskania certyfikatu umiejętności w przypadku braku jakiejkolwiek specjalizacji, co może znacznie ograniczyć dostępność do tej formy kształcenia i pozostaje sprzeczne z ideą umiejętności. Uzyskane w drodze szkolenia specjalizacyjnego umiejętności pozostają uprawnieniem nabytym i nie wymagają certyfikacji. 60. Nieuwzględniona. Pojęcie urlop przypisane jest do uprawnień pracowniczych, a więc wynikających ze stosunku pracy. W ramach stosunków cywilnoprawnych nie można wprowadzać pojęć/instytucji prawa pracy, co w sposób bezpośredni mogłoby prowadzić do asumpcji, że, de facto mamy do czynienia z umową o pracę, która sztucznie została zastąpiona umową cywilnoprawną. 61. Nieuwzględniona. SMK umożliwia automatyczne generowanie się wiadomości w określonych ustalonych uprzednio warunkach.

		pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, stanowi nadmierne obciążenie dla samorządu lekarskiego, biorąc pod uwagę dużą ilość członków okręgowych izb lekarskich. W szczególności w kontekście rozwiązania przyjętego w ust. 2 tego artykułu, a mianowicie potwierdzania za pomocą SMK przez okręgową radę lekarską dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a które to rozwiązanie uznać należy za wystarczające. Nadto należy zwrócić uwagę, że nie każdy lekarz, lekarz dentysta ma obecnie konto w SMK. 62. Zmiana przewidziana w art. 19 ust. 1 pkt 1 przewiduje niekorzystne ograniczenie(zawężenie) kręgu podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń bez wpisu do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów. 63. Proponuje się dodać przepisy przewidujące uprawnienia Dyrektora CMKP do kontroli jednostek akredytowanych CMKP (np. w brzmieniu zawartym w stanowisku Nr 1/19/VIINRL – art. 19f ust. 12a-12i). W obecnym stanie prawnym nie ma możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych", o które często wnioskują lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego. 64. Art. 19j nie wskazuje w czyjej gestii leży monitorowanie ustawicznego rozwoju zawodowego. Przepis wymaga doprecyzowania w tym zakresie. 65. NRL negatywnie ocenia projektowaną zmianę treści art. 53 ust. 2, polegającą na ograniczeniu możliwości zatrudniania lekarza w praktyce lekarskiej. Projektowana zmiana zmierza w kierunku przeciwnym od postulowanego przez samorząd lekarski. NRL w uchwale nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. wyraziła jednoznacznie oczekiwanie rozszerzenia możliwości zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w praktykach lekarskich. Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowiący załącznik do ww. uchwały NRL wskazuje, jakie brzmienie powinien otrzymać art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz jakie zmiany muszą temu towarzyszyć w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Mianowicie przepis art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty powinien otrzymać następujące brzmienie: „Art. 53. 1. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący praktykę lekarską, z wyjątkiem indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, może zatrudniać: 1) lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, stażu kierunkowego, w przypadku prowadzenia odpowiednich rodzajów szkoleń, 2) lekarza, lekarza dentystę w celu zastępstwa w przypadku czasowej i przemijającej niezdolności do pracy, 3) lekarza, lekarza dentystę w celu udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego, 4) poza przypadkami opisanymi w pkt. 1-3, jednego lekarza, lekarza dentystę w ramach stałej współpracy. 2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentysty.". Dodatkowo, jako konsekwencję powyższej zmiany, należy wprowadzić zmianę w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w art. 18 ust. 7. Obecne brzmienie tego przepisu jest niespójne z aktualnym przepisem art. 53 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdyż wyklucza udzielanie świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej przez innych lekarzy niż będących wspólnikami spółki	62. Częściowo uwzględniona. Podmiotami uprawnionymi w pkt 1 do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego są podmioty akredytowane przez CMKP oraz towarzystwa wpisane do rejestru CMKP 63. Nieuwzględniona. Czynności i zakres kontroli w art. 19h 64. Nieuwzględniona. Dotyczy jednostek i podmiotów wykonujących zadania określone w art. 19j – 19m. 65. Częściowo uwzględniona poprzez dopisanie przepisów dotyczących szkolenia z umiejętności. Propozycja wymaga zmiany i dostosowania innych przepisów.

		prowadzącej grupową praktykę lekarską. W związku z powyższym w art. 18 ust. 7ustawy o działalności leczniczej proponuje się nadać brzmienie: „7. Lekarze prowadzący grupową praktykę lekarską, będący wspólnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b, muszą spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 albo 2.”. III. dot. przepisów końcowych projektu: W odniesieniu do art. 13 pkt 2 projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw należy wskazać, że wejścia w życie z dniem1 stycznia 2021 r. przepisów dotyczących staży podyplomowych nie jest skorelowane z ustawowymi terminami rozpoczęcia staży podyplomowych, tj. 1 marca i 1 października. Ponadto okres wejścia w życie wielu przepisów jest zbyt długi, np. możliwość podejścia do PES w trakcie ostatniego roku specjalizacji powinno być możliwe jak najwcześniej, a PES z puli pytań obowiązywać już od połowy 2020 r.	III. Częściowo uwzględniona. Wejście w życie uzależnione od konieczności czasu niezbędnego na np. przygotowanie baz pytań czy SMK. PES wraz z wejściem w życie ustawy.
	Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy	1. Projekt nie zawiera określenia minimalnych, gwarantowanych przez państwo wynagrodzeń zasadniczych lekarzy w wysokości postulowanej przez OZZL i samorząd lekarski tj. 2x przeciętne wynagrodzenie w gospodarce dla lekarzy rezydentów i 3 x przeciętne wynagrodzenie w gospodarce dla lekarzy specjalistów. 2. Projekt nie zawiera zakazu uzupełniania normy czasu pracy lekarza pełniącego dyżury godzinami dyżurowymi w przypadku, gdy skorzystanie przez lekarza z przysługującego mu odpoczynku po dyżurze spowoduje niewykonanie przez niego miesięcznej normy czasu pracy. 3. Projekt nie uchyla przepisu nakładającego na lekarza obowiązek określania przez niego na recepcie odpłatności za leki refundowane oraz poświadczania posiadania przez pacjenta określonych przywilejów w dostępie do refundowanych leków (uchylenie art. 45 ust 1a, ust. 2 ust. 2a omawianej ustawy). 4. Projekt nie wprowadza płatnego urlopu przed egzaminem specjalizacyjnym w wymiarze 1 miesiąca. 5. Chociaż ustawa nie przewiduje tak generalnych rozwiązań dotyczących wykonywania zawodu lekarza, jak przedstawiliśmy wyżej, to zawiera b. szczegółowe rozwiązania dotyczące innych aspektów. Szczegółowość tych rozwiązań kwalifikowałaby je raczej do aktów niższego rzędu, np. do rozporządzenia ministra zdrowia lub niższych rangą „regulaminów”. Dotyczy to szczególnie przepisów określających sposób realizacji specjalizacji lekarskich. Trudno przypuszczać, że materia ta będzie zrozumiała do posłów, którzy nie mają z tym zagadnieniem nic wspólnego, a nawet dla wszystkich innych niż Minister Zdrowia członków rządu. Umieszczenie ich w ustawie spowoduje jednak znaczne trudności w zmianie tych przepisów. 6. W ocenie ZK OZZL należy pozostawić możliwość zdobywania specjalizacji na zasadzie wolontariatu w jednym szczegółowym przypadku - przy chęci uzyskania kolejnej specjalizacji.	1. Nieuwzględniona. Wzrost wynagrodzeń poza zakresem nowelizacji ustawy i Porozumieniem pomiędzy PR Rezydentów OZZL a Ministrem Zdrowia. 2. Nieuwzględniona. Przedmiotem nowelizacji zgodnie z ww. Porozumieniem miało być kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów. Propozycja wychodzi poza zakres nowelizacji. Ponadto wymaga szczegółowych analiz dot. wpływu na sektor ochrony zdrowia i kosztów. 3. Nieuwzględniona na tym etapie. Trwa analiza i praca nad jednolitym uregulowaniem przepisów w tej sprawie w różnych aktach prawnych. 4. Nieuwzględniona. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że znajomość ogólnodostępnej bazy znacznie ułatwia przygotowanie się do egzaminu PES. Poza tym lekarz ma obowiązek przygotowywać się do tematyki szkolenia na bieżąco oraz ma obowiązek przystąpić do PES w ciągu 5 lat od ukończenia szkolenia. Po tym okresie szkolenie trzeba będzie powtarzać z uwagi na zmieniającą się wiedzę medyczną. 5.Nieuwzględniona. Uwaga sformułowana ogólnie. Nie ma możliwości odniesienia się do zarzutów. 6. Nieuwzględniona. Przyjęcie zaproponowanego rozwiązania oznaczałoby zachowanie obecnego stanu prawnego, w którym właściwie większość lekarzy posiadających specjalizację i chcących kształcić się dalej zmuszona jest korzystać z wolontariatu. Należy jednocześnie

			podkreślić, że przepisy dotyczące wolontariatu stały by w sprzeczności z przepisami unijnymi
		7. Negatywnie oceniamy nieuwzględnienie prawa kierownika specjalizacji do dodatkowego wynagrodzenia w kwocie (dość symbolicznej) 1 tys. zł. miesięcznie.	7. Częściowo uwzględniona. Przewidziano wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji w wysokości 500 zł brutto miesięcznie za 1 specjalizującego się i 1000 zł brutto miesięcznie za dwóch lub więcej lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne po kierownictwem danej osoby.
		8. Negatywnie oceniamy wprowadzenie obowiązkowego PEM, przy braku gwarantowanej podwyżki dla lekarzy zdających PEM.	8. Częściowo uwzględniona. PEM nie będzie egzaminem obligatoryjnym. Zasady finansowania rezydentur pozostały niezmienione, tj. podwyżka po dwóch latach.
		9. Negatywnie oceniamy brak prawa do urlopu szkoleniowego przed PEM (dwa dni wolne od pracy trudno uznać za rozwiązanie poważne).	9. Nieuwzględniona. PEM będzie nieobligatoryjny. Zdawany będzie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, dłuższy urlop wydłużałby szkolenie specjalizacyjne.
		10. ZK OZZL negatywnie ocenia te przepisy dotyczące doskonalenia zawodowego (art. 18 ustawy), które przewidują zbieranie tzw. punktów edukacyjnych (wpisywanych za pośrednictwem SMK).	10. Nieuwzględniona. Przepisy dot. doskonalenia zawodowego weryfikowanego przy pomocy tzw. punktów edukacyjnych funkcjonują w obecnie obowiązującej ustawie. Niniejsza nowelizacja jedynie precyzuje przebieg, monitorowanie i weryfikowanie doskonalenia zawodowego, zgodnie z postulatami Zespołu.
		11. ZK OZZL negatywnie ocenia proponowane przepisy dotyczące tzw. certyfikatu umiejętności zawodowej. W ocenie OZZL zdobywanie umiejętności należy pozostawić bez uregulowania prawnego, uznając, że każdy lekarz może zdobywać te umiejętności w wybranym przez siebie zakresie i w wybrany przez siebie sposób. Należy też uznać, że lekarz będzie korzystał z tych umiejętności w sposób odpowiedzialny i adekwatny do faktycznie posiadanych kompetencji. Tzw. umiejętności zawodowe są bowiem z natury rzeczy „niedookreślone" prawnie, przekraczają różne specjalizacje, często zmieniają swój zakres, a dodatkowo przedstawiciele różnych specjalizacji korzystają z nich w różnym zakresie. Wprowadzenie „sztywnych" regulacji w tym przedmiocie może spowodować istotne ograniczenie liczby osób, które te umiejętności faktycznie nabędą i będą je stosować w praktyce. Nie przeczy to – oczywiście – możliwości dobrowolnego zdobywania przez lekarzy różnych „certyfikatów" i „zaświadczeń" wydawanych przez różne towarzystwa i środowiska. Należy zatem uchylić cały art. 17 ustawy albo pozostawić w dotychczasowym brzmieniu tylko art. 17 ust. 1 .	11.Nieuwzględniona. W projekcie zaproponowano wariant oparty o model europejskich towarzystw naukowych, w których lekarze certyfikują swoje umiejętności, niekiedy zastępując nawet polski PES. Rozporządzenie, do którego delegacja jest w ustawie określać będzie rodzaje umiejętności oraz kwalifikacje wyjściowe lekarza umożliwiające zdobycie mu certyfikatu. Jednocześnie należy podkreślić, że CMKP w ramach czynności kontrolnych będzie sprawdzało jakość warunków uzyskania certyfikatu.
		12. ZK OZZL negatywnie ocenia wprowadzenie (w przedmiotowym projekcie) ułatwień dla zatrudniania lekarzy spoza UE bez nostryfikacji dyplomu – proponowany art. 7 ust. 2a–2k. Mogą one spowodować obniżenie poziomu świadczeń udzielanych przez lekarzy w polskich szpitalach i innych podmiotach leczniczych. Zadziwiające jest, że w projekcie rządowym nie znalazły się postulowane przez organizacje lekarskie propozycje, które spowodowałyby uatrakcyjnienie zawodu lekarza i zwiększyły w dalszej perspektywie liczbę lekarzy polskich, a znalazły się przepisy ułatwiające zatrudnianie lekarzy zagranicznych.	12.Nieuwzględniona. Przepisy dotyczące „PWZ na czas określony i jedno miejsce udzielania świadczeń" dla obcokrajowców zostały przygotowane podobnie jak funkcjonujące w Niemczech, gdzie sprawdzają się. Należy zwrócić uwagę, ze tacy lekarze pracują pod nadzorem i w ciągu pięciu lat muszą nostryfikować dyplom, w przeciwnym razie nie mogą kontynuować pracy na dotychczasowych warunkach. Przepisy dotyczą tylko i wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację i co najmniej 3- letni staż pracy. Podkreślić także należy, że rozwiązanie wprowadzane jest na wniosek szpitali powiatowych, które mają największe doświadczenie w pracy z lekarzami pochodzącymi w szczególności zza wschodniej granicy i największe braki kadrowe, przy jednoczesnym małym zainteresowaniu pracą w tych podmiotach polskich lekarzy.

	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Działając w imieniu i z upoważnienia lekarzy i świadczeniodawców skupionych w Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, w związku z zamieszczonym projektem nowelizacji ustawy z dnia 5 grudnia 1996r o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, informujemy, że **nasza opinia jest negatywna.** Ustawa stanowi obszerny zbiór przepisów przy pomocy, których Ministerstwo Zdrowia (państwo) podzieliło się z samorządem lekarskim (izbami lekarskimi) wpływami na organizację i przebieg kształcenia zawodowego lekarzy. Przepisy nie stały się przez to automatycznie „bardziej przyjazne lekarzom", jak w uzasadnieniu do projektu ustawy podaje jej projektodawca. Kształcenie nadal będzie miało ten sam, etatystyczny kościec. Od momentu złożenia wniosku po egzamin końcowy każdy z etapów kształcenia zależny będzie od decyzji potężnej biurokratycznej machiny. Będzie swoistą droga przez mękę dla polskiego lekarza a co dopiero przez obcokrajowca. Zmieniona ustawa nie spowoduje zatem gwałtownego przypływu kadr do polskiego systemu ochrony zdrowia. Nie powstrzyma w krótkim czasie spadku zatrudnienia w publicznej ochronie zdrowia kadry medycznej. Tym bardziej należy szanować te kadry, które jeszcze w nim pozostają.	1. Nieuwzględniona. W związku z ogólnym charakterem uwagi nie jest możliwym odniesienie się do zarzutów.
	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie"	Zdaniem Federacji PZ w projekcie nie ma zachęt do wybrania zawodu lekarza, nie zmniejszają się, a nawet zwiększają uciążliwości biurokratyczne związane z odbyciem stażu, uzyskaniem specjalizacji - projekt zachęca absolwentów kierunków lekarskich do uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, zdobywania specjalizacji oraz ułożenia swej dalszej drogi życiowej wszędzie tylko nie w Polsce. W zamian projekt proponuje, aby Polska stała się centrum wydawania obowiązującego w całej Unii Europejskiej prawa wykonywania zawodu lekarza dla lekarzy spoza Unii - po uzyskaniu takiego prawa natychmiast opuszczą oni nasz kraj.	1. Nieuwzględniona. W związku z ogólnym charakterem uwagi nie jest możliwym odniesienie się do zarzutów.
	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność"	1. Ponieważ w art. 18 zmienianej ustawy wprowadza się przepis nakładający na kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarza, obowiązek umożliwienia lekarzowi realizacji doskonalenia zawodowego, należy zapewnić źródła finansowania 6.dniowego urlopu przysługującego lekarzom z tego tytułu i w Uzasadnieniu zawrzeć czy oznaczać to będzie konieczność wprowadzenia odpowiednich zmian w regulaminach pracy albo zakładowych układach zbiorowych pracy, włącznie z możliwością rozszerzenia na inne grupy zawodowe podlegające takiemu obowiązkowi.	1. Nieuwzględniona. Proponowany w nowelizacji urlop ma charakter urlopu należnego pracownikowi będącemu lekarzem/lekarzem dentystą i udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o pracę z podmiotem leczniczym. Koszt urlopu poniesie pracodawca. Nie przewiduje się środków z budżetu państwa na ten cel. Doskonalenie zawodowe jest obowiązkiem każdego lekarza, co powoduje utrzymanie jego kwalifikacji zawodowych zgodnych z aktualna wiedzą medyczną. Powyższe pozwala podmiotowi realizować świadczenia na odpowiednim wysokim poziomie.
	Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	1. W proponowanej nowelizacji pominięto wprowadzenie definicji specjalizacji i specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji) rezygnując z uporządkowania przedmiotu regulacji zaproponowanego przez Zespół. Uporządkowanie to, wobec postępującej atomizacji medycyny, miało na celu wprowadzenie mechanizmu ograniczenia liczby dziedzin medycyny, które będzie można wykonywać w ramach szkolenia specjalizacyjnego tuż po stażu podyplomowym i sprzyjać miało usystematyzowaniu właściwych wzorców kariery zawodowej (od ogółu do szczegółu). Wprowadzenie specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), które w ramach szkolenia specjalizacyjnego odbywać miano dopiero po uzyskaniu specjalizacji, miało przyczynić się do zwiększenia liczby specjalistów w najbardziej potrzebnych dla państwa dziedzinach medycyny. W naszej opinii delegitymizuje to instytucję Ministerstwa Zdrowia od przerzucania odpowiedzialności za brak specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny na samych lekarzy, tłumacząc ich wybory kwestiami materialnymi i niechęcią do podejmowania wybranych specjalizacji. 2. Wprowadzono definicję umiejętności o charakterze ogólnym, bez jasno sprecyzowanych zapisów	1. Nieuwzględniona. Wprowadzenie ścisłych definicji pojęć: specjalizacja, specjalizacja szczegółowa/podspecjalizacja nie ma wpływu na sposób realizacji szkolenia specjalizacyjnego, którego sposób odbywania czytelnie określa rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów i załączniki 5 i 6 do niego. W odniesieniu do ograniczenia dziedzin medycyny to stanowisko Ministra Zdrowia w tej sprawie było prezentowanie wielokrotnie i dotyczyło przełożenia na termin późniejszy dyskusji i konsultacji nad zmianami przepisów dotyczących katalogu specjalizacji, które z racji dużej wagi merytorycznej powinny zostać przeanalizowane odrębnie. Wprowadzenie w zaproponowany sposób definicji umiejętności z jednej strony jest na tyle czytelne by można je było skatalogować, z drugiej strony nie ogranicza ich listy, co mogłoby się okazać niekorzystnym dla jej rozszerzania. 2.Nieuwzględniona. W projekcie zaproponowano wariant oparty o model

		poruszających kilka ścieżek uzyskiwania umiejętności – np. ścieżka akademicka, towarzystw naukowych międzynarodowych, ścieżka formalna (CMKP/CEM). W opinii oceniających utrzyma to przepisy umiejętności w formie uśpionych, martwych i pustych zapisów jak do tej pory lub sprawi wiele problemów interpretacyjnych lub formalnych przy wydawaniu certyfikatów. W propozycji Zespołu uwzględniono kilka ścieżek otrzymywania certyfikatu i przyznawania akredytacji podmiotom zainteresowanym, tak, aby nadrzędnym celem była jakość szkolenia i wiarygodność wydanego w imieniu RP certyfikatu.	europejskich towarzystw naukowych, w których lekarze certyfikują swoje umiejętności, niekiedy zastępując nawet polski PES. Rozporządzenie, do którego delegacja jest w ustawie określać będzie rodzaje umiejętności oraz kwalifikacje wyjściowe lekarza umożliwiające zdobycie mu certyfikatu. Jednocześnie należy zapewnić, że CMKP będzie miało możliwość kontroli spełnienia warunków uzyskania certyfikatu.
		3. Brak uchylenia art. 3. ust. 4 utrzymuje w mocy czynności biurokratyczne i absurdalne zadania, które zabierają lekarzom czas na samokształcenie bądź odpoczynek. Nie wypełnia to zapisów porozumienia z dnia 8 lutego 2018 Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL w przedmiocie odbiurokratyzowania kształcenia podyplomowego.	3.Nieuwzględniona. Karta szkolenia (EKS) specjalizacyjnego powinna pozostać, ponieważ kierownik specjalizacji musi mieć gdzie potwierdzać realizację szkolenia. Na podstawie rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów będzie znacznie uproszczona, zgodnie z koncepcją, że kierownik specjalizacji będzie mógł dokonywać blokowego potwierdzenia.
		4. Ustawa nie przewiduje przeniesienia kompetencji urzędów wojewódzkich na izby lekarskie co uznać należy za działanie całkowicie nieracjonalne, mnożące urzędy, utrudniające dostęp lekarzy do skutecznych metod prowadzenia swoich spraw, mnożące koszty i dywersyfikujące odpowiedzialność za kształcenie podyplomowe. Stoi to w sprzeczności z jednym z celów postulowanych przez wszystkie opcje polityczne, mianowicie, zmniejszeniem liczby urzędników i wymiaru biurokratyzacji kraju. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego oraz stają na wysokości zadania w każdym wymiarze spraw biurokratycznych, z którymi zgłasza się lekarz, a także są bardzo dobrze oceniane pod kątem skuteczności i jakości obsługi. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez Izby Lekarskie, nie odbierając kompetencji jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej regionu. Oszczędności w zmianie kompetencyjnej przysłużyłyby się wielu niezrealizowanym i niezaadresowanym problemom z jakimi boryka się ochrona zdrowia, a także kształcenie podyplomowe lekarzy.	4.Nieuwzględniona. Dotychczasowe kompetencje organów pozostają bez zmian Przeniesienie zadań do innych organów nie zmniejszy liczby urzędników, którzy będą te zadania realizować, i całej administracyjnej części kształcenia, zmieni się jedynie szyld organu.
		5. W art. 6 ust. 1 – dodaje się możliwość uznania stażu podyplomowego dla lekarzy spoza UE i z UE (w innym niż dotychczasowy, wymiarze) za równoważny z polskim. Zmiana ta sprzyja pozyskiwaniu lekarzy spoza granic UE i w opinii oceniających taki jest jej cel.	5. Nieuwzględniona. W związku z ogólnym charakterem uwagi nie jest możliwym odniesienie się do zarzutów.
		6. Po artykule 6b dodano szereg artykułów (6c-6h) stanowiących formalne wymogi nostryfikacji dyplomu lekarza lub lekarza-dentysty dla obcokrajowców z państw trzecich (nie będących członkami UE). Należy zwrócić uwagę na polityczne tło wyżej wymienionej regulacji – w obliczu niedoboru kadrowego lekarzy i lekarzy-dentystów, zamiast wprowadzić na medyczny rynek pracy dodatkowy personel i obudować lekarza, będącego wysokiej klasy specjalistą, osobami przejmującymi czynności biurokratyczne nie będące stricte związane z leczeniem, umożliwia się na szeroką skalę napływ lekarzy spoza UE, w domyśle z krajów biedniejszych niż Polska, celem uzupełnienia niedoborów kadry, tworząc z lekarzy, a de facto utrwalając status lekarza w Polsce jako „taniej siły roboczej". Zabieg ten wydaje się moralnie wątpliwy – drenowanie kadry wysoko wykształconej z krajów ościennych, trzecich o zdecydowanie niższym statusie ekonomicznym niż Polska, jest potępiane bowiem przez polskie władze od wielu lat, w kontekście emigracji polskich lekarzy do krajów zapewniających wyższe standardy pracy i płacy. Jedyna pozytywna regulacja w całym negatywnym bloku wprowadzanych zmian, które uznajemy w całości za konieczne do	6. Nieuwzględniona. Zaproponowane przepisy mają na celu ujednolicenie procedury weryfikacji i potwierdzania kwalifikacji zawodowych lekarzy do celów zawodowych. Egzamin będzie obejmował cały program studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym w Polsce (wszystkie efekty kształcenia, które musi osiągnąć polski student) oraz będzie przeprowadzony w języku polskim. Nie może być zatem mowy, o jakichkolwiek wątpliwych moralnie działaniach na rzecz innych krajów, bowiem decyzję o potwierdzeniu dyplomu podejmują lekarze samodzielnie, mający prawo, tak jak i lekarze polscy, do wytyczenia własnej drogi kariery zawodowej. Możliwość przeprowadzenia potwierdzenia dyplomów cudzoziemcom jest działaniem powszechnie stosowanym na całym świecie, z którego korzystają również lekarze polscy.

		odrzucenia, jest egzamin bez puli pytań z 60% progiem osiągnięcia wyniku pozytywnego. 7. W artykule 7 dodano szereg przepisów umożliwiających przyznanie prawa wykonywania zawodu (przyznają je okręgowe izby lekarskie) i podjęcie pracy w polskim systemie ochrony zdrowia lekarzom spoza UE. Za realnie niebezpieczne dla polskich pacjentów uznaje się wprowadzane w tym artykule przepisy. a. Zezwalają one bowiem na zatrudnienie lekarza spoza UE bez nostryfikowanego dyplomu na podstawie zaświadczenia z podmiotu leczniczego, który ma zamiar tego lekarza zatrudnić. Jedynym realnym wymogiem formalnym jest posiadanie specjalizacji i trzyletniego doświadczenia zawodowego w okresie ostatnich 5 lat (nie podano charakteru tego doświadczenia!), niezależnie od tego, czy uzyskane specjalizacji w państwie trzecim jest zgodne z prawem UE lub posiadanie potwierdzenia konsula danego kraju o prawdziwości posiadanego dyplomu lekarza. b. Za wystarczające przygotowanie do pracy w systemie ochrony zdrowia w Polsce uznano 12 miesięczne szkolenie praktyczne w podmiocie, o którym mowa w pkt a. Okręgowa rada lekarska będzie miała ustalić program i liczbę godzin takiego szkolenia. W opinii przedstawicieli izb lekarskich jest to bardzo duże obciążenie merytoryczne, bez realnej i rzetelnej oceny umiejętności weryfikowanego lekarza. Szkolenie to odbywać się będzie pod nadzorem opiekuna (lekarza z pełnym PWZ) i kończyć się będzie wydaniem opinii przez tego opiekuna. 8. Niezgodnie z projektem Zespołu pozostawiono w art. 14a ust 8 odpłatność za drugi i kolejny egzamin LEK i LDEK, a nie jak proponowano wprowadzenie odpłatności za 4 i kolejny egzamin. Propozycja miała na celu zagwarantowanie 3 darmowych prób podejścia do LEK i LDEK, czyli prób do którym może przystąpić lekarz od czasu ukończenia 10 i 8 semestrów studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym do momentu pierwszej rekrutacji na specjalizacje. Dodatkowo, bezpłatne drugie podejście wprowadzono tylko dla osób, które nie zdały podejścia pierwszego lub do niego nie przystąpiły. Opiniujący nie znajdują innego niż ekonomiczne uzasadnienia takiej decyzji. 9. W art. 14c ust. 3 wprowadzono tzw. pulę/bazę pytań, z których układany będzie egzamin LEK i LDEK w stosunku 70%, a jedynie 30% będą to pytania wcześniej nieznane. Odesłanie do ust. 3 jest „puste”, gdyż ustęp 3 de facto nie definiuje „bazy pytań”. Wprowadzenie tzw. bazy pytań musi wiązać się z perfekcyjnie przygotowanymi pytaniami pod względem metodologicznym. 10. Zaproponowano przeznaczenie do 6 dni w ramach stażu podyplomowego na udział w kursach i szkoleniach nieobjętych programem stażu (Zespół proponował do 10%).	7. Nieuwzględniona. Przepisy dotyczące „PWZ na czas określony i jedno miejsce udzielania świadczeń” dla obcokrajowców mają charakter rozwiązań praktykowanych np. w Niemczech, gdzie sprawdzają się. Należy zwrócić uwagę, ze tacy lekarze pracują pod nadzorem i w ciągu pięciu lat muszą nostryfikować dyplom, w przeciwnym razie nie mogą kontynuować pracy na dotychczasowych warunkach. Przepisy dotyczą tylko i wyłącznie lekarzy posiadających specjalizację i co najmniej 3- letni staż pracy. Podkreślić także należy, że rozwiązanie wprowadzane jest na wniosek szpitali powiatowych, które mają największe doświadczenie w pracy z lekarzami pochodzącymi w szczególności zza wschodniej granicy i największe braki kadrowe, przy jednoczesnym małym zainteresowaniu pracą w tych podmiotach polskich lekarzy. 8.Nieuwzględniona. LEK i LDEK ma swoją specyfikę, która polega na tym, że lekarze podchodzą do niego wielokrotnie, tylko po to aby poprawić swój wynik i pozycję w postępowaniu kwalifikacyjnym do odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Należy podkreślić, że udział w egzaminie generuje koszty: sale egzaminacyjne o określonych parametrach, komisje egzaminacyjne, materiały biurowe, obsługa administracyjna. Nie ma żadnego uzasadnienia, by te koszty nie były pokryte przez zdających tylko w celu jego poprawy. Rozwiązanie polegające na tym, że dopuszcza się bezpłatną drugą próbę tylko w przypadku gdy kolejne podejście jest wynikiem nie zdania egzaminu przy pierwszym podejściu lub dodatkowo, gdy ktoś zapisał się na egzamin lecz na niego nie dotarł wydaje się rozwiązaniem sprawiedliwym. 9.Nieuwzględniona. W przypadku LEK i LDEK - biorąc pod uwagę jego specyfikę – wynik tych egzaminów decyduje o lokacie w postępowaniu kwalifikacyjnym, zatem baza pytań nie może być w 100% jawna, musi być element premiujący i różnicujący. Przy 100% jawnych pytaniach organizacja egzaminu przestaje być zasadna. . 10.Nieuwzględniona. Staż podyplomowy dla lekarza trwa 13 miesięcy, a dla lekarza dentysty 12 miesięcy. Propozycja ujęcia 10% czasu na elementy nieobjęte programem stażu oznacza ponad 1 miesiąc, o który nie chcemy wydłużać szkolenia. Poza tym projekt ustawy przewiduje nowe szkolenia równie ważne dla późniejszej praktyki lekarskiej. 6 dni jest przyjętym standardem i nie należy go zmieniać. Staż podyplomowy ma przynieść określone efekty, a udział w kursach i szkoleniach nieobjętych programem stażu, w szczególności dla bardzo młodego lekarza wydaje się na tym etapie nieuzasadnione.

		11. W art. 15c ust. 9 przekazano obowiązek prowadzenia szkoleń w zakresie: a. komunikacji lekarz - pacjent, orzecznictwa, bioetyki, prawa medycznego okręgowym izbom lekarskim; b. transfuzjologii klinicznej – regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa c. profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu – podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie onkologii, wskazanym przez konsultanta wojewódzkiego ds. onkologii klinicznej Dotychczas szkolenia te zorganizował Urząd Wojewódzki, który zlecał to zadanie np. izbom lekarskim, RCKiK itd.	11.Nieuwzględniona. Szkolenia z profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu to szkolenia nowe dotychczas nie było ich w programie stażu podyplomowego. Ponadto należy zwrócić uwagę, że nie Urząd Wojewódzki, a Urząd Marszałkowski zajmuje się stażem podyplomowym.
		12. Zaproponowano doprecyzowanie kryteriów kolejności kierowania lekarzy stażystów do odbycia stażu podyplomowego przez OIL. O kolejności ma decydować średnia ocen wyliczana na podstawie karty okresowych osiągnięć studenta z uwzględnieniem dodatkowych punktów: odpowiednio 0,5 pkt za autorstwo lub 0,3 pkt za współautorstwo publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie wymienionym w Komunikacie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych, potwierdzonej zaświadczeniem z GBL. Zaproponowano również doliczenie 0,25 pkt za uczestnictwo w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego. Aby Okręgowe Izby Lekarskie były w stanie zweryfikować wyżej wymienione zaświadczenia potrzebny jest dostępny z poziomu OIL rejestr podmiotów prowadzących działalność pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia. Opiniujący oceniają te regulacje jako ryzykowne i niekoniecznie wpisujące się w kształcenie podyplomowe.	12.Nieuwzględniona. Informacje o podmiotach prowadzących działalność pożytku publicznego jest jawna i powszechnie dostępna.
		13. Wbrew postulatom Zespołu z obowiązków Koordynatora stażu nie usunięto konieczności organizowania regularnych seminariów dotyczących realizacji staży cząstkowych. Koordynatorzy jako specjaliści z wąskich dziedzin medycyny nie mają kompetencji do organizowania seminariów z innych dziedzin medycyny.	13.Częściowo uwzględniona. Z zadań koordynatora wykreślono przeprowadzanie przez niego seminarium, pozostawiając jednak po jego stronie, jak dotychczas, organizację seminariów. Do organizacji seminariów nie potrzeba mieć określonej specjalizacji.
		14. W art. 16 brak zmian w ust. 1 jest kontynuacją niewprowadzenia podziału specjalizacji na główne i szczegółowe. Wydaje się również błędnym niewskazanie Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM) jako wymaganego do uzyskaniu tytułu specjalisty (pomimo, że ustawodawca ten egzamin wprowadza).	14.Częściowo uwzględniona. PEM, w związku z jego zmienioną konstrukcją prawną nie jest egzaminem obowiązkowym, a zatem nie jest wymagany do uzyskania tytułu specjalisty.
		15. Wprowadzenie w art. 16 ust. 3 zawężenia, iż lekarz/lekarz dentysta może zmienić dziedzinę medycyny, w której się specjalizuje po złożeniu PEM i ukończeniu modułu podstawowego jest krzywdzące. Jeśli lekarz, lekarz dentysta podejmie decyzję o zmianie specjalizacji w drugim roku trwania modułu podstawowego powinien mieć możliwość zmiany dziedziny, o ile uzyska pozytywny wynik w postępowaniu konkursowym, jak najszybciej, aby zmaksymalizować pozytywne aspekty podjętej decyzji. Konieczność ukończenia kolejnych dwóch lat w danej dziedzinie i danej jednostce może być z dużą stratą dla wiedzy i umiejętności tego lekarza.	15.Częściowo uwzględniona. PEM nie będzie obligatoryjny do zmiany modułu specjalistycznego, natomiast jednocześnie ustawodawca nie daje pełnej dowolności zmiany szkolenia specjalizacyjnego, w szczególności w odniesieniu do rezydentury. Szkolenie rezydenckie finansowane jest ze środków publicznych, przepisy dotyczące zmiany muszą uwzględniać zarówno potrzeby lekarzy, jak i interes publiczny oraz zasady gospodarnego zarządzania finansami publicznymi.
		16. Brak zmiany terminów naboru na specjalizacje i składania wniosków w ujęciu przyjętym przez Zespół utrzymuje w mocy patologiczne zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych. W ocenie opiniotwórców należy pochylić się nad płynnością i uelastycznieniem przechodzenia poszczególnych etapów kariery zawodowej.	16.Częściowo uwzględniona. Obecnie staż podyplomowy kończy się 30 października lub 30 marca, wtedy też kończy się postępowanie kwalifikacyjne. Wnioski składa się odpowiednio we wrześniu i luty. Lekarze w trakcie stażu podyplomowego, a więc posiadający „ograniczone” PWZ mogą składać wnioski w tych postępowaniach. Jednocześnie dopiero po zakończeniu i uzyskaniu zaliczenia stażu podyplomowego, lekarze udają się do OIL celem uzyskania „pełnego”

			PWZ. ORL podejmuje stosowne uchwały, jednakże ich terminy posiedzeń są niejednokrotnie odległe, co oznacza, że dopiero dzień później wydawane są PWZ. UW rozpoczyna wystawianie skierowań niezwłocznie. Zatem to nie terminy postępowania kwalifikacyjnego wpływają na ewentualnie występujące zjawisko wydłużenia procedowania w tym zakresie. Jednocześnie należy podkreślić, że znaczna część lekarzy korzysta z prawa do podjęcia szkolenia w terminie 3 miesięcy i opóźnia rozpoczęcie pracy. Niemniej wprowadzono do ustawy zapisy umożliwiające wystawienie przez UW skierowania do odbycia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie zaświadczenia wystawionego przez OIL, że lekarz zakończył staż podyplomowy i złożył wszystkie niezbędne dokumenty do przyznania przez ORL PWZ.
		17. Wprowadzenie ust. 1c w art. 16c jest wypaczeniem zasad naboru na specjalizacje proponowanych przez Zespół. Lekarz powinien wskazać specjalizację, w której chce odbywać szkolenie i może na tym poprzestać, a lista rankingowa ogólnopolska przydzieli go do tej specjalizacji w miejscu niezajętym. Lekarz docelowo powinien wskazać konkretną nazwę specjalizacji wraz z konkretną jednostką, w której to szkolenie chce odbywać. W przypadku uzyskania wystarczającej liczby punktów na daną specjalizację, ale nie uzyskania kwalifikacji w ramach 15 miejsc (a nie 100 jak proponował Zespół, co może wymagać organizowania kolejnych etapów rekrutacji) lekarz/lekarz dentysta powinien móc wybrać miejsce szkolenia z pozostałych, niezajętych miejsc. Wskazywanie obowiązkowo województwa z zasady czyni nabór nieogólnopolskim i jest niezrozumiałe w opinii oceniających.	17.Nieuwzględniona. System zaproponowany przez Zespół był niepotrzebnie wieloetapowy, a przez to długotrwały. Nie przewidywał też aplikowania się w jednostkach w pierwszej kolejności lekarzy tam zatrudnionych. W wersji zaproponowanej przez MZ, lekarz może wskazać maks. 15 miejsc szkoleniowych w całej Polsce. Wskazanie mogą dotyczyć jednej dziedziny medycyny w wielu miejscach w kraju lub wielu dziedzin. Wskazanie województwa jest informacją dodatkową. Decyzja pozostaje w gestii lekarza. Wskazując od razu konkretne miejsca szkoleniowe system może automatycznie po zakończeniu postępowania i sprawdzeniu poprawności formalnej wniosków ułożyć listę rankingową, dając jednocześnie lekarzowi możliwość akceptacji wskazanego miejsca lub udziału w drugiej rundzie.
		18. W art. 16c ust. 2 wprowadzono dodatkowe informacje, które należy złożyć wraz z wnioskiem o szkolenie specjalizacyjne, m.in. wskazanie listu intencyjnego od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata, przedstawienie średniej ocen ze studiów, i in. Za wysoce szkodliwe, uważają opiniujący, faworyzowanie kogokolwiek w postępowaniu rekrutacyjnym, szczególnie w charakterze polecenia dyrektorów jednostek czy jakiejkolwiek formy wskazania personalnego. Jedynym wskaźnikiem rekrutacyjnym musi być, tak jak dotychczas, wynik LEK/LDEK jako najbardziej przejrzysty, wiarygodny, nienaznaczony ewentualną stronniczością.	18.Nieuwzględniona. W obecnie obowiązującym systemie, pracodawca nie ma żadnego wpływu na to, kto przez najbliższe kilka lat będzie jego pracownikiem. W przypadku odmowy przyjęcia lekarza do odbycia szkolenia, podmiot leczniczy traci miejsce szkoleniowe. Należy podkreślić, że bardzo często zdarza się, że specjalizacje chirurgiczne, wymagające nie tylko wiedzy, ale również predyspozycji manualnych, wybierają osoby, które takowych nie posiadają. Zaproponowane rozwiązanie pozwoli nawiązać, np. w trakcie stażu podyplomowego ściślejszą współpracę, sprawdzić predyspozycje lekarza i wtedy wystawić list intencyjny. Jednocześnie, należy podkreślić, że w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, nowelizowanym w wyniku zmienianych rozwiązań ustawowych, punktacja przewidziana za posiadanie listu intencyjnego będzie miała charakter dodatkowy, nie przesądzający jednoznacznie o wyniku postępowania kwalifikacyjnego. Podstawowe znaczenie nadal będzie mieć wynik LEK/LDEK, a pierwszeństwo w skierowaniu będą mieli lekarze już zatrudnieni w danej jednostce. Podobnie wygląda sytuacja z uczestnikami szkół doktorskich. Powinni móc odbywać szkolenie specjalizacyjne w tej samej jednostce. Jest to również forma wsparcia i promowania rozwoju naukowego

		19. Dodatkowo wprowadzone przepisy w ust. 2a-2c jasno wskazują dodanie nowych kryteriów, które będą mogły „przydzielić" rezydenturę konkretnemu lekarzowi – m.in. 3-letni okres zatrudnienia, listy polecające dyrektorów, promotorów doktoratów, zaświadczenia o pracy w uczelni. Celem Zespołu było maksymalnie sprawiedliwe i transparentne przyznawanie rezydentur i miejsc pozarezydenckich. Projektodawca czyni z goła odwrotnie – wprowadza uznaniowość w procesie rekrutacji co należy z całą mocą potępić.	lekarzy. 19.Nieuwzględniona. Uzasadnienie j.w.
		20. W art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom dentystom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego.	20.Nieuwzględniona. Blokowanie wszystkich wolnych miejsc szkoleniowych na rok przed wszczęciem postępowania kwalifikacyjnego, nie wiedząc nawet potencjalnie czy ktoś jest nimi zainteresowany jest skrajnie nierozsądne. Ponadto, należy zwrócić uwagę, że postępowania kwalifikacyjne odbywają się dwa razy w roku. Jeżeli więc postępowanie kwalifikacyjne odbywa się w marcu, a kolejne w październiku, to przy zablokowaniu miejsc na pierwsze rok wcześniej na drugie zostaną jedynie miejsca uwolnione w międzyczasie z jednocześnie rocznym wyprzedzeniem. W rozwiązaniu zaproponowanym przez Zespół, żadne z miejsc, które zwolniłyby się później niż na rok przed danym postępowaniem, nie mogłyby zostać przydzielone. Propozycja Zespołu zatem jest niekorzystna i nieelastyczna.
		21. W dalszym ciągu utrzymano zasadę, że lekarz specjalista nie może odbyć rezydentury nawet jeżeli specjalizację uzyskał w innym niż rezydentura trybie. Nie wprowadzono także możliwości odbycia drugiej rezydentury w przypadkach szczególnie ważnych z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Opiniujący nie rozumieją przyczyn powyższego.	21.Nieuwzględniona. Uważa się za zasadne przyznawanie miejsc szkoleniowych głównie lekarzom nieposiadającym tytułu specjalisty. Lekarz, który posiada już jeden tytuł, a co za tym idzie doświadczenie zawodowe, posiada większe możliwości podjęcia pracy w systemie opieki zdrowotnej lub poza nim. Poza tym zniesiono możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach wolontariatu jako niezgodnego z przepisami unijnymi.
		22. Nie wprowadzono w art. 16f zasady prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w modelu „studiów specjalizacyjnych", dzięki któremu w sposób przejrzysty, jasny, transparentny, a co najważniejsze czytelny dla systemu możliwe byłoby przewidzenie całej ścieżki szkolenia specjalizacyjnego, przewidzenie absencji w jednostce macierzystej i ew. zwolnienie na określony czas miejsca szkoleniowego, kiedy to inny lekarz lub lekarz dentysta mógłby odbyć staż kierunkowy lub moduł podstawowy lub specjalistyczny w tej jednostce. Model taki pozwoliłby również uniknąć chaosu organizacyjnego oraz wymusiłby odbywanie staży kierunkowych bez możliwości blokowania ich odbywania w razie braków kadrowych, jako że program specjalizacji dla lekarza lub lekarza dentysty jest dokumentem nadrzędnym. Kolejnym pozytywnym punktem opisanego modelu byłoby odbywanie kursów i staży kierunkowych we właściwej kolejności – np. kurs wprowadzający, który ustawa przewiduje na pierwszy rok odbywania specjalizacji (obecnie odbywany jest nawet w ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego z powodu braku miejsc). Model ten wymusiłby także na organizatorze prowadzącym szkolenia, m.in. na CMKP, wcześniejsze przygotowanie omawianych kursów oraz wyznaczenie ich dat, co obecnie jest bardzo absorbujące, zupełnie nieprzewidywalne i bezsensowne.	22.Częściowo uwzględniona. Wprowadzono istotne elementy propozycji Zespołu, tj. m.in. dostęp do EKS przez Dyrektora CMKP celem oszacowania potrzeb dot. organizacji kursów specjalizacyjnych, dookreślenie elementów programów szkolenia specjalizacyjnego poprzez wskazanie elementów niezbędnych do zrealizowania w danym okresie. Należy wziąć pod uwagę, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne to jednak nie jest student lecz także pracownik i plan jego szkolenia, w szczególności rozkład staży kierunkowych powinien uwzględniać także zapewnienie prawidłowego funkcjonowania jednostki macierzystej. Ponadto jeżeli programy specjalizacji sztywnie określałyby, na którym etapie szkolenia lekarz ma odbyć dany element, w szczególności staż kierunkowy wymagający zmiany jednostki mogłoby się okazać, że istnieją duże trudności w znalezieniu miejsca do odbycia takiego stażu, Należy

		23. W art.16f ust. 3 pkt 3 wprowadzono konieczność co najmniej półrocznego oddelegowania do pracy w podmiocie z I i II stopniem referencyjności. W opinii oceniających projekt, jakikolwiek nakaz pracy w miejscu innym niż wybrane przez lekarza jest złamaniem zasady wolności wyboru. Nie przewidziano również rekompensaty za delegację, pokrycia diety oraz zapewnienia miejsca zamieszkania na okres tego oddelegowania. Oceniający przewidują niezadowolenie środowiska z takich zapisów. 24. W art. 16i dodano przepisy, po słusznym wprowadzeniu możliwości odmowy dyżurowania przez pierwszy rok specjalizacji, co postulował Zespół, że lekarz odmawiający dyżurów w jednostce podstawowej ma zakaz dyżurowania w innych miejscach. Należy wskazać, że ograniczenie to odbije się ze szkodą na systemie ochrony zdrowia w Polsce poprzez uszczuplenie puli lekarzy podejmujących dyżury medyczne w jednostkach mających problemy z obsadą dyżurową. Należy wskazać, że często lekarze odbywają specjalizacje w ośrodkach wysokospecjalistycznych, gdzie pierwszy rok należy traktować jako poznanie specyfiki pracy, ale nie umniejsza to zdolności i wiedzy do dyżurowania w oddziałach ogólnych w innych jednostkach. 25. Nie wprowadzono klauzuli „opt-out" w stosunku do czasu przypadającego na czas odpoczynku, w ramach minimum 11h nieprzerwanego odpoczynku dobowego przysługującego każdemu pracownikowi po pracy. W opinii oceniających jest to złamanie podstawowych praw pracowniczych i na pełnienie dyżurów medycznych w godzinach obejmujących należny odpoczynek dobowy lub tygodniowy należy wprowadzić odrębną klauzulę opt-out. Każdy człowiek powinien mieć prawo do decyzji - ile pracuje, w jakich warunkach i na jakich zasadach. 26. Wysokość minimalnego wynagrodzenia lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego pozostawiono na skandalicznie niskim poziomie 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, w przeciwieństwie do postulowanych od lat przez środowisko 200% tego wynagrodzenia. 27. Za całkowicie niedopuszczalne opiniujący uznają nowelizację art. 16j ust. 4 w zaproponowanym kształcie. Całe środowisko lekarskie oraz jego formalni przedstawiciele (związek zawodowy, samorząd zawodowy) oraz w wypracowanych przez Zespół założeniach jasno postulowano, że wprowadzenie egzaminu PEM musi wiązać się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia" dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdanym egzaminem PEM w	także zwrócić uwagę, że aktualnie jest ponad 350 wariantów programów specjalizacyjnych i ok. 25 tyś osób odbywających szkolenie specjalizacyjne, a kursy organizowane są przez jednostki na terenie całej Polski. Sytuacja ta znacznie różni się więc od studiów. 23. Nieuwzględniona. Rozwiązanie dotyczy wymienionych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii – a więc w dziedzinach podstawowych. Realizując program szkolenia w jednostkach wysokiej referencyjność, mając do dyspozycji pełną możliwość konsultacji oraz korzystanie z zaawansowanej diagnostyki, a także zupełnie innej organizacji pracy, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne skupia się głównie na procedurach wysokospecjalistycznych. Tymczasem moduł podstawowy służyć powinien nabywaniu pełnej podstawowej wiedzy z danej dziedziny medycyny. Należy podkreślić, że w obrębie każdego województwa znajdują się szpitale udzielające świadczeń na różnych poziomach zabezpieczenia zdrowotnego. 24.Nieuwzględniona. Odmowa dyżurowania dotyczy tylko i wyłącznie pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych. Oznacza to, że lekarz, od pierwszego dnia szkolenia zobowiązany jest odbywać dyżury towarzyszące. Zatem możliwość dyżurowania poza jednostką musiałaby oznaczać pracę ponadwymiarową i brak możliwości pracy w podstawowej jednostce. Poza tym zakaz dotyczy tylko dyżurów medycznych, pełnionych samodzielnie. 25.Nieuwzględniona. Wprowadzenie rozwiązania polegającego na konieczności uzyskania zgody lekarza na dyżurowanie powyżej 5h25' na dobę spowoduje paraliż systemu ochrony zdrowia oraz konieczność zmiany organizacji czasu pracy w szpitalach. Ponadto, wprowadzenie takiego zapisu, zwłaszcza w wersji ogólnej, dla wszystkich lekarzy, oznacza odebranie zarządzającym jednostką systemu ochrony zdrowia zobowiązaną do zapewnienia całodobowej opieki medycznej, instrumentów zapewnienia takiej opieki, w przypadku np. gdyby wszyscy lekarze odmówiliby dyżurowania ponad 5h25'. Podkreślić wymaga, że umowa na szkolenie jest inną umową niż zawierana w celu zatrudnienia na czas określony lub nieokreślony do realizacji świadczeń zdrowotnych. 26.Częściowo uwzględniona. Zmodyfikowano treść przepisu usuwając 70%. 27.Częściowo uwzględniona. Powrócono do dotychczasowego zapisu ust. 4.

		oczach zarządzającego jednostką (co umożliwia indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze). Ustawodawca w projektowanym przepisie uzależnia podniesienie pensji lekarzom rezydentom w formie podwyżki wynagrodzenia, która obecnie obowiązuje po ukończeniu dwóch lat szkolenia specjalizacyjnego, od zdanego egzaminu PEM. W ocenie opiniujących jest to wprost sprzeczne z duchem negocjacji, porozumienia, prowadzonych rozmów oraz zmian proponowanych przez Zespół i realnie pogarsza warunki pracy i płacy lekarzy w trakcie specjalizacji. Nakłada się bowiem na lekarzy ciężar kolejnego egzaminu za co w zamian nie proponuje się realnie nic! Należy wymagać od ministra zdrowia kreowania pozytywnej polityki zatrudnieniowej i płacowej, stanowiąc przykład dla pracodawców indywidualnych, co powinno oznaczać znaczący wzrost wynagrodzenia po podniesieniu swoich kompetencji i zdaniu kolejnego egzaminu. W ocenie opiniujących konieczne jest zastosowanie rozwiązania proponowanego przez zespół, tj. sformułowanie przepisu jak niżej: „Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3, podlega zróżnicowaniu ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury i wynosi: 1) 225% tego wynagrodzenia, dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym nie uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 2) 250% tego wynagrodzenia dla dziedzin innych niż uznane za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM, a także dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu; 3) 275% tego wynagrodzenia dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM.”. Należy wskazać także, że ustawodawca nie precyzuje charakteru większej samodzielności lekarza po egzaminie PEM, nie wskazuje rodzaju i zakresu procedur do samodzielnego wykonywania oraz nie wyznacza mechanizmów promocji lekarzy, którzy na takie rozwiązanie się zdecydują.	
		28. Za naganne i godzące w kierowników specjalizacji, którzy podejmują codzienny trud i odpowiedzialność, by sprawować pieczę nad poprawnym i rzetelnym dbaniem o kształcenie specjalizacyjne młodszych kolegów jest nieuwzględnienie po ust. 7 ust. 7a w brzmieniu: „7a. 1. Kierownikowi specjalizacji za wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 7, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie miesięczne w wysokości 1000 zł brutto za każdego lekarza odbywającego pod jego kierunkiem szkolenie specjalizacyjne.”. W ocenie opiniujących nieuwzględnienie nawet tak niskokosztowego postulatu jest nie do zaakceptowania i będzie wiązało się z coraz większą niechęcią lekarzy specjalistów do podejmowania się roli kierownika specjalizacji. Katalog zadań przypisanych kierownikowi specjalizacji obejmuje bardzo wiele wymogów, które stanowią dla tych osób znaczne obciążenie (nie tylko czasowe), bowiem kierownik w ramach pełnionej funkcji organizuje, nadzoruje i potwierdza uzyskanie wymaganej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych oraz kieruje lekarza na egzamin. Wynagrodzenie, które przewidywał projekt Zespołu i które miało być dodatkiem do wynagrodzenia zasadniczego za każdego specjalizanta byłoby de facto zapłatą za przypisaną odpowiedzialność, która spoczywa na kierowniku specjalizacji, aby dobrze wyedukować lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Kwota 1000 zł brutto jest minimalną, która nie naraża regulatora i pracodawcy (ministra zdrowia) na śmieszność, a jednocześnie pozwoli zachęcić	28.Częściowo uwzględniona. Przewidziano wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji w wysokości 500 zł brutto miesięcznie za 1 specjalizującego się i 1000 zł brutto miesięcznie za dwóch lub więcej lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne po kierownictwem danej osoby.

		lekarzy specjalistów do podejmowania się tej trudnej funkcji. 29. Za całkowicie do odrzucenia, w opinii oceniających uznać należy przepisy dodane art. 16pa-16pi wprowadzające PEM, bez wymienionych wyżej regulacji przyznających przywileje i uprawnienia dla lekarza, który ten egzamin zaliczy. Tym bardziej niegodne wydają się przepisy wewnątrz niniejszych regulacji, np. 2 dni (!) urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu. 30. W art. 16s nie wprowadzono zapisu o przyznaniu 25 dni płatnego urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu PES. Ustawodawca buduje fikcję przyznając jedynie kilka dni na formalne, merytoryczne przygotowanie się do największego egzaminu w toku kariery zawodowej, co należy uznać za przepisy nieodpowiadające realiom i utrzymywaniu wyzysku finansowego i umysłowego pracowników przez urząd nadzorujący. 31. W art. 16t ust. 5 wprowadzono opłatę w wysokości 25% „średniej krajowej" za drugi i kolejny egzamin PES, co wydaje się stanowczo zbyt wysoko ustawioną ceną (ponad 1000 zł obecnie). 32. Nie opublikowano przepisów stanowionych na podstawie art. 16x ust. 1 pkt 6, które opisałyby w szczegółach proces rekrutacji na specjalizacje, co sprawia, że opiniujący nie mają realnej możliwości rzetelnej oceny trybu naboru na specjalizacje i ich zgodności z trybem zaprezentowanym przez Zespół, który to opiniujący uznają za rozwiązanie najbardziej sprawiedliwe, transparentne i wartościowe. 33. Zrównanie dorobku naukowego z odbyciem szkolenia specjalizacyjnego opiniujący uznają za wadliwe i praktycznie mogące przynieść szkodę dla pacjentów. 34. Zmiany w art. 17 dotyczą wprowadzenia certyfikatu umiejętności zawodowej zamiast zaproponowanego przez Zespół certyfikatu umiejętności. Proponowane przepisy nadają uprawnienie przyznawania certyfikatu wyznaczonym przez CMKP ogólnopolskim Towarzystwom Naukowym. Proces certyfikacji Towarzystwo opisuje samodzielnie, natomiast CMKP posiada narzędzia do przeprowadzenia kontroli tego procesu. W wersji Zespołu Certyfikat Umiejętności byłby wydawany przez CEM na podstawie zdania Państwowego Egzaminu Umiejętności lub innego egzaminu, akredytowanego przez CEM. Wydaje się, że wersja Zespołu pozwalałaby na szerszą certyfikację nabywania niektórych umiejętności medycznych, szczególnie w przypadku braku odpowiednich, ogólnopolskich Towarzystw Naukowych. Wydaje się, że przepisy zaproponowane przez MZ uniemożliwiają również uznanie certyfikatów międzynarodowych, co byłoby na szkodę lekarzy oraz zupełnie nielogiczne. 35. Nie dodano postulowanych przez Zespół ust. 12a-12i mówiących, o uprawnieniach Dyrektora CMKP odnośnie kontroli jednostek akredytowanych CMKP. W obecnym stanie prawnym nie ma bowiem możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych", o które często wnioskują lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego. 36. Zaproponowano zapisy odnośnie roli CMKP w kontroli kształcenia, w formie innej niż proponowane przez Zespół. Na ten moment ocena tych zapisów jest trudna, gdyż praktyka będzie wskazywać na ich zasadność i cel wykorzystywania. 37. Za niedopuszczalny i merytorycznie wadliwy uważa się brak nowelizacji współczynników pracy	29.Częściowo uwzględniona. PEM został przewidziany jako egzamin nieobligatoryjny. Należy pamiętać, że PEM zdawany jest w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Dłuższy urlop oznaczałby konieczność wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego. 30.Nieuwzględniona. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że znajomość ogólnodostępnej bazy znacznie ułatwia przygotowanie się do egzaminu PES. Poza tym lekarz ma obowiązek przygotowywać się do tematyki szkolenia na bieżąco oraz ma obowiązek przystąpić do PES w ciągu 5 lat od ukończenia szkolenia. Po tym okresie szkolenie trzeba będzie powtarzać z uwagi na zmieniającą się wiedzę medyczną. 31. Nieuwzględniona. Wysokość opłaty określona została w § 22 ust. 2 rozporządzenia i jest nią obecnie kwota 700 zł. Przepis nie uległ zmianie. 32.Nieuwzględniona. Na tym etapie legislacyjnym nie ma możliwości przedstawiania projektów rozporządzeń. Poza tym nowelizacja niniejszej ustawy spowoduje konieczność wydania co najmniej 5 rozporządzeń, co przy tak pilnym trybie prac nad ustawą jest niemożliwe. 33.Nieuwzględniona. Żaden przepis ustawy, ani obecnej, ani projektowanej nowelizacji nie zrównuje dorobku naukowego z odbyciem szkolenia. Od lat z pozytywnym rezultatem funkcjonuje przepisy art. 16 ust. 4 – 10, które mówią o dorobku naukowym i zawodowym zgodnym z programem szkolenia specjalizacyjnego. 34.Częściowo uwzględniona. W projekcie zaproponowano wariant oparty o model europejskich towarzystw naukowych, w których lekarze certyfikują swoje umiejętności, niekiedy zastępując nawet polski PES. Rozporządzenie, do którego delegacja jest w ustawie określać będzie rodzaje umiejętności oraz kwalifikacje wyjściowe lekarza umożliwiające zdobycie mu certyfikatu. Jednocześnie należy zapewnić, że CMKP będzie miało narzędzia do kontroli jakości certyfikacji. Jednocześnie doprecyzowano zapisy dot. certyfikatów. Wydaje się, że w przypadku zbieżności certyfikatów zagranicznych i polskich, Towarzystwo naukowe może w regulaminie przewidzieć możliwość uznania. 35. Nieuwzględniona. Uprawnienia kontrolne znajdują się w art. 19i. Przepisy te umożliwiają przeprowadzenie kontroli jednostek akredytowanych na każdym etapie szkolenia specjalizacyjnego. 36.Nieuwzględniona. J.w.

		w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Niniejszy projekt ustawy w wielu punktach wprowadza nowe obowiązki i obwarowania formalno-prawne na już skrajnie przeciążonych lekarzy każdego szczebla. Ustawodawca przy okazji dużej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma moralny obowiązek doprowadzić do sprawiedliwych społecznie wynagrodzeń. Konsensualnie przyjęte wskaźniki, zaproponowane w dokumencie Zespołu wymagają niezwłocznego wprowadzenia w życie.	37. Nieuwzględniona. Należy zwrócić uwagę, że propozycje wykraczają daleko poza zakres nowelizowanej ustawy. Projekt nie przewiduje nowych obowiązków dla lekarzy.
		38. Nie wprowadzono żadnych zmian sugerowanych przez zespół w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219), w tym nie wprowadzono definicji dyżuru medycznego, w tym pod nadzorem. Jest to praktyka lekceważąca środowisko i podnoszone od wielu lat głosy o całościowym uregulowaniu kwestii dyżurów medycznych.	38. Nieuwzględniona. Regulacja wykracza poza treść ustawy.
		39. Za skandaliczne i lekceważące środowisko lekarzy specjalistów uważa się pominięcie: a. Ustalenia maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy; b. Normatywnego ustalenia reguł niezaliczania godzin dyżuru medycznego do normy czasu pracy w ramach normalnych godzin pracy; c. Normatywnego ustalenia reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od reguł przewidzianych przepisami Kodeksu pracy. W ocenie opiniujących całkowite pominięcie regulacji dotyczących lekarzy specjalistów, dywersyfikowanie charakteru pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków może być niezgodne z Konstytucją RP. Należy wskazać, iż obecnie lekarz rezydent będzie miał prawo do wynagrodzenia za odpoczynek po dyżurze medycznym a lekarz specjalista lub lekarz będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w innymi niż rezydentura trybie nie. Opiniujący nie widzą uzasadnienia dla takiej dywersyfikacji i traktują wprowadzenie tych przepisów jako umyślne. Tym bardziej budzi to negatywne emocje i należy wskazać, iż po tak wprowadzonych przepisach można spodziewać się protestów i niezadowolenia ze strony lekarzy specjalistów.	39. Nieuwzględniona Przepisy ogólne Kodeksu pracy oraz ustawy o działalności leczniczej gwarantują pracownikom sektora ochrony zdrowia prawa pracownicze, w szczególności czas nieprzerwanego odpoczynku oraz stosownego wynagrodzenia, gwarantując jednocześnie pracodawcy instrumenty zarządzania podmiotem leczniczym działającym całodobowo. Propozycja wychodzi poza Porozumienie zawarte pomiędzy PR OZZL i Ministra Zdrowia. Ponieważ miałaby dotyczyć wszystkich lekarzy wymaga szczegółowej analizy wpływu na sektor ochrony zdrowia i kosztów.
		40. W ocenie opiniujących projekt brak rozporządzeń, przepisów wykonawczych do zmienianych ustaw nie pozwala na rzetelną ocenę zamysłu i wskazań w nowelizowanych ustawach. Całościowo jednak, wobec wybiórczego charakteru nowelizacji, niezgodnego z propozycjami Zespołu, które poparte były badaniami opinii, konsultacjami, głosem środowiska opiniujemy przedstawiony nam projekt negatywnie i oczekujemy wdrożenia w życie zapisów znajdujących się w dokumencie Zespołu, wypełniając tym samym Porozumienie.	40. Nieuwzględniona.Na tym etapie legislacyjnym nie ma możliwości przedstawiania projektów rozporządzeń. Poza tym nowelizacja niniejszej ustawy spowoduje konieczność wydania co najmniej 5 rozporządzeń, co przy tak pilnym trybie prac nad ustawą jest niemożliwe.
		41. Przepisy przejściowe i vacatio legis wielu zmian są zbyt długie – np. możliwość podejścia do PES w trakcie ostatniego roku specjalizacji powinno być możliwe jak najwcześniej.	41.Częściowo uwzględniona. Możliwość przystępowania do PES w trakcie ostatniego roku szkolenia przewidziano od dnia wejścia w życie ustawy. Natomiast dłuższego vacatio legis wymagają przepisy, których wprowadzenie wymaga przebudowy SMK, zmiany programów stażu podyplomowego czy specjalizacji.
		42. W omawianych przepisach nie zawarto jednoznacznie informacji czy kierownik specjalizacji zalicza program specjalizacji na podstawie własnej opinii o specjalizancie. Wymienia się nadal zatwierdzanie poszczególnych procedur medycznych (miano je wprowadzić „blokowo"). Dodatkowo to jednostka szkoląca powinna gromadzić dane na temat lekarzy w trakcie specjalizacji wykazać, że realizują oni program specjalizacji. To jednostkę szkolącą powinno kontrolować CMKP, a nie poszczególnych lekarzy.	42.Częściowo uwzględniona. Zaliczanie będzie się odbywać blokowo i nie będzie dotyczyło poszczególnych procedur. Z przepisów jasno wynika, że to kierownik specjalizacji jest uprawniony do zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego i to on swoim podpisem poświadcza

			realizację szkolenia, z zastrzeżeniem, że jeżeli go nie ma to uprawnionym jest kierownik podmiotu szkolącego. Podstawą w takiej sytuacji jest dokumentacja oraz opinia innych lekarzy. Powyższe podyktowane zostało rzeczywistymi sytuacjami kiedy kierownik rezygnuje z pracy lub umiera. Wystawianie opinii zawodowej przez kierownika specjalizacji wynika z art. 16m ust. 7 pkt 5. Kontroli z mocy art. 19i podlega jednostka szkoląca. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne będą zobowiązani do wypełniania ankiet w sprawie przebiegu szkolenia. Ankiety będą poddawane ocenie również pod kątem jakości kształcenia.
	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	1. W art. 15b ust. 3 proponujemy wykreślenie punktu 8) zlecania czynności pielęgnacyjnych; Uzasadnienie: W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych proponowany zapis stoi w sprzeczności z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 576 ze zm.). W myśl zapisów ww. ustawy czynności pielęgnacyjne wykonuje pielęgniarka, jest ona uprawiona i posiada kwalifikacje do wykonywania tych czynności. Natomiast w przypadku lekarza stażysty, jak wskazano w projekcie ustawy, czynności takie jak: wypisywanie recept, udział w zabiegu operacyjnym, wypisywanie zleceń, może wykonać po konsultacji z opiekunem stażu i pod jego nadzorem, czyli sam wymaga nadzoru. Dlatego, w przekonaniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych lekarz stażysta nie powinien zlecać czynności pielęgnacyjnych, a na pewno nie pielęgniarce uprawionej do wykonywania zawodu oraz przygotowanej do wykonywania świadczeń pielęgnacyjnych na rzecz pacjentów.	1. Nieuwzględniona. Nie kwestionując samodzielności wykonywania czynności pielęgnacyjnych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej, lekarz w trakcie stażu podyplomowego powinien mieć kompetencje do zlecenia wykonania czynności pielęgnacyjnych w sytuacji gdy wymaga ich pacjent, tak jak każdej innej czynności medycznej.
	Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	1. W przytoczonym wyżej projekcie ustawy zapisano tez możliwości zdawania Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko - Dentystycznego Egzaminu Końcowego podczas ostatniego roku studiów medycznych, tj. na szóstym roku kierunku lekarskiego i piątym roku kierunku lekarsko- dentystycznego. W ocenie Okręgowej Rady Lekarskiej prowadzi to do skrócenia studiów medycznych i stwarza ryzyko ograniczenia realizacji programu studiów. Rok szósty na kierunku lekarskim i rok piąty na kierunku lekarsko - dentystycznym powinny być w pełni wykorzystane dla praktycznej nauki zawodu.	1. Nieuwzględniona. Rozwiązanie wprowadzono na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i PR OZZL. Możliwość wcześniejszego zdawania LEK/LDEK nie wpływa na tok i czas trwania studiów.
	Poseł Czesław Hoc Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	1. Stanowisko Komisji Stomatologicznej OIL w Szczecinie w tej sprawie. Projekt ww. ustawy : "...Komisja wyraża stanowczy sprzeciw przeciwko braku w w/w projekcie ustawy zmiany przepisu art. 53 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jak również przepisu art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie zaproponowanym uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. Uchwała ta dotyczyła bowiem podnoszonej od wielu już lat kwestii dopuszczalności zatrudniania lekarzy w ramach indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich. Zaproponowana przez Naczelną Radę Lekarską zmiana legislacyjna prostowałaby wiele błędów i sprzeczności, jakie występują w obecnym brzmieniu art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz 18 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej. Postulowane poszerzenie zakresu możliwego zatrudnienia lekarza, lekarza dentystę o sytuacje: odbywania szkolenia specjalizacyjnego o możliwość zatrudnienia w przypadku stażu kierunkowego, udzielania w praktyce określonego świadczenia zdrowotnego, tytułem zastępstwa podczas choroby lekarza prowadzącego praktykę, oraz jednego lekarza, lekarza dentystę z tytułu stałej współpracy, stanowiło konsensus wypracowany przez Naczelną Radę Lekarską. Tymczasem nie dość, że proponowane przez samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów brzmienie przepisu art. 53 ustawy nie zostało uwzględnione, przewidziana w komentowanym projekcie ustawy treść tego przepisu stanowi jeszcze większe zawężenie możliwości zatrudnienia przez lekarza dentystę innego lekarza lub lekarza dentysty..”	1. Częściowo uwzględniona poprzez wprowadzenie ponownie zapisów odnoszących się do szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych.. Propozycja nowelizacji znacznie wykracza poza zakres zmian ogólnie uzgodnionych w Porozumieniu pomiędzy Ministrem Zdrowia a PR OZZL. Należy podkreślić, że intencją tworzenia indywidualnych praktyk było funkcjonowanie w niej jednego lekarza, po nadzorem którego dodatkowo mogą inni lekarze odbywać kształcenie zawodowe. Po wprowadzeniu do tejże praktyki kolejnego lekarza (będącego w zależności podległej) zacierać się będzie granica między praktyką, a podmiotem leczniczym. Rozszerzenie przepisu wymaga dalszych analiz pod kątem objęcia nowelizacji jednocześnie wielu aktów prawnych.

		W wyniku prywatyzacji sektora medycyny ambulatoryjnej (w tym stomatologii) w latach 90-tych doszło do sytuacji, w której ponad 90% lekarzy dentystów prowadzi własną jednoosobową działalność gospodarczą. Chcąc nie chcąc MUSZĄ oni otwierać te działalności, ponieważ inaczej nie mogliby wykonywać wyuczonego (za państwowe pieniądze) zawodu. Dzieje się tak głównie dlatego, że indywidualne praktyki lekarskie (nawet jeżeli są przygotowane lokalowo i sprzętowo) nie mogą zatrudnić innego lekarza. Pomijając fakt, iż nie każdy młody lekarz stomatolog ma umiejętności i wiedzę na temat prowadzenia własnej firmy (tego w programie studiów medycznych przecież nie ma) należy zaznaczyć, że taka sytuacja formalno-prawna powoduje ogromne problemy w zapewnieniu prawidłowej opieki stomatologicznej mieszkańcom naszego kraju co opisane jest szczegółowo poniżej. Opisana sytuacja, wymaga podjęcia niezwłocznie działań przez ustawodawcę, polegających na całkowitym wykreśleniu z zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przepisu art. 53 ustawy, ograniczającego w jakikolwiek sposób możliwość zatrudnienia przez lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie bądź indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskiej kolegów lekarzy i lekarzy dentystów, jak również uchylenie ust. 7 art. 18 ustawy o działalności leczniczej, wprowadzającego zakaz zatrudniania lekarzy w grupowych praktykach lekarskich. Omawiany zakaz narusza bowiem przede wszystkim konstytucyjną zasadę równości obywateli wobec prawa, a także odbiega od realiów wykonywania działalności gospodarczej i ogranicza swobodę jej prowadzenia. Najistotniejszym zagadnieniem w świetle ww. zapisów, jest dopuszczalność zawierania umów o pracę z lekarzem przez lekarza prowadzącego praktykę zawodową, jak również dopuszczalność zawierania przez praktyki zawodowe umów cywilnoprawnych zarówno z lekarzami nie prowadzącymi własnych praktyk zawodowych, jak i z tymi, którzy praktyki te prowadzą. Problem ten był przedmiotem licznych opinii prawnych, wydawanych na prośbę okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej. Zdaniem Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie przepisy art. 53 uzl interpretowane jako wprowadzające zakaz zatrudniania lekarzy przez lekarzy, odbiegają od realiów wykonywania działalności gospodarczej i ograniczających swobodę jej prowadzenia naruszając przede wszystkim konstytucyjną zasadę równości obywateli wobec prawa oraz możliwość ograniczenia swobody działalności gospodarczej tylko w oparciu o ważny interes publiczny. Wykonywanie zawodu lekarza w ramach zatrudnienia w indywidualnej praktyce lekarskiej z całą pewnością nie ma wpływu na ochronę zdrowia albo na wolności i prawa innych osób, w tym przypadku w szczególności na prawa pacjenta. W zakresie standardów, które muszą zostać spełnione przez lekarza lub lekarza dentystę, który wykonuje zawód w formie indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej, standardy te nie odbiegają od tych, które musi spełniać podmiot leczniczy. W każdym bowiem przypadku podmioty wykonujące działalność leczniczą (czy to w formie podmiotu leczniczego, czy to w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej) muszą spełniać wymogi stawiane przez ustawodawcę odnoszące się np. do warunków technicznych pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, czy też do obowiązkowego ubezpieczenia OC. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, iż jednakowe są wymogi co do minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC, w przypadku podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą inną niż szpitalna oraz w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich (§3 ust. 1 pkt 2, 3 i 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729). Niezrozumiałe jest więc, jaki cel przyświecał ustawodawcy przy wprowadzeniu zapisów niejasnego art. 53 uzl oraz zakazującego zatrudniania lekarzy w grupowych praktykach lekarskich art. 18 ust. 7 udl.	

		Jednocześnie podkreślenia wymaga, że ustawodawca nie uprzywilejowuje również praktyk lekarskich w zakresie konieczności poszanowania praw pacjenta. Lekarze wykonujący zawód w formie praktyk lekarskich muszą w tym zakresie spełniać te same rygorystyczne wymagania co podmioty lecznicze. Stąd też ustawodawca nie różnicując ww. podmiotów pod względem nakładanych nań obowiązków, różnicuje je jednak pod względem przyznanych uprawnień (prawa zatrudniania lekarzy). Uzasadnienia takiego stanu rzeczy, Komisja Stomatologiczna nie odnajduje w uzasadnieniu do projektu ustawy o działalności leczniczej, która to ustawa wprowadziła zakaz zatrudniania lekarzy w grupowych praktykach lekarskich oraz nadała aktualne brzmienie art. 53 uzl. Zdaniem Komisji Stomatologicznej ORL w Szczecinie powyższe zabiegi legislacyjne niezgodne są zarówno z zasadą wolności gospodarczej, jak i z zasadą równości wobec prawa. Z całą pewnością nie można zaś stwierdzić, iż omawiane przepisy zachowują zasadę proporcjonalności. Nie można się zgodzić również z tezą, że zatrudnienie lekarza przez lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej stoi w sprzeczności z ideą czy funkcją indywidualnej praktyki lekarskiej. Lekarz, aby prowadzić swoją działalność gospodarczą poza wymogami natury prawnej, tj. uzyskaniem wpisu w rejestrze praktyk OIL, wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS, zgłoszeniem w urzędzie skarbowym, statystycznym czy ZUS, musi posiadać również znaczne środki finansowe m.in. na uzyskanie tytułu prawnego do pomieszczenia w którym prowadzona będzie działalność, wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny, zakup środków leczniczych, ubezpieczenie, podatek od nieruchomości itp. W przypadku wielu specjalności stanowić to może faktyczną niemoc zorganizowania własnego gabinetu. Do dodatkowych czynników należy dodać czynnik ryzyka gospodarczego, które na początku zawsze będzie znaczny. Nie można zatem wymagać, aby każdy lekarz musiał zostawać przedsiębiorcą, aby móc wykonywać zawód. W tym kontekście umożliwienie zatrudniania w praktykach lekarskich lekarzy i lekarzy dentystów stanowi również szansę dla młodych lekarzy na otrzymanie pierwszej pracy, a dla lekarzy przed emeryturą, którzy ze względu na wiek nie są już w stanie samodzielnie prowadzić działalności lekarskiej, stanowi szansę na pozostanie w zawodzie. Dodatkowo należy podkreślić, że zakaz zatrudniania innych lekarzy czy lekarzy dentystów utrudnia prowadzenie działalności w formie praktyki, przede wszystkim w kontekście zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie czasowej nieobecności, np. z powodu choroby lub wypoczynku (wszystkie związane z prowadzeniem przez lekarza/lekarza dentystę koszty działalności gospodarczej muszą być w tym czasie na bieżąco regulowane). Zaznaczyć w tym miejscu trzeba, iż omawiana problematyka ma ogromne znaczenie praktyczne. W razie bowiem przyjęcia, iż art. 53 uzl wprowadza zakaz zatrudniania lekarzy przez lekarzy wykonujących zawód w formie indywidualnej praktyki zawodowej, lekarz wykonujący zawód w tej formie bezpośrednio po stażu podyplomowym może spotkać się z odmową umieszczenia w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów daty rozpoczęcia zatrudnienia na podstawie umowy zawartej z lekarzem prowadzącym praktykę lekarską, jako daty rozpoczęcia wykonywania zawodu po ukończeniu stażu podyplomowego. Tym samym lekarz taki może w przyszłości być zmuszony do wykazywania, iż w jego przypadku nie wystąpiła 5-letnia przerwa w wykonywaniu zawodu lekarza/lekarza dentysty.	
	Senator Konstanty Radziwiłł	1. Projekt zakłada uchylenie art. 6 ust. 8 ustawy, który zawiera delegacje ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia wzorów dokumentów prawa wykonywania zawodu, nie wprowadzając jednocześnie żadnego innego przepisu regulującego te kwestie ani przepisu przejściowego dotyczącego wzorów dotychczas wydawanych dokumentów. Uzasadnienie nie zawiera wyjaśnień tej zmiany.	1. Nieuwzględniona. Delegacja do wydania wzoru PWZ znajduje się w dodanym art. 7d

		Jednocześnie w ocenie skutków regulacji wskazano, ze do wyliczenia wydatków związanych z realizacją ustawy uwzględniono koszt „wydania elektronicznego dokumentu PWZ (cel działania zastąpienie wersji papierowej dotychczasowego dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza" i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty") wynosi dla 2020 r. -1 243 tys. zł; dla pozostałych lat 2021-2030 (przy założeniu iż wszyscy posiadający papierowe prawo wykonywania zawodu wymienię je na formę elektroniczną wyniesie około 7 mln zł.", co jest kompletnie niezrozumiałe, ponieważ w projekcie ustawy nie ma wzmianki o wydawaniu elektronicznego dokumentu prawa wykonywania zawodu. Kwestia ta wymaga kompleksowego uregulowania oraz powinna zostać szczegółowo objaśniona w uzasadnieniu; 2. W zmienianym art. 7 ustawy w dodawanym: a) ust, 2b - wydaje się, że powinna być określona minimalna nie zaś maksymalna granica długości przeszkolenia, b) ust. 2h - wykreślenie z listy powinno następować w trybie decyzji administracyjnej; 3. W zmienianym art. 9 ustawy w dodawanym: a) ust. la - niejasne jest znaczenie sformułowania „w sposób ciągły", co może wywoływać wątpliwości interpretacyjne, b) z przepisów wprost nie wynika, ze zdobywanie zgody okręgowej rady lekarskiej jest obowiązkiem zapraszającego lekarza. Nawet jeżeli właściwa okręgowa rada lekarska skieruje do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wniosek o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeciwko lekarzowi zapraszającemu, to nie wiadomo na podstawie którego przepisu mógłby zostać uznany winnym przewinienia zawodowego; 4. W zmienianym art. 14a dodawany ust. 11 wydaje się zbędny.	2.Uwagi: a) nieuwzględniona: przy zakładanym 5-letnim maksymalnym okresie pracy na podstawie tego typu prawa wykonywania zawodu, okres szkolenia praktycznego nie może być dłuższy niż 12 miesięcy; b) nieuwzględniona: przepis sformułowany analogicznie do przepisów ogólnych dot. skreślenia z listy. 3. Nieuwzględniona: a) w sposób ciągły oznacza co do zasady bez przerwy przez dłuższy okres czasu i siłą rzeczy musi podlegać ocenie stosownych organów; b) kwestia konieczności uzyskania zgody nie podlega zmianie w projektowanej nowelizacji, lecz z dotychczasowego niezmienianego przepisu. 4.Nieuwzględniona: przepis eliminuje możliwość nieodpłatnego wielokrotnego podchodzenia do egzaminów jedynie celem poprawienia wyniku..
	Dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej	1. **Art.15 ust 3:** Proponuję brzmienie:3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń, realizowanego w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych; Wyjaśnienie: chodzi o szeroko rozumiane zakażenia, zwłaszcza te najczęstsze, bez podkreślania stos. rzadkich takich jak HIV czy HCV); 2. **Art. 15 ust. 4:** Proponuję brzmienie: 2) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, zakresu bezpieczeństwa pacjenta w tym profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń w szczególności bakteriemii, zapalenia wsierdzia, zapalenia kości oraz zakażeń przenoszonych drogą parenteralną; 3. **Art. 15c ust. 9 9.** Szkolenie, o którym mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5, ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5, zapewnia: Proponuję brzmienie: 1) regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa – w zakresie transfuzjologii klinicznej 2) właściwa okręgowa izba lekarska – w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego, profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń Wyjaśnienie: Kwestia właściwej, profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń, w kontekście dramatycznie narastającej oporności drobnoustrojów powinna być jednym z priorytetów kształcenia. Dotyczy wszystkich lekarzy, ponieważ wszyscy w jakimś zakresie leczą zakażenia i stosują antybiotyki – dlatego izby lekarskie powinny włączyć się w szkolenie w tym obszarze. 4. **Art. 16ea. 1.** Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia	1.Uwaga nieuwzględniona: obecne brzmienie przepisu obejmuje wszelkie rodzaje zakażeń podkreślając jedynie Istotność HIV i HCV. 2.Uwaga nieuwzględniona: j. w. 3.Uwaga nieuwzględniona: OIL nie jest właściwą instytucją do prowadzenia tego typu szkolenia. Szkolenie z profilaktyki zakażeń prowadzone jest w ramach stażu cząstkowego z chorób wewnętrznych przez jednostkę prowadzącą ten staż. 4.Uwaga nieuwzględniona: Uważa się za zasadne przyznawanie miejsc

		specjalizacji lub tytułu specjalisty. Chyba należy zrobić wyjątek dla osób chcących się specjalizować w bardzo deficytowych specjalizacjach, w przypadku, gdy przydzielone miejsca rezydenckie nie są wykorzystane; **5.** **Art. 16pe:** Testy na każdy nowy termin egzaminu PEM składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM, o której mowa w ust. 5. Odsetek nowych pytań powinien wynosić min. 50%; **6.** **Art. 16pf. 5.** Zdający PEM w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PEM. Zastrzeżenie składa się do dyrektora CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM. W przypadku uznania zgłoszonego zastrzeżenia, zadanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku egzaminu testowego w stosunku do wszystkich zdających, co odpowiednio obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za zadania unieważnione nie są przyznawane: Takie zastrzeżenie powinno być możliwe do zgłoszenia również po egzaminie, np. w ciągu 48 godz. od opublikowania przez CEM treści pytań egzaminacyjnych. **7.** **Art. 16rb:** a) ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Lekarz, lekarz dentysta, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego i złożył z wynikiem pozytywnym PEM, z zastrzeżeniem ust. 1a, albo który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, oraz lekarz, który ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 albo ust. 16, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.” W takim przypadku po co jest ostatni rok szkolenia specjalizacyjnego? **8.** **Art. 16rc:**a) ust. 5–7 otrzymują brzmienie: „5. Testy na każdy nowy termin egzamin PES składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PES, o której mowa w ust. 5. Odsetek nowych pytań powinien wynosić min. 50%. **9.** **W art. 16rc** należałoby także dodać możliwość wniesienia zastrzeżeń do testowych pytań egzaminacyjnych po egzaminie, np. w ciągu 48 godz. od opublikowania przez CEM treści pytań egzaminacyjnych.	szkoleniowych głównie lekarzom nieposiadającym tytułu specjalisty. Lekarz, który posiada już jeden tytuł, a co za tym idzie doświadczenie zawodowe posiada większe możliwości zarobkowania, poza tym zniesiono możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego nieodpłatnie. 5.Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. 6.Uwaga nieuwzględniona: przepisy jednolite dla wszystkich egzaminów lekarskich. Umożliwiają określenie stosunkowo szybko wyniku egzaminu. 7.Uwaga nieuwzględniona: przepis realizuje postulat środowiska lekarskiego i zapewnia możliwość ciągłości zatrudnienia i płynnego przejścia z etapu specjalizacji do zatrudnienia w charakterze lekarza specjalisty. Jednocześnie nie skraca szkolenia. Lekarz uzyskuje tytuł specjalisty po spełnieniu wszystkich przesłanek. 8.Uwaga nieuwzględniona: patrz pkt 5. 9.Uwaga nieuwzględniona: patrz pkt 7.
	Prof. dr hab. n med. Henryk Skarżyński konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii	**1.** Propozycja środowisk lekarskich wydłużająca czas urlopu szkoleniowego przed Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym (PES) z 6 dni do 14-25 nie została zaakceptowana, a przytaczany argument, iż inne zawody nie mają takich uprawnień nie uwzględnia faktu, iż nie ma innej poza medycyną dziedziny, w której stale następujące zmiany aktualnej wiedzy wymagają ustawicznego szkolenia i byłyby tak szybkie. **2.** Kontrowersyjny jest też zapis dotyczący tego, że lekarz, który wybierze moduł z interny, pediatrii lub chirurgii ogólnej będzie musiał obowiązkowo przepracować pół roku w szpitalu powiatowym. Argumenty o braku pełnego „przekroju” pacjentów w szpitalach klinicznych, wojewódzkich są nietrafne, ponieważ żaden z tych szpitali nie jest zwolniony od przyjmowania każdego ze zgłaszających się pacjentów – nawet tych z najprostszymi schorzeniami.	1.Uwaga nieuwzględniona: W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że znajomość ogólnodostępnej bazy znacznie ułatwia przygotowanie się do egzaminu PES. Po drugie lekarz nie ma obowiązku przystąpić do PES zaraz po zakończeniu szkolenia, a zgodnie z nowymi przepisami ma 5 lat na zdanie egzaminu. Powstaje więc pytanie, kto będzie ponosił koszty takiego urlopu, kto sprawdzać czy urlop nie był już wykorzystany. 2. Uwaga nieuwzględniona.. Rozwiązanie dotyczy tych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii – a więc w dziedzinach podstawowych. Realizując program szkolenia w jednostkach wysokiej referencyjność, mając do dyspozycji pełną możliwość konsultacji oraz zaawansowanej diagnostyki, a także zupełnie innej organizacji pracy, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne pozbawiony jest kontaktu z podstawowymi jednostkami chorobowymi, skupiając się na procedurach

		3. Natomiast możliwość zatrudniania w polskich jednostkach lekarzy, którzy jeszcze nie mają nostryfikowanego dyplomu jest co najmniej kontrowersyjna. Wskazanie, iż jedynymi kryteriami są znajomość języka polskiego i minimum rok pracy pod opieką polskiego specjalisty, jest niewystarczające. W przypadku błędów odpowiedzialność za nie spadać będzie w całości na dyrektora jednostki, który nie będzie się na to godził. Powinno się jednak przewidzieć jednolity egzamin z wiedzy medycznej.	wysokospecjalistycznych. Należy podkreślić, że w obrębie każdego województwa, a większości przypadków w obrębie dużych miast, w tym wojewódzkich znajdują się szpitale udzielające świadczeń na różnych poziomach zabezpieczenia zdrowotnego. Zasadne jest by poznano charakter pracy każdego szpitala. 3.Nieuwzględniona: kryteriów jest znacznie więcej: tytuł specjalisty, doświadczenie zawodowe i udokumentowane co najmniej 3-letnie doskonalenia zawodowe. Przewiduje się umowę o pracę i odpowiedzialność na zasadach ogólnych wynikających z Kodeksu Pracy. Rozwiązanie jest dobrowolne dla pracodawcy i stwarza możliwość, a nie obowiązek zatrudnienia lekarza cudzoziemca.
	Dr hab. n. med. Barbara Remberk Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży	**1.** Art. 14 c ust. 3. „Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK". Na egzaminie znaczącą większość powinny stanowić pytania nowe. **2.** art. 16rc ust. 5. „Testy na każdy nowy termin egzamin PES składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PES.. "Na egzaminie znaczącą większość powinny stanowić pytania nowe. Specjalista jest lekarzem, od którego oczekuje się całkowicie samodzielnej pracy. Nie spełni tego wymogu osoba, która nie jest w stanie samodzielnie rozwiązać nieznanego sobie wcześniej pytania testowego.	1.Nieuwzględniona. Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. 2.Nieuwzględniona: jak w pkt 1.
	Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska konsultant krajowy w dz. pediatrii	**1.** W art. 14c: ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK powinien brzmieć „3. Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składają się z 50% nowych pytań i 50% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK". 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK nie będą sprawdzeniem wiedzy tylko przyswojeniem na pamięć (często bez zrozumienia) – w tym przypadku poprzeczka dotycząca liczby zaliczonych punktów za zdany egzamin powinna być podniesiona. **2.** Art. 15 otrzymuje brzmienie: 3. Lekarz odbywa staż podyplomowy realizując jego program w zakresie: 3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, realizowanego w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych; 4) szkolenia z profilaktyki onkologicznej; 5) szkolenia z leczenia bólu; 6) dwudniowego kursu podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS) z medycyny ratunkowej w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Powinien brzmieć: art. 15 otrzymuje brzmienie: 3. Lekarz odbywa staż podyplomowy realizując jego program w zakresie: 4) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, realizowanego w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych;	1.Nieuwzględniona: Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. 2. Nieuwzględniona. Tematyka zakresu szczepień zawiera się w programach z chorób wewnętrznych, pediatrii i medycyny rodzinnej.

		4) szkolenia z profilaktyki onkologicznej; 5) szkolenia z leczenia bólu; 6) dwudniowego kursu podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS) z medycyny ratunkowej w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny ratunkowej 7) dwudniowego kursu ze szczepień ochronnych w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny rodzinnej. Uzasadnienie: Wzrastająca liczba odmów ze szczepień, brak dostatecznej wiedzy lekarzy na temat szczepień, wiele nieuzasadnionych zwolnień ze szczepień czyni konieczność wprowadzenie tego kursu dla wszystkich lekarzy. Natomiast mam wątpliwości: • czy każdy lekarz musi odbywać szkolenie z transfuzjologii klinicznej na stażu podyplomowym. Kurs w ramach specjalizacji, ukierunkowany na daną dziedzinę jest wystarczający i dużo bardziej praktyczny. • czy każdy lekarz musi wiedzieć o leczeniu AIDS, HCV.	
		3. W art. 16f ustawy modyfikujących zasady przebiegu szkolenia specjalizacyjnego: w ust. 3: – pkt 1 otrzymuje brzmienie:„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 i promocji zdrowia – znów zabrakło elementów profilaktyki w tym szczepień ochronnych; powinno brzmieć: szczególności elementów farmakologii klinicznej, farmakoekonomiki, profilaktyki z uwzględnieniem szczepień ochronnych i promocji zdrowia, onkologii, medycyny paliatywnej (także zmiana kolejności).	3.Nieuwzględniona. Tematyka szczepień jest częścią wpisanej profilaktyki. postulowany zakres wiedzy lekarz zdobywa w trakcie stażu podyplomowego. Nie ma potrzeby powtarzania, zwłaszcza że w zakresie wielu dziedzin specjalistyczna wiedza o szczepieniach ochronnych jest zbyteczna.
		4. Na szczególne uznanie zasługuje dodanie obligatoryjnego stażu w szpitalach pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Zmiana ta jest szczególnie istotna z punktu widzenia uzupełnienia kształcenia o najczęstsze jednostki chorobowe, zwykle nie spotykane w podmiotach akademickich o najwyższym poziomie referencyjnym. Ma to istotne znaczenie zarówno dla wszechstronności kształcenia i uzupełnienia kompetencji sylwetki absolwenta, ale również przyniesie oczekiwany efekt w kierunku znoszenia różnic pomiędzy ośrodkami akademickimi oraz podmiotami niższych stopni referencyjnych. Jednak konieczna jest akredytacja tych ośrodków, a także dokładne doprecyzowanie stopni zabezpieczenia zdrowotnego, bowiem nie w każdej dziedzinie jest to przejrzyste.	4.Uwaga nieuwzględniona. Określenie I i II stopień zabezpieczenia jest regulowany i definiowany ustawowo. Ponadto nie przestaje obowiązywać zasada ogólna, że lekarz odbywa szkolenie jedynie w jednostkach akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, w tym przypadku z interny, chirurgii ogólnej lub pediatrii.
		5. Uchylenie obligatoryjnego kształcenia w ramach kursu z prawa medycznego, orzecznictwa lekarskiego jest nieuzasadnione z punktu widzenia praktyki wykonywania zawodu lekarza we współczesnym świecie, gdzie rosnąca ilość roszczeń nakazuje sukcesywne zwiększenie kompetencji prawnych i orzeczniczych lekarza. Biorąc pod uwagę specyfikę specjalizacji kursy powinny być prowadzone w formie e-learningu dla poszczególnych specjalizacji lub zbliżonych grup specjalizacji. Ponadto powinien być określony rok na których kurs powinien mieć miejsce.	5.Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie orzecznictwa lekarskiego.
		6. W art. 16i: punkt 1b. „Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez 1 rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, chyba że program danej specjalizacji przewiduje prawo do odmowy pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych w dłuższym terminie.” oraz punkt 1d. „Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem	6.Nieuwzględniona: W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że przepis ma charakter fakultatywny. Jeżeli lekarz czuje się na siłach i kierownik specjalizacji wyraża zgodę, nic nie stoi na przeszkodzie samodzielnemu dyżurowaniu. Co do zasady przepis ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów, co zwłaszcza w pediatrii powinno

			lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożliwości wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych, nie może być zobowiązany do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji, przez okres korzystania z wyżej wymienionych uprawnień, nie dłużej niż przez łącznie 24 miesiące w czasie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem.” .Spowodują ogromne problemy w pediatrii, zamknięcie oddziałów pediatrycznych. Jest to dziedzina zdominowana przez kobiety. Program specjalizacji powinien uwzględniać równouprawnienie do nauki, zarobków kobiet i mężczyzn. Ten zapis ogranicza to równouprawnienie. Dyżury nie powinny być traktowane jako zło konieczne tylko element nauki. W programie specjalizacji powinna być dokładnie określona liczba staży, zabiegów, a także godzin dyżurów i w każdym powinna być taka sama dla kobiet i mężczyzn. Jeżeli kobieta czy mężczyzna z przyczyn rodzicielskich lub zdrowotnych nie może realizować staży, zabiegów, a także godzin dyżurowych to program specjalizacji powinien być wydłużony o ten czas. Punkt 1b. ogranicza, a w zasadzie uniemożliwia dyżury w innym miejscu. Kto będzie odpowiedzialny za sprawdzanie czy lekarz, który odmawia samodzielnych dyżurów medycznych w miejscu rezydenckiej umowy o pracę nie pełni dyżurów w innym miejscu. Jakie będą konsekwencje pełnienia dyżurów w innym miejscu i czy w ogóle są przewidziane. Zgoda kierownika specjalizacji i kierownika jednostki z którym podpisana jest umowa rezydencka nie jest w ogóle wymagana- czy to nie powinno być uregulowane? Punkt 1d. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia – a/ nie może być zobowiązany do pracy w miejscu rezydenckiej umowy o pracę – ale już nie ma ograniczenia pracy w innym miejscu, u innego często komercyjnego pracodawcy (obecnie w pediatrii są to częste przykłady podnoszone przez KW w całej Polsce – odmawianie dyżurów u swojego pracodawcy, a wykonywanie pracy w godzinach niejednokrotnie przekraczająca godziny dyżurowe zapisane w programie specjalizacji u innego pracodawcy bez zgody kierownika specjalizacji i kierownika jednostki z którym podpisana jest umowa rezydencka),b/ w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji – zupełnie dla mnie jest niejasne jak będzie to liczone i rozliczne w ramach SMK. c/ ……przez okres korzystania z wyżej wymienionych uprawnień, nie dłużej niż przez łącznie 24 miesiące w czasie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem- czy wliczony jest roczny okres urlopu macierzyńskiego ?. Czy takie same zapisy dotyczą kobiet, które w trakcie specjalizacji będą miały 3 lub więcej rocznych urlopów macierzyńskich? Ustawa nie powinna dyskryminować kobiet, ograniczać ich prawa do nauki, pracy, zarobków.	być priorytetem i lekarzy szkolących się – należy uznać, ze w pierwszym roku szkolenia, lekarz nie jest gotowy do samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych, często w roli jedynego dyżurnego. Brak konieczności wydłużania szkolenia w przypadku korzystania z uprawnień związanych stanem zdrowia, ciążą, uprawnieniami rodzicielskimi były od lat postulatem środowiska lekarskiego.
		7.	Art. 16i punkt 1e. „Czynności zawodowe w przedłużonym okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego mogą być wykonane w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub normalnego czasu pracy.”, Kto będzie decydował jaka forma szkolenia specjalizacyjnego zostanie wybrana: dyżur medyczny lub normalny czas pracy? zapis nieprecyzyjny, przecież lekarz nie zrealizował dyżurów medycznych – to teraz może zamienić na normalny czas pracy?	7.Nieuwzględniona. Lekarz niezależnie od czasu pracy wykonuje te same świadczenia. Przepis ma na celu ułatwienie zakończenia szkolenia.
		8.	Art. 16pd pkt.8 - członkom zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego dany PEM przysługuje wynagrodzenie za udział w pracach tego zespołu w wysokości nie wyższej niż 500 zł dla	8. Uwaga nieuwzględniona. Praca w komisji egzaminacyjnej nie powinna być porównywana do pracy polegającej na udzielaniu świadczeń

		przewodniczącego i nie wyższej niż 300 zł dla członka; oraz zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia zespołu egzaminacyjnego, bez zachowania prawa do wynagrodzenia. Konieczność zmiany bowiem w takim przypadku członkowie komisji dopłacają do egzaminu !!!. Tak jest i obecnie zapisane ale na szczęście jest to różnie obchodzone. Obecnie rezydent z pediatrii za 1 godz. pracy w poradni otrzymuje wynagrodzenie powyżej 100 PLN, a członek komisji egzaminacyjnej (często dr hab., prof.) za 6-8 godz. -300 PLN (a przy PEM -200 PLN), a wynagrodzenie członka komisji jest znacznie wyższe w miejscu jego pracy. Prestiż jest ważny ale może najwyższy czas docenić też zespół egzaminacyjny.	medycznych i cen, które reguluje rynek usług, często lokalny.
		9. Art. 16pe – pkt.4. Testy na każdy nowy termin egzaminu PEM składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM, o której mowa w ust. 5 - 70% pytań wybranych z bazy pytań już znanych, bo opublikowanych nie będą sprawdzeniem wiedzy tylko przyswojeniem jej na pamięć – w tym przypadku poprzeczka dotycząca liczby zaliczonych punktów za zdany egzamin powinna być podniesiona. Proponuję 50% nowych pytań i 50% pytań wybranych z bazy pytań". Takie samo uzasadnienie do PES – art. 16rc.	9. Nieuwzględniona. Testy składać się będą z co najmniej 30% nowych pytań, pozostałe będą zaciągnięte z bazy pytań.
		10. Art. 16pe – pkt.4. Negatywny wynik z PEM nie może być przeszkodą do dalszej kontynuacji przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego. Moje zapytanie – jaki jest sens PEM?. Lekarz, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM jest upoważniony do samodzielnego udzielania świadczeń medycznych (już obecnie lekarz rezydent samodzielnie udziela świadczeń w placówkach komercyjnych lub innych szpitalach, czy w programie specjalizacji może być wprowadzony taki zakaz, czyli może udzielać po zdaniu PEM?) w zakresie wynikającym z programu właściwego modułu podstawowego lub określonej części modułu jednolitego podstawowego oraz pełnienia dyżurów medycznych (po co zdać PEM? Lekarz ma dodatkowe obowiązki - pełnienie samodzielnych dyżurów) – przy takich zapisach mogą być chętni np. do zdania PEM na wiosnę w ostatnim roku szkolenia, a na jesieni PES – wspólna nauka. Dobrze, że jest zapisane, że PES nie można zdawać jak się nie ma zaliczonego PEM.	10.Uwaga częściowo uwzględniona. Zmieniono konstrukcję PEM.
		11. W katalogu podmiotów dodawanych organów w art.3. ust . 5 w pkt 3-9 oraz analogicznie w zmianie w art. 3 ust. 8 pośród dodawanych pkt. 3-9 brakuje kierownika podmiotu prowadzącego staż kierunkowy, co byłoby zgodne z logiką wskazania wszystkich uczestników szkolenia podyplomowego jako podmiotów uprawnionych do posiadania stosownego konta w systemie SMK.	11.Uwaga nieuwzględniona: stosuje się odpowiednio rozwiązania dotyczą podstawowego podmiotu prowadzącego szkolenie i kierownika specjalizacji.
	Lek. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk konsultant krajowy w dziedzinie medycyny	1. Pozycje dotyczące egzaminów lekarskich mogą doprowadzić do sytuacji, w której uzyskanie pozytywnego wyniku egzaminu będzie związane jedynie z posiadaniem wiedzy w zakresie opublikowanych - wraz z pozytywną odpowiedzią - pytań egzaminacyjnych. W moim przekonaniu nie jest to sytuacja prawidłowa. Ponadto w przedmiotowym projekcie nowelizacji ustawy nie przewidziano okresu przejściowego, niezbędnego do zebrania odpowiedniej liczby pytań w bazie pytań egzaminacyjnych.	1.Nieuwzględniona: Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. Okres przejściowy jest: 1 stycznia 2021 – rok od przewidywanego wejścia w życie ustawy.
		2. **Art. 14c ust. 3** Proponowany przepis nie przewiduje okresu przejściowego, który jest niezbędny do utworzenia zestawu pytań pozostających w bazie pytań. Przepis może wejść w życie dopiero po utworzeniu co najmniej 10-ktrotności liczby pytań w LEK. Proporcja liczby pytań w LEK pozostających w bazie pytań oraz nowych nie może determinować pozytywnego wyniku egzaminu. Przy pozostawieniu proporcji źródła pytań do LEK jak w projekcie, należy wskazać minimum udzielonych prawidłowych odpowiedzi powyżej 80% w celu uzyskania pozytywnego wyniku LEK. Proponuje się wejście w życie przepisów pkt 3 po 1.01.2025. Propozycja zapisu:	2.Nieuwzględniona. Bazę pytań przygotuje CEM, a egzamin w oparciu o tę bazę pytań będzie obowiązywał o d 1 stycznia 2021 r.

	rodzinnej oraz Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy rodzinnych w Polsce	Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składają się z 50%nowych pytań i 50% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK, o której mowa wust.4. Nowe pytania i testy są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu LEK i LDEK lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Dodaje się tekst: „Za opracowanie nowych pytań przysługuje wynagrodzenie dla autorów w wysokości określonej przez Ministra Zdrowia.”.	
		3. **Art. 15 ust. 7**: Zaproponowana zmiana nie precyzuje maksymalnego czasu realizacji stażu podyplomowego. Propozycja zapisu: 7. Okres stażu podyplomowego wynosi 12 miesięcy.	3.Nieuwzględniona. Okres minimalny ma na celu zapewnienie pewnego standardu gwarantującego jakość stażu podyplomowego. Jednocześnie rozwiązanie jest elastyczne, gdyż przy tworzeniu programu stażu w akcie wykonawczym może się okazać, że realizacja wszystkich elementów stażu wymaga przedłużenia powyżej ustawowe minimum.
		4. **Art. 15a ust. 7:** Okres wskazany w projekcie prowadzi do zbędnego wydłużenia czasu, w którym wykształcony lekarz nie wykonuje zawodu samodzielnie. Propozycja zapisu: 7. Lekarz stażysta, który nie ukończył albo nie odbył stażu podyplomowego w terminie 2 lat od dnia uzyskania prawa wykonywania zawodu, odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie zawartej z podmiotem wskazanym przez właściwą okręgową radę lekarską, w której określa się zakres wzajemnych zobowiązań. Właściwa okręgowa rada lekarska przyznaje temu lekarzowi ponownie prawo wykonywania zawodu określone w art. 5 ust. 7 oraz art.7 ust. 2.	4.Nieuwzględniona. Przepis odnośnie długości PWZ przyznany na odbycie stażu podyplomowego pozostaje niezmieniany bieżącą nowelizacją. Celem jego jest odbycie stażu bez konieczności dodatkowych formalności w postaci wnioskowania do OIL o przedłużenie prawa wykonywania zawodu. Należy pamiętać, że w trakcie stażu możliwa jest ciąża, urlop macierzyński, itp. Nie obserwuje się zjawiska nadmiernego przedłużania stażu podyplomowego.
		5. **Art. 15b ust. 3 pkt 7:** Udzielanie informacji o stanie zdrowia powinno się odbywać po konsultacji z opiekunem. Propozycja zapisu: 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta po konsultacji z opiekunem;	5.Uwaga nieuwzględniona. Przepis ogólny przewiduje nadzór opiekuna nad wskazanymi czynnościami. Ponadto, wszystkie działania lekarza są konsultowane z opiekunem stażu. Dąży się także do dużej samodzielności lekarzy w trakcie stażu.
		6. **Art. 15c ust. 2 pkt 1:** W strukturach podmiotów leczniczych znajdują się komórki organizacyjne, w których udzielane świadczenia zdrowotne nie są zgodne z programem stażu (np. w komórce organizacyjnej gabinet lekarza POZ nie muszą być udzielane świadczenia w zakresie medycyny rodzinnej). Propozycja zapisu: 2. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest obowiązany spełniać następujące warunki:1) posiadać w swojej strukturze organizacyjnej zakład leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych umożliwiających zrealizowanie programu co najmniej jednego stażu cząstkowego, lub co najmniej jednej części programu stażu cząstkowego w ramach komórek organizacyjnych, **w których udzielane są świadczenia zdrowotne** o profilu odpowiadającym programowi stażu podyplomowego;	6.Nieuwzględniona. Jeżeli w komórce organizacyjnej nie są udzielane świadczenia o profilu odpowiadającemu programowi stażu nie zostanie wpisany na listę podmiotów prowadzonych przez Marszałka.
		7. **Art. 15c ust. 2 pkt 2**: Lekarze posiadający więcej niż jedną specjalizację i udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie jednej z posiadanych specjalności medycznych w podmiocie leczniczym prowadzącym staż podyplomowy, nie powinni nadzorować realizacji stażu podyplomowego w zakresach, w których opiekun nie udziela świadczeń zdrowotnych (np. Lekarz posiadający specjalizację anestezjologii i ginekologii-położnictwa wykonujący zawód jako anestezjolog). Propozycje zapisu: 2) zatrudniać lekarzy posiadających kwalifikacje zawodowe i wykonujących zawód w zakresach odpowiadających rodzajowi zajęć teoretycznych i szkoleń praktycznych określonych programem stażu podyplomowego lub jego części;	7.Nieuwzględniona. Opiekunem jest osoba o wskazanych kwalifikacjach zawodowych, która uczestniczy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w miejscu odbywania stażu podyplomowego.
		8. Art. 15c ust. 6: Zmiana formy prawnej może wiązać się ze zmianami kadrowymi, które uniemożliwią realizację stażu podyplomowego lub jego części. Propozycja zapisu: 6. W	8. Nieuwzględniona. Proponowany zakres pkt 2 znajduje się w przywoływanym w przepisie ust. 2, co do którego jednostka składa

			przypadku zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż, podmiot ten może nadal prowadzić staż podyplomowy, staż cząstkowy lub część stażu **pod warunkiem spełnienia pkt 2 ust 2 art 15c**, do czasu ponownego wpisu na listę podmiotów uprawionych, jeżeli złoży marszałkowi województwa w terminie 14 dni od dnia zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż oświadczenie o spełnianiu wymagań, o których mowa w ust. 2 albo 3.	oświadczenie o spełnieniu wymogów.
	Prof. Dr hab. Med. Krzysztof Czajkowski konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	1.	**Strona 18.**w art. 9:a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: „Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, nieposiadający prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale posiadający to prawo w innym państwie, może prowadzić, teoretyczne i praktyczne nauczanie zawodu lekarza lub brać udział w konsylium lekarskim i wykonywać zabiegi, - czy wykonując takie zabiegi podlega ubezpieczeniu i odpowiedzialności z tytułu powikłań. Takiej odpowiedzialności podlega każdy lekarz mający prawo wykonywania zawodu w Polsce. Czy prawo jest takie samo dla osoby wykonującej zawód bez prawa wykonywania zawodu. Uważam, że taki wpis jest szalenie niebezpieczny, nawet pomimo treści zawartych w ust 2. wobec niejasności stwierdzenia „powtarzającego się w sposób ciągły uczestnictwa lekarza w czynnościach” Może stanowić furtkę do zatrudniania przez jednostki służby zdrowia mające problemy z obsadą lekarzy bez uprawnień wykonujących zabiegi (lub dyżurujących) co kilka dni, a więc nie w sposób ciągły.	1.Nieuwzględniona – taki przepis zawsze był obecny w przepisach polskich. Umożliwia on wybitnym lekarzom z zagranicy przeprowadzać w Polsce zabiegi lub uczestniczyć w konsyliach. Odpowiedzialność rozkłada się na zaproszonego, zapraszającego i na podmiot leczniczy.
		2.	**Strona 23:** art. 15, pkt 3. podpunkt 1) uważam, że staż powinien obejmować również położnictwo i ginekologię. Jest to jedna z podstawowych dziedzin medycyny, dotyczy połowy społeczeństwa i choroby z tej dziedziny stanowią znaczną część problemów zdrowotnych społeczeństwa – nowotwory narządu rodnego zajmują pierwsze miejsca w częstości.	2. Nieuwzględniona. Zakres stażu podyplomowego został zmieniony w odpowiedzi na postulaty samorządu zawodowego. Ginekologia i położnictwo może być częścią stażu w ramach tzw. spersonalizowanej części.
		3.	**Strona 69, 70, 71:** Artykuł 16.punkt a oraz c do d. „6. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, za pomocą SMK, szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, - czy w ogóle jest niezbędna funkcja kierownika specjalizacji w przypadku dorosłej osoby po studiach i stażu. Moim zdaniem jest potrzebne aby osoba specjalizująca się uzgodniła plan specjalizacji z kierownikiem oddziału w którym aktualnie pracuje. Zaliczenie poszczególnych etapów powinno być dokonywane przez osoby kierujące oddziałem, prowadzące kurs, szkolenie itp. Forma zaliczenia powinna być zaplanowana i udokumentowana w postaci np. oceny. To przecież osobie specjalizującej się powinno zależeć na zdobywaniu wiedzy i wykonywaniu procedur. W obecnej formie w systemie poszczególne etapy szkolenia potwierdza kierownik specjalizacji, który na dobrą sprawę nie wie na ile rzeczywiście specjalizant uczestniczył aktywnie w danym etapie jeśli ma on miejsce poza oddziałem. Oczywiście jest to pytanie o rolę kierownika- kontroler czy mentor?	3. Nieuwzględniona. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której na oddziale przebywa czasem do kilkunastu lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne i za wszystkich odpowiada, szkoli i podejmuje decyzje kierownik oddziału. Proponowane w niniejszej nowelizacji przepisy zmierzają w kierunku istotnego wzmocnienia relacji kierownik specjalizacji – specjalizant jako relacji uczeń-mistrz.
		4.	Artykuł 16.punkt „4a. Całkowita liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne wdanej jednostce akredytowanej nie może być wyższa niż trzykrotność sumy wymiaru etatów lub ich równoważników przypisanych do tej jednostki kierowników specjalizacji.” – to oznacza, że w oddziale zatrudniającym 5 lekarzy ma możliwość odbywania specjalizacji aż 15 młodych adeptów medycyny. Moim zdaniem w ten sposób tworzy się sytuację, w której wcześniej czy później dojdzie do poświadczenia nieprawdy. Specjalizacja w dziedzinie szczególnie zabiegowej wymaga wykonania konkretnych procedur i w końcowym etapie posiadanie konkretnych umiejętności praktycznych. Proponowany system 3/1 być może będzie możliwy do realizacji w dziedzinach niezabiegowych.	4.Nieuwzględniona. Podana liczba jest liczbą maksymalną. Liczba miejsc szkoleniowych uzależniona jest od akredytacji, na którą wpływ ma znacznie więcej czynników niż tylko liczba specjalistów.
		5.	**Strona 87:** Punkty 19), 20), 21). Uważam, że nie można postawić równoważnika pomiędzy	5.Nieuwzględniona. Oprócz dorobku naukowego zawsze wymagany jest

			posiadaniem stopnia naukowego a umiejętnościami zawodowymi. Znam doktorów habilitowanych, którzy dopiero po osiągnięciu stopnia naukowego zaczęli uczyć się praktycznej medycyny. Istnieje ryzyko, że uznanie automatyczne stopnia naukowego jako umiejętności zawodowej spowoduje powoływanie na stanowiska kierownicze osób bez odpowiednich umiejętności praktycznych i doświadczenia zawodowego.	także udokumentowany dorobek zawodowy odpowiadający programowi szkolenia specjalizacyjnego.
	Dr hab. n. med. Mariusz Szuta Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej	**1.** **2.** **3.** **4.**	W projekcie ustawy brak jest regulacji odnośnie do uznawania lekarzom będącymi obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, specjalizacji uzyskanej poza krajami UE chociażby w aspekcie konieczności złożenia PES. Projekt ustawy zakłada, że każdy nowy egzamin LEK/LDEK oraz PES będzie składał się z 30% nowych pytań oraz 70% pytań wybranych z bazy pytań – strona 22 i 84 projektu. Moim zdaniem wprowadzenie bazy pytań znacząco wpłynie to na obniżenie poziomu wiedzy lekarzy specjalistów, gdyż nauczą się na pamięć tylko pytań z opublikowanego źródła, zresztą często bez zrozumienia. W artykule 7 dodano ust. 2a – 2k strony 14-16 projektu dotyczące możliwości przyznania prawa do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa UE, ale nie doprecyzowano programu szkolenia uzupełniającego, czasu jego trwania itp. Kto będzie nadzorował takie szkolenie i na czyj wniosek. Decyzję o aktualizacji programów specjalizacji należy pozostawić w gestii konsultantów krajowych, bez narzucania konieczności ich zmian warunkowanych jedynie upływem czasu, a istotnymi wskazaniami wynikającymi z aktualizacji wiedzy medycznej. Zabezpieczy to przed koniecznością funkcjonowania równoległego wielu trybów specjalizacji.	1.Nieuwzględniona: takie regulacje są w przepisach dotychczasowych. Nie ma potrzeby wprowadzania zmian. 2.Nieuwzględniona: Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. Lekarz uczy się przez cały okres specjalizacji. Kierownik specjalizacji posiada instrumenty by tę wiedzę weryfikować. 3.Nieuwzględniona. OIL określa długość szkolenia. Nadzoruje je opiekun wyznaczony przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarza. 4.Nieuwzględniona. Dynamiczny postęp wiedzy medycznej narzuca konieczność aby raz na 5 lat zrobić przegląd programów specjalizacji. Przepis nie oznacza wcale, że muszą być one radykalnie zmienione.
	Dr hab. n. med. Grzegorz Teresiński konsultant krajowy w dz. medycyny sądowej	1.	Zgodnie z proponowanym brzmieniem Art. 15b. ust 1 ”lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza […]”, natomiast ust. 3 pkt. 10 tego samego artykułu stanowi, iż lekarz stażysta jest uprawniony m.in. do stwierdzania zgonu (bez jakichkolwiek ograniczeń wymienionych w pozostałych punktach). Tymczasem wraz z zaproponowanym dodaniem nowego Art. 16oa, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny będzie miał prawo do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji lub kierownika stażu (pkt 1), w tym do stwierdzania zgonu (lit. „g”).Powstaje zatem pytanie, czy intencją Prawodawcy było ujednolicenie uprawnień stażysty i specjalizanta w aspekcie prawa do stwierdzania zgonu czy też zróżnicowanie tych uprawnień, jednak dlaczego lekarz w trakcie specjalizacji musi najpierw uzyskać zgodę kierownika, a lekarz stażysta nie ma w zasadzie nałożonych żadnych ograniczeń?.	1.Nieuwzględniona. Stwierdzenie zgonu jest umiejętnością ogólną. Wynika ono już z kształcenia przeddyplomowego na studiach wyższych. Każdy lekarz, niezależnie od wybranej w późniejszym etapie specjalizacji musi samodzielnie potrafić wykonać podstawowe czynności medyczne przypisane do zawodu lekarza, jakimi są np. reanimacja czy stwierdzenie zgonu. Tymczasem art. 16oa odnosi się do czynności specjalistycznych objętych programem szkolenia specjalizacyjnego.
	prof. dr hab. n. med. Beata Kawala konsultant krajowy w dz. ortodoncji	**1.** **2.** **3.**	W projekcie ustawy brak jest regulacji odnośnie do uznawania lekarzom będącymi obywatelami Rzeczpospolitej Polskiej, specjalizacji uzyskanej poza krajami UE. Należy dążyć do uznania specjalizacji zdobytej poza UE, wprowadzając wymóg zdania PES w danej dziedzinie lub odbycie stażu uzupełniającego. Projekt ustawy zakłada możliwość zdawania LEK oraz LDEK przed uzyskaniem dyplomu lekarza i lekarza dentysty (odpowiednio po 10 i 8 semestrze studiów) – strona 21. Studenci na tym etapie nie są przygotowani do zdawania LEK i LDEK, gdyż nie zdali jeszcze egzaminów dyplomowych. Co w sytuacji, gdy student, uzyskując pozytywny wynik LEK/LDEK w kolejnych semestrach nie uzyska pozytywnych wyników z egzaminów dyplomowych. Projekt ustawy zakłada, że każdy nowy egzamin LEK/LDEK oraz PES będzie składał się z 30%	1. Nieuwzględniona. Takie regulacje są w przepisach dotychczasowych. Nie ma potrzeby wprowadzania zmian. 2. Nieuwzględniona. Projekt przewiduje fakultatywną możliwość. De facto z terminów egzaminów wynika, że lekarz będzie miał możliwość podejścia do egzaminu w trakcie ostatniego semestru studiów. Zdanie LEK/LDEK nie oznacza skrócenia studiów. Lekarz, aby uzyskać PWZ i rozpocząć staż podyplomowy musi uzyskać dyplom ukończenia studiów. 3. Nieuwzględniona. Przedstawione rozwiązanie ma charakter

		nowych pytań oraz 70% pytań wybranych z bazy pytań – strona 22 i 84 projektu. Moim zdaniem relacja powinna być 50% na 50%. **4.** Program specjalizacji opracowuje się, co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizuje w razie potrzeby, zgodnie z postępem wiedzy medycznej. Należy decyzję o aktualizacji programów specjalizacji pozostawić w gestii konsultantów krajowych, bez narzucania konieczności ich zmian warunkowanych jedynie upływem czasu, a istotnymi wskazaniami wynikającymi z aktualizacji wiedzy medycznej.	kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego 4. Nieuwzględniona. Dynamiczny postęp wiedzy medycznej narzuca konieczność aby raz na 5 lat zrobić przegląd programów specjalizacji. Przepis nie oznacza wcale, że muszą być one radykalnie zmienione.
	Prof. zw. dr hab. n. med. MansurRahnama konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej	1. W projekcie ustawy brak jest regulacji odnośnie do uznawania lekarzom będącymi obywatelami Rzeczpospolitej Polskiej, specjalizacji uzyskanej poza krajami UE. W mojej opinii należy dążyć do uznania specjalizacji zdobytej poza UE, wprowadzając wymóg zdania PES w danej dziedzinie. 2. Projekt ustawy zakłada możliwość zdawania LEK oraz LDEK przed uzyskaniem dyplomu lekarza i lekarza dentysty (odpowiednio po 10 i 8 semestrze studiów) – strona 21. W mojej opinii studenci na tym etapie nie są przygotowani do zdawania LEK i LDEK, gdyż nie złożyli jeszcze dyplomowych egzaminów z kluczowych przedmiotów klinicznych. Ponadto brak jest propozycji regulacji sytuacji, w której student, uzyskując pozytywny wynik LEK/LDEK w kolejnych semestrach nie uzyska pozytywnych wyników z egzaminów dyplomowych. 3. Projekt ustawy zakłada, że każdy nowy egzamin LEK/LDEK oraz PES będzie składał się z 30% nowych pytań oraz 70% pytań wybranych z bazy pytań – strona 22 i 84 projektu. Moim zdaniem w przedstawionym projekcie nie powinno stosować się zasady użycia bazy pytań. Podważa to stopień weryfikacji wiedzy egzaminowanych lekarzy, gdyż stworzenie bazy pytań, które dostępne będą dla zdających, spowoduje uczenie się przez nich zadań z odpowiedziami na pamięć. Zakładając że pułap zaliczenia na egzaminie testowym wynosi 60% poprawnych odpowiedzi, zdający będą przygotowywać się jedynie poprzez naukę na pamięć bazy pytań, co pozwoli im zaliczyć egzamin bez nauki z podręczników. Znacząco wpłynie to na obniżenie poziomu wiedzy lekarzy specjalistów. 4. W art. 7 dodano ust. 2a – 2k strony 14-16 projektu dotyczące możliwości przyznania prawa do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa UE. W mojej opinii warunki stawiane lekarzom specjalistom spoza UE są niewystarczające, a przepisy je regulujące – nieprecyzyjne. Prawo do wykonywania zawodu mogą otrzymać lekarze bez nostryfikacji dyplomu, jedynie na podstawie opinii opiekuna szkolenia praktycznego. Nie jest doprecyzowany program takiego szkolenia, minimalny czas jego trwania, brak wskazanych procedur leczniczych obowiązkowych do uzyskania pozytywnej opinii opiekuna szkolenia. Niejasne pozostaje, kto może zostać opiekunem szkolenia praktycznego i na jakich warunkach. 5. Projekt ustawy w artykule 17, strona 88 wprowadza możliwość uzyskania przez lekarza „certyfikatu umiejętności zawodowej". Moje wątpliwości budzi celowość tego rozwiązania oraz ocena wagi uzyskanych tą drogą umiejętności. Czy np. lekarz posiadający certyfikowaną umiejętność w zakresie chirurgii stomatologicznej będzie traktowany równorzędnie ze specjalistą w tej dziedzinie, czy też odwrotnie, umiejętność będzie nadrzędna względem posiadanej specjalizacji? 6. Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, nieposiadający prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale posiadający to prawo w innym państwie, może	1.Nieuwzględniona. Takie regulacje są w przepisach dotychczasowych. Nie ma potrzeby wprowadzania zmian. 2.Nieuwzględniona. Projekt przewiduje fakultatywną możliwość. De facto z terminów egzaminów wynika, że lekarz będzie miał możliwość podejścia do egzaminu w trakcie ostatniego semestru studiów. Zdanie LEK/LDEK nie oznacza skrócenia studiów. Lekarz, aby uzyskać PWZ i rozpocząć staż podyplomowy musi uzyskać dyplom ukończenia studiów. 3.Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione rozwiązanie ma charakter kompromisowy pomiędzy głosami środowiska samorządu zawodowego i Porozumienia rezydentów, a stanowiskiem wspierającym utrzymanie dotychczasowego stanu prawnego. 4.Uwaga częściowo uwzględniona. Przepisy zostały doprecyzowane. O czasie trwania szkolenia decyduje OIL. Procedury nie mogą być wskazane w ustawie gdyż wynikają z programów szkolenia specjalizacyjnego, które za granicą odbył dany lekarz. 5.Nieuwzględniona. Certyfikaty umiejętności nie zastąpią szkolenia specjalizacyjnego. Umiejętność nie będzie pokrywać się programem szkolenia istniejących specjalizacji. To zupełnie inny rodzaj kształcenia podyplomowego. 6.Nieuwzględniona. Każdy lekarz udzielający świadczeń medycznych w Polsce musi być ubezpieczony. Albo przez pracodawcę albo samodzielnie.

		prowadzić, teoretyczne i praktyczne nauczanie zawodu lekarza lub brać udział w konsylium lekarskim i wykonywać zabiegi, których potrzeba wynika z tego konsylium lub programu nauczania, jeżeli czynności te nie są powtarzane w sposób ciągły. – aby wykluczyć sytuację, kiedy praktycznie każdy lekarz z innego kraju mógł leczyć bez prawa wykonywania zawodu wydanego w RP – należy uregulować kwestie odpowiedzialności zawodowej takiego lekarza, zwłaszcza w związku z wykonywanymi procedurami medycznymi. Niezmiernie istotne jest określenie, kto i na jakich zasadach ubezpiecza lekarza niezarejestrowanego żadnej Okręgowej Izbie Lekarskiej, ponieważ w przypadku lekarzy zarejestrowanych w Izbach Lekarskich istnieje obowiązek posiadania takiego ubezpieczenia. 7. Art. 16ea. 1. Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji, lub tytułu specjalisty – proponowany zapis nie uwzględnia sytuacji, w której lekarz odbył posiadaną specjalizację w trybie pozarezydenckim. Uniemożliwienie realizacji rezydentury lekarzom, którzy posiadają już tytuł specjalisty w innej dziedzinie, zablokuje możliwość uzyskania rezydentury tym lekarzom, którzy poprzednią specjalizację uzyskali w trybie np. w trybie wolontariatu. 8. Program specjalizacji opracowuje, co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizuje w razie potrzeby, zgodnie z postępem wiedzy medycznej, zespół ekspertów powołany i odwoływany przez dyrektora CMKP. Program specjalizacji redaguje CMKP i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia – w praktyce każdy nowy konsultant będzie mógł to zmienić i może to spowodować kształcenie specjalizacyjne według różnych programów specjalizacji. Należy decyzję o aktualizacji programów specjalizacji pozostawić w gestii konsultantów krajowych, bez narzucania konieczności ich zmian warunkowanych jedynie upływem czasu, a istotnymi wskazaniami wynikającymi z aktualizacji wiedzy medycznej. 9. W art. 16r: a) ust. 3–6 otrzymują brzmienie: „3. Podmioty, o których mowa w ust. 2, dokonują weryfikacji, o której mowa w ust. 1, oraz zwracają się, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów wojewódzkich o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji przez kierownika specjalizacji. Konsultant wojewódzki dokonuje weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. W przypadku braku konsultanta wojewódzkiego właściwym jest konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny. 83 4. W przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, właściwy konsultant, o którym mowa w ust. 3, przed dokonaniem weryfikacji, o której mowa w ust. 3, może zwrócić się do właściwego konsultanta do spraw obronności kraju o opinię – należy umożliwić konsultantom krajowym w danej dyscyplinie sprawowanie nadzoru nad prawidłowością procesu weryfikacji czy szkolenie specjalizacyjne lekarzy odbywało się zgodnie z programem specjalizacji. Dlatego proponuję, aby na wniosek konsultanta krajowego, odpowiedni konsultanci wojewódzcy mieli możliwość udostępnienia wydanych decyzji, ich uzasadnień oraz posiadanych dokumentów w celu oceny przez konsultanta krajowego prawidłowości procesu weryfikacji. 10. Dyrektor CMKP jest uprawniony do kontroli towarzystw naukowych w zakresie: 1) zgodności ze stanem faktycznym informacji, o których mowa w ust. 4 pkt 1–6; 2) spełniania warunków	7.Uwaga nieuwzględniona. W kwestii opisanej pkt 9 nic się nie zmieniło. Na mocy obecnie obowiązujących przepisów lekarz, który posiada już tytuł specjalisty nie może korzystać z rezydentury. 8.Uwaga nieuwzględniona. Dynamiczny postęp wiedzy medycznej narzuca konieczność aby raz na 5 lat zrobić przegląd programów specjalizacji. Przepis nie oznacza wcale, że muszą być one radykalnie zmienione. 9.Uwaga nieuwzględniona. Konsultant Krajowy zachowa dostęp do EKS chociażby ze względu na konieczność oceny szkolenia w przypadku braku powołania konsultanta wojewódzkiego. 10.Uwaga nieuwzględniona. Przepisy sformułowane analogicznie do kontroli szkolenia specjalizacyjnego.

		określonych w regulaminie, o którym mowa w ust. 19; 3) zapewnienia odpowiedniej weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarzy ubiegających się o uzyskanie certyfikatu właściwego dla danej umiejętności zawodowej gwarantującej wysoką, jakość świadczeń medycznych udzielanych w ramach posiadanej umiejętności zawodowej. 8. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez dyrektora CMKP do wykonywania czynności kontrolnych. Osoby, o których mowa w ust. 8, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo: 1) wstępu do pomieszczeń dydaktycznych; 2) udziału w zajęciach w charakterze obserwatora; 3) wglądu do prowadzonej przez organizatora kształcenia dokumentacji przebiegu certyfikowania; 4) żądania od organizatora kształcenia ustnych i pisemnych wyjaśnień; 5) badania opinii uczestników kształcenia i kadry dydaktycznej. 10. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który powinien zawierać: 1) nazwę i adres siedziby towarzystwa naukowego; 2) miejsce odbywania certyfikacji; 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych; 4) imiona i nazwiska osób wykonujących te czynności; 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 towarzystwo naukowe oraz o przyczynie tej odmowy – należy doprecyzować kryteria oceny oraz co to znaczy „stwierdzone nieprawidłowości”, ponadto czy kontrole CMKP mają mieć charakter cykliczny, czy tylko uznaniowy- na wniosek Dyrektora CMKP.	
	Prof. dr hab. n. farm. Włodzimierz Opoka konsultant krajowy w dziedzinie analityki farmaceutycznej	1. Strona 3, linijka 12 od góry: proponuję zapis ".... Komisji, wynosić będzie nie wyżej (lub więcej) niż 750 zł. 2. Strona 4, linijka 5 od góry: propozycja prowadzenia centralnego rozdziału miejsc specjalizacyjnych we wszystkich dziedzinach medycznych jest słuszna pod warunkiem, że będzie prowadzony stały nadzór i możliwość wprowadzenia modyfikacji w zależności od zapotrzebowania w poszczególnych regionach Kraju. 3. Strona 4, linijka 2 od dołu: idea egzaminu prowadzonego przez CEM, w którym 70% pytań będzie z puli opublikowanej przez CEM, a 30 pytań będzie nowych jest słuszna, można tylko ewentualnie zastanowić się nad proporcją, 60% pytań z opublikowanej bazy, a 35 % pytań nowych, zakładając, że dany egzamin będzie zdany, jeżeli uczestnik egzaminu odpowie pozytywnie na 65% pytań. 4. Strona 5, pkt 9): można rozważyć wprowadzenie dwóch trybów dla lekarzy obcokrajowców, realizowanych dla lekarzy posiadających specjalizację uzyskaną w krajach w Unii Europejskiej i w krajach spoza UE (w zależności od kraju odpowiedni nadzór opiekuna w Polsce), a także wziąć pod uwagę stopień znajomości języka polskiego. 5. Należy dopracować zasady odbywania dyżurów przez osoby specjalizujące się w kwestii samodzielności ich odbywania w zależności od decyzji opiekuna. 6. Opiekun osoby specjalizującej się powinien mieć możliwość skrócenia szkolenia specjalizacyjnego o maksymalnie 30 dni. 7. Należy bardzo docenić opiekunów specjalizacji poprzez wprowadzenie możliwie korzystnych warunków zatrudnienia.	1. Nieuwzględniona. Finansowanie wszystkich komisji jest jednakowe. 2.Nieuwzględniona. Nie będzie możliwości wprowadzania modyfikacji i „ręcznego” kwalifikowania na specjalizację. Cały proces będzie odbywał się w sposób elektroniczny. 3.Nieuwzględniona. Procent pozytywnych odpowiedzi będący zaliczeniem egzaminu pozostaje bez zmian. 4. Nieuwzględniona. Tryb uznawania kwalifikacji zdobytych w UE już funkcjonuje w przepisach. 5. Częściowo uwzględniona- akceptację do prowadzenia samodzielnych dyżurów medycznych będzie dawał kierownik specjalizacji. Do samodzielnych dyżurów będzie również uprawniał zaliczony PEM. 6. Nieuwzględniona. Kierownik specjalizacji może wyłącznie wnioskować o skrócenie szkolenia specjalizacyjnego. 7. Częściowo uwzględniona. Kierownicy specjalizacji otrzymają dodatek do wynagrodzenia.
	Prof. dr hab. Maria	1. Art. 16 ust. 4, 5, 6 - rezygnacja z zapisu o zaliczeniu osobom ze stopniem dr hab. dorobku	1. Nieuwzględniona. Uznanie zawsze wymaga także udokumentowanego

	Małgorzata Sąsiadek Konsultant krajowy w dz. genetyki klinicznej	naukowego i doświadczenia zawodowego, jako równoważnego z odbyciem staży specjalizacyjnych. Stopnie naukowe w określonej dziedzinie np. medycyna, genetyka kliniczna, nie stanowią weryfikacji wiedzy specjalistycznej, klinicznej habilitanta, a jedynie jego znajomości wycinka wiedzy teoretycznej. Takie osoby maja niekiedy ogromna wiedzę z zakresu prowadzonych badań naukowych, ale nie zawsze dysponują odpowiednim zakresem wiedzy praktycznej, objętej programem specjalizacji. Niekiedy, trudno będzie powołanej Komisji zweryfikować uzyskane dane dotyczące zakresu przebytego szkolenia przez Kandydata. Zwracam uwagę, ze jako konsultant krajowy weryfikuję zaświadczenia o odbytych kursach i stażach i mam w tym zakresie spore, ale nie zawsze pozytywne, doświadczenie. Program specjalizacji wymaga nauki praktycznej wiedzy o jednostkach chorobowych oraz uczy interakcji z pacjentem i jego rodziną. Żaden tytuł naukowy nie zastąpi tego doświadczenia a wyróżnianie grupy naukowców „bonusem" w realizacji programu specjalizacyjnego należy traktować jako nierówny dostęp do specjalizacji. Podsumowując, uważam, że negatywne konsekwencje proponowanego zapisu będą przeważały nad korzyściami, gdyż otwarcie ścieżki „skróconej" specjalizacji będzie prowadziło do pojawienia się w Polsce osób z tytułem specjalisty, nie posiadających wymaganej w programie specjalizacji, wiedzy klinicznej, co jest równoznaczne z wprowadzeniem zagrożeń zdrowotnych dla pacjentów.	dorobku zawodowego zbieżnego z programem właściwego szkolenia specjalizacyjnego.
	Dr hab. n. med. Teresa Sierpińska konsultant krajowy w dz. protetyki stomatologicznej	1. Jeśli chodzi o możliwość zatrudnienia lekarzy specjalistów spoza Unii Europejskiej należałoby jasno określić, w jaki sposób zostanie dokonana weryfikacja znajomości języka polskiego przez te osoby (Art.7. 2a.) Egzamin nostryfikacyjny już sam w sobie weryfikuje znajomość języka, gdyż odbywa się w języku polskim. 2. Jeśli chodzi o możliwość przystąpienia do LEK i LDEK po ukończeniu 10 lub odpowiednio 8 semestrów z sześcio lub odpowiednio pięcioletnich studiów jednolitych (Art.14a. 3-5) moją wątpliwość budzi fakt, iż LEK- Lekarski Egzamin Końcowy, LDEK- Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy jest jak sama nazwa wskazuje egzaminem końcowym, czyli po odbyciu całego cyklu szkolenia przeddyplomowego. Zatem wydaje się bezcelowe umożliwienie przystąpienia do tego egzaminu przed zakończeniem studiów. 3. Jeśli chodzi o staż podyplomowy to uważam, iż w przypadku lekarzy dentystów opiekunem stażu w przypadku braku specjalizacji powinna być osoba, która wykonuje swój zawód przez okres nie krótszy niż 5 lat, gdyż 3 lata (Art. 15b. 1.), to zbyt krótki czas, żeby nabyć odpowiednie umiejętności w zakresie możliwości szkolenia młodych lekarzy dentystów. 4. W Art. 15g. 3. opisano funkcję koordynatora stażu i ustawowo zagwarantowano mu wynagrodzenie. Niestety opiekun stażu, który bezpośrednio nadzoruje lekarza stażystę nadal pozostaje bez wynagrodzenia, dotyczy to także kierownika specjalizacji, któremu również ustawowo nie przyznano wynagrodzenia nakładając na niego kolejne obowiązki 5. W Art.17.1 umożliwia się lekarzowi/ lekarzowi dentyście uzyskanie certyfikatu umiejętności zawodowej. Jak do tej pory w stomatologii nie zdefiniowano żadnej umiejętności, która mogłaby podlegać takiej certyfikacji. W powyższym zapisie nie określono również, kto zatwierdza program szkolenia certyfikowanego. W systemie specjalizacji każdy kurs jest opiniowany przez konsultanta krajowego, niestety w systemie certyfikacji umiejętności nie wiadomo, kto pełni nadzór merytoryczny nad prowadzonym szkoleniem i czy kończy się ono egzaminem (jakim?), potwierdzającym nabycie umiejętności. 6. W Art. 19 opisuje się kto może prowadzić szkolenia wchodzące w zakres ustawicznego	1.Nieuwzględniona. Przepisy dot. weryfikacji języka polskiego już funkcjonują. 2.Nieuwzględniona. Projekt przewiduje fakultatywną możliwość. De facto z terminów egzaminów wynika, że lekarz będzie miał możliwość podejścia do egzaminu w trakcie ostatniego semestru studiów. Zdanie LEK/LDEK nie oznacza skrócenia studiów. Lekarz, aby uzyskać PWZ i rozpocząć staż podyplomowy musi uzyskać dyplom ukończenia studiów. 3.Nieuwzględniona. Przepisy dotychczasowe ograniczały możliwość realizacji stażu podyplomowego. 4.Nieuwzględniona w zakresie opiekuna stażu, którym może być również lekarz po zdanym PEM. Opiekun pełni swoją funkcję stosunkowo krótko. 5.Nieuwzględniona. Wszystkie rodzaje umiejętności zostaną zidentyfikowane w rozporządzeniu. Nadzór pełnić będzie CMKP. Sposób certyfikacji określać będzie towarzystwo naukowe oraz instytut badawczy. Należy podkreślić, ze już obecnie Towarzystwa naukowe wydają certyfikaty, uznawane przez NFZ z różnych umiejętności. 6.Nieuwzględniona. Taką funkcję pełni samorząd zawodowy

		rozwoju zawodowego. Nie określa się jednak, kto sprawuje nadzór merytoryczny nad szkoleniem w przypadku organizowania go przez tzw. inne podmioty zwane dalej organizatorami szkolenia. Należy jasno określić, kto zatwierdza program szkolenia w takim przypadku.	
	Centrum Egzaminów Medycznych	1. W art. 14a pozostawia się ust. 3 i 4 w dotychczasowym brzmieniu; Uzasadnienie: Projektowane przepisy wprowadzają możliwość składania Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK) przez studentów ostatnich lat studiów. Rozwiązanie to nie jest potrzebne i zasadne, skoro w dotychczasowym modelu zainteresowani mogą przystępować do tych egzaminów de facto trzykrotnie zanim muszą się wylegitymować świadectwem LEK/LDEK w celu uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu: bezpośrednio po zakończeniu studiów oraz w ciągu stażu podyplomowego. Poza tym wprowadzenie takiego postanowienia wymagałoby szerszej regulacji dotyczącej weryfikacji uprawnień do składania tego egzaminu przez studentów: zaangażowania dziekanatów uczelni medycznych, wprowadzenia odpowiednich kanałów informacyjnych między uczelniami a organami weryfikującymi uprawnienia zainteresowanych, czyli okręgowymi izbami lekarskimi. Ponadto konieczne byłoby też dokonanie zmian w SMK, pozwalających na założenie konta przez takie osoby i nadanie im szczególnego statusu. W przedłożonym do konsultacji projekcie brak jest takich regulacji. 2. W art. 14a ust. 7 pozostawia się pkt 8 w dotychczasowym brzmieniu. Uzasadnienie: Uchylenie zmian tego przepisu jest następstwem wyłączenia możliwości składania LEK/LDEK przez studentów. 3. W art. 14a ust. 8 otrzymuje brzmienie:„8. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK, o którym mowa w ust.5, po raz trzeci i kolejny oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym, o którym mowa w art. 5 ust. 4, zgłaszający wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie wyższej niż 10% 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. Opłatę egzaminacyjną pobiera dyrektor CEM i stanowi ona dochód budżetu państwa. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania zgłoszenia, o którym mowa w ust. 5. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia upływu terminu składania zgłoszeń, o których mowa w ust. 5.”Uzasadnienie: Zaproponowane w projekcie brzmienie przepisu skutkowałoby przyjęciem rozwiązania, zgodnie z którym osoba, która nie zda egzaminu w pierwszym terminie ewentualnie do niego nie przystąpi (nota bene bez względu na przyczynę) nie musi wnosić opłaty egzaminacyjnej. W efekcie opłatę tę uiszczałaby tylko osoba, która po uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu, lecz niesatysfakcjonującego, zgłosiłaby się ponownie do LEK/LDEK. Posunięcie takie jest całkowicie niezrozumiałe, gdyż promuje osoby, które nie przygotowały się dostatecznie do egzaminu albo bez powodu na niego nie przybyły, a piętnuje osoby, które ambitnie zamierzają poprawić wynik. Wydaje się zatem, że rozwiązanie to jest sprzeczne z ideą sprawiedliwości społecznej. W opinii CEM dotychczasowe regulacje dotyczące odpłatności za LEK i LDEK nie wymagają zmiany i przyczyniają się do podniesienia frekwencji osób zdających, a tym samym efektywności	1. Nieuwzględniona – postulat uwzględniono na wniosek środowiska młodych lekarzy i samorządu zawodowego 2.Nieuwzględniona – jw. konsekwencja ust. 3 i 4 3. Nieuwzględniona - ustawa nie promuje finansowo osób które chcą poprawić LEK/LDEK, a jedynie daje możliwość przystąpienia do niego bezpłatnie po raz drugi w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

			ekonomicznej organizacji tych egzaminów. Jeśli jednak projektodawca jest przekonany o potrzebie zwiększenia liczby bezpłatnych podejść do egzaminu CEM postuluje wprowadzenie po prostu odpłatności za trzecie i kolejne zgłoszenie do LEK i LDEK w języku polskim (ew. także obcym). Ponadto pozostawia się postanowienie, że wartość opłaty zostanie określona w rozporządzeniu, a nie przez Dyrektora CEM. Nie ma bowiem uzasadnienia dla zmiany dotychczasowych przepisów, które gwarantują większą stabilność regulacji (rozporządzenie Ministra Zdrowia), a tym samym zabezpieczają prawa osób zdających.	
		4.	W art. 14a uchyla się wprowadzenie ust. 11.Uzasadnienie:Zmiana ta jest pochodną postulowanych zmian ust. 8, w którym wprowadza się odpłatność wymaganą przy trzecim i kolejnym zgłoszeniu do LEK/LDEK w języku polskim.	4. Nieuwzględniona- konsekwencja ust. 3 i 4
		5.	W art. 14c pozostawia się ust. 3 i 4 w dotychczasowym brzmieniu Uzasadnienie: Wprowadzenie zasady, według której 70% pytań na LEK i LDEK będzie jawnych przed egzaminem, spowoduje, że zarówno średni uzyskiwany wynik jak i zakres wyników uzyskiwanych przez osoby zdające ulegnie znacznemu podwyższeniu. Należy się spodziewać, że blisko połowa zdających osiągnie wyniki przekraczające maksymalne wyniki dotychczas występujące na tych egzaminach. W efekcie osoby legitymujące się wcześniejszymi wynikami LEK/LDEK nie będą w stanie konkurować w postępowaniu kwalifikacyjnym przed rozpoczęciem specjalizacji. Ponadto, funkcja kwalifikacyjna LEK i LDEK ulegnie znacznemu osłabieniu, ze względu na znaczne zawężenie zakresu wyników uzyskiwanych przez wszystkich zdających. Należy także oczekiwać, że zdawalność pojedynczego LEK/LDEK przekroczy 99% (łącznie z grupą osób, które ukończyły studia za granicą, lub w języku angielskim). Podważa to sens definiowania LEK/LDEK jako egzaminu licencyjnego, od którego zdania uzależnione jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu. Jeśli intencją projektodawcy jest zwiększenie odsetka lekarzy uzyskujących pozytywny wynik LEK/LDEK (w szczególności wśród lekarzy, którzy ukończyli uczelnie zagraniczne) to cel ten można znacznie łatwiej osiągnąć obniżając próg zaliczenia egzaminu, co jednocześnie nie wpłynie negatywnie na rolę kwalifikacyjną tych egzaminów w procesie przydzielania miejsc na szkolenie specjalizacyjne (patrz uwaga nr 13).	5. Nieuwzględniona – realizacja postulatu jawności pytać z decyzją ograniczenia ich do 70%.
		6.	W art. 14e ust. 4 zd. 1 otrzymuje brzmienie:„4. Pozytywny wynik LEK albo LDEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 50% maksymalnej liczby punktów z testu”. Uzasadnienie: Zgodnie z uwagą numer 10 i jej uzasadnieniem CEM wskazuje, że jeśli intencją projektodawcy jest zwiększenie odsetka osób, które zdały LEK/LDEK, to najprostszym sposobem jest obniżenie progu zaliczenia. Należy w tym miejscu podkreślić, że już obecnie odsetek absolwentów polskich uczelni, po studiach w języku polskim, którzy mimo 3 prób zdania egzaminu nie uzyskali świadectwa LEK/LDEK mieści się średnio w granicach 2%, a dla wielu roczników absolwentów poszczególnych uczelni wynosi 0%. Oznacza to, że wszystkie osoby z danego rocznika, które zgłosiły się do LEK/LDEK są w posiadaniu odpowiedniego świadectwa złożenia tego egzaminu. Według danych CEM gdyby próg egzaminu wynosił 50% w gronie blisko 50 tysięcy osób, które przystępowały do LEK/LDEK (lub wcześniej LEP/LDEP) znalazłoby się około 20 osób po studia w języku polskim, które nie zdałyby tego egzaminu (tak więc odsetek niepowodzeń spadłby poniżej 1 ‰). Inaczej wygląda zdawalność w gronie lekarzy kończących uczelnie zagraniczne i	6. Nieuwzględniona- intencją projektodawcy nie jest tylko podwyższenie progu zdawalności

		kierunki anglojęzyczne. W tych grupach obniżenie progu do 50% nie spowodowałoby 100% zdawalności egzaminu, jednak znacznie zredukowałoby odsetek osób z trwałym niepowodzeniem.	
		7. Art. 16pe ust. 4 otrzymuje brzmienie:„4. Indywidualny zestaw pytań testowych dla każdego zdającego PEM składa się co najmniej z 50% pytań wybranych z bazy pytań PEM, o której mowa w ust. 5, opublikowanych w tej bazie nie później niż 4 miesiące przed terminem danego PEM.” Uzasadnienie: Proponuje się uproszczenie przyjętego modelu konstruowania testu. W myśl art. 16pe ust. 5 będzie tworzona ogólnodostępna baza pytań. Z pytań tych będzie konstruowany indywidualny test, przy czym pytania pochodzące z bazy będą musiały stanowić min. 50%. Wprowadza się też wymóg, by pytania wchodzące w skład testu były z jednej strony znane dostatecznie wcześnie, tj. na min. 4 miesiące przed danym PEM (co koreluje z postanowieniem, iż egzamin jest organizowany w ciągu 4 miesięcy od zgłoszenia), z drugiej strony zapewnia możliwość ciągłej aktualizacji tej bazy. CEM proponuje obniżenie minimalnego odsetka pytań pochodzących z publicznie dostępnej bazy, tak by dostosować go do progu zaliczenia PEM, wynoszącego 60% poprawnych odpowiedzi. W przypadku pozostawienia tego odsetka na poziomie 70% zdający mógłby ograniczyć swoje przygotowania jedynie do zapoznania się z bazą pytań i mieć pewność zdania PEM. Biorąc pod uwagę, że projektodawca nie przewiduje ocen z PEM, uzyskanie wyniku 61% będzie miało dla lekarza takie same konsekwencje jak uzyskanie wyniku 99%. Tak więc minimalny odsetek pytań na teście pochodzących z bazy, o której mowa w art. 16pe ust. 5 powinien być niższy od progu zaliczenia egzaminu, aby projektowany przepis ust. 7, dotyczący publikacji źródeł bibliograficznych, miał zastosowanie praktyczne.	7. Nieuwzględniona- reguła jak w innych egzaminach
		8. W art. 16rc nie wprowadza się zmian ust. 5-7 i pozostawia dotychczasową treść tych przepisów Uzasadnienie: CEM proponuje pozostawienie bez zmian aktualnie obowiązującego modelu testowej części PES. Projektodawca nie przedstawił w projekcie uzasadnienia dla zmian w tym zakresie, ale można domniemywać, że jego ideą było ułatwienie lekarzom zdawania egzaminu testowego. Tymczasem dane CEM świadczą że zdawalność ta już w obecnym systemie jest bardzo wysoka: spośród 38528 lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli szkolenie i przystąpili do PES w latach 2009-2018, tytuł specjalisty uzyskało 36378 osób (94,4%). PES w obecnym kształcie stanowi silny bodziec do dogłębnego przestudiowania aktualnej literatury w danej specjalności, co stanowi ważny czynnik podnoszący poziom wiedzy teoretycznej lekarzy specjalistów i podnosi jakość opieki zdrowotnej. Tymczasem wprowadzenie przewidzianej w projekcie zasady, że test PES składa się w 70% z pytań znanych zdającym przed egzaminem spowoduje, że do jego zdania (i to na ocenę dość dobrą) wystarczające będzie zapoznanie się jedynie z bankiem pytań testowych. Pytania testowe (dobrze przygotowane) są bardzo dobrym narzędziem sprawdzania wiedzy, natomiast bardzo złym źródłem wiedzy. Ucząc się poprzez zapamiętywanie pytań testowych można poznać proste fakty, ale nie można zrozumieć mechanizmów je łączących, co w zawodzie lekarza jest szczególnie potrzebne. Ponadto, przewidziana w projekcie baza pytań z natury rzeczy będzie zawierała szereg pytań nieaktualnych – niezgodnych z ze stanem wiedzy w momencie przeprowadzania egzaminu. Tym samym projektowany system będzie wymuszał na lekarzach zapamiętywanie nieaktualnych informacji. Tak więc, CEM przewiduje, że wprowadzenie projektowanej zasady źle wpłynęłoby na poziom wiedzy lekarzy, a tym samym bezpieczeństwo pacjentów, a ponadto zwiększyłoby koszty PES, podnosząc koszty organizacji ustnej części PES.	8. Nieuwzględniona –ustawodawca przewiduje (na wniosek Zespołu) wykorzystanie do testu pytań udostępnionych jednakże w zakresie 70% pytań testowych z udostępnionej bazy pytań.

		9. W art. 16t ust. 6 otrzymuje brzmienie:„6. Lekarz może przystąpić do PES w okresie 3 lat od potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art.16r ust. 6 pkt 1. Okres ten może być wydłużony o 2 lata za zgodą właściwego konsultanta krajowego, po ponownym odbyciu kursów lub szkoleń objętych programem specjalizacji, wskazanych przez tego konsultanta. Informację o przedłużeniu okresu składania PES konsultant krajowy zamieszcza w SMK.”; Uzasadnienie: Proponowany przepis wyposaża konsultanta krajowego w kompetencję skierowania lekarza, który nie zdał PES w okresie 3 lat od potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, na dodatkowy kurs lub kursy. W tej drodze lekarz może uzupełnić swą wiedzę i lepiej przygotować się do PES. Następnie będzie mógł przystąpić do PES w przedłużonym okresie. Dyrektor CEM musi posiadać informację na temat takiego przedłużenia, konieczne jest więc jej zamieszczenie w SMK. Jednocześnie sugeruje się wprowadzenie przepisów przejściowych, z których wynikałoby, że wobec lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, terminy te liczone są od daty wejścia jej w życie.	9. Nieuwzględniona – przepis analogiczny jak dla stażu podyplomowego
	Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	**1.** Ad pkt 18) art. 15 ust. 1 i 5., w związku z pkt 19) art. 15c ust. 8 i 9 oraz w związku z pkt 25) art. 16f ust. 3 pkt 2 Zgodnie z treścią zmiany obszar wiedzy objęty dotychczas kursami obowiązkowymi objętymi programami wszystkich specjalizacji zostanie przeniesiony do programu stażu podyplomowego, dotyczy to m.in. kursu z zakresu zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego i bioetyki. Natomiast zgodnie z art. 15c ust. 8 jedynymi podmiotami uprawnionymi do prowadzenia tych kursów (orzecznictwo lekarskie, bioetyka i prawo medyczne) będą okręgowe izby lekarskie. Postulujemy aby podmiotami uprawnionymi na podstawie art. 15c ust. 9 do prowadzenia tego rodzaju szkoleń były również uczelnie medyczne, CMKP oraz medyczne instytuty badawcze. W art. 16f ust. 3 pkt 2 uchyla się lit. c – e – tj.: kursy w zakresie ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego oraz prawa medycznego. Należy rozważyć, czy skreślenie to powinno faktycznie dotyczyć wszystkich dziedzin szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i czy przeniesienie kursów do stażu podyplomowego ma faktycznie uzasadnienie merytoryczne, również z perspektywy wykorzystania już stworzonego w uczelniach medycznych potencjału i zaplecza do szkoleń z zakresu medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego. Należy mieć na uwadze niekiedy wielomilionowe inwestycje uczelni medycznych w pracownie zaawansowanej symulacji medycznej (medycyny ratunkowej/ratownictwa medycznego), które (wyłącznie) na rzecz izb lekarskich, tracą możliwość ich wykorzystania w procesie szkolenia specjalizacyjnego/kształcenia podyplomowego. W opinii CMKP prostszym, korzystniejszym tańszym i bardziej efektywnym rozwiązaniem byłaby weryfikacja programów obowiązkowych dla wszystkich specjalizacji kursów (ratownictwo medyczne, prawo medyczne, zdrowie publiczne), pod kątem zoptymalizowania ich treści i czasu trwania. Jest to również mechanizm w pełni kontrolowany przez Ministra Zdrowia – jako podmiot zatwierdzający programy specjalizacji. Postulujemy – jako optymalne rozwiązanie, odrzucenie w całości zmian w tym obszarze nowelizacji. **2.**Ad pkt 42) art. 16x ust. 1 Proponujemy dopisanie CMKP jako podmiotu, którego opinii zasięgnie minister właściwy do spraw zdrowia przed wydaniem przedmiotowego rozporządzenia. **3.**Ad pkt 43) art. 17 ust. 5 i następne Przepis nakazuje dyrektorowi CMKP dokonanie wpisu każdego towarzystwa naukowego do rejestru (a priori), nie dając żadnego mechanizmu uprzedniej weryfikacji, a tym samym jakiejkolwiek rękojmi dla	1. Nieuwzględniona. OIL będzie mógł w tym zakresie współpracować z innymi podmiotami, jednocześnie mając nadzór nad szkoleniem. 2. Nieuwzględniona- CMKP zawsze opiniuje projekty rozporządzeń, właściwe ze względu na realizowane przez tę jednostkę zadania na etapie ich projektowania lub na etapie konsultacji publicznych. 3. Nieuwzględniona – co do zasady kontroluje się jednostki wpisane do rejestru, które poprzez wpis nabrały stosowne uprawnienia. Natomiast kontroli uprzedniej można poddawać wpływające do CMKP dokumenty

		wydawanych przez towarzystwo certyfikatów. Uprawnienie do skontrolowania towarzystwa pojawia się dopiero po dokonaniu wpisu na publiczną (a zatem w sposób dorozumiany „publicznie uwiarygodnioną") listę. Tak prowadzona lista nie może mieć jednak rzetelnego przymiotu wiarygodności. W opinii CMKP konieczne jest stworzenie mechanizmu uprzedniej akredytacji/weryfikacji warunków, poprzedzającej uzyskanie wpisu na listę. Zwraca uwagę np. zapis (ust. 20) według, którego towarzystwo sporządza program certyfikacji – przepis nie wskazuje jednak w jakim czasie, ani tego, że taki program jest warunkiem uzyskania wpisu na listę. Również kolejność przepisów w tym artykule wskazuje, że sporządzenie regulaminu organizacji i prowadzenia certyfikacji oraz sporządzenie programu certyfikacji ma charakter wtórny w stosunku do uzyskania wpisu na listę prowadzoną przez CMKP. W opinii CMKP przepis wymaga gruntownej zmiany – przynajmniej poprzez wprowadzenie postępowania „akredytacyjnego" poprzedzającego uzyskanie wpisu na listę. **4.**Ad pkt 50) art. 19g CMKP wielokrotnie postulowało zmianę brzmienia tego przepisu wykluczającą możliwość realizowania kursów objętych programami specjalizacji przez wszystkie podmioty wymienione w art. 19 ust. 1, tj. również przez tzw. „organizatorów kształcenia". Najczęściej wiedza objęta programami kursów ma charakter bardzo kliniczny, wymaga szczególnych kompetencji, doświadczenia i zaplecza klinicznego, którym nie dysponują podmioty mieszczące się w pojęciu „organizatorów kształcenia". Zasadność organizowania niektórych kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji, szczególnie przez podmioty wymienione w art. 19 ust 1 pkt 3 budzi wątpliwości, co do jakości merytorycznej tych kursów. Mimo tego podmioty takie uzyskują pozytywne opinie konsultantów krajowych. Od strony formalno-prawnej otwiera im to drogę do uzyskania wpisu na listę kursów prowadzonych przez CMKP. Problem ten był wielokrotnie sygnalizowany przez CMKP. Nadal pozostaje nierozwiązany. W opinii CMKP uprawnionymi do prowadzenia kursów objętych programami specjalizacji powinny być co do zasady wyłącznie podmioty wymienione w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, a inne podmioty tylko o ile tak stanowi program specjalizacji (zatwierdzony przez Ministra Zdrowia – co pozostawia realną kontrolę nad kręgiem podmiotów uprawnionych do organizowania kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji). Co więcej – nadal utrzymany został warunek uzyskania pozytywnej opinii konsultanta, jako przesłanka uzyskania wpisu na listę. Również ten mechanizm w praktyce często budzi kontrowersje. Bywa on (niestety) wykorzystywany jako mechanizm zamykający drogę pewnym podmiotom do organizowania kursów, wyłączenie w celu zagwarantowania organizacji tych kursów innym podmiotom, (np. macierzystej dla określonego konsultanta uczelni, bądź instytutu). Dodatkowo z uwagi na fakt, że część kursów szkoleniowych jest systematycznie „zamawiana" przez CMKP na rynku, w mechanizmie zamówień publicznych (odpłatnie), warunek uzyskania pozytywnej opinii jest często przesłanką gwarantującą dodatkowy zysk podmiotowi, który taką opinię uzyska. (Przykład: określona uczelnia medyczna jest gotowa zorganizować kurs w ramach dotacji z MZ, jednak nie uzyskuje pozytywnej opinii konsultanta, kurs nie może być zorganizowany w tym trybie i występuje konieczność zamówienia go w przetargu. W przetargu ofertę składa inny podmiot, uzyskuje pozytywną opinię i organizuje kurs odpłatnie z budżetu CMKP). CMKP odnotowywała również przypadki sztucznego zawyżania cen kursów w tym mechanizmie – tańsza – ale równie dobra merytorycznie oferta nie uzyskuje pozytywnej opinii konsultanta). W opinii CMKP – od lat wyrażanej w korespondencji do MZ jest to rozwiązanie patologiczne, często ograniczające możliwość organizacji kursów, szczególnie w rzadkich i tzw. wysokodochodowych dziedzinach specjalizacji lub znacznie zawyżające koszty szkoleń. Wymaga ono pilnej zmiany. Proponujemy zatem aby sformułowanie w ust. 1 „po zatwierdzeniu" zastąpić wyrazami „po	rejestracyjne poświadczone podpisem. 4. Częściowo uwzględniona: nieuwzględniona w zakresie wyłączenia jednostek o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3. Organizatorzy kształcenia wpisani na listę OIL lub NRL z powodzeniem realizują kursy, szkolenia, konferencje z zakresu dziedzin klinicznych i nieklinicznych organizowane zarówno w ramach doskonalenia zawodowego, jak i szkolenia specjalizacyjnego. Organizatorzy kształcenia wymienieni w art. 19 ust. 1 pkt 3 muszą spełnić takie same warunki, jak i podmioty wymienione w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2. Spełnienie warunków prowadzenia kształcenia przez organizatorów kształcenia wymienionych w pkt 3 potwierdza ORL właściwa ze względu na miejsce prowadzenia kształcenia lub Naczelna Rada Lekarska w odniesieniu do OIL będącej organizatorem kształcenia oraz organizatora kształcenia zamierzającego prowadzić kształcenie na terenie całego kraju. ORL ma również możliwość dokonywania. Zadania ORL, w tym kontrolne określają art. 19b-19e. Należy podkreślić, że do organizatorów kształcenia należą również OIL, których trudno posądzić o brak kompetencji lub zapewnienie właściwej organizacji do prowadzenia kursów. Zaproponowane podejście, że tylko organizatorzy kształcenia nie spełniają określonych warunków jest nieuprawnione, bowiem wśród jednostek akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego(pkt 1 i 2) znajdują się również jednostki nie zgłaszające zmiany ustawowych warunków lub czasowo uchybiające tym warunkom. Natomiast uwzględniona- w zakresie doprecyzowania przepisów dot. zamiany „zatwierdzania" na „opiniowanie" przez konsultanta programu kursu. W odniesieniu do uprawnień konsultantów krajowych dot. zatwierdzania pod względem merytorycznym kursów specjalizacyjnych należy podkreślić, że uprawnienie to wynika bezpośrednio z udzielonych im kompetencji związanych z prowadzeniem nadzoru nad określoną dziedziną medycyny. Każde złamanie zasad wykonywania funkcji konsultanta krajowego w odniesieniu do organizacji szkolenia podyplomowego powinno być zgłaszane do Ministra Zdrowia.

		zaopiniowaniu". Reasumując proponujemy aby ust. 1 art. 19g uzyskał następujące brzmienie: „Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 o ile wprost tak stanowi program specjalizacji, po zaopiniowaniu pod względem merytorycznym programu kursu przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, a w przypadku jego braku - właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz po wpisaniu, za pomocą SMK, na listę prowadzoną przez CMKP, o której mowa w ust. 5." **5.**Ad pkt 50b) art. 19g Nie ma praktycznej, ani formalno-prawnej możliwości aby CMKP mogło koordynować organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji ze wszystkimi podmiotami wymienionymi w art. 19 ust. 1. Jak była o tym mowa powyżej – w art. 19 ust. 1 pkt 3 mieszczą się wszyscy organizatorzy kształcenia wpisami na listy prowadzone przez samorząd lekarski. Faktyczne koordynowanie organizacji kursów w tak szerokim kręgu podmiotów nie jest możliwe. CMKP proponowało mechanizm koordynacji organizacji kursów ale wyłącznie wspólnie z uczelniami medycznymi, które (jako jedyne poza CMKP) otrzymują od Ministra właściwego do spraw zdrowia dotację na kształcenie podyplomowe lekarzy. W tym kręgu podmiotów istniej możliwość ustalenia, która uczelnia w danym roku organizuje jakie kursy w ramach dotacji z MZ, wówczas pozostałe kursy organizuje CMKP, a te, które nie są organizowane przez żadną z uczelni w ramach dotacji i CMKP są organizowane w ramach zamówień publicznych. Taki mechanizm pozwala, przynajmniej częściowo ale faktycznie koordynować organizację kursów. Model zaproponowany w projekcie ustawy jest niemożliwy do zrealizowania, co więcej jego skutki faktyczne są trudne do przewidzenia. Jest to w obecnej formie rozwiązanie wadliwe i wymagające zmiany. Niezrozumiała jest intencja powierzenia koordynacji kursów w dziedzinie medycyny rodzinnej instytutowi wskazanemu przez dyrektora CMKP. Nie określono na czym miałaby polegać taka „łączna" koordynacja. Nie może ona polegać na przypisaniu temu instytutowi organizacji tych kursów, bowiem CMKP nie przekazać instytutowi środków finansowych na ten cel. Takie środki musiałby przekazać instytutowi Minister Zdrowia w ramach odrębnej dla tej dziedziny medycyny puli środków dedykowanych na organizację kursów szkoleniowych. Formalno-prawnie taką ścieżkę zapewnia postanowienie ust. 9 ale nie odwołuje się ono do ust. 4, a jedynie 2 i 3? Tym trudniej zrozumieć intencję proponowanych w tym przepisie zmian. W opinii CMKP przepis wymaga gruntownej zmiany, albo szczególnego wyjaśnienia w uzasadnieniu do zmiany, tak aby jasne były kryteria i kierunek interpretacji tak formułowanych przepisów. W uzasadnieniu stwierdza się, że Minister może zlecić koordynowanie szkolenia w określonej dziedzinie nadzorowanej przez siebie uczelni lub instytutowi (str. 146) tymczasem przepis art. 19g ust. 9 projektu ustawy odnosi się jedynie do zlecenia realizacji kursów w określonej dziedzinie! Zachodzi zatem wyraźna rozbieżność pomiędzy treścią normatywną, a treścią uzasadnienia do ustawy. Wbrew treści uzasadnienia Art. 16x projektu – ani żaden inny jego przepis, nie zawiera również upoważnienia dla Ministra Zdrowia do określenia zakresu tego koordynowania.	5. Nieuwzględniona – przepisy wskazują na współpracę z wszystkimi jednostkami mogącymi organizować kursy i taka współpraca może zostać wypracowana przez CMKP.
	Prokuratoria Generalna RP	**1.** Wątpliwości może budzić rozróżnienie w zakresie dostępu do pytań egzaminacyjnych wykorzystanych w egzaminach przeprowadzanych przez CEM, a zatem w dostępie do informacji publicznej. W wypadku egzaminów LEK, LDEK, PEM i PES pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami są publikowane w terminie siedmiu dni od dnia przeprowadzenia egzaminu na stronie internetowej CEM (zob. projektowane art. 14c ust. 4, art. 16pe ust. 6 i art. 16rc ust. 6 u.z.l.). Tymczasem w wypadku egzaminu nostryfikacyjnego	1. Nieuwzględniona. Ustawodawca nie przewiduje udostępnianie pytań egzaminu weryfikującego posiadanie podstawowej wiedzy medycznej przez lekarzy spoza UE przystępującym do tego egzaminu. Egzamin ma za zadanie sprawdzenie zarówno wiedzy na poziomie absolwentów studiów medycznych RP, jak i poprawne posługiwanie się oraz

		pytania testowe, a w wypadku PES pytania egzaminu ustnego są udostępniane wyłącznie do wglądu („w drodze ich okazania") i tylko osobie przystępującej do egzaminu (zob. projektowany art. 6e ust. 5 i art. 16rc ust. 8 u.z.l.). Należy rozważyć modyfikację projektowanych art. 6e ust. 5 i art. 16rc ust. 8 u.z.l. w taki sposób, aby standard udostępniania pytań odpowiadał rozwiązaniom przewidzianym w projektowanych art. 14c ust. 4, art. 16pe ust. 6 i art. 16rc ust. 6 u.z.l. lub rozwinąć uzasadnienie dotyczące opisanego rozróżnienia. **2.** Rozważenia wymaga, czy decyzja dyrektora CEM o unieważnieniu egzaminu nostryfikacyjnego lub PEM (zob. projektowane art. 6g ust. 7 i art. 16pg ust. 1 u.z.l.) nie wymaga zapewnienia jej kontroli w toku procedury odwoławczej. Unieważnienie ww. egzaminów zamyka bowiem tymczasowo drogę do nostryfikacji dyplomu lub ukończenia szkolenia specjalizacyjnego. Kontrola ta wydaje się uzasadniona z tego względu, że przesłanki unieważnienia egzaminów mają charakter ocenny (np. rażące uchybienia dotyczące przebiegu egzaminu, nieprzewidziane sytuacje mające wpływ na przebieg egzaminu). **3.** Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy, nowelizacja art. 30 u.z.l. ma być konsekwencją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14 i „polega na wykreśleniu kwestionowanego przez TK jako bliżej niedookreślonego sformułowania 'oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki'" (s. 148 uzasadnienia projektu). Należy jednak zauważyć, że Trybunał w ww. orzeczeniu wyraźnie zakwestionował niedookreśloność zwrotu „inne przypadki niecierpiące zwłoki" jedynie w odniesieniu do zakresu zastosowania tzw. klauzuli sumienia (art. 39 u.z.l.), a nie w stosunku do zakresu obowiązku udzielenia przez lekarza niezwłocznej pomocy lekarskiej (medycznej), uregulowanego w art. 30 u.z.l. . Wydaje się, że projektowana modyfikacja art. 30 u.z.l. może doprowadzić do obniżenia standardu ochrony zdrowia pacjentów, ze względu na zdjęcie z lekarzy obowiązku niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej w tych wypadkach, gdy pacjentowi grozi niebezpieczeństwo dla zdrowia niewiążące się z ryzykiem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale tego rodzaju, iż – ze względu na jego charakter – uzasadnione jest udzielenie mu pomocy medycznej bez zbędnej zwłoki. Wykreślenie z art. 30 u.z.l.[1] zwrotu „oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki" doprowadzi do sytuacji, w której lekarz w takiej sytuacji nie będzie ustawowo zobowiązany do niezwłocznego udzielenia pomocy lekarskiej. W ocenie Prokuratorii Generalnej, celem wykonania pkt 1 wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14, należy rozważyć pozostawienie dotychczasowej treści art. 30 u.z.l. i modyfikację projektowanej treści art. 39 u.z.l. Przypisy: [1] Jak wskazał Trybunał, „zarzut niedookreśloności pod adresem formuły „inne przypadki niecierpiące zwłoki" jest uzasadniony tylko wtedy, gdy formułę tę analizujemy w ogólności, w oderwaniu od obowiązków lekarza. Odczytywana w kontekście tychże obowiązków, zdaniem Marszałka Sejmu, formuła ustawowa nabiera jednoznacznej treści. Teza ta jest słuszna na tle art. 30 u.z.l., statuującego podstawowy, płynący wprost z ustawy, obowiązek lekarza, którym jest udzielanie pomocy lekarskiej. W kontekście tego przepisu należy przyjąć, że „inne przypadki niecierpiące zwłoki" odnoszą się do sytuacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta, któremu wprawdzie nie grozi śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ale który jednak wymaga niezwłocznej pomocy medycznej".[3]	rozumienie zagadnień medycznych w języku polskim. 2. Nieuwzględniona. Egzaminy są monitorowane za pomocą środków przekazu elektronicznego i w każdej chwili sytuacje dotyczące unieważnienia mogą być poddane ponownej ocenie. Ocena nieprawidłowego przebiegu egzaminu jest zawsze oceną kilku osób. Jednakże należy stwierdzić, że rażące uchybienia, co do zasady, nie podlegają dyskusji, natomiast nieprzewidzianych sytuacji nie da się w całości skatalogować. Zasady prowadzenia egzaminu określone są w regulaminie CEM. 3. Nieuwzględniona. Należy zgodzić się z orzeczeniem TK, że przywołane sformułowanie nie ma odzwierciedlenia w przepisach dotyczących ochrony zdrowia i w związku z brakiem definicji nie jest czytelne i zrozumiałe, co do tego o jakie przypadki niecierpiące zwłoki chodzi. Lepszym rozwiązaniem byłoby zastosowanie w art. 30 odniesienia do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zdefiniowanego w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jednakże obowiązująca dotychczas formuła art. 30 „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia" funkcjonuje już od wielu lat i jest bardziej zrozumiała i czytelna dla lekarzy, w związku z czym wydaje się zasadne pozostawienie ją, z pominięciem „inne przypadki niecierpiące zwłoki", w dotychczasowym brzmieniu.
	Urząd Ochrony Danych Osobowych	1. Uwaga do art. 1 pkt 6 projektu ustawy dodającego art. 6c ust. 8 do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projektowany przepis – art. 6c ust. 8 w pkt 2, 3 i 6 dotyczy przetwarzania danych osobowych we wniosku o zgłoszenie do egzaminu nostryfikacyjnego w postaci m.in. daty urodzenia, miejsca urodzenia	1. Nieuwzględniona. Dotyczy uznania kwalifikacji lekarza albo lekarza dentysty uzyskanych w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej, w więc również cudzoziemców, którzy nie posiadają

		oraz numeru telefonu. Przepis wskazuje, że we wniosku należy podać datę i miejsce urodzenia oraz numer telefonu, jeżeli wnioskodawca go posiada. W ocenie Prezesa przetwarzanie we wniosku zarówno daty i miejsca urodzenia oraz numeru PESEL jest nadmiarowe, ponieważ numer PESEL już jednoznacznie identyfikuje daną osobę. Odnośnie numeru telefonu, przepis wskazuje na przetwarzanie tej danej we wniosku, w sytuacji jeżeli wnioskodawca go posiada. Oznacza to, że przetwarzanie tego numeru nie jest obowiązkowe i niezbędne w związku ze wskazanym celem przetwarzania. Projektodawca powinien zatem poddać analizie projektowane przepisy m.in. pod kątem zasady minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c RODO), tak aby przetwarzane dane były adekwatne, stosowne i ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane. Oznacza to, że w tym przypadku numer telefonu nie jest daną osobową, której przetwarzanie jest niezbędne, a więc jej przetwarzanie w ocenie Prezesa jest nadmiarowe. 2. Uwaga do art. 1 pkt 7 projektu ustawy dodającego w art. 7 ust. 2a do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W projektowanym art. 7 ust. 2a w pkt 4 i 5 zmienianej ustawy jednym z warunków przyznania prawa zawodu lekarza i lekarza dentysty jest posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty (pkt 4) oraz wykazanie nienagannej postawy etycznej (pkt 5). W ocenie Prezesa nie jest jasne kto i na jakiej podstawie będzie stwierdzał, że dany cudzoziemiec ma stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu oraz czy posiada nienaganną postawę etyczną. Wątpliwość organu dotyczy przede wszystkim tego, na jakiej podstawie będą weryfikowane ww. kryteria, w szczególności na podstawie jakich dokumentów i informacji zawierających dane osobowe będzie następowało sprawdzenie osoby, której okręgowa rada lekarska ma przyznać prawo wykonywania zawodu. Przesłanka dotycząca nienagannej postawy etycznej jest terminem nieostrym i stanowi zwrot niedookreślony, który odwołuje się do przesłanek uznaniowych o charakterze ocennym. 3. Uwaga do art. 1 pkt 19 projektu ustawy dodającego art. 15d ust. 2 do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projektowany art. 15d ust. 2 dotyczy danych zawartych w skierowaniu do odbycia stażu. Wstęp do wyliczenia zawiera sformułowanie „co najmniej”, którego użycie w przepisie prawa daje możliwość przetwarzania danych osobowych w zakresie nadmiarowym, który jest nieadekwatny do celu przetwarzania. W ocenie Prezesa - mając na uwadze zasadę minimalizacji danych określoną w art. 5 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, należy usunąć ww. sformułowanie, tak aby projektowane przepisy zapewniały ochronę danych osobowych osoby, która jest kierowana do odbycia stażu. Pozostawienie obecnego brzmienia przepisu będzie dawało podstawę prawną do przetwarzania innych danych osobowych, które nie zostały wymienione w pkt 1-11. Sformułowanie jasnych i niebudzących wątpliwości interpretacyjnych przepisów jest ważne nie tylko z punktu widzenia osoby, której dane dotyczą ale także wszystkich podmiotów, które będą wykonywały na tych danych szereg operacji. W art. 15d ust. 2 projektodawca wskazał na przetwarzanie imion rodziców (pkt 2), daty i miejsca urodzenia (pkt 3) oraz miejsce zameldowania lub aktualnego zamieszkania (pkt 6). W ocenie organu ochrony danych osobowych przetwarzanie ww. danych jest nadmiarowe i sprzeczne z zasadą minimalizacji danych. Imiona rodziców nie są niezbędne do potwierdzenia tożsamości lekarza, podobnie jak data i miejsce urodzenia oraz miejsce zameldowania lub aktualnego zamieszkania. W skierowaniu oprócz imienia i nazwiska będą przetwarzane dane z numeru PESEL (a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), które w sposób jednoznaczny identyfikują konkretną osobę. Prezes wnioskuje o usunięcie z katalogu danych wskazanych w pkt 2, 3 i 6 projektu w art. 15d ust. 2 ponieważ dane te są w ocenie organu nadmiarowe. Wątpliwości organu ochrony danych osobowych budzi również konieczność oraz celowość przetwarzania ww. danych. Należy wskazać, że zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. b i c RODO dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach (zasada ograniczenia celu) oraz muszą być	nadany PESEL. 2. Nieuwzględniona. Okręgowa Rada Lekarska przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu, wydaje wzór formularza, na którym zostaje wypisane orzeczenie lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych. Po dostarczeniu wypełnionego formularza, izba lekarska dołącza go do akt osobowych lekarza. Powyższe działanie jest już od lat stosowane zarówno do cudzoziemców, jak i do lekarzy polskich. 3. Nieuwzględniona. Przepisy dają możliwość na równych prawach odbywania stażu podyplomowego przez cudzoziemców jak lekarzy polskich, w związku z tym może nastąpić konieczność rozszerzenia SMK o dodatkowe dokumenty.

		adekwatne i stosowne oraz ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane (minimalizacja danych). 4. Uwaga do art. 1 pkt 19 projektu ustawy dodającego art. 15f do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dodawany art. 15 f w ust. 3 pkt 1 reguluje zakres danych przetwarzanych na EKSP lekarza stażysty. W lit. b projektodawca wskazał na przetwarzanie danych osobowych lekarza stażysty w postaci daty urodzenia. Dla organu ochrony danych osobowych nie jest jasne w jakim celu przetwarzaniu będzie podlegała ww. dana osobowa. Mając na uwadze, że EKSP zawiera również numer prawa wykonywania zawodu, stanowiący unikalny identyfikator, w ocenie Prezesa przetwarzanie ww. danych jest nadmiarowe i sprzeczne z zasadą minimalizacji danych. W projektowanym art. 15f ust. 5 - dotyczącym danych zawartych na zaświadczeniu potwierdzającym odbycie stażu podyplomowego, zakres danych, które będą przetwarzane jest również w ocenie organu nadmiarowy i nieadekwatny do celu przetwarzania. Prezes kwestionuje przetwarzanie daty i miejsca urodzenia (pkt 2), z uwagi na to, że zaświadczenie będzie zawierało oprócz imienia i nazwiska również numer prawa wykonywania zawodu, który jednoznacznie będzie identyfikował daną osobę. 5. Uwaga do art. 1 pkt 19 projektu ustawy dodającego art. 15m do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W projektowanym art. 15 ust. 1 pkt 2 Minister Obrony Narodowej ustala listę lekarzy obowiązanych do odbycia stażu. Z powyższego przepisu nie wynika w jakim celu jest sporządzana owa lista oraz jakie dane osobowe zawiera. Nie jest jasne również czy lista ta jest przekazywana do innych podmiotów oraz jakie podmioty mają do niej dostęp. Dlatego też niezbędne jest zmiana projektowanych przepisów tak aby wynikało z nich wprost jakie dane, w jakim celu są przetwarzane oraz kto ma do nich dostęp. 6. Uwaga do art. 1 pkt 22 projektu ustawy zmieniającego art. 16c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W części projektu dotyczącej zmiany obecnego brzmienia art. 16c Prezes wnioskuje o uzupełnienie projektu o zmiany w ust. 2 w pkt 2, 3 i 7 tego artykułu – dotyczące przetwarzania danych w postaci nazwiska rodowego, miejsca i daty urodzenia oraz adresu miejsca zamieszania. Prezes wnioskuje o usunięcie z katalogu ww. danych, ponieważ dane te są w ocenie organu nadmiarowe. We wniosku znajdują się również dane wprost identyfikujące daną osobę tj. numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Wątpliwości organu ochrony danych osobowych budzi również konieczność oraz celowość przetwarzania numeru PESEL, w sytuacji kiedy wniosek zawiera również numer prawa wykonywania zawodu. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. b i c RODO dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach (zasada ograniczenia celu) oraz adekwatne i stosowane do celów, w których są przetwarzane (minimalizacja danych). Dlatego też, Prezes wnioskuje o ponowną analizę projektu dotyczącą celowości przetwarzania numeru PESEL. 7. Uwaga do art. 1 pkt 22 lit. d projektu ustawy dodającego ust. 2a do art. 16c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz do obowiązującego art. 16c ust. 2 pkt 8 tej ustawy. Projektowany przepis – art. 16c ust. 21, wskazuje, że do wniosku załącza się m.in. skan dokumentu określonego w ust. 2 pkt 8, tj. cechy dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nie jest jasne użyte pojęcie cech ww. dokumentu. Ustawa o cudzoziemcach również nie posługuje się tym terminem. Oznacza to, że obecnie obowiązujące przepisy nie precyzują jasno zakresu przetwarzanych danych osobowych, ponieważ nie jest uregulowane wprost jakie dane zawarte na dokumencie, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej będą pozyskiwane.	4. Nieuwzględniona. Do stażu przystępować będą również cudzoziemcy, którzy nie posiadają PESEL. 5. Nieuwzględniona. Lista lekarzy odbywających staż podyplomowy w jednostkach nadzorowanych lub podległych MON jest tworzona zgodnie z wewnętrznymi przepisami MON oraz udostępniana wyłącznie do użytku wewnętrznego celem identyfikacji lekarzy odbywających staż. 6. Częściowo uwzględniona. Wykreślone nazwisko rodowe. Natomiast proponujemy jednak zachować pozostałe dane z uwagi na funkcjonujące w tym zakresie od dłuższego czasu rejestry, a także z uwagi na możliwość współpracowania tych danych z innymi rejestrami również już funkcjonującymi. Nie każdy cudzoziemiec aplikujący o miejsca specjalizacyjne posiada PESEL, jak również, zgodnie z projektowanymi przepisami, lekarz zamiast PWZ może przedłożyć stosowne zaświadczenie okręgowej izby lekarskiej o przyznaniu PWZ. 7. Nieuwzględniona. Skan zastępuje kopiowanie dotychczasowe dokumentów, w tym potwierdzających pobyt. Co do zasady kopiuje się takie cechy dokumentu, które potwierdzają najważniejsze informacje o danej osobie i ją identyfikują.

		8. Uwaga do art. 1 pkt 22 lit. m projektu ustawy dodającego ust. 14a w art. 16c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Prezes kwestionuje przetwarzanie danych osobowych w postaci miejsca i daty urodzenia zawartych we wniosku (art. 14a pkt 2) i wnioskuje o usunięcie z katalogu ww. danych. W ocenie organu dane te są nadmiarowe, ponieważ we wniosku znajdują się również dane wprost identyfikujące daną osobę tj. numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Dodawany ust. 14a w art. 16c w pkt 4 odwołuje się do danych określonych w ust. 1c i 1d. Jest to błędne odniesienie, ponieważ w obowiązujących przepisach oraz w projekcie nie znajduje się ust. 1d, zatem przepis ten nie precyzuje dokładnie zakresu danych i powinien zostać zmieniony.	8. Jak w pkt. 6
		9. Uwaga do art. 1 pkt 27 lit. e projektu ustawy dodającego ust. 11 w art. 16h ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projektowany przepis art. 16h ust. 11 wskazuje na zakres danych przetwarzanych przez wskazane podmioty. Prezes wnioskuje o usunięcie z projektu danych dotyczących daty urodzenia oraz adresu miejsca zamieszkania (pkt 4 i 5), ponieważ wskazany przez projektodawcę zakres jest nadmiarowy. Należy wskazać, że przetwarzane są również dane lekarzy i lekarzy dentystów w postaci numeru PESEL oraz numeru prawa wykonywania zawodu. Wątpliwości organu ochrony danych osobowych budzi również konieczność oraz celowość przetwarzania numeru PESEL, w sytuacji kiedy przetwarzany jest również numer prawa wykonywania zawodu. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. b RODO dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach (zasada ograniczenia celu). Dlatego też, Prezes wnioskuje o ponowną analizę projektu dotyczącą celowości przetwarzania numeru PESEL.	9. Jak w pkt. 6
		10. Uwaga do art. 1 pkt 36 projektu ustawy dodającego art. 16pa do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Projektowany przepis – art. 16pa ust. 5 w pkt 3 dotyczy przetwarzania danych osobowych we wniosku o przystąpienie do PEM w postaci m.in. numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej. Przepis wskazuje, że we wniosku należy podać numer telefonu i adresu poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca je posiada. Oznacza to, że przetwarzanie tych danych nie jest obowiązkowe i niezbędne w związku ze wskazanym celem przetwarzania. Projektodawca powinien zatem poddać analizie projektowane przepisy m.in. pod kątem zasady minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c RODO), tak aby przetwarzane dane były adekwatne, stosowne i ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane. Oznacza to, że w tym przypadku numer telefonu i adres poczty elektronicznej nie są danymi osobowymi, których przetwarzanie jest niezbędne, a więc ich przetwarzanie w ocenie Prezesa jest nadmiarowe.	10. Nieuwzględniona. Udostępnienie tych danych jest niezbędne do celów informowania np. o dacie i godzinie egzaminu lub jego odwołaniu, uzupełnieniu dokumentów itp. System elektroniczny SMK wdrożony do usprawnienia przebiegu szkolenia specjalizacyjnego posiada funkcjonalność automatycznego przesyłania niektórych informacji, a z uwagi na cudzoziemców istnieje konieczność przedstawienia alternatywy sposobu komunikowania się dla powyższego.
		11. Uwaga do art. 1 pkt 36 projektu ustawy dodającego art. 16pf do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis - art. 16pf ust. 6, stanowi, że przebieg PEM może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Użycie sformułowania „może” sprawia, że proces przetwarzania ma charakter fakultatywny, czyli nie jest niezbędny podczas przebiegu egzaminu. Dla organu ochrony danych osobowych nie jest jasny cel, w którym będzie następowało przetwarzanie danych osobowych w postaci obrazu i dźwięku. Projektodawca powinien zatem poddać analizie projektowane przepisy m.in. pod kątem celowości (art. 5 ust. 1 lit. b RODO), tak aby przetwarzane dane były zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach.	11. Jak w pkt 3. 12. Jak w pkt 3.
		12. Uwaga do art. 1 pkt 39 lit. b projektu ustawy dodającego ust. 8 w art. 16rc w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis ten stanowi, że przebieg udostępniania zadań i pytań z egzaminu ustnego PES może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. W ocenie Prezesa obecne brzmienie przepisu pozostawia pewną dowolność w zakresie przetwarzania danych w postaci dźwięku i obrazu oraz nie ma charakteru obligatoryjnego. Oznacza to, że przetwarzanie danych osobowych osób, którym udostępnia się ww. materiały w postaci ich głosu oraz wizerunku nie jest dokonywane w każdym	

		przypadku takiego udostępnienia. Projektodawca nie określił również jak długo będzie przechowywał nagrania i jakie podmioty będą miały do niego dostęp. Ponadto dla organu ochrony danych osobowych nie jest jasny cel, w którym będzie następowało przetwarzanie danych osobowych w postaci obrazu i dźwięku. Projektodawca powinien zatem poddać analizie projektowane przepisy m.in. pod kątem celowości (art. 5 ust. 1 lit. b RODO), tak aby przetwarzane dane były zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach.	
	Wojewoda Opolski	**1.**Art. 3 ust. 5 pkt 9 przewiduje, że osoba, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim oraz osoba, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko dentystycznym zakłada konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych. Zgodnie zaś z ust. 8 pkt 9 tej samej normy, weryfikację tej osoby przeprowadza właściwa okręgowa izba lekarska. Nie dookreślono zaś sposobu w jaki ta osoba ma wykazać spełnienie przesłanek, a mianowicie, czy wystarczające jest okazanie w izbie dokumentów potwierdzających ukończenie określonej ilości semestrów, czy też izba ma je przechowywać. Zapis ten należałoby poddać pod rozwagę i ewentualnie doprecyzować. **2.**Art. 5 w ust. 1 w pkt 2 lit a i b – w przepisach tych wpisano hasło ”podstawowego kształcenia lekarskiego”, a jednocześnie brak jest definicji tego sformułowania. Wcześniej nie było tej przesłanki w zapisach tych norm, więc skoro ją wpisano, a nadto zastosowano koniunkcję (posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenia co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim), to takie działanie musiało mieć jakieś uzasadnienie, które warto byłoby przedstawić. **3.**Art. 6c ust. 16 – należałoby zastanowić się, czy aby zasadne nie byłoby doprecyzowanie, że za dzień wniesienia opłaty uznaje się datę zlecenia dokonania przelewu, tak aby można było jednoznacznie stwierdzić, czy zachowano 5 dniowy termin. Ponadto należałoby również rozważyć, czy nie byłoby zasadne dokonywanie zwrotu choćby części opłaty w sytuacji gdy dana osoba wycofa się z przystąpienia do egzaminu i zgłosi to w odpowiednim ustalonym terminie. **4.**Art. 6g ust. 1 – należałoby zastosować liczbę mnogą przy wnoszeniu zastrzeżeń, tak żeby zdający mógł ewentualnie wnieść zastrzeżenia do więcej niż jednego pytania. Aktualnie proponowane brzmienie może w tym zakresie budzić wątpliwości. Tożsama uwaga winna znaleźć zastosowanie do art. 16pf ust. 5. **5.**Art. 6g ust. 5 – dla zachowania porządku, należałoby dopisać w tym przepisie in fine, że „za wyjątkiem sytuacji opisanej w art. 6e ust. 8”, gdyż systemowo zapis ten jest wcześniejszy, co może powodować wątpliwości czy późniejszy go nie niweluje. **6.**Art. 7 ust. 2c – należy się zastanowić w jaki sposób i w oparciu o jakie kryteria okręgowa rada lekarska ma określić ten program i liczbę godzin szkolenia praktycznego. Wskazano pewne zadanie temu podmiotowi, ale nie dookreślono sposobu jego wdrożenia. **7.**Art. 15a ust. 7 – nie przewidziano procedury na sytuację, w której podmiot wskazany przez właściwą okręgową radę lekarską nie będzie chciał zawrzeć umowy cywilnoprawnej. Nie ma dalszej procedury co wówczas należy uczynić, a należałoby to w jakiś sposób doprecyzować. **8.**Art. 15c ust 9 pkt 2) – w art. 15i opisane jest, że finansowanie szkolenia jest zadaniem marszałka województwa i że przyznaje się 123 zł za każdego lekarza stażystę. Należałoby się jednak zastanowić nad wprowadzeniem jakiegoś mechanizmu waloryzacji tej kwoty, tak żeby nie było konieczne każdorazowe zmienianie zapisów ustawy. Faktem notoryjnym jest, że stale rosną ceny usług, a tym samym możliwe, że okręgowe izby lekarskie możliwe w przyszłości będą musiały ponosić wyższe koszty prowadzenia szkoleń. **9.**Art. 16i ust. 1c – wątpliwości budzi czy ten inny podmiot leczniczy opisany w przedmiotowej normie będzie miał w jakiś sposób możliwość zweryfikowania, czy lekarz skorzystał z uprawnienia	1. Nieuwzględniona. Informacja znajduje się w art. 14a ust. 7 pkt 8 2. Nieuwzględniona. Powyższe wynika z zapisów dyrektywy. Wpisane zostało na wniosek uczelni medycznych. 3. Nieuwzględniona. Przepis analogiczny jak przy innych egzaminach. Wpłata jest dokonywana na rachunek bankowy. 4. Nieuwzględniona. Zastrzeżenie dotyczy jednego pytania, a nie pytań, co oznacza, ze może wnieść zastrzeżenia także do kolejnych pytań. 5. Nieuwzględniona- art. 6e ma 6 ustępów. 6. Nieuwzględniona. Program ma być podobny w tematyce jak program specjalizacji w RP. W przypadku wystąpienia braków, lekarz odbywa w tym zakresie szkolenie. 7.Nieuwzględniona. Przepisy jak obecnie. 8. Nieuwzględniona. Nie przewiduje się zmiany tej kwoty na chwilę obecną. 9. Nieuwzględniona. Podmiot będzie mógł odebrać oświadczenie od

		opisanego w ust. 1b. Należałoby tę kwestię poddać pod rozwagę i ją doprecyzować. **10.** Pan dr n. med. Sławomir Tubek - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych: - aby kontrola jednostek prowadzących kształcenie podyplomowe była rzeczywista muszą być określone jasno warunki – np. specjalizacji – brak w ustawie terminu weryfikacji - dotychczasowych programów specjalizacyjnych, - jest wreszcie zapis o konieczności dokumentowania udziału osoby szkolącej się w procedurach medycznych - ale nie ma zapisu, że obowiązek dopilnowania tego faktu spoczywa na osobie szkolącej się a to jest bardzo ważne, - powtarzające się pojęcie "nienaganna postawa etyczna", zwłaszcza w stosunku do cudzoziemców - jest niemierzalne. **11.** Pan lek. med. Jan Wierzchowiec, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej: Tryb postępowania z lekarzami, lekarzami dentystami, którym minie proponowany okres 5 lat od zakończenia specjalizacji i w tym okresie nie nastąpi zdanie PES, czy automatycznie ulegnie anulacji szkolenie i proponowane jest odbycie całości szkolenia, czy ewentualnie tylko jego części.	lekarza w tej sprawie. Oświadczenie składane niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega odpowiedzialności karnej. 10. Nieuwzględniona. Programy specjalizacyjne weryfikowane są na bieżąco. O tym, ze program specjalizacji opracowuje co najmniej raz na 5 lat znajduje się w art. 16f ust. 4 projektu ustawy. Zapis o konieczności dokumentowania udziału osoby szkolącej się w procedurach medycznych wynika z prowadzonego nadzoru nad szkoleniem specjalizacyjnym oraz sposobu wypełniania dokumentacji medycznej, w tym właściwych ksiąg ewidencyjnych, co nie zwalnia lekarza z obowiązku rejestracji tego w EKS. Wyrażenie "nienaganna postawa etyczna" winno być dokumentowane analogicznie jak u polskich lekarzy 11. Odp. Przepis dotyczący upływu przystąpienia do PES w ciągu 5 lat będzie liczony od dnia wejścia w życie ustawy. W związku z narastającym tempem dezaktualizacji się wiedzy medycznej wskazane jest, by lekarz, który w ciągu 5 lat nie zaliczył PES przystąpił ponownie do kwalifikacji na specjalizację. Po zakwalifikowaniu się będzie możliwe skrócenie czasu szkolenia.
	Wojewoda Śląski	**1.** Art. 3 ust. 5 proponuję dodać pkt 10 – 11 w brzmieniu: 10) kierownik stażu kierunkowego o którym mowa w art. 19f, ust. 3, pkt.2; 11) kierownik modułu podstawowego o którym mowa w paragrafie 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów; **2.**Art. 16c ust. 1 pkt 1 – w jaki sposób za pośrednictwem wojewody? Mało precyzyjne sformułowanie. **3.** Art. 16c, ust. 1c proszę o sprecyzowanie sposobu liczenia „piętnastu wariantów wyboru”? Czy lekarz może wybrać co najmniej jedną dziedzinę medycyny, co najmniej jedną jednostkę uprawnioną do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz co najmniej jeden tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego – suma tych wskazań nie może być większa niż 15? Czy wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w SMK ulegnie w związku z tym modyfikacji czy formuła wniosku pozwoli na wygenerowanie 15 wariantów odbywania szkolenia specjalizacyjnego? **4**. Art. 16c ust. 2 – jaką powinien zawierać treść dokument intencyjny? **5.** Art. 16c ust. 3 – 20 marca/20 października to zbyt krótki czas na ocenę formalną wniosku. Mimo jasno sprecyzowanych braków, wnioski są odsyłane do poprawy kilka razy do jednego lekarza co znacznie utrudnia pracę i wydłuża czas oczekiwania na weryfikację formalną. **6.** Art. 16c w ust. 2 pkt 11a wynik PES; średnik proponuję zastąpić przecinkiem i dodać: „średnia ocen uzyskana na egzaminie oraz punkty za średnią ocen.” **7.** Art. 16c ust. 2a pkt 2 średnik proponuję zastąpić przecinkiem i dopisać „oraz zgodę pracodawcy jeśli posiada, na udzielenie urlopu szkoleniowego lub bezpłatnego.” Proponuję przywrócić poprzednio obowiązujący zapis art. 16h ust. 2 pkt 5 tj w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej jednostce w	1. Nieuwzględniona – Zastosowana w projekcie formuła prawna dotycząca kierownika specjalizacji wydaje się wystarczająca. Lekarz szkolący się musi być w trakcie szkolenia pod opieką lekarza pełniącego tę funkcję również w trakcie odbywania modułu podstawowego. 2. Nieuwzględniona „Za pośrednictwem wojewody” oznacza to samo co „za pomocą wojewody”. Wojewodzie przypisane zostały konkretne zadania w procesie aplikowania na specjalizację. 3. Nieuwzględniona. Określenie przez lekarza 15 wariantów dotyczy wyboru kombinacji określającej dziedzinę medycyny, województwo i nazwę jednostki oraz tryb szkolenia. Wniosek będzie wypełniany w SMK i nie będzie podlegał przez wojewodę weryfikacji pod kątem wskazanych 15 wariantów. 4. Nieuwzględniona. Intencja tego listu jest określona w ust. 2 pkt 20. 5. Nieuwzględniona. Ze względu na przeprowadzanie elektronicznego rozdziału miejsc specjalizacyjnych wymagane jest określenie konkretnych terminów na formalną weryfikację dokumentów. Przepisy jasno określają jakie dokumenty należy złożyć. Jednocześnie dyrektor CMKP musi w terminie 7 dni po weryfikacji formalnej ogłosić listy. 6. Nieuwzględniona. W ramach formalnej weryfikacji wniosku sumę zdobytych punktów określa wojewoda, kierując się również przepisami wykonawczymi. 7. Nieuwzględniona. Przepis wskazuje, że kierownik studiów doktoranckich wydaje zgodę w ramach poszerzenia zajęć, o których mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5, a więc kierownik ten ma wcześniej weryfikować prawidłowość postępowania.

		dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów. **8.** Art.16c ust. 2a pkt 4 proszę o wyjaśnienie jakie znaczenie dla potrzeb postępowania kwalifikacyjnego ma zajmowane stanowisko? – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych. Proponuję kropkę zastąpić przecinkiem i dopisać: akredytowanych do prowadzenia wybranej specjalizacji. **9.** Art. 16c ust. 3 proponuję doprecyzować na czym ma polegać ocena formalna co najmniej 15 wariantów wyboru odbywania szkolenia zamieszczona przez lekarza na wniosku? Czy na tym etapie trzeba będzie potwierdzić zasadność każdego wpisanego wariantu i zwrócić lekarzowi wniosek do korekty po stwierdzeniu braku zasadności któregokolwiek wpisanego wariantu? Czy może warianty odbywania będą miały znaczenie dopiero w CMKP podczas postępowania konkursowego i tworzenia list rankingowych? **10.**Art. 16c w ust. 10 pkt 4 proponuję zapis w pkt 1, a nie w pkt 1-3 z uwagi na fakt, że w art. 16c ust. 2 pkt 20 jest mowa o dokumencie intencyjnym gwarantującym zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim. Projektowane zmiany w ust. 10 skutkują zwiększeniem maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punków do 210, co powoduje konieczność ponownego przeliczania na potrzeby postępowania wyników procentowych LEK/LDEK, wpisanych na zaświadczeniach wystawionych przez CEM. Czy w związku z tym SMK będzie wyliczał wynik procentowy z nowej maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów? **11.** Art. 16c ust. 11– zastrzeżenie ust. 10 pkt 4 nie dotyczy trybu pozarezydenckiego w 16c ust. 2 pkt 20 jest mowa o dokumencie intencyjnym gwarantującym zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim. **12.** Art. 16c ust. 13g – w jaki sposób dyrektor CMKP będzie informował wojewodę o przyznaniu miejsc rezydenckich/pozarezydenckich? Czy za pomocą SMK? Proponuję dodanie odpowiedniej funkcjonalności w SMK. **13.** Art. 16c ust. 17 – 30 dni będzie liczone po 27.10 czy 27.03 w zależności od postępowania, czy tez po każdym kolejnym etapie postępowania? **14.**Art. 16c ust.17a – w jaki sposób wojewoda ma poinformować dyrektora CMKP? Proponuję dodanie odpowiedniej funkcjonalności w SMK. Czy lekarz będzie mógł przenieś szkolenie specjalizacyjne do innego województwa? **15.** Art. 16e, ust. 1 Mając na uwadze konieczność uzyskania opinii od konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny jak również fakt, iż dokładną liczbę wolnych miejsc szkoleniowych będziemy znali dopiero po 31.07 albo 31.12. wnioskujemy o przedłużenie terminu. Proponowany zapis: „W terminie do 10 stycznia albo do 10 sierpnia każdego roku wojewoda, na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich, przekazuje za pomocą SMK ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie w poszczególnych dziedzinach medycyny z uwzględnieniem miejsc o których mowa w ust. 8, uwzględniające wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa." **16.** Art. 16e ust. 6 Zwracam uwagę na niekonsultowaną zmianę w zapisie: poprzednio studia doktoranckie aktualnie zapis: studia podyplomowe jako sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych studiów podyplomowych o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny z zakresem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego. W tym miejscu proponuję przywrócić treść poprzednio obowiązującego zapisu art. 16h ust. 2 pkt 5 tj w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program	8. Nieuwzględniona. Informacja jest dodatkowym elementem potwierdzającym pełnienie funkcji nauczyciela akademickiego. 9. Nieuwzględniona. Wybór wariantów jest indywidualną sprawą lekarza i nie podlega weryfikacji przez wojewodę. Dane te będą zaciągane do wniosku z SMK na zasadzie wyboru specjalizacji, województwa i nazwy jednostki oraz trybu. 10. Nieuwzględniona. List intencyjny można dołączać zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim 11. Nieuwzględniona. Wyjaśnienie jak w pkt.11 12. Odp. Całość postępowania będzie prowadzona za pomocą SMK. 13. Nieuwzględniona. Po zakończeniu postępowania. Lekarz może się odwołać. 14. Całość postępowania przebiegać będzie w SMK 15. Nieuwzględniona. Z uwagi na założenia procedowania w SMK nowego postepowania konkursowego istnieje konieczność utrzymania terminów jak w projekcie ustawy 16. Nieuwzględniona. Analogia do art. 16h ust. 2 pkt 5. Zmiana art. 16h ust. 2 pkt 5 w brzmieniu ustawy z dnia 3.07.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1669), w ramach dostosowania do ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

		specjalizacji odbywanej w tej jednostce w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów Proponowany zapis: „Liczba miejsc rezydenckich, o których mowa w ust. 2, zawiera dodatkowo wydzielony limit miejsc rezydenckich dla lekarzy, lekarzy dentystów odbywających studia doktoranckie w jednostce akredytowanej w dziedzinie wskazanej przez lekarza w pierwszym z 15 możliwych wariantów odbywania specjalizacji.”	
		17. Art. 16e ust. 8 do którego wojewody, i w jakim terminie uczelnia zgłasza listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia o którym mowa w ust.6?	17. Odp. Uczelnia zgłasza do terminu pozwalającego na zgłoszenie przez wojewodę do Ministra Zdrowia informacji o zapotrzebowaniu na rezydentury.
		18. Art. 16f ust. 3 pkt 1 proponuje pozostawić: medycyny ratunkowej i promocji zdrowia.	18. Nieuwzględniona. Zakres tego szkolenia przeniesiony do stażu podyplomowego.
		19. Art.16f ust.3 pkt 2 proponuję zapis – uchyla się lit. d-e, co oznacza pozostawienie kursu z ratownictwa medycznego.	19. Nieuwzględniona. J. w.
		20. Art. 16h, ust. 2 pkt 11 – proponuję dopisać CMKP, oraz konsultantów wojewódzkich uwzględniając realizowane zadania.	20. Nieuwzględniona. CMKP w związku z prowadzeniem Rejestru ma dostęp do znacznie szerszej liczby danych na mocy samej ustawy, jak również konsultanci wojewódzcy w związku z tym, że otrzymują dostęp do EKS w celu weryfikacji szkolenia, też z mocy innych przepisów tejże ustawy.
		21. Art. 16i, ust. 1c – w jaki sposób ten zapis będzie egzekwowany?	21. Odp. Egzekwowanie przepisu będzie po stronie kierownika podmiotu leczniczego w drodze pozyskania informacji od kierownika specjalizacji lub w drodze oświadczenia składanego przez lekarza.
		22. Art. 16j, ust. 2m – proszę o wyjaśnienie sformułowania”…od dnia potwierdzenia przez wojewodę zakończenia szkolenia…….” Deklaracje może złożyć lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne Proponowany zapis „Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie, o którym mowa w art. 16ea ust. 5, jeżeli lekarz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c w terminie nie dłuższym niż po ogłoszeniu wyników drugiego kolejnego postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art.16c ust. 7 i rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego. Przepisy ust. 2b-2s stosuje się odpowiednio.”	22. Nieuwzględniona. Sformułowanie ustawowe, szczegółowo opisane w przepisach.
		23. Art. 16l ust. 9 – jak należy interpretować zapis „…z wyłączeniem orzeczeń lekarskich o chorobie…” Czy zapis ten dotyczy zwolnień lekarskich?	23.Odp. Orzeczenie lekarskie może znajdować się na różnych drukach. Zwolnienie jest drukiem zaświadczenia lekarskiego wystawionym ubezpieczonemu na którym znajduje się orzeczenie lekarskie o chorobie. W trakcie choroby lekarz nie może odbywać elementów szkolenia specjalizacyjnego bowiem okres ten jest przeznaczony na leczenie i dochodzenie do dobrego zdrowia.
		24. Art. 16m ust. 15 – czy lekarz zawiadamia wojewodę na piśmie czy zostanie dodana funkcjonalność w SMK umożliwiająca poinformowanie wojewody o zakończeniu szkolenia?	24. Odp. Lekarz może zawiadomić na piśmie lub osobiście lub telefonicznie lub mailem. Ta funkcjonalność nie będzie w SMK. Nie sama informacja, a przekierowanie EKS przez kierownika specjalizacji do wojewody (ust. 16) jest podstawą kontynuacji postepowania w sprawie.
		25. Art. 16m ust. 16 sformułowanie „ EKS lekarza…..ulega przekazaniu” zapis ogólny i nie jednoznaczny, nie precyzuje kto przekazuje do wojewody EKS?	25. Nieuwzględniona. Zakończenie przez kierownika specjalizacji szkolenia w EKS będzie automatycznie przez SMK przekazywane do wojewody.

		Proponowany zapis: „W terminie 30 dni od dnia zaliczenia szkolenia lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne przekazuje EKS za pomocą SMK do właściwego wojewody." **26.** Art. 16o ust. 1a – jak zweryfikować fakt nieuzupełniania przez lekarza EKS w terminie 12 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu? Proponuję dodanie funkcjonalności w SMK, która automatycznie powiadomi właściwego wojewodę. **27.** Art. 16pc ust. 1 – należy uszczegółowić zakres współpracy z wojewodami w zakresie organizowania PEM. **28.** Art. 16 pc, ust. 4 czy okres odbywania specjalizacji zostanie przedłużony o udzielony lekarzowi urlop szkoleniowy na przystąpienie do PEM? **29.**Art. 16ph ust. 10 – jeśli negatywny wynik PEM (Państwowy Egzamin Modułowy) nie może być przeszkodą do dalszej kontynuacji szkolenia przez lekarza, to jaki jest cel tworzenia tego egzaminu? **30.** Art. 16rb ust. 1 i ust. 1a - Proponuję usunąć zapis. Lekarz powinien zgodnie z programem danej specjalizacji zrealizować wszystkie jego elementy. Jeżeli lekarz będzie miał potwierdzenie zakończenia szkolenia przed jego ukończeniem np. jeden rok to oznacza, że nie zrealizował wszystkich elementów programu. W jaki sposób wojewoda ma sprawdzić pod względem formalnym przebieg szkolenia?	26. Odp. Do ewentualnego uwzględnienia w trakcie budowy nowego SMK. 27. Nieuwzględniona. Zakres współpracy jak dotychczas. Przepis jedynie normuje stan obecny. 28. Odp. Okres urlopu szkoleniowego nie przedłuża szkolenia i nie został wymieniony w art. 16l 29. Odp. Cel znajduje się w art. 16pg ust. 7 (wcześniej ust.8) 30. Nieuwzględniona. Przystąpienie do PES w trakcie szkolenia nie zwalniać będzie lekarza z odbycia wszystkich elementów programu specjalizacyjnego. Powyższe ma jedynie dać możliwość eliminacji oczekiwania na PES po ukończonym szkoleniu specjalizacyjnym.
	Wojewoda Małopolski	1**. Art. 16 ust. 4 i 5:** Zapisy określają rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego bez postępowania kwalifikacyjnego. Zgodnie z zapisami, lekarz posiadający dorobek naukowy i zawodowy w określonej dziedzinie medycyny musi najpierw rozpocząć szkolenie specjalizacyjne, a dopiero potem wystąpić do dyrektora CMKP o uznanie tego dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu danej specjalizacji. W sytuacji, gdy lekarz uzyskuje uznanie tego dorobku za równoważny ze zrealizowaniem całości programu specjalizacji, uzyskuje również decyzję o dopuszczeniu do PES, a tym samym nie realizuje już programu szkolenia w jednostce szkoleniowej. Jednocześnie procedura uznawania dorobku jest dość czasochłonna, a w tym czasie lekarz blokuje miejsce szkoleniowe. Propozycja, aby proces uzyskiwania uznania dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu danej specjalizacji odbywał się bez konieczności rozpoczynania szkolenia specjalizacyjnego. Jednocześnie w przypadku, gdyby lekarz uzyskał uznanie dorobku za równoważny ze zrealizowaniem tylko części programu specjalizacji, mógłby wtedy ubiegać się poza postępowaniem kwalifikacyjnym o skierowanie do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. 2. **Art. 16c ust. 1c pkt 1 i 2 oraz art. 16c ust. 2a pkt 1 i 2:** Lekarz może we wniosku wskazać w preferowanej kolejności do 15 wariantów wyboru tj.: dziedziny medycyny, województwa, trybu odbywania szkolenia i opcjonalnie nazwy jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne preferowanej na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Jednocześnie zgodnie z nowymi zasadami (art. 16c ust. 13c), lekarz w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ogłoszenia list lekarzy zakwalifikowanych w pierwszym etapie, potwierdza za pomocą SMK, przyjęcie wskazanego miejsca w danej dziedzinie, w danym województwie i podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1 wraz z określonym trybem szkolenia specjalizacyjnego. Czy zapisy te oznaczają, że lekarz nie musi we wniosku wskazywać preferowanej jednostki szkoleniowej? Czy w takim przypadku, Dyrektor CMKP zdecyduje i wskaże lekarzowi jednostkę szkoleniową? Dodatkowo należy zaznaczyć, że określenie właściwego trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, spośród 5 rodzajów trybów pozarezydenckich, jest właśnie uzależnione od jednostki, do której lekarz zostanie skierowany. W przypadku, gdy lekarzowi zostanie wskazana jednostka, w której jest zatrudniony,	1. Nieuwzględniona – procedura ust. 4 służy umożliwieniu przystąpienia do szkolenia bez procedury kwalifikacji. Następuje rozpoczęcie szkolenia, a następnie zgodnie z ust. 5, jeżeli nastąpi uznanie dorobku zawodowego - można lekarzowi zaliczyć i skrócić proces szkolenia. Kierownik specjalizacji będzie też podejmował decyzję o przejściu lekarza do kolejnego etapu i wystąpienia do CMKP. Zwolnienie całkowite ze szkolenia nie ma uzasadnienia i może stanowić zagrożenie zdrowotne dla późniejszych pacjentów, szczególnie w dziedzinach zabiegowych. 2. Odp. Weryfikacja przepisu. Lekarz mając do dyspozycji do 15 wariantów będzie musiał wskazać dla jednego wariantu pakiet składający się z dziedziny, województwa oraz trybu. W każdym wariancie będzie mógł wskazać preferowane nie więcej niż trzy jednostki posiadające uprawnienia do szkolenia specjalizacyjnego. Rozdział miejsc na etapie konkursowym będzie wyłącznie elektroniczny. Skierowanie do odbywania szkolenia odbywać się będzie uwzględniając miejsce aktualnego zatrudnienia, dokument intencyjny oraz miejsce odbywania kształcenia w szkołach doktoranckich. Lekarze zatrudnieni i odbywający jednocześnie studia doktoranckie maja pierwszeństwo w uzyskaniu miejsca. Do preferowanej jednostki będzie przydzielał wojewoda. Podobnie całość weryfikacji formalnej wniosku następować będzie na poziomie wojewody. Lekarz będący doktorantem będzie mógł oprócz swojej jednostki

		właściwy tryb szkolenia to będzie tryb z art. 16h ust. 2 pkt 1 (tj. „w ramach umowy o pracę"). W przypadku, gdy w jednostce zatrudniającej nie będzie wolnego miejsca szkoleniowego i lekarzowi zostanie wskazana inna jednostka do szkolenia specjalizacyjnego, właściwe tryby szkolenia to będą tryby z art. 16h ust. 2 pkt 2-3 (tj. „w ramach płatnego urlopu szkoleniowego" lub tzw. „częściowego oddelegowanie"). Weryfikacja zgody pracodawcy, jest możliwa tylko w kontekście określonej jednostki szkoleniowej. W odniesieniu do weryfikacji zgód pracodawcy należy również zadać pytanie, na którym etapie postępowania powinno nastąpić sprawdzenie, czy lekarz posiada zgodę pracodawcy na odpowiedni tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego? Czy na etapie weryfikacji formalnej przez wojewodę? Oznacza to konieczność załączenia przez lekarza kilku zgód pracodawcy, odpowiednio do wskazanej przez lekarza preferowanej jednostki szkoleniowej? Czy może weryfikacja zgody pracodawcy będzie następowała na etapie tworzenia przez Dyrektora CMKP list lekarzy zakwalifikowanych, zarówno w pierwszym, jak i drugim etapie kwalifikacji. Wg art. 16h ust. 2 pkt. 5. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach poszerzenia zajęć programowych studiów podyplomowych o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny z zakresem 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. Powstaje pytanie, czy w przypadku, gdy doktorant posiada odpowiednią zgodę kierownika studiów doktoranckich, natomiast w jednostce, w której lekarz odbywa studia doktoranckie, brak jest wolnego miejsca szkoleniowego, wariant ten powinien być dopuszczony przez wojewodę do postępowania konkursowego prowadzonego przez Dyrektora CMKP? Czy wariant ten powinien być odrzucony przez wojewodę, jako niespełniający wymogów formalnych? Analogiczna wątpliwość będzie dotyczyła trybu z art. 16h ust. 2 pkt 1 (tj. „w ramach umowy o pracę"). **3.Art. 16c ust 2c:** Brak zapisu określającego postępowanie w przypadku, gdy lekarz nie uzupełni braków w obowiązującym terminie. Ponadto powstaje pytanie, co zrobić z wnioskiem, który tylko w zakresie 1 z wariantów nie będzie spełniał wymogów formalnych. Czy wniosek zostaje przekazany do Dyrektora CMKP, z adnotacją wojewody, że w zakresie danego wariantu wniosek nie spełnia wymogów formalnych? Propozycja brzmienia przepisu art. 16c ust. 2c. W przypadku stwierdzenia braków formalnych we wniosku, organ o którym mowa w ust. 8, wzywa do ich usunięcia w terminie 5 dni od dnia przekazania w SMK informacji o uzupełnieniu braków. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek w całości pozostaje bez rozpoznania i nie zostaje przekazany do dyrektora CMKP lub zostaje przekazany do Dyrektora CMKP, z adnotacją wojewody, w zakresie nie spełnienia wymogów formalnych dla danego wariantu. **4. Art. 16c ust. 10 pkt 4:** „Dokument intencyjny" zgodnie z definicją wynikającą z art. 16c ust. 2 pkt 20, oznacza zgodę na zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim. Na etapie tworzenia list rankingowych, nie będzie wiadomo, do której jednostki szkoleniowej trafi lekarz zakwalifikowany. Może się zdarzyć, że dokument intencyjny otrzyma 2 lekarzy z jednej jednostki szkoleniowej, a na postępowanie zostanie zgłoszone tylko 1 wolne miejsce szkoleniowe z tej jednostki. Powstanie pytanie, jak przyznawać punkty za dokument intencyjny? Czy obydwaj lekarze powinni dostać punkty? Co w sytuacji, gdy lekarze przedstawią dokument intencyjny, a na postępowanie nie będzie zgłoszonego wolnego miejsca szkoleniowego w tej jednostce? Czy za każdy list intencyjny będą przyznawane punkty bez względu na to, czy w jednostce są wolne miejsca ? „Dokument intencyjny" zgodnie z definicją wynikającą z art. 16c ust. 2 pkt 20, dotyczy tylko trybu	jednocześnie wskazać pozostałych 14 wariantów wyboru. Wojewoda nie będzie w ramach czynności weryfikacji formalnej dokonywał weryfikacji wariantów wyboru, bowiem te stanowić będą indywidualna sprawę lekarza. 3. Nieuwzględniona. Jeżeli wniosek jest niepełny nie będzie brał udziału w postępowaniu. Informacje dotyczące sposobu postepowania, w tym jakie dokumenty muszą być załączone powinny być zamieszczone na stronach urzędu wraz z terminami na ostateczne załatwienie sprawy. CMKP nie będzie odrębnie weryfikował wniosków. 4. Nieuwzględniona. Ust. 2 pkt 20 znajduje się w art. 16c więc jego cytowanie w art. 16c ust. 10 pkt 4 jest niezgodne z techniką legislacyjną. Kierownik podmiotu leczniczego powinien przekazać tyle listów intencyjnych ile ma wolnych miejsc szkoleniowych. List intencyjny określa dane osobowe lekarza w odniesieniu do danego miejsca szkoleniowego w danej jednostce. Informacja dotycząca liczby miejsc rezydenckich będzie wcześniej publikowana, w związku z powyższym powinien być czas na właściwe załatwienie sprawy po stronie lekarza i kierownika podmiotu .Punkty należne zawsze powinno się przyznawać natomiast lekarzy zawsze będzie różnicować łączna liczba zebranych punktów albo średnia z dyplomu.

		rezydenckiego. Jednocześnie zapis art. 16c ust. 10 pkt 4 sugeruje, że punkty dodatkowe za dokument intencyjny, mogą również dostać lekarze w trybie pozarezydenckim (art. 16c ust. 10 pkt 1 dotyczy lekarzy, którzy występują o rozpoczęcie szkolenia w trybie rezydentury, natomiast art. 16c ust. 10 pkt 2-3 dotyczy lekarzy, którzy występują o rozpoczęcie szkolenia w trybie pozarezydenckim). Zgodnie z dotychczasowym systemem kwalifikacji do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, o kwalifikacji decydowały wyniki LEK/LDEK. Wprowadzenie dodatkowych punktów za dokument intencyjny powoduje brak przejrzystości i obiektywności w przyznawaniu rezydentur. Dokument intencyjny z reguły będzie miał charakter uznaniowy. Propozycja brzmienia przepisu art. 16c ust. 10 pkt 4 (w przypadku utrzymania punktów dodatkowych za dokument intencyjny) - w przypadku lekarzy, o których mowa w pkt. 1-3 dodatkowo uwzględnia się punkty za dokument intencyjny, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt. 20. **5. Art. 16c ust. 17:** Zgodnie z nowymi zasadami (art. 16c ust. 13c), lekarz w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ogłoszenia list lekarzy zakwalifikowanych w pierwszym etapie, potwierdza za pomocą SMK, przyjęcie wskazanego miejsca w danej dziedzinie, w danym województwie i podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1 wraz z określonym trybem szkolenia specjalizacyjnego. Oznacza to, że wojewoda powinien otrzymać ww. informacje od Dyrektora CMKP. W związku z powyższym, wszystkie zastrzeżenia, o których mówi przepis, powinny być rozstrzygnięte na etapie ustalania przez Dyrektora CMKP listy lekarzy zakwalifikowanych. **6. Art. 16c ust. 17e:** Zgodnie z art. 16c ust. 17 wojewoda kieruje lekarza do jednostki szkoleniowej. Jednocześnie zgodnie z art. 16c ust. 17e organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne kieruje do odbywania szkolenia specjalizacyjnego (…). Powstaje pytanie czy kieruje Dyrektor CMKP czy wojewoda? Ponadto w kontekście uwagi zgłoszonej do art. 16c ust. 17, kwestia kierowania w pierwszej kolejności lekarzy zakwalifikowanych w trybie art. 16h ust. 2 pkt. 1 i 5, powinna być ustalona na etapie tworzenia przez Dyrektora CMKP listy lekarzy zakwalifikowanych. **7. Art. 16c. ust. 17g:** Należy wyraźnie wskazać organ, który będzie dokonywał realizacji przedmiotowego zapisu, czy Minister Zdrowia, czy CMKP, czy wojewodowie. Jak należy rozumieć ten zapis? Czy niewykorzystane miejsca rezydenckie to są niewykorzystane środki finansowe na umowy rezydenckie i w sytuacji pojawienia się dodatkowych wolnych miejsc szkoleniowych w jednostkach akredytowanych, powstanie możliwość dodatkowego zakwalifikowania lekarzy w trybie rezydenckim? (czyli dotychczasowa dodatkowa kwalifikacja dokonywana przez Ministra Zdrowia, z zastrzeżeniem błędnie użytego sformułowania, że niewykorzystane rezydentury mogą zostać dodatkowo rozdysponowane za pomocą SMK w trybie rezydenckim, a nie w trybie pozarezydenckim). W takim wypadku powstaje pytanie, o możliwość dodatkowej kwalifikacji w trybie pozarezydenckim. Czy może zapis oznacza, że niewykorzystane miejsca rezydenckie są to wolne miejsca szkoleniowe w jednostkach, które były podstawą do przyznania rezydentury i miejsca te można przeznaczyć dla lekarzy niezakwalifikowanych w trybie pozarezydenckim? W takim wypadku powstaje pytanie, o możliwość dodatkowej kwalifikacji w trybie rezydenckim. Co oznacza sformułowanie „w ramach wniosków zakwalifikowanych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym”? Czy są to wnioski spełniające wymogi formalne i przekazane przez wojewodę do dyrektora CMKP, tj. wnioski objęte postępowaniem konkursowym przez dyrektora CMKP?	5. Uwaga nieczytelna. Zastrzeżenia procedury konkursowej rozstrzyga CMKP odpowiedzialny za jej przeprowadzenie. Wojewoda otrzymuje wyłącznie zweryfikowane listy lekarzy. 6. Nieuwzględniona. Przepisy wyraźnie wskazują, że postępowanie jest prowadzone za pośrednictwem wojewody, jednocześnie precyzując jakie czynności należą do CMKP i wojewody. System będzie samodzielnie przydzielał lekarzy na poszczególne miejsca uwzględniając dziedzinę, województwo, tryb i odbywanie jednoczesne doktoratu. Skierowanie do jednostki będzie wydawał wojewoda. 7. Nieuwzględniona. Postepowanie kwalifikacyjne prowadzi organ wymieniony w art. 16c ust. 8, a więc CMKP, MON oraz MSWiA

		Prop[ozycja pozostawienia zapisów dotyczących dodatkowej kwalifikacji, na zasadach aktualnie obowiązujących (z zastrzeżeniem, że niewykorzystane rezydentury rozdysponowane byłyby przez Dyrektora CMKP, a w trybie pozarezydenckim, przez wojewodów). **8. Art. 16ea ust. 6:** Powstaje pytanie, czy zapis ten dotyczy innych przypadków niż wymienione w art. 16ea ust. 3-5? W takim wypadku zapis art. 16ea ust. 6, należałoby uzupełnić sformułowaniem „z zastrzeżeniem ust. 3-5". Czy może fakt dwukrotnego rozpoczęcia rezydentury, niezależnie od powodów przerwania wcześniejszej rezydentury, powoduje, że lekarz nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury. **9. Art. 16f ust. 3 pkt 3:** Konieczność doprecyzowania: - ile miesięcy w szpitalu pierwszego, a ile w szpitalu drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego; - czy jednostki te powinny mieć akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. **10. Art. 16h ust. 2 pkt 1:** Konieczność doprecyzowania: - czy pierwsza wymieniona umowa, tj. umowa o pracę, również powinna być w wymiarze pełnego etatu? - że wymieniona umowa cywilnoprawna to jest tzw. „kontrakt", czyli umowa o świadczenie usług, a nie umowa cywilnoprawna o szkolenie specjalizacyjne, wymieniona w art. 16h ust. 2 pkt 4; - że obydwie ww. umowy powinny być aneksowane w przypadku rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego i powinny zawierać zapisy nt. zakresu wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego. Propozycja nowego brzmienia art. 16h ust. 2 pkt 1 - na podstawie umowy o pracę w wymiarze pełnego etatu lub umowy cywilnoprawnej o świadczenie usług w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartymi z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w których określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego. **11. dodanie art. 16h ust. 2a:** Z uwagi na aktualną sytuację na rynku pracy, polegającą na posiadaniu przez lekarzy kilku form zatrudnienia w różnym wymiarze i w różnych podmiotach, konieczność umożliwienia odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie tzw. trybów „łączonych", np. ½ w ramach umowy o pracę + ½ w ramach umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne itd., pod warunkiem zapewnienia realizacji szkolenia w pełnym wymiarze czasu pracy. Propozycja dodania art. 16h ust. 2a w brzmieniu: Lekarz może łączyć tryby odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o których mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem art. 16i ust. 1. **12.Art. 16h ust. 2 pkt 4:** Wprowadzenie odpłatności za umowę cywilnoprawną o szkolenie specjalizacyjne spowoduje w praktyce likwidację tego trybu. Dla jednostek szkoleniowych będzie to dodatkowy koszt, opłacany z własnych środków. W konsekwencji jednostki będą odmawiały przyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia w tym trybie. W związku z powyższym w przypadku wprowadzenia odpłatności, powinna również powstać konieczność uzyskania zgody jednostki szkoleniowej na przyjęcie lekarza w taki trybie. Jednocześnie z uwagi na fakt, że kierowanie do jednostek szkoleniowych odbywa się zgodnie z wynikiem postępowania kwalifikacyjnego, co w przypadku, gdy lekarz jednak nie zostanie skierowany do jednostki z której uzyskał zgodę. Bardzo często w prowadzonych postępowaniach kwalifikacyjnych dochodzi do	8. Ust. 6 dotyczy sytuacji ust. 3 i 5 innych nie ma. 9. Nieuwzględniona – będzie precyzował program specjalizacji, bo w każdym odmiennie może zostać to określone. 10.Przepisy się nie zmieniają. Tak jak dotychczas. 11. Nieuwzględniona. Przepis jak dotychczas. 12. Nieuwzględniona. Pracę na wolontariacie wykluczają przepisy unijne.

		sytuacji, że lekarze na etapie kierowania do jednostki szkoleniowej muszą dokonywać zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego (tryb pozarezydencki), z uwagi na fakt, że ich preferowane miejsce szkoleniowe zostało zajęte przez lekarzy z wyższą punktacją. **13. Art. 16h ust. 12:** Wszystkie dane osobowe powinny być zachowane w poufności , a nie tylko dane, o których mowa w art. 16h ust. 11 pkt 8–11. Upoważnienie do przetwarzania danych powinno dotyczyć wszystkich danych osobowych przetwarzanych przez dany organ. **14. Art. 16i ust. 3:** Konieczność doprecyzowania, czy przepis dotyczy tylko samodzielnych dyżurów, czy również tzw. dyżurów „towarzyszących". **15. Art. 16 j ust. 2g:** Konieczność ujednolicenia podejścia wobec osób szkolących się lub doprecyzowanie zapisu. Powstaje pytanie, czy tylko w stosunku do lekarzy, którzy pobierali zwiększone wynagrodzenie zasadnicze, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, nie wlicza się okresów nieobecności w pracy? Jak należy traktować pierwsze 33 dni absencji chorobowej w danym roku? Czy jako okres pobierania zwiększonego wynagrodzenia, czy jednak okres absencji wynikający z art. 16l ust. 1 i 2. **16. Art. 16 j ust. 2c:** Konieczność doprecyzowania, czy w przypadku zmiany jednostki szkoleniowej, lekarz powinien ponownie składać deklarację w nowej jednostce? Wojewoda w przypadku zmiany jednostki, przekazuje wraz ze skierowaniem kopię deklaracji (do nowej jednostki szkoleniowej) lub oryginał deklaracji, w przypadku przeniesienia specjalizacji na teren innego województwa. Propozycja brzmienia art. 16 j ust. 2c. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa na piśmie do pierwszego podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza. **17. Art. 16j ust. 2m:** W przypadku ponownej kwalifikacji, w trybie pozarezydenckim, lekarz nie będzie miał możliwości złożenia deklaracji. Propozycja brzmienia art. 16j ust. 2m:„Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie, o którym mowa w art. 16ea ust. 5, ~~jeżeli lekarz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c w terminie nie dłuższym niż po ogłoszeniu wyników drugiego kolejnego postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, od dnia potwierdzenia przez wojewodę zakończenia szkolenia. Przepisy ust. 2b–2s stosuje się odpowiednio.~~" **18. Art. 16l ust. 5c:** Umowa, o której mowa w art. 16h ust. 1 to umowa rezydencka, natomiast art. 16l ust. 3 dotyczy także przedłużenia w trybie pozarezydenckim. Propozycja zapisu art. 16l ust. 5c. Zgoda na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 3–5a~~, na wniosek lekarza złożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozwiązania umowy, o której mowa w art. 16h ust. 1, może być wydana również po dniu rozwiązania tej umowy~~ może być również wydana po upływie okresu szkolenia specjalizacyjnego. **19. Art. 16 m ust. 15:** System SMK powinien automatycznie wysyłać informację o zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego, z chwilą zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji w EKS.	13. Nieuwzględniona. Dane te są udostępniane innym podmiotom zaangażowanym w szkolenie 14. Nieuwzględniona. Dotyczy obu dyżurów. Zgodnie z przepisami unijnymi nie może być pracy bez wynagrodzenia. 15. Nieuwzględniona. Zapisy wskazują na proporcjonalne wyliczanie okresu odpracowania w stosunku do okresu pobierania wynagrodzenia. 16. Nieuwzględniona. Nie ma konieczności składania deklaracji ponownie 17. Nieuwzględniona. Przepis dotyczy rezydentów. 18. Nieuwzględniona. Konieczność doprecyzowania przepisu. I terminu. 19. Uwaga nieaktualna. Przepis wykreślony

		20. Art. 16 m ust. 16: Powstaje pytanie, czy system automatycznie po 30 dniach od dnia zaliczenia szkolenia przekaże kartę, czy będzie to wymagało dokonania czynności przez lekarza (np. użycie funkcji „przekaż"). EKS lekarza, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne powinna być automatycznie przekazana do właściwego wojewody, z chwilą zaliczenia szkolenia. **21. Art. 16pc.1:** Konieczność doprecyzowania, na czym będą polegać zadania wojewodów w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że w przypadku LEK i LDEK, gdzie przepisy przewidują również współpracę dyrektora CEM z wojewodami, przedstawiciele wojewody wchodzą w skład Komisji Egzaminacyjnej LEK i LDEK. W celu przeprowadzenia PEM dyrektor CEM powołuje Państwową Komisję Egzaminu Modułowego, w której skład nie będą wchodzić przedstawiciele wojewody. **22. Art. 16r ust. 3:** W związku z nowelizacją, konsultanci wojewódzcy zostaną obciążeni dodatkową pracą. Aktualny poziom wynagrodzeń konsultantów w województwie małopolskim jest nieadekwatny do szerokiego zakresu zadań realizowanych przez konsultantów wojewódzkich. Nowe zadanie dodatkowo obciąży pracą konsultantów. Należy podkreślić, że proces weryfikacji jest bardzo czasochłonny. W przypadku wielu dziedzin medycyny, jak np. choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, medycyna rodzinna, weryfikacji może podlegać rocznie nawet kilkadziesiąt EKS, w każdej z wymienionych dziedzin. Istnieje ryzyko, że przy dotychczasowym poziomie wynagrodzeń oraz dodatkowym obciążeniu pracą, część konsultantów wojewódzkich może rezygnować z pełnienia tej funkcji, a znalezienie następców, którzy podejmą się pełnienia obowiązków konsultanta wojewódzkiego może być utrudnione. W związku z powyższym istnieje konieczność zagwarantowania dodatkowych środków finansowych na realizacje tego zadania, w celu zwiększenia wynagrodzeń konsultantów wojewódzkich, tym bardziej, że już teraz dotychczasowy poziom środków finansowych nie pozwala na zawarcie z konsultantami umów uwzględniających maksymalne wynagrodzenie wynikające z przepisów. Ponadto należy wprowadzić zapis prawny, umożliwiający sfinansowanie tych zadań z budżetu państwa, gdyż art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia określa, że wojewoda zawiera z konsultantami wojewódzkimi umowę cywilnoprawną na dany rok o realizację zadań określonych w ustawie o konsultantach w ochronie zdrowia. Konieczność doprecyzowania, kto powinien dokonać weryfikacji, w przypadku, gdy konsultant wojewódzki pełni jednocześnie funkcję kierownika specjalizacji osoby przekazującej EKS. W takiej sytuacji konsultant wojewódzki powinien wyłączyć się od wykonania czynności związanej z merytoryczną weryfikacją, zgodnie z zapisem art. 8a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia i sprawdzenia powinien dokonać konsultant krajowy. Konieczność doprecyzowania zakresu sprawdzania dokumentacji pod względem formalnym przez wojewodów i pod względem merytorycznym przez konsultantów wojewódzkich. Konieczność doprecyzowania technicznych czynności, związanych z założeniem konta w SMK przez konsultantów wojewódzkich. Powstaje pytanie, czy rejestracja konsultantów wojewódzkich w SMK będzie wymagała weryfikacji uprawnień? Jeżeli tak, to czy weryfikacji będzie dokonywał wojewoda, tj. organ powołujący konsultantów wojewódzkich? Propozycja zapisu art. 16r ust. 3, akapit trzeci: „(…) W przypadku braku konsultanta wojewódzkiego lub w sytuacji, gdy kierownikiem specjalizacji jest konsultant wojewódzki, właściwym jest konsultant krajowy". Rozdzielenie zakresu sprawdzania na formalne i merytoryczne budzi liczne wątpliwości interpretacyjne. Z	20. Automatyczna funkcja przekazywania, 21. Nieuwzględniona. PEM będzie egzaminem nieobligatoryjnym, wyłącznie komputerowym bez udziału komisji tylko przy nadzorze pracowników CEM. 22. Nieuwzględniona. Wynagrodzenia konsultantów określają inne przepisy.

		uwagi na konieczność uniknięcia powielania zakresu sprawdzania przez wojewodów i konsultantów wojewódzkich, sugestia likwidacji tego podziału i wprowadzenie ściśle określonego wykazu elementów, które podlegają sprawdzaniu przez wojewodów i konsultantów wojewódzkich. Uregulowanie tej kwestii na poziomie centralnym jest niezwykle istotne z uwagi na konieczność zapewnienia jednolitych zasad dopuszczania lekarzy do egzaminów specjalizacyjnych w ramach poszczególnych województw. **23. Art. 9 ust. 1:** Brak sprecyzowania sformułowania „Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach (…)". Propozycja sprecyzowania „ odpowiednio wysokich kwalifikacji„ np. - po 2 latach od rozpoczęcia specjalizacji, - na podstawie wydanego pisemnie oświadczenia kierownika specjalizacji czy opiekuna specjalizacji. **24.** Brak jest doprecyzowania odpowiedzialności prawnej i cywilnej lekarza w trakcie specjalizacji i kierownika specjalizacji czy opiekuna.	23. Nieuwzględniona. Przepis w brzmieniu dotychczasowym, który nie może zostać doprecyzowany, z uwagi na różną tematykę prowadzenia teoretycznego i praktycznego nauczania zawodu i prowadzenia konsyliów. 24. Nieuwzględniona. Odpowiedzialność wynika z innych przepisów, regulaminów.
	Wojewoda Podlaski	**1. Art. 16pc. ust. 1.**Przepis zgodnie z projektem ustawy zmieniającej nie określa zadań wojewody w zakresie współpracy. Ustawa określa zadania techniczno-administracyjne pracowników CEM-u, a nie określa zadań wojewody w tym zakresie. Zakres współpracy wymaga dookreślenia poprzez wydanie rozporządzenia porządkowego o którym mowa w art. 16pi ust.1 projektu ustawy zmieniającej lub należy usunąć zapis „we współpracy z wojewodami" ponieważ zadania dotyczące organizacji i przeprowadzenia PEM zostały scedowane na PKEM i CEM **2.**Należy zauważyć, że planowana zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, nakłada na konsultantów wojewódzkich w dziedzinach medycyny nowy obowiązek, polegający na merytorycznej weryfikacji prawidłowości odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Począwszy od 2014 roku konsultanci wojewódzcy zostali obarczeni wieloma nowymi zadaniami, w tym - składaniem oświadczeń, o których mowa w art. 8c i 8d ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 poz.886) opiniowaniem, jako członkowie Wojewódzkich Rad do spraw Potrzeb Zdrowotnych, map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Obarczenie konsultantów wojewódzkich merytoryczną weryfikacją prawidłowości odbycia szkolenia specjalizacyjnego (przykładowo, w 2018 roku do Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego wpłynęły 143 wnioski o potwierdzenie zrealizowania szkolenia), szczególnie w przypadku dziedzin takich jak medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, radiologia i diagnostyka obrazowa, pediatria, ginekologia i położnictwo, kardiologia, diabetologia, okulistyka, psychiatria, anestezjologia i intensywna terapia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia ogólna, chirurgia stomatologiczna, gastroenterologia, geriatria, protetyka stomatologiczna, medycyna ratunkowa, utrudni realizację podstawowych funkcji konsultantów, jakimi są funkcje opiniodawcze i kontrolne. Jednocześnie zapewnienie skutecznej i terminowej komunikacji z ponad 90-cio osobową grupą konsultantów w dziedzinach medycyny jest zajęciem wymagającym znacznego nakładu czasu i wytężonej pracy (również logistycznej). Dodatkowo, nakładają się na to problemy związane z często utrudnionym uzyskaniem kontaktu drogą elektroniczną lub telefoniczną z konsultantami. Kontakt ten nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w sytuacji, gdy konsultant w danej dziedzinie medycyny otrzyma jednocześnie kilka wniosków w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), które zostały pozytywnie ocenione pod względem formalnym przez wojewodę. Ponadto nie wszyscy	1. Nieuwzględniona. Zakres współpracy nie zmienia się. Przepis jedynie normuje stan obecny. 2. Nieuwzględniona. Powyższe było tematem dyskusji z konsultantami krajowymi i konsultantami wojewódzkimi. Problemem było również obarczenie konsultantów krajowych zbyt dużą liczba wniosków do sprawdzenia, a przez to kosztami wysyłki. Funkcja Konsultanta jest dodatkową funkcją bez konieczności rezygnacji z dotychczasowego zatrudnienia.

		konsultanci posiadają odpowiednie zaplecze techniczne umożliwiające obsługę Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, ponadto, biorąc pod uwagę konieczność zachowania przez konsultantów wojewódzkich ustawowego 14- dniowego terminu weryfikacji wniosków zajdzie konieczność informowania przez pracowników urzędu wojewódzkiego poszczególnych konsultantów o fakcie wpływu w SMK wniosku o dokonanie merytorycznej weryfikacji szkolenia specjalizacyjnego. Należy zatem w Ocenie Skutków Regulacji **uwzględnić dodatkowe środki finansowe umożliwiające podwyższenie wynagrodzeń konsultantów wojewódzkich** (od ponad 10 lat środki finansowe na wynagrodzenia bezosobowe konsultantów wojewódzkich nie były podwyższane), jak również na przeszkolenie konsultantów w zakresie obsługi SMK. Biorąc pod uwagę powyższe oraz dodatkowe zadania wojewody współpracy z dyrektorem CEM w zakresie organizacji PEM, uwierzytelniania osoby konsultanta wojewódzkiego oraz weryfikacji uprawnień tej osoby w SMK, **proponuje się uwzględnienie w Ocenie Skutków Regulacji środków finansowych przeznaczonych dla wojewodów na zaangażowanie osobowe związane z obsługą działalności konsultantów wojewódzkich** w ochronie zdrowia w zakresie przebiegu i weryfikacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów w wysokości ½ etatu.	
	Wojewoda Mazowiecki	1. w pkt 12 lit. a projektu ustawy w zakresie dodania art. 14a ust. 2a – proponuję wyrazy „co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem” zastąpić wyrazami „z wyprzedzeniem co najmniej 2 lat przed planowanym egzaminem”. Biorąc pod uwagę problemy z wynajęciem sal w niektórych województwach oraz fakt, że CEM miejsca egzaminacyjne na kolejne sesje musi opublikować w SMK z dużym wyprzedzeniem, wskazany w projekcie okres 6 miesięcy wydaje się terminem zbyt krótkim; 2. w pkt 20 lit. b projektu ustawy w zakresie nadania nowego brzmienia art. 16 ust. 3 - proponuję po wyrazach „W przypadku zakwalifikowania się do odbycia szkolenia w innej dziedzinie medycyny” dodać wyrazy „posiadającej ten sam moduł podstawowy, lekarz skierowany zostaje do odbycia modułu specjalistycznego.”. Potrzeba doprecyzowania przepisu wynika z dotychczasowych doświadczeń, że lekarze różnie interpretują przepisy dotyczące możliwości zmiany specjalizacji; 3. w pkt 20 lit. i projektu ustawy w zakresie dodania art. 16 ust. 18 - proponuję po wyrazach „lekarzowi dentyście” usunąć wyrazy „za pomocą SMK” i dopisać wyrazy „na wskazany przez niego adres zamieszkania”. Należy również usunąć ostatnie zdanie „Do decyzji stosuje się…”. Lekarz dentysta posiadający co najmniej stopień naukowy doktora składa wniosek do dyrektora CMKP o uznanie dorobku zawodowego i naukowego za równoważny ze zrealizowaniem przez niego szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny z wyjątkiem dziedzin określonych w ust. 12 - w wersji papierowej. Lekarz ten nie składa wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w SMK. W związku z powyższym, w tym konkretnym przypadku lekarz nie ma możliwości otrzymać decyzji w systemie SMK. Jednakże gdyby wniosek o uznanie dorobku miał być składany w systemie SMK, wówczas należałoby odpowiednio zmienić treść ust. 13; 4. w pkt 22 lit. c tiret piąte projektu ustawy w zakresie dodawanego pkt 20 do art. 16c ust. 2 - proponuję rozważanie zasadności wprowadzenia rozwiązania polegającego na zamieszczeniu we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego nazwy jednostki prowadzącej szkolenie, która wystawiła dokument intencyjny gwarantujący zatrudnienie lekarza, albowiem zgodnie z przepisami, lekarze kierowani są do jednostek szkolących według liczby zdobytych punktów (rankingu), a nie do jednostki która wystawiła dokument intencyjny. Powstaje zatem wątpliwość jaki jest cel i potrzeba	1. Nieuwzględniona. Logistycznie niemożliwa do realizacji. 2. Nieuwzględniona. Jest mowa w przepisie o kontynuacji szkolenia. 3. Nieuwzględniona. W art. 16 nie ma ust. 18. 4. Nieuwzględniona. List jest gwarancją zatrudnienia. Przepis wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2021 razem z nowym SMK.

		zamieszczania ww. informacji we wskazanym wniosku. Konsekwentnie wnioskuję także o usunięcie dodawanego pkt 4 do art. 16c ust. 10 (pkt 22 lit. g tiret drugie projektu) oraz usunięcie sformułowania „z zastrzeżeniem ust. 10 pkt 4" w art. 16c ust. 11 ww. ustawy (pkt 22 lit. i projektu). Nie wydaje się właściwe przyznawanie punktów dodatkowych za posiadanie dokumentu intencyjnego; 5. w pkt 22 lit. e projektu ustawy w zakresie nadania nowego brzmienia art. 16c ust. 3 - proponuję doprecyzować sformułowanie „dokonuje oceny formalnej wniosku". Wątpliwości budzi, czy w ramach tej oceny urzędy będą obliczać punkty w SMK w trybie pozarezydenckim. Na dzień dzisiejszy w SMK nie ma takiej funkcjonalności. Ponadto wydaje się, że termin do dnia 20 marca i dnia 20 października jest terminem za krótkim. Należy zwrócić uwagę, że województwo mazowieckie jest największe, co może przełożyć się na trudności w sprawdzeniu takiej liczby wniosków w proponowanych terminach; 6. w pkt 22 lit. k projektu ustawy w zakresie dodania art. 16c ust. 13 g - proponuję po wyrazach „Dyrektor CMKP" dopisać wyrazy „za pomocą SMK" . Istnieje potrzeba doprecyzowania przepisu w zakresie sposobu w jaki Dyrektor CMKP informuję wojewodę o przyznaniu miejsc rezydenckich lub pozarezydenckich; 7. w pkt 23 projektu ustawy w zakresie nadania nowego brzmienia art. 16e ust. 8 - proponuję doprecyzować ww. przepis o terminy w jakich uczelnie mają przekazać wojewodzie listę lekarzy; z akredytacji, a tym samym uniemożliwi szkolenie lekarzy, którzy już posiadają specjalizację; 8. w pkt 29 lit. a projektu ustawy w zakresie nadania nowego brzmienia art. 16 j ust. 2b - z uwagi na fakt, że czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w zależności od dziedziny wynosi od 3 do 6 lat wydaje się zasadne, żeby zobowiązanie się lekarza do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP było proporcjonalne do czasu trwania specjalizacji; 9. w pkt 31 lit. g projektu ustawy w zakresie dodania ust. 7a do art. 16m - proponuję zdefiniować pojęcie „kierownik podmiotu", gdyż lekarze często mylą pojęcie „kierownika podmiotu" z „kierownikiem jednostki szkolącej". Pomocne zatem byłoby uporządkowanie terminologii; 10. pkt 31 lit. k projektu ustawy w zakresie dodawanego ust. 15 do art. 16m - proponuję usunąć dodawany ustęp. Powyższe jest zasadne w świetle propozycji dodania ust. 16 wskazującego na przekazanie EKS lekarza właściwemu wojewodzie w terminie 30 dni od dnia zakończenia zaliczenia szkolenia; 11. w pkt 38 lit. a-b projektu w zakresie nadania nowego brzmienia art. 16rb ust.1 i dodania ust.1 a - proponuję usunięcie projektowanej zmiany. Wydaje się zasadne, aby lekarz zgodnie programem danej specjalizacji realizował wszystkie jego elementy. Jeżeli lekarz będzie miał potwierdzenie zakończenia szkolenia przed jego ukończeniem np. jeden rok to oznacza, że nie zrealizował wszystkich elementów programu. Powstaje wówczas wątpliwość w jaki sposób wojewoda ma sprawdzić pod względem formalnym ocenę przebiegu szkolenia - datę zakończenia szkolenia przed sprawdzeniem pod względem merytorycznym przez właściwego konsultanta. Ponadto chciałbym również poddać pod rozwagę **przyznanie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji** za prowadzenie nadzoru nad szkoleniem specjalizacyjnym. Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę, że projekt nowelizacji ustawy wprowadza istotne zmiany na poziomie organizacyjnym, wyznacza nowe zadania dla wojewodów oraz dyrektora CMKP, które na dzień dzisiejszy nie są wystarczająco precyzyjne i budzą wiele wątpliwości. Zgłoszenie szczegółowych uwag do projektu ustawy wymaga szerszego rozeznania, co dokładnie, w następstwie wprowadzenia proponowanych rozwiązań prawnych, będzie należało do kompetencji wojewodów. Należy ponadto przypomnieć, że **od**	5. Nieuwzględniona. Procedura oceny formalnej wniosku się nie zmienia. 6. Nieuwzględniona. Cały proces odbywa się w SMK. 7. Nieuwzględniona. Terminy zależne od terminu złożenia informacji przez wojewodę. 8. Nieuwzględniona. Przewidziany okres „odrabiania" szkolenia jest stosunkowo krótki. Nie jest celowe dalsze jego zróżnicowanie. 9. Nieuwzględniona. Pojęcia od dawna funkcjonujące w systemie szkolenia lekarzy i lekarzy dentystów. 10. Nieuwzględniona. Przepisy się nie wyłączają. 11. Nieuwzględniona. Wcześniejsze dopuszczenie lekarza do PES nie zwalnia go z odbycia i zaliczenia całości szkolenia specjalizacyjnego.

		wielu lat zgłaszane były uwagi do funkcjonowania SMK w obszarze przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego przez wojewodów, które pozostają aktualne. Przeprowadzenie postępowania w najbliższym roku dla tak dużej liczby lekarzy w województwie mazowieckim, w aktualnym stanie prawnym i technicznym może się okazać wyjątkowo skomplikowanym zadaniem. W celu realizacji przez wojewodę nowych ustawowych zadań, wydaje się również konieczne **wprowadzenie takiej funkcjonalności w SMK, która umożliwi poprawne wyliczenie punktów lekarzom** biorącym udział w postępowaniu. należy podkreślić, iż na obecnym etapie urzędy wojewódzkie obliczają punkty poza SMK.	
	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	1. Aby stosować zapis art. 16 ust. 3 konieczne jest dostosowanie programów specjalizacji do odbycia modułu specjalistycznego. Obecnie w większości programów nie ma możliwości skierowania lekarza po zaliczonym module podstawowym tylko na moduł specjalistyczny. 2. Proponuje się usunięcie w całości nowego zapisu art. 16c ust. 2 pkt 20. Zapis dotyczący listu intencyjnego budzi wątpliwości co do bezinteresowności, bezstronności, rzetelności i przejrzystości prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, szczególnie w trybie konkursowym. Najbardziej obiektywnym kryterium przyznawania miejsc rezydenckich powinien być wynik LEK lub LDEK. 3. W art. 16c ust. 2a proponuje się usunięcie pkt. 5, jako konsekwencji wyżej wymienionej propozycji. 4. W art. 16c ust. 10 proponuje się usuniecie pkt. 4, jako skutek braku zasadności przyznawania tych punktów dodatkowych. 5. Art. 16c ust. 11 winien otrzymać brzmienie: „11. Wynik postępowania konkursowego stanowi procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK/LDEK, o których mowa w ust. 10 pkt 1, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z LEK/LDEK lub egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 2, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z LEK/LDEK oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 3.” – usunięcie zapisu, z zastrzeżeniem ust. 10 pkt 4. 6. Mając na uwadze, że wolne miejsca szkoleniowe w jednostkach akredytowanych w danej dziedzinie medycyny, nie zawsze są w całości przyznawane („uruchamiane”) na dane postępowanie kwalifikacyjne, proponuje się zmianę brzmienia art. 16c ust. 13 na: „13. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikuje się, za pomocą SMK, lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie przyznanych miejsc w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, w danej dziedzinie medycyny, w danym województwie albo posiadanych przez dany podmiot, o którym mowa w art. 19f ust. 1.” 7. Proponowany zapis art. 16c ust. 13c, 13d, 13e i 13f wprowadza konieczność potwierdzania w krótkich terminach przyjęcia miejsca szkoleniowego przez lekarza. Wymóg ten może powodować roszczenia osób, które w pierwszym etapie nie zdążyły dokonać potwierdzenia w terminie ustawowym, z przyczyn niezależnych od lekarza. Wątpliwość budzi zasadność wprowadzenia dwuetapowego postępowania w tym zakresie. 8. W art. 16e ust. 8 wnosi się o dodanie terminu w jakim uczelnia zgłasza wojewodzie listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia, o którym mowa w ust. 6. 9. W art. 16j po ust. 2s dodano ust. 2t, który wprowadza możliwość złożenia przez lekarza rezygnacji z pobierania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2b. Proponuje się doprecyzować czy lekarz, który zrezygnował z pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego jest zobowiązany do odpracowania okresu pobierania ww. wynagrodzenia, lub zapłacenia kary za niewywiązanie się z zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b.	1. Nieuwzględniona. Przepis dotyczy kontynuacji w ramach tego samego modułu. 2. Nieuwzględniona. List będzie oświadczeniem o zatrudnieniu. Będzie też mobilizował lekarzy do poszukiwania pracy oraz gwarantował zdobycie większej liczby punktów. 3. Nieuwzględniona. J. w. 4. Nieuwzględniona. J. w. 5. Nieuwzględniona. J. w. 6. Nieuwzględniona. Planuje się uruchomienie wszystkich dostępnych wolnych miejsc. 7. Nieuwzględniona. Wprowadza się jednolity sposób postepowania dla wszystkich lekarzy. Okres na potwierdzenie jest wystarczający. Przed uruchomieniem nowego centralnego systemu kwalifikacji zostaną wydane stosowne komunikaty i sposób aplikowania. Możliwe będzie również uruchomienie aplikacji szkoleniowej. 8. Nieuwzględniona. Termin powinien być dostosowany do terminu, do którego wojewoda zgłasza zapotrzebowanie. 9.Nieuwzględniona. Lekarz jest zawsze zobowiązany do odpracowania zgodnie z ust. 2g

	Wojewoda Łódzki	1. art. 15n - Treść art. 15n niejasna i niespójna. Brak precyzyjnego wskazania kompetencji i obowiązków poszczególnych organów 2. art. 16c ust. 1 pkt 1- proponowane zmiany: dyrektora CMKP za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Uzasadnienie: Zbędna i niejasna treść, dalsze przepisy precyzują tryby odbywania specjalizacji oraz sposób uruchamiania miejsc rezydenckich i pozarezydenckich. 3. art. 16c ust. 2b i 2c - Konieczność doprecyzowania, który organ posiada kompetencje przedstawione w ust. 2b i 2c (dyrektor CMKP czy wojewoda). 4. art.16c ust.13 – propozycja zmian: Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikuje się, za pomocą SMK, lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie **przyznanych** miejsc dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, w danej dziedzinie medycyny, w danym województwie albo posiadanych przez dany podmiot, o którym mowa w art. 19f ust. 1. Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu (wolne miejsca nie są tożsame z miejscami przyznanymi). 5. art. 16c ust. 13b – propozycja zmian: **Przyznane** miejsca rezydenckie oraz pozarezydenckie, o których mowa w ust. 13, w danym roku dla danej dziedziny medycyny, rozdziela się….. Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu (wolne miejsca nie są tożsame z miejscami przyznanymi). 6. art. 16c ust. 13c - Brak wcześniejszego przepisu wprowadzającego pojęcie dwuetapowości postępowania. 7. art. 16c ust. 13g - propozycja zmiany: Dyrektor CMKP niezwłocznie informuje właściwego, ze względu na miejsce odbywania szkolenia wojewodę, o przyznaniu miejsc rezydenckich **i ….** Uzasadnienie: Zmiana treści przepisu 8. art. 16c ust. 17f – propozycja zmiany: W przypadku zmiany przez lekarza trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na tryb rezydencki~~lub tryb pozarezydencki~~, wojewoda dokonuje zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w EKS….. Uzasadnienie: Niepotrzebny zwrot „lub tryb pozarezydenckim" – w przypadku zmiany trybu na pozarezydencki nie ma konieczności uczestniczenia w postepowaniu kwalifikacyjnym. 9. art. 16e ust. 3 - propozycja zapisu: Przed postępowaniem kwalifikacyjnym dyrektor CMKP najpóźniej do dnia 28 stycznia albo do dnia 28 sierpnia każdego roku ogłasza na stronie internetowej oraz za pomocą SMK listę przyznanych miejsc rezydenckich oraz **przyznanych** miejsc… Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu (wolne miejsca nie są tożsame z miejscami przyznanymi). 10. art. 16e ust. 6 – Brak procedury określającej sposób wydzielania limitu miejsc oraz wskazania organu posiadającego kompetencje w ww. zakresie. 11. art. 16e ust. 8 - Brak procedury określającej sposób wydzielania limitu miejsc oraz wskazania terminu, kiedy uczelnia powinna zgłosić wojewodzie listę. 12. art. 16ea ust. 2-5 - Przepis niejasny, budzi wątpliwości dotyczące ilości możliwości przystępowania do postepowania kwalifikacyjnego w trybie rezydenckim. 13. art. 16f ust. 9 - Termin „znaczącej" jest nieostry, trudny do oceny. Brak wskazania również organu oceniającego. 14. art. 16h ust. 1 - propozycja wykreślenia: „…W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego" Uzasadnienie: zapis ten jest zbędny. Elementy umowy o pracę, w tym data rozpoczęcia uregulowane są w kodeksie pracy. 15. art. 16l ust. 1 – propozycja zapisu: „Za zgodą kierownika specjalizacji lekarz odbywający specjalizację w trybie rezydentury może wnioskować do kierownika jednostki szkolącej o skrócenie okresu przedłużenia umowy, o którym mowa w ust. 1–3, z wyłączeniem orzeczeń lekarskich o chorobie, nie więcej	1.Nieuwzględniona. Technika legislacyjna wymaga opisania uprawnień. 2. Nieuwzględniona. Przepis definiuje jednocześnie miejsca rezydenckie. 3. Nieuwzględniona. Organy, o których mowa w ust. 8 wykonujące czynności, o których mowa w ust. 3 – 5 4. Nieuwzględniona. Intencją jest uruchomienie wszystkich miejsc do procesu kwalifikacji. 5. Nieuwzględniona. Przyznawane będą tylko miejsca rezydenckie 6. Nieuwzględniona. Procedura kwalifikacji przy dobrym rozdziale może zakończyć się na pierwszym etapie. 7. Nieuwzględniona. W technice legislacyjnej „lub" odczytuje się jako „lub" i „i". 8. Nieuwzględniona. Przepis nie odnosi się do postępowania kwalifikacyjnego, tylko do kontynuacji. 9. Nieuwzględniona, J.w. 10. Nieuwzględniona. Procedura określona w ust. 1 oraz 6-8 11. Nieuwzględniona. Każdorazowo, co do zasady, zgłasza się miejsca przed danym postępowaniem – art. 16e ust. 1 12. Nieuwzględniona. Przepisy doprecyzowane. 13. Częściowo uwzględniona. Organ aktualizujący program wskazany w ust. 4. 14. Nieuwzględniona. Dotychczasowe przepisy zostały uszczegółowione, bowiem budziły wątpliwości. Rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego może być inny niż data zawartej umowy. 15. Nieuwzględniona. UW widzi cały EKS. Przepis jest obecnie dobrze sformułowany

		niż o 30 dni kalendarzowych. **Kierownik jednostki szkolącej niezwłocznie zamieszcza w EKS informację o skróceniu okresu przedłużenia umowy**" Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu. Informacja zamieszczana w EKS przez kierownika jednostki szkolącej, jest dostępna dla użytkowników systemu. 16. art. 16m ust. 6a – propozycja zapisu: „Kierownik specjalizacji **lub w uzasadnionych przypadkach kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie**, potwierdza realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego za pomocą SMK". Uzasadnienie: Potwierdzenie realizacji programu specjalizacji, w przypadku niemożności zaliczenie przez kierownika specjalizacji powinno być dokonane przez osoby kompetentne, co wynika z treści art. 16m ust. 7a 17. art. 16m ust. 15, 16 – propozycja zapisu: „Kierownik specjalizacji w terminie 7 dni od dnia zakończenia szkolenia, zalicza szkolenie specjalizacyjne w EKS oraz przekazuje EKS za pomocą SMK do właściwego wojewody". Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu. 18. art. 16r ust. 3 - propozycja zapisu: „ Podmioty, o których mowa w ust. 2, dokonują weryfikacji, o której mowa w ust. 1, oraz zwracają się, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów wojewódzkich o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji przez kierownika specjalizacji **w EKS i przekazania EKS do właściwego wojewody.** Konsultant wojewódzki dokonuje weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. W przypadku braku konsultanta wojewódzkiego właściwym jest konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny." Uzasadnienie: Doprecyzowanie przepisu.	16. Nieuwzględniona. Przepis dotyczy kierownika specjalizacji. W przypadku jego braku wyznacza się innego kierownika specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 7a. 17. Nieuwzględniona. Kierownik i lekarz winni współpracować w zakresie jak najszybszego zatwierdzenia szkolenia. 18. Nieuwzględniona. Powyższe wynika z treści art. 16m ust. 16
	Wojewoda Pomorski	1. W zakresie art.16 ust. 3 - poprzez wskazanie kto będzie organizatorem Państwowego Egzaminu Modułowego? 2. W zakresie art.16 c ust.1c - niezrozumiałe jest 15 wariantów wyboru 3. W zakresie art.16 c ust. 2 pkt 9 – czy wnioski, które zawierają tymczasowe prawo wykonywania zawodu biorą udział w postępowaniu kwalifikacyjnym (nie jest możliwe aby lekarz otrzymał stałe pwz do 20 marca lub 20 października) 4. W zakresie art.16 e ust.8 – termin zgłoszenia przez uczelnię listy lekarzy wnioskujących o odbycie szkolenia 5. W zakresie art. 16 i ust 1e – w naszej ocenie powinny być wymienione konkretne przypadki, które wydłużają specjalizacje. Jak technicznie ma być dokonane przedłużenie specjalizacji w przypadku rezydentury. Aktualnie w przypadku rezydentury przedłuża specjalizację ministerstwo zdrowia, czy lekarze będą musieli zmieniać tryb.	1. Nieuwzględniona. Powyższe wynika z kolejnych przepisów 2. Nieuwzględniona. Powyższe precyzuje w ust. 1c pkt 1 i 2 3. Nieuwzględniona. Na postepowanie kwalifikacyjne będzie mógł się aplikować lekarz posiadający odbyty staż podyplomowy oraz złożony LEK/LDEK. PWZ musi być na czas nieokreślony lub w oparciu o zaświadczenie wydawane przez OIL o zamiarze wydania takiego PWZ (art. 16c ust. 18) 4. Nieuwzględniona. Termin ten musi być powiązany z terminem, o którym mowa w ust. 1, tzn. zgłoszenie powinno nastąpić przed tym terminem. 5. Nieuwzględniona. Procedura przedłużania nie będzie się różnić od obecnej.
	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM)	1. art. 3 ust. 8 - Oczekiwane odciążenie kierownika specjalizacji od biurokratycznych obowiązków związanych z dokonywaniem wpisów w SMK, poprzez wskazanie „osoby upoważnionej" przez kierownika specjalizacji. 2. art. 14a ust. 3 - Skrócenie terminu przystąpienia do LEK po 10 semestrach, tj. po 5 roku (w przypadku kierunków lekarskich) skraca jednocześnie czas na zdobycie przez studenta wiedzy niezbędnej do przystąpienia do tego egzaminu, jak również może obniżyć motywację do przygotowania się do egzaminów	1. Nieuwzględniona. Odciążenie kierownika specjalizacji nastąpi poprzez weryfikację systemu SMK i EKS w odniesieniu do rocznego lub „blokowego" zaliczania przez niego poszczególnych procedur, o których będzie mowa w programie specjalizacji. 2. Nieuwzględniona. Możliwość przystąpienia do LEK w trakcie studiów nie będzie zwalniała studenta z zaliczenia pełnego programu kształcenia przeddyplomowego. Ponadto, lekarz otrzyma potwierdzenie zaliczenia

		z głównych przedmiotów klinicznych (interna, pediatria, chirurgia, ginekologia, medycyna rodzinna) na 6 roku (semestr 11 i 12) oraz KET (Końcowy Egzamin Testowy). Ponadto podejście do tego egzaminu po 5 roku może być traktowane przez studentów ww. kierunków jako podejście „próbne", co w efekcie może obniżyć ocenę, jak również pozycję kierunku i uczelni.	LEK po potwierdzeniu uzyskania tytułu zawodowego lekarza lub lekarza dentysty (art. 14e ust. 6a)
		3. Przeniesienie kursu z ratownictwa medycznego z poziomu specjalizacji do stażu podyplomowego – W związku z całościowym przeniesieniem, z poziomu programu szkolenia specjalizacyjnego określonego w art. 16 f ust. 3 ustawy (Dz. U. 1997 poz. 152), kursu w zakresie ratownictwa medycznego do programu stażu podyplomowego, przez co z koniecznością opanowania i ugruntowania zakresu wiedzy i umiejętności przez lekarzy stażystów, wnosimy o wymóg realizacji kursu z ratownictwa medycznego przez jednostki akademickie prowadzące kształcenie w zakresie medycyny ratunkowej. Wiąże się to z koniecznością wprowadzenia zmiany w art. 19 ust.1.	3. Nieuwzględniona. Przepisy ustawy nie wskazują kto ma być realizatorem kursu. Powyższe może zostać uregulowane w rozporządzeniu.
		4. Zakładowy plan realizacji szkolenia specjalizacyjnego - Należy doprecyzować wymagania dotyczące formy i ram czasowych zakładowego planu realizacji szkoleń dla danych dziedzin medycyny w jednostkach organizacyjnych ubiegających się o akredytację.	4. Nieuwzględniona. Każda jednostka będzie musiała zakładowy plan dostosować do własnej struktury organizacyjnej. Poza tym nie jest możliwe uregulowanie we wzorze planu sposobu organizacji szkolenia specjalizacyjnego dla 96 specjalizacji mając na uwadze różnorodność podmiotów wykonujących działalność leczniczą uprawnionych do szkolenia.
		5. art. 15 ust. 1 i 5., w związku z art. 15c ust. 8 i 9 oraz w związku z art. 16f ust. 3 pkt 2 - Zgodnie z treścią zmiany obszar wiedzy objęty dotychczas kursami obowiązkowymi objętymi programami wszystkich specjalizacji zostaną przeniesione do programu stażu podyplomowego, dotyczy to m.in. kursu z zakresu zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego i bioetyki. Natomiast zgodnie z art. 15c ust. 8 jedynymi podmiotami uprawnionymi do prowadzenia tych kursów (orzecznictwo lekarskie, bioetyka i prawo medyczne) będą okręgowe izby lekarskie. W opinii CMKP rozwiązanie to nie znajduje uzasadnienia merytorycznego. Postulujemy, aby podmiotami uprawnionymi na podstawie art. 15c ust. 9 do prowadzenia tego rodzaju szkoleń były również uczelnie medyczne, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz medyczne instytuty badawcze. W art. 16f ust. 3 pkt 2 uchyla się lit. c – e – tj. kursy w zakresie ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego oraz prawa medycznego. Należy rozważyć, czy skreślenie to powinno faktycznie dotyczyć wszystkich dziedzin szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i czy przeniesienie kursów do stażu podyplomowego ma faktycznie uzasadnienie merytoryczne, również z perspektywy wykorzystania już stworzonego w uczelniach medycznych potencjału i zaplecza do szkoleń z zakresu medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego. Należy mieć na uwadze niekiedy wielomilionowe inwestycje uczelni medycznych w pracownie zaawansowanej symulacji medycznej (medycyny ratunkowej/ratownictwa medycznego), które (wyłącznie) na rzecz izb lekarskich, tracą możliwość ich wykorzystania w procesie szkolenia specjalizacyjnego/kształcenia podyplomowego. W opinii CMKP prostszym, korzystniejszym tańszym i bardziej efektywnym rozwiązaniem byłaby weryfikacja programów obowiązkowych dla wszystkich specjalizacji kursów (ratownictwo medyczne, prawo medyczne, zdrowie publiczne), pod kątem zoptymalizowania ich treści i czasu trwania. Jest to również mechanizm w pełni kontrolowany przez Ministra Zdrowia – jako podmiot zatwierdzający programy specjalizacji. Należałoby zatem postulować odrzucenie w całości zmian w tym obszarze nowelizacji.	5. Nieuwzględniona. OIL będzie mógł w tym zakresie współpracować z innymi podmiotami.
		6. art. 16e ust. 1 - W związku z brakiem lekarzy specjalistów, pożądane jest umożliwienie uzyskiwania	6. Nieuwzględniona. Co do zasady przyjmuje się założenie umożliwienia

		przez lekarza drugiej specjalizacji w trybie „drugiej rezydentury”.	dostępu do rezydentury przede wszystkim lekarzy, którzy nie posiadają żadnej specjalizacji, celem zapewnienia uzyskania jak największej liczby lekarzy specjalistów w kraju.
		7. art. 16i ust. 1 - Redakcja przepisu wskazuje, na brak możliwości łączenia systemu równoważnego czasu pracy z dyżurem medycznym; takiego zakazu nie przewiduje polskie prawo pracy; praktyka wielu szpitali wskazuje, że takie rozwiązanie się sprawdza; z przepisu wyziera nadmierna ingerencja ustawodawcy w organizację pracy.	7. Nieuwzględniona. Konstrukcja przepisu zapewnia różne możliwości odbywania przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego
		8. art. 16i ust. 1b - do skreślenia.	8. Nieuwzględniona. Postulat młodych lekarzy wynikający z braku doświadczenia do prowadzenia samodzielnych dyżurów zaraz po stażu podyplomowym i bez wiedzy specjalistycznej.
		9. art. 16i ust. 1d – 1e - Oczywiście rodzicielstwo należy chronić, ale to nie powód, żeby lekarz nie zrealizował programu specjalizacji.	9. Nieuwzględniona. Lekarz musi zrealizować całość programu specjalizacji. Postulat Zespołu.
		10. art. 16i ust. 3, ust. 3a–3b - Wybór jednostki organizacyjnej gdzie specjalizant ma pełnić dyżury medyczne w trakcie stażu kierunkowego, winien należeć do kierownika specjalizacji, który z kolei reprezentuje pracodawcę, a ten z kolei organizuje pracę, w tym w pełni dyżurów medycznych.	10. Nieuwzględniona. Przepis stanowi uszczegółowienie możliwości wyboru miejsca odbywania dyżury tylko i wyłącznie w zakresie określonym w programie specjalizacji, do którego musi się także zastosować zarówno kierownik podmiotu, jak i kierownik specjalizacji.
		11. art. 16i ust. 8 - Złamana została generalna zasada prawa pracy, zgodnie z którą wynagrodzenie należne jest za pracę wykonaną (art. 80 Kodeksu pracy); wprowadzenie postulowanego rozwiązania doprowadzi do … dyskryminacji płacowej wśród rezydentów, ponieważ w swoisty sposób będą karani rezydenci pełniący dyżury medyczne w piątki, soboty i w dni przed świąteczne, ponieważ po odbytym w takim dniu dyżurze medycznym nie będą mieli „płatnych zejść”; inni rezydenci pełniący dyżury medyczne od niedzieli do czwartku, za dni wolne (zejścia) zachowają prawa do wynagrodzenie, co spowoduje, że wynagrodzenia za pracę tych dwóch grup będą równe a rzeczywisty czas pracy różny; tego nie można racjonalnie obronić; uzupełnianie normalnego czasu pracy – czasem dyżuru medycznego, jest sprawiedliwe; tym niemniej należy zgodzić się z postulatem, że o czas zejść nie wydłuża się czasu trwania specjalizacji.	11. Nieuwzględniona – Zarówno pracodawca, jak i finansujący szkolenie specjalizacyjne ma prawo do regulowania wysokości wynagrodzenia, z zastrzeżeniem, ze musi ono być powyżej minimalnego wynagrodzenia określonego w odrębnych przepisach.
		12. art. 16i ust. 10 - Skoro MZ refunduje koszty dyżurów odbywanych przez rezydentów w ramach specjalizacji to winno robić to kompleksowo (dyżury nocne, niedzielne, świąteczne), na podstawie odpowiedniej funkcjonalności w SMK, gdzie byłyby one wykazywane i wyliczane.	12. Nieuwzględniona. Wypełnienie należnych zgodnie z programem 10 godz. 5 min tygodniowo godzin dyżurowych nie musi odbywać się w nocy.
		13. art. 16j ust. 2b - W dalszym ciągu nie zdefiniowano, czym jest równoważnik etatu – ile to godzin i jak ten parametr liczyć? W jakim okresie?	13. Nieuwzględniona. Powyższe jest powszechnie stosowane w ramach umowy z NFZ. Równoważnik etatu odnosi się do liczby godzin przepracowanych miesięcznie, a nie przepracowanych dobowo.
		14. art. 16x ust. 1 - Proponujemy dopisanie Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jako podmiotu, którego opinii również zasięgnie minister właściwy do spraw zdrowia przed wydaniem rozporządzenia.	14. Nieuwzględniona. CMKP jest jednostką stale współpracującą z MZ w zakresie przygotowania różnych projektów przepisów prawnych, co nie wymaga przy każdym nowym projekcie jej wymieniania.
		15. art. 17 ust. 5 i następne - W opinii CMKP konieczne jest stworzenie mechanizmu uprzedniej akredytacji/weryfikacji warunków, poprzedzającej uzyskanie wpisu na listę. Zwraca uwagę np. zapis (ust. 20) według, którego towarzystwo sporządza program certyfikacji – przepis nie wskazuje jednak w jakim czasie, ani tego, że taki program jest warunkiem uzyskania wpisu na listę. Również kolejność przepisów w tym artykule wskazuje, że sporządzenie regulaminu organizacji i prowadzenia certyfikacji oraz sporządzenie programu certyfikacji ma charakter wtórny w stosunku do uzyskania wpisu na listę	15.Nieuwzględniona. Sformalizowana została droga certyfikacji poprzez towarzystwa naukowe.

		prowadzoną przez CMKP. W opinii CMKP przepis wymaga gruntownej zmiany – przynajmniej poprzez wprowadzenie postępowania „akredytacyjnego" poprzedzającego uzyskanie wpisu na listę. 16. art. 18 ust. 4 - tak długi urlop szkoleniowy bardzo obciąży duże jednostki, chyba że koszt wynagrodzenie pokryje MZ. 17. art. 19 f ust. 9 d - Przepis wskazuje, że „…CMKP w porozumieniu z wojewodą kierują…" W opinii CMKP, należy precyzyjnie określić podmiot wystawiający skierowanie lub określić zasady tego porozumienia. W obecnym brzmieniu nie wiadomo, kto faktycznie dokonuje czynności skierowania, równocześnie przepisy poprzedzające wskazują, że skierowania do szkolenia wystawiane są przez Wojewodę. 18. art. 19 g - CMKP wielokrotnie postulowało zmianę brzmienia tego przepisu wykluczającą możliwość realizowania kursów objętych programami specjalizacji przez wszystkie podmioty wymienione w art. 19 ust. 1, tj. również przez tzw. „organizatorów kształcenia". Najczęściej wiedza objęta programami kursów ma charakter bardzo kliniczny, wymaga szczególnych kompetencji, doświadczenia i zaplecza klinicznego, którym nie dysponują podmioty mieszczące się w pojęciu „organizatorów kształcenia". Zasadność organizowania niektórych kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji, szczególnie przez podmioty wymienione w art. 19 ust 1 pkt 3 budzi niekiedy wątpliwości, co do jakości merytorycznej tych kursów. Mimo tego podmioty takie uzyskują pozytywne opinie konsultantów krajowych. Problem ten był wielokrotnie sygnalizowany przez CMKP. W opinii CMKP uprawnionymi do prowadzenia kursów objętych programami specjalizacji powinny być co do zasady wyłącznie podmioty wymienione w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, a inne podmioty tylko o ile tak stanowi program specjalizacji (zatwierdzony przez Ministra Zdrowia – co pozostawia realną kontrolę nad kręgiem podmiotów uprawnionych do organizowania kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji). Co więcej – nadal utrzymany został warunek uzyskania pozytywnej opinii konsultanta, jako przesłanka uzyskania wpisu na listę. Również ten mechanizm w praktyce często budzi kontrowersje. Bywa on (niestety) wykorzystywany jako mechanizm zamykający drogę innym podmiotom do organizowania kursów, wyłącznie w celu umożliwienia organizacji tych kursów przez inną jednostkę szkolącą. Dodatkowo z uwagi na fakt, że część kursów szkoleniowych jest systematycznie „zamawiana" przez CMKP na rynku, w mechanizmie zamówień publicznych, uzyskanie pozytywnej opinii przekłada się na wymierny zysk ekonomiczny. (Przykład: uczelnia medyczna jest gotowa zorganizować kurs w ramach dotacji z MZ, jednak nie uzyskuje pozytywnej opinii, kurs nie może być zorganizowany w tym trybie i występuje konieczność zamówienia go w przetargu. W przetargu ofertę składa inny podmiot, uzyskuje pozytywną opinię i organizuje kurs odpłatnie z budżetu CMKP). CMKP odnotowywała również przypadki sztucznego zawyżania cen kursów w tym mechanizmie. W opinii CMKP – od lat wyrażanej w korespondencji do MZ jest to rozwiązanie patologiczne, często ograniczające możliwość organizacji kursów, szczególnie w rzadkich i tzw. wysokodochodowych dziedzinach specjalizacji lub znacznie zawyżające koszty szkoleń. Wymaga ono pilnej zmiany. Proponujemy zatem aby sformułowanie w ust. 1 „po zatwierdzeniu" zastąpić wyrazami „po zaopiniowaniu". Reasumując proponujemy aby ust. 1 art. 19g uzyskał następujące brzmienie: „Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 o ile wprost tak stanowi program specjalizacji, po zaopiniowaniu pod względem merytorycznym programu kursu przez	16. Nieuwzględniona. O powyższe postulowało całe środowisko lekarzy, bowiem doskonalenie zawodowe jest dla lekarza obligatoryjne, a kierownicy niechętnie udzielają pozwolenie na uczestniczenie w różnych formach tego doskonalenia. 17. Nieuwzględniona – CMKP nadzoruje proces szkolenia specjalizacyjnego a także przeprowadza proces akredytacji jednostek. W przypadku utraty lub odebrania przez CMKP akredytacji jednostce szkolącej musi dojść do współpracy CMKP z wojewodą, celem skierowania lekarza do innej jednostki. 18.Nieuwzględniona. Jak w stanowisku do uwag CMKP

		konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, a w przypadku jego braku - właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz po wpisaniu, za pomocą SMK, na listę prowadzoną przez CMKP, o której mowa w ust. 5." 19. pkt 50 b) art. 19 g - Nie ma praktycznej, ani formalno-prawnej możliwości aby CMKP mogło koordynować organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji ze wszystkimi podmiotami wymienionymi w art. 19 ust. 1! Jak była o tym mowa powyżej – w art. 19 ust. 1 pkt 3 odnosi się do wszystkich organizatorów kształcenia wpisanych na listy prowadzone przez samorząd lekarski. Zatem jak faktycznie miałaby być dokonywana ta koordynacja z tak szerokim i różnorodnym kręgiem podmiotów? CMKP proponowało mechanizm koordynacji organizacji kursów ale wyłącznie wspólnie z uczelniami medycznymi, które (jako jedyne poza CMKP) otrzymują od Ministra właściwego do spraw zdrowia dotację na kształcenie podyplomowe lekarzy. W tym kręgu podmiotów istniej możliwość ustalenia, która uczelnia w danym roku organizuje jakie kursy w ramach dotacji z MZ, wówczas pozostałe kursy organizuje CMKP, a te, które nie są organizowane przez żadną z uczelni w ramach dotacji i CMKP są organizowane w ramach zamówień publicznych. Taki mechanizm pozwala, przynajmniej częściowo koordynować organizację kursów. Model zaproponowany w projekcie ustawy jest niemożliwy do zrealizowania, co więcej jego skutki faktyczne są trudne do przewidzenia. Jest to w obecnej formie rozwiązanie wadliwe i wymagające zmiany. Ponadto niezrozumiała jest intencja powierzenia koordynacji kursów w dziedzinie medycyny rodzinnej instytutowi wskazanemu przez dyrektora CMKP. Nie określono na czym miałaby polegać taka „łączna" koordynacja. Nie może ona polegać na przypisaniu temu instytutowi organizacji tych kursów, bowiem CMKP nie przekazać instytutowi środków finansowych na ten cel. Takie środki musiałby przekazać instytutowi Minister Zdrowia w ramach odrębnej dla tej dziedziny medycyny puli środków dedykowanych na organizację kursów szkoleniowych. Formalno-prawnie taką ścieżkę zapewnia postanowienie ust. 9 ale nie odwołuje się ono do ust. 4, a jedynie 2 i 3? Tym trudniej zrozumieć intencję proponowanych w tym przepisie zmian. W opinii CMKP przepis wymaga gruntownej zmiany, albo szczególnego wyjaśnienia w uzasadnieniu do zmiany, tak aby jasne były kryteria i kierunek interpretacji tak formułowanych przepisów. Co więcej w uzasadnieniu stwierdza się, że Minister może zlecić koordynowanie szkolenia w określonej dziedzinie nadzorowanej przez siebie uczelni lub instytutowi (str. 146) tymczasem przepis art. 19g ust. 9 projektu ustawy odnosi się jedynie do zlecenia realizacji kursów w określonej dziedzinie! Zachodzi zatem wyraźna rozbieżność pomiędzy treścią normatywną, a treścią uzasadnienia do ustawy. Wbrew treści uzasadnienia Art. 16x projektu – ani żaden inny jego przepis, nie zawiera upoważnienia dla Ministra Zdrowia do określenia zakresu tego koordynowania.	19. Nieuwzględniona. Jak w stanowisku do uwag CMKP
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu	**1. Art. 19f** zobowiązuje jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego do posiadania opracowanego i wdrożonego zakładowego planu realizacji szkoleń specjalizacyjnych dla dziedzin medycyny, w których odbywa się szkolenie na terenie tego podmiotu leczniczego, W tak dużych jednostkach jak Uniwersyteckie Szpitale (w USK specjalizuje się około 460 lekarzy) w których jednoczasowo odbywane są specjalizacje w wielu dziedzinach medycyny dla dużej liczby specjalizujących się lekarzy opracowanie takiego planu jest nierealne. Biorąc pod uwagę skalę zagadnienia oraz specyfikę pracy w takich podmiotach należy wykluczyć z tego obowiązku Szpitale Uniwersyteckie. Inne szczegółowe: **2.** Uczelnie kontrolowane przez MZ jako instytucje którym zlecane maja być zadania koordynujące całe	1. Nieuwzględnione. Plan ten powinien uwzględniać zakres realizacji szkolenia określony w programach specjalizacji, co pozwoli na wyeliminowanie kierowania lekarzy specjalizujących się do innych oddziałów lub komórek organizacyjnych, a także określania sposobu i pierwszeństwa kierowania na poszczególne staże kierunkowe. Zdarza się, że lekarzom blokuje się przez lata możliwość skierowania na staże kierunkowe.

		szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach jest nie zasadne, może ono prowadzić będzie do faworyzowania specjalizujących się z wybranych ośrodków **3.** Konieczność opracowywania programów specjalizacji co 5 lat jest co najmniej kontrowersyjny - program winien być jak najbardziej stały, bo zawiera przecież listę wiedzy i umiejętności do opanowania a modyfikowanie go co pięć lat spowoduje że lekarze będą uzyskiwać różne umiejętności na przestrzeni zaledwie 5 lat. **4.** Wprowadzenie uproszczonego trybu zatrudniania w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów cudzoziemców spoza UE, oczekuje się stworzenie możliwości fakultatywnego uzupełniania kadry medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w których istnieje zagrożenie zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych z powodu braku na rynku pracy lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Lekarz lub lekarz dentysta cudzoziemiec posiadający tytuł specjalisty uzyskany za granicą, który otrzyma zaświadczenie potwierdzające planowane zatrudnienie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą mającym siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będzie mógł wystąpić do właściwej okręgowej rady lekarskiej (ORL) z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w danym podmiocie. Właściwa ORL będzie mogła w uchwale przyznać prawo wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Jednocześnie określi program i liczbę godzin szkolenia praktycznego. Przed podjęciem zatrudnienia cudzoziemiec lekarz albo lekarz dentysta będzie bowiem zobowiązany do odbycia przeszkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy pod nadzorem opiekuna. Szkolenie praktyczne kończyć się będzie uzyskaniem opinii pozytywnej lub negatywnej, wystawionej przez opiekuna, która to opinia będzie miała kluczowy wpływ na zatrudnienie lub nie tego lekarza w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz wygaśnięciem przyznanego prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia z dniem skreślenia tego lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej. Uprawnienia takiego lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych nie będą wykraczać poza określony podmiot wykonujący działalność leczniczą, a czas ich realizacji będzie wskazany w umowie zawartej między lekarzem specjalistą cudzoziemcem, a tym podmiotem. Lekarz ten jednocześnie zostanie zobowiązany do nostryfikacji dyplomu w okresie 5 lat. Proponowane procedura może stwarzać ryzyko nadużyć, w szczególności: **5.** Uzależnienie zatrudnienia cudzoziemskiego lekarza lub lekarza-dentysty w głównej mierze od uzyskania przez niego jednoosobowej pozytywnej opinii od opiekuna przeszkolenia praktycznego stwarza możliwość wystąpienia nadużyć przez opiekuna, podobnie jak i nadużywania zależności cudzoziemca od podmiotu, w którym takie przeszkolenie miałoby się odbywać, przez kierownictwo tego podmiotu **6.** Proponowane rozwiązanie podważa sens istnienia formalnego wymogu nostryfikacji: umożliwianie lekarzom cudzoziemskim wykonywania świadczeń zdrowotnych w okresie 5 lat bez wymogu nostryfikacji a z ograniczeniem miejsca udzielania świadczeń do jednego podmiotu leczniczego nie wypełnia celu nakładania na cudzoziemskich lekarzy lub lekarzy-dentystów praktykujących w Polsce wymogu nostryfikacyjnego, którym jest wyprzedzające zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń zdrowotnych **7.** Jeżeli świadczenia te przez 5 lat będą udzielane prawidłowo, to następowa formalna nostryfikacja jest zbędna, natomiast jeżeli zostaną one udzielone nieprawidłowo, to następowy brak umożliwienia cudzoziemcowi nostryfikacji dyplomu czy kontynuacji zatrudnienia nie odwróci już zaistniały negatywnych	2. Nieuwzględniona. Uwaga nieczytelna 3. Nieuwzględniona. O taką weryfikację postulowali sami konsultanci oraz młodzi lekarze. Programy będą weryfikowane na bieżąco, jednakże co 5 lat będą poddawane całościowej weryfikacji pod kątem dostosowania do aktualnej wiedzy medycznej. 4. Nieuwzględniona. Uwaga nieczytelna. 5. Nieuwzględniona. Za całość szkolenia i pracy lekarza cudzoziemca odpowiada kierownik podmiotu leczniczego. Lekarz ten odpowiadać będzie również przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej okręgowej izby lekarskiej, tak jak lekarze polscy. 6. Nieuwzględniona. Powyższa procedura umożliwia zatrudnienie na czas określony, jednak nie dłuższy niż 5 lat. W trakcie zatrudnienia taki lekarz może przystąpić do Lekarskiego Egzaminu Weryfikującego lub poddać się procedurze nostryfikacji. 7. Nieuwzględniona. Nostryfikacja będzie niezbędna do podejmowania przez tego lekarza działań badawczych, naukowych i działalności dydaktycznej.

		następstw, przed którym teoretycznie ma wyprzedzająco chronić wymóg nostryfikacji	
	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	1. w art. 1 projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw należy dodać następującą zmianę: „Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730) wprowadza się następującą zmianę: w art. 2 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: 3a. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji."; 2. w projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw należy dodać artykuły w następującym brzmieniu: „Art. …. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 1496, z 2018 r., poz. 1669, z 2019 r. poz. 577, 399) w art. 2 po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu: 2b. Za wykonywanie zawodu farmaceuty uważa się również zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji."; „Art. …. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 576 i 577) wprowadza się następujące zmiany: 1) w art. 4 ust. 2 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu: 5a) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 2) w art. 5 ust. 2 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu: 5a) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;", „Art. …..W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r., poz. 993 z późn. zm.) w art. 11 ust. 4 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu: 5a) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;". UZASADNIENIE W obecnym stanie prawnym za wykonywanie zawodu lekarza uważa wyłącznie 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie mieści się w ww. katalogu podmiotów, u których zatrudnienie lekarza uznawane jest za wykonywanie przedmiotowego zawodu. Podobnie jest w przypadku zawodu farmaceuty, pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego. Praca w obecnym stanie prawnym w Agencji nie jest objęta wykonywaniem przedmiotowych zawodów. Mając na uwadze fakt, iż w Agencji zatrudnione są osoby będące lekarzami, farmaceutami, pielęgniarkami, położnymi lub ratownikami medycznymi, a charakter realizowanych zadań ustawowych Agencji, wymaga bardzo często wiedzy lekarskiej, farmaceutycznej oraz posiadanej przed pielęgniarki i położne zaistniała	1. Częściowo uwzględniona, poprzez przeredagowanie art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, bez wskazywania z nazwy katalogu instytucji lub podmiotów. 2.Nieuwzględniona. Regulacja w odniesieniu do pozostałych zawodów poza zakresem nowelizacji projektu ustawy.

		konieczność dokonania zmiany ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. 2019 r., poz. 537 z późn. zm.,) ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496, z późn. zm.), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 576 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r., poz. 993 z późn. zm.). Na mocy ww. zmian praca w Agencji zostanie uznana za wykonywanie zawodu lekarza, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, i ratownika medycznego. Przedmiotowe zmiany mają na celu utrzymanie zatrudnienia w Agencji pracowników wykonujących ww. zawody oraz zachęcenie nowych osób będących lekarzami, farmaceutami, pielęgniarkami, położnymi lub ratownikami medycznymi do przyjęcia pracy w Agencji. Na uwadze należy mieć, iż rodzaj zadań realizowanych przez lekarzy zatrudnionych w Agencji jest ściśle związany z wiedzą lekarską i umożliwia tym pracownikom realizację zadań związanych z ich kompetencjami. Podobnie w przypadku farmaceutów i osób wykonujących pozostałe, wyżej wymienione zawody, charakter wykonywanych przez nie czynności w Agencji wymaga posiadania wiedzy fachowej z zakresu wymienionych specjalności i zapewnia realizację zadań związanych z ich kompetencjami. Dodatkowo należy wskazać, że osoby posiadające prawo do wykonywania powyższych zawodów, zatrudnione jednocześnie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wykonują również czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych.	
	Osoby fizyczne 1	Jesteśmy lekarzami-specjalistami z Ukrainy którzy w Polsce zdali egzamin ze znajomości języka polskiego medycznego, nostryfikowali dyplom lekarza i odbyli staż podyplomowy na wolontariacie. Reprezentujemy grupę lekarzy-specjalistów, którzy mają zamiar pracować w systemie ochrony zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej. Popieramy nowelizacje ustawę o zawodzie lekarza i lekarza-dentysty. W ramach nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza-dentysty chcemy zaproponować następne uwagi które pozwolą wyjść z kolapsu i będą korzystne dla obu stron: 1. Zatrudnienie lekarza-specjalisty. Biorąc pod uwagę doświadczenie państw Europy Zachodniej, oraz ze względu na brak kontaktu lekarza obcokrajowca z pacjentem w trakcie przygotowania do nostryfikacji dyplomy i uzyskania prawa wykonywania zawodu i wynikające z tego w pewnym stopniu pogorszenie kwalifikacji i umiejętności lekarza obcokrajowca rozsądnym byłoby dać możliwość pracować lekarzom obcokrajowcom pod nadzorem opiekuna (po ewentualnej nostryfikacji dyplomu oraz zdaniu egzaminu z języka polskiego medycznego).	1. Nieuwzględniona. Lekarze podejmujący pracę w podmiotach leczniczych, w tym z nostryfikowanym dyplomem zawsze podlegają pod przełożonego.
	Igor Radziewicz-Winnicki Dyrektor ds. medycznych Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z.o.o.	1. Dodawane w projekcie ustawy przepisy art. 6c-6h wprowadzają transparentny i zharmonizowany system nostryfikacji prawa wykonywania zawodu lekarzy, którzy uzyskali wykształcenie w krajach trzecich. Należy jednak zauważyć, iż wymogi nostryfikacyjne zostały zaostrzone względem stanu obecnego –funkcjonujący dotąd system zakłada indywidualną analizę różnic programowych, realizowaną przez uprawnione Rady Wydziałów, które wskazują zakres niezbędnych egzaminów wymagających uzupełnienia. W projekcie ustawy system egzaminu nostryfikacyjnego oparto na koncepcji dzisiejszego LEK/LDEK , przy czym kandydatów nie zróżnicowano w zależności od dotychczas uzyskanych kompetencji i doświadczenia zawodowego – np. uzyskanych specjalizacji. W kontekście olbrzymich niedoborów wysoko wykwalifikowanych kadr lekarzy i konieczności wdrożenia planowanej i zorganizowanej polityki imigracyjnej wzmacniającej zasoby systemu opieki zdrowotnej Rzeczypospolitej Polskiej projektowane przepisy w praktyce mogą nadal nie zmienić postrzegania Polski jako mało atrakcyjnego kraju docelowej	1. Częściowo uwzględniona. W uzgodnieniu z MNiSW wprowadzony zostanie Lekarski Egzamin Weryfikacyjny, który nie zastąpi całej procedury nostryfikacji dyplomu, a jedynie będzie miał za zadanie weryfikację kwalifikacji zawodowych. Lekarze, którzy zdadzą LEW, w tym Polacy studiujący na wschodzie będą mogli być zatrudnieni w podmiotach leczniczych. Natomiast samo zaliczenie LEW nie będzie umożliwiało wykonywania zadań badawczych, naukowych i dydaktycznych. Do tego będzie potrzebna nostryfikacja dyplomu.

		emigracji dla lekarzy wykształconych w krajach trzecich. Na rynku pracy lekarzy w Europie wyraźnie już dziś zaznacza się wysoki poziom konkurencyjności przejawiający się wieloma zachętami i atrakcyjnymi ofertami pracy kierowanymi do lekarzy z Europy Wschodniej i Azji. Potencjalny emigrant z kraju trzeciego otrzymuje nie tylko zapewnienie kilkuletniego kontraktu, gwarantującego wyższy relatywny poziom zarobków niż na rynku polskim, ale również szereg mechanizmów wsparcia adaptacji społecznej i językowej, asymilacji całej rodziny itp. W tym kontekście, projektowane przepisy, nie gwarantują postrzegania Polski jako atrakcyjnego miejsca docelowej imigracji – brak jest bowiem mechanizmów zachęcających najbardziej atrakcyjną grupę imigrantów jaką dla polskiego systemu stanowią młodzi lekarze posiadający specjalizację i doświadczenie w swoich dziedzinach medycyny w wieku 35-45 lat, dla których brak jest zachęt pod postacią gwarantowanych kilkuletnich kontraktów, brak programu socjalnego umożliwiającego asymilację rodzin w Polsce, brak ścieżki nostryfikacyjnej dostosowanej dla lekarza specjalisty, który po kilkunastu latach rozwoju zawodowego w określonej (wąskiej) dziedzinie specjalizacji stawiany jest wobec konieczności zdania egzaminu o bardzo szerokim zakresie, dostosowanym do percepcji młodego lekarza tuż po stażu podyplomowym. Warto nadmienić, iż projektowana opłata egzaminacyjna w wysokości 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw jest wysoka i stanowi znaczne obciążenie finansowe dla rodzin imigrantów pozbawionych stałych źródeł zarobkowania w Rzeczypospolitej Polskiej. Zwraca uwagę, iż w przypadku prowadzenia analogicznie przebiegającego egzaminu LEK/LDEK oraz wprowadzanego egzaminu PEM ustawodawca wprowadza zasadę zwolnienia z opłaty w przypadku pierwszego egzaminu, natomiast w przypadku zgłoszenia do egzaminu po raz drugi i kolejny ustawodawca określił wysokość opłaty egzaminacyjnej na poziomie 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Projektodawca nie uzasadnił przyczyn dla których opłata egzaminacyjna dla obcokrajowców miałaby pozostawać 2.5 razy wyższa. 2. Projektowana ponadto w dodawanych w art. 7 ustawy nowych ustępów 2a-2k ścieżka umożliwiająca przyznanie prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty cudzoziemcowi wyłącznie na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą jest wprawdzie ułatwieniem kierowanym dla lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny, lecz w dalszym ciągu nie wprowadza narzędzi umożliwiających pełną nostryfikację dyplomu lekarza inną ścieżką niż egzamin nostryfikacyjny. Co więcej, przepis proponowanego ustępu 2a jest wysoce uznaniowy – okręgowa rada lekarska bowiem w tej sytuacji „może" przyznać prawo wykonywania zawodu, a nie „przyznaje prawo wykonywania zawodu", przy czym projektodawca nie określił przesłanek na podstawie których przyznaje się takie prawo wykonywania zawodu, wskazując jedynie niezbędne wymagania formalne oraz wysoce nietransparentną przesłankę „wykazywania nienagannej postawy etycznej" – nie wiadomo przy tym jakimi narzędziami posługuje się okręgowa rada lekarska w ocenie postawy etycznej lekarza, nie określono także ścieżki odwoławczej w przypadku odmowy udzielenia prawa wykonywania zawodu na podstawie negatywnej oceny tej przesłanki. Należy zauważyć, iż prawo wykonywania zawodu przyznane w tym trybie upoważnia do wykonywania zawodu wyłącznie na czas i w miejscu zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Przepis ten stawia lekarzy cudzoziemców w gorszej pozycji zawodowej względem lekarzy wykształconych w kraju, uniemożliwiając podjęcie pracy zarobkowej w innych podmiotach niż zatrudniający, co więcej przepis ten uniemożliwia podjęcie zatrudnienia w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Praktyka zatrudnienia w rodzimych podmiotach leczniczych wskazuje na oczekiwane przez lekarzy zatrudnienie w kilku miejscach pracy, w różnych	2. Nieuwzględniona. Inna ścieżka niż nostryfikacyjna dla lekarzy jest wskazana w art. 6c-6h. Przepisy art. 7 ma wyłącznie za zadanie umożliwić lekarzom wyłącznie specjalistom podjęcie na czas określony pracy w Polsce, nie dłuższy niż 5 lat. W tym czasie lekarze będą mogli zarówno zaliczyć LEW, jak i nostryfikować dyplom.

		formach zatrudnienia. Tak projektowana nierówność traktowania przez władze publiczne lekarzy imigrantów i lekarzy wykształconych w kraju jest kolejnym czynnikiem pogarszającym postrzeganie Rzeczpospolitej Polskiej na konkurencyjnym międzynarodowym rynku zabiegania o wysoko wykształcony personel medyczny. W dodawanym ustępie 2b projektodawca zakłada obligatoryjne odbycie szkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy w okresie po przyznaniu prawa wykonywania zawodu, ale przed podjęciem zatrudnienia. W projekcie nie określono jednak celu szkolenia praktycznego, jakiemu ma obligatoryjnie podlegać ukształtowany zawodowo lekarz specjalista w określonej dziedzinie medycyny. Przepis określa czas tego szkolenia na „nie dłużej niż 12 miesięcy" nie podaje jednak przesłanek określenia długości tego szkolenia. Projektodawca w ust. 2b wskazuje, iż obowiązek odbycia szkolenia dotyczy okresu przed podjęciem zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, natomiast w ust. 2d wskazuje, iż szkolenie to ma zostać odbyte na podstawie umowy zawartej z podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Nie wiadomo jakie uprawnienia zawodowe posiada lekarz w okresie odbywania szkolenia praktycznego, nie określono także jakie czynności może wykonywać. Brak uściślenia tych regulacji jest szczególnie istotny z punktu widzenia konieczności wydania opinii zawodowej przez opiekuna szkolenia praktycznego, bowiem niezbędnym elementem oceny kompetencji zawodowej lekarza jest obserwacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przebiegu udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych. W proponowanym brzmieniu przepisów wątpliwa pozostaje legalność udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza obcokrajowca, który nie został zatrudniony w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ale posiada wyłącznie umowę na odbycie szkolenia praktycznego. Projektodawca w tym zakresie wydaje się zupełnie negować krajowe regulacje dotyczące ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych. Wątpliwa wydaje się koncepcja (ust. 2g) skreślenia z listy uprawnionych do wykonywania zawodu lekarzy wskutek wydania jednoosobowej, negatywnej opinii przez opiekuna szkolenia praktycznego. Regulacja ta jest wprost dyskryminująca poprzez rażącą nierówność statusu zawodowego lekarza specjalisty obcokrajowca oraz lekarza będącego obywatelem RP którzy podlegać mają zupełnie innym ścieżkom proceduralnym w zakresie pozbawienia prawa wykonywania zawodu. 3. W projektowanych zmianach w art. 16f ustawy uchylono obligatoryjne kształcenie w ramach kursu z prawa medycznego, zdrowia publicznego oraz orzecznictwa lekarskiego, co jest nieuzasadnione wobec wzrastającej liczby roszczeń odszkodowawczych i pozwów o błędy medyczne w każdej dziedzinie medycyny. Znowelizowany niedawno kodeks karny, szczególnie w art. 155 stanowić winien szczególne uzasadnienie do rozbudowy szkolenia z zakresu prawa medycznego a nie do redukowania tych treści. Z kolei treści szkoleniowe z zakresu zdrowia publicznego, zwyczajowo marginalizowane w przebiegu zdominowanych problemami medycyny klinicznej programów szkolenia przeddyplomowego, są istotnym narzędziem kształtowania oczekiwanych postaw lekarzy w publicznym systemie opieki zdrowotnej, uzupełniającymi wiedzę i kompetencje w zakresie zasad alokacji publicznych środków na ochronę zdrowia, potrzeb zdrowotnych populacji, dostosowania roli systemu i oczekiwań względem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do problemów zdrowia publicznego. Usunięcie tych treści z programów szkolenia podyplomowego skutkować będzie w przyszłości niezrozumieniem lekarzy ich roli w publicznym systemie opieki zdrowotnej i pogłębianiem się problemów partycypacji lekarzy w rozwiązywaniu istotnych problemów zdrowia publicznego – np. doboru optymalnej z punktu widzenia farmakoekonomicznego	3. Nieuwzględniona. Powyższe kursy zostały przeniesione na poziom stażu podyplomowego, jak ważne z punktu realizacji świadczeń zdrowotnych, dając jednocześnie możliwość skupienia się podczas szkolenia specjalizacyjnego na tematyce związanej z daną dziedziną medycyny. Powtórzenie wiedzy z tego zakresu zawsze jest możliwe w ramach doskonalenia zawodowego.

		terapii, racjonalnego wykorzystania dostępnych zasobów systemowych czy wydawaniu refundowanych recept oraz orzeczeń lekarskich. 4. Projektodawca w nowym brzmieniu art. 16i ustawy przewiduje możliwość zwolnienia lekarza rezydenta z obowiązku pełnienia dyżurów medycznych – w przypadku braku wyrażenia zgody przez kierownika specjalizacji. Przepis de facto opisuje sytuację, gdy lekarz rezydent nie realizuje programu specjalizacji 5. W projektowanej nowelizacji treści programowych stażu podyplomowego w zmienianym art. 15 ust. 3 ppkt. 3) oraz ust.4 ppkt. 2) proponuję skreślić słowa „w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV" i zastąpić jest słowami „w szczególności zakażeń jatrogennych oraz chorób zakaźnych mających największe znaczenia dla zdrowia publicznego". Uzasadnieniem do tej zmiany jest zmienność sytuacji epidemicznej w czasie i konieczność dostosowania programu szkolenia do aktualnych problemów zdrowia publicznego oraz odstąpienie od stygmatyzacji osób zakażonych wirusem HIV. 6. Uchylenie ust. 8 w art. 6 ustawy skutkuje uchyleniem podstawy prawnej dla określenia wzoru dokumentu prawo wykonywania zawodu.	4. Nieuwzględniona. Samodzielne dyżury medyczne, zgodnie z programem specjalizacji, mogą być pełnione wyłącznie po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji. Art. 16i ust. 1b dotyczy wyłącznie odmowy pełnienia przez lekarza szkolącego się dyżuru samodzielnego. Przepis nie zwalnia z pełnienia dyżuru towarzyszącego, co jest zgodne z realizacją programu. 5. Nieuwzględniona. Szkolenie z tego zakresu nie ma stygmatyzować osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Zgłębienie tematyki dotyczącej HIV/AIDS jest niezmiernie ważne zarówno ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, jak i samego lekarza, z uwagi na codzienny kontakt lekarzy z krwią pacjentów. 6. Nieuwzględniona. Podstawa do wydania wzoru PWZ znajduje się w art. 7d.

Załącznik nr 2 do OSR- Raport z konsultacji publicznych i opiniowania
do projektu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (UD 27)
dotyczący eksperymentu medycznego

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny. Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania z odpowiednio 30-dniowym terminem zgłaszania uwag do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 OSR.

Do projektu ustawy nie zgłoszono zainteresowania pracami w trybie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) przez podmioty prowadzące działalność lobbingową. Projekt ustawy nie wymagał konsultacji z właściwymi organami i instytucjami Unii Europejskiej.

Uwagi zgłosiły: Naczelna Rada Lekarska, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej, SciencePharma Sp. z.o.o. Sp. komand., Odwoławcza Komisja Bioetyczna przy MZ, Konferencja Dziekanów Wydziałów Przyrodniczych Uniwersytetów Polskich, Prokuratoria Generalna RP, Uniwersytet Łódzki, Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Prof. dr hab. Maria Małgorzata Sąsiadek Konsultant krajowy w dz. genetyki klinicznej.

Lp.	**Podmiot zgłaszający uwagę**	**Treść uwagi**	**Stanowisko Ministra Zdrowia**
1	3	4	5
	Naczelna Rada Lekarska	Uwagi w zakresie dotyczącym eksperymentu medycznego: 1. Należy rozważyć wprowadzenie definicji eksperymentu medycznego, który należy rozumieć jako medyczne badania naukowe prowadzone z udziałem ludzi, w których warunki badania są ściśle określone w protokole eksperymentu, celowo dobrane, precyzyjnie kontrolowane, szczegółowo udokumentowane i dające się powtarzać w celu zbadania trafności postawionej hipotezy badawczej. W związku z tym należy wskazać, że interwencje o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej należy wyłączyć z definicji eksperymentu leczniczego. 2. W art. 21 ust. 3 zd. 3 należałoby zmienić sposób definiowania ryzyka. Najbardziej zasadnym terminem podstawowym jest ryzyko minimalne, które powinno zostać określone jako „ryzyko, którego prawdopodobieństwo wystąpienia i wielkość możliwej do	1. Nieuwzględniona- wymagałoby to gruntownego przepracowania rozdziału IV ustawy oraz innych przepisów np. Prawa farmaceutycznego, które dotyczą badań tego typu. 2. Częściowo uwzględniona- poprzez uzupełnienie uzasadnienia, o jaki stopień ryzyka chodzi. Nie ma zasadności natomiast do zmiany zapisu art. 21 ust 3 poprzez dookreślenie stopnia ryzyka, gdyż wprowadzanie dodatkowych pojęć nie będzie sprzyjało przejrzystości przepisów, a

		przewidzenia szkody w danym eksperymencie nie są większe od tego jakie towarzyszy życiu codziennemu lub rutynowym badaniom lekarskim, laboratoryjnym lub psychologicznym". W dość powszechnie akceptowanej skali ryzyka kolejne stopnie to: ryzyko minimalne, umiarkowanie przekraczające ryzyko minimalne oraz przekraczające ryzyko minimalne w stopniu wyższym niż umiarkowany. NRL proponuje w art. 21 ust. 3 zd. 3 nadać brzmienie: „Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem wyższym niż ryzyko umiarkowanie przekraczające ryzyko minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.". Ewentualnie proponujemy zamieszczenie w uzasadnieniu do ustawy, że przy konstruowaniu przepisów dotyczących eksperymentu medycznego kierowano się powyższa definicją ryzyka. 3. W art. 23a ust. 2 należy dodać pkt 3 i 4 w brzmieniu: „3) poziom ryzyka dla uczestników takiego badania nie przekracza ryzyka minimalnego; 4) wobec uczestników lub ich wyznaczonych zgodnie z prawem przedstawicieli nie są stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty za poniesione koszty i utratę zarobków bezpośrednio związane z udziałem w eksperymencie.". 4. Art. 23b ust. 1 stwarza zbyt szerokie pole do gratyfikowania zdolnych do udzielania zgody własnej uczestników. Przepisowi temu proponuje się nadać brzmienie: „W eksperymentach medycznych, z wyjątkiem eksperymentów badawczych z udziałem pełnoletnich, którzy mogą wyrazić skuteczną prawnie zgodę, nie mogą być stosowane zachęty i gratyfikacje finansowe z wyjątkiem rekompensaty za poniesione koszty i utratę zarobków bezpośrednio związane z udziałem w eksperymencie." 5. Wydaje się, że art. 23c ust. 2 odnosi się do przypadków interwencji o nieudowodnionej skuteczności wykonywanych w ramach praktyki klinicznej w stanach nagłych. Zasady postępowania w takich sytuacjach określają ogólne zasady wykonywania zawodu lekarza, co powoduje, że przepis ten wydaje się niecelowy, ponieważ działania te powinny być objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC lekarza. 6. W odniesieniu do art. 25a pkt 7 należy zauważyć, że po odzyskaniu przez uczestnika zdolności do podejmowania decyzji zgoda sądu przestaje być ważna i należy uzyskać zgodę uczestnika na dalszy udział w eksperymencie. 7. Art. 29 ust. 1 zawęża krąg osób mogących zostać powołanymi do składu komisji bioetycznej na skutek przewidzenia, iż osoby te oprócz posiadania wysokiego autorytetu moralnego i wysokich kwalifikacji specjalistycznych muszą dodatkowo posiadać znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu eksperymentów medycznych. Cecha ta mogłaby	dotychczasowa regulacja jest powszechnie internalizowana przez jej adresatów. 3. Nieuwzględniona – obecna regulacja została już zinternalizowana, tj. pojęcie niewielkiego ryzyka, występujące w aktualnej regulacji jest znane i rozpoznawany jest zakres jego desygnatów. Wprowadzenie innego pojęcia, niezmieniającego de facto zakresu regulacji, nie jest zatem uzasadnione. Ponadto oceny ryzyka in concreto dokonuje każdorazowo komisja bioetyczna. 4. Nieuwzględniona. – ograniczenie ma dotyczyć wypłaty gratyfikacji jedynie za udział w eksperymencie leczniczym. W jego wypadku nie ma bowiem potrzeby motywowania uczestników. Wyłączenie możliwości wypłaty wynagrodzenia w odniesieniu do uczestników eksperymentów badawczych mogłoby spowodować duże trudności z rekrutacją takich probantów. Inne przepisy dostatecznie zaś zabezpieczają ich prawa np. zakaz wykorzystania przymusowego położenia. 5. Nieuwzględniona - standardowe ubezpieczenie OC lekarza nie obejmuje prac eksperymentalnych. konieczne jest zatem wprowadzenie odrębnej regulacji. 6. Nieuwzględniona- w przepisie tym zastosowano spójnik alternatywy rozłącznej „zgoda albo zezwolenie", z pierwszeństwem uzyskania zgody. W wypadku więc, gdy będzie możliwe jej odebranie od uczestnika badania, zezwolenie sądowe będzie zbędne. 7. Nieuwzględniona- przepis ma na celu włączenie do składu komisji osoby, które zajmują się eksperymentami medycznymi. Tylko takie osoby mogą bowiem dokonać poprawnej, profesjonalnej oceny projektu badawczego. Samo doświadczenie w zakresie etyki badań naukowych nie jest wystarczające.

		natomiast być co najwyżej pożądana, aby nie zawężać znacząco kręgu osób uprawnionych. Przepis należy sformułować „Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny, wysokie kwalifikacje specjalistyczne oraz doświadczenie z zakresu etyki badań naukowych." 8. W związku z art. 29 ust. 19 proponuje się określić w ustawie także zasady wynagradzania członków komisji bioetycznych, a nie tylko członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej i ekspertów. 9. W art. 58 dodano nowe przepisy karne. W ocenie NRL wymóg ubezpieczenia każdego chorego biorącego udział w każdym eksperymencie medycznym może być zabójczy dla badań naukowych w Polsce, biorąc pod uwagę wprowadzenie wcześniej, że już pobranie próbki materiału biologicznego (np. krwi lub moczu) jest eksperymentem medycznym. W takim kształcie jak zaproponowane w projekcie przepisy karne są bezzasadne, nieumotywowane i wprowadzą kolejne obwarowania biurokratyczne i formalne do prowadzenia badań naukowych.	8. Nieuwzględniona - zasady wynagradzania takich komisji regulują przepisy wewnętrzne podmiotów, które takie komisje powołują 9. Nieuwzględniona- wymogów ubezpieczenia badania jest konieczny w świetle przepisów międzynarodowych oraz służy ochronie praw probanta. Realizacja tego obowiązku powinna zatem być zabezpieczona sankcjami karnymi
	Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	1. Zmiany w art. 21 dotyczą eksperymentu medycznego i są związane z zakresem propozycji przygotowanych przez Zespół. Ocena poniższych zapisów wydaje się jednak ważna uwzględniając fakt, że wielu lekarzy prowadzi badania naukowe. W art. 21 dodano informacje, że udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego. Eksperymentem jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego pobranego od człowieka do celów naukowych. Część pierwsza artykułu wydaje się oczywista i oceniający nie widzą celowości wprowadzenia tego konkretnego przepisu, gdyż jest on dorozumiany w ujęciu obecnie obowiązujących zapisów. Drugie zdanie i wprowadzenie przepisu klasyfikującego pobranie materiału biologicznego, np. krwi jako eksperyment medyczny w ocenie opiniujących projekt jest nadregulacją. Może to zmniejszyć potencjał badawczy i rozwój naukowy, korzystny dla pacjentów i Polski zupełnie niepotrzebnie. 2. W art. 23: a. Doprecyzowano rolę lekarzy specjalistów w prowadzeniu eksperymentu leczniczego b. Dodano listę grup, na których nie można prowadzić eksperymentu badawczego (ale nie leczniczego): i. dziecku nienarodzonym; ii. osobie ubezwłasnowolnionej; iii. żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody; iv. osobie pozbawionej wolności albo poddanej detencji; v. osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nie będącej w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie. Proponowany zapis jest sprzeczny z Kodeksem Etyki Lekarskiej: Art 43, ust. 3: „Lekarz nie może prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób	1. Nieuwzględniona - pierwsza część przepisu powtarza dotychczasową treść i związana jest z technika legislacyjną. Wprowadzenie wymogów dotyczących wykorzystania materiału biologicznego do celów naukowych jest konieczne, gdyż w obecnym stanie prawnym występuje w tym zakresie luka prawna. Dawca takiego materiału powinien zaś wiedzieć, w jakim celu będzie on pobrany itd. Regulacja ta nie dotyczy materiału zebranego w biobankach oraz repozytoriach genetycznych, gdyż problematykę tą będą regulować odrębne regulacje prawne. 2. Nieuwzględniona - ustawa wymienia grupy probantów, które ze względu na wątpliwości co do wydania dobrowolnej i świadomej zgody powinny zostać całkowicie z eksperymentu badawczego wyłączone. Eksperyment badawczy nie musi przynosić korzyści zdrowotnych dla jego uczestników, dlatego powoływanie się z góry na „dobro tych grup" jest nieuzasadnione.

		ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup.”. Oceniający nie znają uzasadnienia tak wprowadzonej zmiany. 3. Wprowadzono konieczność umowy ubezpieczenia dla każdego uczestnika eksperymentu medycznego (!). W związku z brakiem instytucjonalnego wsparcia prowadzenia takich eksperymentów może to doprowadzić do zapaści badań naukowych w dziedzinach medycznych, szczególnie w mniejszych ośrodkach. 4. Zmiany w art. 24 doprecyzowują format informacji o eksperymencie dla jego uczestnika. Dyskusyjne pozostaje określanie tego typu danych w Ustawie – w ocenie opiniujących jest to nadregulacja. 5. W art. 29 szczegółowo opisano zasady pracy komisji bioetycznych. Wątpliwe jest czy tak szczegółowe opisywanie zasad funkcjonowania komisji bioetycznych jest konieczne w Ustawie.	3. Nieuwzględniona - służy zabezpieczeniu praw probantów oraz odciążenia badacza od ewentualnego obowiązku zapłaty odszkodowania. Przepis uzupełnia obecną lukę prawną w tym zakresie i jest spójny w regulacją zawartą w ustawie Prawo farmaceutyczne oraz ustawie o wyrobach medycznych 4. Nieuwzględniona – zgodne z techniką legislacyjną. Katalog ten jest konieczny do zabezpieczenia praw probantów. 5. Nieuwzględniona- prawa i obowiązki członków komisji wymagają regulacji ustawowej.
	Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej	**1. Specyfika tworzenia regulacji prawnych dot. biobankowania** Istotą działania biobanków jest zbieranie na dużą skalę ludzkich próbek biologicznych i danych z nimi związanych oraz przekazywanie ich naukowcom, badaczom i ośrodkom naukowym zarówno w kraju jak i zagranicy. Z powyższego zatem wynika podstawowa różnica pomiędzy biobankowaniam ludzkich próbek biologicznych a zbieraniem próbek do konkretnego projektu badawczego. W przypadku bowiem biobankowania próbki są przechowywane przez kilkadziesiąt lat i wykorzystywane do różnych projektów prowadzonych przez badaczy pochodzących z różnych ośrodków naukowych, a więc nie tylko związanych z podmiotem, który zbierał próbki. Idea biobankowania została uznana w 2009 r. przez magazyn Times za jedną z wiodących koncepcji, która może zmienić świat właśnie z uwagi na fakt, że umożliwia ona prowadzenia badań naukowych na bardzo dużych kohortach próbek i danych z nimi związanymi. Istnienie biobanków sprawia, że naukowcy nie muszą każdorazowo zbierać nowych grup dawców, pobierać od nich próbek i prowadzić od początku badań- mogą bowiem skorzystać z gotowych zbiorów znajdujących się w biobankach. Biobankowania zatem w sposób oczywisty usprawniło możliwości prowadzania badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych oraz znacznie ograniczyło kontakt badacza z dawcą. Niewątpliwie zatem biobankowania przyczynia się do rozwoju wszystkich nauk o człowieku. Od lat wskazuje się, że rozwój biobankowania możliwy jest jedynie poprzez tworzenia międzynarodowych infrastruktur badawczych, które umożliwiają korzystanie z danych i/lub próbek biologicznych pochodzących z różnych biobanków znajdujących się w różnych krajach europejskich. Niezbędne było zatem tworzenie harmonijnych regulacji biobankowania w całej Europie. Z tego też powodu największe organizacje zrzeszające biobanki, a więc BBMRI. ERIC oraz ISBER tworzą własne zalecenia etyczne i prawne w zakresie funkcjonowania biobanków, które są wiążące dla ich członków (Polska jest krajem członkowskim BBMRI. ERIC). Powszechnie przyjęte przez biobanki w Europie zostały	1. Uwagi dotyczące biobankowania nieuwzględnione- wszystkie uwagi poza zakresem nowelizacji ustawy.

		również: 1. Wytyczne OECD z dnia 22 października 2009 r. w zakresie biobankowania materiału ludzkiego i tworzenia baz danych genetycznych dla celów badań naukowych, 2. Rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy (2016)6 w sprawie badań naukowych na materiale biologicznym pochodzenia ludzkiego, 3. Deklaracja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w sprawie etycznych aspektów medycznych baz danych i biobanków (Deklaracja z Tajpej). Ponadto należy wyraźnie podkreślić, że w tych krajach, w których przyjęto krajowe regulacje prawne biobankowania tworzono je w zgodzie z powyższymi aktami i harmonizując w ten sposób biobankowanie w całej Europie. Przyjęcie bowiem wspólnych rozwiązań legislacyjnych jest jedynym rozwiązaniem umożliwiającym pełną ochronę praw osób, których dane i próbki są biobankowane (niezależnie od kraju pochodzenia) oraz rozwój nauki. Z tego też względu nie ulega wątpliwości, że polska regulacja prowadzania badań na ludzkich próbkach biologicznych, również powinna być zgodna z wypracowanymi od lat, również z udziałem polskich naukowców (przedstawiciele Polski aktywnie od lat pracują bowiem w ramach grupy ELSI BBRI. PL), standardami biobankowania w Europie. **2. Biobankowanie a eksperyment medyczny** Regulacja prawa eksperymentu medycznego jest od lat uregulowana w prawie polskim oraz opisana przez wybitnych przedstawicieli doktryny prawa m.in. prof. dr hab. Rafała Kubiaka. Konieczność tworzenia norm prawnych w odniesieniu do eksperymentów na ludziach w całej Europie powstała się z wyniku procesów norymberdzkich, w których ukazano okrucieństwo prowadzonych doświadczeń na ludziach. Stworzono normy prawne zarówno w prawie międzynarodowych jak i w porządkach krajowych statuujące dość restrykcyjne zasady prowadzania eksperymentów na ludziach, tak aby już nigdy nie doszło do tak okrutnych praktyk. Eksperyment medyczny w prawie Polskim jest zawsze eksperymentem na człowieku- polega on bowiem na podawaniu uczestnikowi eksperymentalnych substancji, wykorzystywanie określonych metod badawczych, a więc zawsze na interwencji na jego ciele człowieka- naruszeniu integralności. Ryzyka zatem związane z eksperymentem medyczne to realne zagrożenia dla życia i zdrowia uczestnika takiego eksperymentu. Z tego wglądu w prawie polskim przyjęto, że eksperyment taki jest możliwy jedynie w sytuacjach wyjątkowych m.in. po uzyskaniu szczególne zgody uczestnika, ale również po wydaniu zgody przez podmiot niezależny zarówno od uczestnika, jak i mającego zamiar przeprowadzić eksperyment jakim jest komisja bioetyczna. Z tego, bardzo skrótowego opisu już wynika najważniejsza teza tj. prowadzenia badań na	2. Uwagi odnoszą się do zakresu przepisów dot. biobankowania. Problematyka biobankowania będzie uregulowana w odrębnych przepisach.

		ludzkich próbkach biologicznych, jak i biobankowania nie może być poddane temu samemu reżimowi prawnemu co prowadzanie eksperymentu na ludziach. W zakresie prowadzenia badań na ludzkich próbkach biologicznych istnieją bowiem zupełnie inne zagrożenia dla dawcy niż w przypadku eksperymentu medycznego. W odniesieniu do prowadzania badań na ludzkich próbkach biologicznych i materiale genetycznym w prawie, doktrynie europejskiej i amerykańskiej wskazuje się, że są to zagrożenia związane z prywatności i autonomią dawców ale nigdy z życiem i zdrowiem. W standardach międzynarodowych nigdy nie utożsamiano prowadzania badań na próbkach biologicznych z eksperymentem medycznym z kilku względów. Po pierwsze co było przedmiotem analizy eksperyment polega na odziaływaniu na ciało człowieka, które może być zagrożeniem dla jego życia lub zdrowa, badania na próbka biologicznych nie odnosi się do interwencji na człowieku, a samo pobranie próbki ma charakter mało inwazyjny (najczęściej jest to pobranie śliny, moczu, krwi lub też wykorzystanie próbek biologiczne, które pozostały po zabiegach medycznych) . Po drugie w chwili uzyskania próbki nie ma możliwości poinformowania dawcy o każdym późniejszym zakresie prowadzonych badań na jego próbce. Próbka ta bowiem będzie wykorzystywana przez kilkadziesiąt lat od pobrania do różnych badań prowadzonych przez badaczy pochodzących z różnych ośrodków naukowych. Po trzecie zatem nie ma możliwości uzyskania zgody in concreto na każdy projekt badawczy- idea biobankowania zakłada, że badacze korzystają z gotowych kohort a nie przechodzą wciąż na nowo proces uzyskiwania zgód. Uzyskiwania takiej konkretnej i każdorazowej zgody niewątpliwie byłoby nadmiernym obciążeniem dla dawcy, który nieustannie musiałby wracać do biobanku. W dyskusji europejskiej nad biobankowaniem przyjmuje się różne koncepcje zgody choć należ wskazać, że coraz częściej wskazuje się na konieczność uzyskania zgody szerokiej lub przejście na system opt out. W ramach prac ELSI w Konsorcjum zalecamy stosowania zgody dynamicznej. Abstrahując jednak od różnych modeli zgód stosowanych przez europejskie biobanki nigdzie nie jest stosowany model zgody na eksperyment medyczny. Po czwarte uzyskiwanie oddzielnej zgody komisji bioetycznej na każde badania sprawi, że de facto nie ma sensu tworzenie biobanków, skoro każdy badacz musi samodzielnie przez ścieżkę rejestracji eksperymentu medycznego. Dobrym i dotychczasowo powszechnie stosowanym standardem jest uzyskiwanie zgody komisji bioetycznej na projekt badawczy, a nie na eksperyment medyczny. Po piąte należy wyraźnie podkreślić, że badania na ludzkich próbkach biologicznych w ramach biobanków prowadzone są nie tylko przez lekarzy ale również biologów, genetyków, biotechnologów i innych badaczy. Po szóste w Polsce istnieją biobanki pediatryczne, a prowadzenia eksperymentu na	

		dzieciach, w których nie uzyskują one korzyści terapeutycznej jest prawnie zakazane. Zastosowanie zatem konstrukcji eksperymentu medycznego dla prowadzania badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych sprawi, że biobanki w Polsce przestaną istnieć, a polscy naukowcy będą mogli pracować jedynie w zagranicznych zespołach badawczych. **4. W pkt. 56** nie dopuszczalnym jest zdefiniowanie badań na ludzkich próbka biologicznych jako eksperymentu medycznego co było przedmiotem analiz w pkt III niniejszej opinii. Z brzmienia nowelizacji nie wynika czy eksperyment taki miałby być eksperymentem leczniczym czy badawczym. Zgodnie z proponowanym art. 21 ustawy zawodach lekarza i lekarza dentysty eksperyment taki (również na próbkach biologicznych) dopuszczalny jest do przeprowadzenia jeśli spodziewane korzyści lecznicze lub poznawcze mają istotne znaczenia. Jaki to ma odniesienie do prowadzenia badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych? Kiedy oznaczanie pewnych substancji będzie miało istotne znaczenie a kiedy nie. Kto ma o tym decydować? Taka regulacja nie może mieć zastosowania do biobanków. **5.** Z projektowanych zmian do ustawy nie określa specyficznych norm dla eksperymentu na ludzkich próbkach biologicznych, a z art. 23 wynika, że każdy eksperyment medyczny może przeprowadzać tylko lekarz lub powinien być przeprowadzony we współdziałaniu z lekarzem. Nie ma zatem zostawania to do biobanków, gdzie badania prowadzone są przez różnych przyrodników i badacz nie będących lekarzami. **6.** Projektowany art. 23 b jest problematyczny z uwagi na powszechną praktykę wykonywania badań morfologicznych czy cholesterolu jako zachętę do oddania próbki biologicznej. **7.** Proponowany art. 23c jest niemożliwy do zastosowania w przypadku biobanków i prowadzenia badań na ludzkich próbkach biologicznych. Po pierwsze z uwagi na fakt, że trudno wskazać ryzyka prawne do ubezpieczenia. Po drugie duża cześć próbek znajdujących się w biobabku podlega anonimizacji a nie można ubezpieczyć osoby anonimowej i nie możliwej do identyfikowania później. **8.** Proponowany art. 24 ust. 2 pkt 1, 8,9 nie ma zostawania do biobanków ani do prowadzania badań na ludzkich próbkach biologicznych. Nie sposób bowiem poinformować dawcę o wykorzystaniu jego próbek, które nastąpi za kilka lat. **9.** Proponowany art. 24 ust. 4 nie ma zastosowania do prowadzenia badań na ludzkich próbkach biologicznych ani ludzkim materiale genetycznym. Nie zachodzi tu ryzyko dla życia lub zdrowia uczestnika. **10.** Proponowany art. 25 ust. 1 nie ma zastosowania do badań prowadzonych na ludzkim materiale genetycznym. Wynika bowiem z niego, że w sytuacji prowadzania badań naukowych genetycznych zgodę powinno się uzyskać nie tylko od dawcy, ale również osób	

		z nim spokrewnionych. Przy tak szerokim ujęciu art. 25 należy wskazać, że skutki badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych dają informacje o całej ludzkości. **11.** Proponowany art. 25 ust. 8 wskazuje na zbyt rygorystyczną formę nie posiadającą uzasadnienia w przypadku prowadzenia badań na ludzkich próbkach biologicznych. **12.** Proponowany art. 26 ust. 2 i 3 nie ma zastosowania do biobanków i prowadzanie badań na ludzkich próbkach biologicznych. **13.** Proponowany art. 27 nie ma zastosowania do biobanków. Standardem jest, że w wyniku wycofania zgody na biobankowania próbka zostaje zanonimizowana lub zniszczona (zależnie od woli dawcy) nie wpływa to jednak na ważność projektów badawczych ani ich nie przerywa. **14.** Proponowany art. 28 wskazuje, że intencją ustawodawcy nie było objęcie badań naukowych regulacją eksperymentu. **15.** Proponowany art. 29 nie ma zastosowania do prowadzania badań na ludzkich próbka biologicznych i biobanków. Nie ma możliwości bowiem uzyskiwania zgody na każde badania na ludzkich próbkach biologicznych. Jest to sprzeczne z ideą biobankowania. Podsumowanie Podsumowując należy bardzo pozytywnie ocenić podjęcie przez Ministra Zdrowia prac na regulacją prawną prowadzenia badań na ludzkich próbkach biologicznych i materiale genetycznym. Proponowane w projekcie rozwiązania prawne nie przystają jednak do specyfiki prowadzania badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych i ich biobankowania. Nie określają w sposób precyzyjny praw dawców ani zasad funkcjonowania biobanków. Co więcej pomijają zupełnie rolę Polskiej Sieci Biobanków oraz Konsorcjum BBMRI.pl, które od lat jest jedynym podmiotem, który ze środków finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego mapuje i audytuje biobanki w Polsce. Należy wyraźnie podkreślić, że kwalifikacja prowadzania badań na ludzkich próbkach biologicznych jest niezgodna ze standardami międzynarodowymi i doprowadzi do konieczności likwidacji wszystkich biobanków w Polsce. Należy również podkreślić, że z uwagi nie niedostosowania regulacji do specyfiki prowadzania badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych wszystkie podmioty prowadzące takie badania będą z założenia podlegały sankcjom wyrażonym w projektowanym art. 58 ust 5 oraz art. 58 ust 7. Mając powyższe na uwadze przekazujemy nasze uwagi oraz ponownie zwracamy się z prośbą o dopuszczenia nas do udziału w pracach nad ustawą.	

	SciencePharma Sp. z.o.o. Sp. komand.	**1.** W zakresie uregulowań dotyczących prowadzenia eksperymentów medycznych, liczne przepisy zawarte w dotychczas obowiązującej ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty przeniesiono z jednych artykułów lub ustępów do innych. W innych przypadkach całkowicie zmieniono zakres tematyczny poruszany w danych jednostkach. Jednym z wielu przypadków jest proponowane przeniesienie dotychczasowej zawartości art. 26 ust. 1 (tj. zdania „Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.") do art. 21 ust. 2, a w to miejsce zaproponowanie całkowicie odmiennego brzmienia tego pierwszego. Nawet jeżeli zamiarem autorów projektu nowelizacji było uporządkowanie przepisów dotyczących prowadzenia eksperymentów medycznych, to przyjęty sposób postępowania znacząco utrudni odwoływanie się w przyszłości do poszczególnych artykułów lub ustępów. Korzystniejszym rozwiązaniem wydaje się pozostawienie bez zasadniczych zmian zakresu tematycznego poszczególnych artykułów i ustępów (aczkolwiek z wprowadzeniem odpowiednich zmian lub aktualizacji tam, gdzie jest to celowe). W tych zaś przypadkach, w których intencją projektodawcy jest uchylenie niektórych przepisów lub dodanie zupełnie nowych uregulowań – uchylenie odpowiednich artykułów lub ustępów albo dodanie nowych. **3.** W art. 23. ust. 1 ustawy proponuje się doprecyzowanie, że eksperymentem leczniczym kieruje lekarz będący specjalistą w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter lub przebieg eksperymentu oraz ma odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze. W opinii SciencePharma poprzednie brzmienie tego zapisu, wskazujące, że „eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kwalifikacje" jest wystarczające dla zapewnienia odpowiednio wysokiej jakości prowadzenia eksperymentów oraz zapewnienia bezpieczeństwa ich uczestników. Wymóg, aby eksperymentem leczniczym kierował lekarz będący specjalistą ogranicza możliwość kierowania tymi eksperymentami np. przez lekarzy będących w trakcie uzyskiwania specjalizacji. Proponowany zapis ogranicza zatem młodym lekarzom możliwość pełnienia istotnych funkcji w eksperymentach medycznych i zdobywania doświadczenia w tym obszarze. **4.** O ile nie budzi wątpliwości proponowany w art. 23c obowiązek zawierania umowy ubezpieczenia w przypadku wszelkich eksperymentów badawczych, nie jest jasne, na kim ciążyć będzie obowiązek zawierania takiej umowy w przypadku eksperymentów leczniczych. Należy przy tym wskazać, że istnieje znaczące ryzyko, iż wprowadzenie tego obowiązku zniechęci lekarzy rozważających przeprowadzenie eksperymentów leczniczych, a przez to – zapewne wbrew intencjom projektodawcy – ograniczy dostęp pacjentów do terapii eksperymentalnych.	1. Nieuwzględniona – istnieje konieczność dostosowania przepisów do bieżących potrzeb z uwzględnieniem przygotowania ich zgodnie z techniką legislacyjną. 3. Nieuwzględniona - Eksperyment medyczny jako wykraczający poza standardowe procedury medyczne, musi być kierowany przez wysoko wykwalifikowaną osobę, a więc specjalistę w danej dziedzinie. Zagwarantuje to poprawność metodologiczną badań oraz bezpieczeństwo ich uczestników. 4. Nieuwzględniona- wymóg ubezpieczenia wynika z przepisów międzynarodowych i służy zabezpieczeniu praw probantów oraz odciążenia badacza od ewentualnego obowiązku zapłaty odszkodowania. Przepis uzupełnia obecną lukę prawną i w tym zakresie jest spójny z regulacją zawartą w Prawie farmaceutycznym oraz ustawie o wyrobach medycznych
	Odwoławcza Komisja Bioetyczna przy MZ	Propozycja zmian: **1. Art. 21 otrzymuje brzmienie:**	1. nieuwzględniona - propozycja likwidacji podziału eksperymentów na lecznicze i badawcze. Podział ten jest ugruntowany co najmniej od 70 lat i występuje w

		„Art.21. 1. Zastosowanie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych zdrowotnych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej może być przeprowadzone przez lekarza, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Zastosowanie takich metod u kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka nienarodzonego. **2. Jeżeli zastosowanie metod, o których mowa w ust. 1 powtarza się, powinno ono odbywać się na zasadach dotyczących eksperymentu badawczego.** **3. Eksperyment badawczy (dalej „eksperyment") ma na celu rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.** **4. Eksperymentem jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od żywego człowieka dla celów naukowych.** **2. W art. 22. proponuje się zmiany:** Art. 22. Eksperyment ~~**medyczny**~~ może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki zawodu medycznego **oraz etycznymi zasadami prowadzenia eksperymentów medycznych**. **3. W art. 22. proponuje się zmiany:** Art. 23. 1. Eksperymentem ~~**leczniczym**~~ kieruje lekarz będący specjalistą w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter lub przebieg eksperymentu oraz ma odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze. 2. Eksperymentem ~~**badawczym**~~ może kierować inna uprawniona osoba, o ile lekarz mający kwalifikacje określone w ust. 1, współdziała w przeprowadzeniu eksperymentu, kontrolując przebieg jego części medycznej."; **4. W art. 23a. proponuje się zmiany:** „Art. 23a. 1. ~~**Zabrania się –**~~Niedopuszczalne jest przeprowadzani~~**ae**~~ eksperymentów badawczych na:…. 2. Udział w eksperymencie ~~**badawczym**~~ osoby małoletniej jest dozwolony po łącznym spełnieniu następujących warunków:…	ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty od początku jej obowiązywania, czyli od ponad 20 lat. U jego podstaw leży założenie o odmiennych celach takich badań: eksperyment leczniczy jest ukierunkowany głównie na ratowanie życia i zdrowia probanta, badawczy zaś jako priorytet ma poszerzenie wiedzy medycznej. W efekcie zróżnicowane są warunki legalności takich prac, w wypadku eksperymentów badawczych zostały one silniej obostrzone. Z kolei eksperyment odróżnia od zwykłych metod leczniczych pierwiastek poznawczy. Każde takie przedsięwzięcie, nawet jeśli ma charakter leczniczy, musi jednocześnie poszerzać wiedzę medyczną w sposób naukowy. Możliwe jest zatem postawienie linii demarkacyjnej między leczeniem off label a eksperymentem medycznym, który wymaga dodatkowych przesłanek i procedur. Nie ma zatem potrzeby i uzasadnienia dla rewolucyjnego zmieniania dotychczasowych założeń ustawowych i likwidacji podziału eksperymentów na lecznicze i badawcze. 2. Nieuwzględniona- nie wydaje się zasadne wprowadzanie dodatkowych warunków kryteriów dopuszczalności eksperymentów. Wymóg etyczności badań jest weryfikowany przez komisję bioetyczną. 3. Nieuwzględniona- uzasadnienie jw. 4. Nieuwzględniona - sformułowanie „zabrania się" jest bardziej jednoznaczne i stanowcze.

		W ust. 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu : **3) ryzyko dla uczestników badania jest minimalne.** **5. W art. 23b ust. 1 . proponuje się zmiany:** Art. 23b. 1.W eksperymentach ~~**medycznych, z wyjątkiem eksperymentów z udziałem pełnoletnich, którzy mogą wyrazić skuteczną prawnie zgodę, i zdrowych uczestników**~~, nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów. **6. W art. 23b ust. 1 . proponuje się zmiany:** Art. 23c. 1. Eksperyment ~~**medyczny**~~ może być przeprowadzony po zawarciu umowy ubezpieczenia na rzecz jego uczestnika. ~~**2. W przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia uczestnika eksperymentu leczniczego, można wyjątkowo odstąpić od obowiązku zawarcia umowy ubezpieczeniowej.**~~ ~~**3**~~**2.** Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę eksperymentu ~~**medycznego**~~."; **7. W art. 24 ust. 1 . proponuje się zmiany:** „Art. 24. 1. Uczestnik eksperymentu **lub jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny**, przed wyrażeniem zgody, o której mowa w art. 25, otrzymuje informację ustnie i pisemnie, w zrozumiałej przystępnej formie. Przekazanie informacji zostaje odnotowane w dokumentacji eksperymentu. W ust. 2 pkt 9 i 10 otrzymują brzmienie: **9) możliwości i zasady dostępu do leczenia eksperymentalnego po zakończeniu udziału w badaniu, jeżeli okaże się ono u danego uczestnika badania skuteczne;** **10)** źródła finansowania eksperymentu. **8. W art. 25 ust. 1, 3, 5,6, 8-10 proponuje się zmiany:** Art. 25. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po uzyskaniu zgody osoby, na której ma być przeprowadzony **lub, w przewidzianych prawem okolicznościach, jej pełnomocnika ustawowego lub opiekuna prawnego.** ~~**której skutki eksperymentu mogą**~~	Określenie „minimalne ryzyko „ zostało uwzględnione w art. 21. ust. 3 5. Nieuwzględniona- projektowany przepis jest zgodny z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne i ustawy o wyrobach medycznych i wystarczający dla ochrony praw probantów oraz konieczny dla pozyskania ochotników w wypadku eksperymentów badawczych, którzy wyrażą na to świadomą zgodę. 6. Nieuwzględniona - w wypadku eksperymentu leczniczego, wykonywanego dla pilnego ratowania życia i zdrowia probanta może nie być możliwości zawarcia takiej umowy 7. Uwzględniona częściowo - poprzez dodanie sformułowania „lub jego przedstawiciel ustawowy". Opiekun prawny jest też przedstawicielem ustawowym. Uwzględniono dopisanie w ust 2 „możliwości i zasady dostępu do innego eksperymentu leczniczego, jeżeli może on przynieść uczestnikowi eksperymentu korzyści dla jego zdrowia" 8. Częściowo uwzględnione: -ust. 1-Nieuwzględniona- terminologia jest nieprawidłowa, poza tym nt.

		~~bezpośrednio dotknąć.~~ 3. W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16. rok życia wymagana jest **także** zgoda takiej osoby **~~oraz jej przedstawiciela ustawowego. Jeśli między tymi osobami nie ma porozumienia, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.~~** 5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie zgody udziela jej opiekun prawny. Przepisu art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie stosuje się. Jeśli osoba ubezwłasnowolniona całkowicie ma dostateczne rozeznanie, wymagana jest również jej zgoda. **~~Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio.~~** 6. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej częściowo niepozostającej pod władzą rodzicielską, zgody udziela kurator tej osoby po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Przepis**~~y~~** ust. **~~3 i~~** 5 stosuje się odpowiednio. 9. W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy odmawia zgody na udział chorego w eksperymencie, **przeprowadzenie eksperymentu na tym uczestniku jest zabronione. Przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio**. **~~leczniczym, zezwolenia na przeprowadzanie eksperymentu może udzielić sąd opiekuńczy. W przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy lub uczestnik eksperymentu odmawia zgody na udział w eksperymencie badawczym, jego przeprowadzenie jest zabronione.~~** **~~10. Z wnioskiem o wyrażenie zezwolenia sądowego na udział w eksperymencie medycznym lub w sprawach, o których mowa w ust. 3-6, może wystąpić przedstawiciel ustawowy uczestnika eksperymentu albo podmiot zamierzający przeprowadzić eksperyment.";~~** **9. W art. 25a pkt 1, 2, 7 proponuje się zmiany:** „Art. 25a. Przeprowadzenie eksperymentu **~~leczniczego~~** bez wymaganej prawnie zgody jest dopuszczalne po łącznym spełnieniu następujących warunków: 2) **projekt eksperymentu przewiduje możliwość uczestnictwa w eksperymencie w przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na konieczność natychmiastowego działania uzyskanie zgody od przedstawiciela ustawowego uczestnika eksperymentu albo jego opiekuna prawnego nie jest możliwe w wystarczająco krótkim czasie ~~zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki i ze względu na konieczność natychmiastowego działania uzyskanie zgody od przedstawiciela ustawowego uczestnika eksperymentu lub zezwolenia sądowego nie jest możliwe w wystarczająco krótkim czasie;~~** 7) zgoda **~~albo zezwolenie sądowe~~** na dalszy udział w eksperymencie **~~zostaną~~** zostanie **~~uzyskane~~** uzyskana niezwłocznie."; **10. W art. 27 i 28 proponuje się zmiany:**	zgody zastępczej jest mowa w kolejnych ust. -ust. 3-Nieuwzględniona. Sformułowanie jest jasne, poza tym konieczne jest wprowadzenie mechanizmu rozstrzygania sporów w wypadku zgody kumulatywnej. -ust5. -Nieuwzględniona -ust. 6-Nieuwzględniona -ust. 9 – Nieuwzględniona- sąd może wyrazić zgodę na udział w eksperymencie leczniczym nawet wbrew woli przedstawiciela ustawowego. Eksperyment taki służy bowiem ratowaniu życia lub zdrowia jego uczestnika -ust. 10 – Nieuwzględniona - konieczne jest ustalenia podmiotów mających legitymację czynną w takim postępowaniu. 9. Częściowo uwzględnione: - art. 25a. Nieuwzględnione wykreślenie „leczniczego"- regulacja dotyczy wyłącznie eksperymentu leczniczego - pkt 2- Nieuwzględniona- aktualne brzmienie przepisu jest precyzyjniejsze i sformułowane w poprawnym języku prawnym. - pkt. 7- Nieuwzględniona jw.

		Art. 27. 1. Uczestnik eksperymentu lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment ~~**medyczny**~~ może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Podmiot przeprowadzający eksperyment musi wówczas przerwać prowadzenie eksperymentu **na osobie, która cofnęła zgodę**. ~~3. **Podmiot prowadzący eksperyment badawczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania nastąpi nieprzewidziane lub zagrożenie zdrowia lub** życia uczestnika eksperymentu. Art. 28. Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym lub badaniem przesiewowym **nie** może być wykorzystana do celów naukowych, bez zgody uczestnika eksperymentu~~**, w sposób uniemożliwiający jego identyfikację**~~. **11. W art. 29 ust. 1,2,4, 8, 9 pkt 2, 10,11, 13, 14, 20 i 21 proponuje się zmiany:** Art. 29. 1. Eksperyment ~~**medyczny**~~ może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny, wysokie kwalifikacje specjalistyczne oraz znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu ~~**eksperymentów**~~ **badań** medycznych. 2. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu kryteriów etycznych **odnoszących się prowadzenia eksperymentów z udziałem człowieka** oraz celowości, ~~**i**~~ wykonalności **i zasadności** projektu. **Opinie komisji bioetycznych i Odwoławczej Komisji Bioetycznej nie stanowią decyzji administracyjnej w rozumieniu KPA.** 3. Komisje bioetyczne powołują: 1) okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3; 2) rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu **po uzyskaniu opinii właściwego organu kolegialnego tej uczelni w formie uchwały;** 3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych **po uzyskaniu opinii właściwego organu kolegialnego tego instytutu w formie uchwały.** 10. Komisja działa zgodnie z regulaminem ~~**określonym**~~ **ustanowionym** przez organ powołujący. 13. Komisja bioetyczna podejmuje uchwałę wyrażającą opinię o projekcie eksperymentu ~~**medycznego**~~ w drodze głosowania tajnego. W głosowaniu mogą być oddane wyłącznie	10. Częściowo uwzględnione: - art. 27 ust. 1- Nieuwzględniona- rozwiązanie dotyczy obu rodzajów eksperymentu - ust. 3- Nieuwzględniona- pozostaje podział na eksperyment leczniczy i badawczy, a przepis dotyczy eksperymentu badawczego 11. Częściowo uwzględnione: - art. 29 ust. 1- Nieuwzględniona, pozostaje podział na eksperymenty lecznicze i badawcze -ust. 2- Częściowo uwzględniona - przez dodanie frazy „**odnoszących się prowadzenia eksperymentów z udziałem człowieka** oraz celowości i wykonalności projektu". Komisje nie są organami administracji publicznej, więc do nich nie stosuje się Kpa. - ust. 3 pkt 2 - Nieuwzględniona- przepisy nie ingerują w strukturę decyzyjną uczelni - ust. 3 pkt 3- Nieuwzględniona- przepisy nie ingerują w strukturę decyzyjną PAN– jw.

		głosy za wydaniem opinii pozytywnej albo za wydaniem opinii negatywnej. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów. Komisja wyraża opinię nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji eksperymentu ~~**medycznego**~~. 14. Odwołanie od uchwały komisji bioetycznej wyrażającej opinię może wnieść: 1) wnioskodawca; 2) kierownik podmiotu, w którym eksperyment ~~**medyczny**~~ ma być przeprowadzony; 3) komisja bioetyczna właściwa dla ośrodka, który ma uczestniczyć w wieloośrodkowym eksperymencie ~~**medycznym**~~. 20. Dokumentacja eksperymentu ~~**medycznego**~~ oraz materiały z posiedzeń komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej, w szczególności jej uchwały, są przechowywane zgodnie z przepisami art. 5 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. 21. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowe zasady powoływania ~~**i**~~, strukturę organizacyjną, **zasady finansowania i tryb działania** komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej, 2) wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 8, 3) wykaz danych zamieszczanych we wniosku o wyrażenie opinii w sprawie eksperymentu ~~**medycznego**~~, 4) szczegółowe zasady postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie eksperymentu ~~**medycznego**~~, 5) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej – uwzględniając konieczność rzetelnego i sprawnego wydawania opinii w sprawach, o których mowa w ust. 2 i 3."; **Uzasadnienie:** **1.** Obecny podział eksperymentu medycznego na leczniczy i badawczy jest nieuzasadniony, ponieważ „zastosowanie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod" w sytuacji, o której mówi obecny art. 21 jest częścią praktyki klinicznej (Deklaracja Helsińska określa to działanie jako „interwencje o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej") i podlega ogólnym regulacjom dotyczącym wykonywania zawodu, nie zaś regulacjom dotyczącym badań medycznych. Jednocześnie Deklaracja podkreśla, że jeżeli takie	- ust. 10 – Nieuwzględniona – zgodne z techniką legislacyjną - ust. 13- Nieuwzględniona – jw. -ust. 14 pkt 2- Nieuwzględniona – jw. -ust. 14 pkt 3- Nieuwzględniona – jw. - ust. 20- nieuwzględniona-jw. - pkt 1- Częściowo uwzględniona - w zakresie sposobu działania, kwestie finansowe w odniesieniu do komisji bioetycznych regulują akty wewnętrzne podmiotów powołujących - pkt 3- Nieuwzględniona –jw. - pkt 4 – Nieuwzględniona- jw.

		interwencje powtarzają się, należy je ująć w formę badania naukowego aby wiarygodnie ocenić ich bezpieczeństwo i skuteczność. A więc zastosowanie „nowej albo tylko częściowo wypróbowanej metody/interwencji o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej" odnosi się do sytuacji wynikających ze stanu chorego i jest częścią praktyki klinicznej. Natomiast eksperymentem jest stosowanie metod o nieznanej skuteczności w celu poszerzenia wiedzy medycznej, przeprowadzane w ramach badania naukowego i zgodnie z dodatkowymi wymaganiami dotyczącymi tych badań w medycynie. Dlatego OKB proponuje, aby wyraźnie rozdzielić te dwie formy stosowania metod nowych albo tylko częściowo wypróbowanych i w rozdziale dotyczącym eksperymentu regulować przeprowadzanie eksperymentów o charakterze badań naukowych. Pozwoli to uniknąć znanych z poprzednich lat nieporozumień wynikających z prób zastosowania do praktyki klinicznej zasad obowiązujących w badaniach naukowych, jak na przykład wymogi uzyskiwania zgody komisji bioetycznej w przypadku stosowania leku poza zarejestrowanymi wskazaniami itp. **2.** Art. 23 ust. 2: Należy rozważyć, czy możliwe jest dodanie, analogicznie jak wobec lekarza, również względem tej innej osoby uprawnionej do kierowania eksperymentem wymóg posiadania odpowiednio wysokich kwalifikacji zawodowych i badawczych. Inaczej byłoby to ujęcie dyskryminacyjne wobec lekarzy i niezapewniające odpowiednich kwalifikacji kierującego eksperymentem. **3.** Art. 23a ust. 1: Proponowany w projekcie zwrot jest charakterystyczny dla prawa karnego. Tu lepiej użyć terminu „niedopuszczalne". **4.** Art. 23a ust. 2 pkt 3: OKB proponuje, aby w odniesieniu do małoletnich szczególnie podkreślić zasadę i obowiązek minimalizacji ryzyka. **5**. Art. 23b ust. 1: Ten przepis pozostawałby w sprzeczności z rozp. KE 536/2014, w którym mowa o tym, że „na uczestników nie jest wywierany niepożądany wpływ, w tym wpływ o charakterze finansowym, w celu skłonienia ich do udziału w badaniu klinicznym" (art. 28 ust. 1 lit. h). Poza tym w ogóle wydaje się niefortunny. Wszelkie zachęty i gratyfikacje mogą powodować podejrzenie o chęć manipulacji uczestników lub ich wykorzystania. Dlatego OKB proponuje aby możliwe było tylko pokrywanie kosztów ponoszonych przez uczestników. Jeżeli ustawodawca uzna, że dla zapewnienia udziału w badaniach klinicznych 1. fazy celowe byłoby umożliwienie gratyfikacji, możliwość taka powinna być wyjątkiem umieszczonym w przepisach dotyczących badań klinicznych. **6.** Art. 23b ust. 2: W konsekwencji oddzielenia praktyki klinicznej od eksperymentu przepis jest zbędny ponieważ nie odnosi się on do eksperymentu, którego niezbywalną cechą jest sporządzenie planu badania i przewidzenie zabezpieczeń dla uczestników. Jeżeli nie zawarto jeszcze wymaganego ubezpieczenia, eksperymentu nie ma, można natomiast w ramach praktyki klinicznej zastosować metodę o nieznanej/nieudowodnionej skuteczności, jak wskazano w art. 21.	

		7. Art. 24 ust. 1: Terminu „przystępna" używa się w innych przepisach i wskazane jest ujednolicenie terminologii, gdyż ten przepis dotyczy takiej samej czynności. **8.** Art. 24 ust. 9: Prawo uczestnika badania do kontynuacji skutecznego leczenia eksperymentalnego jest bardzo często podkreślane i jeżeli to jest możliwe, należy zapewnić możliwość z jego korzystania. **9.** Art. 25: OKB stoi na stanowisku, że w przypadku eksperymentu medycznego nie należy stosować zasad, które dotyczą praktyki klinicznej. O ile w praktyce klinicznej, być może także w sytuacjach, które są nazywane „eksperymentem leczniczym", „przełamanie" autonomii może być uzasadnione i jest uregulowane przepisami, w przypadku eksperymentu, czyli badania naukowego, którego jednym z podstawowych warunków jest niepewność wyniku, każda odmowa musi skutkować nieprzeprowadzaniem eksperymentu na osobie, która uczestnictwa odmawia. Należy odpowiednio uwzględnić rolę przedstawiciela ustawowego i opiekuna prawnego. **10.** Art. 25a: pkt 1: Termin „jest niezdolny" wydaje się właściwszy. pkt. 2: Możliwość przeprowadzenia eksperymentu (po wyłączeniu z kategorii eksperymentu praktyki klinicznej) powinna wynikać z zaaprobowanego przez komisję bioetyczną planu badania, przewidującego także sytuacje opisane w tym przepisie, nie zaś ze stanu pacjenta. pkt 7: Przyjęcie zasady opisanej w pkt. 10 powyżej wyłącza rolę sądu w wyrażaniu zgody na udział w badaniu. **11.** Art. 26: OKB proponuje zmiany redakcyjne doprecyzowujące przepisy. **12.** Art. 28: Art. 22 Konwencji z Oviedo (Bioetycznej) wskazuje, że nie można bez zgody wykorzystywać części ciała ludzkiego (także krew, włosy itp.) do badań bez zgody. Dlatego w tym artykule należy podkreślić konieczność uzyskania zgody. **13.** Art. 29 ust. 2: OKB proponuje doprecyzować kryteria etyczne oraz wskazuje, że należy tu wpisać regulację będącą skutkiem orzeczenia NSA stanowiącego, iż opinie komisji bioetycznych i Odwoławczej Komisji Bioetycznej nie są decyzjami administracyjnymi. Decyzję wydaje Urząd. **14.** Art. 29 ust. 4 pkt. 2 i 3: Powoływanie członków komisji bioetycznych nie powinno być decyzją jednoosobową lecz kolegialną. **15**. Art. 29 ust. 8: Oświadczenie powinno mieć formę pisemną. **16**. Art. 29 ust. 9, 10, 11, 19 i 21 pkt 1: Redakcyjne zmiany doprecyzowujące przepisy.	
	Konferencja Dziekanów Wydziałów Przyrodniczych Uniwersytetów Polskich	**1.** KDWP z bardzo dużym niepokojem obserwuje propozycje zmian w artykułach ustawy dotyczących eksperymentu medycznego. Z dużym zrozumieniem traktujemy dążenie, wyrażone w OSR, do unowocześnienia przepisów dotyczących zawodów medycznych. Nie możemy jednak zgodzić się na wprowadzanie zapisów, które de facto	1. Uwaga ogólna – nieuwzględniona. Obawy o zniszczenie badań niemedycznych są nieuzasadnione. Regulacja dotyczy wyłącznie eksperymentu medycznego. Jeśli więc dane doświadczenie nie ma jego cech, nie podlega projektowanej regulacji. Jeśli natomiast w badaniach

		zniszczą lub zdecydowanie spowolnią rozwijające się znakomicie badania, a w konsekwencji również kształcenie, z zakresu biologii człowieka/biologii zdrowia w jednostkach innych niż medyczne. Należy wyraźnie zaznaczyć, że takie zapisy długofalowo doprowadzą także do spowolnienia postępów wiedzy medycznej w naszym kraju.	takich zakłada się, iż będą realizowane cele eksperymentu leczniczego albo badawczego w rozumieniu podanym w art. 21 ustawy, projekt taki powinien być poddany reżimowi dotyczącemu eksperymentów medycznych np. ocenie komisji bioetycznej. Takie ujęcie jest niezbędne dla ochrony praw i dóbr probantów oraz weryfikacji badania pod względem merytorycznym i etycznym.
		2. Pierwszym z kluczowych pytań, na które ustawa powinna odpowiedzieć, jest wyróżnienie eksperymentu medycznego, innymi słowy, rozróżnienie między eksperymentami z udziałem człowieka, medycznym i niemedycznym. Precyzyjne określenie, na ile to możliwe w języku prawa, powinno umożliwić stwierdzenie, czy badania w obszarze np., biologii człowieka, lingwistyki, kognitywistyki, prowadzone w uczelniach niemedycznych, są eksperymentami medycznymi czy nie? Idąc dalej tym tropem należy stwierdzić, że również w ramach eksperymentu medycznego badawczego znacząca część badań, w szczególności biologicznych badań podstawowych, niekoniecznie prowadzi bezpośrednio do rozszerzenia wiedzy medycznej, a bardzo często wiedzy z obszarów eksplorowanych przez inne dziedziny i dyscypliny nauki.	2. Uwaga ogólna – nieuwzględniona. Przedkładane przepisy dotyczą eksperymentu medycznego, którego celem jest bądź uzyskanie bezpośrednich korzyści zdrowotnych dla probanta (eksperyment leczniczy), bądź korzyści naukowych w dziedzinie medycyny (eksperyment badawczy). Jeśli dane doświadczenie nie realizuje żadnego z tych celów, nie jest eksperymentem medycznym, a tym samym nie podlega przedmiotowej regulacji.
		3. KDWP uznaje za niedopuszczalne rozszerzenie definicji eksperymentu medycznego poprzez wprowadzenie w art. 21 zapisu ust. 4: „Eksperymentem medycznym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od żywego człowieka dla celów naukowych.” Zapis ten „zawłaszcza” wszystkie badania naukowe z obszaru biologii człowieka/biologii zdrowia i wprowadza je w zakres eksperymentu medycznego. Zwracamy uwagę, że zdecydowana większość takich badań, prowadzonych na uczelniach niemedycznych, nie wypełnia znamion eksperymentu medycznego i nie powinna być w ten sposób traktowana. Żądamy usunięcia tego zapisu.	3. Objęcie badań na materiale pobranym od człowieka procederami dotyczącymi eksperymentów medycznych jest konieczne ze względu na ochronę praw probantów. Poza tym eksperymentem badawczym może kierować osoba, która nie jest lekarzem. Nie ma zatem przeszkód, by takie doświadczenia były wykonywane w uczelniach niemedycznych.
		4. Innym zapisem ograniczającym, który niepotrzebnie utrudnia prowadzenie badań biologicznych jest wprowadzony wymóg udziału/współudziału lekarza w każdym eksperymencie medycznym. W naszym rozumieniu zapis ten jest bezwzględnie uprawniony w eksperymencie medycznym leczniczym. Przy propozycji omówionej w p. 3 powyżej, zapis ten wymusi wpisywanie lekarzy do zespołów prowadzących biologiczne badania podstawowe wykorzystujące człowieka jako układ modelowy.	4. Nieuwzględniona- lekarz musi brać udział przy każdym eksperymencie na człowieku ze względu na zabezpieczenie zdrowia i życia probantów.
		5. W kontekście powyższych uwag niezrozumiałe jest również ograniczenie możliwości tworzenia komisji bioetycznych (art. 29 ust. 4) wyłącznie przez okręgowe rady lekarskie, rektorów uczelni medycznych oraz dyrektorów instytutów PAN skupionych w Wydziale Nauk Medycznych. Uznajemy za niezbędne wprowadzenie możliwości powoływania komisji bioetycznych przez rektorów uczelni prowadzących kształcenie w zakresie nauk biologicznych, w których również powinien zasiadać lekarz o odpowiednio	5. Nieuwzględniona- rozstrzyganie wniosków o przeprowadzenie eksperymentu medycznego należy do kompetencji istniejących komisji bioetycznych i nie ma przeszkód, by oceniały one wnioski z uczelni kształcących w zakresie nauk biologicznych

		wysokich kwalifikacjach, co, jak sądzimy, zagwarantowane jest zapisem art. 29 ust. 6, wprowadzającym do składu komisji bioetycznych przedstawiciela okręgowej rady lekarskiej. **6.** Zwracamy również uwagę na to, że proponowane zmiany ustawowe spowodują nieodwracalne szkody w zakresie funkcjonowania kolekcji próbek biologicznych pochodzenia ludzkiego, wykorzystywanych w biologicznych badaniach podstawowych. Podsumowując, Konferencja Dziekanów Wydziałów Przyrodniczych Uniwersytetów Polskich odnosi się bardzo krytycznie do proponowanych zmian i wnosi o powołanie wspólnego zespołu naukowo-prawnego złożonego z przedstawicieli nauk medycznych i nauk biologicznych, pod auspicjami obu ministrów, który wypracuje definicje i zapisy akceptowalne przez społeczność naukową, które nie wpłyną na tempo rozwoju nauk o człowieku.	6. Nieuwzględniona- niezrozumiała teza, przepisy nie dotyczą biobanków i biorepozytoriów
	Prokuratoria Generalna RP	**1.** Projektodawca posłużył się w art. 23a ust. 1 pkt 3 u.z.l. niedookreślonym zwrotem „innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażenia zgody". Taki sposób sformułowania przepisu utrudnia ustalenie, jaki krąg osób nie może uczestniczyć w eksperymentach badawczych. W uzasadnieniu projektu ustawy nie wyjaśniono, w jaki sposób należy interpretować ww. zwrot (zob. s. 148 uzasadnienia projektu). **2.** Rozważenia wymaga modyfikacja przepisów dotyczących zgody na udział w eksperymencie medycznym. Nie jest wprawdzie wykluczone udzielenie zgody zastępczej na udział w eksperymencie medycznym (przegląd stanowisk w tym zakresie – zob. L. Bosek, M. Gałązka w: System Prawa Medycznego. Tom 2. Szczególne świadczenia zdrowotne, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 75-76), jednak wątpliwości może budzić stosowanie tzw. zgody przełamującej sprzeciw uczestnika na udział w eksperymencie medycznym. Chodzi o wyrażanie zgody (zezwolenia) przez sąd opiekuńczy na uczestnictwo w eksperymencie medycznym w sytuacji, gdy osoba mająca uczestniczyć w tym eksperymencie, posiadająca zdolność do wyrażenia zgody, sprzeciwiła się udziałowi. Dotyczy to zarówno osób, które samodzielnie wyrażają zgodę na uczestnictwo w eksperymencie medycznym, jak i osób, które taką zgodę wyrażają kumulatywnie (łącznie) z przedstawicielem ustawowym. W związku z tym zasadne wydaje się rozważenie modyfikacji treści projektowanych art. 25 ust. 3, 5 i 6 u.z.l., celem wyeliminowania wątpliwości co do zgodności z art. 39 Konstytucji: - art. 25 ust. 3 u.z.l. w zakresie, w jakim zezwala na udział małoletniego powyżej 16 roku życia w eksperymencie medycznym na skutek rozstrzygnięcia sądu opiekuńczego pomimo braku zgody tego małoletniego na uczestnictwo w eksperymencie medycznym; - art. 25 ust. 5 w związku z ust. 3 u.z.l. w zakresie, w jakim zezwala na udział osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, posiadającej dostateczne rozeznanie, w eksperymencie	1. Nieuwzględniona- oceny w tym względzie in concreto dokonuje komisja bioetyczna, która zna powiązania osób przeprowadzających eksperyment i jego uczestników 2. Częściowo uwzględniona- uzasadnione jest przeprowadzenie eksperymentu leczniczego w celu ochrony zdrowia i życia, co jest dopuszczalne w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji. Uzupełniono art. 23a ust. 1 pkt 6 oraz odniesienie do niego w art. 25ust.3.

		medycznym na skutek rozstrzygnięcia sądu opiekuńczego pomimo braku zgody tej osoby na uczestnictwo w eksperymencie medycznym; - art. 25 ust. 6 w związku z ust. 5 i 3 u.z.l. w zakresie, w jakim zezwala na udział osoby częściowo ubezwłasnowolnionej, posiadającej dostateczne rozeznanie, w eksperymencie medycznym na skutek rozstrzygnięcia sądu opiekuńczego pomimo braku zgody tej osoby na uczestnictwo w eksperymencie medycznym. **3.** Należy zwrócić uwagę, że osoby częściowo ubezwłasnowolnione co do zasady posiadają kompetencję do samodzielnego wyrażania zgody na udzielanie im świadczeń zdrowotnych (zob. art. 17 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 31 ust. 1 i 4 u.z.l.). Dotyczy to także sytuacji, które kwalifikowane są przez ustawodawcę jako tzw. przekraczające zwykły zarząd, jak np. przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (zob. art. 22 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego). W związku z tym wątpliwości budzi zasadność wprowadzenia projektowanego art. 25 ust. 6 u.z.l., który w wypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo jako zasadę wprowadza obowiązek uzyskania zgody na udział w eksperymencie medycznym kuratora takiej osoby, a nie zgody tej osoby wyrażonej samodzielnie. W konsekwencji należałoby rozważyć rezygnację z projektowanego art. 25 ust. 6 u.z.l. Przypisy: [1] Jakkolwiek Konwencja ta nie została przez Polskę ratyfikowana, to jest wykorzystywana m.in. w orzecznictwie sądowym do ustalania standardu ochrony praw człowieka w biologii i medycynie (zob. np. postanowienie SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05; wyrok WSA w Warszawie z 20 września 2017 r., VII SA/Wa 2535/16). [2] Zob. uchwałę TK z 17 marca 1993 r., sygn. W 16/92, w której Trybunał stwierdził, że „dopuszczenie (…) eksperymentu badawczego bez zgody osoby, na której eksperyment jest dokonywany, narusza zasadę demokratycznego państwa prawa poprzez pogwałcenie godności człowieka sprowadzonego w takim przypadku do roli obiektu doświadczalnego Przeprowadzenie eksperymentu badawczego zagrażającego dobrom prawnie chronionym jednostki, na której eksperyment jest dokonywany, może być w świetle określonych warunków dopuszczalne z uwagi na spodziewane korzyści z przeprowadzonego eksperymentu dla wzbogacenia wiedzy. Nie może być jednak nigdy w takim przypadku naruszona wolność biorącego udział w eksperymencie. Osoby, które nie są zdolne do swobodnego podejmowania decyzji i wyrażenia woli nie mogą być przedmiotem eksperymentów badawczych”. [3] Trybunał Konstytucyjny, analizując przepisy określające w sposób odmienny od ogólnych reguł zasady wyrażania zgody przez małoletnich, w tym dotyczące eksperymentów medycznych, zwrócił uwagę, że „przypadki pobrania szpiku, przerwania ciąży, pobrania krwi w celach dowodowych, udziału w eksperymencie medycznym, w stosunku do osób	3. Nieuwzględniona- wprowadzenie kuratora ma na celu zapewnienie dodatkowej ochrony takiemu uczestnikowi, który ze względu na swój stan może wymagać pomocy do prowadzenia swych spraw, zwłaszcza przekraczających zwykły zarząd (a do takich należy zaliczyć udział w eksperymencie)

		małoletnich występują – jak można sądzić – niezwykle rzadko i nie dotyczą sytuacji nagłych. Już te względy wystarczą jako uzasadnienie ich odrębnego unormowania. Ponadto, niezależnie od łączących opisane wyżej wyjątki cech wspólnych (brak typowego celu leczniczego, rzadkość występowania), każdy z nich jest inny – ma własną specyfikę, wymagającą indywidualnego podejścia. Pociąga za sobą trudny do przewidzenia stopień ryzyka dla zdrowia i życia, jak eksperyment, w zamian za potencjalne, lecz niepewne korzyści dla pacjenta lub osób trzecich" (wyrok TK z 11 października 2011 r., sygn. K 16/10).	
	Uniwersytet Łódzki	**1. Art. 21 ust. 3** „(…)Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej.(…)" Zaproponowane zapisy nie wypełniają całego zakresu badań podstawowych. Zapis art. 21 ust. 3, wskazuje bowiem, że „eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej." Wydaje się jednak istotnym uzupełnienie tego punktu o: rozszerzenie wiedzy medycznej oraz wiedzy z zakresu nauk przyrodniczych, w tym w szczególności, biologii człowieka" **2. Art. 21 ust. 4** „Eksperymentem medycznym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od żywego człowieka dla celów naukowych.' Proponowany zapis ma istotne znaczenie dla rozwoju nauki, w ośrodkach innych niż uczelnie medyczne. Nie możemy się zgodzić, że każde badanie z wykorzystaniem materiału i danych wypełnia znamiona eksperymentu medycznego. Zastosowanie zatem konstrukcji eksperymentu medycznego dla prowadzania badań naukowych na ludzkich próbkach biologicznych ograniczy możliwości pracy naukowej biologów, chemików i innych przedstawicieli nauk przyrodniczych zatrudnionych w uczelniach niemedycznych. Polscy naukowcy będą mogli pracować jedynie w zagranicznych zespołach badawczych, a znacznemu ograniczeniu poddane zostaną aplikacje o krajowe projekty badawcze z zakresu badań podstawowych (np. finansowane przez NCN). Należy podkreślić, że kwalifikacja prowadzenia badań na ludzkich próbkach kwalifikowana jako eksperyment medyczny stoi również w sprzeczności ze standardami międzynarodowymi prowadzenia badań i jest ewenementem w skali światowej. Uważamy ponadto, że definiowanie rodzaju eksperymentu nie z uwagi na jego cel, ale z uwagi na pochodzenie materiału badawczego jest niezgodne ze standardami współczesnej nauki. Sugerujemy wykreślenie tego zapisu. **3. Art. 23 ust. 1 i 2** - Podkreślamy, że nie każdy eksperyment badawczy wykorzystujący materiał pochodzenia ludzkiego ma komponent medyczny. Nie każda wiedza zdobyta na podstawie badań materiału ludzkiego ma bowiem bezpośrednie zastosowanie w diagnostyce i leczeniu chorób (dość wymienić badania podstawowe z	1. Nieuwzględniona - mowa jest o medycznym eksperymencie badawczym, a ten dla swej zasadności i legalności musi przynosić korzyści naukowe w dziedzinie nauk medycznych, a nie przyrodniczych. 2. Nieuwzględniona- poddanie badań na materiale pochodzącym od człowieka przepisom o eksperymentach medycznych jest konieczne ze względu na ochronę dóbr i praw dawców takiego materiału. Ustawa nie dotyczy biobanków i biorepozytoriów, gdyż zagadnienia te będą uregulowane w innych przepisach. 3. Nieuwzględniona – wprowadzenie ust. 2 pozwala na kierowanie projektem badawczym przez osobę, która nie jest lekarzem. Jest to istotna różnica wobec aktualnej regulacji, która wymaga, by każdym

		zakresu fizjologii, biochemii, genetyki czy analizy chemicznej złożonych matryc). Zapis wymusza na zespołach naukowych uczelni niemedycznych angażowanie pracowników podmiotów leczniczych do realizacji badań podstawowych, nie mających bezpośredniego wpływu na uczestników badań. Proponujemy usunięcie w zapisie pkt 2 obowiązku współdziałania lekarza w zakresie eksperymentu badawczego w zakresie nauk przyrodniczych realizowanego w uczelni niemedycznej.	eksperymentem medycznym (leczniczym i badawczym) kierował lekarz. W nowym brzmieniu przepisu lekarz będzie angażowany jedynie do części medycznej (jeśli eksperyment badawczy takową będzie zawierać).
		4. Art. 23c ust. 1. „Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po zawarciu umowy ubezpieczenia na rzecz jego uczestnika.' Nie każda kolekcja materiału biologicznego pochodzenia ludzkiego ma charakter prospektywny. Wiele kolekcji pozyskiwanych jest w sposób zakładający natychmiastową anonimizację danych osobowych osób, których materiał i dane podlegają analizie. Wiele kolekcji w Polsce, Europie i na świecie poddanych zostało nieodwracalnej anonimizacji, a prowadzone badania nie mają bezpośredniego wpływu na osoby, które świadomie i dobrowolnie oddały swój materiał na poczet nauki. Ponadto, z prawnego punktu widzenia, nie ma możliwości określenia ryzyk ubezpieczenia powiązanych z próbką materiału biologicznego. Sugerujemy dodanie klauzuli wyłączającej badanie niekliniczne.	4. Nieuwzględniona - Ustawa wyłącza stosowanie przepisów do materiału zgromadzonego w biobanku. W pozostałych przypadkach konieczne jest zawarcie umowy ubezpieczeniowej, która daje gwarancję uzyskania odszkodowania i zadośćuczynienia dla dawcy materiału oraz zabezpiecza badacza przed koniecznością wypłaty tych świadczeń z własnych środków. Ustalenie ryzyk jest zadaniem stron umowy. Można jednak przyjąć, że będą one dotyczyły procesu pobierania materiału oraz następnie jego zabezpieczenia (ochrona sensytywnych danych osobowych, tajemnic ustawowych itd.).
		5. Art. 27.1 w powiązaniu z Art.28 „ Art. 27. 1. Uczestnik eksperymentu lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Podmiot przeprowadzający eksperyment musi wówczas przerwać prowadzenie eksperymentu.(…) Art. 28. Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym lub badaniem przesiewowym może być wykorzystana do celów naukowych, bez zgody uczestnika eksperymentu, w sposób uniemożliwiający jego identyfikację." Zapis niejasny z punktu widzenia biobankowania. Standardem jest, że w wyniku wycofania zgody na biobankowanie próbka zostaje zanonimizowana lub zniszczona (zależnie od woli dawcy) nie wpływa to jednak na ważność projektów badawczych ani ich nie przerywa. Tym samym Art. 28 wskazuje, że intencją ustawodawcy nie było objęcie badań naukowych regulacją eksperymentu.	5. Nieuwzględniona – projekt nie obejmuje materiału zgromadzonego w biobanku
		6. Art. 29.4. „Komisje bioetyczne powołują: 1) okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3; 2) <u>rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu</u>; 3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych."	6. Nieuwzględniona - rozstrzyganie wniosków o przeprowadzenie eksperymentu medycznego należy do kompetencji istniejących komisji bioetycznych i nie ma przeszkód, by oceniały one wnioski z uczelni kształcących w zakresie nauk przyrodniczych lub nauk o zdrowiu

		Zapisy te godzą w uczelnie prowadzące m. in. badania z użyciem ludzkiego materiału biologicznego, a nie wypełniających znamion eksperymentu leczniczego, w tym bezpośrednio w Uniwersytet Łódzki. Proponujemy dodanie w ppkt 2) zapisu: rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk przyrodniczych.	
	Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce	Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Ministerstwa Zdrowia zmierzającą do aktualizacji przepisów dotyczących eksperymentu medycznego poprzez modyfikację dotychczasowych przestarzałych zapisów, nieoddających w sposób rzeczywisty ich bieżącego przebiegu z zachowaniem praw pacjentów. Za zasadne uważamy także uszczegółowienie, w akcie w randze ustawy, zasad powoływania i funkcjonowania komisji bioetycznych w zakresie opiniowania eksperymentów medycznych. W naszym przekonaniu przygotowany projekt posiada jednak liczne niedociągnięcia, głównie merytoryczne; najważniejsze z nich to: **1.** Projekt zrównuje wszelkie badanie materiału biologicznego w celu naukowym z reżimem eksperymentu medycznego (w praktyce – badawczego). Wobec istniejących i wprowadzanych tym projektem ograniczeń w dopuszczalności eksperymentów, w szczególności badawczych, skutkiem będzie delegalizacja (i penalizacja) szeregu zasadnych i marginalnie albo zupełnie nieryzykownych badań naukowych **2.** Projekt ogranicza możliwość stosowania zachęty i gratyfikacji finansowych nie tylko do uczestników pełnoletnich i kompetentnych do wyrażenia zgody własnej, ale także zdrowych. To ostatnie ograniczenie jest tyleż szkodliwe, co dyskryminujące. W przypadku eksperymentów badawczych (nieleczniczych), z punktu widzenia bioetyki sytuacja osób zdrowych i chorych nie różni się. Co więcej, osoby chore mogą potencjalnie ryzykować więcej, więc ewentualna gratyfikacja byłaby moralnie tym bardziej w ich przypadku uzasadniona. **3.** Projekt konserwuje anachronizm w postaci oddania pierwszeństwa instytucji państwowej (sądowi opiekuńczemu) w podejmowaniu ważnej decyzji, jaką jest udział w eksperymencie medycznym pacjenta dorosłego faktycznie niekompetentnego do własnego rozeznania i decyzji. Tymczasem w większości dojrzałych systemów demokratycznych takie pierwszeństwo daje się, co do zasady, osobom bliskim takiego dorosłego (pacjenta). Co więcej, praktyka lekarska oraz badania bioetyczne pokazują jak ważna jest „zgoda rodziny" pacjenta przy podejmowaniu decyzji przez lekarza, tak w warunkach eksperymentu, jak i zwykłej praktyki lekarskiej. Zgodę taką jednak polskie prawo medyczne konsekwentnie ignoruje. **4. Art. 21 ust. 4 – Propozycja przepisu: „***Eksperymentem medycznym badawczym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego*	1- Nieuwzględniona- poddanie badań na materiale pochodzącym od człowieka przepisom o eksperymentach medycznych jest konieczne ze względu na ochronę dóbr i praw dawców takiego materiału. Ustawa nie dotyczy jednak biobanków i biorepozytoriów, gdyż zagadnienia te będą uregulowane w innych przepisach. 2. Nieuwzględniona- wypłata gratyfikacji osobom chorym jest zbędne, gdyż nie ma potrzeby finansowo motywować ich do udziału w takim projekcie. Czynnik finansowy jest istotny wobec zdrowych ochotników 3. Nieuwzględniona- decyzja sądu jest obiektywna i weryfikowalna w postępowaniu instancyjnym. Pozostawienie decyzji w rękach osób bliskich jest wysoce niebezpieczne i może prowadzić do nadużyć. Tym bardziej, że krąg osób bliskich w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta jest bardzo szeroki np. dziadkowie małżonka, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. 4. Nieuwzględniona – jeśli materiał biologiczny jest pobierany do celów

		od żywego człowieka dla celów naukowych, o ile spełnione są łącznie następujące warunki: *a) procedurę pobrania lub pozyskania materiału biologicznego, w tym genetycznego, przeprowadza się poza standardowymi procedurami profilaktycznymi, diagnostycznymi lub leczniczymi stosowanymi u danej osoby,* *b) procedura pobrania lub pozyskania materiału biologicznego, w tym genetycznego, wiąże się z większymi niż minimalne ryzykiem, bólem lub niedogodnościami* *c) materiał biologiczny, w tym genetyczny jest pobierany lub pozyskiwany w sposób umożliwiający identyfikację osoby, od której pochodzi*". Projektowany zapis zrównuje wszelkie badanie materiału biologicznego w celu naukowym z reżimem eksperymentu medycznego (w praktyce – badawczego, p. dalej). Jako że samo badanie materiału biologicznego, jako takie, przeprowadzane poza organizmem osoby, od której pochodzi, co do zasady nie wiąże się z ryzykiem dla tej osoby, obejmowanie go w każdym przypadku reżimem eksperymentu medycznego (w praktyce – badawczego, p. dalej) będzie dla wielu przypadków całkowicie nieuzasadnione. Co najważniejsze, istniejące i wprowadzane ograniczenia w dopuszczalności eksperymentów, w szczególności badawczych, będą w konsekwencji delegalizować (i penalizować) szereg zasadnych i marginalnie albo zupełnie nieryzykownych badań naukowych (!). Przykładowo: • zwykłe, w żadnym stopniu ryzykowne badanie krwi (śliny, wymazu itp.), nawet z pozostałości po rutynowym pobraniu do zwykłej diagnostyki, ale w jakimkolwiek celu naukowym u osoby nieprzytomnej stanie się nielegalne (por. projektowany art. 23 ust. 1 pkt 5) • zwykłe, w żadnym stopniu ryzykowne badanie naukowe np. nosicielstwa/kolonizacji przewodu pokarmowego przez określone bakterie, poprzez pobranie próbki kału, w populacji żołnierzy w koszarach, stanie się nielegalne (por. projektowany art. 23 ust. 1 pkt 3) • zwykłe, w żadnym stopniu ryzykowne badanie naukowe np. określonych metabolitów płodu poprzez badanie pozostałości płynu owodniowego po rutynowo (nienaukowo) wykonanej amniopunkcji stanie się nielegalne (por. projektowany art. 23 ust. 1 pkt 1) • nielegalne stałyby się też wszelkie badania naukowe materiału pozyskanego anonimowo z biobanków, bo nie można by wówczas spełnić kryterium zgody pacjenta (por. projektowane art. 24 i 25) czy jego ubezpieczenia (por. projektowany art. 23c). Dlatego niezbędne jest dookreślenie kryteriów, po spełnieniu których dane badanie materiału biologicznego należałoby uważać za rzeczywisty eksperyment medyczny (badawczy) i objąć go reżimem takiego eksperymentu, w tym z jego ograniczeniami dopuszczalności, obowiązkiem ubezpieczenia itd. Kryteria takie powinny opierać się na ryzyku, a także bólu i niedogodnościach dla pacjenta/osoby, od której pobierany i badany naukowo jest materiał biol. Ww. ryzyko, ból i niedogodności w praktyce mogą pojawić się w związku z procedurą samego pobrania lub pozyskania materiału. Dlatego proponujemy dwa kryteria, łączne spełnienie których będzie stanowiło przesłankę uznania danego	naukowych, nawet podczas standardowego zabiegu leczniczego, powinien być poddany reżimowi wynikającemu z projektowanych przepisów. W szczególności probant powinien być poinformowany o wykorzystaniu jego materiału do takich celów wykraczających poza zwykłą diagnostykę i konieczna jest na to jego zgoda oraz projekt badań musi być oceniony przez komisję bioetyczna, która zweryfikuje go zarówno pod względem merytorycznym, jak i etycznym. Projekt nie dotyczy biobanków

		badania materiału za eksperyment medyczny (badawczy): - kryterium pobrania materiału poza standardem opieki medycznej (a więc dodatkowej ingerencji/interwencji/naruszenia ciągłości tkanek, których pacjent nie miałby gdyby nie był realizowany cel naukowy) - kryterium inwazyjności pobrania/pozyskania – spełniałyby go procedury związane z ryzykiem, bólem czy niedogodnościami większymi niż minimalne – czyli np. pobranie szpiku kostnego, punkcja lędźwiowa, pobranie krwi tętniczej, założenie cewnika centralnego, badanie z użyciem radioizotopów czy promieniowania jonizującego, pobranie materiału płodowego (np. amniopunkcja). Nie powinny go zaś spełniać np. zwykłe pobranie krwi żylnej, badanie moczu (z naturalnej mikcji), nieinwazyjne badanie ciśnienia krwi itp. Dodatkowo, należy wprowadzić kryterium tożsamości podmiotu eksperymentu, tj. znajomości tożsamości osoby, materiał której jest badany. Bez takiego kryterium niemożliwe byłoby legalne badanie materiału anonimowego, w szczególności z biobanków (brak możliwości zgody pacjenta czy jego ubezpieczenia). Co do ostatniego kryterium, w szczególności odniesieniu do badań w ramach biobanków, potrzebne są odrębne, szczegółowe regulacje dopuszczalności i wymogów co do takich badań. Regulacje takie, ze względu na ich specyfikę i niezbędną szczegółowość, powinny być jednak zawarte w lex specialis – prawem takim ma być planowana ustawa o testach genetycznych i biobankowaniu, według informacji dostępnych publicznie ciągle w trakcie prac w resorcie zdrowia. Ponadto w projektowanym zapisie brak jest sprecyzowania czy przeprowadzenie badania materiału biologicznego byłoby eksperymentem leczniczym czy badawczym, w świetle podziału ugruntowanego przez poprzedzające ustępy i mającego odzwierciedlenie w kolejnych artykułach, określających często odmiennie ograniczenia czy wymogi dla eksperymentów leczniczych i badawczych. Dlatego takie doprecyzowanie jest potrzebne. Jako że badanie materiału biologicznego odbywa się poza organizmem osoby, od której pochodzi, trudno wyobrazić sobie jego cel leczniczy. Dlatego eksperyment tego typu, per se, może mieć charakter wyłącznie badawczy (p. też uwaga w następnym wierszu). **7. Art. 23a ust. pkt 2 - propozycja przepisu:** „*2) eksperyment ma taki cel i charakter, że może być przeprowadzony wyłącznie z udziałem małoletnich.”* Uzasadnienie: Projektowane zachowanie zapisu o warunku braku możliwości przeprowadzenia eksperymentu o porównywalnej „efektywności” z udziałem osoby dorosłej jest nazbyt nieprecyzyjne. Termin „efektywność” został najpewniej zaczerpnięty tutaj z art. 15 Protokołu Dodatkowego o Badaniach Biomedycznych do Europejskiej Konwencji Bioetycznej – nie wiadomo jednak, co miałaby oznaczać taka „efektywność” eksperymentu. Szybkość rekrutacji uczestników? Efektywność kosztową? Prawdopodobieństwo wyniku wskazującego na korzyść leczniczą (diagnostyczną, profilaktyczną)? Tyle, że w nauce i medycynie wniosek o braku korzyści jest tak samo	7. Nieuwzględniona- pojęcia są nieostre, nie wpłyną na większą transparentność i przejrzystość regulacji. Poza tym szczegółowe oceny dotyczące metodyki badan i ich zasadności pozostawione są komisji bioetycznej, dokonującej takiej oceny in concreto

		ważny. Niejasność takiego kryterium stwarza, więc dodatkowy – wydaje się zbędny – dylemat tak dla badaczy, jak i komisji bioetycznych, co do dopuszczalności danego eksperymentu medycznego u dzieci. Proponowane brzmienie jest zaadoptowane z unijnego rozporządzenia 536/2014, z art. 32 dot. badań klinicznych u małoletnich. **8. Art. 23b ust. 1 – propozycja przepisu: „***1. W eksperymentach medycznych, z wyjątkiem eksperymentów badawczych z udziałem pełnoletnich uczestników, którzy mogą wyrazić skuteczną prawnie zgodę, nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów."* Uzasadnienie: To nowe obostrzenie jest kalką rozwiązania zastosowanego w Polsce w odniesieniu do badań klinicznych produktów leczniczych (z ustawy – Prawa farmaceutycznego). Należy przy tym zauważyć, że polskie przepisy farmaceutyczne są bardziej restrykcyjne niż leżąca u ich podstawy dyrektywa unijna (dyrektywa 2001/20/WE), zakazująca zachęt i gratyfikacji jedynie u małoletnich. Projektowane ograniczenie zachęt i gratyfikacji finansowych do uczestników pełnoletnich jest ze wszech miar zasadne i zrozumiałe; podobnie zrozumiałe jest ograniczenie tylko do osób kompetentnych do wyrażenia zgody własnej. Natomiast dalsze ograniczenie tylko do populacji zdrowej jest tyleż szkodliwe, co dyskryminujące. Widać to dobrze per analogiam na przykładzie badań klinicznych produktów leczniczych. Funkcjonujące tam polskie ograniczenie tylko do populacji zdrowych ochotników stworzyło absurdalną sytuację w szczególności w odniesieniu do badań wczesnych faz, nie mających celu terapeutycznego w badanej populacji (a więc badań farmakokinetyki czy biorównoważności leków u osób nie chorujących na chorobę, którą dany lek ma leczyć w przyszłości), mające więc de facto charakter eksperymentu badawczego. W badaniach takich w Polsce można gratyfikować jedynie osoby zdrowe ale subpopulacji osób np. z niewydolnością nerek czy wątroby już nie. Mimo że i jedna, i druga grupa osób nie choruje na chorobę, którą ma leczyć dany lek. Z punktu widzenia bioetyki ich sytuacja nie różni się. Co więcej, subpopulacja z niewydolnością nerek czy wątroby potencjalnie ryzykuje więcej, więc ewentualna gratyfikacja byłaby moralnie tym bardziej w ich przypadku uzasadniona. W praktyce takiego rozwiązania Polska traci, gdyż stała się krajem nieatrakcyjnym do prowadzenia badan w takich populacjach, przez ww. przepis. Błędu takiego warto by uniknąć w projektowanej ustawie. Zamiast tego postulujemy z kolei ograniczenie możliwości gratyfikacji tylko do eksperymentów badawczych. Taki ograniczenie zrealizowałoby prawdopodobny cel ustawodawcy – czyli zakaz zachęt i gratyfikacji w eksperymentach przeprowadzanych celach leczniczych – gdzie wystarczająca zachętą powinna być szansa na eksperymentalne leczenie (p. też uwaga w następnym wierszu). **9. W art. 25 ust. 7 uwzględnić brzmienie:** *„1) W przypadku osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącej w stanie z rozeznaniem wyrazić zgody, zgody na przeprowadzenie eksperymentu*	8. Nieuwzględniona- wypłata gratyfikacji osobom chorym jest zbędne, gdyż nie ma potrzeby finansowo motywować ich do udziału w takim projekcie. Czynnik finansowy jest istotny wobec zdrowych ochotników 9. Nieuwzględniona- decyzja sądu jest obiektywna i weryfikowalna w postępowaniu instancyjnym. Pozostawienie decyzji w rękach osób bliskich jest wysoce niebezpieczne i może prowadzić do nadużyć. Tym bardziej, że krąg osób bliskich w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta jest bardzo szeroki np. dziadkowie małżonka,

		medycznego udziela osoba bliska, określona w art. 3 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 6 listopada 2008r.o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska może udzielić zgody, o ile sama posiada pełną zdolność do czynności prawnych i może z rozeznaniem wyrazić taką zgodę. *2) Jeżeli osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie jest dostępna albo odmawia podjęcia decyzji co do zgody, zezwolenia na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego udziela sąd opiekuńczy właściwy miejscowo, w którego okręgu eksperyment ma być przeprowadzony na wniosek lekarza.* *3) W przypadku sporu między osobami bliskimi w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta o zgodę na udział w eksperymencie, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy właściwy miejscowo, w którego okręgu eksperyment ma być przeprowadzony wniosek osoby bliskiej lub lekarza. Lekarz może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba podejmująca decyzję co do zgody na eksperyment jest osobą bliską."* Uzasadnienie: Oddawanie pierwszeństwa instytucji państwowej (sądowi) w podejmowaniu ważnej decyzji (np. decydowaniu o udziale w eksperymencie medycznym) w przypadku dorosłego faktycznie niekompetentnego do własnego rozeznania i decyzji, jest anachronizmem, rodem z systemów niedemokratycznych (w naszym przypadku – rodem z PRL), od którego warto wreszcie odejść przy aktualnej nowelizacji. W większości dojrzałych systemów demokratycznych takie pierwszeństwo daje się co do zasady osobom bliskim takiego dorosłego (pacjenta). Przykładowo w Belgii w takim przypadku zgody udziela (w następującym porządku): mieszkający wspólnie: małżonek > partner (związek partnerski) > konkubent > pełnoletnie dziecko > rodzic > pełnoletnie rodzeństwo. Z kolei we Francji zgody udziela członek najbliższej rodziny lub wyznaczona na taką okoliczność „osoba zaufana" (rodzic, krewny, a nawet lekarz). Warto zauważyć fenomen „zgody rodziny", o którą polscy lekarze często – czysto nieformalnie – proszą, albo z którą się liczą, przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych czy diagnostycznych w przypadku dorosłych pacjentów niemogących decydować samodzielnie (np. nieprzytomnych, otępiałych), tak w kwestii zwykłej (nieeksperymentalnej) praktyki, jak i eksperymentu medycznego czy badania klinicznego. Mimo że polskie prawo medyczne zupełnie taką postawę ignoruje (dając moc decyzyjną wyłącznie sądowi opiekuńczemu), nawyki i praktyka demonstrują coś zupełnie odwrotnego – co pokazuje co najmniej nieadekwatność polskiego prawa medycznego w tym zakresie. Warto by wreszcie to zmienić. Stowarzyszenie GCPpl prowadziło i opublikowało własne badania w tym zakresie (wśród polskich lekarzy prowadzących badania kliniczne u pacjentów faktycznie niekompetentnych – p. https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1745-6215-9-45). Badania te pokazały, że mimo usankcjonowania prawnego ponad 60% (!) lekarzy decyzję o włączeniu takiego pacjenta do badania klinicznego zawsze lub czasem opiera na „zgodzie rodziny". Warto zauważyć, że konstrukt osoby bliskiej wprowadziła już	osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

		do polskiego prawa medycznego ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proponowane rozwiązanie używa wprost rozwiązania z tej ustawy, z odesłaniem do niej. Podobne odesłane funkcjonuje już zresztą w procedowanej ustawie, w odniesieniu do informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz tajemnicy lekarskiej (p. art. 31 ust. 6). Warto także zauważyć, że proponowane przez nas rozwiązanie byłoby w duchu art. 47 Konstytucji RP, w kontekście ochrony prawnej życia rodzinnego („Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”). **10. Art. 25 ust. 8 – propozycja brzmienia**: *„8. Zgoda, o której mowa w ust. 1-6 oraz ust. 7 pkt 1 wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.”* (w konsekwencji zmiany zaproponowanej do projektowanego art. 25 ust. 7) **11. Art. 25 a – propozycja brzmienia:** *„25 a. Przeprowadzenie eksperymentu leczniczego bez wymaganej prawnie zgody jest dopuszczalne po łącznym spełnieniu następujących warunków:* *(...)* *3) eksperyment ma taki cel i charakter, że może być przeprowadzony wyłącznie u pacjentów znajdujących się w sytuacji niecierpiącej zwłoki;”* **13. Art. 26 ust. 3 - wykreślić ust. 3 i przenieść do projektu ustawy o badaniach klinicznych.** Uzasadnienie: Z punktu widzenia metodologii badawczej zastosowanie placebo ma sens wyłącznie w eksperymentach/badaniach porównawczych (ergo w badaniach w grupach), jednocześnie wyłącznie zaślepionych (co najmniej pojedyncza ślepa próba) oraz wyłącznie w przypadku zastosowania leku (produktu leczniczego) jako materii eksperymentu. Taki eksperyment musiałby więc być zawsze de facto badaniem klinicznym produktu leczniczego (por. definicja badania klinicznego w ustawie – Prawo farmaceutyczne). Jako że badania takie definiuje *lex specialis* – Prawo farmaceutyczne (a w przyszłości rozporządzenie unijne 536/2014 i planowana ustawa o badanach klinicznych), proponowany zapis powinien znaleźć się w ww. planowanej ustawie, a nie w niniejszym projekcie. Wprawdzie podanie placebo pojedynczym pacjentom (bez zaślepienia, a więc bez badania porównawczego w grupach) w kontekście ściśle terapeutycznym (wykorzystując znany i udokumentowany w nauce wpływ placebo) bywa stosowane w praktyce lekarskiej, nie miałoby to jednak sensu w reżimie eksperymentu medycznego, z uwagi na obowiązek informacyjny (por. projektowany art. 24), w którym trzeba by zdradzić pacjentowi, że	10. Nieuwzględniona- wymóg zgody na piśmie ad solemnitatem spowoduje, że cały eksperyment (nawet prawidłowo wykonany w sensie medycznym) będzie bezprawny jeśli nie zostanie zachowana forma pisemna. Poza tym w przepisach medycznoprawnych nie stosuje się aż tak wygórowanych wymogów. 12. Nieuwzględniona - pojęcia są nieostre i ocenne, nie wpłyną na większą transparentność i przejrzystość regulacji. Poza tym szczegółowe oceny dotyczące metodyki badan i ich zasadności pozostawione są komisji bioetycznej, dokonującej takiej oceny in concreto 13. Nieuwzględniona- rozwiązania dotyczące placebo muszą mieć charakter uniwersalny, gdyż metoda ta nie jest stosowana jedynie przy badaniach klinicznych produktów leczniczych, ale również przy testowaniu nowych metod terapeutycznych, rehabilitacyjnych itd. Konieczne jest więc uregulowanie tej kwestii w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nadającej ogólne ramy prawne dla prowadzenia wszelkich eksperymentów medycznych. 14. Nieuwzględniona- zasady finansowania komisji bioetycznych są określone w aktach wewnętrznych podmiotów, które te komisje powołują

		będzie przyjmował placebo. **14. Art. 29 ust. 21 -** Dodać delegację do określenia, w drodze rozporządzenia, zasad finansowana działalności komisji bioetycznych. Alternatywnie – określić te zasady w samej ustawie. Uzasadnienie: Obecnie obowiązująca ustawa zawiera taką delegację. W kontekście nadchodzącego stosowania unijnego rozporządzenia 536/2014 o badaniach klinicznych produktów leczniczych, wymagającego szczególnego finansowania oceny bioetycznej oraz pozwolenia urzędowego na rozpoczęcie badania klinicznego poprzez jedną (wspólną) opłatę wnoszoną przez sponsora badania, takie określenie zasad finansowania komisji bioetycznych staje się coraz bardziej naglące. **15. Rozdział Zasady wykonywania zawodu lekarza:** Proponuje się przegląd całego rozdziału i dostosowanie pod kątem zgodności z Europejską Konwencją Bioetyczną. Aktualna nowelizacja jest szansą na dostosowanie polskiego prawa medycznego do postanowień EKB. Polska podpisała tę konwencję ponad 20 lat temu i ciągle jej nie ratyfikowała. Przykładowo – implementacji wymaga art. 19 EKB, sankcjonujący uwzględnienie wcześniej wyrażanej woli, co do danej interwencji medycznej przez pacjenta aktualnie niekompetentnego do świadomego wyrażenia woli (zgody, sprzeciwu), – czyli tzw. zgody pro futuro. **16. Rozdział Zasady wykonywania zawodu lekarza:** Proponuje się wprowadzenie w art. 32 ust.2 i 8, art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 3 i 8, art. 35 ust. 1 i 2 oraz art. 38 ust. 2 instytucji osoby bliskiej jako władnej do wyrażenia zgody na leczenie (diagnostykę), w sposób analogiczny do konstrukcji zaproponowanej dla projektowanego art. 25 ust. 7, tj. z sądem opiekuńczym jako podmiotem decydującym w przypadku braku czy niedostępności osoby bliskiej albo sporu między osobami bliskimi. Konsekwentnie do zmiany zaproponowanej dla projektowanego art. 25 ust. 7, konstrukt osoby bliskiej należałoby wprowadzić także dla zwykłej (nieeksperymentalnej) praktyki lekarskiej.	15. Nieuwzględniona- te kwestie wykraczają poza przedmiotową nowelizację, aczkolwiek uregulowanie ich jest potrzebne. 16. Nieuwzględniona - krąg osób bliskich jest bardzo szeroki (np. dziadkowie pacjenta, jego była teściowa, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu). Interesy tych osób nie muszą być zbieżne z dobrem pacjenta. Poza tym lekarz może mieć poważne trudności w ustaleniu, czy dana osoba należy do kręgu osób bliskich. Obecne rozwiązanie, według którego rozstrzyga sprawę sąd jest właściwe i nie należy go zmieniać.
	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	W artykule 21 ust. 4 wprowadzono zapis, iż eksperymentem medycznym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od żywego człowieka dla celów naukowych. Zapis taki wprowadza poddanie badań prowadzonych na ludzkich próbkach biologicznych jak i biobankowania takiemu samemu reżimowi prawnemu co prowadzenie eksperymentu bezpośrednio na ludziach. Wprowadzenie tego reżimu w odniesieniu do pobranego materiału biologicznego nie znajduje żadnego uzasadnienia . Prowadzenie badań na ludzkich próbkach biologicznych i materiale genetycznym nie powoduje zagrożeń takich jak prowadzenie eksperymentu na żywym człowieku. Są tu możliwe inne zagrożenia związane z prywatnością i autonomią dawców materiału biologicznego ale nie ma zagrożeń związanych z życiem ani zdrowiem. W standardach międzynarodowych nigdy nie utożsamiano prowadzenia badań na próbkach biologicznych z eksperymentem medycznym. Badania na próbkach materiału biologicznego nie są interwencją na człowieku, a samo pobranie próbek ma charakter w znikomym stopniu inwazyjny. Ponadto w chwili uzyskania próbki nie ma możliwości poinformowania dawcy tych próbek o każdym późniejszym ich wykorzystaniu do badań,	Uwagi nieuwzględnione - poddanie badań na materiale pochodzącym od człowieka przepisom o eksperymentach medycznych jest konieczne ze względu na ochronę dóbr i praw dawców takiego materiału. Ustawa nie dotyczy jednak biobanków i biorepozytoriów, gdyż zagadnienia te będą uregulowane w innych przepisach.

		co może mieć miejsce na przestrzeni wielu lat. Nie ma również możliwości uzyskania w przyszłości zgody na każdy konkretny projekt badawczy, w którym mogą być wykorzystane próbki materiału biologicznego. Uzyskiwanie zgód na każde badanie a w szczególności zgód komisji bioetycznych sprawi, że brak jest uzasadnienia dla tworzenia biobanków, a te już istniejące stracą rację bytu. Nie można również pominąć faktu, ze badania na ludzkich próbkach biologicznych w ramach biobanków prowadzone są nie tylko przez lekarzy, ale również przez biologów, biotechnologów, genetyków i innych badaczy. Odnosząc się do proponowanych zmian zawartych w projekcie przedstawiam poniższe uwagi : - z art. 23 wynika, ze każdy eksperyment medyczny może prowadzić tylko lekarza lub we współdziałaniu z lekarzem, wyłącza to możliwość prowadzenia badań na zgromadzonym w biobankach materiale biologicznym - przepis art. 23 b jest wątpliwy, gdyż przy okazji akcji bezpłatnych badań morfologicznych zachęca się do oddania próbki materiału biologicznego - obowiązek przewidziany w art. 23 c jest niemożliwy do zrealizowania w przypadku biobanków i prowadzenia badań na zgromadzonym materiale biologicznym – niemożliwe do wskazania ryzyka do ubezpieczenia, anonimizacja próbek w biobanku, i niemożliwość ubezpieczenia osoby anonimowej niemożliwej do zidentyfikowania - art. 24 ust. 2 pkt 1, 8, 9 niemożliwy do realizacji w przypadku próbek zgromadzonych wbiobanku, których wykorzystanie może nastąpić za wiele lat - art. 24 ust. 4 nie ma zastosowania do badań na ludzkich próbkach biologicznych, gdyż brak tu zagrożenia dla życia lub zdrowia dawcy próbek - art. 25 ust. 1 niemożliwy do zastosowania w przypadku badań na ludzkim materiale genetycznym, brak możliwości uzyskania zgody bliskich dawcy w przypadku badań na materiale zgromadzonym w biobanku, często zanonimizowanym - art. 25 ust. 8 – zbyt rygorystyczne, brak możliwości realizacji w przypadku badań na materiale zgromadzonym w biobanku. - art. 26 ust. 2 i 3 – nie ma zastosowania do biobanków - art. 27 nie ma zastosowania do biobanków, zasadą jest, że w wyniku wycofania zgody na biobankowanie próbka jest anonimizowana lub niszczona w uzależnieniu od decyzji dawcy materiału biologicznego - art.29 nie może mieć zastosowania do prowadzenia badań na ludzkim materiale biologicznym, gdyż brak jest możliwości uzyskiwania zgody na każde badania naukowe. Konsekwencją wyżej wymienionych zmian w przepisach jest niczym nie uzasadnione	

		objęcie badań naukowych prowadzonych na ludzkim materiale biologicznym sankcjom przewidzianym w art. 58 projektowanych zmian w ustawie. W związku z powyższym uważamy, iż wycofanie z projektowanych zmian w ustawie w art. 21 poprzez usuniecie z niego ust. 4 pozwoli uniknąć wszystkich wyżej opisanych sprzeczności i zagrożeń dla funkcjonowania biobanków i ich niezwykle istotnej roli w realizacji badań naukowych.	
	Prof. dr hab. Maria Małgorzata Sąsiadek Konsultant krajowy w dz. genetyki klinicznej	Uwagi dotyczące artykułów ustawy mówiących o eksperymencie medycznym: Propozycja: **1.** Rezygnacja z art. 21. 4. „Eksperymentem medycznym jest również przeprowadzenie badań materiału biologicznego, w tym genetycznego, pobranego od żywego człowieka dla celów naukowych". Uzasadnienie: Zgodnie z definicją*, eksperyment medyczny (badawczy i leczniczy) są to eksperymenty przeprowadzane z udziałem ludzi, co uzasadnia wprowadzenie wszelkich szczegółowych regulacji, mających na celu zabezpieczenie człowieka, biorącego udział w eksperymencie, przed skutkami ubocznymi podejmowanych w ramach „Eksperymentu" działań, lub/i nadużyciami związanymi z prowadzeniem lub wynikami eksperymentu. Badania na anonimizowanym materiale biologicznym, pobranym od człowieka nie niosą zagrożeń zdrowotnych dla osoby od której został materiał do badań pobrany, za wyjątkiem sytuacji w których sposób pobrania może łączyć się z ryzykiem zdrowotnym. Taki typ eksperymentu wymaga szczegółowych regulacji prawnych, dotyczących zasad i bezpieczeństwa pobrania materiału biologicznego do badań, zgód pacjenta w zakresie wykorzystania materiału biologicznego, zakresu utajnienia i ujawnienia wyników badań osobie od której materiał został pobrany oraz jej rodzinie, anonimizacji próbek, ze szczególnym uwzględnieniem odrębności badań, prowadzonych na materiale biologicznym pochodzącym z biobanków. **2.** Przy wprowadzeniu Art. 21. 4. w proponowanym brzmieniu, kolejne artykuły omawianego projektu Ustawy są nieadekwatne do art. 21.4 , a w szczególności: Art. 23.c – jaki ma być zakres umowy ubezpieczeniowej z osobą od której został pobrany materiał biologiczny dla celów zdrowotnych, a osoba ta wyraziła zgodę na wykorzystanie tego materiału również do badań naukowych, Negatywne konsekwencje wprowadzenia omawianego zapisu: wprowadzenie art. 21.4, w połączeniu z regulacjami dotyczącymi eksperymentu medycznego doprowadzi do zablokowania w Polsce badań naukowych, w tym genetycznych, prowadzonych przez	1. Częściowo nieuwzględniona: -uwzględniona - w zakresie zmiany sformułowania „od żywego człowieka" na „od osoby". Pojęcie osoby oznacza człowieka, który żyje, nie obejmuje zatem zwłok. -nieuwzględniona- poddanie badań na materiale pochodzącym od człowieka przepisom o eksperymentach medycznych jest konieczne ze względu na ochronę dóbr i praw dawców takiego materiału. Ustawa nie dotyczy jednak biobanków i biorepozytoriów, gdyż zagadnienia te będą uregulowane w innych przepisach. 2. Ubezpieczanie jest w interesie zarówno probanta, jak i badacza, który może dzięki niemu uniknąć konieczności wypłaty odszkodowania lub zadośćuczynienia. W wypadku prac na materialne biologicznym roszczenia takie mogą dotyczyć np. wykorzystania tego materiału do celów innych niż dawca się zgadzał, udostępnienia danych poufnych itp.

		lekarzy, biologów, biologów molekularnych i innych naukowców, wykorzystujących do badań anonimizowany materiał pochodzący od człowieka. Zablokuje również w Polsce powstawanie i wykorzystywanie biobanków. *Definicje: Eksperyment medyczny W myśl Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857) badanie kliniczne zalicza się do eksperymentów medycznych. Ustawa wyróżnia dwa rodzaje eksperymentów medycznych - eksperyment leczniczy i eksperyment badawczy. Podstawa prawna- 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634 j.t.). Eksperyment leczniczy Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może być on przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca (art. 21 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Eksperyment leczniczy ma więc na celu polepszenie zdrowia pacjenta i jest niekiedy jedyna szansą wyleczenia. Podstawa prawna- art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634 j.t.). 4. Eksperyment badawczy Eksperymentem badawczym, jest działanie mające na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu. Eksperyment badawczy ma wyłącznie doświadczalny charakter i zmierza do pogłębienia wiedzy naukowej. Podstawa prawna- art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634 j.t.).	

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia

w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty

Na podstawie art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) wzory dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty;
2) szczegółowe opisy dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, w tym adnotację wskazującą na zakres czynności zawodowych oraz odpowiedni czas i miejsce zatrudnienia, w jakim zostało przyznane prawo wykonywania zawodu;
3) szczegółowe rodzaje zabezpieczenia przed przerobieniem, podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną.

§ 2. Ustala się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o którym mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f, art. 7 ust. 1a, 2 i 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.

MINISTER ZDROWIA

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia … (poz. …)

Załącznik nr 1

WZÓR

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA oraz PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY

GRAFIKI

1. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza awers (z wizualizacją nazwy dokumentu)

2. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza rewers

3. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza dentysty awers (z wizualizacją nazwy dokumentu)

4. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza dentysty rewers

I. OPIS WZORU

1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zawierają następujące elementy zabezpieczające przed podrobieniem, przerobieniem i sfałszowaniem:
   1) tło giloszowe pozytywowe;
   2) gilosze tła nachodzące na pole zdjęcia;
   3) relief w tle giloszowym;
   4) tło irysowe;
   5) element graficzny wydrukowany farbą irydyscentną;
   6) hologram transparentny nachodzący na pole zdjęcia lub wielokolorowy obraz iryscentny, zawierający logo Naczelnej Izby Lekarskiej;
   7) element graficzny w polu zdjęcia niewidoczny i świecący w świetle UV;
   8) mikrodruki pozytywowe i negatywowe;
   9) strukturę karty dostosowaną do personalizacji techniką grawerowania laserowego efektem wypukłości wyczuwalnym dotykiem.
2. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” mają 2 strony.

3. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w warstwie graficznej na stronie pierwszej (awers) umieszcza się:
   1) nazwę dokumentu – „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;
   2) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;
   3) wyrażenia określające zamieszczane dane:
      a) imię i nazwisko lekarza,
      b) numer PESEL,
      c) data uzyskania prawa wykonywania zawodu,
      d) termin ważności prawa wykonywania zawodu.
4. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w warstwie graficznej na stronie drugiej (rewers) umieszcza się:
   1) wyrażenia określające zamieszczane dane i informacje:
      a) numer seryjny dokumentu,
      b) termin ważności dokumentu,
      c) numer prawa wykonywania zawodu;
   2) adnotację o treści: Szczegółowe informacje dostępne są w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczpospolitej Polskiej Lekarzy RP: http://rejestr.nil.org.pl/;
   3) odpowiednio adnotację poniżej mikrodruku pozytywowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 8: „Prawo wykonywania zawodu lekarza jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;
   4) poniżej adnotacji wymienionej w pkt 3 odpowiednio nazwę dokumentu w języku angielskim – „The right to practice the profession of a Physician” lub – „The right to practice the profession of a Dentist”.

Załącznik nr 2

WZÓR

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA oraz PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY ZAWIERAJĄCE ADNOTACJE

GRAFIKI

1. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza awers (z wizualizacją nazwy dokumentu)

2. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza rewers

3. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza dentysty awers (z wizualizacją nazwy dokumentu)

4. Wzór Prawa wykonywania zwodu lekarza dentysty rewers

II. OPIS WZORU

1. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zawierają następujące elementy zabezpieczające przed podrobieniem, przerobieniem i sfałszowaniem:
   1) tło giloszowe pozytywowe;
   2) gilosze tła nachodzące na pole zdjęcia;
   3) relief w tle giloszowym;
   4) tło irysowe;
   5) element graficzny wydrukowany farbą irydyscentną;
   6) hologram transparentny nachodzący na pole zdjęcia lub wielokolorowy obraz iryscentny, zawierający logo Naczelnej Izby Lekarskiej;
   7) element graficzny w polu zdjęcia niewidoczny i świecący w świetle UV;
   8) mikrodruki pozytywowe i negatywowe;
   9) strukturę karty dostosowaną do personalizacji techniką grawerowania laserowego efektem wypukłości wyczuwalnym dotykiem.
2. Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” mają 2 strony.
3. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w warstwie graficznej na stronie pierwszej (awers) umieszcza się:
   1) nazwę dokumentu – „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;
   2) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;

3) wyrażenia określające zamieszczane dane:
   a) imię i nazwisko lekarza,
   b) numer PESEL,
   c) data uzyskania prawa wykonywania zawodu,
   d) termin ważności prawa wykonywania zawodu.

4. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w warstwie graficznej na stronie drugiej (rewers) umieszcza się:
   1) wyrażenia określające zamieszczane dane i informacje:
      a) numer seryjny dokumentu,
      b) termin ważności dokumentu,
      c) numer prawa wykonywania zawodu;
   2) adnotację o treści: Szczegółowe informacje dostępne są w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczpospolitej Polskiej Lekarzy RP: http://rejestr.nil.org.pl /;
   3) odpowiednio adnotację poniżej mikrodruku pozytywowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 8:
      a) „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu i na czas odbycia stażu podyplomowego” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 5 ust. 7 lub art. 7 ust. 2 ustawy,
      b) „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu i na czas odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 5f ustawy,
      c) „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty jest dokumentem stwierdzającym uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu odbycia kształcenia podyplomowego lub uzyskania stopnia naukowego albo uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 7 ust. 1a ustawy,
      d) „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty jest dokumentem stwierdzającym uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą” – w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie art. 7 ust. 2a ustawy;

   4) poniżej adnotacji wymienionej w pkt 3 odpowiednio nazwę dokumentu w języku angielskim – „The right to practice the profession of a Physician” lub – „The right to practice the profession of a Dentist”.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.). Rozporządzenie to zastępuje przepisy dotychczasowego aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 6 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Intencją wydania niniejszego rozporządzenia jest wprowadzenie nowego wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza", zwanego dalej „PWZL" oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty", zwanego dalej „PWZLD", które w postaci kart poliwęglanowych zastąpią dotychczasowe dokumenty w tej sprawie wydawane w postaci papierowej. W dokumentach „Prawo wykonywania zawodu lekarza" oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty" w warstwie graficznej na stronie drugiej (rewers) umieszcza się: numer seryjny dokumentu, termin ważności dokumentu, numer prawa wykonywania zawodu, odesłanie do strony http://rejestr.nil.org.pl/, na której będą publikowane szczegółowe dane o lekarzu, adnotację, że jest PWZL i PWZLD są dokumentami uprawniającymi do wykonywania zawodu odpowiednio lekarza i lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz odpowiednią adnotację w języku angielskim – „The right to practice the profession of a Physician" lub – „The right to practice the profession of a Dentist". Rozporządzenie określa także adnotacje, jakie będą zamieszczane na karcie adekwatnie do wykonywanych czynności zawodowych na dzień wydania PWZL albo PWZLD. Karty PWZL i PWZLD będą posiadały nowoczesne zabezpieczenia przed podrobieniem, przerobieniem i sfałszowaniem, które zostały określone w załączniku do rozporządzenia. Powyższe niezbędne jest w związku z koniecznością zapewnienia ochrony danych osobowych oraz w związku ze sposobem użytkowania dokumentu. Wydawanie dokumentu PWZL oraz dokumentu PWZDL w postaci karty poliwęglanowej rozpoczynać się będzie z dniem 1 stycznia 2021 r., co związane jest z koniecznością uzyskania czasu na ich produkcję. Natomiast dotychczasowe dokumenty PWZL oraz PWZLD będą wydawane do dnia 31 grudnia 2020 r.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2020 r. – jak w tym zakresie ustawa z dnia …. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …).

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia projektu właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki, telefon: 22 63-49-858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.11.2019 r. **Źródło:** art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** **MZ …..**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepisy mają na celu zastąpienie wersji papierowej dotychczasowych dokumentów pn. „Prawo wykonywania zawodu lekarza" i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty" nowymi dokumentami w formie kart poliwęglanowych o wymiarach i zabezpieczeniach podobnych do karty dowodu osobistego. Nowelizowana ustawa na nowo określa wzory dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza", zwane dalej „PWZL" oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty", zwane dalej „PWZLD", wskazując jednocześnie nowe upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia. Dotychczasowe PWZL i PWZLD stanowi papierową wersję książeczki, w której zapisywane są niezbędne adnotacje dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów zdobywanych w przebiegu kształcenia podyplomowego. Papierowa wersja dokumentu jest nieporęczna w użytkowaniu oraz niedostatecznie zabezpieczona przed jego uszkodzeniem i zabrudzeniem.

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

Wydanie nowego rozporządzenia na podstawie przepisu upoważniającego art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), które określać będzie nowy wzór PWZL i PWZLD w postaci karty poliwęglanowej zabezpieczonej przed przerobieniem, podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną w oparciu o nowoczesne technologie. Jednocześnie PWZL i PWZLD będą określać kwalifikacje zawodowe lekarza lub lekarza dentysty na dzień wydania karty. Oczekiwanym efektem będzie możliwość bieżącego legitymowania się kartą oraz przez wskazanie na karcie adresu strony internetowej z Centralnym Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentystów umożliwienie zainteresowanym w kraju, jak i poza jego granicami potwierdzania kwalifikacji zawodowych konkretnego lekarza lub lekarza dentysty. Wydawanie dokumentu PWZL oraz dokumentu PWZDL w postaci karty poliwęglanowej rozpoczynać się będzie z dniem 1 stycznia 2021 r. Natomiast dotychczasowe dokumenty PWZL oraz PWZLD będą wydawane do dnia 31 grudnia 2020 r. Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2020 r., co związane jest z koniecznością wcześniejszego wydrukowania dokumentów.

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

W Niemczech wydawane prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty ma postać karty poliwęglanowej, w którą wbudowany jest mikroprocesor będący nośnikiem informacji oraz umożliwiający składanie na dokumentacji medycznej bezpiecznego, certyfikowanego podpisu elektronicznego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze	ok. 133 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów prowadzony przez Naczelną Rade Lekarskiej (NRL)	Potencjalna grupa lekarzy uprawnionych do przystąpienia do certyfikacji umiejętności zawodowych
Lekarze dentyści	ok 36 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów prowadzony przez NRL	Potencjalna grupa lekarzy dentystów uprawnionych do przystąpienia do certyfikacji umiejętności zawodowych

Towarzystwa naukowe	ok. 165	Towarzystwa naukowe	Przeprowadzanie certyfikacji umiejętności zawodowych
Instytuty badawcze	ok. 3 (ich liczba będzie sukcesywnie rosnąć)	Ministerstwo Zdrowia	Przeprowadzanie certyfikacji umiejętności zawodowych oraz przygotowanie na zlecenie standardów certyfikacji
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMPK)	1	Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. poz. 2024)	Przeprowadzanie kontroli
Ministerstwo Zdrowia	1		Akceptacja standardów certyfikacji

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

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone prekonsultacje.

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

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
5) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;
17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego;
39) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z …… r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

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

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

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	6	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)		-	-	-	-	-	-	-
	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu	duże	-						

niepieniężnym	przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak wpływu.
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak wpływu.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Brak wpływu.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	-	

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

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie usprawni użytkowanie dokumentu PWZL i PWZLD w kraju i zagranicą.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 lipca 2020 r.

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

Nie dotyczy.

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

Brak.

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia

w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty

Na podstawie art. 15l ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 537, 577, 730 i 1590), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) program stażu podyplomowego lekarza i ramowy program stażu podyplomowego lekarza dentysty oraz sposób ich realizacji i czas odbywania, uwzględniający część stałą i część personalizowaną stażu;

2) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 15c ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”;

3) sposób organizacji stażu podyplomowego, w tym dyżurów medycznych, oraz warunki jego odbywania i zaliczania;

4) szczegółowe zadania opiekuna i koordynatora;

5) szczegółowy zakres kosztów i wysokość środków finansowych, o których mowa w art. 15i ust. 3 ustawy;

6) wzór umowy, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy.

§ 2. 1. Staż podyplomowy, zwany dalej „stażem”, jest realizowany zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego lekarza, i ramowym programem stażu podyplomowego lekarza dentysty, zwane dalej „programem stażu”.

2. Staż jest odbywany w ramach staży cząstkowych lub części staży cząstkowych z zakresu poszczególnych dziedzin medycyny, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 1 i 2 i ust. 4 pkt 1 ustawy, oraz szkoleń i kursów.

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

3. Część stażu, o której mowa w ust. 1, obejmuje personalizowany staż cząstkowy w nie więcej niż w trzech dziedzinach medycyny wybranych indywidualnie przez lekarza lub lekarza dentystę, w zakresie dostępnych miejsc w jednostkach uprawnionych do prowadzenia w tych dziedzinach stażu. Czas trwania pojedynczego personalizowanego stażu cząstkowego w danej dziedzinie medycyny wynosi 2 tygodnie.

4. Staż lekarza trwa 13 miesięcy.

5. Staż lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, trwa 12 miesięcy.

6. Czas trwania staży cząstkowych, w tym personalizowanych, szczegółowe rodzaje zajęć teoretycznych i praktycznych, czas trwania szkoleń i kursów oraz zakres ich odbywania określa dla:

1) lekarza – program stażu stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;

2) lekarza dentysty – program stażu stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

7. Lekarz, lekarz dentysta, zwany dalej „lekarzem stażystą”, odbywa staż na podstawie umowy, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, zawartej z podmiotem prowadzącym staż. Wzór umowy o pracę, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.

8. Lekarz stażysta odbywa staż w indywidualnej praktyce lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyce lekarskiej w czasie odpowiadającym czasowi pracy lekarza, lekarza dentysty zatrudnionego w podmiocie leczniczym.

9. Lekarz stażysta, któremu minister właściwy do spraw zdrowia uznał staż podyplomowy odbyty za granicą za równoważny w części ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, realizuje program w nieuznanej części.

§ 3. 1. Propozycja listy podmiotów, o której mowa w art. 15c ust. 4 ustawy, przedstawiona marszałkowi województwa przez właściwą okręgową radę lekarską uwzględnia listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia części personalizowanej stażu w pozostałych dziedzinach medycyny, niż wymienione w art. 15 ust. 3 pkt 1 ustawy, jeżeli te dziedziny mogą być w ramach stażu realizowane na terenie właściwości terytorialnej okręgowej rady lekarskiej.

2. Marszałek województwa po uzyskaniu na podstawie ust. 1 propozycji listy podmiotów, w przypadku braku zastrzeżeń do niej, wpisuje zgłoszone podmioty na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu oraz, w razie potrzeby, aktualizuję tę listę.

3. W przypadku kiedy podmiot prowadzący staż lub lekarz, o którym mowa w art. 15 ust. 3 ustawy, przestał spełniać warunki, o których mowa w art. 15c ust. 2 i 3 i art. 15e ust. 1 ustawy, marszałek województwa, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską, skreśla ten podmiot z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu.

§ 4. 1. W przypadku likwidacji podmiotu prowadzącego staż lub skreślenia go z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu albo w innych uzasadnionych przypadkach lekarz stażysta zostaje skierowany przez właściwą okręgową radę lekarską w celu kontynuacji stażu do innego podmiotu prowadzącego staż, w tej części programu stażu, która nie została zrealizowana.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, podmiot prowadzący staż i lekarz stażysta rozwiązują umowę o pracę. Umowa z lekarzem stażystą jest zawierana ponownie z podmiotem wskazanym przez właściwą okręgową radę lekarską do odbycia pozostałej części stażu.

3. Wzór oświadczenia o spełnianiu warunków określonych w art. 15c ust. 2 i 3 ustawy stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Lekarz, stażysta, który uzyskał prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, zwane dalej „PWZ”, na czas realizacji stażu, zakłada po uwierzytelnieniu tego lekarza stażysty przez właściwą okręgową izbę lekarską konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. i ustawy 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905), zwanym dalej „SMK”, w celu dokonywania czynności w tym systemie związanych z realizacją stażu.

2. Elektroniczna karta stażu podyplomowego lekarza lub Elektroniczna karta stażu podyplomowego lekarza dentysty, zwana dalej „EKSP”, na podstawie której jest rejestrowana realizacja programu stażu, jest pobierana odpowiednio przez lekarza stażystę po zalogowaniu się w SMK.

§ 6. 1. Lekarz stażysta w ramach odbywania stażu pełni dyżury medyczne, zwane dalej „dyżurami”, zgodnie z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem ustalonym przez opiekuna stażu, z tym że:

1) kobieta będąca w ciąży jest zwolniona z pracy w porze nocnej;

2) lekarz stażysta sprawujący opiekę nad dzieckiem do lat 4 może pracować w porze nocnej wyłącznie po wyrażeniu na to zgody.

2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1, pełni dyżur:

1) jako dodatkowy członek zespołu dyżurnego – na oddziałach w specjalnościach zachowawczych, zabiegowych lub w szpitalnym oddziale ratunkowym;

2) pod nadzorem lekarza lub lekarzy pełniących dyżur, uprawnionych do samodzielnego wykonywania zawodu.

3. Do lekarza niebędącego opiekunem i pełniącego nadzór nad lekarzem stażystą w trakcie dyżuru stosuje się odpowiednio przepisy § 10 ust. 3 pkt 4–8.

4. Lekarz stażysta w trakcie stażu pełni 1 dyżur w tygodniu w wymiarze 10 godzin i 5 minut lub dwa dyżury w tygodniu w wymiarze 5 godzin oraz 5 godzin i 5 minut.

5. Lekarzowi stażyście za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w porze dziennej oraz nocnej przysługuje wynagrodzenie w wysokości 125% stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego.

6. Liczba odbywanych w ramach stażu dyżurów medycznych może być w miesiącu większa niż określona w ust. 4, z zachowaniem norm czasu pracy lekarzy wynikających z przepisów o działalności leczniczej.

7. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego stażysty oblicza się, dzieląc miesięczną stawkę wynagrodzenia zasadniczego stażysty przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

§ 7. 1. Staż cząstkowy kończy się złożeniem przez lekarza stażystę kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i umiejętności określonych odpowiednio programem tego stażu, w terminie przewidzianym w indywidualnym harmonogramie realizacji stażu.

2. Kolokwium przeprowadza ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem szpitala lub kierownik będący lekarzem, lekarzem dentystą w podmiocie leczniczym, w którym lekarz stażysta odbywał staż, a w przypadku lekarza stażysty, który odbywał staż w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, lekarz, lekarz dentysta wyznaczony przez okręgową radę lekarską, z udziałem opiekuna lekarza stażysty.

3. W przypadku gdy kierownik podmiotu leczniczego nie jest lekarzem, do przeprowadzenia kolokwium wyznacza lekarza niebędącego opiekunem.

4. Pozytywny wynik kolokwium jest podstawą zaliczenia stażu i dokonania odpowiedniego wpisu w EKSP.

5. W przypadku uzyskania negatywnego wyniku kolokwium przeprowadzający kolokwium wskazuje rodzaj umiejętności, których lekarz stażysta nie opanował w sposób zadowalający i wyznacza termin kolokwium uzupełniającego.

6. W przypadku uzyskania przez stażystę dwukrotnie negatywnego wyniku kolokwium uzupełniającego opiekun informuje o tym koordynatora, który kieruje lekarza stażystę do odbycia dodatkowego przeszkolenia, a po jego zakończeniu wyznacza nowy termin kolokwium i odnotowuje ten fakt w EKSP.

7. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 6, lekarz stażysta odbywa niezależnie od realizacji programu stażu, z godnie z harmonogramem ustalonym z koordynatorem.

§ 8. 1. Szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki oraz kursu medycyny ratunkowej kończy się złożeniem sprawdzianu w terminie określonym indywidualnym harmonogramem stażu.

2. Sprawdziany, o których mowa w ust. 1, przeprowadzają:

1) lekarz wyznaczony przez kierownika regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa – z zakresu transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV;

2) osoby wyznaczone przez okręgową radę lekarską – z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałaniem wypalenia zawodowego, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki;

3) osoba wyznaczona przez ordynatora lub innego lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym – z zakresu ratownictwa medycznego;

4) osoba wyznaczona przez kierownika podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń w zakresie onkologii – z zakresu profilaktyki onkologicznej oraz leczenia bólu.

3. W przypadku uzyskania przez lekarza stażystę dwukrotnie negatywnego wyniku sprawdzianu, o którym mowa w ust. 1, lub kolokwium, o którym mowa w § 7 ust. 5, koordynator, na wniosek lekarza stażysty, wyznacza ponownie termin kolejnego sprawdzianu lub kolokwium z danego zakresu i odnotowuje ten fakt w EKSP.

§ 9. 1. Podmiot uprawniony do prowadzenia stażu po zawarciu umowy o pracę z lekarzem stażystą przydziela mu lekarza koordynatora.

2. Koordynator nadzoruje odbywanie stażu przez nie więcej niż 10 lekarzy stażystów.

3. W przypadku gdy liczba lekarzy stażystów zatrudnionych w podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu podyplomowego jest mniejsza niż 5, funkcję koordynatora pełni opiekun nadzorujący staż cząstkowy stażysty w dziedzinie chorób wewnętrznych albo z zakresu stomatologii zachowawczej.

4. Koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem lekarzy stażystów:

1) ustala indywidualny harmonogram realizacji części stałej stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego zgodnie z programem stażu;

2) ustala wspólnie z lekarzem stażystą indywidualny harmonogram realizacji części personalizowanej stażu cząstkowego, w szczególności ustala dziedziny medycyny i jednostki, w których stażysta odbędzie staż;

3) zapoznaje lekarzy stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem części stałej stażu oraz części personalizowanej, sposobem jego dokumentowania w EKSP oraz obowiązkami i uprawnieniami lekarza stażysty;

4) kieruje lekarzy stażystów do odbycia staży cząstkowych lub części stażu cząstkowego oraz na szkolenia, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 4 i 5, ust. 4 pkt 3 i 4 i ust. 5 ustawy, a także konferencje, kursy i szkolenia, o których mowa w art. 15 ust. 6 ustawy;

5) dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu, z udziałem opiekunów, ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem oraz kierowników innych podmiotów leczniczych;

6) wystawia lekarzom stażystom opinie zawodowe, po zapoznaniu się ze stanowiskiem opiekunów, ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem oraz kierowników innych podmiotów leczniczych, dotyczące w szczególności uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, komunikacji z pacjentem i jego rodziną lub przedstawicielami

ustawowymi, stosunku do współpracowników, zaangażowania w pracę, zdyscyplinowania, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole;

7) organizuje we współpracy z kierownikami podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu seminaria dotyczące realizacji programu poszczególnych staży cząstkowych oraz seminaria staży części personalizowanej.

5. Koordynator zalicza lekarzowi stażyście w EKSP staż po stwierdzeniu wypełnienia wszystkich jego elementów zgodnych z ramowym programem stażu oraz wypełnienia elementów części personalizowanej stażu.

6. Koordynator wystawia opinię, o której mowa w ust. 4 pkt 6, dokonując odpowiedniego wpisu w EKSP.

7. Podmiot uprawniony do prowadzenia stażu zawiera z koordynatorem umowę na wykonywanie czynności określonych w ust. 4–6.

8. W przypadku gdy umowa o pracę z lekarzem stażystą jest zawarta z lekarzem dentystą prowadzącym indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, pełniącym jednocześnie funkcję koordynatora, umowa na wykonywanie czynności określonych w ust. 4–6 jest zawierana pomiędzy koordynatorem, a właściwym marszałkiem województwa.

9. Za wykonywanie czynności określonych w ust. 4–6 koordynator otrzymuje, ze środków finansowych przekazanych na ten cel przez marszałka województwa, wynagrodzenie miesięczne w wysokości 117 zł – w przypadku nadzorowania stażu jednego lekarza stażysty, i dodatkowo w wysokości 70 zł – za nadzorowanie stażu każdego następnego lekarza stażysty.

§ 10. 1. Lekarz stażysta odbywa program stażu cząstkowego lub jego część pod nadzorem opiekuna.

2. W podmiotach leczniczych uprawnionych do prowadzenia stażu kierownik podmiotu leczniczego, ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem na czas nieobecności opiekuna wyznacza do wykonania funkcji opiekuna innego lekarza, lekarza dentystę posiadającego równorzędne kwalifikacje.

3. Opiekun w szpitalu jest odpowiedzialny za:

1) realizację przez lekarza stażystę programu stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej;

2) zaznajomienie lekarza stażysty z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie obejmującym staż cząstkowy lub jego część;

3) sprawdzanie, w ciągu pierwszego miesiąca odbywania stażu cząstkowego, umiejętności stażysty w zakresie postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia;

4) prowadzenie wspólnie z lekarzem stażystą pacjentów, w szczególności konsultowanie i akceptowanie proponowanych przez lekarza stażystę badań diagnostycznych i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposobu leczenia szpitalnego (zastosowanie leków, zabiegów operacyjnych i innych zabiegów lekarskich, pielęgnacji), rehabilitacji oraz leczenia poszpitalnego;

5) prowadzenie bezpośredniego nadzoru wykonywania przez lekarza stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych, których technikę powinien opanować w stopniu umożliwiającym samodzielne ich wykonywanie;

6) wykonywanie wspólnie z lekarzem stażystą zabiegów operacyjnych oraz stosowanych metod diagnozowania albo leczenia stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;

7) udział w bezpośrednim udzielaniu przez lekarza stażystę pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach;

8) nadzorowanie prowadzenia przez lekarza stażystę historii choroby pacjenta i innej dokumentacji medycznej;

9) konsultowanie proponowanej przez lekarza stażystę epikryzy, w tym również sporządzanej po badaniu pośmiertnym pacjenta;

10) ustalanie harmonogramu dyżurów medycznych lekarza stażysty i potwierdzanie ich realizacji;

11) przeprowadzanie sprawdzianów z wiedzy teoretycznej i nabytych przez lekarza stażystę umiejętności praktycznych, określonych programem stażu;

12) przekazywanie koordynatorowi stanowiska dotyczącego opinii, o których mowa w § 9 ust. 4 pkt 6.

4. Opiekun w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego innym niż szpital oraz opiekun, o którym mowa w ust. 2:

1) zapoznaje lekarza stażystę z organizacją pracy w przychodni i w gabinecie lekarskim;

2) nadzoruje wykonywane przez lekarza stażystę badania pacjenta, ustala rozpoznania, wykonywania zabiegów lekarskich, zabiegów stomatologicznych, akceptuje proponowane badania diagnostyczne, sposób leczenia i rehabilitacji;

3) ocenia zaproponowane przez lekarza stażystę projekty recept, opinie, orzeczenia lekarskie oraz skierowania do lekarzy specjalistów, szpitali i sanatoriów;

4) wykonuje odpowiednio czynności określone w ust. 3 pkt 4–12.

5. Opiekun potwierdza w EKSP zrealizowanie przez lekarza stażystę zakresu stażu cząstkowego albo zakresu części stażu cząstkowego objętego programem stażu.

§ 11. 1. Lekarz stażysta uzyskuje zaliczenie stażu podyplomowego po zrealizowaniu programu stażu oraz po złożeniu kolokwiów i sprawdzianów, o których mowa w § 7 i 8, a także po wypełnieniu, za pomocą SMK, odpowiednio ankiety „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę", stanowiącej załącznik nr 5 do rozporządzenia, albo „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza dentystę stażystę" stanowiącej załącznik nr 6 do rozporządzenia.

2. Właściwa okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK zaliczenie stażu.

§ 12.1. Podmiot prowadzący staż dokonuje na podstawie wypełnionych ankiet, o których mowa w § 11 ust. 1, zbiorczej oceny realizacji programu stażu i przekazuje tę ocenę oraz zbiorcze wyniki ankiet odpowiednio marszałkowi województwa albo Ministrowi Obrony Narodowej.

2. Podmiot prowadzący staż w przypadku stwierdzenia na podstawie wypełnionych ankiet, o których mowa w § 11 ust. 1, nieprawidłowości w przebiegu stażu, usuwa te nieprawidłowości i informuje o tym odpowiednio marszałka województwa albo Ministra Obrony Narodowej.

§ 13. 1. Środki finansowe zapewniające odbycie stażu lekarzom mającym stałe zamieszkanie na obszarze województwa marszałek województwa przekazuje:

1) podmiotowi uprawnionemu, który zawarł z lekarzem stażystą umowę na odbycie stażu;

2) podmiotom prowadzącym szkolenie;

3) okręgowym izbom lekarskim.

2. Środki finansowe, które marszałek województwa przekazuje:

1) podmiotowi wymienionemu w ust. 1 pkt 1, obejmują:

a) wynagrodzenia lekarzy stażystów oraz składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, o ile podmiot tworzy ten fundusz,

b) ryczałt obejmujący wynagrodzenia koordynatorów, koszty czynności administracyjnych oraz inne koszty wynikające z realizacji przez lekarza stażystę programu stażu,

c) w przypadku podmiotu zatrudniającego lekarza dentystę stażystę – również dofinansowanie kosztów materiałowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu przez tego lekarza dentystę stażystę;

2) podmiotom wymienionym w ust. 1 pkt 2 obejmują koszty prowadzenia szkoleń, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5, ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5 ustawy, dla lekarzy stażystów zatrudnionych na obszarze województwa okręgowej izby lekarskiej;

3) podmiotom wymienionym w ust. 1 pkt 3 obejmują koszty czynności administracyjnych niezbędnych do realizacji przez okręgową radę lekarską zadań, o których mowa w § 3 ust. 1, § 4 ust. 1, § 7 ust. 2, § 8 ust. 2 pkt 2, § 11 ust. 2 oraz art. 15 ust. 9, art. 15a ust. 7, art. 15d ust. 1, 3, 5 i 6, art. 15f ust. 3 oraz art. 15g ust. 1 ustawy.

3. Ryczałt, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lit. b, ustala się w wysokości 281 zł, od każdego zatrudnionego lekarza stażysty, z czego 70 zł przeznacza się na pokrycie kosztów administracyjnych.

4. Wysokość środków finansowych, o których mowa:

1) w ust. 2 pkt 2 – ustala corocznie marszałek województwa w porozumieniu z właściwym podmiotem zobowiązanym do prowadzenia szkolenia;

2) w ust. 2 pkt 3 – ustala się w wysokości 210 zł od każdego członka izby skierowanego do odbycia stażu;

3) w ust. 2 pkt 1 lit. c – ustala się w wysokości 79 zł miesięcznie w przeliczeniu na jednego stażystę.

5. Koszty wszystkich szkoleń, o których mowa w ust. 2 pkt 2, nie mogą przekroczyć kwoty 1361 zł na jednego lekarza stażystę.

6. Osoba przeprowadzająca szkolenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 116 zł za każde 60 minut szkolenia.

7. Środki finansowe, zapewniające odbycie stażu, w przypadku ich niewykorzystania podlegają niezwłocznie zwrotowi do właściwego marszałka województwa.

§ 14. 1. Środki finansowe zapewniające odbycie stażu lekarza, lekarza dentysty powołanego do zawodowej służby wojskowej są przekazywane przez właściwą jednostkę budżetową resortu obrony narodowej na podstawie umowy na prowadzenie stażu zawartej między działającym w imieniu Ministra Obrony Narodowej dyrektorem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia a kierownikiem podmiotu leczniczego uprawnionego do prowadzenia stażu.

2. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1, obejmują:

1) uposażenie lekarza i lekarza dentysty powołanego do zawodowej służby wojskowej określone przepisami ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 330, 730 i 1726);

2) ryczałt w wysokości, o której mowa w § 13 ust. 3, obejmujący wynagrodzenie koordynatorów, koszty czynności administracyjnych i inne koszty wynikające z realizacji przez stażystę programu stażu;

3) w przypadku podmiotu prowadzącego staż lekarza dentysty powołanego do zawodowej służby wojskowej, również dofinansowanie kosztów materiałowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu stażu w wysokości, o której mowa w § 13 ust. 4 pkt 3;

4) koszty szkoleń, o których mowa w ust. 2 pkt 2, które nie mogą przekroczyć kwoty 1361 zł na jednego lekarza stażystę;

5) wynagrodzenie, o którym mowa w § 13 ust. 6;

6) dodatkowe wynagrodzenie za dyżury medyczne realizowane w trakcie stażu przez lekarza stażystę w wysokości i na zasadach określonych w § 6 ust. 5, przy czym podstawę naliczania stanowi uposażenie określone przepisami ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

§ 15. 1. Do lekarza stażysty powołanego do zawodowej służby wojskowej nie stosuje się przepisów § 4 ust. 1 i § 13 oraz art. 15d ust. 5 i 6 i art. 15e ust. 1 ustawy.

2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1, otrzymuje uposażenie określone przepisami ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

§ 16. 1. W przypadku skierowania przez podmiot, o którym mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, lekarza stażysty do odbycia części stażu poza miejscowością, w której jest zatrudniony, koszty podróży pokrywa ten podmiot na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju, wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 i 1495), w ramach środków finansowych, o których mowa w § 13 ust. 2 pkt 1 lit. b.

§ 17. Do staży podyplomowych rozpoczętych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

MINISTER ZDROWIA

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia … (poz. …)

Załącznik nr 1

WZÓR

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

A. CZĘŚĆ STAŁA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności z zakresu zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących chorób, postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, a także przyswojenie wiedzy z zakresu transfuzjologii, prawa medycznego, bioetyki, orzecznictwa lekarskiego, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, jako przygotowanie lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

I. Program stażu cząstkowego z zakresu chorób wewnętrznych

Czas trwania stażu: 11 tygodni, w tym 10 tygodni – choroby wewnętrzne i 1 tydzień – krwiodawstwo i krwiolecznictwo.

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności w zakresie rozpoznawania i leczenia, a także zapobiegania i rehabilitacji, najczęściej występujących bądź stanowiących największe zagrożenie dla życia chorób wewnętrznych w warunkach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz w zakresie transfuzjologii.

Program stażu:

– z zakresu chorób wewnętrznych:

1. Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie najczęściej występujących chorób wewnętrznych:

1) układu krążenia:

a) choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego,

b) miażdżycy naczyń tętniczych, udarów mózgowych,

c) nadciśnienia tętniczego,

d) przewlekłej niewydolności krążenia,

e) podstawowych zaburzeń rytmu serca i przewodzenia,

f) serca płucnego,

g) wad serca,

h) zapalenia mięśnia sercowego,

i) żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej;

2) układu oddechowego:

a) ostrego i przewlekłego zapalenia oskrzeli,

b) zapalenia płuc,

c) przewlekłej niewydolności oddechowej,

d) astmy oskrzelowej,

e) raka płuc,

f) gruźlicy;

3) układu moczowego:

a) niewydolności nerek – ostrej i przewlekłej,

b) ostrego i przewlekłego odmiedniczkowego zapalenia nerek,

c) ostrego i przewlekłego kłębkowego zapalenia nerek,

d) kamicy nerkowej,

e) zespołu nerczycowego,

f) raka nerki,

g) stanów zapalnych pęcherza i dróg moczowych;

4) układu trawiennego:

a) choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy,

b) raka żołądka,

c) zespołu złego wchłaniania,

d) swoistego i nieswoistego zapalenia jelit,

e) zespołu jelita nadwrażliwego,

f) raka jelita grubego,

g) kamicy pęcherzyka i dróg żółciowych,

h) zapalenia wątroby,

i) marskości wątroby,

j) ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki,

k) raka trzustki,

l) chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego;

5) układu krwiotwórczego:

a) niedokrwistości,

b) skaz krwotocznych,

c) białaczek,

d) ziarnicy złośliwej i chłoniaków nieziarniczych;

6) gruczołów wydzielania wewnętrznego:

a) cukrzycy,

b) chorób przysadki i podwzgórza,

c) nadczynności i niedoczynności tarczycy,

d) nadczynności i niedoczynności przytarczyc,

e) nadczynności i niedoczynności nadnerczy,

f) guzów rdzenia nadnerczy,

g) zaburzeń hormonalnych i metabolicznych okresu przekwitania u kobiet i mężczyzn;

7) zaburzeń metabolicznych:

a) otyłości i nadwagi,

b) hiperlipidemii,

c) osteoporozy;

8) układu ruchu.

2. Poznanie problemów ogólnolekarskich z zakresu chorób wewnętrznych:

1) epidemiologia chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem tych, które są związane z wysoką umieralnością, powodują przewlekłe inwalidztwo lub są przyczyną wysokiej absencji chorobowej;

2) profilaktyka niektórych chorób układu krążenia i układu oddechowego;

3) wskazania i przeciwwskazania do zabiegów endoskopowych;

4) zasady antybiotykoterapii w najczęściej występujących chorobach wewnętrznych, wymagających stosowania antybiotyków;

5) zasady podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych dotyczących najczęściej występujących chorób wewnętrznych.

3. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:

1) wkłucia dożylnego i dotętniczego w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył;

2) dożylnego przetaczania krwi i innych płynów;

3) badania EKG;

4) nakłucia opłucnej i otrzewnej;

5) cewnikowania pęcherza moczowego;

6) pobrania materiału do badań mikrobiologicznych;

7) płukania żołądka;

8) pomiaru i interpretacji wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiaru ciśnienia na kostce;

9) pomiaru glikemii.

– z zakresu transfuzjologii klinicznej:

(10 godzin wykładów i ćwiczenia praktyczne)

1. Zapoznanie się z zasadami współczesnej transfuzjologii:

1) pobierania i przechowywania krwi oraz otrzymywania preparatów krwiopochodnych;

2) podstaw immunologii transfuzjologicznej;

3) zapobiegania potransfuzyjnym zakażeniom wirusowym;

4) podstawowymi zasadami racjonalnego leczenia krwią i jej preparatami;

5) powikłaniami poprzetoczeniowymi.

2. Poznanie praktyczne następujących umiejętności:

1) rejestrowania i kwalifikowania krwiodawców oraz zasad prowadzenia dokumentacji w tym zakresie;

2) metod pobierania krwi i osocza – konwencjonalnie i przy użyciu separatorów, poznanie zasad wytwarzania preparatów krwiopochodnych;

3) przeprowadzania badań immunologicznych, serologicznych – antygenów krwinek czerwonych i przeciwciał, próby zgodności krzyżowej;

4) wykrywania markerów wirusowych (HBV, HCV, HIV);

5) zasad kontroli jakości, przechowywania i dystrybucji krwi oraz jej preparatów.

– z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS:

(5 godzin wykładów)

1) epidemiologię zakażeń HIV i AIDS;

2) podstawowe wiadomości o budowie wirusa HIV i wykrywaniu zakażeń;

3) wybrane zagadnienia HIV/AIDS w ujęciu nauk medycznych;

4) elementy poradnictwa i opieki medycznej nad kobietą zakażoną HIV lub chorą na AIDS;

5) poradnictwo przed testem i po teście;

6) strategię leczenia antyretrowirusowego zakażonych HIV i chorych na AIDS;

7) etyczne i prawne aspekty HIV i AIDS;

8) elementy komunikowania się w relacjach lekarz – pacjent zakażony HIV lub chory na AIDS.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

II. Program stażu cząstkowego z zakresu pediatrii

Czas trwania stażu: 8 tygodni, w tym pediatria – 6 tygodni i neonatologia – 2 tygodnie.

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, przyswojenie i utrwalenie praktycznych umiejętności z zakresu zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób wieku dziecięcego oraz zaburzeń rozwojowych u dzieci w warunkach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej.

Program stażu:

1. Rozpoznawanie i postępowanie u noworodków w przypadkach wad rozwojowych, zaburzeń oddechowo-krążeniowych, wrodzonych oraz nabytych zakażeń i posocznicy noworodkowej, ostrych zaburzeń metabolicznych i neurologicznych, konfliktu serologicznego, choroby krwotocznej noworodków, chorób wymagających niezwłocznej interwencji chirurgicznej, dysplazji i zwichnięcia stawów biodrowych, niedoczynności tarczycy i zespołu alkoholowego.

2. Rozpoznawanie i leczenie u niemowląt chorób wywołanych zakażeniami bakteryjnymi i wirusowymi, w tym wirusowego zapalenia wątroby i AIDS, ostrych biegunek i ich powikłań, biegunek przewlekłych i stanów niedoborowych, chorób układu oddechowego, niedoczynności tarczycy, dysplazji stawów biodrowych, naglących chorób jamy brzusznej (wgłobienie), chorób przebiegających z drgawkami i innych stanów napadowych.

3. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

4. Rozpoznawanie i leczenie u dzieci powyżej 1. roku życia: nieprawidłowości rozwojowych, skutków urazów i zatruć, zaburzeń świadomości, krwawień z przewodu pokarmowego, nawracających bólów brzucha, nawracających bólów głowy, chorób wywołanych czynnikami zakaźnymi – w tym chorób zakaźnych wieku dziecięcego, a także zapalenia nerek, choroby reumatycznej, nadciśnienia tętniczego, chorób nowotworowych, niedoborów białkowo-energetycznych i witaminowych oraz niedoborów makro- i mikroelementów, chorób atopowych i reakcji anafilaktycznych, chorób z uzależnienia.

5. Poznanie kalendarza szczepień, zasad stosowania szczepionek i surowic, znajomość niepożądanych reakcji poszczepiennych i przeciwwskazań do szczepień.

6. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:

1) postępowania z noworodkiem bezpośrednio po porodzie:

a) oceny noworodka na podstawie skali wg Apgar,

b) testów przesiewowych u noworodka (fenyloketonurii);

2) resuscytacji noworodka;

3) oceny dojrzałości noworodka;

4) rozpoznawania wad wrodzonych u noworodka i postępowania w przypadku ich stwierdzenia;

5) zasad transportu chorego noworodka;

6) pielęgnacji i karmienia noworodka;

7) oceny stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi oraz badania w kierunku wad wrodzonych;

8) zbierania wywiadów od rodziny dziecka;

9) prowadzenia resuscytacji i udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia u dzieci;

10) rozpoznawania mózgowego porażenia dziecięcego;

11) wkłucia dożylnego i pobrania krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego;

12) pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci;

13) pobrania materiałów do badań mikrobiologicznych u dzieci;

14) założenia zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego u dzieci;

15) pielęgnacji niemowląt i małych dzieci;

16) pobrania krwi celem wykonania testu w kierunku niedoczynności tarczycy i fenyloketonurii.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

III. Program stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej

Czas trwania stażu: 8 tygodni, w tym chirurgia ogólna – 6 tygodni i chirurgia urazowa – 2 tygodnie.

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności w zakresie rozpoznawania, leczenia, zapobiegania i rehabilitacji najczęściej występujących chorób chirurgicznych w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej.

Program stażu:

1. Rozpoznawanie i postępowanie w przypadku:

1) wstrząsu urazowego i hipowolemicznego;

2) obrażeń urazowych dotyczących:

a) ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego:

– mózgu, kości czaszki i twarzoczaszki, z uwzględnieniem skali Glasgow,

– nerwów czaszkowych i obwodowych,

b) klatki piersiowej, w szczególności:

– w zranieniach klatki piersiowej, serca, płuc i dużych naczyń,

– w odmie opłucnowej pourazowej i samoistnej,

– w uszkodzeniach ściany klatki piersiowej, żeber i mostka,

c) jamy brzusznej, w szczególności:

– w ranach brzucha,

– w tępych obrażeniach brzucha,

d) układu moczowo-płciowego,

e) kręgosłupa, w szczególności diagnozowanie i postępowanie z chorymi ze złamaniem kręgosłupa,

f) kończyn, w szczególności:

– zamkniętych i otwartych złamań kończyn, ze szczególnym uwzględnieniem najczęściej spotykanych złamań, tzn. nasady dalszej kości promieniowej, kostek, szyjki kości udowej,

– zwichnięć dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego),

– podwichnięć, skręceń i stłuczeń stawów, ze szczególnym uwzględnieniem stawu kolanowego i skokowo-goleniowego,

g) oparzeń i odmrożeń:

– w oparzeniach i odmrożeniach powłok,

– w oparzeniach dróg oddechowych i przewodu pokarmowego;

3) zakażeń w chirurgii:

a) we wstrząsie septycznym,

b) w ropnym zapaleniu skóry i tkanki podskórnej (ropień, czyrak, zastrzał, zanokcica),

c) w zakażeniach przyrannych (tężec, zgorzel gazowa, róża);

4) najczęstszych schorzeń chirurgicznych jamy brzusznej, dotyczących:

a) „ostrego brzucha”:

– przedziurawienia przewodu pokarmowego,

– ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego,

– ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego,

– ostrego zapalenia trzustki,

– niedrożności jelit, ze szczególnym uwzględnieniem uwięźniętych przepuklin zewnętrznych,

b) krwawienia do przewodu pokarmowego,

c) innych chorób przewodu pokarmowego:

– choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy,

– kamicy żółciowej,

– najczęstszych chorób odbytu i odbytnicy (ropień, przetoka, guzki krwawnicze);

5) schorzeń urologicznych:

a) kamicy nerkowej,

b) zatrzymania moczu,

c) wodniaka jądra,

d) przerostu prostaty,

e) raka prostaty;

6) chorób układu naczyniowego:

a) w urazach naczyń,

b) w ostrym nieurazowym niedokrwieniu kończyn (zator, zakrzepy),

c) w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych,

d) w tętniaku aorty,

e) w żylnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, dotyczącej w szczególności kończyn dolnych,

f) w przewlekłej niewydolności układu żylnego kończyn dolnych.

2. Poznanie zasad wczesnego rozpoznawania i postępowania chirurgicznego w nowotworach sutka, przewodu pokarmowego, tarczycy i skóry.

3. Poznanie wskazań do stosowania i podstaw interpretacji niektórych metod diagnostycznych i leczenia zabiegowego w chirurgii:

1) diagnostyki radiologicznej i ultrasonograficznej;

2) tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego;

3) endoskopii, ze szczególnym uwzględnieniem gastroskopii, ECPW, rektoskopii, kolonoskopii, cystoskopii;

4) ogólnych zasad i możliwości chirurgii laparoskopowej.

4. Poznanie problemów ogólnochirurgicznych dotyczących:

1) zasad aseptyki i antyseptyki, profilaktyki zakażeń okołooperacyjnych;

2) profilaktyki tężca;

3) profilaktyki zakażeń wirusami hepatotropowymi i HIV;

4) zasad współczesnej antybiotykoterapii w schorzeniach chirurgicznych;

5) zasad przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym;

6) zasad współczesnej rehabilitacji około- i pooperacyjnej.

5. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:

1) mycia chirurgicznego rąk i pola operacyjnego;

2) chirurgicznego opracowania i zeszycia niewielkich ran;

3) znieczulenia miejscowego;

4) nacięcia i drenażu ropnia;

5) założenia podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających;

6) założenia drenażu opłucnej;

7) postępowania w krwotoku zewnętrznym;

8) założenia zgłębnika nosowo-żołądkowego;

9) dożylnego przetaczania krwi i płynów infuzyjnych;

10) postępowania w oparzeniach;

11) badania per rectum i oceny gruczołu krokowego;

12) wykonania anoskopii.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

IV. Program stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej

IVa. Program stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii

Czas trwania stażu: 2 tygodnie – intensywna terapia.

Cel stażu: zrozumienie doktryny intensywnej terapii w oparciu o kryteria przyjęć i zwolnień z oddziału, zapoznanie się z systemem organizacji oraz procedur medycznych obowiązujących w intensywnej terapii oraz zrozumienie oceny ciężkości stanu chorego w oparciu o skale predykcyjne i skale bezpośrednio oceniające stan ogólny chorego, jak również stan wybranych układów i narządów. Zapoznanie się z taktyką postępowania w intensywnej terapii związaną z wdrażaniem inwazyjnych technik postępowania leczniczego w oparciu o inwazyjne technologie monitorowania podstawowych i szczegółowych parametrów życiowych.

Staż mogą prowadzić kliniki, oddziały kliniczne, oddziały i jednostki uprawnione, wpisane na listę marszałka województwa.

1. Ocena stanu chorego w okresie przedoperacyjnym, w zależności od rodzaju wskazań do zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego.

2. Postępowanie z chorym w oddziale i na stanowisku intensywnej terapii - zagadnienia ogólne:

1) specyfika stanowiska intensywnej terapii;

2) specyfika postrzegania i oceny stanu ogólnego w intensywnej terapii;

3) specyfika diagnostyki różnicowej w intensywnej terapii;

4) chorobowość i śmiertelność związana z intensywną terapią;

5) podmiotowość chorego w intensywnej terapii;

6) społeczne, ekonomiczne i socjalne skutki intensywnej terapii;

7) miejsce intensywnej terapii w strukturze organizacyjnej szpitala;

8) kryteria przyjęć na OIT.

3. Zagadnienia szczegółowe:

1) przepływ krwi;

2) transport tlenu;

3) techniki zapobiegania powikłaniom u chorego w stanie krytycznym;

4) dostępy naczyniowe;

5) monitorowanie dynamiki układu krążenia;

6) monitorowanie oddychania;

7) monitorowanie metabolizmu;

8) monitorowanie OUN;

9) sedacja i analgosedacja na OIT;

10) ostra niewydolność oddechowa;

11) wentylacja mechaniczna;

12) ostra niewydolność krążenia;

13) rodzaje i podział wstrząsu;

14) chory z urazem wielonarządowym;

15) stan po nagłym zatrzymaniu krążenia, fizjopatologia oraz postępowanie lecznicze (hipotermia terapeutyczna);

16) zakażenia na OIT (sepsa, ciężka sepsa, wstrząs septyczny), (SurvivingSepsisCompaign – pakiety resuscytacyjne i pakiety terapeutyczne);

17) płynoterapia;

18) leczenie preparatami krwi i preparatami krwiopochodnymi;

19) żywienie w intensywnej terapii;

20) pozaustrojowe techniki leczenia ostrej niewydolności nerek, wątroby, krążenia i oddychania;

21) systemy oceny stanu klinicznego chorego;

22) orzecznictwo w intensywnej terapii, w tym orzekanie o nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu.

4. Staż zakończony jest kolokwium obejmującym swoim zakresem wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne. Kolokwium przeprowadza ordynator oddziału lub jego zastępca.

IVb. Program stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej

Czas trwania stażu: 3 tygodnie.

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności postępowania w zakresie medycznych czynności ratunkowych i procedur klinicznych medycyny ratunkowej.

Miejsce odbywania stażu: kliniki medycyny ratunkowej, oddziały kliniczne medycyny ratunkowej, szpitalne oddziały ratunkowe.

Program stażu:

1. Utrwalenie zasad zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej i prowadzenia terapii poresuscytacyjnej.

2. Utrwalenie zasad postępowania ratunkowego w urazach wielonarządowych, w szczególności:

1) wstępnej oceny chorego z mnogimi obrażeniami ciała;

2) podtrzymania funkcji życiowych chorego z mnogimi obrażeniami ciała;

3) praktyczne opanowanie zasad transportu chorego z mnogimi obrażeniami ciała;

4) prowadzenie oceny wtórnej pacjenta z mnogimi obrażeniami ciała;

5) poznanie zaawansowanych technik diagnostyki okołourazowej i zasad różnicowania diagnostycznego w urazach;

6) postępowanie kliniczne we wstrząsie urazowym.

3. Poszerzenie umiejętności wykonywania triage śródszpitalnego w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia.

4. Poszerzenie umiejętności postępowania w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia pochodzenia wewnętrznego, takim jak:

1) nagłe zatrzymanie krążenia;

2) ostra niewydolność krążenia różnej etiologii;

3) ostra niewydolność oddechowa różnej etiologii;

4) wstrząs o różnej etiologii;

5) nagłe stany utraty przytomności;

6) ostre schorzenia brzuszne;

7) ostre schorzenia ciężarnych;

8) ostre stany drgawkowe.

5. Postępowanie w nagłych zagrożeniach zdrowia lub życia u dzieci.

6. Postępowanie ratunkowe w nagłych zagrożeniach zdrowia lub życia pochodzenia środowiskowego:

1) ostre zatrucia;

2) skażenia chemiczne;

3) uraz termiczny (oparzenie, udar cieplny, hipotermia);

4) utonięcia, uraz nurkowy;

5) porażenia elektryczne i rażenia piorunem;

6) pogryzienia, ukąszenia i użądlenia.

7. Opanowanie wykonywania następujących lekarskich umiejętności leczenia ratunkowego:

1) z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

a) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi,

b) intubacja dotchawicza,

c) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.),

d) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii,

e) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej,

f) defibrylacja elektryczna i kardiowersja,

g) pośredni masaż serca,

h) wykonanie centralnego dostępu dożylnego,

i) resuscytacja płynowa,

j) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej;

2) z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych (medycznych czynności ratunkowych):

a) zabezpieczania rannego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu,

b) podtrzymywania funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu,

c) unieruchamiania kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego,

d) unieruchamiania złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku,

e) tamowania krwotoków;

3) monitorowania podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz na szpitalnym oddziale ratunkowym;

4) zaopatrywania ran powierzchownych;

5) zasad znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych;

6) zasad postępowania w porodzie nagłym.

8. Utrwalenie zasad organizacji medycyny ratunkowej oraz zasad organizacyjnych i funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, prowadzenia dokumentacji medycznej właściwej dla szpitalnego oddziału ratunkowego oraz realizacji szpitalnego planu zabezpieczenia katastrofy.

9. Poszerzenie umiejętności postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia w warunkach przedszpitalnych.

10. Poszerzenie umiejętności postępowania w zdarzeniach masowych i katastrofach, w tym w szczególności prowadzenia segregacji przedszpitalnej oraz organizacji i prowadzenia akcji ratunkowej.

11. Staż uzupełniony dwudniowym kursem podsumowującym zagadnienia ujęte w programie organizowanym przez jednostki akademickie prowadzące kształcenie w zakresie medycyny ratunkowej.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

V. Program stażu cząstkowego z zakresu medycyny rodzinnej

Czas trwania stażu: 6 tygodni.

Cel stażu: poznanie i utrwalenie organizacji oraz metod pracy w warunkach długotrwałej opieki ambulatoryjnej i w domu chorego, a także praktycznych umiejętności dotyczących rozpoznawania, leczenia, zapobiegania i rehabilitacji w chorobach stanowiących najczęstszą przyczynę zgłaszalności pacjentów do poradni, jak i wymagających długotrwałego leczenia w środowisku domowym (opieka nad przewlekle chorym).

Program stażu:

1. Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób stanowiących najczęstszą przyczynę zgłaszalności pacjentów do poradni:

1) ostrych schorzeń infekcyjnych dróg oddechowych (zapalenia zatok, zapalenia gardła, migdałków, krtani, tchawicy i oskrzeli);

2) stanów zapalnych ucha środkowego i zaburzeń słuchu;

3) chorób zakaźnych, w tym chorób odzwierzęcych;

4) chorób układu pokarmowego (w szczególności choroby wrzodowej, kamicy żółciowej);

5) chorób układu moczowego;

6) chorób skóry (w szczególności zakażeń ropnych skóry i tkanki podskórnej, oparzeń i odmrożeń powłok);

7) chorób chirurgicznych (w szczególności urazów tkanek miękkich głowy, tułowia i kończyn, skręceń i stłuczeń stawów, żylaków podudzi, żylaków odbytu, przewlekłych owrzodzeń podudzi);

8) chorób kobiet (w szczególności niektórych powikłań ciąży, powikłań przebiegu połogu, zaburzeń cyklu miesięcznego, zaburzeń okresu menopauzy, zakażeń narządów płciowych u kobiet);

9) chorób narządu wzroku (w szczególności wad wzroku, zapaleń aparatu ochronnego oka, urazów narządu wzroku, jaskry, zaćmy, chorób objawiających się zaniewidzeniem);

10) chorób układu nerwowego (w szczególności zawrotów głowy, padaczki, zespołu Parkinsona, zespołów bólowych kręgosłupa, neuropatii obwodowych).

2. Leczenie, rehabilitacja i opieka przewlekle chorych w warunkach ambulatoryjnych i domowych, ze szczególnym uwzględnieniem następujących schorzeń:

1) choroby wieńcowej;

2) nadciśnienia tętniczego;

3) miażdżycy tętnic;

4) gruźlicy;

5) astmy oskrzelowej;

6) przerostu gruczołu krokowego;

7) niewydolności nerek;

8) cukrzycy;

9) choroby reumatoidalnej, choroby reumatycznej i zmian zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego;

10) chorób nowotworowych, łącznie z opieką paliatywną;

11) mózgowego porażenia dziecięcego;

12) padaczki;

13) zaburzeń psychicznych;

14) uzależnień (alkoholizm, narkomania, lekomania);

15) marskości wątroby;

16) AIDS.

3. W zakresie organizacji i metod pracy poradni i indywidualnej praktyki lekarskiej:

1) organizacja pracy poradni lekarza rodzinnego (rejestracja, dokumentacja, zasady ewidencjonowania kosztów, orzecznictwo lekarskie, sprawozdawczość, zasady wypisywania recept, skierowań na badanie diagnostyczne i do lekarzy specjalistów oraz na leczenie sanatoryjne);

2) współpraca z pielęgniarką środowiskową/rodzinną i pracownikiem socjalnym oraz z personelem praktyki;

3) zasady współdziałania z placówkami udzielającymi pomocy doraźnej, ze szpitalem, z zakładem opiekuńczo-leczniczym, pracowniami diagnostycznymi, ze specjalistami w innych dziedzinach medycyny, stacjami sanitarno-epidemiologicznymi;

4) zasady współdziałania z jednostkami samorządu terytorialnego, instytucjami i organizacjami zajmującymi się pomocą społeczną oraz ze szkołami i placówkami systemu oświaty.

4. Opanowanie następujących umiejętności i czynności:

1) oceny rozwoju fizycznego i psychoruchowego dzieci ze szczególnym uwzględnieniem niemowląt;

2) przeprowadzania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień;

3) oznaczania glikemii, glikozurii i ketonurii za pomocą suchych testów;

4) przeprowadzania testów skórnych;

5) zakładania opatrunków;

6) leczenia ran;

7) stosowania profilaktyki tężca;

8) badania położniczego zewnętrznego;

9) stwierdzenia czynności serca u płodu;

10) oceny ruchliwości płodu;

11) pobrania badania cytologicznego;

12) pobierania materiału do badań mikrobiologicznych w warunkach ambulatoryjnych;

13) wykonania tamponady przedniej;

14) usuwania woskowiny usznej;

15) usuwania ciał obcych z worka spojówkowego;

16) badania ostrości wzroku;

17) badania widzenia barwnego;

18) badania widzenia obuocznego;

19) badania dna oka.

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

VI. Program szkolenia z zakresu orzecznictwa lekarskiego

Czas trwania szkolenia: … godzin realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: przyswojenie przez lekarzy i lekarzy dentystów wiedzy o rodzaju świadczeń z ubezpieczeń społecznych, warunkach nabywania prawa do nich oraz zasadach i trybie ich przyznawania.

Program szkolenia:

1. Rodzaje świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz warunki nabywania do nich uprawnień.

2. Zasady i tryb przyznawania oraz ustalania wysokości i wypłaty świadczeń.

3. Zasady i tryb orzekania o:

1) czasowej niezdolności do pracy;

2) potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej;

3) okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego;

4) celowości przekwalifikowania zawodowego;

5) niezdolności do pracy zarobkowej;

6) niezdolności do samodzielnej egzystencji;

7) procentowym uszczerbku na zdrowiu;

8) niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym;

9) niepełnosprawności.

4. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z orzekaniem w sprawach, o których mowa w ust. 3.

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO I BIOETYKI

VII. Program szkolenia z zakresu prawa medycznego i bioetyki

VIIa. Program szkolenia z zakresu prawa medycznego

Czas trwania szkolenia: … godzin wykładów realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: poznanie i przyswojenie podstawowych przepisów prawa dotyczących wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz zasad etyki zawodowej.

Program szkolenia:

1. Zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Zasady wykonywania działalności leczniczej:

1) świadczenia zdrowotne;

2) podmioty lecznicze – rejestracja, zasady działania, szpitale kliniczne, nadzór;

3) dokumentacja medyczna;

4) nadzór specjalistyczny;

5) działalność lecznicza lekarza, lekarza dentysty w formie wykonywania praktyki zawodowej.

3. Zasady wykonywania zawodu lekarza:

1) definicja zawodu lekarza;

2) prawo wykonywania zawodu;

3) uprawnienia zawodowe lekarza;

4) kwalifikacje zawodowe;

5) ustawiczne doskonalenie zawodowe;

6) eksperyment medyczny;

7) dokumentacja medyczna;

8) lekarz a prawa pacjenta;

9) stwierdzenie zgonu i ustalenie przyczyn zgonu.

4. Zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności:

1) prawa i obowiązki osoby ubezpieczonej i lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

2) organizacja udzielania i zakres świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;

3) dokumentacja związana z udzielaniem świadczeń z tytułu ubezpieczenia.

5. Zasady działania samorządów reprezentujących zawody zaufania publicznego w ochronie zdrowia, w tym w szczególności:

1) zadania izb lekarskich;

2) prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego;

3) organizacja i działanie organów izb lekarskich i zjazdów lekarzy;

4) odpowiedzialność zawodowa lekarzy – postępowanie wyjaśniające przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed sądem lekarskim;

5) inne samorządy zawodowe funkcjonujące w ochronie zdrowia – farmaceutów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, ich zadania i struktura.

6. Uregulowania szczególne dotyczące postępowania lekarza w innych ustawach, w tym w szczególności:

1) sztucznej prokreacji;

2) przeszczepiania narządów i tkanek;

3) przerywania ciąży;

4) zabiegów estetycznych;

5) leczenia paliatywnego i stanów terminalnych;

6) chorób psychicznych;

7) niektórych chorób zakaźnych;

8) przeciwdziałania i leczenia uzależnień.

7. Zasady wypisywania recept na leki i materiały medyczne oraz zleceń na przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

8. Odpowiedzialność prawna lekarza - karna, cywilna i zawodowa:

1) pojęcie wykroczenia zawodowego, naruszenia dóbr osobistych, szkody, winy, odszkodowania i zadośćuczynienia;

2) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lekarza, grupowej praktyki lekarskiej, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

VIIb. Program szkolenia z zakresu bioetyki

Czas trwania szkolenia: … godzin wykładów realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: kształtowanie postaw lekarzy i lekarzy dentystów w oparciu o system norm etycznych zawartych w przysiędze i przykazaniu Hipokratesa, w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Deklaracji helsińskiej i tokijskiej, Deklaracji genewskiej, polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) oraz w Europejskiej konwencji bioetycznej.

Program szkolenia:

1. Przysięga i przykazanie Hipokratesa, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Deklaracja helsińska i tokijska, polskie kodeksy etyki lekarskiej - przedwojenny Kodeks Izb Lekarskich, Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, Kodeks Etyki Lekarskiej.

2. Europejska konwencja bioetyczna.

3. Etyczne aspekty eksperymentów medycznych – eksperyment leczniczy i badawczy, etyczne zasady prowadzenia eksperymentu medycznego. Etyczne aspekty pobierania tkanek i narządów do transplantacji.

4. Etyczne aspekty relacji lekarz – pacjent – autonomia i godność pacjenta, informacja i zgoda poinformowanego, tajemnica lekarska, lojalność wobec pacjenta, prawo lekarza do odmowy leczenia.

5. Prokreacja ludzka - aspekty etyczne działań lekarskich związane z ludzką prokreacją w świetle KEL. Problemy etyczne wspomaganej prokreacji. Problem klonowania ludzi w świetle KEL i Europejskiej konwencji bioetycznej.

6. Problemy etyczne dotyczące racjonowania metod leczenia i alokacji środków finansowych.

7. Etyczne aspekty walki z bólem. Etyczne aspekty leczenia paliatywnego. Leczenie hospicyjne z punktu widzenia etyki.

8. Etyczna problematyka związana z reanimacją i uporczywą terapią – wartość i jakość życia ludzkiego. Wskazania do reanimacji w świetle KEL, kryteria śmierci, pojęcie stanu terminalnego. Problem moralnego prawa odstąpienia od reanimacji i uporczywej terapii.

9. Etyczne aspekty problemu umierania. Problem godności umierania. Problem eutanazji w świetle medycyny hipokratejskiej.

10. Cnoty i ideały w życiu zawodowym lekarza. Pojęcie godności zawodu lekarza. Wzorce postaw godnych naśladowania. Wybrane dane z historii medycyny w zakresie pojęć bioetycznych. Kazusy w bioetyce.

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO I PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

VIII. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego i profilaktyki szczepień ochronnych

VIIIa. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego

Czas trwania szkolenia: … dni (… godzin dydaktycznych).

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie wiedzy w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli przez realizację

zadań posiadających wymiar makrospołeczny, lokalny lub indywidualny, przyczyniający się do polepszenia, ochrony i przywracania zdrowia ludności oraz promocji zdrowia.

Program szkolenia:

1. Wprowadzenie do zagadnień zdrowia publicznego:

1) ochrona zdrowia a zdrowie publiczne, geneza, przedmiot zdrowia publicznego jako

dyscypliny naukowej i działalności praktycznej;

2) wielosektorowość i multidyscyplinarność ochrony zdrowia, prozdrowotna polityka

publiczna w krajach wysokorozwiniętych;

3) aktualne problemy zdrowia publicznego w kraju i Unii Europejskiej.

2. Organizacja i ekonomika zdrowia:

1) systemy ochrony zdrowia na świecie – podstawowe modele organizacji i finansowania,

transformacje systemów – ich przyczyny, kierunki i cele zmian;

2) zasady organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej w kraju;

3) instytucje zdrowia publicznego w kraju: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowe Centrum Do Spraw AIDS, zadania własne samorządu terytorialnego oraz administracji centralnej: organizacja, zadania, instrumenty działania;

4) wspólnotowe i międzynarodowe regulacje prawne ochrony zdrowia;

5) podstawowe pojęcia ekonomii zdrowia: popyt i podaż świadczeń zdrowotnych; odmienności rynku świadczeń zdrowotnych od innych towarów i usług, asymetria informacji i pełnomocnictwo, koncepcje potrzeby zdrowotnej, równość i sprawiedliwość społeczna oraz efektywność jako kryterium optymalnej alokacji zasobów, koszty bezpośrednie i pośrednie choroby, koszty terapii i następstw choroby;

6) ocena technologii medycznych jako narzędzie podejmowania decyzji alokacji publicznych środków na opiekę zdrowotną;

7) zasady funkcjonowania systemu refundacji leków w Polsce: cele i narzędzia polityki lekowej państwa a regulacje wspólnotowe;

8) wskaźniki stanu zdrowia i funkcjonowania opieki zdrowotnej w krajach OECD.

3. Zdrowie ludności i jego ocena:

1) pojęcie zdrowia i choroby – przegląd wybranych koncepcji teoretycznych;

2) społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia;

3) podstawowe pojęcia epidemiologii, mierniki rozpowszechnienia zjawisk zdrowotnych w populacji;

4) epidemiologia jako narzędzie zdrowia publicznego: źródła informacji o sytuacji zdrowotnej oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności;

5) sytuacja zdrowotna Rzeczypospolitej Polskiej na tle Europy i świata;

6) procesy demograficzne a planowanie celów systemu ochrony zdrowia;

7) epidemiologia wybranych chorób zakaźnych: zakażenia wewnątrzszpitalne w kraju i w Europie.

4. Promocja i profilaktyka zdrowotna:

1) podstawowe definicje: profilaktyka, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna;

2) geneza, kierunki działania i strategie promocji zdrowia;

3) rola edukacji pacjenta w systemie opieki zdrowotnej;

4) zasady Evidence Based Public Health;

5) programy zdrowotne jako narzędzie profilaktyki i promocji zdrowia (Narodowy Program Zdrowia, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym – POL-HEALTH, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD, Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w kraju, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przegląd programów samorządowych);

6) etyczne podstawy zdrowia publicznego: prawa człowieka a system opieki zdrowotnej, etyczne modele systemów opieki zdrowotnej, wolność indywidualna i jej granice

w obszarze polityki zdrowotnej, solidaryzm społeczny, sprawiedliwość w dostępie doświadczeń zdrowotnych, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych;

7) kluczowe wartości zdrowia publicznego: wartość zdrowia, wartość autonomii pacjenta, prywatność, zdrowie populacji, odpowiedzialność obywatela a odpowiedzialność władz publicznych za jego zdrowie;

8) wybrane dylematy etyczne zdrowia publicznego: równość dostępu do świadczeń a efektywność systemu opieki zdrowotnej, wysoka jakość świadczeń a efektywność systemu opieki zdrowotnej, wszechstronność a równość w dostępie do świadczeń, pluralizm światopoglądowy a działania władz publicznych w obszarze zdrowia publicznego, wyrównywanie nierówności zdrowotnych, refundacja kosztów leczenia i leków, finansowanie procedur o wysokiej kosztochłonności, finansowanie leczenia chorób rzadkich;

9) rola lekarza w zdrowiu publicznym: lekarskie standardy etyczne i ich związek ze zdrowiem publicznym, lekarz w promocji i profilaktyce zdrowotnej, konflikty interesów pracowników ochrony zdrowia;

10) zagadnienia zdrowia publicznego w wybranych regulacjach bioetycznych: regulacje etyczne samorządów zawodów medycznych, Europejska Konwencja Bioetyczna.

VIIIb. Program szkolenia z zakresu profilaktyki szczepień ochronnych

Czas trwania szkolenia: … dni.

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznej wiedzy na temat postępowania w zakresie profilaktyki szczepień ochronnych.

Program szkolenia:

1) ogólne zasady wykonywania szczepień;

2) organizacja punktu szczepień;

3) rodzaje szczepionek;

4) transport i przechowywanie szczepionek;

5) szczepienia obowiązkowe i zalecane;

6) kalendarz szczepień;

7) szczepienia podróżnych;

8) bezwzględne i względne przeciwwskazania do szczepienia;

9) powikłania poszczepienne;

10) rozmowa z pacjentami na temat szczepień;

11) ruchy antyszczepionkowe.

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

IX. Program szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

Czas trwania szkolenia: …

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie technik komunikacji z pacjentem, którego rezultatem będzie polepszenie kontaktu z pacjentem i jego rodziną, zmniejszenie stresu przy komunikacji w trudnych sprawach, dobre radzenie sobie w trudnych sytuacjach zawodowych oraz zwiększenie satysfakcji z pracy.

Program szkolenia:

1. Komunikacja z pacjentem – przepisy prawne.

2. Bariery komunikacyjne i ich przełamywanie.

3. Zrozumiała komunikacja werbalna i niewerbalna oraz ich wpływ na postępy w leczeniu

4. Komunikacja w trudnych sytuacjach związanych z przekazywaniem niepomyślnych informacji.

5. Utrzymanie komunikacji i dążenie do porozumienia w sytuacjach konfliktowych.

6. Źródła i przyczyny wypalenia zawodowego.

7. Zasady postępowania i radzenie sobie z wypaleniem zawodowym.

8. Profilaktyka wypalenia zawodowego.

9. Wpływ wypalenia zawodowego na pracownika.

B. CZĘŚĆ PERSONALIZOWANA STAŻU PODYPLOMOWEGO

IX. Program stażu personalizowanego

Czas trwania personalizowanego stażu: 6 tygodni (po 2 tygodnie na każdą z trzech wybranych dziedzin).

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności w zakresie nie więcej niż trzech dodatkowych dziedzin medycyny i dokonanie świadomego wyboru przyszłej specjalizacji, która będzie kontynuowana po stażu podyplomowym.

IXa. Program stażu w niezabiegowych dziedzinach medycyny:

1. Epidemiologia chorób występujących w danej dziedzinie medycyny.

2. Rozpoznawanie i zapobieganie najczęściej występujących chorób w danej dziedzinie medycyny.

3. Wskazania i przeciwskazania do leczenia w najczęściej występujących chorobach.

4. Zasady leczenia i stosowane procedury lecznicze zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

5. Opanowanie podstawowych praktycznych umiejętności i czynności związanych z leczeniem danej jednostki chorobowej.

6. Zasady podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych dotyczących najczęściej występujących chorób.

7. Zapoznanie z problemami ogólnolekarskimi związanymi z leczeniem chorób.

8. Zapoznanie z dokumentacją medyczną prowadzoną w zakresie danej dziedziny medycyny.

IXb. Program stażu w zabiegowych dziedzin medycyny:

1. Epidemiologia chorób występujących w danej dziedzinie medycyny.

2. Poznawanie zasad wczesnego rozpoznawania i postępowania zabiegowego w jednostkach chorobowych z danej dziedziny medycyny.

3. Poznanie wskazań do stosowania i podstaw interpretacji niektórych metod diagnostycznych i leczenia zabiegowego.

4. Zapoznanie się z postępowaniem przedoperacyjnym, opieką śródoperacyjną i postępowaniem pooperacyjnym.

5. Poznanie problemów związanych z wykonywanymi procedurami zabiegowymi.

6. Zapoznanie się z podstawowymi umiejętnościami i czynnościami związanymi z leczeniem zabiegowym w ramach danej dziedziny zabiegowej.

7. Zapoznanie z dokumentacją medyczną prowadzoną w zakresie danej zabiegowej dziedziny medycyny.

Załącznik nr 2

WZÓR

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Cel stażu: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz doskonalenie i utrwalenie praktycznych umiejętności z zakresu promocji zdrowia oraz zapobiegania, rozpoznawania i leczenia schorzeń wchodzących w zakres stomatologii, postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia, a także przyswojenie wiedzy z zakresu prawa medycznego, bioetyki, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego, a także komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, jako przygotowanie lekarza dentysty do samodzielnego wykonywania zawodu.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

I. Program stażu cząstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją

Czas trwania stażu wynosi 10 tygodni.

Program stażu:

1. Poznanie zasad:

1) organizacji promocji zdrowia jamy ustnej wśród społeczności lokalnej (mieszkańców wsi, gminy, dzielnicy), na której terenie funkcjonuje praktyka lub poradnia;

2) organizacji i metod pracy indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej lub poradni, w szczególności:

a) organizacji pracy gabinetu (ruch pacjentów, rejestracja, dokumentacja, sprawozdawczość, zasady wypisywania recept i skierowań na badanie diagnostyczne oraz na konsultacje specjalistyczne),

b) ergonomii pracy lekarza dentysty, pracy z asystentką na cztery ręce,

c) współdziałania z lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia,

d) metodologii zawierania kontraktów.

2. Rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie:

1) próchnicy zębów;

2) zapaleń miazgi;

3) martwicy i zgorzeli miazgi oraz chorób tkanek okołowierzchołkowych zęba;

4) uszkodzeń tkanek zębów niepróchnicowego pochodzenia.

3. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:

1) diagnozowania i oceny aktywności zmian próchnicowych w zębach stałych, zlokalizowanych na różnych powierzchniach z uwzględnieniem użycia nowoczesnych metod detekcji;

2) planowania postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy, z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby;

3) postępowania diagnostycznego w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji;

4) nieinwazyjnego i inwazyjnego leczenia zmian próchnicowych z uwzględnieniem użycia metod oszczędzających twarde tkanki zęba i odpowiednich materiałów stomatologicznych;

5) postępowania profilaktycznego i leczenia ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego, erozje);

6) postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych(ekstyrpacja miazgi w znieczuleniu, biomechaniczne opracowanie kanałów korzeniowych, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych);

7) diagnostyki i postępowania leczniczego w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych;

8) stosowania diagnostyki radiologicznej wewnątrz- i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania;

9) diagnozowania i usuwania przebarwień zębów;

10) prowadzenia instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz oceny uzyskanych efektów;

11) stosowania profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd);

12) planowania i oceny efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

II. Program stażu cząstkowego z zakresu stomatologii dziecięcej

Czas trwania stażu wynosi 10 tygodni.

Program stażu:

1. Poznanie zasad:

1) adaptacji dziecka do zabiegów dentystycznych;

2) postępowania z dziećmi specjalnej troski.

2. Rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie:

1) próchnicy w uzębieniu mlecznym;

2) próchnicy w uzębieniu stałym;

3) chorób miazgi zębów mlecznych oraz zębów stałych w różnych stadiach rozwoju zębów;

4) chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej w wieku rozwojowym.

3. Postępowanie w pourazowym uszkodzeniu zębów mlecznych, a także zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia (diagnostyka kliniczna i radiologiczna, uwarunkowania procedur leczniczych, badania kontrolne z oceną rozwoju korzenia).

4. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:

1) oceny wieku zębowego;

2) diagnozowania zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym;

3) diagnozowania próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej;

4) planowania i wykonywania profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych;

5) leczenia próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień;

6) postępowania leczniczego w chorobach miazgi zębów mlecznych;

7) leczenia chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia;

8) postępowania w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni;

9) wykonywanie zabiegów endodontycznych;

10) zastosowania oraz interpretacji badań radiologicznych zewnątrzustnych i wewnątrzustnych.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

III. Program stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej

Czas trwania stażu wynosi 8 tygodni.

Program stażu:

1. Opanowanie zasad:

1) znieczulenia miejscowego powierzchniowego, nasiękowego i przewodowego;

2) usuwania zębów u dzieci i dorosłych;

3) dłutowania i separacji korzeni zębów;

4) diagnostyki i postępowania w zapaleniu tkanek jamy ustnej, twarzy i szyi;

5) współczesnej antybiotykoterapii w leczeniu zapaleń tkanek jamy ustnej, twarzy i szyi;

6) profilaktyki onkologicznej, zasad rozpoznawania choroby nowotworowej i podstawowych metod diagnostycznych;

7) profilaktyki zakażeń wirusami hepatotropowymi i HIV w chirurgii stomatologicznej;

8) pierwszej pomocy w pourazowych obrażeniach zębów i czaszki twarzowej.

2. Rozpoznawanie, różnicowanie i zasady leczenia:

1) torbieli;

2) chorób stawu skroniowo-żuchwowego;

3) wczesnych i późnych powikłań po usunięciu zębów;

4) nerwobóli.

3. Opanowanie następujących umiejętności i czynności:

1) zastosowania badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej;

2) znieczulenia nasiękowego i przewodowego zewnątrzustnego i wewnątrzustnego w zakresie części twarzowej czaszki;

3) wykonania ekstrakcji zębów jedno- i wielokorzeniowych;

4) wykonania zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów;

5) wykonania odbarczenia przez nacięcie ropni zębopochodnych wewnątrzustnych.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

IV. Program stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej

Czas trwania stażu wynosi 8 tygodni.

Program stażu:

1. Poznanie zasad:

1) diagnostyki i planowania leczenia protetycznego w prostych przypadkach klinicznych;

2) współpracy lekarza z pracownią techniczną;

3) leczenia prostych przypadków klinicznych z zastosowaniem protez stałych (wkładów koronowych i koronowo-korzeniowych i lanych koron protetycznych) oraz płytowych protez ruchomych, częściowych i całkowitych;

4) wykonania uzupełnień tymczasowych;

5) naprawy uszkodzonych uzupełnień protetycznych.

2. Opanowanie umiejętności i czynności klinicznych niezbędnych podczas zastosowania klinicznego wkładów koronowych i koronowo-korzeniowych, koron lanych oraz płytowych protez częściowych i całkowitych, jak również naprawy wyżej wymienionych protez.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII

V. Program stażu cząstkowego z zakresu periodontologii

Czas trwania stażu wynosi 4 tygodnie.

Program stażu:

1. Poznanie:

1) zasad diagnozowania, zapobiegania i leczenia zapaleń przyzębia;

2) sposobów kontroli miejscowych czynników przyczynowych chorób przyzębia;

3) zasad oceny wyników leczenia podstawowego w chorobach przyzębia.

2. Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w chorobach błony śluzowej jamy ustnej o etiologii bakteryjnej, wirusowej i grzybiczej.

3. Opanowanie następujących umiejętności:

1) oceny stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia);

2) metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia;

3) wykonania skalingu nad- i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu;

4) korekty innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia;

5) interpretacji wyników badań laboratoryjnych.

4. Szkolenie w zakresie profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS:

1 dzień (5 godzin wykładów):

1) epidemiologia zakażeń HIV i AIDS;

2) podstawowe wiadomości o budowie wirusa HIV i wykrywaniu zakażeń;

3) wybrane zagadnienia HIV/AIDS w ujęciu nauk medycznych;

4) elementy poradnictwa i opieki medycznej nad kobietą zakażoną HIV lub chorą na AIDS;

5) poradnictwo przed testem i po teście;

6) strategia leczenia antyretrowirusowego zakażonych HIV i chorych na AIDS;

7) etyczne i prawne aspekty HIV i AIDS;

8) elementy komunikowania się w relacjach lekarz – pacjent zakażony HIV i chory na AIDS.

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI

VI. Program stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji

Czas trwania stażu wynosi 5 tygodni.

Program stażu:

1. Ocena wskazań do zapobiegania lub leczenia ortodontycznego, w tym: informacja dla pacjenta o wskazaniach do leczenia, stosowanych metodach, czasie rozpoczęcia leczenia, okresie trwania leczenia oraz o ograniczeniach.

2. Zasady współczesnego postępowania profilaktycznego.

3. Opanowanie następujących czynności i umiejętności:

1) postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

a) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej,

b) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów;

2) wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli;

3) analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy;

4) leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych;

5) asystowanie podczas leczenia wad zgryzu;

6) wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia;

7) zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia.

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

VII. Program szkolenia z zakresu profilaktyki onkologicznej.

Czas trwania szkolenia: …

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie wiedzy z zakresu profilaktyki onkologicznej w obrębie jamy ustnej, części twarzowej czaszki i okolic przyległych.

Program kursu:

1. Rakotwórcze czynniki ryzyka w jamie ustnej wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne.

2. Stany przednowotworowe błony śluzowej jamy ustnej.

3. Stan przednowotworowe, a zmiana przednowotworowa.

4. Sposoby wykrywania zmian o charakterze przednowotworowym.

4. Zasady profilaktyki onkologicznej w stomatologii.

5. Samobadanie pacjenta.

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

VIII. Program szkolenia z zakresu leczenia bólu.

Czas trwania szkolenia: …

Cel szkolenia: pogłębienie i utrwalenie wiedzy teoretycznej z zakresu leczenia bólu w obrębie jamy ustnej, części twarzowej czaszki i okolic przyległych.

Program kursu:

1. Definicja i patomechanizm bólu przewlekłego;

2. Klasyfikacja bólu;

3. Ocena kliniczna chorego z bólem;

4. Ocena nasilenia bólu (ilościowa) – skale bólowe;

5. Charakterystyka bólu (ocena jakościowa) – kwestionariusze i inne narzędzia oceny jakościowej;

6. Ocena skuteczności leczenia bólu przewlekłego;

7. Ocena kliniczna chorego z bólem przewlekłym;

8. Farmakoterapia bólu;

9. Niefarmakologiczne metody kontroli bólu;

10. Skutki niewłaściwej kontroli bólu.

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

IX. Program szkolenia z zakresu orzecznictwa lekarskiego

Czas trwania szkolenia: …. godzin realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: przyswojenie przez lekarzy i lekarzy dentystów wiedzy o rodzaju świadczeń z ubezpieczeń społecznych, warunkach nabywania prawa do nich oraz zasadach i trybie ich przyznawania.

Program szkolenia:

1. Rodzaje świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz warunki nabywania do nich uprawnień.

2. Zasady i tryb przyznawania oraz ustalania wysokości i wypłaty świadczeń.

3. Zasady i tryb orzekania o:

1) czasowej niezdolności do pracy;

2) potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej;

3) okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego;

4) celowości przekwalifikowania zawodowego;

5) niezdolności do pracy zarobkowej;

6) niezdolności do samodzielnej egzystencji;

7) procentowym uszczerbku na zdrowiu;

8) niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym;

9) niepełnosprawności.

4. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z orzekaniem w sprawach, o których mowa w ust. 3.

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO I BIOETYKI

X. Program szkolenia z zakresu prawa medycznego i bioetyki

Xa. Program szkolenia z zakresu prawa medycznego

Czas trwania szkolenia: … godzin wykładów realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: poznanie i przyswojenie podstawowych przepisów prawa dotyczących wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Program szkolenia:

1. Zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Zasady wykonywania działalności leczniczej:

1) świadczenia zdrowotne;

2) podmioty lecznicze – rejestracja, zasady działania, szpitale kliniczne, nadzór;

3) dokumentacja medyczna;

4) nadzór specjalistyczny;

5) działalność lecznicza lekarza, lekarza dentysty w formie wykonywania praktyki zawodowej.

3. Zasady wykonywania zawodu lekarza:

1) definicja zawodu lekarza;

2) prawo wykonywania zawodu;

3) uprawnienia zawodowe lekarza;

4) kwalifikacje zawodowe;

5) ustawiczne doskonalenie zawodowe;

6) eksperyment medyczny;

7) dokumentacja medyczna;

8) lekarz a prawa pacjenta;

9) stwierdzenie zgonu i ustalenie przyczyn zgonu.

4. Zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności:

1) prawa i obowiązki osoby ubezpieczonej i lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

2) organizacja udzielania i zakres świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;

3) dokumentacja związana z udzielaniem świadczeń z tytułu ubezpieczenia.

5. Zasady działania samorządów reprezentujących zawody zaufania publicznego w ochronie zdrowia, w tym w szczególności:

1) zadania izb lekarskich;

2) prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego;

3) organizacja i działanie organów izb lekarskich i zjazdów lekarzy;

4) odpowiedzialność zawodowa lekarzy – postępowanie wyjaśniające przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed sądem lekarskim;

5) inne samorządy zawodowe funkcjonujące w ochronie zdrowia – farmaceutów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, ich zadania i struktura.

6. Uregulowania szczególne dotyczące postępowania lekarza w innych ustawach, w tym w szczególności:

1) sztucznej prokreacji;

2) przeszczepiania narządów i tkanek;

3) przerywania ciąży;

4) zabiegów estetycznych;

5) leczenia paliatywnego i stanów terminalnych;

6) chorób psychicznych;

7) niektórych chorób zakaźnych;

8) przeciwdziałania i leczenia uzależnień.

7. Zasady wypisywania recept na leki i materiały medyczne oraz zleceń na przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

8. Odpowiedzialność prawna lekarza – karna, cywilna i zawodowa:

1) pojęcie wykroczenia zawodowego, naruszenia dóbr osobistych, szkody, winy, odszkodowania i zadośćuczynienia;

2) ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lekarza, grupowej praktyki lekarskiej, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Xb. Program szkolenia z zakresu bioetyki

Czas trwania szkolenia: ... godzin wykładów realizowanych w ciągu … dni.

Cel szkolenia: kształtowanie postaw lekarzy i lekarzy dentystów w oparciu o system norm etycznych zawartych w przysiędze i przykazaniu Hipokratesa, w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Deklaracji helsińskiej i tokijskiej, Deklaracji genewskiej, polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) oraz w Europejskiej konwencji bioetycznej.

Program szkolenia:

1. Przysięga i przykazanie Hipokratesa, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Deklaracja helsińska i tokijska, polskie kodeksy etyki lekarskiej – przedwojenny Kodeks Izb Lekarskich, Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, Kodeks Etyki Lekarskiej.

2. Europejska konwencja bioetyczna.

3. Etyczne aspekty eksperymentów medycznych – eksperyment leczniczy i badawczy, etyczne zasady prowadzenia eksperymentu medycznego. Etyczne aspekty pobierania tkanek i narządów do transplantacji.

4. Etyczne aspekty relacji lekarz – pacjent – autonomia i godność pacjenta, informacja i zgoda poinformowanego, tajemnica lekarska, lojalność wobec pacjenta, prawo lekarza do odmowy leczenia.

5. Prokreacja ludzka – aspekty etyczne działań lekarskich związane z ludzką prokreacją w świetle KEL. Problemy etyczne wspomaganej prokreacji. Problem klonowania ludzi w świetle KEL i Europejskiej konwencji bioetycznej.

6. Problemy etyczne dotyczące racjonowania metod leczenia i alokacji środków finansowych.

7. Etyczne aspekty walki z bólem. Etyczne aspekty leczenia paliatywnego. Leczenie hospicyjne z punktu widzenia etyki.

8. Etyczna problematyka związana z reanimacją i uporczywą terapią – wartość i jakość życia ludzkiego. Wskazania do reanimacji w świetle KEL, kryteria śmierci, pojęcie stanu terminalnego. Problem moralnego prawa odstąpienia od reanimacji i uporczywej terapii.

9. Etyczne aspekty problemu umierania. Problem godności umierania. Problem eutanazji w świetle medycyny hipokratejskiej.

10. Cnoty i ideały w życiu zawodowym lekarza. Pojęcie godności zawodu lekarza. Wzorce postaw godnych naśladowania. Wybrane dane z historii medycyny w zakresie pojęć bioetycznych. Kazusy w bioetyce.

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO I PROFILAKTYKI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

XI. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego i profilaktyki szczepień ochronnych

XIa. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego (do uzgodnienia w ramach konsultacji)

Czas trwania szkolenia: … (… godzin dydaktycznych). Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności postępowania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, przez realizację zadań posiadających wymiar makrospołeczny, lokalny i indywidualny, mający na celu promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności.

Program szkolenia:

1. Wprowadzenie do zagadnień zdrowia publicznego:

1) ochrona zdrowia a zdrowie publiczne, geneza, przedmiot zdrowia publicznego jako dyscypliny naukowej i działalności praktycznej;

2) wielosektorowość i multidyscyplinarność ochrony zdrowia, prozdrowotna polityka

publiczna w krajach wysokorozwiniętych;

3) aktualne problemy zdrowia publicznego w kraju i Unii Europejskiej.

2. Organizacja i ekonomika zdrowia:

1) systemy ochrony zdrowia na świecie – podstawowe modele organizacji i finansowania,

transformacje systemów – ich przyczyny, kierunki i cele zmian;

2) zasady organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej w kraju;

3) instytucje zdrowia publicznego w kraju: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowe Centrum Do Spraw AIDS, zadania własne samorządu terytorialnego oraz administracji centralnej: organizacja, zadania, instrumenty działania;

4) wspólnotowe i międzynarodowe regulacje prawne ochrony zdrowia;

5) podstawowe pojęcia ekonomii zdrowia: popyt i podaż świadczeń zdrowotnych; odmienności rynku świadczeń zdrowotnych od innych towarów i usług, asymetria informacji i pełnomocnictwo, koncepcje potrzeby zdrowotnej, równość i sprawiedliwość społeczna oraz efektywność jako kryterium optymalnej alokacji zasobów, koszty bezpośrednie i pośrednie choroby, koszty terapii i następstw choroby;

6) ocena technologii medycznych jako narzędzie podejmowania decyzji alokacji publicznych środków na opiekę zdrowotną;

7) zasady funkcjonowania systemu refundacji leków w kraju: cele i narzędzia polityki lekowej państwa a regulacje wspólnotowe;

8) wskaźniki stanu zdrowia i funkcjonowania opieki zdrowotnej w krajach OECD.

3. Zdrowie ludności i jego ocena:

1) pojęcie zdrowia i choroby – przegląd wybranych koncepcji teoretycznych;

2) społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia;

3) podstawowe pojęcia epidemiologii, mierniki rozpowszechnienia zjawisk zdrowotnych w populacji;

4) epidemiologia jako narzędzie zdrowia publicznego: źródła informacji o sytuacji

zdrowotnej oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności;

5) sytuacja zdrowotna Rzeczypospolitej Polskiej na tle Europy i świata;

6) procesy demograficzne a planowanie celów systemu ochrony zdrowia;

7) epidemiologia wybranych chorób zakaźnych: zakażenia wewnątrzszpitalne w kraju i w Europie.

4. Promocja i profilaktyka zdrowotna:

1) podstawowe definicje: profilaktyka, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna;

2) geneza, kierunki działania i strategie promocji zdrowia;

3) rola edukacji pacjenta w systemie opieki zdrowotnej;

4) zasady Evidence Based Public Health;

5) programy zdrowotne jako narzędzie profilaktyki i promocji zdrowia (Narodowy Program Zdrowia, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym – POL-HEALTH, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD, Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w kraju, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, przegląd programów samorządowych).

5. Bioetyka:

1) etyczne podstawy zdrowia publicznego: prawa człowieka a system opieki zdrowotnej, etyczne modele systemów opieki zdrowotnej, wolność indywidualna i jej granice w obszarze polityki zdrowotnej, solidaryzm społeczny, sprawiedliwość w dostępie do świadczeń zdrowotnych, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych;

2) kluczowe wartości zdrowia publicznego: wartość zdrowia, wartość autonomii pacjenta, prywatność, zdrowie populacji, odpowiedzialność obywatela a odpowiedzialność władz publicznych za jego zdrowie;

3) wybrane dylematy etyczne zdrowia publicznego: równość dostępu do świadczeń a efektywność systemu opieki zdrowotnej, wysoka jakość świadczeń a efektywność systemu opieki zdrowotnej, wszechstronność a równość w dostępie do świadczeń, pluralizm światopoglądowy a działania władz publicznych w

obszarze zdrowia publicznego, wyrównywanie nierówności zdrowotnych, refundacja kosztów leczenia i leków, finansowanie procedur o wysokiej kosztochłonności, finansowanie leczenia chorób rzadkich;

4) rola lekarza w zdrowiu publicznym: lekarskie standardy etyczne i ich związek ze zdrowiem publicznym, lekarz w promocji i profilaktyce zdrowotnej, konflikty interesów pracowników ochrony zdrowia;
5) zagadnienia zdrowia publicznego w wybranych regulacjach bioetycznych: regulacje etyczne samorządów zawodów medycznych, Europejska Konwencja Bioetyczna.

XIb. Program szkolenia z zakresu profilaktyki szczepień ochronnych

Czas trwania szkolenia: … dni.

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności postępowania w zakresie profilaktyki szczepień ochronnych.

Program szkolenia:

1. Ogólne zasady wykonywania szczepień.

2. Organizacja punktu szczepień.

3. Rodzaje szczepionek.

4. Transport i przechowywanie szczepionek.

5. Szczepienia obowiązkowe i zalecane.

6. Kalendarz szczepień.

7. Szczepienia podróżnych.

8. Bezwzględne i względne przeciwwskazania do szczepienia.

9. Powikłania poszczepienne.

10. Rozmowa z pacjentami na temat szczepień.

11. Ruchy antyszczepionkowe.

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

XII. Program szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym

Czas trwania szkolenia: … dni.

Cel szkolenia: pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie technik komunikacji z pacjentem celem polepszenia kontaktu z pacjentem i jego rodziną, zmniejszenie stresu przy komunikacji w trudnych sprawach, radzenia sobie w trudnych sytuacjach zawodowych oraz zwiększenia satysfakcji z pracy.

Program szkolenia:

1. Komunikacja z pacjentem – przepisy prawne.
2. Bariery komunikacyjne i ich przełamywanie.
3. Zrozumiała komunikacja werbalna i niewerbalna oraz ich wpływ na postępy w leczeniu
4. Komunikacja w trudnych sytuacjach związanych z przekazywaniem niepomyślnych informacji.
5. Rola i zadania zespołu terapeutycznego.
6. Utrzymanie komunikacji i dążenie do porozumienia w sytuacjach konfliktowych .
7. Źródła i przyczyny wypalenia zawodowego.
8. Zasady postępowania i radzenie sobie z wypaleniem zawodowym.
9. Profilaktyka wypalenia zawodowego
10. Wpływ wypalenia zawodowego na pracownika

KURS W DZIEDZINIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

XIII. Program kursu z zakresu ratownictwa medycznego

Czas trwania kursu: …..

Cel kursu: pogłębienie wiedzy teoretycznej i przyswojenie praktycznych umiejętności postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia w zakresie niezbędnym dla lekarza dentysty.

Program kursu:

1. Wprowadzenie do medycyny ratunkowej, mechanizmy powstawania bólu oraz metody kontroli bólu przewlekłego:

1) założenia organizacyjne i zadania medycyny ratunkowej we współczesnych systemach ochrony zdrowia. Podstawy prawne w kraju;
2) epidemiologia nagłych zagrożeń zdrowia i życia;
3) segregacja medyczna – triage;
4) ocena funkcji życiowych pacjenta.

2. Zaawansowana resuscytacja krążeniowo-oddechowa:

1) epidemiologia, klinika i diagnostyka nagłego zatrzymania krążenia;
2) podstawy zaawansowanej resuscytacji oddechowej u dorosłych: ratunkowa drożność dróg oddechowych, techniki prowadzenia oddechu zastępczego;
3) podstawy zaawansowanej resuscytacji krążenia u dorosłych: techniki bezprzyrządowego wspomagania krążenia;
4) ratunkowe dostępy donaczyniowe;
5) farmakoterapia nagłego zatrzymania krążenia;
6) epidemiologia i klinika nagłych zatrzymań krążenia u dzieci, odrębności anatomiczno-fizjologicznych wieku dziecięcego;
7) specyfika zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodków, niemowląt i dzieci: drożność dróg oddechowych, wentylacja zastępcza;
8) współczesne zalecenia i algorytmy prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej: zespół resuscytacyjny – jego zadania i monitorowanie skuteczności;
9) resuscytacja krążeniowo-oddechowa w sytuacjach szczególnych: wstrząs anafilaktyczny, wstrząs kardiogenny, wstrząs septyczny, resuscytacja ciężarnych, podtopienie, hipotermia, porażenie prądem/piorunem, ostry zespół wieńcowy, udar mózgowy;
10) krwotoki, okołourazowa resuscytacja płynowa;
11) wybrane procedury leczenia okołourazowego: drożność dróg oddechowych, torakotomia ratunkowa, drenaż opłucnowy, damagecontrol.

Załącznik nr 3

WZÓR

…… ……..
nazwa i adres podmiotu *miejscowość i data*

……
numer REGON – EKD

UMOWA O PRACĘ

zawarta na czas określony od dnia: ……. do dnia……...

między pracodawcą:……..

reprezentowanym przez: …….

a lekarzem/lekarzem dentystą*…….

zamieszkałym: ……..

1. Strony ustalają następujące warunki zatrudnienia:

1) praca na stanowisku **lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty*,**

2) zakres wykonywanej pracy, w tym dyżury medyczne – realizowany zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego,

3) wymiar czasu pracy – pełny etat,

4) wynagrodzenie zasadnicze::

stawka płacy zasadniczej w wysokości: …….. zł miesięcznie (słownie zł: ….……)

Podstawa prawna: ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1471, późn. zm.)

2. Dyżury medyczne pełnione według harmonogramu ustalonego z opiekunem.

3. Za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w porze dziennej oraz nocnej przysługuje wynagrodzenie w wysokości 125% stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego.

4. Niniejsza umowa sporządzona zostaje w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla pracodawcy i dla lekarza/lekarza dentysty*.

* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.);
Do czasu pracy lekarza stażysty stosuje się odpowiednio przepisy art. 93, art. 95 i art. 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.)

…… ……

czytelny podpis lekarza

czytelny podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę

Oświadczam, że jeden egzemplarz niniejszej umowy otrzymałem/am* i po zapoznaniu się z jej treścią zaproponowane mi warunki pracy i wynagrodzenia przyjmuję. Równocześnie przyjmuję do wiadomości treść obowiązującego w zakładzie Regulaminu Pracy i oświadczam, że zobowiązuję się do przestrzegania porządku i dyscypliny pracy oraz realizacji programu stażu podyplomowego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

…… ……

data i podpis lekarza

data i podpis przyjmującego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4

WZÓR

……..
nazwa i adres podmiotu
prowadzącego staż podyplomowy

……...
nazwa i adres podmiotu po przekształceniu,
reorganizacji albo zmianie formy prawnej
kontynuującego prowadzenie stażu

OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW DO PROWADZENIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Niniejszym oświadczam, że podmiot:

……
(nazwa i adres)

po dokonaniu …….
(określić rodzaj zmiany)

spełnia warunki określone w art. 15c ust. 2/ust. 3* ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn.zm.) do prowadzenia stażu podyplomowego.

…… **…….**
data wydania oświadczenia podpis z podaniem imienia i nazwiska
dyrektora podmiotu prowadzącego
staż podyplomowy

**niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5

WZÓR

(do uzgodnienia z ekspertami ochrony zdrowia)

ANKIETA (anonimowa) „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę”

MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

KOORDYNATOR STAŻU .....[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

STAŻE CZĄSTKOWE:

CHOROBY WEWNĘTRZNE

- **OPIEKUN STAŻU** .....[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna 6 -

ocena celująca

- **ODDZIAŁ**

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **PORADNIA**

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- **DYŻURY**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

TRANSFUZJOLOGIA KLINICZNA

- **PROWADZĄCY SZKOLENIE** ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA**.....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ HIV. DIAGNOSTYKA I LECZENIE AIDS, DIAGNOSTYKA I LECZENIE HCV

- **PROWADZĄCY SZKOLENIE** ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA**.....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

CHIRURGIA OGÓLNA

- OPIEKUN STAŻU ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- PORADNIA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

PEDIATRIA

- OPIEKUN STAŻU ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU .....

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- PORADNIA

OCENA OGÓLNA: ……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

MEDYCYNA RODZINNA

- OPIEKUN STAŻU ……[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

INTENSYWNA TERAPIA

OPIEKUN STAŻU……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna 6 -

ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

MEDYCYNA RATUNKOWA

- OPIEKUN STAŻU ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE (ALS/BLS)

- PROWADZĄCY KURS……. …… [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA KURSU .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych 6 - staż

umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

WYBRANY STAŻ PERSONALIZOWANY (**I dziedzina**)…….

- OPIEKUN STAŻU……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ/ZAKŁAD

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- PORADNIA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

<u>WYBRANY STAŻ PERSONALIZOWANY</u> (**II dziedzina**)……..

- OPIEKUN STAŻU……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ/ZAKŁAD

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- PORADNIA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

DYŻURY

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

<u>WYBRANY STAŻ PERSONALIZOWANY</u> (**III dziedzina**)…….

- OPIEKUN STAŻU……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ODDZIAŁ/ZAKŁAD

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- PORADNIA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- DYŻURY

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

SZKOLENIA:

PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA

- WYKŁADOWCA ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

LECZENIE BÓLU

- WYKŁADOWCA ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6- ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

ORZECZNICTWO LEKARSKIE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PRAWO MEDYCZNE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

BIOETYKA

- **WYKŁADOWCA** ……[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

ZDROWIE PUBLICZNE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PROFILAKTYKA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]
1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM ORAZ PRZECIWDZAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU

- WYKŁADOWCA ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]
1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]
1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

Załącznik nr 6

WZÓR

(do uzgodnienia z ekspertami ochrony zdrowia)

ANKIETA (anonimowa) „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza dentystę stażystę”

MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU.....

KOORDYNATOR STAŻU .....[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

STAŻE CZĄSTKOWE:

STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA Z ENDODONCJĄ

- OPIEKUN STAŻU .....[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU .....

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna 6 -

ocena celująca

- LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ HIV. DIAGNOSTYKA I LECZENIE AIDS

- **PROWADZĄCY SZKOLENIE** ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA**.....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

STOMATOLOGIA DZIECIĘCA

- **OPIEKUN STAŻU** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy.

CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA

- **OPIEKUN STAŻU** ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....

OCENA OGÓLNA:……..[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:…… [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PROTETYKA STOMATOLOGICZNA

- **OPIEKUN STAŻU** ……[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**
OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PERIODONTOLOGIA

- **OPIEKUN STAŻU** ……[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....
OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**
OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

- **DYŻURY**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania dyżurów niemożliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności określonych programem stażu

6 - w czasie trwania dyżurów możliwe było zdobycie wiedzy i umiejętności przekraczających program stażu

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ HIV. DIAGNOSTYKA I LECZENIE AIDS, DIAGNOSTYKA I LECZENIE HCV

- **PROWADZĄCY SZKOLENIE** ……..[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA**.....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

ORTODONCJA

- **OPIEKUN STAŻU** ……[imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **LICZBA WYKONYWANYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - liczba procedur nie odpowiada zupełnie programowi stażu

6 - liczba procedur znacząco przekracza liczbę określoną programem stażu

- **SAMODZIELNOŚĆ WYKONYWANIA PROCEDUR MEDYCZNYCH**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - nie nabyto umiejętności pozwalających na samodzielne wykonywanie procedur medycznych

6 - nabyte umiejętności pozwalają na samodzielne wykonywanie wszystkich procedur określonych programem stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

MEDYCYNA RATUNKOWA

- **PROWADZĄCY KURS**…….. …… [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA KURSU** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:……[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych 6 - staż

umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:…….[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

SZKOLENIA:

PROFILAKTYKA ONKOLOGICZNA

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

LECZENIE BÓLU

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6- ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

ORZECZNICTWO LEKARSKIE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PRAWO MEDYCZNE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]
1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]
1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

BIOETYKA

- **WYKŁADOWCA**…….. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

ZDROWIE PUBLICZNE

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: ..... [od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

PROFILAKTYKA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM ORAZ PRZECIWDZAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU

- **WYKŁADOWCA** ……. [imię i nazwisko]

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA** .....

OCENA OGÓLNA: .....[od 1 do 6]

1 - ocena zdecydowanie negatywna

6 - ocena celująca

- **ZDOBYTA WIEDZA TEORETYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - staż nie umożliwił pogłębienia wiadomości teoretycznych

6 - staż umożliwił zdobycie wiedzy wykraczającej poza program stażu

- **ZDOBYTA WIEDZA PRAKTYCZNA**

OCENA OGÓLNA:.....[od 1 do 6]

1 - w czasie trwania stażu nie był kładziony nacisk na praktyczne wykorzystanie posiadanej wiedzy

6 - staż w pełni umożliwił wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 15l ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą". Ustawa wprowadza nowy porządek prawny opisujący odbywanie stażu podyplomowego, zwanego dalej „stażem" oraz wprowadza nową, w stosunku do obowiązującej, podstawę prawną stanowiącą upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia. W związku z tym, że nowelizowane przepisy ustawy stworzyły kompleksową regulację najważniejszych zagadnień związanych z organizacją stażu w akcie prawnym rangi ustawowej oraz wprowadzają nowe rozwiązania dotyczące realizacji stażu, istnieje konieczność dostosowania przepisów rozporządzenia do materii ustawowej.

Projekt rozporządzenia określa program stażu podyplomowego lekarza i program stażu podyplomowego lekarza dentysty oraz sposób ich realizacji i czas odbywania, uwzględniający część stałą i część personalizowaną stażu. Program stażu obejmuje doskonalenie umiejętności praktycznych oraz pogłębienie wiedzy teoretycznej w przypadku lekarza w dziedzinach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej, intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, a w przypadku lekarza dentysty w dziedzinach: chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoncji, periodontologii i chorób błony śluzowej, protetyki oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją – stanowiących część stałą stażu, a także pogłębienie wiedzy z zakresu transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki. Nowością jest uwzględnienie w programie stażu przeznaczonym wyłącznie dla lekarzy części personalizowanej, w ramach której lekarz będzie mógł wybrać sobie dodatkowo do odbycia nie więcej niż trzy interesujące go dziedziny medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Intencją wprowadzenia ścieżki personalizowanej jest umożliwienie młodym lekarzom zapoznania się z pracą w dziedzinach będących w kręgu ich zainteresowania, celem podjęcia w przyszłości świadomego wyboru dalszej drogi zawodowej. Powyższe nie dotyczy lekarzy dentystów, z uwagi na inny charakter

stażu oraz konieczność opanowania w trakcie stażu niezbędnych umiejętności praktycznych w podstawowych dziedzinach lekarsko-dentystycznych. Sposób realizacji i organizacji stażu przewiduje, że staż lekarza i lekarza dentysty jest odbywany w ramach staży cząstkowych lub części staży cząstkowych z zakresu poszczególnych dziedzin medycyny oraz szkoleń i kursów. Lekarz odbywa staż na podstawie umowy o pracę na czas określony obejmujący realizację programu stażu zawartej z kierownikiem podmiotu wpisanego przez marszałka województwa w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarska na listę podmiotów uprawnionego do prowadzenia stażu. Wzór umowy zawierający wskazane strony umowy oraz zakres i czas trwania umowy, a także wzajemne zobowiązania stron określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Właściwa okręgowa rada lekarska będzie co najmniej raz w roku przedstawiać marszałkowi województwa – uwzględniając zasady i tryb odbywania stażu oraz przewidywaną liczbę absolwentów jednolitych studiów magisterskich na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze danego województwa – propozycję listy podmiotów uprawnionych oraz maksymalną liczbę miejsc dla lekarzy stażystów w tych podmiotach, którzy równocześnie mogą odbywać staż podyplomowy z wyjątkiem lekarzy, lekarzy dentystów powołanych do zawodowej służby wojskowej i obowiązanych do odbycia stażu, którą określać będzie Minister Obrony Narodowej. Proponowana lista podmiotów będzie uwzględniać również wskazanie podmiotów uprawnionych do prowadzenia części personalizowanej stażu w poszczególnych dziedzinach medycyny. Marszałek województwa po uzyskaniu propozycji listy podmiotów, w przypadku braku zastrzeżeń do niej, będzie wpisywać zgłoszone podmioty na listę podmiotów uprawnionych oraz, w razie potrzeby, będzie aktualizować tę listę. W przypadku przekształcenia, reorganizacji lub zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż, podmiot ten może nadal prowadzić staż lub staż cząstkowy, do czasu ponownego wpisu na listę jeżeli złoży marszałkowi województwa oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w art. 15c ust. 2 i 3 ustawy. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia. W przypadku kiedy podmiot prowadzący staż przestał spełniać ustawowe warunki, marszałek województwa, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską, skreśla ten podmiot z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego.

Staż lekarza trwa 13 miesięcy, natomiast staż lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, trwa 12 miesięcy. Czas trwania stażu lekarza dentysty nie może być krótszy niż

12 miesięcy i realizowany jest w okresie niezbędnym do zaliczenia tematyki programu stażu lekarza dentysty. Ewidencja realizacji poszczególnych elementów stażu odbywa się za pośrednictwem Elektronicznej Karty Stażu Podyplomowego, zwanej dalej „EKSP". Staż odbywa się pod nadzorem koordynatora stażu, który planuje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem lekarzy stażystów, ustala indywidualny harmonogram realizacji części stałej stażu oraz ustala ze stażystą harmonogram i zakres części stażu personalizowanego, dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu, z udziałem opiekunów, ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem oraz kierowników innych podmiotów leczniczych, w których dana część programu stażu przebiega, organizuje także seminaria i zalicza w EKSP realizację całości stażu. Podmiot uprawniony do prowadzenia stażu zawiera z koordynatorem umowę na realizację powyższych zadań. Za bezpośrednią realizację przez lekarza stażystę programu stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej odpowiada opiekun stażu. Zaznajamia on lekarza stażystę z organizacją udzielania świadczeń w zakresie obejmującym staż cząstkowy lub jego część, prowadzi wspólnie ze lekarzami stażystami pacjentów, sprawuje bezpośredni nadzór nad wykonywaniem przez lekarza stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wykonuje wspólnie z lekarzem stażystą zabiegi operacyjne oraz bierze udział w udzielaniu przez lekarza stażystę pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach, przeprowadza sprawdziany z wiedzy teoretycznej i nabytych przez lekarza stażystę umiejętności praktycznych. lekarz stażysta w ramach odbywania stażu pełni dyżury medyczne, zgodnie z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem ustalonym przez opiekuna. lekarz stażysta w trakcie stażu pełni 1 dyżur w tygodniu w wymiarze 10 godzin i 5 minut lub dwa dyżury w tygodniu w wymiarze 5 godzin oraz 5 godzin i 5 minut. Za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w porze dziennej oraz nocnej przysługuje lekarzowi stażyście wynagrodzenie w wysokości 125% stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego. Liczba odbywanych w ramach stażu dyżurów medycznych może być w miesiącu większa niż dwa dyżury, z zachowaniem norm czasu pracy lekarzy wynikających z przepisów o działalności leczniczej. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego lekarza stażysty oblicza się, dzieląc miesięczną stawkę wynagrodzenia zasadniczego stażysty przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. Opiekun potwierdza w EKSP zrealizowanie przez lekarza stażystę zakresu stażu cząstkowego albo zakresu części stażu cząstkowego objętego programem stażu oraz odbycie dyżurów medycznych. Staż cząstkowy kończy się złożeniem przez stażystę kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i umiejętności określonych

odpowiednio ramowym programem. Pozytywny wynik kolokwium jest podstawą zaliczenia stażu i dokonania odpowiedniego wpisu w EKSP. W przypadku uzyskania negatywnego wyniku kolokwium przeprowadzający kolokwium wskazuje rodzaj umiejętności, których lekarz stażysta nie opanował i wyznacza termin kolokwium uzupełniającego. Po dwukrotnym braku zaliczenia kolokwium opiekun kieruje lekarza stażystę na dodatkowe przeszkolenie. Lekarz stażysta uzyskuje zaliczenie stażu podyplomowego po zrealizowaniu programu stażu oraz po złożeniu kolokwiów i sprawdzianów objętych programem, a także po wypełnieniu, za pomocą SMK, odpowiednio ankiet: „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę" albo „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza dentystę stażystę", stanowiących załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Środki finansowe zapewniające odbycie stażu lekarzom mającym stałe zamieszkanie na obszarze województwa, marszałek województwa przekazuje podmiotowi uprawnionemu, który zawarł z lekarzem stażystą umowę na odbycie stażu, podmiotom prowadzącym szkolenie oraz okręgowym izbom lekarskim. Środki finansowe zapewniające odbycie stażu lekarza, lekarza dentysty powołanego do zawodowej służby wojskowej są przekazywane przez właściwą jednostkę budżetową resortu obrony narodowej na podstawie umowy na prowadzenie stażu zawartej między działającym w imieniu Ministra Obrony Narodowej dyrektorem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia a kierownikiem podmiotu leczniczego uprawnionego do prowadzenia stażu. Właściwa okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK zaliczenie stażu. Natomiast podmiot prowadzący staż dokonuje na podstawie wypełnionych ankiet zbiorczej oceny realizacji programu stażu i przekazuje tę ocenę oraz zbiorcze wyniki ankiet odpowiednio marszałkowi województwa albo Ministrowi Obrony Narodowej. Podmiot prowadzący staż w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przebiegu stażu, usuwa te nieprawidłowości i informuje o tym odpowiednio marszałka województwa albo Ministra Obrony Narodowej. Lekarz stażysta, który rozpoczął staż podyplomowy na podstawie dotychczasowych przepisów, zakończy go zgodnie z dotychczasowymi przepisami.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. – jak w tym zakresie, ustawa z dnia …. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …).

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na działalność mikro, małych lub średnich przedsiębiorstw.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia projektu właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauk w Ministerstwie Zdrowia , telefon: 22 63-49-858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.11.2019 r. **Źródło:** art. 15l ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** **MZ …..**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego art. 15l ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą".

W związku z tym, że większość dotychczasowych przepisów rozporządzenia zgodnie z techniką legislacyjną zostało przetransponowane do ustawy, należało dostosować do siebie przepisy obu tych aktów prawnych. Od dawna młodzi lekarze podkreślali mało elastyczną dla nich formę merytoryczną ramowego programu odbywania stażu podyplomowego, bez możliwości poznania od strony praktycznej realizacji zadań w innych dziedzinach medycyny niż wymienione w programie Powyższe wiąże się z faktem braku uwzględnienia w programie możliwości odbywania indywidualnego harmonogramu stażu podyplomowego. Protestowali również przed ograniczaniem ich stażu do prowadzenia wspólnie z opiekunem tylko 3–5 pacjentów, a także wskazywali konieczność przeniesienia części kursów odbywanych na poziomie specjalizacji do stażu podyplomowego, z uwagi na to, że nie każdy lekarz ma możliwość zaraz po studiach zakwalifikować się na specjalizację, a tematyka niektórych kursów przydaje się już na samym starcie pracy młodego lekarza. Lekarz i lekarz dentysta odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w celu przygotowania zawodowego obejmującego realizację programu stażu podyplomowego. Dotychczasowe przepisy nie określały wzoru takiej umowy, w związku z czym w całym kraju umowy te były zawierane przez podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego w sposób niejednolity. Natomiast w przypadku przekształcenia, reorganizacji lub zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż, podmiot taki może nadal prowadzić staż lub staż cząstkowy, do czasu ponownego wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, jeżeli złoży marszałkowi województwa oświadczenie o spełnianiu warunków kadrowych i organizacyjnych określonych w art. 15c ust. 1 i 2 ustawy. Dotychczasowe przepisy nie określały wzoru takiego oświadczenia, co skutkowało niejednokrotnie brakiem umieszczania w oświadczeniu podstawowych informacji dotyczących m.in. terminu przejęcia przez podmiot kontynuacji realizacji stażu podyplomowego.

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

Rozporządzenie wydane na podstawie delegacji art. 15l ustawy zostaje dostosowane do znowelizowanych przepisów ustawy. Nowością jest wprowadzenie do stażu podyplomowego spersonalizowanej ścieżki kształcenia. Ścieżka ta da możliwość wyboru młodemu lekarzowi odbycie, oprócz części obowiązkowej stażu, również szkolenia w nie więcej niż trzech innych wybranych przez niego dziedzinach medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Intencją wprowadzenia ścieżki personalizowanej jest umożliwienie młodym lekarzom zapoznania się z pracą w dziedzinach będących w kręgu ich zainteresowania, celem podjęcia w przyszłości świadomego wyboru dalszej drogi zawodowej. Ramowy program uwzględnia także dodatkowo tematykę zdrowia publicznego przeniesioną ze szkolenia specjalizacyjnego. Zgodnie z rekomendacją konsultantów krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych dotychczasowy staż z medycyny ratunkowej znajdujący się w programie stażu podyplomowego lekarza dentysty zamieniony zostaje na kurs medycyny ratunkowej z tematyką dostosowaną do potrzeb pracy lekarza dentysty. Powyższe nowe propozycje powodują konieczność dokonania zmiany treści ramowego programu stażu podyplomowego oraz treści ankiet oceniających jakość realizacji stażu podyplomowego. Nastąpiła także

rezygnacja z przepisu ograniczającego stażystę do prowadzenia 3–5 pacjentów, co daje możliwość zapoznania stażysty z pełnym zakresem świadczeń realizowanych w ramach danej części stażu. Rozporządzenie określa wzór umowy o pracę na czas określony do realizacji programu stażu oraz wzór oświadczenia o spełnianiu warunków organizacyjnych i kadrowych określonych w przepisach ustawy, stanowiące załączniki do rozporządzenia, co ujednolici postępowanie związane z realizacją stażu podyplomowego. Stażyści, którzy rozpoczęli staż podyplomowy na podstawie dotychczasowych przepisów, odbywają go nadal zgodnie z dotychczasowymi przepisami.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze i lekarze dentyści stażyści	ok. 68 tys.	Prognozy Ministerstwa Zdrowia odnośnie liczby absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w latach 2019-2029 oparte na danych o przyznanych limitach dla uczelni medycznych w latach 2011/2012 – 2018/2019 dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Osoby, które ukończą uniwersytety medyczne są to osoby, które potencjalnie podejdą do realizacji stażu podyplomowego	Bezpośrednie (zmiana wynagrodzenia)
Okręgowe rady lekarskie	24	Okręgowe rady lekarskie	Przedkładanie marszałkowi województwa propozycji listy podmiotów realizujących staż i potwierdzanie za pomocą SMK realizację stażu podyplomowego
Marszałkowie województw	16		Sporządzanie listy podmiotów uprawnionych, organizowanie i finansowanie stażu podyplomowego
Podmioty uprawnione do realizacji stażu podyplomowego	1506	Marszałek województwa	Podpisywanie umowy na realizację stażu i zapewnianie warunków do jego odbycia

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

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone prekonsultacje.

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

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
5) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowa NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;

17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego;
39) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia będzie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) będzie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z …… r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania												

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

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

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	6	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)		-	-	-	-	-	-	-
	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, i obywateli, ponieważ rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do szerszego poznania przez młodych lekarzy praktycznej strony realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, co powinno przełożyć się na lepsze przygotowanie ich do indywidualnej i zespołowej pracy z pacjentem.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne, bowiem przyczyni się do szerszego poznania przez młodych lekarzy praktycznej strony realizacji świadczeń zdrowotnych wobec tej grupy pacjentów oraz sprawowania opieki zdrowotnej nad nimi.						
Niemierzalne								

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

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

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie ułatwi lekarzom i lekarzom dentystom przez możliwość odbywania indywidualnie określonej przez siebie części stażu podyplomowego, podejmowanie decyzji przystępowania do specjalizacji w zakresie szerszym niż określony dotychczas w rozporządzeniu, co powinno również rozszerzyć ich zainteresowanie pracą w podmiotach leczniczych na różnym poziomie referencyjnym.	
11.Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
1. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia

w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) wykaz specjalizacji, o których mowa w art. 16 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”;
2) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy;
3) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego;
4) regulamin postępowania kwalifikacyjnego zawierający tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, uwzględniający punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego do szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego;
5) szczegółowy sposób kierowania na szkolenie i odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty;
6) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia;
7) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników;
8) 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;

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

9) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji;
10) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji;
11) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE i zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16u ust. 7 pkt 1 ustawy;
12) wysokość i sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16t ust. 1 ustawy;
13) tryb powoływania PKE;
14) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 14b ust. 8 ustawy, dla członków PKE;
15) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji lekarskiej albo programem specjalizacji lekarsko-dentystycznej;
16) 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;
17) 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;
18) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy dentystów posiadających stopień naukowy doktora za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;
19) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu albo odpisu dyplomu PES;
20) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie wymiany dyplomu;
21) wzór dokumentu, o którym mowa w art. 19g ust. 7 ustawy, potwierdzającego ukończenie kursu;
22) wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych, o którym mowa w art. 19i ust. 12 pkt 1 ustawy;
23) wzór umowy, o której mowa w art. 19f ust. 2 pkt 10 ustawy.

§ 2. Ustala się:

1) wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
2) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
3) wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
4) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
5) wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
6) wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Dyrektor CMK w terminie do dnia:

1) 26 stycznia dla postępowania kwalifikacyjnego, które rozpoczyna się dnia 1 marca, oraz
2) 26 sierpnia dla postępowania kwalifikacyjnego, które rozpoczyna się dnia 1 października, ogłasza na stronie internetowej oraz za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, , o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, 730, 1590 i 1905), zwanego dalej „SMK”, liczbę przyznanych miejsc rezydenckich i pozarezydenckich, o których mowa w art. 16e ust. 3 ustawy, oraz listę jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne, w których znajdują się wolne miejsca szkoleniowe objęte danym postępowaniem kwalifikacyjnym.

2. Lista jednostek, o której mowa w ust. 1, zawiera informację o:

1) liczbie wolnych miejsc w danej jednostce akredytowanej;
2) miejscach dla lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkołach doktorskich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny z zakresem tego kształcenia zgodnie z art. 16e ust. 6 ustawy;
3) dodatku motywacyjnym, o którym mowa w art. 16h ust. 10 ustawy.

3. Od dnia ogłoszenia przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, miejsc, o których mowa w art. 16e ust. 3 ustawy, do dnia ogłoszenia przez dyrektora CMKP listy, o której mowa w art. 16c ust. 13f ustawy, miejsca szkoleniowe przeznaczone są w pierwszej kolejności dla lekarzy biorących udział w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

4. W danym postępowaniu kwalifikacyjnym lekarz składa nie więcej niż jeden wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy, obejmujący nie więcej niż piętnaście wariantów wyboru zawierających co najmniej jedną dziedzinę medycyny ze wskazaniem województwa i trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

§ 4. 1. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego, stanowiącym załącznik nr 7 do rozporządzenia.

2. Maksymalna liczba punktów w postępowaniu konkursowym:

1) za Lekarski Egzamin Państwowy/Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy albo Lekarski Egzamin Końcowy/Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy, zwane dalej odpowiednio „LEP/LDEP” albo „LEK/LDEK”, wynosi 200 punktów;
2) za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES wynosi 200 punktów, przy czym punkty przyznaje się zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia;
3) w przypadku lekarza, który występuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, przyznaje się punkty dodatkowe za:
   a) posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych – 5 punktów,
   b) publikacje, o których mowa w art. 16c ust. 10 pkt 1 ustawy – maksymalnie 5 punktów (po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji),
   c) posiadanie dokumentu intencyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt 20 ustawy – 5 punktów;
4) w przypadku lekarza, który występuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim, przyznaje się dodatkowe punkty za:
   a) posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych – 5 punktów,
   b) co najmniej 3-letni okres zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego, w pełnym wymiarze czasu pracy w jednostce akredytowanej, zgodny z kierunkiem specjalizacji – 5 punktów,

c) publikacje, o których mowa w art. 16 c ust. 10 pkt 2 i 3 ustawy – maksymalnie 5 punktów (po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji),

d) posiadanie dokumentu intencyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt 20 ustawy – 5 punktów;

5) lekarz, o którym mowa w pkt 4, który otrzymał punkty na podstawie pkt 3 lit. b nie może otrzymać jednocześnie punktów na podstawie pkt 4 lit. c;

6) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę za test stanowiący część składową za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za zaliczenie testu;

7) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za posiadanie specjalizacji I lub II stopnia.

3. Brak egzaminu LEP/LDEP albo LEK/LDEK nie wyklucza udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym niezależnie od wskazanego trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W takim przypadku przyznaje się 0 punktów.

4. W postępowaniu konkursowym uwzględnia się posiadanie tytułu specjalisty uzyskanego za granicą, który został uznany na podstawie odrębnych przepisów za równoważny z PES, i przyznaje 140 punktów albo uwzględnia się wynik LEP/LDEP albo LEK/LDEK.

5. W przypadku, gdy lekarz nie kwalifikuje się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny i w województwie właściwych dla jednostki akredytowanej, która wystawiła dokument potwierdzający zatrudnienie, o którym mowa w art. 16c ust. 2a pkt 3 ustawy, albo dokument intencyjny, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt. 20 ustawy, dodatkowych punktów przyznanych z tych tytułów nie uwzględnia się w toku dalszego postępowania kwalifikacyjnego.

§ 5. 1. Uwzględniając liczby wolnych miejsc szkoleniowych, organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, za pomocą SMK sporządza i zatwierdza listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego w podziale na województwa i dziedziny medycyny. Listy zawierają imię i nazwisko lekarza, numer wniosku oraz wynik postępowania.

2. Zatwierdzone listy, o których mowa w ust. 1, publikuje się na stronie internetowej organu, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, oraz w SMK.

3. Zatwierdzone listy osób zakwalifikowanych do odbycia szkolenia specjalizacyjnego, którzy potwierdzili przyjęcie wskazanego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz listę lekarzy, którzy nie potwierdzili przyjęcia wskazanego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 16c ust. 13c ustawy oraz pozostałych na listach rankingowych publikuje się na stronie organu, o którym mowa w art. 16c ust. 13d ustawy, oraz w SMK.

4. Zatwierdzone listy osób zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 16c ust. 13e ustawy oraz listy, o których mowa w art. 16c ust. 13f ustawy, publikuje się na stronie internetowej właściwego organu oraz za pomocą SMK.

5. W publikowanych listach, o których mowa w ust. 4 nie zamieszcza się danych osobowych lekarzy. Informacja o zakwalifikowaniu lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest również widoczna na jego indywidualnym koncie w SMK.

§ 6. 1. Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce akredytowanej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy posiadających dokument, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt 20 ustawy, albo zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie art. 16h ust. 2 pkt 1 i 5 ustawy, którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.

2. Skierowanie, o którym mowa w art. 16c ust. 17 ustawy, zawiera następujące informacje:

1) imię i nazwisko kierowanego lekarza;
2) numer wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego;
3) tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
4) informacje na temat uprawnień zawodowych lekarza w tym: Nr prawa wykonywania zawodu (PWZ), numer rejestracyjny w okręgowej izbie lekarskiej, rodzaj PWZ, nr seryjny PWZ, data wydania PWZ oraz miejsce wydania PWZ;
5) informacje na temat jednostki akredytowanej, do której kierowany jest lekarz, w tym nazwę jednostki akredytowanej, adres jednostki akredytowanej oraz nazwa jednostki nadrzędnej nad jednostką akredytowaną;
6) program specjalizacji;
7) planowaną datę rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego;
8) planowaną datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego;

10) nazwę organu wydającego skierowanie;
11) wnioskowaną podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

3. Jeżeli w wyniku postępowania kwalifikacyjnego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny zakwalifikowało się co najmniej dwóch lekarzy deklarujących we wniosku jej odbywanie w trybie określonym w art. 16h ust. 2 pkt 3 ustawy, wojewoda może skierować do jednostki akredytowanej, na jedno wolne miejsce szkoleniowe, tych lekarzy w liczbie umożliwiającej realizację programu specjalizacji, ustalonej przez kierownika jednostki akredytowanej, na podstawie harmonogramu ich szkolenia opracowanego przez kierownika lub kierowników specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim.

4. Lekarza, który został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, wojewoda kieruje za pomocą SMK do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej jednostce akredytowanej ze wskazaniem trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, planowanej daty rozpoczęcia i planowanej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz obowiązującego programu specjalizacji.

5. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza zakwalifikowanego i skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który nie rozpoczął odbywania tego szkolenia, przenieść go do innej jednostki akredytowanej.

6. Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po przedstawieniu przez niego dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, a w przypadku lekarzy korzystających:

1) z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego lub urlopu rodzicielskiego, przysługującego na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 i 1495),
2) świadczenia rodzicielskiego przysługującego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.[2)]),
3) ze zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. 2354 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 577, 730, 752, 924, 1257, 1394 i 1818.

– w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu, pod warunkiem, że lekarz najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego przedstawi wojewodzie odpowiednie dokumenty wskazujące na korzystanie z uprawnień, o których mowa w pkt 1–3.

7. W przypadku zmiany przez lekarza trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydenturę, wojewoda dokonuje zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w Elektronicznej Karcie Szkolenia specjalizacyjnego, zwanej dalej „EKS", wskazując datę zmiany trybu.

8. Dokonując zmiany, o której mowa w ust. 5, wojewoda określa także nową datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając przerwy w szkoleniu, o których mowa w art. 16l ustawy, które wystąpiły w dotychczas odbywanym szkoleniu. Nową datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wojewoda określa na podstawie adnotacji o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego zawartych w EKS lub, jeżeli lekarz nie posiada EKS, na podstawie zaświadczenia o nieobecnościach lekarza wydanego przez jednostkę akredytowaną, w której lekarz odbywał szkolenie w trybie pozarezydenckim. Zaświadczenie o nieobecnościach lekarz jest obowiązany dostarczyć wojewodzie nie później niż w ciągu 10 dni od dnia zakwalifikowania.

9. W przypadku gdy wobec lekarza cudzoziemca, niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, toczy się postępowanie o wydanie zezwolenia na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wojewoda kieruje tego lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie po uzyskaniu przez niego zezwolenia oraz spełnieniu pozostałych wymogów określonych w ustawie, jednak nie później niż w terminie 6 miesięcy od zakwalifikowania tego lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wojewoda może wydać skierowanie po wskazanym terminie.

§ 7. 1. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy.

2. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudniony na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniący służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych

jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy.

3. Lekarz będący funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy.

§ 8. 1. Jednostka akredytowana posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce.

2. W przypadku likwidacji jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, albo zaprzestania spełniania przez tę jednostkę wymagań, o których mowa w art. 19f ust. 2 ustawy, wojewoda wskazuje w EKS tego lekarza inną jednostkę akredytowaną, w której lekarz będzie kontynuować szkolenie specjalizacyjne w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych.

3. Po podjęciu przez podmiot odpowiednio rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały o likwidacji podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury podmiot ten jest obowiązany do:

1) wypowiedzenia umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 i art. 16k ust. 2 ustawy, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia;
2) zawiadomienia wojewody w terminie 7 dni o tym fakcie, celem przeniesienia lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury do innych jednostek akredytowanych.

4. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, przenieść go do innej jednostki akredytowanej posiadającej wolne miejsce szkoleniowe.

5. Jeżeli jednostka akredytowana, o której mowa w ust. 2 i 4, znajduje się na obszarze innego województwa, zmiana miejsca szkolenia specjalizacyjnego następuje po wyrażeniu zgody przez wojewodę właściwego dla województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia. Zgoda na przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego na teren innego województwa zawiera wskazanie jednostki akredytowanej, w której lekarz będzie kontynuował szkolenie.

6. Wojewoda wyraża zgodę albo odmawia jej wyrażenia po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, wojewoda właściwy dla województwa, na obszarze, którego lekarz odbywał dotychczas szkolenie specjalizacyjne, przenosi za pomocą SMK szkolenie specjalizacyjne tego lekarza do województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia, na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 5 i 6.

8. Lekarz zmieniający miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do uzyskania potwierdzenia zaliczenia zrealizowanych elementów szkolenia specjalizacyjnego przez dotychczasowego kierownika specjalizacji do dnia przeniesienia w SMK jego szkolenia specjalizacyjnego do innej jednostki akredytowanej.

9. Lekarz zmieniający miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do zmiany kierownika specjalizacji, którym staje się lekarz specjalista zatrudniony w jednostce akredytowanej aktualnie prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.

10. W przypadku powzięcia przez dyrektora CMKP informacji o nieprzyjęciu przez jednostkę akredytowaną posiadającą wolne miejsca szkoleniowe lekarza skierowanego lub przeniesionego przez wojewodę z innej jednostki akredytowanej do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, CMKP wszczyna postępowanie w celu zmniejszenia liczby miejsc szkoleniowych, o którym mowa w art. 19f ust. 13 ustawy.

§ 9. 1. Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartych w skierowaniu, o którym mowa w § 6 ust. 2, przekazanej za pomocą SMK do jednostki akredytowanej, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne.

2. Rzeczywistą datę rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne lub kierownik specjalizacji danego lekarza.

3. W przypadku gdy umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana w wyniku zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydencki albo przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego do innej jednostki akredytowanej, podstawą do jej zawarcia są informacje o trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zawarte w EKS lekarza, z którym jest zawierana umowa.

4. Rzeczywistą datę zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne lub kierownik specjalizacji danego lekarza.

5. W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, o którym mowa w art. 16l ustawy, jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne, o czym lekarz niezwłocznie zawiadamia właściwego wojewodę. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zamieszcza w EKS minister właściwy do spraw zdrowia.

6. W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia w trybie określonym w art. 16h ust. 2 ustawy, z zastrzeżeniem art. 16l ust. 3 ustawy, po uzyskaniu zgody wojewody. Informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie określonym w art. 16h ust. 2 ustawy zamieszcza w EKS wojewoda.

7. W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie określonym w art. 16h ust. 2, z powodu nieobecności lekarza, o którym mowa w art. 16l ust. 1 i 2 ustawy, informację o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne.

8. W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie określonym w art. 16h ust. 2 ustawy, na podstawie art. 16l ust. 3 ustawy informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego zamieszcza w EKS wojewoda.

9. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne na podstawie w art. 16h ust. 2 pkt 1 ustawy, z którym rozwiązano umowę o pracę, może kontynuować odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w tej samej jednostce akredytowanej na podstawie wskazanej w art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy.

10. Lekarz, o którym mowa w ust. 7, może kontynuować szkolenie specjalizacyjne również na innej podstawie wskazanej w art. 16h ust. 2 ustawy, jeżeli wyrazi na to zgodę kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne.

11. Zmianę podstawy odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o której mowa w ust. 7 i 8, lekarz zgłasza niezwłocznie wojewodzie, który zmienia podstawę odbywania szkolenia przez lekarza w EKS.

12. Lekarz, który posiada orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji, o którym mowa w art. art. 16ea ust. 5 ustawy, niezwłocznie powiadamia o tym fakcie kierownika jednostki akredytowanej, w której odbywa szkolenie specjalizacyjne, oraz rozwiązuje ze skutkiem natychmiastowym umowę o pracę zawartą w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. O rozwiązaniu umowy o pracę lekarz powiadamia właściwego wojewodę.

§ 10. O rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza wojewoda powiadamia CMKP oraz okręgową izbę lekarską, zwaną dalej „OIL", której lekarz jest członkiem.

§ 11. 1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne realizuje wszystkie elementy programu specjalizacji, z zastrzeżeniem art. 16 ust. 7 i 9 oraz art. 16m ust. 12 ustawy.

2. EKS zawierająca potwierdzenie zrealizowania poszczególnych elementów programu specjalizacji, zgodnie z wymogami odpowiedniego programu specjalizacji, stanowi dowód odbycia szkolenia specjalizacyjnego.

3. Kierownik specjalizacji niezwłocznie potwierdza zrealizowane przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne elementy programu specjalizacji, z tym że realizację:

1) dyżurów medycznych objętych programem szkolenia specjalizacyjnego potwierdza się wraz z zaliczeniem danego roku szkolenia;
2) procedur medycznych objętych programem szkolenia specjalizacyjnego potwierdza się zbiorczo niezwłocznie po uzyskaniu określonego programem specjalizacji stopnia umiejętności ich wykonywania przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

3. Kierownik specjalizacji potwierdza w EKS odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lub odmawia potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego nie później niż w ciągu 30 dni od rzeczywistej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wskazanej w EKS.

4. W przypadku gdy lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne, z uwzględnieniem art. 16l ustawy, pozostał do wykorzystania urlop wypoczynkowy kierownik specjalizacji może potwierdzić odbycie szkolenia zgodnie z programem specjalizacji w EKS nie wcześniej niż z dniem poprzedzającym rozpoczęcie tego urlopu.

5. Odmawiając potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego, kierownik specjalizacji informuje lekarza odbywającego dane szkolenie, których elementów szkolenia specjalizacyjnego nie zrealizował.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, w celu kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego, kierownik specjalizacji niezwłocznie, lecz nie później niż na 7 dni przed

upływem terminu, o którym mowa w ust. 3, jest obowiązany wystąpić do wojewody o wyrażenie zgody, o której mowa w art. 16l ust. 3 ustawy. We wniosku o wyrażenie zgody kierownik specjalizacji wskazuje dokładny termin przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając niezrealizowane elementy programu szkolenia specjalizacyjnego. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może uwzględnić wniosek kierownika specjalizacji o wyrażenie zgody, o której mowa w art. 16l ust. 3 ustawy, złożony po wskazanym terminie.

7. Jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne umożliwia lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji.

8. Kierownik jednostki akredytowanej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne wskazuje lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne w EKS jednostkę akredytowaną, w której ma odbyć dany element programu specjalizacji, o którym mowa w ust. 7, jeżeli ten element programu specjalizacji ma być realizowany w innej jednostce akredytowanej.

9. W przypadku gdy lekarz nie zrealizuje wszystkich elementów programu modułu podstawowego, może rozpocząć realizację programu modułu specjalistycznego i uzupełnić niezrealizowane elementy w trakcie trwania modułu specjalistycznego, tylko w przypadku gdy kierownik specjalizacji stwierdzi, że niezrealizowanie danych elementów modułu podstawowego nie jest przeszkodą do kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego.

10. Lekarz, który zrealizował cały program szkolenia specjalizacyjnego, może złożyć wniosek do kierownika jednostki akredytowanej, w której odbywa szkolenie specjalizacyjne o skrócenie okresu przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16l ust. 1–3 ustawy, o okres nie dłuższy niż 30 dni.

11. Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odbywający to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji obowiązującym lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji, który w okresie postępowania kwalifikacyjnego lub w okresie po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, a przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego lub w okresie odbywania tego szkolenia uzyskał tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wystąpić do wojewody z wnioskiem o zmianę dotychczasowego programu specjalizacji na program obowiązujący lekarzy posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

12. Lekarz, o którym mowa w ust. 11, może wystąpić w trybie art. 16m ust. 12 ustawy do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie elementów programu specjalizacji, o których

mowa w art. 16m ust. 8 ustawy, zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego po zmianie programu specjalizacji, o której mowa w ust. 11.

13. Lekarz, który odbył określony moduł podstawowy i uzyskał jego zaliczenie w ramach danego szkolenia specjalizacyjnego, nie jest obowiązany do jego ponownego odbywania w przypadku zakwalifikowania się do odbywania innego szkolenia specjalizacyjnego, którego program specjalizacji przewiduje odbycie i zaliczenie tego samego modułu podstawowego.

14. Kontrolę realizacji szkolenia specjalizacyjnego przeprowadza zespół, o którym mowa art. 19i ustawy. Osobom wykonującym czynności kontrolne przysługuje wynagrodzenie za wykonanie tych czynności w wysokości 300 zł.

§ 12. Formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują:

1) kurs specjalizacyjny wprowadzający do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący w szczególności:
   a) podstawy dobrej praktyki lekarskiej, w tym zasady praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych publikacjach,
   b) podstawy farmakoekonomiki,
   c) formalnoprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy,
   d) podstawy onkologii,
   e) wprowadzenie do przedmiotów klinicznych objętych programem danego szkolenia specjalizacyjnego,
   f) zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy;
2) kursy specjalizacyjne właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy określonej w programie danej specjalizacji;
3) szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie w określonych zabiegów lub procedur medycznych:
   a) wykonywanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
   b) w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;
4) staże kierunkowe właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy i umiejętności praktycznych określonych w programie danej specjalizacji;

5) 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 działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej;
6) samokształcenie, w tym napisanie pracy naukowej, opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy poglądowej – na temat objęty programem specjalizacji;
7) kurs atestacyjny podsumowujący odbyte szkolenie specjalizacyjne.

§ 13. Sprawdzanie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych nabytych w trakcie realizacji programu specjalizacji obejmuje:

1) złożenie kolokwiów cząstkowych z zakresu wiedzy teoretycznej i zaliczenie sprawdzianów z umiejętności praktycznych potwierdzonych wykonanymi samodzielnie przez lekarza zabiegami i procedurami medycznymi;
2) złożenie kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i zaliczenie sprawdzianu z umiejętności praktycznych potwierdzonych wykonanymi samodzielnie przez lekarza zabiegami i procedurami medycznymi, objętych programem stażu kierunkowego;
3) złożenie sprawdzianu z zakresu określonego programem kursu szkoleniowego;
4) ocenę pracy, o której mowa w § 12 pkt 7.

§ 14. 1. W ramach realizacji szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16m ust. 7 ustawy, kierownik specjalizacji:

1) wskazuje jakie elementy szkolenia specjalizacyjnego lekarz powinien zrealizować na danym etapie szkolenia specjalizacyjnego, w szczególności wskazuje, kiedy lekarz ma zrealizować staż podstawowy, staże kierunkowe oraz kursy szkoleniowe;
2) występuje do pracodawcy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio kierownika studium doktoranckiego z wnioskiem o udzielenie mu urlopu szkoleniowego albo odpowiednio o zwolnienie go z obowiązku uczestniczenia w zajęciach programowych w ramach studiów doktoranckich, w celu odbycia modułu podstawowego, staży kierunkowych i kursów określonych w programie specjalizacji;
3) wyznacza lekarzowi pacjentów do prowadzenia;
4) ustala harmonogram dyżurów, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h ustawy, w porozumieniu z kierownikiem jednostki akredytowanej oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru;

5) ocenia przygotowane przez lekarza opracowania teoretyczne objęte programem specjalizacji: pracę naukową lub poglądową;
6) przeprowadza sprawdziany z nabytych przez lekarza umiejętności praktycznych;
7) przeprowadza kolokwia i sprawdziany przewidziane do zaliczenia przez kierownika specjalizacji w programie specjalizacji;
8) potwierdza w EKS zrealizowanie przez lekarza poszczególnych elementów programu szkolenia specjalizacyjnego w tym potwierdza:
   a) nabycie umiejętności wykonywania określonych zabiegów i procedur medycznych, w stopniu określonym w programie specjalizacji,
   b) odbycie stażu podstawowego objętego programem specjalizacji,
   c) odbycie staży kierunkowych objętych programem specjalizacji,
   d) odbycie dyżurów objętych programem specjalizacji,
   e) odbycie modułu podstawowego;
9) potwierdza uprawnienie lekarza do przystąpienia do PEM;
10) potwierdza w SMK zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie po jego zakończeniu;
11) informuje pracodawcę lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne o odbyciu tego szkolenia zgodnie z programem specjalizacji oraz o terminie jego zakończenia, w terminie 7 dni od dnia potwierdzenia tego faktu w EKS.

2. W czasie odbywania modułu podstawowego lub stażu kierunkowego funkcję kierownika specjalizacji obejmującą realizację zadań wymienionych w ust. 1 pkt 2–8 pełni lekarz wyznaczony przez kierownika jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa moduł podstawowy lub staż kierunkowy. Lekarz ten potwierdza w EKS odbycie modułu podstawowego lub stażu kierunkowego zgodnie z programem specjalizacji, ponadto potwierdza w EKS lekarza w trakcie specjalizacji uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie określonych zabiegów i procedur medycznych, które odbywa się w ramach modułu podstawowego lub stażu kierunkowego.

§ 15. 1. Lekarz składa do dyrektora CMKP wniosek, o którym mowa w art. 16m ust. 8 i 10 ustawy, zawierający:

1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) określenie przedmiotu wniosku: uznanie i skrócenie okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego lub uznanie staży i kursów, o których mowa w art. 16m ust. 8 i 10

ustawy, za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji;

4) nazwa i adres podmiotu, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne;
5) termin zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
6) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji;
7) informacje na temat odbytych elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku;
8) wskazanie wnioskowanego wymiaru skrócenia okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego;
9) planowany termin przystąpienia do PES.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, lekarz dołącza:

1) dokumenty potwierdzające odbycie elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje dotyczące terminu i miejsca odbycia danego szkolenia, trybu jego realizacji, zakresu oraz programu zrealizowanego szkolenia wraz z wykazem zabiegów i procedur medycznych, które lekarz wykonywał lub w nich uczestniczył, z podaniem ich liczby;
2) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię prawa wykonywania zawodu;
3) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dyplomu posiadanej specjalizacji;
4) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię karty szkolenia specjalizacyjnego – jeżeli była prowadzona w postaci papierowej;
5) opinię kierownika specjalizacji potwierdzającą wiedzę i umiejętności lekarza w zakresie zrealizowanych elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku;
6) zaświadczenie wydane przez podmiot zatrudniający lekarza w okresie realizacji elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje o wymiarze zatrudnienia oraz ewentualnych nieobecnościach lekarza.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, może zostać złożony z wykorzystaniem formularza opublikowanego na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej CMKP.

§ 16. 1. Dyrektor CMKP sprawdza wnioski, o których mowa w § 15 ust. 1, pod względem formalnym.

2. W przypadku stwierdzenia braków formalnych lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.

3. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, i przekazuje przewodniczącemu zespołu wniosek spełniający wymogi formalne wraz z dokumentami lekarza i drukiem protokołu, o którym mowa w ust. 4.

4. Zespół, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, wyraża w protokole merytoryczną opinię w sprawie uznania albo odmowy uznania lekarzowi odbytych w kraju lub za granicą przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego staży i szkoleń za równoważne ze zrealizowaniem odpowiednich elementów programu specjalizacji, z określeniem proponowanego czasu skrócenia okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odpowiednio uznania albo odmowy uznania lekarzowi do okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego staży i szkoleń zrealizowanych za granicą w okresie aktualnie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego.

5. W przypadku gdy opinia zespołu ekspertów jest negatywna, zespół w protokole uzasadnia merytorycznie swoje stanowisko w odniesieniu do przedstawionych we wniosku elementów programu specjalizacji.

6. Zespół ekspertów przekazuje do dyrektora CMKP dokumentację lekarza wraz z protokołem, o którym mowa w ust. 4, w terminie 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

7. Decyzje, o których mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, wydane na podstawie opinii, o których mowa w ust. 4, dyrektor CMKP zamieszcza niezwłocznie w EKS danego lekarza, o czym powiadamia podmiot, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, celem odpowiednio wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę zawartej na okres odbywania tego szkolenia.

8. Na podstawie decyzji, o której mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, w EKS następuje zmiana rzeczywistej daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego.

§ 17. 1. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego, o którym mowa w art. 16 ust. 4 i 6 ustawy, może mieć uznany dorobek naukowy i zawodowy za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości modułu specjalistycznego lub jednolitego pod warunkiem, że okres i wymiar wykonywania przez lekarza czynności naukowych i zawodowych, będących przedmiotem oceny dorobku naukowego i zawodowego, nie będzie krótszy niż okres i wymiar realizacji danego modułu specjalistycznego lub jednolitego.

2. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego, o którym mowa w art. 16 ust. 4 i 6 ustawy, na wniosek kierownika specjalizacji, może mieć uznany dorobek naukowy i zawodowy za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części modułu specjalistycznego lub jednolitego pod warunkiem, że łączny okres i wymiar wykonywania

przez lekarza czynności naukowych i zawodowych będących przedmiotem oceny dorobku naukowego i zawodowego oraz okres modułu specjalistycznego pozostały do odbycia nie będzie krótszy niż okres i wymiar realizacji danego modułu specjalistycznego.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 i 2, składa do wojewody wniosek o odbywanie specjalizacji, zawierający dane, o których mowa w art. 16c ust. 2 ustawy.

§ 18. 1. Wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 17, zawiera:

1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) określenie przedmiotu wniosku;
4) informacje o aktualnym miejscu zatrudnienia lekarza;
5) termin zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
6) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji;
7) informacje o przebiegu działalności naukowej i zawodowej lekarza;
8) informację o posiadanym stopniu naukowym;
9) informację o posiadanych tytułach specjalisty lub specjalizacjach II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy;
10) planowany termin przystąpienia do PES.

2. Do wniosku kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, dołącza się dokumenty, o których mowa w § 15 ust. 2 pkt 1–4, oraz inne dokumenty potwierdzające przebieg działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w szczególności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek. Wniosek może zostać złożony z wykorzystaniem formularza opublikowanego na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej CMKP.

3. Dyrektor CMKP sprawdza wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 17, i dokumenty, o których mowa w ust. 2, pod względem formalnym.

4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, wzywa się do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.

5. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, i przekazuje przewodniczącemu zespołu wnioski spełniające wymogi formalne wraz z dokumentami i drukiem protokołu.

6. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wyraża w protokole opinię merytoryczną w sprawie uznania albo odmowy uznania lekarzowi dorobku naukowego i

zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości modułu specjalistycznego.

7. Decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wydaną na podstawie opinii, o której mowa w ust. 6, dyrektor CMKP zamieszcza niezwłocznie w EKS danego lekarza.

8. W przypadku gdy wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, dotyczy uznania dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem modułu specjalistycznego w całości, a z opinii zespołu wynika, że przedstawiony przez lekarza dorobek nie może zostać uznany za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości modułu specjalistycznego, zespół ekspertów w protokole uzasadnia merytorycznie swoje stanowisko wraz ze wskazaniem elementów programu specjalizacji, które pozostały do zrealizowania.

9. Zespół ekspertów zwraca do CMKP dokumentację lekarza w ciągu 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

§ 19. 1. Jeżeli dotychczasowe przepisy nie przewidywały uzyskiwania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, konsultant krajowy w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewnej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta, może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP, z wnioskiem o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem szczegółowego programu właściwej specjalizacji i dopuszczenie tego lekarza do PES, zwanym dalej „wnioskiem o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza”, zawierającym:

1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) określenie przedmiotu wniosku;
4) informacje o aktualnym miejscu zatrudnienia lekarza;
5) informacje o przebiegu działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w szczególności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek;
6) informację o posiadanym stopniu naukowym;
7) informację o posiadanych tytułach specjalisty lub specjalizacjach;
8) planowany termin przystąpienia do PES.

2. Do wniosku o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza dołącza się dokumenty, o których mowa w § 15 ust. 2 pkt 1–3, oraz inne dokumenty potwierdzające przebieg działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w

szczególności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek. Wniosek może zostać złożony z wykorzystaniem formularza opublikowanego na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej CMKP.

3. Dyrektor CMKP sprawdza wniosek o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza i dokumenty, o których mowa w ust. 2, pod względem formalnym.

4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza wzywa się do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza jest pozostawiany bez rozpoznania.

5. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16 ust. 8 ustawy, i przekazuje przewodniczącemu zespołu wnioski spełniające wymogi formalne wraz z dokumentami i drukiem protokołu, o którym mowa w ust. 6.

6. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wyraża w protokole merytoryczną opinię w sprawie uznania albo odmowy uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym i zwraca do CMKP dokumentację lekarza w ciągu 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

7. Dyrektor CMKP na podstawie opinii, o której mowa w ust. 6, wnioskuje do ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu albo odmowie uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny oraz o dopuszczeniu do PES.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 7, wydaje decyzję o uznaniu albo odmowie uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny oraz, w przypadku uznania dorobku, również o dopuszczeniu do PES. Kopię decyzji, wraz z dokumentacją lekarza, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje do CMKP.

9. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, zbiera się raz na kwartał chyba, że nie został złożony żaden wniosek. Przepis stosuje się do zespołu, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy.

§ 20. Wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych powiadamia o wydanej przez siebie decyzji o skreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na obszarze danego województwa dyrektora

CMKP, lekarza oraz jego kierownika specjalizacji, a także odpowiednio właściwą OIL albo Wojskową Izbę Lekarską, a w przypadku lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury również ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 21. 1. Lekarz składa zgłoszenie do PES za pomocą SMK w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16rb ustawy.

2. Wysokość opłaty za PES, o której mowa w art. 16t ust. 1 ustawy, wynosi 700 zł.

3. Urlop szkoleniowy, o którym mowa w art. 16s ust. 2 ustawy, przysługuje lekarzowi, który prawidłowo złożył wniosek, o którym mowa w art. 16rb ust. 1 ustawy.

§ 22. 1. Konsultant krajowy, towarzystwo naukowe oraz Naczelna Rada Lekarska przesyła dyrektorowi CEM zgłoszenia swoich kandydatów do PKE.

2. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1, zamieszcza się:

1) imię i nazwisko kandydata;
2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania;
3) określenie posiadanej specjalizacji;
4) wskazanie dziedziny, w której kandydat ma być powołany do PKE;
5) adres korespondencyjny kandydata.

3. Do zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć kopie prawa wykonywania zawodu lekarza oraz dyplomu specjalisty potwierdzone za zgodność z oryginałem.

4. Kopia dyplomu specjalisty nie jest wymagana, w przypadku gdy lekarz uzyskał dyplom specjalisty wydany przez dyrektora CEM. W takim przypadku w zgłoszeniu należy podać datę wydania i numer dyplomu.

5. Osoby powołane do PKE otrzymują akt powołania. Powołanie następuje na czas nieokreślony.

§ 23. 1. PKE działa przez wyznaczone spośród jej członków Zespoły Egzaminacyjne.

2. Członkowie PKE wyznaczeni do Zespołu Egzaminacyjnego, który ma przeprowadzić dany egzamin, składają dyrektorowi CEM oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do rozporządzenia.

§ 24. 1. Wysokość wynagrodzenia przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego wynosi 400 zł za posiedzenie.

2. Wysokość wynagrodzenia członka Zespołu Egzaminacyjnego wynosi 200 zł za posiedzenie.

§ 25. 1. Zdający PES są obowiązani przestrzegać poleceń członków Zespołu Egzaminacyjnego.

2. Zespół Egzaminacyjny przeprowadzający PES jest odpowiedzialny za przestrzeganie norm porządkowych przez zdających.

§ 26. 1. PES jest organizowany corocznie w dwóch sesjach egzaminacyjnych:

1) w sesji wiosennej – od dnia 1 marca do dnia 30 kwietnia;
2) w sesji jesiennej – od dnia 1 października do dnia 30 listopada.

2. Egzamin testowy w danej dziedzinie odbywa się jednocześnie w całym kraju.

§ 27. 1. Po rozpoczęciu egzaminu testowego wchodzenie do sali egzaminacyjnej innych osób niż zdający, przedstawiciele CEM i członkowie Zespołu Egzaminacyjnego, jest zabronione.

2. Dokumentem przeznaczonym do udzielania odpowiedzi w trakcie egzaminu testowego jest karta odpowiedzi, oznaczona numerem kodowym zdającego nadanym przez CEM.

§ 28. 1. W przypadku stwierdzenia błędów drukarskich uniemożliwiających udzielenie prawidłowej odpowiedzi zdający ma prawo złożyć ustne zastrzeżenie w trakcie egzaminu testowego. Zastrzeżenie składa się przewodniczącemu Zespołu Egzaminacyjnego przez wskazanie numeru pytania testowego, w którym jest błąd, i wersji testu.

2. Przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego odnotowuje złożone zastrzeżenie w protokole egzaminacyjnym. Złożone zastrzeżenie jest weryfikowane bezpośrednio po jego złożeniu albo po zakończeniu egzaminu testowego.

3. W przypadku gdy zastrzeżenie może skutkować unieważnieniem pytania testowego, przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego pozostawia je do rozpatrzenia Zespołowi Egzaminacyjnemu po zakończeniu egzaminu testowego.

4. W przypadku gdy egzamin testowy jest przeprowadzany w dwóch salach egzaminacyjnych albo ich większej liczbie, rozstrzygnięcia złożonego zastrzeżenia dokonuje jeden z przewodniczących Zespołów Egzaminacyjnych wskazany przez dyrektora CEM. Wskazany przez dyrektora CEM przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego przekazuje swoje rozstrzygnięcie wszystkim przewodniczącym Zespołów Egzaminacyjnych, którzy informują o tym rozstrzygnięciu zdających.

5. W przypadku unieważnienia pytania testowego, zadanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku egzaminu testowego w stosunku do wszystkich

zdających, co odpowiednio obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za zadania unieważnione nie są przyznawane.

6. W przypadku zastrzeżeń merytorycznych do pytań testowych zastrzeżenie składa się przewodniczącemu lub członkowi Zespołu Egzaminacyjnego.

7. Zastrzeżenie składa się na karcie zastrzeżeń zawierającej:

1) datę i miejsce egzaminu testowego;
2) określenie sesji egzaminacyjnej;
3) dziedzinę, w której był przeprowadzany egzamin testowy;
4) numer kodowy zdającego;
5) numer kwestionowanego pytania testowego;
6) określenie wersji testu;
7) treść złożonego zastrzeżenia;
8) uzasadnienie złożonego zastrzeżenia;
9) czytelny podpis przyjmującego złożone zastrzeżenie;
10) rozstrzygnięcie złożonego zastrzeżenia z uzasadnieniem;
11) czytelny podpis przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego.

8. Zdający ma prawo wglądu do książeczki testowej w trakcie formułowania zastrzeżeń.

9. Złożone zastrzeżenie weryfikuje przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego. W przypadku gdy egzamin jest przeprowadzany w dwóch salach egzaminacyjnych albo ich większej liczbie, rozstrzygnięcia dokonuje jeden z przewodniczących Zespołów Egzaminacyjnych wskazany uprzednio przez dyrektora CEM.

10. Przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego rozstrzyga o uwzględnieniu albo o odrzuceniu złożonego zastrzeżenia przez umieszczenie na złożonej karcie zastrzeżeń pisemnego uzasadnienia swojej decyzji. Złożona karta zastrzeżeń wraz z rozstrzygnięciem jest dołączana do protokołu. Rozstrzygnięcie zastrzeżenia oraz jego uzasadnienie są publikowane na stronie internetowej CEM.

11. W przypadku większej liczby złożonych zastrzeżeń do tego samego pytania testowego przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego może sporządzić pojedynczy dokument zawierający rozstrzygnięcie zastrzeżeń wraz z jego uzasadnieniem, który jest dołączany do protokołu, o którym mowa w ust. 13.

12. Rozstrzygnięcie przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego o unieważnieniu pytania testowego wydane bez zachowania procedury, o której mowa w ust. 1–4 lub w ust. 6–11, jest nieważne.

13. Zbiorcze zestawienie złożonych zastrzeżeń oraz ich rozstrzygnięcia zamieszcza się w protokole zawierającym:

1) datę i miejsce egzaminu testowego;
2) określenie sesji egzaminacyjnej;
3) dziedzinę, w której był przeprowadzany egzamin testowy;
4) liczbę złożonych zastrzeżeń;
5) liczbę uwzględnionych złożonych zastrzeżeń, z podaniem numerów pytań testowych i wersji testu;
6) liczbę odrzuconych złożonych zastrzeżeń, z podaniem numerów pytań testowych i wersji testu;
7) czytelny podpis przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego.

§ 29. Przeliczenie procentowe poprawnych odpowiedzi egzaminu testowego, udzielonych przez zdającego na ocenę, następuje według współczynników przeliczeń, które zawiera załącznik nr 9 do rozporządzenia.

§ 30. 1. Podczas egzaminu ustnego zabrania się zdającym posiadania urządzeń służących do kopiowania, przekazywania i odbioru informacji, w szczególności telefonów komórkowych.

2. Egzamin ustny obejmuje co najmniej 4 i nie więcej niż 6 zadań egzaminacyjnych.

3. Podczas egzaminu ustnego nie jest dopuszczalne wykonywanie inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych.

4. Oceną końcową egzaminu ustnego jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen uzyskanych za poszczególne zadania egzaminacyjne.

§ 31. 1. Oceną końcową PES jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen z egzaminu testowego i ustnego. Ocenę końcową PES ustala się zgodnie z przelicznikiem ocen końcowych określonym w załączniku nr 10 do rozporządzenia.

2. W przypadku uzyskania przez zdającego ocen bardzo dobrych z egzaminu testowego i egzaminu ustnego, osoba ta otrzymuje jako ocenę końcową PES ocenę bardzo dobrą z wyróżnieniem, gdy za taką oceną opowie się Zespół Egzaminacyjny przeprowadzający egzamin ustny tej osoby. Uzasadnienie wyróżnienia zamieszcza się w protokole indywidualnym PES.

3. Jeżeli PES składał się tylko z egzaminu ustnego, przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio.

4. Dokumentacja PES, która nie jest gromadzona w SMK, jest przechowywana przez CEM, zgodnie z art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2019 r. poz. 553 i 730).

§ 32. Na pisemny wniosek lekarza CEM wystawia zaświadczenie o wyniku PES. Przepisy art. 217–219 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.

§ 33. 1. Wzór dyplomu, o którym mowa w art. 16ra ust. 5 ustawy, określa załącznik nr 11 do rozporządzenia.

2. Wzór dyplomu, o którym mowa w art. 16w ust. 7 ustawy, określa załącznik nr 12 do rozporządzenia.

§ 34. 1. Odpis dyplomu PES jest wydawany na pisemny wniosek lekarza, jako dodatkowy egzemplarz dyplomu mający charakter jego kopii.

2. Duplikat dyplomu PES jest wydawany na umotywowany pisemny wniosek lekarza.

3. Opłatę za wydanie duplikatu albo odpisu, o której mowa w art. 16w ust. 10 ustawy, uiszcza się na rachunek bankowy CEM podany na stronie internetowej CEM.

4. W przypadku nieuiszczenia opłaty, o której mowa w ust. 3, albo niedołączenia do wniosku jej potwierdzenia, dyrektor CEM wzywa lekarza do usunięcia braków formalnych w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, z pouczeniem, że nieusunięcie tych braków we wskazanym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

5. Odpisy i duplikaty dyplomów PES wydaje się według wzorów dotyczących odpowiednich dyplomów.

6. Duplikat dyplomu PES jest oznaczony drukiem o treści „Duplikat”.

7. Odpis dyplomu PES jest drukowany na miękkim papierze z napisem „Odpis” oraz sygnowany pieczęcią „Za zgodność z oryginałem” i imienną pieczęcią oraz podpisem dyrektora CEM.

8. Wydanie odpisu albo duplikatu następuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa odpowiednio w ust. 1 albo ust. 2, z dołączonym do niego potwierdzeniem wniesienia opłaty, o której mowa w ust. 3.

§ 35. 1. Lekarz może zwrócić się do dyrektora CEM z pisemnym wnioskiem o korektę dyplomu PES. Do wniosku dołącza się dyplom, który ma być skorygowany.

2. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, CEM weryfikuje zasadność dokonania korekty dyplomu. Nie dokonuje się jej, jeżeli na dyplomie nie stwierdza się błędu. Dyplom jest wówczas zwrotnie przekazywany lekarzowi.

3. Opłatę, o której mowa w art. 16w ust. 10 ustawy, uiszcza się na rachunek bankowy CEM podany na stronie internetowej CEM. W przypadku nieuiszczenia tej opłaty albo niedołączenia do wniosku jej potwierdzenia dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do uiszczenia wymaganej opłaty oraz przekazania dokumentu potwierdzającego dokonanie tej czynności do CEM w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, z pouczeniem, że niedokonanie tych czynności w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

4. Wydanie skorygowanego dyplomu może nastąpić wyłącznie po otrzymaniu przez CEM błędnego dyplomu.

5. Wydanie dyplomu w wyniku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, następuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku, o którym mowa w ust. 1, z dołączonym do niego potwierdzeniem wniesienia opłaty, o której mowa w ust. 3.

§ 36. Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu szkoleniowego, o którym mowa w art. 19g ust. 7 ustawy, określa załącznik nr 13 do rozporządzenia.

§ 37. Wzór umowy, o którym mowa w art. 19f ust. 2 pkt 10 ustawy, określa załącznik nr 14 do rozporządzenia.

§ 38. 1. Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. PES, do którego zgłoszenie nastąpiło przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia, przeprowadza się według zasad określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 39. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2021 r.[3)]

MINISTER ZDROWIA

[3)] Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602), który traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załączniki
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia … (poz. …)

Załącznik nr 1

WYKAZ SPECJALIZACJI LEKARSKICH I LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH*

1. Wykaz specjalizacji lekarskich:

1) alergologia (0731);
2) anestezjologia i intensywna terapia (0701);
3) angiologia (0732);
4) audiologia i foniatria (0733);
5) balneologia i medycyna fizykalna (0734);
6) chirurgia dziecięca (0702);
7) chirurgia klatki piersiowej (0735);
8) chirurgia naczyniowa (0736);
9) chirurgia ogólna (0703);
10) chirurgia onkologiczna (0737);
11) chirurgia plastyczna (0738);
12) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
13) choroby płuc (0739);
14) choroby płuc dzieci (0792);
15) choroby wewnętrzne (0705);
16) choroby zakaźne (0706);
17) dermatologia i wenerologia (0707);
18) diabetologia (0740);
19) diagnostyka laboratoryjna (0708);
20) endokrynologia (0741);
21) endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799);
22) endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);
23) epidemiologia (0710);
24) farmakologia kliniczna (0742);
25) gastroenterologia (0743);

26) gastroenterologia dziecięca (0797);
27) genetyka kliniczna (0709);
28) geriatria (0744);
29) ginekologia onkologiczna (0787);
30) hematologia (0745);
31) hipertensjologia (0788);
32) immunologia kliniczna (0746);
33) intensywna terapia (0801);
34) kardiochirurgia (0747);
35) kardiologia (0748);
36) kardiologia dziecięca (0762);
37) medycyna lotnicza (0793);
38) medycyna morska i tropikalna (0794);
39) medycyna nuklearna (0749);
40) medycyna paliatywna (0750);
41) medycyna pracy (0711);
42) medycyna ratunkowa (0712);
43) medycyna rodzinna (0713);
44) medycyna sądowa (0714);
45) medycyna sportowa (0751);
46) mikrobiologia lekarska (0716);
47) nefrologia (0752);
48) nefrologia dziecięca (0798);
49) neonatologia (0753);
50) neurochirurgia (0717);
51) neurologia (0718);
52) neurologia dziecięca (0763);
53) neuropatologia (0789);
54) okulistyka (0719);
55) onkologia i hematologia dziecięca (0755);
56) onkologia kliniczna (0754);
57) ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);
58) otorynolaryngologia (0721);

59) otorynolaryngologia dziecięca (0790);
60) patomorfologia (0722);
61) pediatria (0723);
62) pediatria metaboliczna (0795);
63) perinatologia (0800);
64) położnictwo i ginekologia (0724);
65) psychiatria (0725);
66) psychiatria dzieci i młodzieży (0756);
67) radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);
68) radioterapia onkologiczna (0727);
69) rehabilitacja medyczna (0728);
70) reumatologia (0757);
71) seksuologia (0758);
72) toksykologia kliniczna (0759);
73) transfuzjologia kliniczna (0760);
74) transplantologia kliniczna (0761);
75) urologia (0729);
76) urologia dziecięca (0791);
77) zdrowie publiczne (0730).

2. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych:

1) chirurgia stomatologiczna (0781);
2) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
3) ortodoncja (0782);
4) periodontologia (0783);
5) protetyka stomatologiczna (0784);
6) stomatologia dziecięca (0785);
7) stomatologia zachowawcza z endodoncją (0786);
8) epidemiologia (0710);
9) zdrowie publiczne (0730).

*Oznaczenie zawarte obok nazwy specjalizacji oznacza czterocyfrowy kod specjalności.

Załącznik nr 2

WYKAZ MODUŁÓW PODSTAWOWYCH WŁAŚCIWYCH DLA DANEGO SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

1) moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej;
2) moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych;
3) moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii;
4) moduł podstawowy w zakresie patomorfologii;
5) moduł podstawowy w zakresie pediatrii.

Załącznik nr 3

WYKAZ SPECJALIZACJI POSIADAJĄCYCH WSPÓLNY MODUŁ PODSTAWOWY

1. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:

1) chirurgia klatki piersiowej;
2) chirurgia naczyniowa;
3) chirurgia ogólna;
4) chirurgia onkologiczna;
5) chirurgia plastyczna.

2. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:

1) alergologia;
2) angiologia;
3) balneologia i medycyna fizykalna;
4) choroby płuc;
5) choroby wewnętrzne;
6) diabetologia;
7) endokrynologia;
8) gastroenterologia;
9) geriatria;
10) hematologia;
11) immunologia kliniczna;
12) kardiologia;
13) medycyna lotnicza;
14) medycyna morska i tropikalna;
15) medycyna paliatywna;
16) medycyna pracy;
17) nefrologia;
18) onkologia kliniczna;
19) reumatologia;
20) toksykologia kliniczna;

21) transfuzjologia kliniczna.

3. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii:

1) audiologia i foniatria;
2) otorynolaryngologia;
3) otorynolaryngologia dziecięca.

4. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie patomorfologii:

1) neuropatologia;
2) patomorfologia.

5. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:

1) choroby płuc dzieci;
2) endokrynologia i diabetologia dziecięca;
3) gastroenterologia dziecięca;
4) kardiologia dziecięca;
5) nefrologia dziecięca;
6) neonatologia;
7) onkologia i hematologia dziecięca;
8) pediatria;
9) pediatria metaboliczna.

Załącznik nr 4

WYKAZ MODUŁÓW JEDNOLITYCH WŁAŚCIWYCH DLA DANEGO SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

1. Dla specjalizacji lekarskich:

1) anestezjologia i intensywna terapia;
2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
3) chirurgia dziecięca;
4) choroby zakaźne;
5) dermatologia i wenerologia;
6) diagnostyka laboratoryjna;
7) epidemiologia;
8) farmakologia kliniczna;
9) genetyka kliniczna;
10) kardiochirurgia;
11) medycyna nuklearna;
12) medycyna ratunkowa;
13) medycyna rodzinna;
14) medycyna sądowa;
15) medycyna sportowa;
16) mikrobiologia lekarska;
17) neurochirurgia;
18) neurologia;
19) neurologia dziecięca;
20) okulistyka;
21) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
22) położnictwo i ginekologia;
23) psychiatria;
24) psychiatria dzieci i młodzieży;
25) radiologia i diagnostyka obrazowa;
26) radioterapia onkologiczna;
27) rehabilitacja medyczna;
28) urologia;

29) zdrowie publiczne.

2. Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:

1) chirurgia stomatologiczna;
2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
3) ortodoncja;
4) periodontologia;
5) protetyka stomatologiczna;
6) stomatologia dziecięca;
7) stomatologia zachowawcza z endodoncją;
8) epidemiologia;
9) zdrowie publiczne.

Załącznik nr 5

WYKAZ SPECJALIZACJI Z UWZGLĘDNIENIEM MODUŁÓW LUB SPECJALIZACJI WYMAGANYCH DO ICH ZREALIZOWANIA ORAZ MINIMALNY CZAS ICH TRWANIA

Lp.	Specjalizacja	Moduł jednolity i minimalny czas jego trwania	Moduł podstawowy i czas jego trwania lub wymagana specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty	Moduł specjalistyczny i minimalny czas jego trwania	Łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
1	2	3	4	5	6
I. Wykaz specjalizacji lekarskich					
1.	Alergologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Alergologia – 2 lata	5 lat
2.	Anestezjologia i intensywna terapia	Anestezjologia i intensywna terapia – 6 lat	–	–	6 lat
3.	Angiologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Angiologia – 2 lata	5 lat
4.	Audiologia i foniatria	–	Otorynolaryngologia – 2 lata	Audiologia i foniatria – 3 lata	5 lat

5.	Balneologia i medycyna fizykalna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Balneologia i medycyna fizykalna – 2 lata	5 lat
6.	Chirurgia dziecięca	Chirurgia dziecięca – 6	–	–	6 lat
7.	Chirurgia klatki piersiowej	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia klatki piersiowej – 4 lata	6 lat
8.	Chirurgia naczyniowa	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia naczyniowa – 4 lata	6 lat
9.	Chirurgia ogólna	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia ogólna – 4 lata	6 lat
10.	Chirurgia onkologiczna	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia onkologiczna – 4 lata	6 lat
11.	Chirurgia plastyczna	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia plastyczna – 4 lata	6 lat
12.	Chirurgia szczękowo–twarzowa	Chirurgia szczękowo–twarzowa – 6 lat	–	–	6 lat
13.	Choroby płuc	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Choroby płuc – 2 lata	5 lat
14.	Choroby płuc	–	Pediatria – 3	Choroby płuc	5 lat

	dzieci		lata	dzieci – 2 lata	
15.	Choroby wewnętrzne	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Choroby wewnętrzne – 2 lata	5 lat
16.	Choroby zakaźne	Choroby zakaźne – 5 lat	–	–	5 lat
17.	Dermatologia i wenerologia	Dermatologia i wenerologia – 5 lat	–	–	5 lat
18.	Diabetologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Diabetologia – 2 lata	5 lat
19.	Diagnostyka laboratoryjna	Diagnostyka laboratoryjna – 5 lat	–	–	5 lat
20.	Endokrynologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Endokrynologia – 2 lata	5 lat
21.	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość – 2 lata	7 lat
22.	Endokrynologia i diabetologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Endokrynologia i diabetologia dziecięca – 2	5 lat

				lata	
23.	Epidemiologia	Epidemiologia – 4 lata	–	–	4 lata
24.	Farmakologia kliniczna	Farmakologia kliniczna – 4 lata	–	–	4 lata
25.	Gastroenterologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Gastroenterologia – 3 lata	6 lat
26.	Gastroenterologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Gastroenterologia dziecięca – 3 lata	6 lat
27.	Genetyka kliniczna	Genetyka kliniczna – 4 lata	–	–	4 lata
28.	Geriatria	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Geriatria – 2 lata	5 lat
29.	Ginekologia onkologiczna	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Ginekologia onkologiczna – 2 lata	7 lat
30.	Hematologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Hematologia – 3 lata	6 lat
31.	Hipertensjologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł	Hipertensjologia – 2 lata	7 lat

			specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej lub pediatrii – 5 lat		
32.	Immunologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Immunologia kliniczna – 2 lata	5 lat
33.	Intensywna terapia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób	Intensywna terapia – 2 lata	7–8 lat

			zakaźnych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, neurologii dziecięcej, pediatrii lub toksykologii klinicznej – 5–6 lat		
34.	Kardiochirurgia	Kardiochirurgia – 6 lat	–	–	6 lat
35.	Kardiologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Kardiologia – 3 lata	6 lat
36.	Kardiologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Kardiologia dziecięca – 3 lata	6 lat
37.	Medycyna lotnicza	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna lotnicza – 2 lata	5 lat
38.	Medycyna morska i tropikalna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna morska i tropikalna – 2 lata	5 lat

39.	Medycyna nuklearna	Medycyna nuklearna – 5 lat	–	–	5 lat
40.	Medycyna paliatywna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna paliatywna – 2 lata	5 lat
41.	Medycyna pracy	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna pracy – 2 lata	5 lat
42.	Medycyna ratunkowa	Medycyna ratunkowa – 5 lat	–	–	5 lat
43.	Medycyna rodzinna	Medycyna rodzinna – 4 lata	–	–	4 lata
44.	Medycyna sądowa	Medycyna sądowa – 5 lat	–	–	5 lat
45.	Medycyna sportowa	Medycyna sportowa – 5 lat	–	–	5 lat
46.	Mikrobiologia lekarska	Mikrobiologia lekarska – 4 lata	–	–	4 lata
47.	Nefrologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Nefrologia – 2 lata	5 lat
48.	Nefrologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Nefrologia dziecięca – 2 lata	5 lat
49.	Neonatologia	–	Pediatria – 3 lata	Neonatologia – 2 lata	5 lat
50.	Neurochirurgia	Neurochirurgia – 6 lat	–	–	6 lat

51.	Neurologia	Neurologia – 5 lat	–	–	5 lat
52.	Neurologia dziecięca	Neurologia dziecięca – 5 lat	–	–	5 lat
53.	Neuropatologia	–	Patomorfologia – 3 lata	Neuropatologia – 2 lata	5 lat
54.	Okulistyka	Okulistyka – 5 lat	–	–	5 lat
55.	Onkologia i hematologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Onkologia i hematologia dziecięca – 3 lata	6 lat
56.	Onkologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Onkologia kliniczna – 3 lata	6 lat
57.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 6 lat	–	–	6 lat
58.	Otorynolaryngologia	–	Otorynolaryngologia – 2 lata	Otorynolaryngologia – 4 lata	6 lat
59.	Otorynolaryngologia dziecięca	–	Otorynolaryngologia –2 lata	Otorynolaryngologia dziecięca – 4 lata	6 lat
60.	Patomorfologia	–	Patomorfologia – 3 lata	Patomorfologia – 2 lata	5lat
61.	Pediatria	–	Pediatria – 3 lata	Pediatria – 2 lata	5 lat

62.	Pediatria metaboliczna	–	Pediatria – 3 lata	Pediatria metaboliczna – 2 lata	5 lat
63.	Perinatologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Perinatologia – 2 lata	7 lat
64.	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia – 5 lat	–	–	5 lat
65.	Psychiatria	Psychiatria – 5 lat	–	–	5 lat
66.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria dzieci i młodzieży – 5 lat	–	–	5 lat
67.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radiologia i diagnostyka obrazowa – 5 lat	–	–	5 lat
68.	Radioterapia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna – 5 lat	–	–	5 lat
69.	Rehabilitacja medyczna	Rehabilitacja medyczna – 5 lat	–	–	5 lat
70.	Reumatologia	–	Choroby wewnętrzne –	Reumatologia	5 lat

			3 lata	– 2 lata	
71.	Seksuologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych neurologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży – 5 lat	Seksuologia – 2 lata	7 lat
72.	Toksykologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Toksykologia kliniczna – 2 lata	5 lat
73.	Transfuzjologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Transfuzjologia kliniczna – 2 lata	5 lat
74.	Transplantologia kliniczna	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii	Transplantologia kliniczna – 2 lata	7 – 10 lat

			ogólnej, chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, hematologii, kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, pediatrii, urologii, urologii dziecięcej – 5–8 lat		
75.	Urologia	Urologia – 6 lat	–	–	6 lat
76.	Urologia dziecięca	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub urologii – 6 lat	Urologia dziecięca – 2 lata	8 lat

77.	Zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne – 4 lata	–	–	4 lata
II. Wykaz specjalizacji lekarsko–dentystycznych					
1.	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna – 4 lata	–	–	4 lata
2.	Chirurgia szczękowo–twarzowa	Chirurgia szczękowo–twarzowa – 6 lat	–	–	6 lat
3.	Ortodoncja	Ortodoncja – 3 lata	–	–	3 lata
4.	Periodontologia	Periodontologia – 3 lata	–	–	3 lata
5.	Protetyka stomatologiczna	Protetyka stomatologiczna – 3 lata	–	–	3 lata
6.	Stomatologia dziecięca	Stomatologia dziecięca – 3 lata	–	–	3 lata
7.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	Stomatologia zachowawcza z endodoncją – 3 lata	–	–	3 lata
8.	Epidemiologia	Epidemiologia – 4 lata	–	–	4 lata
9.	Zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne – 4 lata	–	–	4 lata

Załącznik nr 6

WYKAZ SPECJALIZACJI, W KTÓRYCH MOŻNA UZYSKAĆ TYTUŁ SPECJALISTY W DANEJ DZIEDZINIE MEDYCYNY PO ZREALIZOWANIU PROGRAMU SPECJALIZACJI WŁAŚCIWEGO DLA LEKARZA POSIADAJĄCEGO ODPOWIEDNIĄ SPECJALIZACJĘ I LUB II STOPNIA LUB TYTUŁ SPECJALISTY W ODPOWIEDNIEJ DZIEDZINIE MEDYCYNY ALBO ZREALIZOWANY I ZALICZONY ODPOWIEDNI MODUŁ PODSTAWOWY

Lp.	Specjalizacje, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty	Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację I stopnia	Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny	Moduł podstawowy, który lekarz zrealizował i zaliczył
1	2	3	4	5
I. Wykaz specjalizacji lekarskich				
1.	Alergologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Otolaryngologia Otorynolaryngologia	Otorynolaryngologia Pediatria

			Pediatria	
2.	Anestezjologia i intensywna terapia	Anestezjologia i intensywna terapia	–	–
3.	Angiologia	–	Chirurgia naczyniowa Choroby wewnętrzne	–
4.	Audiologia i foniatria	Laryngologia Otolaryngologia	Audiologia Foniatria Laryngologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngologia Otorynolaryngologia dziecięca	–
5.	Balneologia i medycyna fizykalna	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria	Alergologia Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby płuc Choroby płuc	Chirurgia ogólna Otorynolaryngologia Pediatria

			dzieci Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna ogólna Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Neurologia Neurologia dziecięca Neurochirurgia Okulistyka Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngol	

			ogia Otorynolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Rehabilitacja medyczna Reumatologia Reumatologia dziecięca Urologia Urologia dziecięca	
6.	Chirurgia dziecięca	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna	–
7.	Chirurgia klatki piersiowej	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
8.	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna	–
9.	Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia onkologiczna	–

10.	Chirurgia onkologiczna	Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
11.	Chirurgia plastyczna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
12.	Chirurgia szczękowo–twarzowa	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Otolaryngologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Otolaryngologia Otorynolaryngologia	Chirurgia ogólna Otorynolaryngologia
13.	Choroby płuc	Choroby płuc Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne	–
14.	Choroby płuc dzieci	Choroby płuc Pediatria	Choroby płuc Pediatria	–
15.	Choroby wewnętrzne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Transfuzjologia	Choroby płuc Transfuzjologia kliniczna	–
16.	Choroby zakaźne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna	Choroby wewnętrzne Pediatria

		zakaźne Medycyna ogólna Pediatria	ogólna Pediatria	
17.	Dermatologia i wenerologia	Dermatologia i wenerologia	–	–
18.	Diabetologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Pediatria
19.	Diagnostyka laboratoryjna	Analityka kliniczna Diagnostyka laboratoryjna Farmakologia Toksykologia	Farmakologia Farmakologia kliniczna Toksykologia Toksykologia kliniczna	–
20.	Endokrynologia	Choroby wewnętrzne	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Położnictwo i ginekologia	–
21.	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	–	Położnictwo i ginekologia	–
22.	Endokrynologia i diabetologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–

23.	Epidemiologia	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Otorynolaryngologia Pediatria
24.	Farmakologia kliniczna	–	Anestezjologia i intensywna terapia Chemioterapia nowotworów Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby zakaźne Farmakologia Neurologia Neurologia dziecięca Onkologia kliniczna	–

			Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	
25.	Gastroenterologia	Choroby wewnętrzne	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne	–
26.	Gastroenterologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
27.	Genetyka kliniczna	Choroby wewnętrzne Neurologia Pediatria Położnictwo i ginekologia	Choroby wewnętrzne Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia	Choroby wewnętrzne Pediatria
28.	Geriatria	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Neurologia	–

29.	Ginekologia onkologiczna	–	Położnictwo i ginekologia	–
30.	Hematologia	–	Choroby wewnętrzne	–
31.	Hipertensjologia	–	Choroby wewnętrzne Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca Pediatria	–
32.	Immunologia kliniczna	–	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Onkologia kliniczna Pediatria Położnictwo i ginekologia	Pediatria
33.	Intensywna terapia	–	Chirurgia dziecięca	–

			Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia naczyniowa Chirurgia ogólna Chirurgia onkologiczna Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca Neonatologia Neurochirurgia Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Toksykologia	

			kliniczna	
34.	Kardiochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
35.	Kardiologia	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne	–
36.	Kardiologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
37.	Medycyna lotnicza	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Medycyna transportu	–
38.	Medycyna morska i tropikalna	Choroby wewnętrzne Medycyna morska i tropikalna Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Medycyna transportu	–
39.	Medycyna nuklearna	Choroby wewnętrzne Medycyna nuklearna Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
40.	Medycyna paliatywna	Choroby wewnętrzne Pediatria	Anestezjologia i intensywna terapia	Pediatria

			Audiologia Audiologia i foniatria Balneoklimatologia i medycyna fizykalna Balneologia i medycyna fizykalna Chemioterapia nowotworów Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia ogólna Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Chirurgia szczękowa Chirurgia szczękowo–twarzowa Choroby płuc Choroby płuc dzieci	

			Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Farmakologia kliniczna Foniatria Geriatria Kardiochirurgia Kardiologia Kardiologia dziecięca Medycyna lotnicza Medycyna morska i tropikalna Medycyna nuklearna Medycyna ogólna Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna	

			rodzinna Medycyna sportowa Medycyna transportu Neonatologia Neurochirurgia Neurochirurgia i neurotraumatologia Neurologia Neurologia dziecięca Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngologia Otorynolaryngol	

			ogia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży Radioterapia onkologiczna Rehabilitacja medyczna Reumatologia Reumatologia dziecięca Seksuologia Transfuzjologia kliniczna Urologia Urologia dziecięca	
41.	Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna morska i	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna morska i	–

		tropikalna Medycyna ogólna Medycyna pracy	tropikalna Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Medycyna sportowa Medycyna transportu	
42.	Medycyna ratunkowa	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Ortopedia i traumatologia Pediatria	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria
43.	Medycyna rodzinna	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Pediatria

		Pediatria Położnictwo i ginekologia	Medycyna pracy Pediatria Położnictwo i ginekologia	
44.	Medycyna sądowa	Medycyna sądowa Patomorfologia	Patomorfologia	Patomorfologia
45.	Medycyna sportowa	Choroby wewnętrzne Pediatria	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria Rehabilitacja medyczna	Chirurgia ogólna Pediatria
46.	Mikrobiologia lekarska	Mikrobiologia	–	–
47.	Nefrologia	Choroby	Choroby	–

		wewnętrzne	wewnętrzne	
48.	Nefrologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
49.	Neonatologia	Pediatria	Pediatria	–
50.	Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
51.	Neurologia	Neurologia	–	–
52.	Neurologia dziecięca	Pediatria	Pediatria Psychiatria dzieci i młodzieży Neurologia	Pediatria
53.	Neuropatologia	Neurologia Patomorfologia	Neurologia Patomorfologia	–
54.	Okulistyka	Okulistyka	–	–
55.	Onkologia i hematologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
56.	Onkologia kliniczna	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna	Chemioterapia nowotworów Choroby płuc Choroby wewnętrzne	Pediatria

		Pediatria Radioterapia onkologiczna	Medycyna ogólna Pediatria Radioterapia onkologiczna	
57.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Ortopedia i traumatologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
58.	Otorynolaryngologia	Laryngologia Otolaryngologia	–	–
59.	Otorynolaryngologia dziecięca	Laryngologia Otolaryngologia	Otolaryngologia Otorynolaryngologia	–
60.	Patomorfologia	Patomorfologia Medycyna sądowa	Medycyna sądowa Neuropatologia	–
61.	Pediatria	Pediatria	Neonatologia Neurologia dziecięca	–
62.	Pediatria metaboliczna	Pediatria	Pediatria	–
63.	Perinatologia	–	Położnictwo i ginekologia	–

64.	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia	–	–
65.	Psychiatria	Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria dzieci i młodzieży	–
66.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria Neurologia dziecięca	–
67.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radiodiagnostyka	–	–
68.	Radioterapia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna	–	–
69.	Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Neurologia Ortopedia i traumatologia Pediatria Rehabilitacja ogólna Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Chirurgia dziecięca Medycyna pracy Medycyna sportowa Neurologia Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	–

			Pediatria	
70.	Reumatologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Pediatria
71.	Seksuologia	–	Choroby wewnętrzne Neurologia Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	–
72.	Toksykologia kliniczna	Choroby wewnętrzne Pediatria	Anestezjologia i intensywna terapia Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Pediatria Toksykologia	Pediatria
73.	Transfuzjologia kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Analityka kliniczna Chirurgia ogólna	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca	Chirurgia ogólna Otorynolaryngologia Pediatria

		Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Medycyna pracy Mikrobiologia Neurochirurgia Neurologia Okulistyka Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Transfuzjologia	Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Kardiologia Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Mikrobiologia Mikrobiologia lekarska Neurochirurgia Neurochirurgia i neurotraumatol	

			ogia Neurologia Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngologia Otorynolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Urologia	
74.	Transplantologia kliniczna	–	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia	–

			dziecięca Chirurgia ogólna Chirurgia klatki piersiowej Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Hematologia Kardiochirurgia Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca Onkologia i hematologia dziecięca Pediatria Urologia Urologia dziecięca	
75.	Urologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna

76.	Urologia dziecięca	–	Chirurgia dziecięca Urologia	–
77.	Zdrowie publiczne	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Otorynolaryngologia Pediatria
II. Wykaz specjalizacji lekarsko–dentystycznych				
1.	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
2.	Chirurgia szczękowo–twarzowa	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna	–
3.	Ortodoncja	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
4.	Periodontologia	Chirurgia stomatologiczna Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
5.	Protetyka stomatologiczna	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–	–

			dentystyczne	
6.	Stomatologia dziecięca	Stomatologia dziecięca Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
7.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
8.	Epidemiologia	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–
9.	Zdrowie publiczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko–dentystyczne	–

Załącznik nr 7

REGULAMIN POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

(do opracowania na późniejszym etapie)

Załącznik nr 8

WZÓR

OŚWIADCZENIE CZŁONKA ZESPOŁU EGZAMINACYJNEGO

1. Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie ……
2. Numer PESEL[1)]…….……

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż nie jestem:

1) małżonkiem,
2) osobą pozostającą w stosunku:
   a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
   b) przysposobienia,
3) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
4) osobą pozostającą w stosunku zależności służbowej

osoby przystępującej do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie w sesji wiosennej/jesiennej[2)] …….. r., składanego przed Zespołem Egzaminacyjnym, do którego zostałam/em wyznaczona/y.

Oświadczam również, że nie zostałam/em skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadoma(-my) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.[3)]

Równocześnie zobowiązuję się poinformować Dyrektora CEM o wszelkich zmianach okoliczności, które wpływałyby na moją bezstronność, a które nastąpiłyby do dnia egzaminu. Zawiadomienie przekażę niezwłocznie po zaistnieniu tych okoliczności.

Data ……..

Czytelny podpis osoby składającejoświadczenie ……..

[1)] W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

[2)] Niepotrzebne skreślić.

[3)] W związku z art. 16w ust. 4 w zw. art. 14b ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.)

Załącznik nr 9

WSPÓŁCZYNNIKI PRZELICZEŃ PROCENTOWYCH POPRAWNYCH ODPOWIEDZI NA SKALĘ OCEN EGZAMINU TESTOWEGO PAŃSTWOWEGO EGZAMINU SPECJALIZACYJNEGO

Lp.	Odsetek maksymalnej liczby punktów	Ocena
1	≥ 90%	5
2	≥ 82% i <90%	4,5
3	≥ 75% i <82%	4
4	≥ 68% i <75%	3,5
5	≥ 60% i <68%	3
6	< 60%	2

Załącznik nr 10

PRZELICZNIKI OCEN KOŃCOWYCH PAŃSTWOWEGO EGZAMINU SPECJALIZACYJNEGO

Lp.	Ocena	Przelicznik
1	(5) bardzo dobry	od 4,76 do 5,0
2	(4,5) dobry plus	od 4,26 do 4,75
3	(4) dobry	od 3,76 do 4,25
4	(3,5) dostateczny plus	od 3,26 do 3,75
5	(3) dostateczny	do 3,25
6	(2) niedostateczny	do 2,75

Załącznik nr 11

WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan …….. urodzona/y ……..
w……..
posiadająca/y obywatelstwo…….……
oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr …….. wydane przez ……..
w dniu …… po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana…….
i spełnieniu przesłanek określonych w art. 16ra ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.)
uzyskał/a tytuł specjalisty w dziedzinie ……..

pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych ……

podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych ……..

miejsce i data wydania dyplomu ……..

numer dyplomu ……

Załącznik nr 12

WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan …….. urodzona/y ……..
w……..
posiadająca/y obywatelstwo…….
oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr …….. wydane przez …….
w dniu …… po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana…….
i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z oceną …….
w dniu …….. przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.)
uzyskał/a tytuł specjalisty w dziedzinie ……..

pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych ……

podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych ……..

miejsce i data wydania dyplomu ……..

numer dyplomu ……

Załącznik nr 13

–WZÓR–

POTWIERDZENIE UKOŃCZENIA KURSU

Pani/Pan (imię i nazwisko) ……

posiadająca/y prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr ……

w dniach/dniu (data rozpoczęcia i zakończenia kursu) ……....

odbył/a kurs (tytuł kursu) ……

……..……

organizowany przez (nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej) ……

……..

Prowadzący: (imię, nazwisko i adres osoby, która przeprowadziła kurs specjalizacyjny)

……

……..……

Kierownik naukowy kursu: (imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy lub stopień naukowy, lub tytuł naukowy osoby, która była kierownikiem naukowym kursu specjalizacyjnego)

……..……

……

numer dokumentu ……

Załącznik nr 14

WZÓR

Umowy pomiędzy jednostką akredytowaną do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego a jednostką prowadzącą staż kierunkowy

(do opracowania na późniejszym etapie)

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Przedmiotową problematykę regulowało poprzednio rozporządzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602). Niniejszy projekt uwzględnia regulacje ustawy związane z wprowadzeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), w tym Elektronicznej Karty Szkolenia (EKS).

Projekt rozporządzenia realizuje także wytyczne z art. 16x ust. 1 pkt 5a, 5b, 5c, oraz pkt 13–16 ustawy, które zostały wprowadzone ustawą zmieniającą i nie są przedmiotem regulacji obecnie obowiązującego rozporządzenia.

Zgodnie z powyższym w projekcie rozporządzenia określono tryb unieważniania pytań testowych z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES).

Projekt rozporządzenia ustala wynagrodzenie członków i przewodniczącego Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, zwanej dalej „PKE”, na 200 zł za posiedzenie dla członka komisji egzaminacyjnej i 400 zł za posiedzenie dla przewodniczącego komisji egzaminacyjnej. Wskazane kwoty są zgodne z dyspozycją art. 16u ust. 7 pkt 1 ustawy. Zgodnie z projektowanym przepisem wynagrodzenie członków komisji wzrośnie o 70 zł za posiedzenia, a przewodniczących komisji o 100 zł za posiedzenie, względem poprzednio obowiązującego stanu prawnego. Tym samym wynagrodzenia członków komisji i przewodniczących komisji egzaminacyjnej nie będą znacznie różniły się od wynagrodzeń członków komisji i przewodniczących komisji Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko Dentystycznego Egzaminu Końcowego, które zgodnie z rozporządzaniem Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 1877) wynoszą 500 zł za posiedzenie dla przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego i 250 zł za posiedzenie dla członka Zespołu Egzaminacyjnego. Szacuje się, że koszty podniesienia wynagrodzeń dla członków i przewodniczących komisji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, będą wynosić ok. 300 tys. zł rocznie.

Projekt rozporządzenia wprowadza również współczynniki przeliczeń procentowego wyniku egzaminu testowego PES na ocenę (załącznik nr 12) oraz przelicznik ocen końcowych

z PES (załącznik nr 13). Ponadto w projekcie określono tryb wydawania przez dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej „CEM”, duplikatu i odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie tych dokumentów.

Do projektu rozporządzenia wprowadzono także przepisy regulujące tryb dokonywania przez Dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie tej korekty.

Projekt określa również wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu szkoleniowego (załącznik nr 16), o którym mowa w art. 19g ust. 7 ustawy.

Projekt rozporządzenia ustala także wysokość wynagrodzenia dla członków zespołów kontrolnych za wykonanie czynności kontrolnych, o którym mowa w art. 19i ust. 12 pkt 1 ustawy, na poziomie 300 zł. Wskazana kwota jest kwotą maksymalną, jaka można przyznać za ww. czynności jednak na podstawie praktyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, można stwierdzić, że ustalenie jej na niższym poziomie znacznie utrudni, a być może uniemożliwi znalezienie ekspertów chętnych do prowadzenia czynności kontrolnych. Obecnie CMKP wypłaca wynagrodzenia dla członków zespołów kontrolnych na podstawie art. 19i ust. 12 pkt 1 ustawy. Jak wskazuje CMKP rocznie wykonuje się ok 40–50 kontroli, o których mowa w art. 19i ustawy. Łączne koszty wynagrodzenia dla zewnętrznych członków (spoza pracowników CMKP) komisji kontrolnych wynoszą rocznie ok. 5 tys. zł, zatem CMKP może je pokryć w ramach środków własnych, jak obecnie.

Zmieniono również zasady ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy cudzoziemców. Zgodnie z treścią § 4 ust. 8 i 9 poprzednio obowiązującego rozporządzenia tylko wąska grupa cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, tj. cudzoziemcy posiadający zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, była zobowiązana do uzyskania zgodny Ministra Zdrowia na odbywanie przez nich szkolenia specjalizacyjnego. Wskazani cudzoziemcy powyższą zgodę zobowiązani byli uzyskać po zakwalifikowaniu się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, obowiązującego obywateli polskich przeprowadzanego przez poszczególnych wojewodów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Odmienne traktowanie cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, posiadających zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wynikało z art. 16h ust. 3 ustawy w zw. z art. 43 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 25 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, z późn. zm.). Ustawa z dnia 25 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym utraciła moc z dniem 1 października 2018 r. Jednocześnie utracił moc obowiązującą art. 43 ust. 2 tej ustawy, określający kategorie cudzoziemców, którzy

mogą podejmować i odbywać studia, szkolenie w szkołach doktorskich oraz inne formy kształcenia na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Obecnie kwestie zasad odbywania studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi reguluje art. 323 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.), zwanej dalej „POSWIN", zatem na zasadach określonych w tym przepisie (zgodnie z odwołaniem zawartym w art. 16h ust. 3 ustawy) lekarz cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej może odbywać szkolenie specjalizacyjne. W związku z powyższym każdy cudzoziemiec niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej (nie jak dotychczas tylko cudzoziemiec posiadających zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) może odbywać szkolenie specjalizacyjne tylko w przypadku istnienia podstawy z art. 323 ust. 1 POSWIN. Zatem koniecznym jest umożliwienie lekarzom cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej uzyskania możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez określenie procedury wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji zawierającej zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, gdyż pozostałe podstawy do rozpoczęcia kształcenia wymienione w art. 323 ust. 1 POSWIN nie mają zastosowania przy ubieganiu się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego. W projektowanym rozporządzeniu wprowadzono również uproszczony względem poprzedniego wzór wniosku o wyrażenie zgody przez ministra właściwego do spraw zdrowia na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy cudzoziemców spoza Unii Europejskiej.

W projekcie wprowadzono również regulację w zakresie terminu na skierowanie lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W obecnym stanie prawnym wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, natomiast przedmiotowy projekt przedłuża ten termin do 30 dni. Powyższe podyktowane jest faktem, że w województwach gdzie jest duża liczba osób zakwalifikowanych oraz w województwach, gdzie późno wydawane są numery prawa wykonywania zawodu przez odpowiednie Okręgowe Izby Lekarskie, jest problem przy wydawaniu skierowań w 15–dniowym terminie.

Ponadto wprowadza się regulację pozwalającą na wydłużenie wyżej wskazanego terminu na skierowanie lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez wojewodę w przypadku cudzoziemca spoza Unii Europejskiej zakwalifikowanego do odbywania szkolenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego w trakcie procedury ubiegania się o zezwolenie na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W takim przypadku proponuje

się, aby wojewoda kierował cudzoziemca spoza Unii Europejskiej do odbywania szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie po uzyskaniu przez niego zezwolenia na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i spełnieniu pozostałych przesłanek ustawowych, jednak nie później niż w ciągu 6 miesięcy od jego zakwalifikowania.

Wprowadzenie tego rozwiązania jest konieczne ze względu na fakt, że proces uzyskania zezwolenia na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (postępowanie prowadzone przez wojewodów lub konsulów) przez cudzoziemców jest czasochłonny i uzyskanie ww. zezwolenia przez cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w kraju, w terminie 30 dni nie jest możliwe. Opisana sytuacja skutkuje tym, że okręgowa rada lekarska nie może wydać cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, nawet po jego zakwalifikowaniu do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w kraju, a wojewoda nie może skierować cudzoziemca spoza Unii Europejskiej zakwalifikowanego do szkolenia specjalizacyjnego w kraju z powodu braku prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Z uwagi na powyższe wprowadzenie proponowanych zmian jest niezbędne.

Ponadto na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej postanowiono uznać specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej za specjalizację jednolitą tzn. specjalizację, w której szkolenie nie będzie podzielone na dwa moduły a będzie składać się z modułu jednolitego.

W § 38 zostały zawarte przepisy przejściowe zgodnie, z którymi:

1) do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe;

2) PES, do którego zgłoszenie nastąpiło przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia, przeprowadza się według zasad określonych w niniejszym rozporządzeniu.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia projektu właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Przedmiotowa regulacja nie wywiera wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Jednocześnie należy wskazać, że brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do wydania projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki, telefon: 22 63-49-858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.11.2019 r. **Źródło:** art. 16 x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** **MZ …..**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Obowiązujące rozporządzenie obejmujące całość tematyki dotyczącej specjalizacji lekarza i lekarza dentysty wydane zostało na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą". Zgodnie z techniką legislacyjną podstawa do wydania rozporządzenia winna być jednolita, co zostało uwzględnione w niniejszym projekcie rozporządzenia. Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą zmieniającą", wprowadzono System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), za pomocą którego od dnia 1 maja 2017 r. jest prowadzony nabór na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów oraz dokumentowanie przebiegu tego szkolenia,. W SMK odnotowuje się wszystkie najważniejsze procesy szkolenia specjalizacyjnego, w tym w Elektronicznej Karcie Szkolenia (EKS), w związku z tym niezbędne jest dostosowanie tego systemu do treści nowelizowanej ustawy, która w swoim projekcie uwzględnia od lat postulowane przez środowisko młodych lekarzy i samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów propozycje zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. W związku z tym, że nowelizowana ustawa wprowadza m.in. nowe zasady kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne i sposób jego odbywania, możliwość uzyskania przez lekarzy przystępujących do rezydentury dodatkowych punktów na potrzeby list rankingowych, istnieje konieczność dostosowania treści obu tych aktów prawnych.

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

Wydanie nowego rozporządzenia na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 16x ust. 1 ustawy ma za zadanie dostosować przepisy nowelizowanej ustawy i niniejszego rozporządzenia, w szczególności dostosowanie SMK oraz przebiegu kwalifikacji na szkolenie specjalizacyjne do nowych przepisów. W danym postępowaniu kwalifikacyjnym lekarz będzie składać nie więcej niż jeden wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego obejmujący nie więcej niż piętnaście wariantów wyboru zawierających co najmniej jedną dziedzinę medycyny ze wskazaniem województwa i trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Postępowanie kwalifikacyjne będzie się przeprowadzać zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego. Nowością będzie w przypadku lekarza występującego o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, przyznanie punktów dodatkowych za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych (5 punktów), publikacje w czasopismach naukowych aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.) (maksymalnie 5 punktów, w tym po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji), posiadanie dokumentu intencyjnego gwarantującego zatrudnienie w jednostce na czas szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim (5 punktów). W pozostałym zakresie przepisy są analogiczne, jak w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602).

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze	ok. 133 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów NRL	Potencjalna grupa lekarzy uprawnionych do przystąpienia do specjalizacji

Lekarze dentyści	ok 36 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów NRL	Potencjalna grupa lekarzy dentystów uprawnionych do przystąpienia do specjalizacji
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP)	1	CMKP	Prowadzenie konkursu na wolne miejsca specjalizacyjne. Prowadzanie kontroli szkolenia, uznawanie dorobku zawodowego i naukowego
Centrum Egzaminów Medycznych (CEM)	1	CEM	Przeprowadzanie egzaminów państwowych PES
Wojewodowie	16	Wojewodowie	Udział w postepowaniu kwalifikacyjnym
Konsultanci krajowi	84	Ministerstwo Zdrowia	Udział w egzaminach i zespołach
Kierownicy specjalizacji	14401	CMKP	Nadzorowanie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów

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

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone prekonsultacje.
Niniejszy projekt skierowany zostanie do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 30 dni do:

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
5) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowa NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;
17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;

28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego;
39) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z …… r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

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

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

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	6	*Łącznie (0-10)*
		-	-	-	-	-	-	-

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak wpływu.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli, ponieważ rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do ułatwienia przystępowania do szkolenia specjalizacyjnego, większej liczby specjalistów, a tym samym do zwiększenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne ponieważ rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do większej liczby specjalistów, a tym samym do zwiększenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych osobom starszym i niepełnosprawnym.						
Niemierzalne								

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

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

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie ułatwi lekarzom i lekarzom dentystom przez SMK procedowanie całości aplikowania na szkolenie specjalizacyjne w całym kraju, zwiększy dostępność do specjalistów różnych dziedzin medycyny, co wpłynie na poprawę zdrowia społeczeństwa i rozwój regionów.

11.Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

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

Przewiduje się coroczne poddawanie ocenie liczby lekarzy przystępujących do szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny.
1. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Brak.

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia

w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 17 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej;
2) kwalifikacje lekarzy i lekarzy dentystów stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

§ 2. Ustala się wykaz umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wykaz kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów stanowiący warunek ubiegania się o certyfikat w określonej umiejętności zawodowej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

MINISTER ZDROWIA

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. poz. 2269).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia … (poz. …)

Załącznik nr 1

WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY WRAZ Z KODAMI

Lp.	Nazwa umiejętności zawodowej	Kod umiejętności zawodowej
1	2	3
1		

Załącznik nr 2

WYKAZ KWALIFIKACJI LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY STANOWIĄCY WARUNEK UBIEGANIA SIĘ O CERTYFIKAT UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWEJ

Lp.	Nazwa umiejętności zawodowej	Kod umiejętności zawodowej	Dostępna dla lekarzy i lekarzy dentystów posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny	Dostępna dla innych lekarzy
1	2	3	4	5
1				

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 17 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Ustawa wprowadza nowe zasady i warunki certyfikacji umiejętności zawodowych. Konsekwencją tych przepisów jest także nowe brzmienie upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia określającego rodzaje umiejętności zawodowych wraz z przyporządkowanymi im kodami oraz wskazanie kwalifikacji zawodowych, które uprawniać będą do dopuszczenia lekarzy i lekarzy dentystów do uzyskania certyfikatu danej umiejętności zawodowej. Umiejętnościami zawodowymi określa się nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnościami udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Certyfikat umiejętności zawodowej będzie przyznawać towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym prowadzące działalność naukową od co najmniej 5 lat poprzedzających datę złożenia pierwszego wniosku o certyfikację danej umiejętności zawodowej albo państwowy instytut badawczy, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1350), uczestniczący w systemie ochrony zdrowia, właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane do rejestru prowadzonego przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Treść załącznika nr 1 określa wykaz umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentysty wraz z kodami, natomiast załącznik nr 2 określa wykaz kwalifikacji lekarza i lekarza dentysty stanowiący warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. – jak, w tym zakresie, ustawa z dnia … o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Przedmiotowa regulacja nie wywiera wpływu na działalność innych przedsiębiorców niż towarzystwa naukowe i instytuty badawcze, które zostaną zarejestrowane, zgodnie z art. 17 ust.4 pkt 6 ustawy, w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia projektu właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki, telefon: 22 63-49-858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.11.2019 r. **Źródło:** art. 17 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** **MZ …..**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów realizuje upoważnienie ustawowe art. 17 ust. 25 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) Znowelizowana ustawa na nowo określa zasady i organizację certyfikacji umiejętności zawodowych wskazując jednocześnie nową delegację do wydania rozporządzenia.
Obecnie uzyskiwanie potwierdzenia nabycia danej umiejętności zawodowej nie jest sformalizowane. Brak jest zarówno katalogu umiejętności zawodowych, jak i określenia kwalifikacji lekarzy, którzy mogą przystąpić do certyfikacji tych umiejętności, bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 867) obowiązywało do dnia 22 kwietnia 2008 r.

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

Rozporządzenie będzie określać nowy katalog umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentysty, a także będzie wskazywać kwalifikacje lekarzy, którzy będą mogli aplikować na certyfikację umiejętności zawodowych. Powyższe uzupełni brakującą obecnie lukę prawną w tym zakresie. Oczekiwanym efektem będzie stworzenie nowego katalogu umiejętności oraz ujednolicenie zasad uzyskiwania certyfikatów, co umożliwi lekarzom potwierdzania nabytych dodatkowych kwalifikacji zawodowych w sposób zgodny z przepisami prawa, natomiast wykonywanie przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) kontroli procesu certyfikacji będzie gwarancją utrzymania jakości potwierdzania nabytej przez lekarzy i lekarzy dentystów wiedzy i umiejętności zawodowych.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze	ok. 133 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów prowadzony przez Naczelną Radę Lekarską (NRL)	Potencjalna grupa lekarzy uprawnionych do przystąpienia do certyfikacji umiejętności zawodowych
Lekarze dentyści	ok 36 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów prowadzony przez NRL	Potencjalna grupa lekarzy dentystów uprawnionych do przystąpienia do certyfikacji umiejętności zawodowych
Towarzystwa naukowe	ok. 165	Towarzystwa naukowe	Przeprowadzanie certyfikacji umiejętności zawodowych
Instytuty badawcze	ok. 3 (ich liczba będzie sukcesywnie rosnąć)	Ministerstwo Zdrowia	Przeprowadzanie certyfikacji umiejętności zawodowych oraz

			przygotowanie na zlecenie standardów certyfikacji
CMKP	1	Ustawa z dnia 13 września 2008 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. poz. 2024)	Przeprowadzanie kontroli
Minister Zdrowia	1		Akceptacja standardów certyfikacji

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

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone prekonsultacje.
Niniejszy projekt skierowany zostanie do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 30 dni do:

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
4) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
5) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowa NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;
17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego;
39) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z …… r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie będzie generować wydatków oraz dochodów dla budżety państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, a także pozostałych jednostek.

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

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	6	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)		-	-	-	-	-	-	-
	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak wpływu.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Przedmiotowa regulacja nie wywiera wpływu na działalność innych przedsiębiorców niż towarzystwa naukowe i instytuty badawcze, które zostaną zarejestrowane, zgodnie z art. 17 ust. 4 pkt 6 ustawy, w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym.						

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe, gdyż rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do usprawnienia procesu nabywania przez lekarzy i lekarzy dentystów dodatkowych umiejętności zawodowych, co będzie skutkować podniesieniem dostępności do określonych procedur medycznych i świadczeń zdrowotnych.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne związane z lepszym dostępem do procedur medycznych i świadczeń zdrowotnych.
Niemierzalne		

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

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

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie ułatwi lekarzom i lekarzom dentystom dostęp do uzyskiwania dodatkowych kwalifikacji zawodowych w postaci umiejętności zawodowych potwierdzonych stosownym certyfikatem przyznanym przez towarzystwo naukowe lub instytut badawczy.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

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

1. Przewiduje się coroczne poddawanie ocenie liczby zarejestrowanych towarzystw naukowych i instytutów badawczych.
2. Przewiduje się poddawanie corocznej ocenie liczby lekarzy i lekarzy dentystów uzyskujących certyfikat z poszczególnych umiejętności zawodowych

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

Brak.

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A Z D R O W I A [1)]

z dnia

w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590), zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność realizowaną w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia przez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, zwanego dalej „specjalizacją", oraz doskonalenie w innych formach kształcenia, o których mowa w § 2 pkt 2–20.

§ 2. Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego przez:

1) realizowanie programu specjalizacji;

2) udział w kursie medycznym krajowym i zagranicznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji;

3) udział w kursie medycznym krajowym i zagranicznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem;

4) udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;

5) odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym;

6) udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów" albo „lekarskie towarzystwo naukowe", zwanego dalej „towarzystwem naukowym", lub udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego;

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

7) udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy;

8) wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym krajowym lub zagranicznym;

9) udział w programie edukacyjnym krajowym lub zagranicznym udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości;

10) uzyskanie w zakresie nauk medycznych stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora;

11) napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;

12) napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;

13) przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;

14) autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym aktualnego, w dacie opublikowania artykułu, wykazu czasopism sporządzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.[2)]);

15) napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym niż wymieniony w pkt 14;

16) przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym;

17) sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego;

18) kierowanie specjalizacją lekarzy lub lekarzy dentystów;

19) indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego aktualnego z wykazem czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2024 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 276, 447, 534, 577, 730, 823, 1655, 1818, 2020 i 2070.

20) przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego.

§ 3. 1. Lekarz przedstawia okręgowej radzie lekarskiej do wglądu dokumenty stanowiące potwierdzenie odbycia określonych form doskonalenia zawodowego przed zakończeniem okresu rozliczeniowego.

2. Liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego określa załącznik do rozporządzenia.

§ 4. 1. Dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego rozlicza się w następujących po sobie okresach rozliczeniowych obejmujących 48 miesięcy.

2. Za dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego, o którym mowa w § 1 ust. 2, uznaje się uzyskanie przez lekarza w okresie rozliczeniowym co najmniej 200 punktów edukacyjnych.

3. W przypadku uzyskania przez lekarza punktów edukacyjnych ponad liczbę określoną w ust. 2 nie przenosi się ich na następny okres rozliczeniowy.

§ 5. Określa się sposób ustalania liczby punktów edukacyjnych:

1) za realizowanie programu specjalizacji – punkty otrzymuje się wyłącznie za minimalny okres danej specjalizacji, określony w jej programie;

2) za opublikowanie referatu naukowego wygłoszonego na krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym – nie dolicza się punktów, które przysługują za wygłoszenie referatu;

3) za opublikowanie rozprawy doktorskiej lub habilitacyjnej – nie dolicza się punktów;

4) za wykład krajowy lub zagraniczny o tej samej treści mimo wielokrotnego prezentowania – punkty uzyskuje się tylko raz.

§ 6. Lekarz realizujący obowiązek doskonalenia zawodowego w ramach programu przyjętego przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów może wystąpić do okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem, o wpisanie do okręgowego rejestru lekarzy liczby punktów uzyskanych w okresie rozliczeniowym, zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia, na podstawie zaświadczenia wydanego przez to towarzystwo lub kolegium.

§ 7. 1. Lekarz nie dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego, jeżeli w okresie 48 miesięcy nie uzyskał liczby punktów określonej w § 4 ust. 2.

2. Uzyskana w okresie rozliczeniowym liczba punktów mniejsza niż określona w § 5 ust. 2 nie jest zaliczana w poczet następnego okresu rozliczeniowego.

§ 8. Jeżeli w okresie rozliczeniowym lekarz zostaje członkiem innej okręgowej izby lekarskiej, okręgowa rada lekarska tej izby uwzględnia dotychczas uzyskane przez niego punkty edukacyjne.

§ 9. 1. Posiadane przez lekarza dokumenty ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują moc.

2. Punkty edukacyjne uzyskane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia … (poz. …)

LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób weryfikacji
1	2	3	4
1	realizowanie programu specjalizacji	50 pkt na 1 rok	zaświadczenie wydane przez kierownika specjalizacji lub umiejętności
2	udział w kursie krajowym i zagranicznym medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji	1 pkt za 1 godz.	zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora; potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
3	udział w kursie medycznym krajowym i zagranicznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej	1 pkt za 1 godz.	zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora; potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
4	udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	1 pkt za 1 godz.	zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora; potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji
5	odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym	5 pkt za 1 dzień	zaświadczenie wydane przez kierownika ośrodka
6	udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów” albo „lekarskie towarzystwo naukowe” lub udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa	3 pkt za posiedzenie	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie

	naukowego		
7	udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy	1 pkt za godz. szkolenia, max 6 pkt za 1 szkolenie	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
8	wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym krajowym lub zagranicznym	15 pkt	na podstawie programu
9	udział w programie edukacyjnym krajowym lub zagranicznym, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości	1 pkt za 1 godz. programu edukacyjnego	zaświadczenie wydane przez organizatora
10	uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora - w zakresie nauk medycznych	200 pkt	dyplom
11	napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	100 pkt, wznowienie - 50 pkt	notka bibliograficzna
12	napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	50 pkt, wznowienie - 25 pkt	notka bibliograficzna
13	przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	30 pkt, wznowienie - 15 pkt	notka bibliograficzna
14	autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym aktualnego, w dacie opublikowania artykułu, wykazu czasopism sporządzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz.	dwukrotność liczby pkt wskazanych w aktualnym, w dacie opublikowania artykułu, wykazie czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie	notka bibliograficzna

	1668, z późn. zm.)	wyższym i nauce	
15	napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym	20 pkt	notka bibliograficzna
16	przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym	10 pkt	notka bibliograficzna
17	sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego	30 pkt - za rok sprawowania funkcji opiekuna	potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia stażu
18	kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności przez lekarzy lub lekarzy dentystów	15 pkt - za 1 lekarza za 1 rok	potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia specjalizacji lub nabywania umiejętności
19	indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego aktualnego z wykazem czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce	5 pkt za tytuł - max 10 pkt w okresie rozliczeniowym	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
20	przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego krajowym i zagranicznym	5 pkt za przynależność do jednego kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego - max 20 pkt w okresie rozliczeniowym	zaświadczenie

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego w art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą". Ustawa wprowadza nową podstawę prawną stanowiącą delegację do wydania rozporządzenia, czego konsekwencją jest konieczność sporządzenia w całości nowego rozporządzenia w powyższej sprawie.

Doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów obejmuje aktywność realizowaną w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego przez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, oraz doskonalenie w innych formach kształcenia. Dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego obejmuje zdobycie każdorazowo 200 punktów edukacyjnych w okresie 48 miesięcy. W przypadku uzyskania ponad 200 punktów edukacyjnych nie przenosi się ich na następny okres rozliczeniowy. Podobnie uzyskana w okresie rozliczeniowym liczba punktów mniejsza niż 200 nie jest zaliczana w poczet następnego okresu rozliczeniowego. Dotychczasowa treść obowiązującego rozporządzenia została zweryfikowana przez rozszerzenie możliwości zdobywania przez lekarza i lekarza dentystę punktów edukacyjnych nie tylko w kraju, ale również poza jego granicami. Biorąc pod uwagę fakt coraz częstszego uczestniczenia przez lekarzy polskich w różnych formach edukacji organizowanej poza krajem, którą można uznać za równorzędną doskonaleniu zawodowemu odbywanemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zasadnym jest przyznanie za to uczestnictwo punkty edukacyjne. Powyższe dotyczy udziału w zagranicznym kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji, udziału w zagranicznym kursie medycznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, a także odbycie wykładu lub doniesienia w formie ustnej lub plakatowej na zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym. Przyznane dla tych aktywności punkty edukacyjne są takie same jak zdobyte w wyniku krajowego uczestnictwa w podobnych przedsięwzięciach. W związku z tym, że okręgowe rady lekarskie będą potwierdzać w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zdobyte przez lekarzy punkty edukacyjne oraz będą odnotowywać je w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, nie jest zasadne dalsze dokonywanie wpisu w dokumencie prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty w części „wpisy

uzupełniające” liczby zdobytych punktów, co oznacza, że czynność ta przestanie z dniem wejścia w życie rozporządzenia obowiązywać.

Rozporządzenie określa w załączniku liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających różnym formom doskonalenia zawodowego. Zgodnie z przepisami ustawy dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarza oraz lekarza dentysty:

1) odbywającego staż podyplomowy albo
2) przebywającego na urlopie macierzyńskim, albo
3) będącego na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie50% okresu rozliczeniowego.

Wskazano również na posługiwanie się aktualnym wykazem czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.).

Posiadane przez lekarza dokumenty ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego wydane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność do celów ewidencyjnych.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na działalność mikro- lub małych przedsiębiorców będących organizatorami komercyjnych szkoleń, konferencji, kursów, za udział w których lekarze będą mogli uzyskać punkty edukacyjne.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia projektu właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pani Józefa Szczurek-Żelazko, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pani Małgorzata Zadorożna, p.o. Dyrektora Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki, telefon: 22 63-49-858, e-mail: m.zadorozna@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 19.11.2019 r. **Źródło:** art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** **MZ …..**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą".

Dotychczasowe przepisy nie uwzględniały możliwości uzyskiwania punktów edukacyjnych poprzez uczestnictwo w różnych zagranicznych formach doskonalenia zawodowego, przez co nie następowało należyte podsumowywanie aktywności edukacyjnej wszystkich lekarzy, a lekarze udzielający się poza granicami musieli ze zdwojoną aktywnością uczestniczyć w kraju w określonych przepisami formach doskonalenia zawodowego. Ponadto, z uwagi na to, że nowelizacja ustawy przewiduje potwierdzanie przez okręgowe rady lekarskie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych doskonalenia zawodowego, a zdobyte przez lekarzy punkty edukacyjne odnotowywane będą w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, nie jest zasadne dalsze dokonywanie wpisu w tym zakresie w dokumentach prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty. Nieaktualny staje się również dotychczasowy wykaz czasopism w których autorskie lub współautorskie publikacje uzyskiwały dotychczas określoną liczbę punktów edukacyjnych.

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

Rozporządzenie wydane na podstawie delegacji art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty zostaje dostosowane do nowelizowanych przepisów ustawy, a także do bieżących potrzeb ewidencjonowania procesu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Dotychczasowa treść obowiązującego rozporządzenia została zweryfikowana przez rozszerzenie możliwości zdobywania przez lekarza i lekarza dentystę punktów edukacyjnych nie tylko w kraju, ale również poza jego granicami, biorąc pod uwagę fakt coraz częstszego uczestniczenia przez lekarzy polskich w różnych formach edukacji organizowanej za granicą. Powyższe dotyczy udziału w zagranicznym kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji, udziału w zagranicznym kursie medycznym realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, a także odbycie wykładu lub doniesienia w formie ustnej lub plakatowej na zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym. Przyznane dla tych aktywności punkty edukacyjne są takie same jak zdobyte w wyniku krajowego uczestnictwa w podobnych przedsięwzięciach. Wskazano również na posługiwanie się aktualnym wykazem czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.). Wskazano również na posługiwanie się aktualnym wykazem czasopism sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. poz. 1668, z późn. zm.).

Rozporządzenie określa liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających różnym formom doskonalenia zawodowego

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze	ok. 133 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów NRL	Lekarze posiadający obowiązek doskonalenia zawodowego
Lekarze dentyści	ok 36 tys.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów NRL	Lekarze dentyści posiadający obowiązek doskonalenia zawodowego
Okręgowe rady lekarskie	24	Okręgowe rady lekarskie	Rejestracja punktów edukacyjnych

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

Dla przedmiotowego projektu nie były prowadzone prekonsultacje.

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

1) rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym;
2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
3) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
5) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
7) Centrum Egzaminów Medycznych;
8) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
9) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
11) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
12) Forum Związków Zawodowych;
13) Komisji Krajowa NSZZ „Solidarność”;
14) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
15) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
16) Konfederacji „Lewiatan”;
17) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
18) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
19) Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
20) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
21) Związku Rzemiosła Polskiego;
22) Związku Pracodawców Business Centre Club;
23) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
25) Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
26) Związku Powiatów Polskich;
27) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
28) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
29) Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej;
30) Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali;
31) Rady Dialogu Społecznego;
32) Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej;
33) Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny;
34) Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland;
35) Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii;
36) Krajowej Reprezentacji Doktorantów;
37) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;
38) Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego;
39) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia będzie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, oraz zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów

(M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z …… r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie będzie generować wydatków oraz dochodów dla budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, a także pozostałych jednostek.

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

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	6	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)		-	-	-	-	-	-	-
	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Przedmiotowa regulacja może wywierać wpływ na działalność mikro lub małych przedsiębiorców będących organizatorami komercyjnych szkoleń, konferencji, kursów itp.						

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało wpływ na rodzinę i gospodarstwa domowe w związku z koniecznością uczestnictwa w komercyjnych kursach i szkoleniach doskonalących. Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli, ponieważ rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do utrzymania przez lekarzy i lekarzy dentystów aktualnej wiedzy medycznej co będzie skutkować jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych.
	osoby starsze i niepełnosprawne	Przewiduje się, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne, bowiem przyczynią się do udzielania przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	-	

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

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie ułatwi lekarzom i lekarzom dentystom dostęp do uzyskiwania punktów edukacyjnych wynikających z obligatoryjnego obowiązku doskonalenia zawodowego.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

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

Nie dotyczy.

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

Brak.