

## **Reforma kształcenia podyplomowego i prawa pracy**

Wyniki prac Zespołu powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. (z późniejszą zmianą) w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. poz. 22 i poz. 49)

*Szanowny Panie Ministrze,*

Mam zaszczyt przedłożyć Panu dokumenty będące wynikiem prac Zespołu powołanego Pańskim Zarządzeniem z dnia 13 kwietnia 2018 roku, z późniejszą zmianą, który pracował jako prolongata Porozumienia podpisanego z Panem Ministrem przez Porozumienie Rezydentów OZZL w dniu 8 lutego 2018 roku.

Na wstępie pragnę podziękować za zaufanie i mianowanie mnie Przewodniczącym Zespołu. Dziękuję przede wszystkim członkom Zespołu i zaproszonym Gościom za wyczerpującą pracę i otwartość umysłów, konsultantom naszych założeń na każdym ich etapie i wszystkim, którym na sercu leży podniesienie kompetencji zawodowych lekarzy oraz zmiana paradygmatu wykonywania pracy, na ten „prolekarski”. Szczególne podziękowania dla członków Porozumienia Rezydentów OZZL i Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, bez których to przedsięwzięcie by się nie udało.

Niniejsze dokumenty to projekt ustawy oraz projekty sześciu rozporządzeń wraz z załącznikami, zawierające opracowane legislacyjnie, wypracowane przez Zespół założenia zmian, które w całości tworzą podwaliny pod reformę systemu kształcenia podyplomowego i prawa pracy. Dokumenty zostały przygotowane w taki sposób, aby pod zapisami prawnymi, które po scaleniu dadzą projekty ustawy i rozporządzeń gotowe pod proces legislacyjny, znalazły się uzasadnienia zmian stanowiące wyjaśnienie wprowadzanej zmiany. W wielu punktach pozostawiono przestrzeń do decyzji organów uprawnionych, gdyż decyzje merytoryczne wykraczały poza obszar działania Zespołu. Całość dokumentów stanowi spójny logicznie i koncepcyjnie projekt reformy.

Dziękując za zaufanie i powołanie mnie na Przewodniczącego Zespołu pragnę wyrazić nadzieję, że przygotowane zapisy, po niezbędnych korektach sztabu urzędników ministerstwa oraz legislatorów i bezpośredniej aprobacie Pana Ministra, zostaną wdrożone w całości, bez wybiórczego traktowania poszczególnych przepisów. Jako Przewodniczący Zespołu wzięłem na siebie odpowiedzialność przygotowania reformy traktującej holistycznie obszar kształcenia podyplomowego i

prawa pracy i tak starałem się prowadzić obrady Zespołu i kierunek wypracowywanych zmian, aby zasady nadrzędne stanowiły oś reformy. W porozumieniu z Panem Ministrem i w dżentelmeńskiej umowie podjęliśmy decyzję, że konieczną reformę systemu kształcenia podyplomowego lekarzy jak i prawa pracy oraz ciężar podpisanej umowy społecznej w postaci Porozumienia (z dnia 8 lutego 2018 roku) w tym obszarze przekładamy na prace Zespołu, gdyż wymaga dogłębnej analizy i przygotowania. Rozumiejąc bowiem cele, na które nastawiony jest obecny system i prawo, czyli przede wszystkim maksymalne zniwelowanie niedoborów kadrowych, wszyscy wiemy, że system i prawo bez odpowiednich kompetencji ich realizatorów, czyli w głównej mierze lekarzy, nigdy nie będzie systemem efektywnym i rozwijającym jego uczestników. System i prawo (w tym przypadku prawo pracy) nie dające odpowiednich narzędzi ich realizatorom ogranicza ich możliwości. Zdecydowanie przyszedł czas na stawianie na ludzi, ich kompetencje i zasoby. Czas, który nastąpił także w globalnym ujęciu polskiej gospodarki.

Wspomniane zasady, które jako Przewodniczący starałem się trzymać i wdrażać na bieżąco w projektowane zmiany to:

- odbudowa relacji Mistrz-Uczeń, która w obecnym systemie została zatracona, głównie poprzez szkodliwe i antylekarskie prawo pracy,
- zbudowanie profesjonalnych kompetencji zawodowych - zarówno *stricto* lekarskich jak i miękkich, komunikacyjnych,
- odbiurokratyzowanie procesu kształcenia i zbudowanie kultury nauczania tak, aby wzrosło zaufanie wewnętrzne między regulatorem (ministrem, konsultantem, kierownikiem, egzaminatorem) a szkolącym się,
- jednoznaczne postawienie na jakość kształcenia i wykonywania pracy, co wiąże się ze zmianą paradygmatu z „produkcji ilości lekarzy” dla zapewnienia luki kadrowej nie dbając o jakość „produkowanych lekarzy”. Ilość musi iść obecnie w parze z jakością, gdyż brak profesjonalizmu prowadzi do spadku zaufania publicznego i spadku wartości naszej działalności, felczeryzacji medycyny i jej atomizacji,
- budowa kompetencji interdyscyplinarnych, umiejętności odnalezienia się w wielozadaniowym procesie leczenia, kształcenia i szkolenia oraz nauczania innych,
- wprowadzenie czynników motywacyjnych do podejmowania pożądanych

- działań i wyeliminowanie czynników zniechęcających,
- urealnienie procesu kształcenia oraz prawa pracy,
  - wprowadzenie polityki prorodzinnej i prorodzicielskiej, implementując ogólny nurt sfery socjalnej i społecznej kraju tak, aby uczynić kierunek lekarski bardziej atrakcyjnym i nie dyskryminującym,
  - wdrożenie transparentności procesów, minimalizacja niejasności prawnych i uporządkowanie prawa, szczególnie prawa pracy.

Krótkie ramy czasowe wyznaczone na prace Zespołu sprawiły, że były one niezwykle intensywne, ale starałem się jako Przewodniczący przeprowadzić wszystkie niezbędne elementy organizacyjne i jakościowe, które wyobrażam sobie jako kluczowe dla pracy w dialogu i szerokiej perspektywie regulatora, tj. poza wizją zmian, przeprowadzenie konsultacji wstępnych (ankieta – badanie opinii), konsultacji wewnętrznych i zewnętrznych, przygotowanie założeń do zmian, weryfikacja ich wykonalności, dążenie do uniwersalizmu projektowanych zmian, konsultacje końcowe i przygotowanie zapisów prawnych. Mam też nadzieję, że po przekazaniu dokumentu opinii publicznej, napływające uwagi dokładnie przeanalizujemy i te zasadne wdrożymy.

Niniejszy dokument odzwierciedla oczekiwania lekarzy i liczymy, że projekty przekazane do konsultacji społecznych i później Radzie Ministrów będą tymi samymi, w sensie zmian docelowych, które przekazujemy na ręce Pana Ministra. Jesteśmy zdeterminowani pomóc w przełamywaniu ewentualnych barier przy wdrażaniu przedkładanych rozwiązań, jako że zdrowie i kompetencje najwyższych profesjonalistów medycznych nie mają barw politycznych. To jest ten czas, kiedy często skostniałe i antylekarskie zasady szkolenia i prawa pracy należy zmienić na elastyczne, pro jakościowe, prolekarskie i sprzyjające rozwojowi i ewolucji zawodowej. Przed nami bowiem nieuchronna reforma całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. A ona bez nas się nie dokona.

Z wyrazami szacunku,



Przewodniczący Zespołu

# **USTAWA**

**o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty  
oraz niektórych innych ustaw**

## U S T A W A

z dnia.....2019 r.

### **o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.<sup>2)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

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

„1b. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) specjalizacji należy przez to rozumieć specjalizację w określonej dziedzinie medycyny, ważną w szczególności ze względów epidemiologicznych oraz funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, w ramach której wyodrębnia się poszczególne zakresy medycyny dotyczące zdrowia publicznego, uzyskiwaną przez lekarza, lekarza dentystę po spełnieniu wymogów, o których mowa w art. 16 ust. 1. Wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych określony jest w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 10;

2) specjalizacji szczegółowej (podspecjalizacji) należy przez to rozumieć specjalizację w wąskiej dziedzinie medycyny albo obejmującą część zakresu danej dziedziny medycyny, wyodrębnionej z dziedziny medycyny, o której mowa w pkt 1, uzyskiwaną przez lekarza, lekarza dentystę po spełnieniu wymogów, o których mowa w art. 16 ust. 1a oraz po odbyciu szkolenia dotyczącego specjalizacji szczegółowej. Wykaz specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji) lekarskich i lekarsko-dentystycznych określony jest w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 10;

3) umiejętności lekarskiej należy przez to rozumieć nabywanie umiejętności

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się: ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) oraz ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473).;

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

zawodowych z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością związaną z udzielaniem określonego świadczenia opieki zdrowotnej, charakteryzujące się biegłą oraz praktyczną znajomością 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. Szczegółowy katalog umiejętności lekarskich określony jest w przepisach wydanych na podstawie w art. 17c ust. 5;”

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadzenie do ustawy definicji: *specjalizacji, specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji)* oraz *umiejętności lekarskich* ma w szczególności na celu zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacji i wyodrębnienie szczegółowych (wąskich) dziedzin specjalizacji (podspecjalizacji). W tym celu niezbędne jest znowelizowanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 23), w których zostałby określony obok wykazu specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych – wykaz specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), a także określenie w odrębnej regulacji katalogu umiejętności lekarskich.

Rozwiązanie takie tworzy ścieżkę kształcenia podyplomowego dla lekarzy promującą wysokie kwalifikacje zawodowe, co będzie się wiązać z poprawą jakości usług zdrowotnych.

Ponadto, przesłanką, która uzasadnia sformułowanie definicji dla określenia specjalizacji szczegółowej (podspecjalizacji) i umiejętności lekarskich jest dążenie do usystematyzowania oraz dokonywania weryfikacji węższych dziedzin medycyny oraz umiejętności lekarskich (związanych z przeprowadzaniem określonych procedur diagnostycznych i terapeutycznych) przez właściwe ze względu na proces kształcenia i nadzoru nad szkoleniami specjalizacyjnymi podmioty. W obecnym stanie prawnym stosowana nomenklatura dotycząca kształcenia lekarzy nie jest wystarczająca, brak jest bowiem przepisów, które systematyzowałyby i precyzowałyby przedmiotową terminologię, dlatego też istnieje konieczność usystematyzowania całości terminologii dotyczącej kształcenia lekarzy.

Zaproponowane rozwiązanie odzwierciedla liczne postulaty, z którymi od wielu lat występują środowiska lekarskie oraz świadczeniodawcy. Wobec

postępującej atomizacji medycyny wprowadzenie mechanizmu ograniczenia liczby dziedzin medycyny, które będzie można wykonywać w ramach szkolenia specjalizacyjnego tuż po stażu podyplomowym sprzyjać ma usystematyzowaniu właściwych wzorców kariery zawodowej (od ogółu do szczegółu). Wprowadzenie specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), które w ramach szkolenia specjalizacyjnego odbyć będzie można dopiero po uzyskaniu specjalizacji, przyczyni się do zwiększenia liczby specjalistów w najbardziej potrzebnych dla państwa dziedzinach medycyny. Z kolei, umiejętności lekarskie, jak wynika z definicji są wąskimi obszarami medycyny, które nie wymagają procesu odbywania specjalizacji.

b) uchyla się ust. 4,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Propozycja uchylenia przepisu ust. 4 w art. 3 projektowanej ustawy wpisuje się w pakiet zmian mających na celu uelastycznienie i zmniejszenie obciążeń biurokratycznych w procesie kształcenia lekarzy. Konsekwencją uchylenia przepisu będzie rezygnacja z konieczności potwierdzania zrealizowania poszczególnych elementów programu specjalizacji w tym każdego wykonanego zabiegu czy procedur medycznych z podawaniem konkretnych dat zabiegu/procedury w karcie szkolenia specjalizacyjnego, na rzecz tzw. „blokowego”, jednorazowego zaliczania grupy określonych procedur (i taką funkcjonalność należy wprowadzić do Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych).

Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami dowodem odbycia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego będzie potwierdzenie tego faktu w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK), przez kierownika specjalizacji lub osobę przez niego upoważnioną. Postuluje się przygotowanie systemu do „blokowego” zaliczania procedur medycznych przez kierownika specjalizacji lub osobę przez niego upoważnioną.

c) w ust. 5:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) lekarz albo lekarz dentyista lub osoba przez nich upoważniona;”,

- pkt 2 otrzymuje brzmienie:



„2) kierownik specjalizacji lub osoba przez niego upoważniona;”,

- po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) opiekun szkolenia lub osoba przez niego upoważniona.”,

d) w ust. 8:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) lekarza, lekarza dentysty albo osoby przez nich upoważnionej, o których mowa w ust.5 pkt 1, właściwa miejscowo okręgowa izba lekarska, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby lekarskiej - Naczelna Izba Lekarska;”,

- pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) kierownika specjalizacji lub osoby przez niego upoważnionej - właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.”,

- po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) opiekuna szkolenia lub osoby przez niego upoważnionej - właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący (zachowanie spójności przepisów), wynika z wprowadzenia modyfikacji w zakresie art. 16m ust. 6, 6a i 7 oraz dodania art. 17b ust. 1 do ustawy. Ww. zmiany mają na celu odciążenie kierowników specjalizacji z czasochłonnych obowiązków administracyjnych związanych z dokonywaniem wpisów w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) czy z wypełnianiem/weryfikowaniem dokumentacji, do której jest zobligowany (często kilka tysięcy podpisów oraz trudnych do ustalenia na koniec szkolenia specjalizacyjnego dokumentów będących w obiegu szpitalnym). Zgodnie ze zmodyfikowanymi przepisami (w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 1 i 2 i ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy) krąg podmiotów objętych założeniem konta w SMK będzie poszerzony o osobę upoważnioną przez kierownika specjalizacji albo lekarza, lekarza dentystę będącego w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, w odniesieniu do której uwierzytelnienia i weryfikacji uprawnień dokona (jak w przypadku kierownika specjalizacji) właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Jednocześnie, w związku z wprowadzeniem regulacji dotyczących umiejętności lekarskich (art. 17-17c) w tym opiekuna szkolenia - wykonującego

obowiązki związane z pełnieniem takiej funkcji - dokonano analogicznych rozwiązań jak w przypadku kierownika specjalizacji.

Ponadto, należy zasygnalizować, iż wprowadzona zmiana w zakresie określenia *jednostka akredytowana* ma charakter legislacyjny, jest konsekwencją zmian wynikających z nowego określenia podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności. Ma na celu zapewnienie spójności terminologii dotychczas używanej do terminologii określonej w projektowanej regulacji.

2) w art. 4a:

1) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) wojewodom - w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą;”,

2) pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) okręgowym radom lekarskim oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej - w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą, w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168 i 1669).”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący (zachowanie spójności przepisów), wynika z wprowadzenia modyfikacji zmieniających kompetencje odpowiedzialności za szkolenie specjalizacyjne i przeniesienie ich z urzędów wojewódzkich na okręgowe rady lekarskie oraz Naczelną Izbę lekarską (co szczegółowo regulują przepisy w dalszej części projektu).

3) w art. 14a:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. LEK i LDEK odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym LEK i LDEK, o którym mowa w art. 14f ust. 2, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM.”,

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

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

c) ust. 3 - 5 otrzymują brzmienie:

„3. Do LEK może przystąpić lekarz, jak również osoba, która ukończyła 11 semestrów z sześciolletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim, potwierdzonych w SMK poprzez załączenie karty okresowych osiągnięć studenta wydawanej przez uczelnię albo w formie zaświadczenia wydawanego przez uczelnię.

4. Do LDEK może przystąpić lekarz dentyista, jak również osoba, która ukończyła 9 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, potwierdzonych w SMK poprzez załączenie karty okresowych osiągnięć studenta wydawanej przez uczelnię albo w postaci zaświadczenia wydawanego przez uczelnię.

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowany przepis ma na celu uproszczenie weryfikowania wymagań umożliwiających przystąpienie lekarzowi do LEK/LDEK oraz uniknięcie „pośpiechu” w organizowaniu dokumentów zaświadczających o ukończeniu studiów (w przypadku egzaminów odbywających się zgodnie z obowiązującymi przepisami w lipcu br., student/lekarz nie miał szans złożyć wniosku o ukończeniu studiów i przystąpić do sesji jesiennej egzaminu LEK/LDEK).

5. Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK, zwana dalej „zgłaszający” składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do LEK albo LDEK, do dnia:

1) 15 lipca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin wyznaczony w okresie od dnia 1 września do dnia 15 września;

2) 15 grudnia roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin wyznaczony w okresie od dnia 1 lutego do dnia 15 lutego.”,

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Ustala się węższy przedział czasowy związany z wyznaczaniem terminów LEK albo LDEK w celu możliwości zaplanowania przez lekarza przystąpienia w odpowiednim czasie do egzaminu. W związku z powyższym, dodaje się przepis, który obliuguje dyrektora CEM do ogłaszania terminów egzaminów na co najmniej 6 miesięcy przed ich przeprowadzeniem, aby uniknąć niepewności związanej z ustalaniem terminów egzaminów. Dodatkowo, projektowana zmiana zwiększa

przejrzystość oraz okno czasowe na procedurę naboru na szkolenie specjalizacyjne i minimalizuje okres bezrobocia lekarzy i lekarzy dentystów w czasie pomiędzy stażem podyplomowym a szkoleniem specjalizacyjnym.

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK, o którym mowa w ust. 5, po raz czwarty 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.”,

e) w ust. 10 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

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

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowany przepis przewiduje możliwość trzech podejść do egzaminu LEK i LDEK do których można przystąpić pomiędzy zakończeniem studiów a podjęciem pracy w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim. Przystąpienie do egzaminu w przedmiotowym trybie jest bezpłatne.

4) w art. 14c:

a) uchyla się ust. 4,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby LEK albo LDEK podlegają udostępnieniu na zasadach określonych w

ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana przepisu wprowadza w życie wyrok Trybunału Konstytucyjnego nakazującego publikację pytań wraz z odpowiedziami po każdym egzaminie organizowanym przez CEM zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy o dostępie do informacji publicznej, tj. niezwłocznie. Praktyki takie występowały przed wprowadzeniem niezgodnego z Konstytucją RP przepisu, a niezwłocznie oznaczało „w dniu egzaminu”.

5) w art. 14d:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„2. LEK i LDEK polega na rozwiązaniu odpowiedniego testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa, przy czym 100 z tych pytań opiera się na maksymalnie 10 przypadkach klinicznych, na podstawie których opracowywanych jest minimalnie 10 pytań.”,

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

„2a. Konsultant krajowy z dziedziny medycyny, która wchodzi w skład dziedzin egzaminacyjnych, na rok przed LEK i LDEK zamieszcza, za pomocą SMK, wykaz źródeł bibliograficznych z których przygotowywane są pytania na odpowiedni test.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przedmiotowa zmiana wprowadza do egzaminu LEK i LDEK pytania oparte o przypadki kliniczne, na wzór amerykańskiego modelu egzaminacyjnego USMLE. Jest to forma przejściowa do całkowitego tworzenia egzaminów LEK i LDEK na bazie pytań do przypadków klinicznych, interdyscyplinarnych i wielozadaniowych, które wymagają, oprócz wiedzy, także zdolności łączenia i kojarzenia faktów, radzenia sobie w złożonych zadaniach oraz sytuacjach wymagających podejmowania decyzji w oparciu o wiele przesłanek. W opinii pomysłodawców jest to zmiana jakościowa.

Druga część przepisu jest realizacją postulatu środowiska lekarskiego dotyczącego dokładnego wskazania w przepisach źródeł bibliograficznych, z których układane są pytania egzaminacyjne, co ma na celu harmonizację wiedzy i wprowadzenie przejrzystości w przygotowywaniu egzaminu.

6) w art. 14e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zdający LEK albo LDEK w danym terminie może wnieść, w trakcie egzaminu albo najpóźniej w ciągu trzech dni od dnia opublikowania przez CEM pytań wraz z odpowiedziami merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego LEK albo LDEK. Zastrzeżenie składa się dyrektorowi CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM albo za pomocą SMK.”,

b) w ust. 2 wyrazy „3 dni” zastępuje się wyrazami „6 dni”,

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowany przepis ma na celu dokonanie zmiany sposobu i trybu składania merytorycznych zastrzeżeń do pytań po zakończeniu egzaminu, co wpływa na transparentność procesu oceniania oraz weryfikacji poprawności ułożenia pytań egzaminacyjnych.

7) w art. 15:

a) ust. 3a otrzymuje brzmienie:

„3a. Lekarz odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza:

1) posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, lub

2) posiadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, lub

3) który zaliczył w toku kształcenia specjalizacyjnego moduł podstawowy lub zdał Państwowy Egzamin Modułowy, lub

4) który ukończył 3 lata szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych;  
albo

5) dentysty wykonującego zawód przez okres co najmniej 5 lat,

- zwanego dalej „opiekunem”.

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

W obecnym stanie prawnym praktyczne nauczanie lekarzy stażystów bardzo często leży w gestii lekarzy bez specjalizacji z uwagi na znaczne niedobory kadry lekarskiej. Lekarz po zaliczeniu modułu podstawowego i Państwowego Egzaminu Modułowego lub 3 lat szkolenia specjalizacyjnego ma wystarczające kompetencje,

aby objąć pieczę nad kształceniem lekarzy stażystów.

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„4. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego przez absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych będących obywatelami polskimi, zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze izby lekarskiej, której jest członkiem, a w przypadku osób będących obywatelami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej zamierzających odbywać na obszarze izby lekarskiej staż podyplomowy, jest zadaniem okręgowej izby lekarskiej.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przedmiotowa zmiana jest zmianą kompetencyjną. Obecnie za czynności administracyjne i logistyczne odpowiada marszałek województwa. W projektowanej ustawie modyfikuje się szereg przepisów, zgodnie z którymi następuje przekazanie kompetencji w zakresie organizowania i prowadzenia stażu podyplomowego oraz całego kształcenia podyplomowego, m.in. szkolenia specjalizacyjnego - okręgowym izbom lekarskim. Jest to rozwiązanie którego celem jest zredukowanie liczby jednostek odpowiedzialnych za kształcenie podyplomowe lekarzy (obecnie jest to Minister Zdrowia, marszałek województwa, wojewodowie i urzędy wojewódzkie, izby lekarskie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych i in.), co w konsekwencji zmniejszy wymagania finansowe, a przede wszystkim usprawni procesy zachodzące między kolejnymi fazami ścieżki zawodowej lekarzy oraz dające jasną wiedzę jaka odpowiedzialność spoczywa na każdym z podmiotów. Okręgowe izby lekarskie są przygotowane do przedmiotowej zmiany i mają pełne zasoby do prowadzenia i usprawnienia procesów, za które obecnie odpowiadają urzędy wojewódzkie. Wskazać także należy, iż wiele kompetencji związanych z organizacją i zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli pozostawia się samorządom terytorialnym (co wynika z odrębnych przepisów).

c) po ust. 4j dodaje się ust. 4k i 4l w brzmieniu:

„4k. W roku 2019 środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 4, wraz z kosztem obsługi określonym przepisami, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

4l. Od roku 2020 środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 4, wraz z kosztem obsługi określonym przepisami, przekazuje okręgowej izbie lekarskiej minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.”,

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane modyfikacje przepisów mają charakter porządkowy, wynikają z wprowadzenia zmian w zakresie przypisów dotyczących przekazania kompetencji przez urzędy wojewódzkie – okręgowym izbom lekarskim.

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Okręgowa rada lekarska w porozumieniu z marszałkiem właściwego województwa ustala listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych.”;

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowana zmiana ma charakter porządkowy, związana jest z przekazaniem kompetencji przez urzędy wojewódzkie - okręgowym izbom lekarskim.

e) ust. 6b otrzymuje brzmienie:

„6b. Okręgowa rada lekarska w porozumieniu z właściwym wojewodą sprawują nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów oraz w zakresie spełniania przez podmioty prowadzące staż wymagań i warunków, o których mowa w ust. 5 pkt 6.”,

### **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowana zmiana ma charakter porządkowy, związana jest z przekazaniem kompetencji przez urzędy wojewódzkie - okręgowym izbom lekarskim.



f) ust. 6c otrzymuje brzmienie:

„6c. Okręgowa rada lekarska oraz właściwy wojewoda w ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 6b, są uprawnieni do:

- 1) wizytacji podmiotu wpisanego na listę, o której mowa w ust. 6;
- 2) żądania dokumentacji dotyczącej realizacji programu stażu oraz finansowania tego stażu;
- 3) żądania wyjaśnień dotyczących realizacji programu stażu przez lekarza;
- 4) wydawania zaleceń pokontrolnych;
- 5) przekazywania informacji dotyczących przeprowadzonej kontroli marszałkowi województwa;
- 6) wnioskowania o skreślenie podmiotu wpisanego na listę, o której mowa w ust. 6.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana wiąże się z przekazaniem kompetencji przez urzędy wojewódzkie - okręgowym izbom lekarskim.

8) w art. 16:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) po złożeniu Państwowego Egzaminu Modułowego, o którym mowa w art. 16y ust. 1 - o ile program szkolenia specjalizacyjnego przewiduje taki egzamin;
- 2) po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz
- 3) po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES” albo
- 4) po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.”,

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

„1a. Lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w szczegółowej dziedzinie medycyny (podspecjalizacji), jeżeli:

- 1) spełnia warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4;
- 2) posiada specjalizację I lub II stopnia albo
- 3) tytuł specjalisty.”,

c) ust. 2-3 otrzymują brzmienie:

„2. Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny jest szkoleniem

modułowym i składa się z:

1) modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, oraz

2) modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, z zastrzeżeniem art. 16ea ust. 4 pkt 1, albo

3) modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji.

3. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może zmienić dziedzinę medycyny, w której chce kontynuować szkolenie specjalizacyjne, pod warunkiem zakwalifikowania się do jej odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, z zastrzeżeniem art. 16ea ust. 3-6.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Modyfikacja przepisów (art. 16 ust. 1) ma charakter porządkujący, jest konsekwencją wprowadzenia regulacji dotyczącej Państwowego Egzaminu Modułowego (art. 16y-16yf).

Przepis art. 16 ust. 1 określa warunki uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, którymi są odbycie szkolenia specjalizacyjnego i złożenie PES albo uznanie za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą. Projektowany przepis doprecyzowuje ww. warunki wskazując, iż uzyskanie przedmiotowego tytułu uzależnione będzie także od złożenia Państwowego Egzaminu Modułowego, o którym mowa w art. 16y ust. 1, jeżeli egzamin ten przewidziany został w programie szkolenia specjalizacyjnego.

Z kolei dodany przepis w art. 16 ust. 1a określa warunki uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny uznanej za specjalizację szczegółową (podspecjalizację), którymi są posiadanie specjalizacji (innej specjalizacji szczegółowej w okresie przejściowym), odbycie szkolenia specjalizacyjnego i złożenie PES albo uznanie za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.

Jednocześnie, w zakresie art. 16 ust. 3, wprowadza się rozwiązanie zgodnie z którym, lekarz lub lekarz dentyista może zmienić dziedzinę medycyny, w której chce kontynuować szkolenie specjalizacyjne co zostało uszczegółowione w przepisach

art. 16ea ustawy. Rozwiązanie takie ma na celu zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wykonywanie dziedziny, w której lekarz, lekarz dentysta realizuje się najlepiej i w pełni wykorzystuje swoje predyspozycje oraz podejmie pracę po uzyskaniu tytułu specjalisty w ukończonej dziedzinie medycyny co ma walor ekonomiczny. Całość proponowanych przepisów, w szczególności modyfikacje w zakresie stażu podyplomowego mają na celu ograniczenie potrzeb co do zmiany rezydentury, a w przypadku ich wystąpienia umożliwienie takiej zmiany na wczesnym etapie szkolenia specjalizacyjnego bez zbędnej straty dla lekarza jak i budżetu państwa.

Wskazać także należy, iż zmiany w zakresie art. 16 ust. 2 (pkt 2) oraz art. 16 ust. 3 polegające na dodaniu odpowiednio wyrazów „z zastrzeżeniem art. 16ea ust. 4 pkt 1” oraz „z zastrzeżeniem art. 16ea ust. 3-6” mają charakter doprecyzowujący (legislacyjny).

b) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji i specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji) oraz sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji lub specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji).”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zaproponowane zmiany w zakresie art. 1 pkt 1 lit. a projektowanej ustawy polegające na dodaniu terminu *specjalizacja szczegółowa (podspecjalizacja)* wymuszają dostosowania (zmiany) dalszych przepisów ustawy, tj. art. 16 ust. 10 w celu określenia wykazu specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), o której mowa w art. 3 w ust. 1b w pkt 2 ustawy. W związku z powyższym, w celu dostosowania do projektowanych zmian przepisów rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 16 ust. 10 ustawy, zmianie uległ przepis upoważniający do wydania tego aktu wykonawczego.

9) po art. 16b dodaje się art. 16ba w brzmieniu:

„16ba. Postępowanie kwalifikacyjne ma zasięg ogólnokrajowy i jest przeprowadzane przez Naczelną Izbę Lekarską w porozumieniu z okręgowymi izbami lekarskimi na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

10) w art. 16c:

a) w ust. 1:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz składa, za pomocą SMK, wnioski o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego odpowiednio do:”

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) okręgowej izby lekarskiej, której lekarz lub lekarz dentyista jest członkiem w dacie składania wniosku - w przypadku zamiaru przystąpienia do odbycia szkolenia specjalizacyjnego 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”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowana zmiana w zakresie art. 16ba oraz art. 16c jest jedną z kluczowych, systemowych zmian wprowadzonych do projektowanej regulacji, jest realizacją postulatu środowiska lekarskiego, aby nabór na szkolenie specjalizacyjne miał zasięg ogólnokrajowy oraz aby administracyjnie był organizowany przez okręgowe izby lekarskie, a nie przez właściwego wojewodę jak jest obecnie.

Projekt przewiduje, iż procedura naboru i kwalifikacji do odpowiednich specjalizacji i miejsc szkoleniowych przeprowadzana będzie przez Naczelną Izbę Lekarską według zasad określonych w projektowanej regulacji oraz w przepisach rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów jako podstawowego aktu wykonawczego do ustawy. W opinii pomysłodawców, przyjęte rozwiązania dadzą narzędzie do najbardziej sprawiedliwej, transparentnej, przejrzystej procedury rekrutacji. Procedura naboru i jego opis przedstawia schemat naboru znajdujący się w uzasadnieniu do projektowanych przepisów (ust. 13a-g).

b) w ust. 1a zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„1a) Wniosek, o którym mowa w ust. 1, składa się w terminie od dnia 1 lutego do dnia 21 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od dnia 1 marca do dnia 24 marca, albo od dnia 1 września do dnia 21 września – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od dnia 1 października do dnia 24 października.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane rozwiązanie pozwoli na przeprowadzenie naboru na szkolenie specjalizacyjne w okresie 24 dni przez co umożliwi lekarzom rozpoczęcie specjalizacji - w przypadku pozytywnej kwalifikacji - bez zbędnej zwłoki i przerwy pomiędzy stażem podyplomowym, a szkoleniem specjalizacyjnym. Obecnie lekarze zmuszeni są przechodzić na zasiłek dla bezrobotnych.

c) użyty w ust. 3 wyraz „województwo” zastępuje się wyrazami „okręgowa izba lekarska, której członkiem jest lekarz”,

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzają, dwa razy w roku, odpowiednio Naczelna Izba Lekarska w porozumieniu z okręgową izbą lekarską, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, zwani dalej „organami prowadzącymi postępowanie kwalifikacyjne.”,

e) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się za pośrednictwem systemu elektronicznego na zasadach określonych w regulaminie, o którym mowa w art. 16g ust. 1 pkt 4.”,

f) ust. 10 i 11 otrzymują brzmienie:

„10. W postępowaniu kwalifikacyjnym lekarz wskazuje, za pomocą SMK, wynik LEK albo LDEK albo wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo wynik PES, który jest uwzględniany przy występowaniu o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydenckim albo pozarezydenckim.

11. Wynik postępowania kwalifikacyjnego stanowi procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK lub egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES, o których mowa w ust. 10.”,

g) w ust. 13 skreśla się wyrazy „w danym województwie”,

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

„13a. Wolne miejsca rezydenckie oraz pozarezydenckie, w danym roku dla danej dziedziny medycyny, rozdziela się za pomocą SMK i platformy elektronicznej prowadzonej przez Naczelną Izbę Lekarską do ich wyczerpania według kolejności listy rankingowej między lekarzy lub lekarzy dentyków, którzy zakwalifikowali się w postępowaniu kwalifikacyjnym, zgodnie ze zgłoszoną przez nich kolejnością. Powstałą w ten sposób listę lekarzy lub lekarzy dentyków zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny oraz listę lekarzy lub lekarzy dentyków niezakwalifikowanych do odbywania takiego szkolenia, Naczelna Izba Lekarska zamieszcza, za pomocą SMK, odpowiednio do dnia 24 marca albo do dnia 24 października roku, w którym odbywa się postępowanie konkursowe.

13b. Lekarz lub lekarz dentyśta może przystąpić do rekrutacji przed ukończeniem stażu podyplomowego na podstawie zaświadczenia okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem, o wykonaniu minimum 48 tygodni programu stażu podyplomowego lekarza lub 44 tygodni wykonania programu stażu podyplomowego lekarza dentyśty (nie wliczając urlopu) oraz wniosku, o którym mowa w ust. 2.

13c. Proces rekrutacji na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie jest czteroetapowy. W każdym z etapów lekarz lub lekarz dentyśta wybiera do stu miejsc szkoleniowych i przypisaną do niego dziedzinę medycyny wskazując te miejsca kolejno według preferencji. Każdy rekord w bazie dostępnych miejsc szkoleniowych zawiera informację o nazwie jednostki akredytowanej, jej lokalizacji, przypisanej do niej dziedzinie medycyny oraz informacje, jeśli zachodzi taka okoliczność, o finansowym lub niefinansowym dodatku motywacyjnym oferowanym przez jednostkę akredytowaną.

13d. Listę lekarzy lub lekarzy dentyśtów potwierdzającą w pierwszym etapie zakwalifikowanie tych lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przyznanej dziedzinie medycyny oraz listę lekarzy lub lekarzy dentyśtów, którzy nie

otrzymali w pierwszym etapie takiej kwalifikacji w wybranej dziedzinie medycyny, Naczelna Izba Lekarska ogłasza, za pomocą SMK, z dniem następującym po dniu zakończenia pierwszego, dziesięciodniowego etapu rekrutacji, będącym pierwszym dniem drugiego etapu rekrutacji.

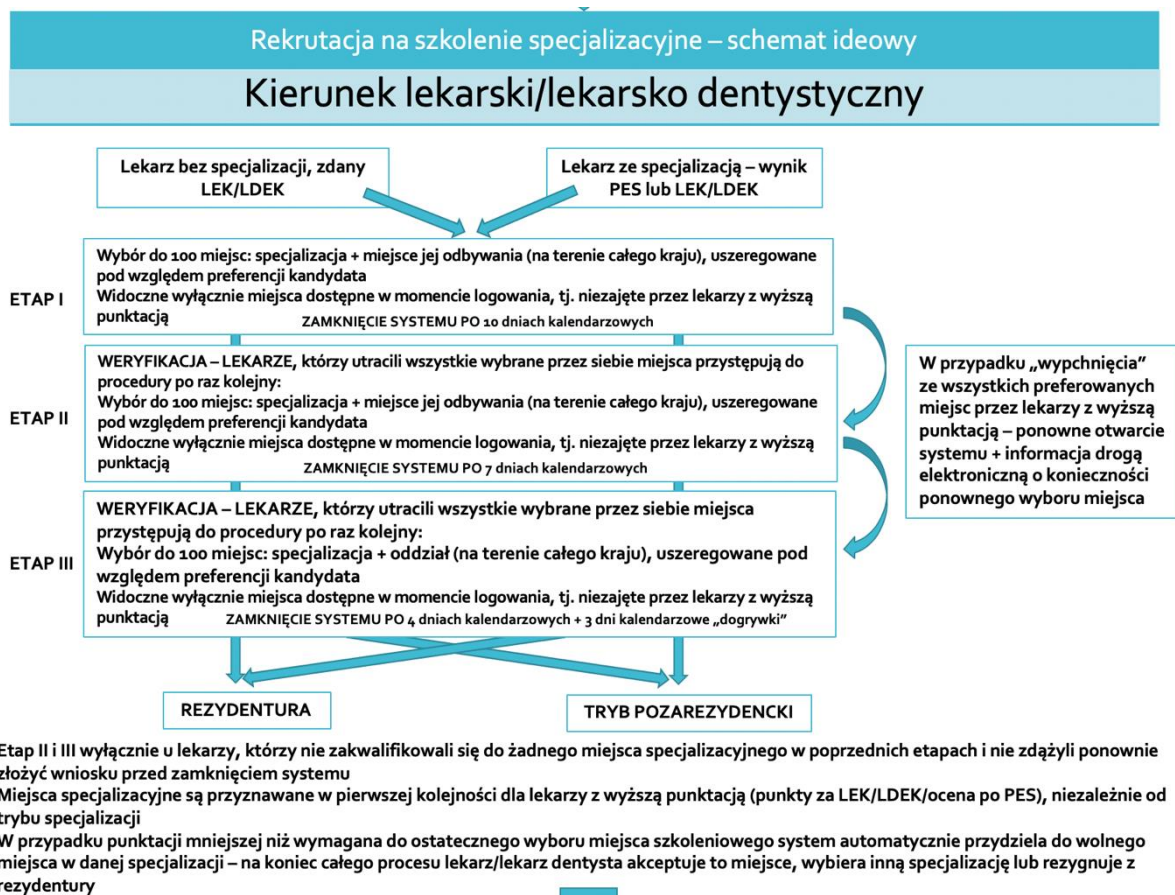
13e. Wolne miejsca specjalizacyjne pozostałe po pierwszym etapie procesu rekrutacji rozdziela się, za pomocą SMK, do ich wyczerpania pomiędzy lekarzy lub lekarzy dentystów według kolejności listy rankingowej powstałej z listy lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy nie uzyskali w pierwszym etapie kwalifikacji w wybranej dziedzinie medycyny. Powstałą listę lekarzy lub lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny oraz listę lekarzy lub lekarzy dentystów niezakwalifikowanych do odbywania takiego szkolenia, Naczelna Izba Lekarska ogłasza, za pomocą SMK, w dniu następującym po zakończeniu drugiego, siedmiodniowego etapu rekrutacji.

13f. Wolne miejsca specjalizacyjne pozostałe po drugim etapie procesu rekrutacji rozdziela się, za pomocą SMK, do ich wyczerpania pomiędzy lekarzy lub lekarzy dentystów według kolejności listy rankingowej powstałej z listy lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy nie uzyskali w drugim etapie kwalifikacji w wybranej dziedzinie medycyny. Powstałą listę lekarzy lub lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny oraz listę lekarzy lub lekarzy dentystów niezakwalifikowanych do odbywania takiego szkolenia, Naczelna Izba Lekarska ogłasza, za pomocą SMK, z dniem następującym po dniu zakończenia trzeciego, czterodniowego etapu rekrutacji, będącego jednocześnie pierwszym z trzech dni etapu końcowego, zwanego dalej „dogrywką”.

13g. Powstałą listę lekarzy lub lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny oraz listę lekarzy lub lekarzy dentystów niezakwalifikowanych do odbywania takiego szkolenia po czwartym etapie rekrutacji, Naczelna Izba Lekarska ogłasza, za pomocą SMK, w dniu następującym po zakończeniu tego trzydniowego etapu rekrutacji. Brak dokonania potwierdzenia wyboru danego miejsca szkoleniowego i przypisanej do niego specjalizacji oraz trybu jej odbywania w SMK, uznaje się za odstąpienie lekarza od postępowania konkursowego.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadza się, zgodnie z przepisami dotyczącymi postępowania kwalifikacyjnego dotyczącego odbywania szkolenia specjalizacyjnego, nowy schemat naboru na szkolenie specjalizacyjne.



11) w art. 16e:

a) ust. 1-3 otrzymują brzmienie:

„1. Na rok przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister właściwy do spraw zdrowia określa i ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji, zwanej dalej „rezydenturą”, na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, konsultantów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny, konsultantów krajowych w danej dziedzinie medycyny uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na terytorium



Rzeczypospolitej Polskiej, z podziałem na obszary działania okręgowych izb lekarskich.

2. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym Naczelna Izba Lekarska, po uprzednim przekazaniu przez okręgową izbę lekarską danych dotyczących liczby miejsc szkoleniowych, ogłasza na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą dla lekarzy lub lekarzy dentystów w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz z podziałem na odpowiednie okręgowe izby lekarskie.

2a. Naczelna Izba Lekarska, po uprzednim przekazaniu przez okręgową izbę lekarską danych dotyczących liczby miejsc szkoleniowych, niezwłocznie przekazuje za pomocą SMK ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje:

- 1) o niewykorzystanych miejscach szkoleniowych na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej, po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego;
- 2) lekarzach i lekarzach dentystach, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na objęte rezydenturą miejsca szkoleniowe oraz miejsca szkoleniowe nieobjęte rezydenturą i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej, obejmującą dane określone w art. 16c ust. 2 i miejsce na liście rankingowej.

3. Niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą, przyznane na dane postępowanie kwalifikacyjne w danej dziedzinie medycyny, minister właściwy do spraw zdrowia może dodatkowo przyznać lekarzom, o których mowa w ust. 2a pkt 2, uwzględniając priorytetowe dziedziny medycyny, w których były przyznane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą.”,

b) w ust. 4 wyraz „województwo” zastępuje się wyrazami, „okręgowa rada lekarska, której członkiem jest lekarz”,

c) ust. 4a otrzymuje brzmienie:

„4a. Minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie informuje, za pomocą SMK, okręgową izbę lekarską, która kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o przyznaniu miejsca szkoleniowego objętego rezydenturą.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowane przepisy porządkują harmonogram planowania ścieżki zawodowej lekarzy. W obecnym stanie prawnym liczba miejsc szkoleniowych i rezydentur znana jest tuż przed naborem. W modelu ideowym to 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. Wprowadza się zatem przepis, zgodnie z którym na co najmniej rok przed konkretnym naborem na szkolenia specjalizacyjne lekarze mieliby wiedzę co do liczby miejsc szkoleniowych oraz liczby przyznanych rezydentur. Pozwoli to lekarzom odbywającym staż podyplomowy na przemyślany wybór dziedziny w module personalizowanym stażu podyplomowego, czy podejmowanie właściwych decyzji, zapobiegających późniejszym zmianom dziedzin szkolenia lub niepodejmowaniu pracy w wyuczonej dziedzinie medycyny. W oparciu o przekrój demograficzny oraz strukturę specjalizacji lekarzy Minister Zdrowia ma pełne kompetencje do prognozowania zapotrzebowania na specjalistów.

12) art. 16ea otrzymuje brzmienie:

„16ea. 1. Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz, który nie odbył szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W dziedzinach medycyny szczególnie ważnych ze względu na ochronę zdrowia publicznego, zaliczanych do dziedzin priorytetowych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4, minister właściwy do spraw zdrowia może wydać zgodę na odbywanie przez lekarza drugiej rezydentury niezależnie od odbytego szkolenia specjalizacyjnego w innej dziedzinie medycyny w trybie rezydentury.

3. Lekarz, który odbywa rezydenturę, może w trakcie jej odbywania bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o jej odbywanie w innej dziedzinie medycyny, nie więcej jednak niż jeden raz, z uwzględnieniem przypadków, o których mowa w ust. 4, oraz z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.

4. W przypadku zmiany specjalizacji w trakcie odbywania rezydentury, w ramach:

1) różnych modułów podstawowych lub modułów jednolitych, o których mowa w art. 16 ust. 2 pkt 1 i 3, ponowny wniosek o odbywanie rezydentury może zostać złożony nie później niż w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia

szkolenia specjalizacyjnego;

2) tego samego modułu podstawowego, o którym mowa w art. 16 ust. 2 pkt 1, ponowny wniosek o odbywanie rezydentury może zostać złożony nie później niż do ukończenia określonego modułu podstawowego.

5. Lekarz, który złożył wniosek, o którym mowa w ust. 3, może odbywać szkolenie specjalizacyjne, jeżeli przystąpi do postępowania, o którym mowa w art. 16c ust. 7 i zostanie do niego zakwalifikowany.

6. Lekarz, który odbywa rezydenturę, może 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 właściwą ze względu na miejsce odbywania szkolenia okręgową izbę lekarską.

7. Lekarz, który trzykrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury, z zastrzeżeniem ust. 2.

8. Lekarz nie może złożyć wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji całego programu specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 2.

9. Do postępowania w zakresie ust. 3-6, stosuje się odpowiednio przepisy art. 16c.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane zmiany przepisów mają na celu zoptymalizowanie możliwości kształcenia podyplomowego lekarzy poprzez umożliwienie odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury lekarzom, którzy zdobyli inną specjalizację w trybie pozarezydenckim (czyli odbywali specjalizację w trybie rezydenckim). Rozwiązania takie mogą przyczynić się do zwiększenia kadry medycznej (liczby lekarzy) z tytułem specjalisty w dziedzinach medycyny, w których występuje niedobór lekarzy oraz istnieje zapotrzebowanie na daną specjalizację spowodowaną nie do końca sprawnie funkcjonującym systemem organizacyjnym kształcenia specjalizacyjnego i wynikającym z niego zmniejszeniem ogólnej liczby kształconych specjalistów.

Należy wskazać, iż wprowadzona regulacja (w zakresie art.16ea ust. 2) umożliwi także odbywanie drugiej rezydentury w dziedzinach kluczowych z punktu

widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i zdrowia publicznego, co przyczyni się do zwiększenia liczebności kadry lekarskiej w tych dziedzinach.

Ponadto, proponowane zmiany, są realizacją zgłaszanych od kilku lat postulatów lekarzy, gdyż obecne przepisy uniemożliwiają lekarzom odbywającym szkolenie dokonać zmiany kierunku kształcenia, przez co istotnie ograniczają elastyczność kształcenia się lekarzy będących w trakcie odbywania specjalizacji. Przedstawione modyfikacje przepisów mogą – co jest wskazane - przyczynić się do zwiększenia zainteresowania kształceniem w zawodach medycznych, promowania podejmowania zatrudnienia na terenie kraju i tym samym zahamowania migracji. Proponowane rozwiązania będą przede wszystkim zachęcać kadrę medyczną do podwyższania kwalifikacji zawodowych w drodze specjalizacji. W efekcie proces ten będzie miał przełożenie na liczbę i profesjonalność kadry medycznej, a tym samym skutkować będzie wyższym poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

13) po art. 16ea dodaje się art. 16eb w brzmieniu:

„16eb. 1. Lekarz w celu uzyskania zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach drugiej rezydentury, o której mowa w art. 16ea ust. 2, występuje z wnioskiem, za pomocą SMK, do ministra właściwego do spraw zdrowia o odbywanie takiego szkolenia.

2. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, zawiera dane, o których mowa w art. 16c ust. 2 pkt 1-16.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych we wniosku, o którym mowa w ust. 2, danych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, rozpatrując wniosek, o którym mowa w ust. 1, bierze pod uwagę opinie konsultantów krajowych lub wojewódzkich, uzyskane w trakcie rozpatrywania wniosku.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowana zmiana wskazuje tryb postępowania lekarza ubiegającego się o odbywanie rezydentury w trybie art. 16ea ust. 2 jako szczególnego rodzaju rezydentury, którą będzie można odbyć niezależnie od odbytego szkolenia specjalizacyjnego w innej dziedzinie medycyny w trybie rezydentury (po raz drugi) -

jeżeli minister właściwy do spraw zdrowia wyda zgodę na jej odbywanie (w związku z zapotrzebowaniem na kluczowe specjalizacje lekarskie).

14) w art. 16 f:

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

„1a. CMKP, po przedstawieniu przez lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego propozycji terminów odbywania poszczególnych kursów i staży kierunkowych w ramach programu specjalizacji uzgodnionych z kierownikiem specjalizacji, ustala w terminie sześciu miesięcy od dnia rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego terminy oraz kolejność tych kursów i staży z uwzględnieniem odpowiedniego modułu.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Ustala się prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego niejako w modelu „studiów specjalizacyjnych”, dzięki któremu w sposób przejrzysty, jasny, transparentny, a co najważniejsze czytelny dla systemu możliwe będzie przewidzenie całej ścieżki szkolenia specjalizacyjnego, przewidzenie absencji w jednostce macierzystej i ew. zwolnienie na określony czas miejsca szkoleniowego, kiedy to inny lekarz lub lekarz dentyista będzie mógł odbyć staż kierunkowy lub moduł podstawowy lub specjalistyczny w tej jednostce. Model taki pozwoli również uniknąć chaosu organizacyjnego oraz wymusi odbywanie staży kierunkowych bez możliwości blokowania ich odbywania w razie braków kadrowych, jako że program specjalizacji dla lekarza lub lekarza dentyisty jest dokumentem nadrzędnym. Kolejnym pozytywnym punktem opisanego modelu jest 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 wymusi także na organizatorze prowadzącym szkolenia, m.in. na CMKP, wcześniejsze przygotowanie omawianych kursów.

b) w ust. 3:

- w pkt 2:

- - uchyla się lit. c-e,

## UZASADNIENIE ZMIAN

Propozycja uchylecia przedmiotowego przepisu (lit. c-e w art. 16f ust. 3), polega na rezygnacji (wyłączeniu) z programu specjalizacji w którym wymienia się poszczególne kursy specjalizacyjne - kursu w zakresie ratownictwa medycznego, kursu w zakresie zdrowia publicznego oraz kursu w zakresie prawa medycznego jako jednych z wielu form szkolenia.

Rozwiązanie to podyktowane jest tym, iż analogiczne kursy są już prowadzone w programie stażu podyplomowego i dublowanie takich samych form szkolenia niezasadnie wydłuża okres szkolenia specjalizacyjnego. Mając na uwadze cały proces kształcenia lekarzy proponuje się rozważyć włączenie tych kursów w program kształcenia ustawicznego.

- - lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) pełnienie określonych w programie danej specjalizacji dyżurów medycznych pod bezpośrednim nadzorem kierownika specjalizacji lub lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego,”

- - po lit. h dodaje się lit. h<sup>1</sup> i h<sup>2</sup> w brzmieniu:

„h<sup>1</sup>) 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,

h<sup>2</sup>) 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,”

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

„2a) określenie dla każdego realizowanego etapu szkolenia specjalizacyjnego, w ramach form i metod, o których mowa w pkt 2, merytorycznie właściwych w zakresie realizacji programu jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w których dopuszcza się pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza:

a) dla modułu podstawowego oraz stażu kierunkowego, w ramach modułu podstawowego i do czasu zakończenia programu modułu podstawowego,

b) dla modułu specjalistycznego oraz stażu kierunkowego, w ramach modułu specjalistycznego, po zakończeniu modułu podstawowego i w czasie trwania modułu specjalistycznego,

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

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Projektowany przepis należy rozpatrywać wraz z art. 16i ust. 1. Szkolenie specjalizacyjne, bez względu na stosowany system organizacji pracy, nie powinno prowadzić do zaniku relacji mistrz – uczeń lub wręcz izolowania lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne od kierownika specjalizacji. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne powinni zdobywać wiedzę i umiejętności wykonując pracę także w godzinach największego natężenia zabiegów i procedur medycznych, pozostając jednocześnie pod faktycznym i realnym nadzorem kierownika specjalizacji lub wyznaczonego specjalisty w razie jego nieobecności w jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego.

W przypadku większości specjalizacji klinicznych należy w ich programach istotnie ograniczyć możliwość pracy lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w systemie zmianowym lub równoważnego czasu pracy, pozostawiając jednak taką możliwość wyłącznie w razie istnienia obiektywnie trwałych przesłanek ich zastosowania. Dotychczasowe doświadczenia wielu podmiotów leczniczych wskazują na istotne przekraczanie ustawowo ustalonych granic wprowadzania i stosowania systemu równoważnego czasu pracy lub pracy zmianowej. Dlatego za niezbędne uznano uzależnienie stosowania systemów zmianowych lub równoważnego czasu pracy od przesłanek merytorycznych wprost dotyczących danej dziedziny medycyny, rozumianych jako konieczność wynikająca z rodzaju wykonywanej pracy lub jej organizacji. W każdym razie za oczywiście nieuzasadnione kryteria uznano przyczyny zarządcze ujawniających się zwłaszcza jako problemy kadrowe lub finansowe podmiotu leczniczego. Stąd postulowaną regułą jest zachowanie potencjalnej możliwości stosowania pracy zmianowej lub w systemie równoważnego czasu pracy wyłącznie w razie ustalenia takiej możliwości w programie danej specjalizacji.

Program specjalizacji powinien wskazać „wewnętrzne” jednostki organizacyjne podmiotów leczniczych prowadzących szkolenia specjalizacyjne, w których – ze

względu na etap specjalizacji – lekarz odbywający specjalizację powinien pełnić dyżur medyczny wymagany programem specjalizacji. Określenie takich jednostek w programie specjalizacji, będącym dla lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne aktem istotnie podstawowym, z jednej strony powinno ograniczyć zobowiązanie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do pełnienia dyżurów medycznych w jednostkach niezwiązanych z programem realizowanej specjalizacji, z drugiej zaś nie wprowadza zakazu pełnienia dyżurów w każdej jednostce podmiotu leczniczego za zgodą lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

- pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) zakres merytoryczny PES wraz z podaniem bibliografii, z której układane są pytania egzaminacyjne;

7) ogólne warunki akredytacji podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne umożliwiające realizację programu specjalizacji, w szczególności określające:

a) profil działalności podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne odpowiadający profilowi prowadzonej specjalizacji,

b) warunki merytoryczne i organizacyjne szkolenia specjalizacyjnego umożliwiające realizację programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy,

c) sposób sprawowania systematycznego nadzoru nad procesem szkolenia lekarza odbywającego szkolenie, w tym sposób monitorowania dokumentacji tego szkolenia,

d) wymagania w zakresie kadry dydaktycznej oraz sprzętu i aparatury medycznej.”,

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

„4a. Konsultant krajowy z właściwej dziedziny medycyny albo dziedziny pokrewnej nie rzadziej niż raz na 5 lat, weryfikuje program specjalizacji pod kątem jego aktualności zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej oraz praktyczności i zastosowania wykonywanych procedur medycznych.”,

e) w ust. 6 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) nie więcej niż dwóch przedstawicieli Komisji Młodych Lekarzy Naczelnej Rady



Lekarskiej będących jednocześnie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z danej dziedziny medycyny lub dziedziny pokrewnej.”,

f) po ust. 8 dodaje się ust. 9-11 w brzmieniu:

„9. Zespół ekspertów, o których mowa w art. 19f ust. 4, na podstawie ogólnych warunków akredytacji, o których mowa w ust. 3 pkt 7, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia programu specjalizacji, opracowuje szczegółowe wytyczne akredytacyjne, odpowiednie dla określonych programów specjalizacji i przekazuje CMKP.

10. CMKP po otrzymaniu wytycznych, o których mowa w ust. 9, zamieszcza wytyczne, w drodze zarządzenia, na swojej stronie internetowej wskazując datę początkową ich obowiązywania.

11. Zespół ekspertów, o których mowa w art. 19f ust. 4, aktualizuje szczegółowe wytyczne akredytacyjne, zgodnie z postępem wiedzy, nie rzadziej jednak niż raz na 5 lat. Przepisy ust. 9 i 10 stosuje się odpowiednio.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane przepisy (art. 16f ust. 3 pkt 7) mają w szczególności na celu doprecyzowanie regulacji oraz umożliwienie zespołom eksperckim (powołanym do wydawania opinii dotyczącej spełniania przez jednostki organizacyjne ubiegające się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego określonych warunków) systematyczne aktualizowanie przesłanek oceny wniosków akredytacyjnych w szkoleniu specjalizacyjnym. Ponadto, przesłanką wprowadzenia modyfikacji w ww. przepisach jest umożliwienie reagowania w sposób elastyczny na zmieniające się możliwości organizowania szkolenia specjalizacyjnego. W obecnym stanie prawnym przewidziane rozwiązanie, w którym standardy akredytacyjne są elementem składowym poszczególnych programów specjalizacji, powoduje, że każda ich zmiana generuje nowy wariant programu specjalizacyjnego. Od strony proceduralnej i formalno-prawnej istotnie komplikuje to proces szkolenia specjalizacyjnego i akredytacyjnego.

15) w art. 16h w ust. 2:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, na swój wniosek, z zastrzeżeniem konieczności realizacji programu

specjalizacji jako dokumentu nadrzędnego dla lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w podejmowaniu decyzji dotyczących zatrudnienia i czynności zawodowych, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:”,

b) pkt 4 otrzymuje 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 minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie odrębnych przepisów;”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przedmiotowa zmiana precyzuje, wobec niezgodnych z prawem ogólnym praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze, iż co do zasady program specjalizacji jest dla lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego dokumentem nadrzędnym i zarządzający podmiotem musi respektować ten fakt planując pracę podmiotu. Regulacja ta oraz pkt 4 wskazują, iż lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne nawiązując stosunek pracy z pracodawcą, bądź nie, nie mniej wyklucza się możliwość pracy w tzw. „wolontariacie”, czyli wykonywania pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie za „0 zł”, gdyż jest to niezgodne z ogólnie przyjętymi normami w RP (obowiązuje „pensja” minimalna i jej odpowiednik stawki godzinowej). Dalsze regulacje mogłyby wiązać się z naruszeniem wolności gospodarczej i należą do bezpośrednich ustaleń lekarza z pracodawcą.

16) w art. 16i:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz 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 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 – h<sup>2</sup> i pkt 2a.”,

## UZASADNIENIE ZMIAN

Przepis należy rozpatrywać wraz z art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h – h<sup>2</sup> i pkt 2a.

Szkolenie specjalizacyjne, bez względu na stosowany system organizacji pracy, nie powinno prowadzić do zaniku relacji mistrz – uczeń lub wręcz izolowania lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne od kierownika specjalizacji. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne powinni zdobywać wiedzę i umiejętności wykonując pracę także w godzinach największego natężenia zabiegów i procedur medycznych, pozostając jednocześnie pod faktycznym i realnym nadzorem kierownika specjalizacji lub wyznaczonego specjalisty w razie jego nieobecności w jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego.

W przypadku większości specjalizacji klinicznych należy w ich programach istotnie ograniczyć możliwość pracy lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w systemie zmianowym lub równoważnego czasu pracy, pozostawiając jednak taką możliwość wyłącznie w razie istnienia obiektywnie trwałych przesłanek ich zastosowania. Dotychczasowe doświadczenia wielu podmiotów leczniczych wskazują na istotne przekraczanie ustawowo ustalonych granic wprowadzania i stosowania systemu równoważnego czasu pracy lub pracy zmianowej. Dlatego za niezbędne uznano uzależnienie stosowania systemów zmianowych lub równoważnego czasu pracy od przesłanek merytorycznych wprost dotyczących danej dziedziny medycyny, rozumianych jako konieczność wynikająca z rodzaju wykonywanej pracy lub jej organizacji. W każdym razie za oczywiście nieuzasadnione kryteria uznano przyczyny zarządcze ujawniających się zwłaszcza jako problemy kadrowe lub finansowe podmiotu leczniczego. Stąd postulowaną regułą jest zachowanie potencjalnej możliwości stosowania pracy zmianowej lub w systemie równoważnego czasu pracy wyłącznie w razie ustalenia takiej możliwości w programie danej specjalizacji.

Program specjalizacji powinien wskazywać jednostki organizacyjne podmiotów leczniczych znajdujące się w strukturze tego podmiotu, prowadzących szkolenia specjalizacyjne, w których – ze względu na etap specjalizacji – lekarz odbywający specjalizację powinien pełnić dyżur medyczny wymagany programem specjalizacji. Określenie takich jednostek w programie specjalizacji, będącym dla lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne aktem istotnie podstawowym, z jednej strony powinno ograniczyć zobowiązanie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do pełnienia dyżurów medycznych w jednostkach niezwiązanych z

programem realizowanej specjalizacji, z drugiej zaś nie wprowadza zakazu pełnienia dyżurów w każdej jednostce podmiotu leczniczego za zgodą lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

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

„1a. Kierownik specjalizacji po porozumieniu z kierownikiem jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego wyraża zgodę na pełnienie 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.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadzane przepisy mają na celu poprawę bezpieczeństwa leczenia pacjentów oraz bezpieczeństwa pracy lekarzy. Dyżur medyczny, jako jedna z bardziej odpowiedzialnych form wykonywania pracy, powinien być pełniony przez lekarzy posiadających pełnię kompetencji, znajomości zasad i warunków pracy w danej jednostce podmiotu leczniczego oraz wyrażających na to zgodę. Od lat wskazuje się, że w pierwszym roku od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego trwa adaptacja lekarza do zasad i warunków pracy, poznanie specyfiki pracy w danej jednostce podmiotu leczniczego oraz jednostek chorobowych i stanów zagrożenia życia najczęściej występujących w danym miejscu. Jeżeli lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, w okresie 1 roku od jego rozpoczęcia zdecyduje o niepełnieniu dyżurów samodzielnych, powinien je pełnić pod realnym nadzorem kierownika specjalizacji lub specjalisty wyznaczonego przez kierownika specjalizacji.

1c. 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.

1d. Niewykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w ust. 1c, przez okres:

1) nie dłuższy niż łącznie 24 miesiące w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem nie przedłuża okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego;  
2) dłuższy niż 24 miesiące w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jej programem przedłuża okres szkolenia specjalizacyjnego o czas nieobecności lekarza w pracy. Czynności zawodowe w przedłużonym okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego mogą być wykonane w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub normalnego czasu pracy.

1e. Lekarzowi, o którym mowa w ust. 1c, przysługuje pełne wynagrodzenie za pracę, choćby faktyczny wymiar jego czasu pracy nie osiągnął norm, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wystąpienie zdarzeń usprawiedliwiających ograniczoną zdolność lekarza do pełnego wykonywania czynności zawodowych w ramach pełnienia dyżurów medycznych, w tym w porze nocnej nie powinno oznaczać wydłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego ani zwiększenia czasu pracy lekarza odbywającego specjalizację po ustąpieniu tych zdarzeń. Przeciwwskazania do pracy w określonych warunkach lub w wymiarze poza normalnymi godzinami pracy nie mogą skutkować dla lekarza pogorszeniem jego sytuacji, w szczególności w porównaniu do uprawnień innych pracowników zatrudnianych przez podmioty lecznicze. Tym niemniej, ze względu na konieczność wyważenia z jednej strony słusznych uprawnień lekarzy będących pracownikami związanych z rodzicielstwem lub wynikających z ich stanu zdrowia, z drugiej zaś obowiązków wynikających z programów specjalizacji, ograniczono czas trwania szczególnych uprawnień do okresu łącznie 24 miesięcy oraz do pracy w ramach pełnienia dyżurów medycznych.

1f. Za pisemną uprzednią zgodą lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne można skrócić okres jego nieprzerwanego odpoczynku dobowego,

jeżeli czas pracy w obowiązującym tego lekarza okresie rozliczeniowym nie przekracza przedłużonego dobowego wymiaru czasu pracy w przedłużonym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w art. 94 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, a czas pracy poza normalnymi godzinami pracy nie przekracza 24 godzin, bezpośrednio po których lekarzowi zapewnia się odpoczynek w wymiarze i zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

1g. 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<sup>1</sup> § 1-3 i art. 151<sup>2</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana ta tworzy możliwość wydłużenia czasu dyżuru medycznego powyżej 5 godzin 25 minut dziennie. Możliwy będzie więc dyżur w wymiarze 16 godzin 25 minut oraz 24-godzin. Lekarz wypełniający szkolenie specjalizacyjne odbywa je pod nadzorem kierownika w normalnych godzinach pracy i pełniąc dyżury medyczne. Dotychczas pełnienie dyżurów w nocy co do zasady wydłużało okres specjalizacji ze względu na obligatoryjny okres odpoczynku po dyżurze. Wprowadzając te przepisy oraz przepisy o nieprzedłużaniu specjalizacji umożliwiamy pełnienie dyżurów bez konieczności wydłużania specjalizacji.

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji oraz po przekroczeniu liczby godzin dyżurów medycznych wymaganej programem specjalizacji, także w podmiocie leczniczym innym niż podmiot leczniczy prowadzący jego szkolenie specjalizacyjne, przysługuje wynagrodzenie obliczone na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1. Przepis art. 95 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stosuje się odpowiednio.”,

d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a-3c w brzmieniu:

„3a. Wynagrodzenie za każdą godzinę pracy w ramach dyżuru medycznego pełnionego przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne nie może być niższe niż stawka godzinowa wynikająca z zasad ustalania wynagrodzenia zasadniczego dla tego lekarza, o których mowa w ust. 3 i w art. 95 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3b. Pełnienie dyżuru medycznego wymaganego programem specjalizacji od lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne uwzględnia określenie jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego to szkolenie, o których mowa w art. 16f w ust. 3 pkt 2a.

3c. Z uwzględnieniem terminu realizacji programu specjalizacji i zasad organizacji pracy podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w razie możliwości wyboru wynikającego z programu specjalizacji, po porozumieniu z kierownikiem specjalizacji lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne wskazuje jednostkę lub jednostki, w których pełnić będzie dyżur medyczny w ramach każdego etapu programu specjalizacji.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Dotychczas obowiązujące zasady kształtowania wynagradzania za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego, wynikające z art. 16i ust. 3 i 4 ustawy, realizowane są w sposób umożliwiający tworzenie osobnych warunków wynagrodzenia za pracę na dyżurze medycznym nieobjętym programem specjalizacji. Ustawodawca tworząc kategorię umowy o dyżur medyczny wprost nie przesądził, czy warunki płacy ustalone taką umową powinny respektować warunki płacy ustalone w umowie o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Uznano za konieczne przyjęcie reguły, że ustalając warunki płacy za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego należy przestrzegać zasady równości wynagrodzenia, co w szczególności oznacza konieczność wykluczenia możliwości wynagradzania lekarzy za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego poniżej właściwych dla nich stawek, wynikających z podstawowej dla nich umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Ustalenie miejsca pełnienia dyżuru medycznego powinno być w zgodzie z programem specjalizacji. Decyzja o potencjalnym – wynikającym z możliwości zawartych w programie specjalizacji – wyborze miejsca pełnienia dyżuru medycznego pozostawać powinna w zakresie uzgodnienia lekarza odbywającego

szkolenie specjalizacyjne i kierownika specjalizacji. Decyzja ta powinna zostać podjęta w terminie uwzględniającym realizację programu specjalizacji i organizację pracy danego podmiotu.

e) po ust. 4 dodaje się ust. 5-7 w brzmieniu:

„5. 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.

6. 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.

7. Czas pracy w ramach pełnionego dyżuru medycznego oraz okresy odpoczynku zalicza się do czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana realizuje postanowienie § 11 ust. 2 Porozumienia zawartego przez Ministra Zdrowia i Porozumienie Rezydentów OZZL. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego jest istotną składową kształcenia lekarza specjalisty i niezbędną formą wykonywania zawodu lekarza w podmiotach leczniczych realizujących opiekę medyczną całodobowo. Lekarze nie organizują pracy ani nie ponoszą odpowiedzialności za planowanie dyżurów medycznych w sposób uniemożliwiający wykonanie norm czasu pracy w normalnych godzinach pracy. Konieczne jest zatem osiągnięcie stanu co najmniej zbliżonego do równowagi, w którym pełnienie dyżuru medycznego i skorzystanie z prawa do odpoczynku nie będą oznaczały wydłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w razie niewykonania z tych przyczyn normy czasu pracy lekarza, ani pogorszenia warunków pracy i płacy. Obecnie godziny dyżurów medycznych zaliczane są na poczet realizacji podstawowej normy czasu pracy, co skutkuje obniżeniem wynagrodzenia należnego za pracę w ramach dyżuru medycznego.

17) w art. 16j:



a) ust. 2b otrzymuje brzmienie:

„2b. Lekarz, lekarz dentyista odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania odpowiednio zawodu lekarza lub lekarza dentyisty 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, 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:

1) 700 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4;

2) 600 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.”,

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

„2t. Różnicę pomiędzy faktycznym kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na ten cel finansuje podmiot leczniczy, z którym lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne zawarł umowę, o której mowa w art. 16h ust. 1.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Art. 16j ust. 2 wskazuje na źródło finansowania kosztów szkolenia specjalizacyjnego, w tym obowiązkowych godzin dyżurowych wynikających z programu specjalizacji lekarskich. W pkt. 6. *Oceny skutków regulacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* poinformowano, że cyt.: „Zakłada się, że od 1 lipca 2018 r. Minister Zdrowia będzie finansował koszty wynagrodzenia z tytułu pełnienia programowych dyżurów medycznych. Koszty te skalkulowano przy zastosowaniu stawki 150% wynagrodzenia zasadniczego, przy czym przyjęto, iż

każdy lekarz odbywa średnio 40 godzin i 20 minut dyżurów miesięcznie jedynie w porze dziennej”.

Pełnienie dyżurów medycznych odbywa się także w porze nocnej, a po wejściu w życie projektowanych przepisów w zwiększonym wymiarze do nawet 24 godzin. Wynagrodzenie za godziny dyżurów medycznych przypadające w innej porze niż dzienna nie są i nie będą finansowane ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia, pomimo, że do takich godzin pracy zastosowanie ma dodatek do wynagrodzenia, o którym stanowi art. 151<sup>1</sup> § 1 pkt 1 Kodeksu pracy.

Wystąpienie w wielu podmiotach leczniczych różnicy pomiędzy środkami finansowymi przekazanymi przez Ministra Zdrowia, a faktycznymi kosztami szkolenia specjalizacyjnego do wysokości faktycznych kosztów wykonania pracy w ramach pełnionego dyżuru medycznego w porze nocnej, niedziele, święta lub dniu wolnym od pracy udzielonym za pracę w niedziele i święto, co wynika z art. 95 ust. 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), jest oczywiście pewne. Skoro podmioty lecznicze zachowują swobodę planowania dyżurów medycznych w porze nocnej, niedziele lub święta, to obowiązek pokrycia kosztów szkolenia specjalizacyjnego wynikający ze swobody organizacji pracy i jej planowania spocząć powinien na tych podmiotach.

c) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 200% tego wynagrodzenia.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zgodnie z postulatem środowiska lekarskiego za konieczne i uzasadnione uznaje ustalenie się wskaźnika wynagrodzenia na poziomie wyższym niż w

obecnym stanie prawnym. Wszystkie zobiektywizowane parametry ekonomiczne i demograficzne wpływające na ustalanie zasadniczego wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie potwierdzają konieczność podjęcia decyzji o proponowanym wzroście tego wynagrodzenia.

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.”

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane przepisy mają na celu zapewnienie lekarzom odbywającym specjalizację w trybie rezydentury ukształtowanie ich wynagrodzeń zasadniczych na wyższym poziomie. Poprawa warunków finansowych (wynagrodzeń) według określonych kryteriów będzie czynnikiem motywującym do odbywania specjalizacji w kraju i może przyczynić się w znaczący sposób do zahamowania migracji lekarzy poza granice kraju. Ponadto, zaproponowane rozwiązanie pozwoli na zwiększenie liczby młodych lekarzy podnoszących kwalifikacje zawodowe (wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej), a tym samym wpłynie na jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Zaproponowane rozwiązania mają również na celu podniesienie prestiżu wykonywanego zawodu oraz znacznego poprawienia jakości szkolenia specjalizacyjnego.

W tym celu proponuje się, aby wysokość wynagrodzenia lekarzy rezydentów kształtowała się nie tylko w zależności od dziedziny medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, ale aby zróżnicowanie

wynagrodzenia uzależnione było od:

- dziedziny medycyny uznanej za priorytetową (225% wynagrodzenia zasadniczego),
- złożenia z pozytywnym wynikiem Państwowego Egzaminu Modułowego dla dziedzin niepriorytetowych (250% wynagrodzenia zasadniczego) lub priorytetowych (275% wynagrodzenia zasadniczego) jako egzaminu w procesie kształcenia lekarzy potwierdzających nabycie określonej wiedzy i umiejętności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.
- dziedziny medycyny odbywanej w module jednolitym po dwóch latach szkolenia dla dziedzin niepriorytetowych (225% wynagrodzenia zasadniczego) lub priorytetowych (250% wynagrodzenia zasadniczego).

18) w art. 16l:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Z zastrzeżeniem art. 16i ust. 1b-1d, okres trwania szkolenia specjalizacyjnego ulega przedłużeniu o czas nieobecności lekarza 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 2017 r. poz. 1368, z późn. zm.);
- 2) z powodu urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę na czas nie dłuższy niż 3 miesiące w okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 3) w przypadkach, o których mowa w art. 92, 176-179, 182<sup>3</sup>, 185, 188 Kodeksu pracy;
- 4) z powodu urlopu bezpłatnego trwającego nie dłużej niż 2 lata, udzielonego przez pracodawcę w celu odbycia stażu zagranicznego zgodnego z programem odbywania szkolenia specjalizacyjnego, po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji;
- 5) z powodu przerwy trwającej nie dłużej niż 14 dni wynikającej z procedur stosowanych przy zmianie trybu lub miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
- 6) z powodu przerwy trwającej nie dłużej niż 12 miesięcy wynikającej z realizacji specjalizacji odbywanej w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Przewidziana zmiana ma charakter porządkowy, jest konsekwencją wprowadzenia przepisu art. 16i. ust. 1b-1d do ustawy. Dodatkowo poprzez usunięcie z zapisów przepisu art. 187 kodeksu pracy oraz dodania zastrzeżeń zgodnych z artykułem 16i. ust. 1b-1d ustawy realizuje się „prorodzicielskie” prawo pracy.

b) użyty w ust. 3 i 7 wyraz „wojewoda” zastępuje się wyrazami „okręgowa rada lekarska, której członkiem jest lekarz w porozumieniu z właściwym wojewodą”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana ma charakter porządkowy wynika z przekazania kompetencji przez urzędy wojewódzkie - okręgowym radom lekarskim.

19) w art. 16m:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Liczbę lekarzy odbywających jednocześnie szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem kierownika specjalizacji uzależnia się od wymiaru czasu pracy, w jakim kierownik specjalizacji jest zatrudniony w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne i jest do niego proporcjonalny, z zastrzeżeniem, że na cały etat lub jego ekwiwalent przypada maksymalnie trzech lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego.”,

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

„4a. Całkowita liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w danej jednostce akredytowanej nie może być wyższa niż trzykrotność sumy wymiaru etatów lub ich równoważników przypisanych do tej jednostki.

4b. W przypadku kierownika specjalizacji zatrudnionego na podstawie innej umowy niż umowa o pracę lub wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wymiar czasu pracy tego kierownika winien odpowiadać wymiarowi czasu pracy kierownika, o którym mowa w ust. 4. Wymiar ten liczony jest według liczby godzin przepracowanych przez kierownika w jednostce akredytowanej w okresie trzech miesięcy poprzedzających procedurę przyznania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego albo

– w przypadku wniosku jednostki akredytowanej - w okresie trzech miesięcy poprzedzających procedurę naboru na szkolenie specjalizacyjne w danej sesji.

4c. Do wniosku, o którym mowa w ust. 4b, jednostka akredytowana dołącza dokumenty potwierdzające stan faktyczny zatrudnienia kierowników specjalizacji zgodne ze złożonym wnioskiem.”,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Szkolenie specjalizacyjne, bez względu na stosowany system organizacji pracy, nie powinno prowadzić do zaniku relacji mistrz – uczeń lub wręcz izolowania lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne od kierownika specjalizacji. Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne powinni zdobywać wiedzę i umiejętności wykonując pracę także w godzinach największego natężenia zabiegów i procedur medycznych, pozostając jednocześnie pod nadzorem kierownika specjalizacji. W tym celu wprowadza się zmiany w zakresie art. 16m ust. 4 ustawy, zgodnie z którym liczbę lekarzy odbywających jednocześnie szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem kierownika specjalizacji albo kierownika stażu uzależnia się od wymiaru czasu pracy w jakim kierownik specjalizacji jest zatrudniony, tj. kierownik zatrudniony w ramach pełnego wymiaru czasu pracy może mieć max. 3 specjalizantów, zaś w przypadku mniejszego wymiaru etatu liczba specjalistów zmniejsza się wprost proporcjonalnie.

W przypadku kierowników specjalizacji zatrudnionych w formie innej niż umowa o pracę decydująca (dla określenia liczby lekarzy będących pod opieką kierownika) będzie średnia liczba godzin przepracowanych w jednostce akredytowanej w ciągu 3 miesięcy poprzedzających procedurę przyznania akredytacji (w przeliczeniu na godziny wynikające z pracy na pełnym etacie, w przybliżeniu  $168h=1$  pełny etat) lub na wniosek jednostki akredytowanej na 3 miesiące poprzedzające właściwy nabór na specjalizację.

Założeniem proponowanej regulacji jest zatem, aby całkowita liczba miejsc specjalizacyjnych w danej jednostce nie mogła być wyższa niż po zsumowaniu liczby pełnych etatów klinicznych lekarzy specjalistów.

Regulacja ta, wraz z regulacjami pozostałych przepisów ma także za zadanie przesunięcie specjalizujących się lekarzy w dużych ośrodkach akademickich, często nierealizujących programu szkolenia specjalizacyjnego w modułach podstawowych w związku ze specyfiką wysokospecjalistyczną, do szpitali o niższej

referencyjności – dawnych „wojewódzkich” lub „powiatowych”. Dzięki temu, odbywanie modułów podstawowych będzie wiązało się ze spotykaniem najczęściej występujących w populacji przypadków klinicznych i podniesie jakość i multidyscyplinarność lekarzy, późniejszych specjalistów.

c) ust. 6 i 6a otrzymują brzmienie:

„6. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, w szczególności za pomocą SMK, szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, mając na uwadze terminy odbywania kursów i staży kierunkowych, o których mowa w art. 16f ust. 1a oraz obejmującego miejsce odbywania kursów i staży kierunkowych, w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji na cały okres trwania szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku zmian w planie szkolenia specjalizacyjnego, w terminie miesiąca od zaistnienia zmiany, kierownik specjalizacji lub osoba przez niego upoważniona, odnotowuje tę zmianę w szczegółowym planie szkolenia specjalizacyjnego, dokonując jego aktualizacji. Szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego oraz jego zmiany są zamieszczane w SMK.

6a. Kierownik specjalizacji lub osoba przez niego upoważniona potwierdza realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego za pomocą SMK.”,

d) w ust. 7:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

- uchyla się pkt 1a,

- użyty w pkt 6 i 7 wyraz „wojewody” zastępuje się wyrazami „okręgowej rady lekarskiej w porozumieniu z wojewodą”,

- pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) potwierdza osobiście lub przez osobę przez niego upoważnioną, za pomocą SMK, zrealizowanie poszczególnych elementów programu specjalizacji oraz zrealizowanie całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem

specjalizacji.”,

## UZASADNIENIE ZMIANY

Propozycja zmiany przepisów ma na celu odciążenie kierowników specjalizacji z czasochłonnych obowiązków biurowatycznych (administracyjnych) związanych z dokonywaniem wpisów w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) czy z wypełnianiem/ weryfikowaniem dokumentacji, do której jest zobligowany. Projektowane rozwiązanie ma zatem przyczynić się do optymalizacji pracy osób pełniących funkcję kierowników specjalizacji, którzy będą mogli więcej czasu poświęcić lekarzom szkolącym się pod ich kierunkiem.

W tym celu, proponuje się doprecyzowanie przepisów, które umożliwiałyby przejęcie, przez osobę upoważnioną przez kierownika, wykonywania czynności administracyjnych - w sytuacji także wystąpienia okoliczności, w których kierownik nie może sam ich wykonać (ze względu na swoją nieobecność czy z innych powodów). Proponowane przepisy zobowiązują zatem kierownika do wyznaczenia (poprzez upoważnienie) osoby, która obok kierownika będzie mogła wykonywać zadania (obowiązki administracyjne) związane z pełnieniem funkcji kierownika specjalizacji. Należą do nich:

- 1) odnotowywanie każdej zmiany w szczegółowym planie szkolenia specjalizacyjnego,
- 2) potwierdzanie realizacji przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego za pomocą SMK,
- 3) potwierdzanie za pomocą SMK, zrealizowanych elementów programu specjalizacji oraz zrealizowanie całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji.

Jednocześnie, w związku z uchyleniem przepisu dotyczącym karty szkolenia specjalizacyjnego w tym elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego (EKS) dokonano modyfikacji przepisu w zakresie art. 16m ust. 6a poprzez wykreślenie wyrazów: „*w szczególności przez potwierdzanie wpisów uzupełnianych na bieżąco przez lekarza w EKS*”.

Uchylenie pkt 1a ma charakter porządkujący w związku z rezygnacją elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego, w której dokonywane (uzupełnianie) były na bieżąco wpisy dotyczące realizacji przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego (na rzecz potwierdzania



realizacji programu specjalistycznego przez kierownika specjalizacji lub osobę przez niego upoważnioną).

Poprzez wprowadzenie obowiązku ustalenia planu szkolenia do 6 miesięcy po rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego wprowadza się w życie element „zakładowego planu realizacji szkolenia specjalizacyjnego”. Ma on za zadanie usystematyzować pracę oraz dać narzędzie, aby w prosty i jasny sposób przewidzieć, kiedy lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego pracuje w jednostce macierzystej, a kiedy realizuje staże kierunkowe. Jest to dopełnienie opisanych powyżej przepisów wprowadzających element „studiów specjalizacyjnych” w zakresie realizacji staży kierunkowych i kursów specjalizacyjnych.

e) po ust. 7 dodaje się 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.

2. Kierownik specjalizacji wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, otrzymuje proporcjonalnie do okresu odbywanego przez lekarza szkolenia, z wyłączeniem okresu nieobecności, o którym mowa w art. 16l ust. 1, 2 i 4.

3. Wynagrodzenie jest wypłacane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia i jest przekazywane w trybie przewidzianym dla rozliczania środków finansowych przeznaczanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, o którym mowa w art. 16j ust. 2 i 2a.”;

## **UZASADNIENIE ZIMAN**

Przepis wprowadza podstawy prawne do wynagradzania kierownika specjalizacji i celem tego przepisu jest zmotywowanie lekarzy do pełnienia takiej funkcji. Nowe regulacje wychodzące naprzeciw postulatam środowiska lekarskiego sankcjonują przyznanie kierownikowi specjalizacji wynagrodzenia w wysokości 1000 zł brutto miesięcznie za każdego będącego pod jego nadzorem lekarza odbywającego szkolenie, z zastrzeżeniem, iż wyliczane wynagrodzenie proporcjonalne będzie do liczby dni świadczenia pracy przez lekarza odbywającego to szkolenie w danym miesiącu. Środki finansowe przekazywane będą przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie umowy zawartej z podmiotem

prowadzącym szkolenie specjalizacyjne zatrudniającym kierownika specjalizacji. Umowa ta określać będzie wysokość środków i ich przeznaczenie. Przygotowanie jak i realizacja takich umów odbywać się będzie w SMK.

W obecnym stanie prawnym brak jest regulacji, które przyznawałyby kierownikom specjalizacji wynagrodzenia z tytułu pełnionej funkcji, co jest przyczyną wielu nieporozumień oraz braku motywacji do szkolenia młodszych kolegów, braku chęci otwierania nowych miejsc akredytowanych. W szczególności w specjalizacjach dentystycznych istnieje bardzo duża niechęć do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wprowadzenie zmian w tym zakresie jest niezwykle istotne, gdyż na kierowniku specjalizacji spoczywa odpowiedzialność za realizację szkolenia zgodnego z programem szkolenia, w tym związaną z realizacją czasochłonnych obowiązków administracyjnych. Katalog zadań przypisanych kierownikowi specjalizacji obejmuje bardzo wiele wymogów, które stanowią dla tych osób niemałe obciążenia (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 przewiduje projekt jest dodatkiem do wynagrodzenia zasadniczego za każdego specjalizanta i będzie zapłatą za przypisaną odpowiedzialność, która spoczywa na kierowniku specjalizacji, aby dobrze wyedukować lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

20) w art. 16o:

a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) zaprzestania przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub ustalenia w wyniku kontroli zawinionych przez lekarza nieprawidłowości w odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego;”,

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 planem szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16m ust. 6, lub nieuzupełnianie wpisów, za pomocą SMK, o których mowa w art. 16m ust. 6a, w okresie 12 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu, z przyczyn leżących po stronie lekarza.”.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana ma charakter porządkujący w związku z rezygnacją z elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego, w której dokonywane (uzupełniane) były na bieżąco wpisy w związku z realizacją przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto, wydłuża się okres nieuzupełniania wpisów w systemie SMK, w związku z przejściem na „blokowe” zaliczanie procedur wymaganych programem specjalizacji. Z zasady lekarz nie rzadziej niż raz w roku będzie uzupełniał i potwierdzał wraz z kierownikiem specjalizacji wykonanie określonej grupy procedur i uzupełniał odbyte części szkolenia specjalizacyjnego.

c) użyty w ust. 2 i 4 wyraz „województwo” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „okręgowa rada lekarska w porozumieniu z właściwym wojewodą”;

21) w art.16p:

a) użyty w ust. 1 wyraz „województwo” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „okręgowa izba lekarska”,

b) w ust. 2 uchyla się pkt 14,

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiany przepisów mają charakter porządkujący w związku z:

1) przekazaniem kompetencji przez wojewodów – okręgowym izbom lekarskim;

2) w związku z rezygnacją karty szkolenia specjalizacyjnego, w której dokonywane (uzupełniane) były na bieżąco wpisy dotyczące realizacji przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego.

c) w ust. 3 w pkt 5 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) okręgowa izba lekarska i Naczelna Izba Lekarska.”;

22) w art. 16r:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na miejsce działania wnioskodawcy, którego wpisała na listę członków izby;”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku powzięcia przez podmioty, o których mowa w ust. 2, wątpliwości co do prawidłowości odbytego przez wnioskodawcę szkolenia specjalizacyjnego, podmioty te dokonują weryfikacji, o której mowa w ust. 1, oraz mogą wystąpić, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów krajowych lub wojewódzkich o merytoryczną w tym zakresie weryfikację, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego. Konsultant krajowy lub konsultant wojewódzki dokonują weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. W przypadku braku konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie właściwym jest konsultant krajowy lub konsultant wojewódzki w dziedzinie pokrewnej.”,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji, właściwy konsultant krajowy lub konsultant wojewódzki, za pomocą SMK, wskazują brakujące elementy programu specjalizacji.”,

d) w ust. 6:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„6. Podmioty, o których mowa w ust. 2, niezwłocznie po uzyskaniu informacji od konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego:”,

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) potwierdzają zakończenie szkolenia specjalizacyjnego i wydają, za pomocą SMK, zaświadczenie o jego zakończeniu;”,

e) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, podmioty, o których mowa w ust. 2, dokonują weryfikacji formalnej odbycia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji, po zrealizowaniu brakującego elementu programu specjalizacji i potwierdzeniu tego przez kierownika specjalizacji w SMK. Przepisy ust. 5-8 stosuje się odpowiednio.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Proponowane nowe brzmienie przepisu ma na celu pominięcie merytorycznej weryfikacji odbycia szkolenia specjalizacyjnego przez konsultantów krajowych w sytuacji, gdy wniosek zgłoszeniowy do PES uzyskał akceptację kierownika specjalizacji oraz akceptację organów weryfikujących poprawność formalną wniosku. Należy przyjąć, że kierownik specjalizacji zaliczając program specjalizacji zweryfikował wiedzę i umiejętności lekarza w trakcie specjalizacji i nie wymaga to kolejnego potwierdzenia przez konsultantów krajowych (którzy *de facto* weryfikują wnioski jedynie pod względem formalnym, gdyż często nie mają możliwości porozmawiać z lekarzem składającym wniosek).

W takich przypadkach lekarz powinien być dopuszczony do PES bez konieczności weryfikacji wniosku przez konsultantów krajowych, na których przepisy nakładają znaczną ilość dodatkowych obciążeń administracyjnych (biurokratycznych).

Zmiana w zakresie art. 16r ust. 9 ma charakter porządkujący w związku z rezygnacją elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego, w której dokonywane (uzupełnianie) były wpisy w celu realizacji przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisu kierownik specjalizacji będzie dokonywał potwierdzenia programu specjalizacji w SMK.

23) w art. 16rb ust.1 otrzymuje brzmienie:

„Art.16rb. 1. Lekarz, który uzyskał potwierdzenie realizacji programu specjalizacji oraz rozpoczęcia ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego albo 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, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana brzmienia przepisu art. 16rb ust. 1, ma na celu umożliwienie przystąpienia przez lekarza do egzaminu PES już w trakcie ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego. Dotychczas warunkiem przystąpienia do egzaminu (PES) było co do zasady uzyskanie potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo uznanie jego dorobku naukowego na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 ustawy.

24) w art. 16 rc po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„4a. Na podstawie opracowanych pytań testowych, o których mowa w ust. 4, CEM tworzy ogólnodostępną bazę pytań w danej dziedzinie medycyny, zwaną dalej „bazą pytań” o minimalnej liczbie 5000 pytań wraz z przyporządkowanymi odpowiedziami, z której na każdą sesję egzaminacyjną wybiera się 60 pytań.

4b. Testy z bazy pytań CEM ustala w porozumieniu z podmiotami, o których mowa w ust. 4, odrębnie dla każdego modułu właściwego dla danej dziedziny medycyny, dla którego przeprowadzany jest PES.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadza się do egzaminu PES 50% pytań zaczerpniętych z ogólnodostępnej „bazy pytań”. Jest to forma przejściowa, przy przekazaniu większych kompetencji kierownikom specjalizacji oraz wzmocnieniu relacji mistrz-uczeń, do przejścia na PES układany całkowicie z „bazy pytań”.

25) w art. 16s ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 25 dni na przygotowanie się i przystąpienie do PES. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana w art. 16s ust. 2 polega na wydłużeniu urlopu szkoleniowego z 6 dni na 25 dni co pozwoli lekarzowi przystępującemu do egzaminu na lepsze przygotowanie się do egzaminu.

26) w art. 16t ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny lekarz wnosi opłatę 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.”;

27) w art. 16x w ust.1 pkt 9 i 10 otrzymują brzmienie:

„9) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych

określonych programem specjalizacji

- uwzględniając zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej oraz z zachowaniem specyfiki co do form wykonywania zawodu lekarza dentysty;

10) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia oraz wzory dokumentacji dotyczącej przebiegu kształcenia prowadzonego przez organizatora kształcenia, o którym mowa w art. 19 ust.1 pkt 3, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zmiana wprowadzona w zakresie art. 16x w ust. 1:

1) pkt 9 - ma wyłącznie na celu doprecyzowanie wytycznych w upoważnieniu ustawowym wskazując, iż przy opracowywaniu przepisów rozporządzenia dotyczącego specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, projektodawca winien mieć na względzie odrębności wynikające ze specyfiki w wykonywaniu zawodu lekarza dentysty.

Zmiana taka zgodnie z zasadami techniki prawodawczej wymusza wydanie nowego rozporządzenia z uwzględnieniem nowych wytycznych,

2) pkt 10 - założeniem przepisu jest odciążenie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne z czasochłonnych obowiązków administracyjnych oraz spowodowanie wzięcia odpowiedzialności za szkolenie przez jednostkę akredytowaną.

Ponadto określenie wzoru dokumentacji przebiegu kształcenia prowadzonego przez organizatora kształcenia, opisu jej prowadzenia - choćby przybliżonego, znakomicie ułatwi przede wszystkim lekarzom dokumentowanie przebiegu szkolenia, uporządkuje go i uwiarygodni.

28) po art. 16x dodaje się art. 16y -16yf w brzmieniu:

„Art.16y. 1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, o którym mowa w art. 16 ust. 2, w przypadku, w którym wskazuje na to program specjalizacji, jest obowiązany do złożenia Państwowego Egzaminu Modułowego, zwanego dalej „PEM”, nie później na 6 miesięcy przed terminem złożenia wniosku, o którym mowa

w art. 16 rb ust. 5.

2. Do PEM może przystąpić lekarz po zakończeniu pierwszego roku modułu podstawowego, o którym mowa w art. 16 ust. 2 pkt 1.

3. Uprawnienie lekarza do przystąpienia do PEM potwierdza w SMK kierownik specjalizacji lub osoba przez niego upoważniona, a następnie właściwa okręgowa izba lekarska.

4. Osoba zamierzająca przystąpić do PEM składa dyrektorowi CEM, za pomocą SMK, wniosek o przystąpieniu do PEM do dnia:

1) 15 stycznia roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin w sesji zimowej, o której mowa w art. 16ya ust. 2 pkt 1;

2) 15 sierpnia roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin w sesji jesiennej, o której mowa w art. 16ya ust. 2 pkt 2.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 4, zawiera następujące dane:

1) imię (imiona) i nazwisko;

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

3) adres do korespondencji oraz numer telefonu i adres poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca takie posiada;

4) wskazanie jednostki, w której wnioskodawca odbywa szkolenie specjalizacyjne;

5) informacje o posiadanym prawie wykonywania zawodu: jego numer, datę wydania i organ wydający;

6) imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy lub stopień naukowy, lub tytuł naukowy kierownika specjalizacji;

7) wskazanie dziedziny, w jakiej wnioskodawca zamierza składać PEM.

6. Do terminów, o których mowa w ust. 4, nie stosuje się przepisów art. 58-60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego. W przypadku awarii SMK trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie zgłoszenia w okresie tygodnia przed upływem terminów, o których mowa w ust. 4, termin ten przedłuża się o czas trwania awarii. Przedłużenie następuje z urzędu przez operatora systemu.

Art. 16ya.1. PEM jest organizowany przez CEM.



2. PEM jest przeprowadzany w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM w sesji:

1) zimowej, która trwa od dnia 16 lutego do dnia 28 lutego, a w roku przestępnym do dnia 29 lutego;

2) jesiennej, która trwa od dnia 16 września do dnia 30 września.

3. Dyrektor CEM zawiadamia lekarza o miejscu i terminie egzaminu oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez lekarza we wniosku, o którym mowa w art. 16y ust. 3, nie później niż 14 dni przed terminem danego egzaminu.

4. Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 15 dni w roku kalendarzowym, w którym przystępuje do PEM. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Art. 16yb. 1. PEM jest przeprowadzany przez PKE.

2. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, do PKE oraz członków PKE stosuje się odpowiednio przepisy art. 14b ust. 3 i 6-9, art. 16u ust. 2 i 3 oraz ust. 5-8.

Art. 16yc. 1. PEM jest składany w formie pisemnego testu odrębnego dla poszczególnych modułów podstawowych właściwych dla danej dziedziny medycyny, składającego się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa.

2. Pytania testowe obejmują problematykę określoną w programie właściwego modułu szkolenia specjalizacyjnego, które odbywa albo ukończył lekarz przystępujący do PEM.

3. Pytania testowe opracowuje CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawicielem, odrębnie dla każdego modułu podstawowego, o którym mowa w ust. 1, dla którego przeprowadzany jest PEM. W przypadku braku konsultanta krajowego właściwym jest konsultant wojewódzki w danej dziedzinie medycyny wskazany przez dyrektora CEM.

4. Na podstawie opracowanych pytań testowych, o których mowa w ust. 3, CEM tworzy ogólnodostępną bazę pytań w danej dziedzinie medycyny, zwaną dalej

„bazą pytań”, o minimalnej liczbie 5000 pytań wraz z przyporządkowanymi odpowiedziami, z której na każdą sesję egzaminacyjną wybiera się 100 pytań, zgodnie z ust. 1.

5. Test z bazy pytań CEM ustala, w porozumieniu z podmiotami, o których mowa w ust. 3, odrębnie dla każdego modułu podstawowego właściwego dla danej dziedziny medycyny dla którego przeprowadzany jest PEM.

6. Przepisy art. 14c ust. 3-5 oraz 14d ust. 3-9 stosuje się odpowiednio.

7. 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.

Art.16yd. 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 dyplomu 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.

6. Negatywny wynik z PEM nie może być przeszkodą do dalszej kontynuacji przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego, jak również nie może powodować przerw w odbywanym szkoleniu.

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

8. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w art. 16y ust. 5, po raz trzeci

i kolejny lekarz wnosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 5% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok ubiegły, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w roku poprzedzającym rok, w którym wnoszona jest opłata.

9. Opłata, o której mowa w ust. 8, jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK, niezwłocznie po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 5, nie później niż w terminie 5 dni od dnia upływu terminu do składania wniosków.

10. W przypadku niewniesienia opłaty, o której mowa w ust. 8, albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków formalnych w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

11. Opłata, o której mowa w ust. 8, pobiera dyrektor CEM. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.

12. Złożenie z wynikiem pozytywnym PEM jest warunkiem dopuszczenia lekarza do PES.

13. Pozytywny wynik PEM uprawnia lekarza do samodzielnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscu odbywania przez niego szkolenia specjalizacyjnego, na zasadach przewidzianych dla lekarza posiadającego określoną w danej dziedzinie specjalizację.

14. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 13, jest określony w przepisach wydanych na podstawie art. 16ye.

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

1) szczegółowy zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych PEM,

2) sposób i szczegółowy tryb przeprowadzania PEM,

3) wzór świadectwa, o którym mowa w art. 16yd ust. 1,

4) tryb unieważniania PEM,

5) szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej do udzielania których uprawniony jest lekarz po złożeniu egzaminu z PEM

– uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg PEM oraz zachowanie bezstronności pracy członków PKE, o których mowa w art. 16yb ust. 1, a także

konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia PEM.

Art.16yf. 1. Po złożeniu z wynikiem pozytywnym PEM lekarzowi przysługuje wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w art. 16j ust. 4 pkt 2.

2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz otrzymał świadectwo, o którym mowa w art. 16yd ust. 1”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

W zakresie art. 16y-16yf wprowadza się nowe regulacje - rozwiązania polegające na wprowadzeniu do systemu kształcenia specjalizacyjnego Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM). PEM jest egzaminem obowiązkowym (w przypadku zaznaczenia tego faktu w programie specjalizacji). Lekarz zobowiązany jest przystąpić do PEM najwcześniej po zakończeniu pierwszego roku modułu podstawowego. PEM jest organizowany przez CEM, a całość postępowania będzie prowadzona za pośrednictwem SMK. Kierownik specjalizacji potwierdzać będzie w SMK uprawnienia lekarza do przystąpienia do PEM, a następnie właściwa okręgowa izba lekarska. Zasady składania wniosku przez lekarza chcącego przystąpić do PEM będą podobne jak zasady składania wniosków do PES. W celu przeprowadzenia PEM dyrektor CEM powoływać będzie Państwową Komisję Egzaminacyjną (PKE; analogicznie jak w przypadku PES). PEM składany będzie w formie testu, składającego się ze 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Ponadto, zgodnie z art. 16yc ust. 4, wprowadza się ogólnodostępną bazę pytań, z której organizowany będzie PEM.

Lekarzowi, który złożył PEM, dyrektor CEM wydawać będzie 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 (łącznie będzie uprawniony do dwóch egzaminów bezpłatnie), zaś złożenie kolejnego trzeciego egzaminu PEM skutkować będzie pokryciem kosztów tzw. opłaty w wysokości 5% aktualnej „średniej krajowej”. Złożenie PEM będzie warunkiem wnioskowania o przystąpienie do egzaminu specjalizacyjnego (PES), niezależnie jednak od wyniku egzaminu PEM lekarz/lekarz dentysta kontynuuje specjalizację w module szczegółowym (bez opóźnień i przerw w szkoleniu), zaś

końcowe zdanie egzaminu PEM jest podstawą do zakwalifikowania lekarza/lekarza dentysty do egzaminu specjalizacyjnego (PES).

Po zaliczeniu egzaminu modułowego PEM, lekarz otrzymuje wzrost wynagrodzenia zasadniczego oraz, co bardzo ważne - przy obecnym deficycie kadrowym lekarzy w systemie ochrony zdrowia - uzyskuje uprawnienia do samodzielnej realizacji określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Wykaz takich świadczeń określony został w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych na podstawie art. 16ye ustawy. Lekarz ten będzie mógł zatem w miejscu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, na zasadach przewidzianych dla lekarza posiadającego określoną w danej dziedzinie specjalizację, udzielać świadczeń, których dotychczas mógł udzielać wyłącznie lekarz specjalista (mający określone kwalifikacje). Jest to rozwiązanie, które wychodzi naprzeciw pojawiającym się problemom związanych z brakami kadrowymi lekarzy, które w jakimś stopniu pozwoli na zaspokojenie tych potrzeb i zwiększy efektywność lekarzy w codziennej pracy. Wobec większej samodzielności, lekarz po pozytywnym złożeniu PEM i zakontraktowaniu go przez płatnika publicznego, będzie mógł negocjować wynagrodzenie w postaci odsetka kontraktu z płatnikiem lub wyceny procedur, co poprawi wysokość bardzo niskich i nieatrakcyjnych do tej pory wynagrodzeń lekarzy oraz zwiększy zainteresowanie omawianymi dziedzinami medycyny jak i samym kierunkiem lekarskim i wykonywaniem zawodu lekarza na terytorium RP.

Należy jednak wskazać, iż dla pełnego stosowania wprowadzonego w art. 16yd ust.13 ustawy przepisu, stanowiącego, iż lekarz po złożeniu z wynikiem pozytywnym PEM może udzielać samodzielnie określonych świadczeń, konieczne jest (mając na względzie powszechny system ochrony zdrowia oparty o relacje płatnik publiczny (NFZ) – świadczeniodawca) wprowadzenie w konkretnych okolicznościach zmian w licznych rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia - rozporządzeniach tzw. „koszykowych” (wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), w których zostały określone wymagania wobec świadczeniodawców (mających kontrakty z NFZ), tj. wymagania w zakresie zatrudniania personelu medycznego, w tym wymagania w zakresie kwalifikacji.

Jednocześnie należy zaakcentować, iż złożenie z wynikiem pozytywnym PEM może być podstawą do przyznania lekarzowi nadzoru nad lekarzami

stażystami, co uregulowano w odrębnych przepisach.

29) Art. 17 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz może uzyskać certyfikat potwierdzający posiadanie umiejętności lekarskich, o których mowa w art. 3 ust. 1b pkt 3, zwany dalej „certyfikatem umiejętności”. Otrzymanie certyfikatu umiejętności jest także potwierdzeniem zdobycia kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń opieki zdrowotnej w tym procedur wysokospecjalistycznych, których wykaz jest określony w przepisach wydanych na podstawie art. 17c ust. 5.

2. Warunkiem otrzymania certyfikatu umiejętności jest:

1) odbycie szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich w jednostce akredytowanej oraz złożenie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu Umiejętności, zwanego dalej „PEU” albo

2) posiadanie dokumentu potwierdzającego odbycie kursu lub szkolenia dotyczącego umiejętności lekarskich określonych w katalogu, o których mowa w art. 17 c ust. 5, oraz zdanie egzaminu po zakończeniu takiego kursu lub szkolenia, prowadzonego przez instytucje, o których mowa w ust. 3.

3. Potwierdzeniem akredytacji jednostki lub instytucji, o których mowa w ust. 2 jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia kursu lub szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, zwanych dalej „jednostkami akredytowanymi” lub wpis na listę instytucji prowadzących kursy lub szkolenia, które zostały przez ministra właściwego do spraw zdrowia uznane za równorzędne z kursami lub szkoleniami prowadzonymi przez jednostki akredytowane, zwanych dalej „instytucjami akredytowanymi”. Lista, o której mowa w zdaniu pierwszym, zawiera także wykaz egzaminów akredytowanych organizowanych przez jednostki akredytowane lub instytucje akredytowane, uznawanych za równoważne z PEU, zwanych dalej „egzaminami akredytowanymi”.

4. Listę jednostek akredytowanych, instytucji akredytowanych oraz egzaminów akredytowanych prowadzi, publikuje i aktualizuje dyrektor CMKP, na swojej stronie internetowej oraz w SMK.

5. Wpis na listę instytucji akredytowanych w tym egzaminów akredytowanych, o których mowa w ust. 4, jest dokonywany na wniosek:

1) ministra właściwego do spraw zdrowia; lub

2) dyrektora CEM, towarzystwa naukowego, konsultanta krajowego lub wojewódzkiego; lub

3) grupy co najmniej 30 lekarzy po zaopiniowaniu przez zespół akredytacyjny, o którym mowa w ust. 8.

Wzór wniosku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, określony jest w przepisach wydanych na podstawie art. 17c ust. 5 pkt 11.

6. Jednostka organizacyjna ubiegająca się o akredytację do prowadzenia kursu lub szkolenia, występuje z wnioskiem do CMKP zawierającym dane o jednostce oraz szczegółowe informacje w zakresie spełniania warunków do prowadzenia kursu lub szkolenia o przyznanie jej akredytacji.

7. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 6, określony jest w przepisach wydanych na podstawie art. 17c ust. 5 pkt 10.

8. Dyrektor CMKP dokonując weryfikacji jednostki ubiegającej się o akredytację, może powołać zespół akredytacyjny w celu uzyskania jego opinii o spełnieniu przez jednostkę warunków, o których mowa w ust. 6.

9. Przeprowadzenie PEU i wydawanie certyfikatu należy do zadań CEM. Dyrektor CEM organizuje PEU w ustalonych terminach i miejscach w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz w roku.

10. Po zakończeniu szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich w celu przystąpienia do PEU, lekarz składa do dyrektora CEM wniosek zawierający następujące dane:

1) imię (imiona) i nazwisko;

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

3) obywatelstwo (obywatelstwa);

4) przynależność do okręgowej izby lekarskiej;

5) adres do korespondencji oraz numer telefonu i adres poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca takie posiada;

6) informacje o posiadanym prawie wykonywania zawodu lekarza, jego numer, data wydania i organ wydający;

7) wskazanie części PEU, do której lekarz zamierza przystąpić.

11. Wniosek, o którym mowa w ust. 10, wraz z zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia wystawionym przez podmiot uprawniony, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1a, oraz dowodem wniesienia opłaty, o której mowa w ust. 15, lekarz składa za

pośrednictwem SMK, w terminie wskazanym przez dyrektora CEM.

12. Dyrektor CEM potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych we wniosku danych.

13. W przypadku braków formalnych we wniosku, dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do jego uzupełnienia.

14. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych w terminie 7 dni od dnia skierowania wezwania dotknięty nim wniosek traktuje się jako niezłożony. O konsekwencji tej dyrektor CEM informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych.

15. W przypadku przystąpienia do PEU lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 40% 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 roku poprzedzającym rok, w którym wnoszona jest opłata.

16. Opłatę, o której mowa w ust. 15, wnosi się na rachunek bankowy wskazany przez dyrektora CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania wniosku, w terminie 5 dni od dnia złożenia wniosku.

17. W przypadku niewniesienia opłaty 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 pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez wnioskodawcę we wniosku, o którym mowa w ust. 10. Przepisu art. 64 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego nie stosuje się.

18. Opłatę, o której mowa w ust. 15, pobiera dyrektor CEM. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.”;

30) po art. 17 wprowadza się art. 17 a-c w brzmieniu:

„17a. 1. Szkolenie, o którym mowa w art. 17 ust. 2 pkt 1, może prowadzić jednostka, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1, która została wpisana na listę jednostek uprawnionych do szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, zwaną dalej „listą”, prowadzoną przez dyrektora CEM, który spełnia następujące warunki:

1) zobowiąże się do przeprowadzenia szkolenia zgodnie z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;



2) zapewnia prowadzenie szkolenia przez co najmniej dwóch lekarzy posiadających certyfikat umiejętności lub tytuł specjalisty albo specjalizację drugiego stopnia w odpowiedniej lub pokrewnej dziedzinie medycyny;

3) udziela świadczeń zdrowotnych odpowiedniego rodzaju, w odpowiednim zakresie i liczbie, umożliwiających zrealizowanie programu umiejętności lekarskich określonej liczbie lekarzy, lub zawarł w tym zakresie umowę z podmiotem, który udziela takich świadczeń;

4) dysponuje odpowiednim sprzętem i aparaturą medyczną niezbędną do realizacji zadań dydaktycznych określonych programem szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia odmawia, w drodze decyzji administracyjnej, wpisu na listę, jeżeli jednostka nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do kontroli jednostek wpisanych na listę w zakresie spełniania warunków, o których mowa w ust. 1. Do przeprowadzania kontroli stosuje się odpowiednio przepisy art. 19e ust. 2-10.

4. Na podstawie ustaleń dokonanych w trakcie kontroli minister właściwy do spraw zdrowia wydaje jednostce wpisanej na listę zalecenia pokontrolne, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

5. W przypadku niewykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie minister właściwy do spraw zdrowia skreśla, w drodze decyzji administracyjnej, jednostkę z listy.

6. Warunki prowadzenia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich, koszty szkolenia, a także warunki i tryb rozliczania środków finansowych przeznaczanych na szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich określa umowa zawarta pomiędzy jednostką prowadzącą szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich, a lekarzem lub podmiotem, który skierował lekarza na szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich.

7. Szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich trwają nie dłużej niż dwa lata i odbywają się zgodnie z programami szkoleń z zakresu danych umiejętności lekarskich.

8. Szczegółowe programy szkoleń z zakresu danej umiejętności lekarskiej opracowuje komisja, powoływana i odwoływana przez dyrektora CMKP.

9. Programy, o których mowa w ust. 8, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

10. Jednostki akredytowane prowadzące szkolenia lub kursy z zakresu umiejętności lekarskich są obowiązane przekazywać do dyrektora CMKP, za pomocą SMK, wykaz lekarzy odbywających i kończących szkolenie lub kurs wraz z następującymi danymi:

- 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza;
- 2) obywatelstwo (obywatelstwa);
- 3) miejsce i datę urodzenia - w przypadku lekarza cudzoziemca;
- 4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 5) numer w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) posiadane specjalizacje oraz rok ich uzyskania;
- 7) nazwę i adres podmiotu prowadzącego szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich oraz nazwę komórki organizacyjnej, w której jest odbywane szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich;
- 8) imię i nazwisko opiekuna szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich oraz dane, o których mowa w pkt 4;
- 9) datę rozpoczęcia i zakończenia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich.

11. Na podstawie wykazu lekarzy, o którym mowa w ust. 10, dyrektor CMKP prowadzi rejestr lekarzy odbywających szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich.

12. Ukończenie szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich potwierdza w SMK dyrektor CMKP po otrzymaniu wykazu lekarzy, o którym mowa w ust. 10.

Art. 17b. 1. Lekarz odbywa szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich pod nadzorem opiekuna szkolenia wyznaczonego przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich.

2. Opiekunem szkolenia jest lekarz posiadający certyfikat umiejętności, tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny właściwej dla danej umiejętności lekarskiej lub wyróżniający się dorobkiem naukowym w danej dziedzinie.

3. Opiekun szkolenia w szczególności nadzoruje realizację programu szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich i potwierdza nabycie umiejętności praktycznego wykonywania procedur medycznych przewidzianych w programie szkolenia z zakresu danej umiejętności lekarskiej.

4. Opiekun szkolenia lub osoba przez niego upoważniona potwierdza realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia za pomocą SMK. Do opiekuna szkolenia stosuje się odpowiednio przepisy art. 16m ust. 7.

Art. 17c. 1. W przypadku, gdy program szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich pokrywa się z programem szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny, to posiadanie tytułu specjalisty lub posiadanie specjalizacji II stopnia w tej dziedzinie medycyny jest równoważne z posiadaniem umiejętności lekarskiej w dziedzinie medycyny objętej programem szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich.

2. W celu określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia katalogu umiejętności, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, CEM opracowuje w porozumieniu z zespołem ekspertów w skład którego wchodzi konsultant krajowy właściwy w danej dziedzinie medycyny, przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwy dla danej umiejętności lekarskiej, przedstawiciel Ministra Zdrowia oraz przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, a następnie przedkłada temu ministrowi do jego zatwierdzenia.

3. Lekarz, który uzyskał certyfikat umiejętności, informuje o tym właściwą okręgową radę lekarską, która wpisuje informacje o tym fakcie do okręgowego rejestru lekarzy i centralnego rejestru lekarzy.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może uznać program szkolenia odbytego w kraju lub za granicą za równoważny z programem, o którym mowa w art. 17a ust. 8, jeżeli nie kończy się on egzaminem i nie znajduje się na liście instytucji lub egzaminów akredytowanych, o których mowa w art. 17 ust. 3.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z CEM oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy katalog umiejętności lekarskich wraz z określeniem przyporządkowanych do nich kodów oraz opisem poszczególnych umiejętności, w tym związanych z udzielaniem określonych świadczeń opieki zdrowotnej, do udzielania których wymagany może być certyfikat umiejętności,
- 2) wzór certyfikatu umiejętności lekarskich oraz sposób ewidencjonowania wydanych certyfikatów,
- 3) wysokość opłaty za wydanie certyfikatu umiejętności,
- 4) kwalifikacje, jakie powinien posiadać lekarz zamierzający odbyć szkolenie

z zakresu umiejętności lekarskich,

5) tryb zgłaszania do odbycia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich,

6) zakres programowy szkolenia, z części teoretycznej i praktycznej, obejmujący minimalny zakres wiedzy i umiejętności odpowiednio dla danej dziedziny medycyny,

7) tryb przeprowadzania PEU i ustalania jego wyników dla poszczególnych umiejętności lekarskich,

8) wzór wniosku, o którym mowa w art. 17 ust. 6,

9) sposób prowadzenia listy, o której mowa w art. 17a ust. 1,

10) szczegółowe warunki i tryb uznawania szkoleń i kursów w zakresie umiejętności lekarskich odbytych w kraju lub za granicą, w tym szczegółowe warunki do uzyskania akredytacji przez instytucje i egzaminy, o których mowa w art. 17 ust. 3,

11) wzór wniosku o wpis instytucji na listę instytucji akredytowanych, w tym egzaminów akredytowanych, o których mowa w art. 17 ust. 5

- uwzględniając aktualny stan wiedzy medycznej i zakres umiejętności, które przystępujący do egzaminu powinien posiadać oraz mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu szkolenia i egzaminów w tym zakresie, a także tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia PEU.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz umiejętności uprawniających do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium uwzględniając odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.”.

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Wprowadza się do ustawy nowe przepisy - podstawy prawne do realizowania nowej formy kształcenia podyplomowego (obok szkolenia specjalizacyjnego) - umiejętności lekarskich.

Są to projakościowe rozwiązania, które mają na celu przyczynienie się do wzrostu jakości świadczonych usług medycznych. Potwierdzeniem zdobycia umiejętności lekarskich będzie certyfikat umiejętności, wydawany przez dyrektora CEM na podstawie złożonego Państwowego Egzaminu Umiejętności (PEU). Jednocześnie dopuszcza się możliwość nadawania certyfikatu umiejętności lekarzom, którzy posiadają pozytywnie zdane egzaminy w renomowanych

instytucjach, np. europejskich. Instytucje takie oraz egzaminy, nazwane w ustawie „instytucjami akredytowanymi oraz egzaminami akredytowanymi” akredytuje CEM na podstawie wniosków gremiów naukowych lub samych lekarzy. Posiadanie certyfikatu umiejętności będzie potwierdzeniem wysokich kwalifikacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Wobec powyższego, w przepisach dokonuje się określenia zasad organizacji i nabywania umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny, zwanymi umiejętnościami lekarskimi.

Szkolenie w zakresie umiejętności lekarskich, zgodnie z art. 17b ust.1, może prowadzić podmiot wpisany na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1a nowelizowanej ustawy. Podmioty prowadzące szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich będą obowiązane przekazywać do dyrektora CMKP wykazy lekarzy odbywających i kończących szkolenie, na podstawie których dyrektor CMKP prowadzić będzie rejestr lekarzy odbywających szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich oraz potwierdzać ukończenie szkolenia w SMK.

Zgodnie z projektowaną regulacją lekarz odbywać będzie szkolenie pod nadzorem opiekuna szkolenia wyznaczonego przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie.

Ponadto projekt przewiduje, iż posiadanie przez lekarza tytułu specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny, w której program specjalizacji obejmuje zakres programu szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich będzie równoważne z posiadaniem umiejętności lekarskiej.

31) w art. 18:

a) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK oraz przez dokonanie wpisu w okręgowym i centralnym rejestrze lekarzy. Potwierdzenia dokonuje okręgowa rada lekarska na podstawie przedłożonej przez lekarza indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego, z zastrzeżeniem art. 19 ust 4-5.”,

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

„1b. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarza oraz lekarza dentystry:

- 1) który przebywa na urlopie macierzyńskim albo
- 2) będącego na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu rozliczeniowego.

1c. Lekarzowi zatrudnionemu w ramach umowy o pracę:

- 1) który realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenie specjalizacyjne przysługuje 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego oraz
- 2) który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego przysługuje 9 dni płatnego urlopu szkoleniowego.

1d. Okręgowa rada lekarska powiadamia, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego.”;

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Proponowane przepisy, w tym w szczególności wprowadzenie płatnego urlopu szkoleniowego dla wszystkich lekarzy, którzy nie odbywają aktualnie szkolenia specjalizacyjnego mają za cel zagwarantowanie warunków i stworzenie narzędzi do dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Wymaganie od lekarzy realizowania zapisanego ustawowo obowiązku doskonalenia zawodowego w czasie wolnym od pracy jest niesprawiedliwe społecznie, Państwo nie daje bowiem narzędzi do ich realizacji. Gwarantowany urlop szkoleniowy, nawet w tak niskim wymiarze zapewnia lekarzom czas niezbędny do dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Wobec lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, u których obowiązek doskonalenia zawodowego jest wypełniany poprzez uczestnictwo w kształceniu specjalizacyjnym, zgodnie z porozumieniem zawartym pomiędzy Ministrem Zdrowia a Porozumieniem Rezydentów przyznaje się 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego. Urlop ten rozszerza się z grupy lekarzy rezydentów na lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w celu uniknięcia dyskryminacji którejkolwiek z grup lekarzy.

Wprowadzenie mechanizmu powiadamiania o dopełnieniu/niedopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego przez okręgową radę lekarską za pomocą SMK ma na celu zwiększenie świadomości lekarzy o konieczności dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego oraz umożliwia skuteczniejsze

monitorowanie oraz ew. egzekwowanie obowiązku ustawowego. Wprowadzeniu zapisu o wpisie w centralnym rejestrze lekarzy o dopełnianiu obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy ma być źródłem wiedzy dla pacjentów oraz czynnikiem motywującym dla lekarzy.

Dodatkowo wprowadza się obowiązek raportowania przyznania punktów edukacyjnych do właściwej ORL przez instytucje organizujące kursy lub inne formy doskonalenia zawodowego zdejmując czynności biurokratyczne z lekarzy.

32) w art. 19

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) podmioty akredytowane do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności lekarskich;”;

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Przepis o charakterze porządkującym zmieniony w wyniku wprowadzenia do ustawy regulacji dotyczącej nowej formy kształcenia podyplomowego, tj. umiejętności lekarskich, z których będą odbywać się szkolenia organizowane i przeprowadzane przez jednostki akredytowane wpisane na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich.

Wprowadzona zmiana w zakresie określenia *podmiot akredytowany* ma charakter legislacyjny i wynika z nadania podmiotom uprawnionym do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności lekarskich, o których mowa w art. 3 w ust. 1b pkt 3 nowego określenia. Ma na celu zapewnienie spójności terminologii dotychczas używanej do terminologii określonej w projektowanej regulacji (art.19f).

b) po ust. 3 dodaje się ust. 4 - 5 w brzmieniu:

„4. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, niezwłocznie przekazują okręgowej radzie lekarskiej, za pomocą SMK, lub w formie elektronicznej, informacje o dopełnieniu przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego.

5. W przypadku dopełnienia przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego w formie innej niż przy udziale podmiotów, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, lekarz niezwłocznie przekazuje okręgowej radzie lekarskiej, za pomocą SMK, informacje o zrealizowanym obowiązku doskonalenia zawodowego.”;

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Proponowane zmiany, łącznie ze zmianami w art. 18 mają na celu integrację informacji o kształceniu ustawicznym (obowiązek doskonalenia zawodowego) z SMK. Rozwiązanie to pozwoli na precyzyjniejsze niż obecnie monitorowanie odbywania przez lekarzy obowiązku doskonalenia zawodowego.

Dodanie w art. 19 ust. 4 i 5 ma na celu odciążenie biurokratyczne lekarzy poprzez przeniesienie obowiązku powiadamiania organu monitorującego odbywanie kształcenia ustawicznego na organizatora szkolenia.

33) w art.19 f:

1) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Wprowadzona modyfikacja przepisu ma charakter doprecyzowujący. W efekcie tej zmiany wskazany został podmiot uprawniony i zobowiązany do prowadzenia listy jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, tj. dyrektor CMKP.

2) w ust. 2:

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

„4a) zapewnić należyte dokumentowanie, za pomocą SMK, przebiegu kształcenia prowadzonego w jednostce, zgodnie ze wzorami dokumentacji określonej w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 16x ust.1;

4b) zapewnić należyte dokumentowanie, za pomocą SMK, wykonanych procedur medycznych w trakcie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego prowadzonego w jednostce przez lekarzy, które na wniosek CMKP zostaną przedłożone kontroli;”



b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) posiadać kadrę oraz sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do realizacji zadań określonych programem specjalizacji zgodnie z warunkami, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 7 lit. d;”;

## **UZASADNIENIE ZMIANY**

Z praktyki kontroli prowadzonych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wynika jednoznacznie, że jednostki szkolące zaniedbują obowiązek należytego dokumentowania przebiegu szkolenia w jednostce. Nie ma jednolitego standardu, nie ma algorytmów postępowania, katalogu dokumentów, które powinny potwierdzać realizację przez lekarza określonych programem elementów szkolenia (np. dokumentowanie zabiegów). Najczęściej są to pojedyncze kartki zawierające tylko liczbę zabiegów z wpisem „potwierdzam”, nierzadko brakuje nawet daty. Wiarygodność takich dokumentów budzi zatem wątpliwości. W związku z tym, w celu umożliwienia przeprowadzania przez CMKP kontroli i wnikliwej weryfikacji w zakresie jakości szkolenia proponuje się w pkt 2 lit. a dodanie w zakresie art. 19f ust. 2 - pkt 4a.

Dodatkowo, co najważniejsze, dodając przepis pkt 4b w zakresie ww. artykułu ustawodawca nakłada na jednostki akredytowane obowiązek dbania o prawidłowe i zgodne ilościowo wykonywanie procedur określonych programami specjalizacji przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Ułatwienia biurokratyczne w postaci blokowego zaliczania procedur oraz niejednokrotnie dokumentowane praktyki jednostek akredytowanych niezapewniających możliwości wykonania procedur medycznych stwarzają ryzyko nieodpowiedniego przygotowania lekarza do specjalizacji. Wprowadzając omawiany przepis jednostkom akredytowanym będzie zależało na zapewnieniu odpowiednich warunków do realizacji programu specjalizacji zgodnie z jego postanowieniami i pod groźbą utraty akredytacji.

W zakresie zmiany wprowadzonej w pkt 2 lit. b – przepis ma charakter porządkujący, dodany w wyniku wprowadzenia modyfikacji w zakresie art. 16f ust. 3 pkt 7.

Jednocześnie w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków zarekomendowano opracowanie maksymalnie uproszczonej karty przebiegu szkolenia specjalizacyjnego prowadzonej w systemie

SMK oraz potwierdzenia jego realizacji. Zaliczanie procedur wymaganych programem specjalizacji, staży, kursów – „blokowo”, a nie pojedynczo (postulat całego środowiska).

Kontrola poprawności przebiegu szkolenia, jego jakości i weryfikowanie procesu powinno odbywać się poza świadomością i udziałem lekarzy, niejako w modelu amerykańskim – osoba odpowiedzialna za „kształcenie lekarzy rezydentów” w danej jednostce „pilnuje” poprawność prowadzenia szkolenia, zgłasza ewentualne nieprawidłowości do odpowiednich organów, jest odpowiedzialna za weryfikowanie czasowości szkoleń, staży zewnętrznych, kursów – prowadzi swego rodzaju nadzór nad „studiami specjalizacyjnymi”.

3) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej, o której mowa w ust. 1 i 3, albo jej reorganizacji jednostka ta może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przez okres nie dłuższy niż sześć miesięcy od dnia zaistnienia takiej zmiany albo rozpoczęcia reorganizacji, jeżeli złoży, za pomocą SMK, w terminie 30 dni od dnia wystąpienia jednego z tych zdarzeń, dyrektorowi CMPK, oświadczenie o spełnianiu wymagań określonych w ust. 2. Przepis ust. 10 stosuje się odpowiednio.”;

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

„9a. Wraz z oświadczeniem, o którym mowa w ust. 9, jednostka akredytowana 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 zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej, o której mowa w ust. 1 i 3, albo jej reorganizacji, albo utraty przez nią akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego osoby odbywające szkolenie specjalizacyjne albo szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich w takiej jednostce, w celu zapewnienia im ciągłości szkolenia występują w terminie, o którym mowa w ust. 9, do CMKP o wydanie opinii o miejscach szkoleniowych dostępnych w danej specjalizacji.

9d. Po otrzymaniu opinii, o której mowa w ust. 9c i wskazaniu nowego miejsca szkoleniowego CMKP w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską kierującą osoby, o których mowa w ust. 9c, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego we wskazanym miejscu bez przystępowania przez te osoby do postępowania konkursowego. 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, jeśli takie postępowanie się odbyło.”;

5) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Jednostka, o której mowa w ust. 1 i 3, niezwłocznie:

- 1) po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 9b;
- 2) po zmianie formy prawnej

- występuje do CMKP o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4.”;

6) ust. 12 otrzymuje 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 o tym niezwłocznie właściwą okręgową radę lekarską i dyrektora CMKP i składa wnioski o wykreślenie jej z listy jednostek akredytowanych.”;

7) po ust. 12 dodaje się ust. 12a-12i w brzmieniu:

„12a. Dyrektor CMKP jest uprawniony do przeprowadzania kontroli jednostek akredytowanych wpisanych na listę jednostek akredytowanych, o których mowa w ust. 1, w zakresie spełniania warunków, o których mowa w ust. 2 i 3, w szczególności w przypadku powzięcia informacji co do wystąpienia nieprawidłowości w tym zakresie.

12b. Do przeprowadzania przez dyrektora CMKP kontroli stosuje się odpowiednio przepisy art. 19i.

12c. W przypadku stwierdzenia w wyniku przeprowadzonej kontroli nieprawidłowości, dyrektor CMKP przekazuje kierownikowi podmiotu objętego kontrolą, w formie pisemnej, zalecenia pokontrolne, które zawierają:

- 1) zwięzły opis wyników kontroli, ze wskazaniem naruszonych przepisów

prawa;

2) wnioski wynikające z ustaleń kontroli, zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości;

3) zobowiązanie kierownika podmiotu objętego kontrolą do powiadomienia o sposobie i terminie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 30 dni od dnia otrzymania zaleceń pokontrolnych.

12d. Kierownik podmiotu objętego kontrolą jest obowiązany, w terminie określonym w ust. 12c pkt 3, poinformować w formie pisemnej dyrektora CMKP o działaniach podjętych w celu wykonania zaleceń pokontrolnych.

12e. W przypadku:

1) zrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie, dyrektor CMKP potwierdza aktualność dotychczasowego wpisu na listę jednostek akredytowanych albo informuje jednostkę o konieczności wystąpienia o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4;

2) zrealizowania zaleceń pokontrolnych w części, dyrektor CMKP informuje jednostkę o konieczności wystąpienia o wydanie opinii, o której mowa w ust. 4 albo o złożenie nowego wniosku o uzyskanie akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego lub z zakresu umiejętności lekarskich;

3) niezrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie, dyrektor CMKP podejmuje decyzję o wykreśleniu podmiotu z listy jednostek akredytowanych.

12f. Jeżeli w toku kontroli zostanie stwierdzone rażące naruszenie przepisów prawa lub wymagań określonych w ust. 2, dyrektor CMKP dokonuje wykreślenia podmiotu z listy jednostek akredytowanych.

12g. Od decyzji, o których mowa w art. 12e pkt 3 i w art. 12f, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

12h. Zmiana danych wpisanych do rejestru albo wykreślenie z listy jednostek akredytowanych następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 2 miesięcy od dnia powzięcia informacji o takiej zmianie lub ponownego rozpatrzenia sprawy.

12i. W przypadku utraty przez jednostkę organizacyjną, o której mowa w art. 19 ust. 1, akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w trakcie odbywania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, z powodu której doszło do przerwania tego szkolenia, jednostka taka

może ubiegać się o kolejną akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, po spełnieniu wymagań o których mowa w ust. 2, nie wcześniej jednak niż po upływie roku od dnia wykreślenia jednostki z listy jednostek akredytowanych.”;

8) po ust. 13 dodaje się ust. 14:

„14. W przypadku niezłożenia przez jednostkę uprawnioną do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego informacji, o której mowa w art. 19j ust. 3, dyrektor CMKP wyznacza jednostce dodatkowy termin na dokonanie tej czynności, nie dłuższy niż 14 dni. Po bezskutecznym upływie terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dyrektor CMKP w drodze decyzji skreśla jednostkę organizacyjną z listy jednostek akredytowanych, o której mowa w ust. 1. Od decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Celem wprowadzenia zmian w art. 19f ustawy jest usunięcie luki prawnej umożliwiającej jednostkom organizacyjnym prowadzącym szkolenia na kontynuowanie szkolenia w sytuacji gruntownych zmian organizacyjnych jednostki, które bez wątplenia mają niemały wpływ na jakość kształcenia, a nierzadko również na możliwość prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. W obecnym stanie prawnym nie ma wymogu składania nowego wniosku o akredytację w przypadku, gdy w jednostce szkolącej następuje reorganizacja - przenoszenie oddziałów pomiędzy szpitalami, łączenie ich lub dzielenie (zmiany organizacyjne), a tego rodzaju zmiany prawno-organizacyjne mają największy wpływ na warunki szkolenia lekarzy.

Wobec powyższego, zaproponowano rozwiązania regulujące sytuacje, w których dochodzi do zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej albo jej reorganizacji, a także gdy w wyniku przeprowadzonej kontroli przez CMKP, stwierdza się nieprawidłowości w prowadzeniu szkolenia przez jednostkę akredytowaną i odbiera jej akredytację. Ponadto, wprowadzone zostało rozwiązanie zgodnie z którym, wszystkie osoby w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, aby nie tracić czasu szkolenia i zapewnić jego ciągłość występują (w terminie 6 miesięcy, tj. w okresie prowadzenia szkolenia przez jednostkę) do CMKP w celu wydania opinii o miejscach szkoleniowych dostępnych w danej specjalizacji i automatycznie mogą

być do niej przydzielone, po wskazaniu wybranego miejsca.

Niedopuszczalne są bowiem sytuacje, iż w momencie utraty akredytacji lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego tracą specjalizacje lub mają przerwy w szkoleniu. Jednocześnie w projektowanej regulacji dodano postanowienie w myśl którego, w przypadku utraty przez jednostkę organizacyjną akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w trakcie odbywania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, z powodu której doszło do przerywania tego szkolenia, jednostka taka może ubiegać się o kolejną akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, po spełnieniu wymagań o których mowa w ust. 2, nie wcześniej jednak niż po upływie roku od dnia wykreślenia jednostki z listy jednostek akredytowanych. Rozwiązanie takie ma zapobiec ewentualnym nieprawidłowościom w prowadzeniu szkoleń przez jednostki akredytowane.

Oprócz ww. rozwiązań, przydane zostały dyrektorowi CMKP uprawnienia do przeprowadzania kontroli jednostek akredytowanych wpisanych na listę jednostek akredytowanych w zakresie spełniania warunków, o których mowa w art. 19 f ust. 2 i 3 (uprawnienia niezależne od uprawnień wynikających z art. 19 i ustawy). CMKP w obecnym stanie prawnym nie ma bowiem możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych”, o które często wnioskuje lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego.

34) w art. 19g:

1) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 19 w ust. 1 pkt 1 i 2, 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.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

W związku z wnioskiem CMKP, w którym podniesiono nieprawidłowości związane z (cytat) „powtarzającymi się przypadkami uporczywego

i nieuzasadnionego merytorycznie negatywnego opiniowania wniosków o realizację kursów przez niektórych konsultantów krajowych, występowały w przeszłości i mogą występować w przyszłości przypadki braku możliwości zakończenia specjalizacji przez całe grupy lekarzy z uwagi na niezrealizowane kursy. Najczęściej przypadki takie dotyczyły wąskich specjalności, w których istnieje niewiele podmiotów uprawnionych do organizacji kursu. Decyzje odmowne konsultantów skutkowały w przeszłości koniecznością odpłatnego zamówienia tych samych kursów w innych jednostkach, nierzadko macierzystych uczelni lub szpitali rzeczonych konsultantów”. Wobec powyższego, wyraz „zatwierdzenie” zastępuje się wyrazem „zaopiniowanie” z uwagi, iż opinia nie ma charakteru wiążącego i w sytuacji negatywnego zaopiniowania wniosku dotyczącego programu kursu, nie odniesie ona skutku w postaci braku zgody na realizację wnioskowanego kursu, jeżeli zespół ekspertów CMKP uzna kurs za wartościowy i zgodny z zasadami akredytacji.

Rozszerzenie listy podmiotów uprawnionych (akredytowanych) do prowadzenia kursów specjalizacyjnych o podmioty z art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 eliminuje brak możliwości organizacji kursów przez jednostki inne niż jednostki prowadzące specjalizacje, CMKP, uczelnie medyczne i instytuty medyczne (jak istnieje obecnie).

2) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. CMKP działając w uzgodnieniu z jednostkami, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, koordynuje organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji zgodnie z wymogami odpowiednich specjalizacji oraz liczbą i rozmieszczeniem regionalnym lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Zaproponowany przepis ma na celu zwiększenie kompetencji CMKP w zakresie koordynacji organizacji kursów szkoleniowych, o których mowa w art. 19g ust. 4 ustawy, poprzez stworzenie innego mechanizmu finansowania kształcenia podyplomowego lekarzy w uczelniach medycznych. W obecnym stanie prawnym brak jest regulacji umożliwiających CMKP na skuteczną koordynację kursów szkoleniowych, a swoje działania w tym zakresie opiera wyłącznie na budowaniu i podtrzymywaniu dobrych relacji z uczelniami medycznymi.

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

„4b. CMKP, w uzgodnieniu z uczelniami medycznymi, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 listopada każdego roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu, zestawienie kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji zaplanowanych do zrealizowania przez poszczególne uczelnie medyczne, wraz ze wskazaniem przybliżonych terminów realizacji kursów oraz planowanej liczby ich uczestników. Na podstawie zestawienia, o którym mowa w zdaniu pierwszym, minister właściwy do spraw zdrowia planuje środki finansowe przeznaczone dla poszczególnych uczelni medycznych na pokrycie kosztów realizacji kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji.”;

#### **UZASADNIENIE ZMIAN**

W systemie szkolenia specjalizacyjnego brakuje mechanizmu kontroli wydatków uczelni medycznych na kształcenie podyplomowe w ramach środków pochodzących od Ministra Zdrowia, które uczelnie otrzymują na ten cel. Skutkuje to koniecznością odpłatnego zamawiania przez CMKP w uczelniach medycznych kursów, które powinny być zorganizowane ze środków własnych uczelni – otrzymanych na kształcenie podyplomowe.

Zaproponowane rozwiązanie pozwoli w przejrzysty sposób planować, realizować i finansować kursy organizowane przez uczelnie medyczne z poszanowaniem ich autonomii. Uporządkuje to i poprawi płynność organizacji kursów.

4) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Dyrektor CMKP publikuje, w terminie do dnia 31 grudnia każdego roku, na swojej stronie internetowej oraz w SMK, listę kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji, o których mowa w art. 16f ust. 1a.”;

#### **UZASADNIENIE ZMIANY**

Pomimo wprowadzenia okresu 6 miesięcy, kiedy to kierownik specjalizacji wraz z lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne ustala i przesyła do ostatecznej akceptacji CMKP szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego, CMKP zobligowane zostaje do opublikowania listy kursów szkoleniowych wraz z datami,



aby w celu ewentualnych zmian lekarze mieli możliwość dostosowania swoich planów szkolenia do istniejących już i zakontraktowanych kursów. Zmiana wprowadza przejrzystość i porządkuje obecne mechanizmy.

35) w art. 19j przepis oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. W ramach monitorowania systemu szkolenia specjalizacyjnego dyrektor CMKP ma prawo żądania od jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, jednostek ubiegających się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz podmiotów zamierzających prowadzić kurs szkoleniowy objęty programem danej specjalizacji lub podmiotów, które przeprowadziły taki kurs, pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących warunków oraz przebiegu szkolenia specjalizacyjnego lub prowadzenia kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji.

3. W przypadku powzięcia przez dyrektora CMKP, na podstawie informacji uzyskanych w trybie określonym w ust. 2, uzasadnionych wątpliwości co do spełniania przez jednostkę akredytowaną wymagań określonych w art. 19f ust. 2 i 3, dyrektor CMKP wyznacza jednostce termin nie krótszy niż 30 dni na wystąpienie o wydanie opinii, o której mowa w art. 19f ust. 4.”;

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Z uwagi na dużą liczbę jednostek akredytowanych, CMKP nie ma możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych”, o które często wnioskuje lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego. Stworzenie mechanizmu prawnego, w którym CMKP będzie miało możliwość egzekwowania pisemnych wyjaśnień, a w ich efekcie ewentualnego występowania o złożenie nowego wniosku akredytacyjnego, bez konieczności organizowania kontroli przez zespół, znacząco przyspieszy proces wyjaśniania wątpliwości i przyczyni się do poprawy jakości szkolenia.

Zaproponowane rozwiązanie jest kluczowe dla możliwości skutecznego rozpatrywania skarg i wniosków lekarzy w przedmiocie prawidłowości prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

36) po art. 19 j dodaje się art. 19k w brzmieniu:

„19k. 1. Podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub

szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności, w wyniku kontroli przewidzianych przepisami ustawy podlegają okresowej ocenie ogólnej oraz merytorycznej ocenie przez lekarzy odbywających określone szkolenia w danym podmiocie szkolącym.

2. W każdym roku kontroli sprawowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, z realizacji szkolenia specjalizacyjnego podlega 5 % podmiotów, które uzyskały najniższe wyniki ocen, o których mowa w ust. 1.

3. Ocenie, dokonywanej przez lekarza, o której mowa w ust. 1, podlegają:

1) podmioty szkolące, w których lekarz odbywał lub odbywa szkolenie specjalizacyjne z określonych modułów, o których mowa w art. 16 ust. 2, oraz staż podyplomowy;

2) kierownik specjalizacji, pod kierunkiem którego lekarz odbywał lub odbywa szkolenie specjalizacyjne albo staż podyplomowy.

4. Ocena, o której mowa w ust. 3, jest sporządzana na kwestionariuszu w oparciu o opisową skalę ocen, którego wzór jest określony w załączniku do ustawy.”.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadzona regulacja daje możliwość ewaluacji kształcenia podyplomowego. 5% jednostek akredytowanych i kierowników specjalizacji, które/którzy uzyskali najniższe wyniki w ankiecie ewaluacyjnej (w której 80% wagi oceny stanowi wynik PES a 20% ocena subiektywna podopiecznego – lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego) kontrolowanych będzie w danym roku przez zespół akredytacyjny CMKP. Przepis ten ma na celu wzmocnienie relacji mistrz – uczeń poprzez zapewnienie kontroli jakości opieki kierownika specjalizacji nad lekarzem w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, a także egzekwowanie zadań jednostki akredytowanej wobec lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

37) w art. 45 uchyla się ustęp 1a, 2, 2a oraz 4.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

Wprowadzona zmiana jest realizacją porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 r. oraz wpisuje się w ogólne zasady projektowanych przepisów stawiające za cel odbiurokratyzowanie medycyny. Ordynowanie leków na recepcie powinno być uzupełnieniem procesu diagnostyczno-leczniczego. Przypisywanie poziomu refundacji lekom dla

wybranych grup pacjentów jest czynnością *stricte* administracyjną i nie wiąże się z procesem decyzyjnym na temat zasadności stosowania leku w danym wskazaniu. Proces refundacyjny powinien być poza kompetencjami i świadomością lekarzy, a wskazania do stosowania leków powinny mieć wymiar czysto medyczny i nie ulegać wpływowi procesów administracyjnych, co w obecnym kształcie ustawy jest praktyką powszechną.

**Art. 2.** 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) w załączniku wiersze w tabeli w lp. 1-4 otrzymują brzmienie:

”

1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	3
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	2,5
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	2
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	1

”

### UZASADNIENIE ZMIAN

Przedmiotowa zmiana w cytowanej ustawie ma charakter porządkujący. W niniejszej ustawie określa się bowiem wynagrodzenie lekarzy stażystów na 100% „średniej krajowej”, lekarzy rezydentów na 200-275% „średniej krajowej”. W ślad za tymi zmianami, dla utrzymania sprawiedliwości społecznej oraz uniknięcia dyskryminacji określonej grupy lekarzy wprowadza się współczynniki pracy adekwatne do zmian wprowadzanych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Współczynniki realizują wieloletnie postulaty wszystkich środowisk lekarskich.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 95:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Z zastrzeżeniem ust. 2a, dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez osoby, o których mowa w ust. 1, w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”,

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

„2a. Dyżurem medycznym lekarza jest wykonywanie w podmiocie leczniczym realizującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne poza normalnymi godzinami pracy:

1) czynności zawodowych samodzielnie przez lekarza, który uzyskał I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty albo odbywa szkolenie specjalizacyjne i spełnił przewidziane programem specjalizacji wymagania do wykonywania samodzielnych czynności zawodowych w ramach pełnienia dyżuru medycznego albo przed spełnieniem tych wymagań wyraził zgodę na samodzielne pełnienie dyżuru medycznego i uzyskał zgodę kierownika specjalizacji wyrażoną po porozumieniu z kierownikiem jednostki organizacyjnej podmiotu leczniczego;

2) czynności zawodowych pod nadzorem przez lekarza, który odbywa szkolenie specjalizacyjne, ale nie spełnił przewidzianych programem specjalizacji wymagań do wykonywania samodzielnego dyżuru medycznego albo ze względu na program odbywanej specjalizacji może pełnić dyżur medyczny wyłącznie wspólnie z lekarzem posiadającym tytuł specjalisty lub nie wyraził zgody albo nie uzyskał zgody kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżuru medycznego.

2b. Zobowiązanie do pełnienia dyżuru medycznego pod nadzorem wymaga zapewnienia proporcjonalnej, faktycznej i zupełnej kontroli sposobu wykonywania czynności zawodowych i ich efektów oraz ewentualnej możliwości faktycznej ingerencji osoby, o której mowa w ust. 1 będącej kierownikiem specjalizacji lub posiadającej tytuł specjalisty i wyznaczonej przez kierownika specjalizacji do nadzorowania czynności dokonywanych przez osobę pełniącą dyżur medyczny pod nadzorem.

2c. Osoby, o których mowa ust. 1, odbywające szkolenie specjalizacyjne, korzystające z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem lub wobec których właściwy organ samorządu lekarskiego orzekł o czasowej niemożliwości

wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych mogą być zobowiązane do wykonywania czynności zawodowych w ramach pełnienia dyżuru medycznego na zasadach określonych w art. 16i. ust. 1b ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”,

c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a – 3c w brzmieniu:

„3a. Osoba, o której mowa w ust. 1, może być zobowiązana do pełnienia dyżuru medycznego w wymiarze nie przekraczającym 24 godzin ciągłego wykonywania czynności zawodowych; zobowiązanie do pełnienia dyżuru medycznego w wymiarze przekraczającym 10 godzin i 5 minut ciągłego wykonywania czynności zawodowych wymaga uprzedniej pisemnej zgody pracownika.

3b. Czasem pracy przypadającym na dyżur medyczny nie uzupełnia się normy czasu pracy przypadającej w normalnych godzinach pracy.

3c. 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 nie obniża należnego lekarzowi wynagrodzenia za pracę w normalnych godzinach pracy także w razie niewykonania normy czasu pracy lekarza, o której mowa w art. 93 ust. 1.”,

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

„4a. Planowanie pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego polega na sporządzaniu rozkładu czasu pracy danego pracownika obejmującego pełnienie dyżuru medycznego. Rozkład czasu pracy osoby, o której mowa w ust. 1, jest sporządzany w formie przyjętej w danej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego, na okres nie krótszy niż okres rozliczeniowy i przekazywany pracownikowi co najmniej na 14 dni przed rozpoczęciem pracy w okresie, na który ten rozkład został sporządzony.

4b. Pełnienie dyżuru medycznego nie objętego rozkładem czasu pracy wymaga uprzedniej pisemnej zgody pracownika.”.

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

I.

Brak doświadczenia lekarzy odbywających specjalizację, nieprzewidywalność profilu pacjentów wymagających pomocy medycznej, konieczność zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pacjentów w czasie dyżurów medycznych oraz dotychczas wspólny dla lekarza specjalisty i odbywającego szkolenie specjalizacyjne reżim prawny regulujący zasady powierzania i wykonywania czynności zawodowych w ramach pełnienia dyżuru medycznego wymuszają stworzenie dwóch kategorii dyżuru medycznego: samodzielnego i nadzorowanego (towarzyszącego). Nie ulega wątpliwości, że szczególnie w początkowym okresie szkolenia specjalizacyjnego, podczas dyżurów medycznych pełnionych przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, należy przestrzegać reguł ostrożnościowych. Wymagany jest zatem nadzór nad sposobem wykonywania czynności zawodowych podczas dyżuru medycznego pełnionego przez lekarza nieposiadającego tytułu specjalisty, polegający na proporcjonalnej (adekwatnej do sytuacji), faktycznej (realizowanej podczas wykonywania przez nadzorowanego czynności zawodowych) i zupełnej (obejmującej całokształt istotnych czynności zawodowych) kontroli z realną możliwością wpływania na czynności zawodowe podejmowane przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Istnieje bowiem istotne ryzyko nieposiadania przez lekarza odbywającego specjalizację i pełniącego dyżur medyczny co najmniej wystarczającego doświadczenia do samodzielnego prowadzenia chorych z określonymi jednostkami chorobowymi. Dlatego czynności zawodowe lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, w każdym razie w pierwszym okresie tego szkolenia, powinny być nadzorowane i wspierane doświadczeniem, wiedzą i umiejętnościami lekarza specjalisty. Takie rozwiązanie realizuje art. 10 ust. 1 i 2 kodeksu etyki lekarskiej. Późniejsze rozpoczęcie samodzielnego dyżurowania nie może wiązać się z obowiązkiem pełnienia dyżurów w zwiększonym rozmiarze w kolejnych okresach szkolenia specjalizacyjnego ze względu na normy i wymiar czasu pracy lekarzy ustanowiony art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

II.

#### Osobnej regulacji prawnej wymaga:

1) zapewnienie lekarzom korzystającym co najmniej z uprawnień wynikających z rodzicielstwa oraz przemijających przeszkód w wykonywaniu czynności zawodowych spowodowanych stanem zdrowia, których to poziomu uprawnień

Kodeks pracy nie różnicuje ze względu na rodzaj wykonywanej pracy i przynależność do grupy zawodowej lekarzy, nienakładania na nich obowiązku pełnienia dyżurów medycznych w wymiarze wynikającym z obecnie obowiązujących przepisów, które nie regulują takiej sytuacji lekarza poza normalnymi godzinami pracy, kiedy pełnione są dyżury medyczne;

2) ustalenie maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy;

3) normatywne ustalenie reguły niezaliczania godzin dyżuru medycznego do normy czasu pracy w ramach normalnych godzin pracy;

4) normatywne ustalenie reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od reguł przewidzianych przepisami Kodeksu pracy.

#### **Art. 4.**

**UWAGA: PRZEPISY PRZEJŚCIOWE DO UZUPEŁNIENIA, po ustaleniu ostatecznego kształtu ustawy.**

**Art. 5.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

**UWAGA: należy określić odpowiednie (z dłuższym okresem niż 14 dni) *vacatio legis* w odniesieniu do niektórych dla przepisów - do rozstrzygnięcia po ustaleniu ostatecznego kształtu ustawy.**

# **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

**zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu  
podyplomowego lekarza i lekarza dentysty**



**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA <sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza  
dentysty**

Na podstawie art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 oraz z 2017 r. poz. 2194) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) lekarza – w dziedzinach:

a) chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej, intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, medycyny rodzinnej w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej – stanowiących moduł stały, oraz

b) nie więcej niż trzech, dowolnie wybranych przez lekarza oraz realizowanych nie więcej niż w trzech wybranych podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu – stanowiących moduł personalizowany

– których czas trwania, cel oraz program jest określony w załączniku nr 1a do rozporządzenia;

2) lekarza dentysty – w dziedzinach:

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

- a) stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej, protetyki stomatologicznej, periodontologii i ortodoncji –stanowiących moduł stały, oraz
  - b) nie więcej niż trzech, dowolnie wybranych przez lekarza dentystę, realizowanych nie więcej niż w trzech wybranych podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu – stanowiących moduł personalizowany
- których czas trwania, cel oraz program jest określony w załączniku nr 1b do rozporządzenia.”,
- b) uchyla się ust. 3 i 4,
  - c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:
- „5. Staż lekarza obejmuje również szkolenie z zakresu: profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS (w ramach stażu w dziedzinie choroby wewnętrzne), szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego, zdrowia publicznego (w tym profilaktyki onkologicznej oraz szczepień ochronnych), prawa medycznego (w tym bioetyki), kurs zaawansowanych i podstawowych czynności ratunkowych (ALS/BLS) oraz warsztaty z kompetencji miękkich: komunikacji lekarz - pacjent, asertywności i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.”,
- d) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:
- „6. Staż lekarza dentysty obejmuje również szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego, zdrowia publicznego, prawa medycznego (w tym bioetyki), kurs zaawansowanych i podstawowych czynności ratunkowych (ALS/BLS) oraz warsztaty z kompetencji miękkich: komunikacji lekarz - pacjent, asertywności i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.”;
- 2) w § 3:
  - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Nie więcej niż 10% czasu trwania modułu stałego oraz nie więcej niż 10% czasu trwania modułu personalizowanego lekarz stażysta, lekarz dentysta stażysta, może przeznaczyć na udział w konferencjach, kursach lub szkoleniach. Udział w konferencjach, kursach lub szkoleniach jest zaliczany jako realizacja stażu po przedłożeniu, przez stażystę okręgowej izbie lekarskiej, dokumentu poświadczającego ukończenie wskazanej formy kształcenia.”,
- b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Okres trwania staży cząstkowych, szczegółowe rodzaje zajęć teoretycznych i praktycznych oraz okres trwania szkoleń, o których mowa w § 2 ust. 1, 5 i 6, i zakres ich odbywania określają dla:

- 1) lekarza - ramowy program stażu podyplomowego lekarza, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
- 2) lekarza dentysty - ramowy program stażu podyplomowego lekarza dentysty, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia  
- zwane dalej „ramowym programem”.

c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii właściwej okręgowej rady lekarskiej w porozumieniu z właściwym marszałkiem województwa, może wyrazić zgodę na rozpoczęcie stażu w innym terminie niż określony w ust. 3.”;

3) w § 4:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kierując lekarza lub lekarza dentystę do odbycia stażu, okręgowa rada lekarska uwzględnia w kolejności lekarzy lub lekarzy dentystów, którzy mają stałe miejsce zamieszkania na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej oraz na terenie powiatu, w którym znajduje się podmiot uprawniony do prowadzenia stażu, oraz ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią ocen liczoną do dwóch miejsc po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen jaka obowiązywała w ukończonej uczelni, a także bierze pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w danym podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu.”,

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

„1a. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, okręgowa rada lekarska celem dalszego odbywania stażu może, na pisemny wniosek lekarza lub lekarza dentysty skierować go do innej jednostki organizacyjnej posiadającej akredytację do danego szkolenia oraz wolne miejsca szkoleniowe.

1b. Jeżeli jednostka, o której mowa w ust. 1a, znajduje się na obszarze innego województwa, zmiana miejsca odbywania stażu następuje po wydaniu zgody przez właściwą okręgową radę lekarską w porozumieniu z właściwym marszałkiem województwa, na terenie którego lekarz lub lekarz dentysta będzie odbywał staż.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Właściwa okręgowa rada lekarska, za pomocą SMK, prowadzi karty stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry oraz ankiety „Oceny stażu podyplomowego przez lekarza i lekarza dentystrę.”;

4) w § 5:

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

„1a) na cele realizacji stażu cząstkowego w ramach modułu personalizowanego uzyskały akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie danej dziedziny medycyny;”,

b) w ust. 4 i 5 wyrazy „marszałkowi województwa” zastępuje się wyrazami „okręgowej izbie lekarskiej”;

5) w § 6:

a) w ust. 1 w pkt 1 skreśla się wyrazy „i anesteziologii”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Lekarz, lekarz dentystra odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości 100% 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", w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku.”;

6) w § 7:

a) w ust. 6:

- po pkt 1 dodaje się pkt 1a – 1b w brzmieniu:

„1a) ustala i przesyła, za pomocą SMK, do 30 dni od dnia rozpoczęcia stażu do okręgowej rady lekarskiej indywidualny harmonogram realizacji stażu w podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu na podstawie ramowego programu;

1b) ustala dziedziny medycyny i jednostki, w których stażysta odbędzie staż w module personalizowanym oraz przesyła do okręgowej rady lekarskiej, za pomocą SMK, w terminie do 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia stażu, po uprzednim ich wyborze przez stażystę;”,

- w pkt 3 wyrazy „o których mowa w § 2 ust. 1 i 3-5;” zastępuje się wyrazami „o których mowa w § 2 ust. 1 i 5 i 6;”,

- po pkt 5 średnik zastępuje się kropką i skreśla się pkt 6,

b) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Koordynator wystawia opinię, o której mowa w ust. 6 pkt 5, dokonując odpowiedniego wpisu w karcie stażu.”,

c) w ust. 9 wyrazy „właściwym marszałkiem województwa” zastępuje się wyrazami „okręgową izbą lekarską”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Za wykonywanie czynności, o których mowa w ust. 6 i 7 koordynator otrzymuje, ze środków finansowych przekazanych na ten cel przez okręgową izbę lekarską, wynagrodzenie miesięczne w wysokości 200 zł - w przypadku nadzorowania stażu jednego stażysty, i dodatkowo w wysokości 100 zł - za nadzorowanie stażu każdego następnego stażysty.”;

7) w § 9:

a) w ust. 2:

- w pkt 3 skreśla wyrazy „od 3 do 5 pacjentów”,

- uchyla się pkt 9 i 10,

- w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14 w brzmieniu:

„14) zalicza stażyście staż cząstkowy.”;

8) w § 12 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Stażysta w trakcie stażu pełni 2 dyżury w tygodniu w wymiarze nie większym niż 5 godzin każdy:

1) w oddziale, w którym odbywa staż cząstkowy z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej, intensywnej terapii;

2) w szpitalnym oddziale ratunkowym, w okresie realizacji stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej;

3) w wybranym oddziale, w którym lekarz odbywa staż cząstkowy w trakcie modułu personalizowanego.”;

9) w § 14:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Staż obejmujący szkolenie z zakresu orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego oraz ratownictwa medycznego kończy się złożeniem sprawdzianu w terminie określonym indywidualnym harmonogramem stażu.”,

b) w ust. 2 uchyla się pkt 1;

10) w § 16 w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) konsultantów krajowych w dziedzinach: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, anestezjologii, a w odniesieniu do stażu lekarza dentystry - konsultantów krajowych w dziedzinach: chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, periodontologii, protetyki stomatologicznej, stomatologii

dziecięcej oraz stomatologii zachowawczej;”;

11) w § 17:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Okręgowa izba lekarska, uwzględniając zasady i tryb odbywania stażu, a także przewidywaną liczbę absolwentów studiów lekarskich i lekarsko – dentystycznych, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze jej właściwości, określa corocznie liczbę miejsc dla stażystów w poszczególnych podmiotach uprawnionych oraz ustala ogólną liczbę lekarzy i lekarzy dentystów, którzy mogą w następnym roku kalendarzowym odbywać staż na obszarze jej właściwości, z wyjątkiem lekarzy i lekarzy dentystów powołanych do zawodowej służby wojskowej i zobowiązanych do odbycia stażu.”,

b) w ust. 2 wyrazy „marszałek województwa” zastępuje się wyrazami „okręgowa izba lekarska”;

12) w § 18:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Okręgowa izba lekarska, której członkiem jest lekarz, lekarz dentysta przekazuje środki finansowe zapewniające odbycie jego stażu:

1) podmiotowi uprawnionemu, który zawarł z lekarzem, lekarzem dentystą umowę na odbycie stażu;

2) podmiotom prowadzącym szkolenie.”,

b) w ust. 2:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„2. Środki finansowe, które okręgowa izba lekarska przekazuje:”,

- użyty w pkt 2 wyraz „województwa” zastępuje się wyrazami: „okręgowej izby lekarskiej”,

c) użyte w ust. 2 w pkt 2, w ust. 5 i 6 wyrazy „o których mowa w § 2 ust. 3-5” zastępuje się wyrazami „o których mowa w § 2 ust. 5 i 6”,

d) użyte w ust. 4 w pkt 2 wyrazy „marszałek województwa” zastępuje się wyrazami „okręgowa izba lekarska”,

e) użyte w ust. 7 wyrazy „właściwego marszałka województwa” zastępuje się wyrazami „okręgowej izby lekarskiej”;

13) dodaje się załączniki nr 1a i 1b do rozporządzenia;

14) uchyla się załączniki nr 3-6 do rozporządzenia.

**§ 2.** Do stażu podyplomowego lekarza, lekarza dentysty rozpoczętego i niezakończonego przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

### I. Potrzeba i cel wydania rozporządzenia

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2014 r. poz. 474, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, ma na celu nowelizację przepisów związanych z możliwościami odbywania stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry.

Modyfikacja programu stażu podyplomowego lekarza ma na celu lepsze przygotowanie lekarza do pracy w zawodzie oraz bardziej świadome podejmowanie decyzji dotyczących późniejszego wyboru specjalizacji.

Zaproponowano wprowadzenie modułu personalizowanego – dającego lekarzowi stażyście dowolność co do kierunku i miejsca odbywania stażu - 12 tygodni, w trakcie których lekarz stażysta pracuje w maksymalnie trzech wybranych przez siebie klinikach/oddziałach, jednostkach, poradniach. Ma to na celu lepsze sprofilowanie stażu podyplomowego pod kątem przyszłych preferencji odnośnie wybieranej specjalizacji. Takie rozwiązanie pozwala na rozwinięcie umiejętności praktycznych w dziedzinach, które lekarz chciałby dalej kontynuować po zakończeniu stażu (szczególnie w kontekście konieczności rozpoczęcia samodzielnych dyżurów medycznych w trakcie szkolenia specjalizacyjnego). Daje to również szansę na poznanie jednostek, w których lekarz będzie odbywał specjalizację, co zmniejszy ryzyko późniejszych prób zmiany rezydentury oraz zmiany miejsca odbywania rezydentury – większa świadomość warunków pracy w danym miejscu.

Z uwagi na pojawienie się w programie 12-tygodniowego modułu personalizowanego, jak również z powodu zróżnicowanej jakości staży cząstkowych konieczna była dalsza modyfikacja programu stażu. Z programu stażu podyplomowego usunięto staże cząstkowe trwające krócej niż 4 tygodnie uznając, że jest to okres zbyt krótki, by odnieść korzyść kliniczną z danego stażu. W programie stażu podyplomowego pozostawiono w wymiarze czasu zbliżonym do dotychczasowego staże z trzech podstawowych dziedzin medycyny, czyli z chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii ogólnej. Pozostawiono staż z medycyny rodzinnej jako dziedziny kluczowej z punktu widzenia polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pozostawiono również staż z medycyny ratunkowej oraz intensywnej opieki medycznej jako moduł mający przygotować lekarzy do praktycznego postępowania w



sytuacjach nagłego zagrożenia życia. Z programu stażu podyplomowego usunięto pozostałe staże cząstkowe. Nie można kwestionować wagi pozostałych dziedzin medycyny, wydaje się jednak, że zaproponowany model stażu podyplomowego pozwoli na optymalne przygotowanie lekarzy do rozpoczęcia samodzielnej pracy zawodowej. Moduł personalizowany daje jednocześnie możliwość poznania innych dziedzin medycyny, w tym tych, które usunięto z obecnego modelu stażu podyplomowego.

Do programu stażu podyplomowego włączono warsztaty z kompetencji miękkich, komunikacji lekarz-pacjent i asertywności. Staż podyplomowy lekarza i lekarza dentyści powinien rozwijać nie tylko kompetencje merytoryczne, ale również umiejętności interpersonalne. Opinie lekarzy, ale również środowisk pacjenckich wskazują, iż konieczna jest praca nad rozwojem u lekarzy umiejętności w zakresie wspólnego podejmowania decyzji, wykształcenie indywidualnego podejścia do pacjenta oraz empatii i metod radzenia sobie z problemami. Zaproponowane warsztaty powinny być realizowane z trenerami personalnymi lub psychologami mającymi doświadczenie w przedmiotowej tematyce. W programie stażu podyplomowego umieszczono także kurs ze zdrowia publicznego. Obok niewątpliwej przydatności wiedzy z zakresu zdrowia publicznego i bioetyki obecność kursu ze zdrowia publicznego w programie stażu podyplomowego pozwoli na usunięciu rzeczonoego kursu z programu większości specjalizacji lekarskich. Dodatkowo w programie kursu ze zdrowia publicznego uwzględniono oddzielne szkolenie z zakresu profilaktyki onkologicznej oraz szczepień ochronnych, z uwagi na istotną potrzebę takiego kształcenia zgłaszaną przez lekarzy, w tym pogłębiające się potrzeby prawidłowej interakcji z pacjentem gwarantującej prawidłowy proces profilaktyki i leczenia.

Wprowadzana zmiana do § 5 rozporządzenia polegająca na rozszerzeniu uprawnień do prowadzenia stażu cząstkowego w ramach stażu podyplomowego o podmioty, które uzyskały akredytacje do prowadzenia specjalizacji w zakresie danej dziedziny medycyny ma na celu umożliwienie odbycia modułu personalizowanego (12 tygodni stażu podyplomowego) w klinikach/oddziałach, jednostkach, placówkach POZ, poradniach, które nie są objęte dotychczasowym programem stażu podyplomowego, ale posiadają akredytacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Zwiększy to wachlarz dostępnych miejsc i wpłynie pozytywnie na możliwość poznania późniejszych miejsc pracy.

Wprowadzana zmiana do § 6 rozporządzenia polega na ustaleniu, że wynagrodzenie lekarza stażysty wynosi 100% 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", w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku. Obecna wysokość wynagrodzenia lekarzy stażystów jest nieadekwatna do odpowiedzialności oraz roli lekarza stażysty w systemie opieki zdrowotnej.

Wprowadzane zmiany do § 9 mają na celu doprecyzowanie i urealnienie obowiązków opiekuna stażu, poprzez usunięcie obowiązku zaznajamiania stażysty z informacjami z zakresu orzecznictwa lekarskiego (co znajduje się w zakresie odpowiedniego kursu) oraz konsultowania przygotowanych przez stażystę prac poglądowych i opisów przypadków, co wykracza poza zakres pożądaných obowiązków opiekuna.

Wprowadzana zmiana do § 12 rozporządzenia dotycząca zmiany zasad pełnienia dyżurów przez lekarzy stażystów ma na celu dostosowanie przepisów określających miejsce odbywania dyżurów medycznych w czasie stażu podyplomowego do zmienionego programu stażu podyplomowego.

Na podstawie § 2 rozporządzenia, zawierającego przepis przejściowy, do staży lekarzy i lekarzy dentyistów rozpoczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosowane będą przepisy w brzmieniu dotychczasowym.

W omawianym projekcie dodano przepisy związane z przejęciem kompetencji urzędów wojewódzkich przez samorząd zawodowy. Uzasadnienie przekazania kompetencji urzędów wojewódzkich samorządowi zawodowemu lekarzy zostało szczegółowo opisane w Uzasadnieniu do projektu Ustawy o zmianie Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

Zgodnie z § 3 rozporządzenia wejdzie ono w życie po upływie 14 dni od dnia jego ogłoszenia – stosownie do art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523). W ocenie projektodawcy wskazany termin jest wystarczający, aby podmioty, których projektowana regulacja dotyczy, zapoznały się ze zmieniającymi przepisami.

## **II. Informacje dotyczące projektu**

W związku z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.) przewiduje się, że przepisy będą miały wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na zwiększenie wydatków lub zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych.

Regulacje zawarte w projekcie rozporządzenia nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia 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.), zatem nie podlega ono notyfikacji.

Rozporządzenie nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Mając na uwadze § 52 w związku z § 170 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 rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

**Załącznik nr 1a**

**RAMOWY PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA**

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, bioetyki, prawa medycznego i orzecznictwa lekarskiego, jako przygotowanie lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu.

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH**

**I. Program stażu cząstkowego z zakresu chorób wewnętrznych**

Czas trwania stażu: 10 tygodni.

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) żyłnej 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 nieziarnicznych;

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.
4. W tym w ramach stażu z chorób wewnętrznych szkolenie z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS trwający 5 godzin wykładów obejmujących:
- 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.

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-kръżeniowych, 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, nagłych 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 zatruc, 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) pobrania materiałów do badań mikrobiologicznych u dzieci;
- 12) pielęgnacji niemowląt i małych dzieci.

## **STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ**

### **III. Program stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej**

Czas trwania stażu: 7 tygodni.

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) 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);
- 2) 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 uwięzionych 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);
- 3) schorzeń urologicznych:
- a) kamicy nerkowej,
  - b) zatrzymania moczu,
  - c) wodniaka jądra,
  - d) przerostu prostaty,
  - e) raka prostaty;
- 4) 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 gastrokopii, ECPW, rektoskopii, kolonoskopii, cystoskopii;

4) ogólnych zasad i możliwości chirurgii laparoskopowej.

4. Poznanie problemów ogólnochirurgicznych dotyczących:

1) zasad aseptyki i antyseptyki, profilaktyki zakażeń okołoperacyjnych;

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) postępowania w krwotoku zewnętrznym;

6) założenia zgłębnika nosowo-żołądkowego;

- 7) dożylnego przetaczania krwi i płynów infuzyjnych;
- 8) postępowania w oparzeniach;
- 9) badania per rectum i oceny gruczołu krokowego.

## **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: 3 tygodnie.

Cel stażu w zakresie intensywnej terapii:

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 okręgowej izby lekarskiej.

Program stażu:

1. 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.

## 2. 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), (Surviving Sepsis Campaign – 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.
3. 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: 4 tygodnie, w tym kurs zaawansowanych i podstawowych czynności ratunkowych z zakresu (ALS / BLS) trwający 1 tydzień.

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'u 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) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.),
    - c) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej,
    - d) defibrylacja elektryczna i kardiowersja,
    - e) pośredni masaż serca,
    - f) resuscytacja płynowa,
  - 2) z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych (medycznych czynności ratunkowych):
    - a) zabezpieczania ranego 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 analgesodacji 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.

Kurs zaawansowanych i podstawowych czynności ratunkowych (ALS / BLS)

Czas trwania: 40 godzin (5 dni)

Cel: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie podstawowych i zaawansowanych czynności ratujących życie (BLS i ALS) w obrębie centrów stymulacji medycznych.

Program: DO OPRACOWANIA PRZEZ ORGAN UPRAWNIONY

## **STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ**

### **V. Program stażu cząstkowego z zakresu medycyny rodzinnej**

Czas trwania stażu: 4 tygodnie.

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, żyłaków podudzi, żyłaków odbytu, przewlekłych owrzodzeń podudzi);
- 8) chorób kobiet (w szczególności niektórych powikłań ciąży, powikłań przebiegu porodu, 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, pracownikami 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 tężcza;
- 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: 24 godziny wykładów realizowanych w ciągu 3 dni.

Cel szkolenia:

przyswojenie przez lekarzy i lekarzy dentyków 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**

### **VII. Program szkolenia z zakresu prawa medycznego**

Czas trwania szkolenia: 48 godzin wykładów realizowanych w ciągu 6 dni, w tym 24 godziny wykładów (3 dni) w zakresie prawa medycznego oraz 24 godziny (3 dni) w zakresie bioetyki

Cel szkolenia:

poznanie i przyswojenie podstawowych przepisów prawa dotyczących wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry.

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 dentystry 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.

Cel szkolenia z bioetyki: przyswojenie podstawowych informacji z zakresu bioetyki i wypracowanie postaw etycznych wśród personelu lekarskiego.

Program stażu: (do opracowania)

## **SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

### **VIII. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego**

Czas trwania szkolenia: 40 godzin wykładów realizowanych w ciągu 5 dni, w tym 24 godziny (3 dni) w zakresie zdrowia publicznego, 8 godzin (1 dzień) w zakresie wiedzy o szczepieniach ochronnych, 8 godzin (1 dzień) w zakresie profilaktyki onkologicznej.

Cel szkolenia:

Poznanie i przyswojenie podstawowej wiedzy z zakresu zdrowia publicznego, w tym elementów profilaktyki onkologicznej oraz zagadnień związanych ze szczepieniami ochronnymi.

Program stażu: (do opracowania)

## **WARSZTATY Z ZAKRESU KOMPETENCJI MIĘKKICH**

### **IX. Program warsztatów z zakresu kompetencji miękkich**

Czas trwania warsztatów: 48 godzin realizowanych w ciągu 6 dni.

Cel warsztatów:

Przyswojenie i przedyskutowanie podstawowych umiejętności z zakresu komunikacji lekarz – pacjent, lekarz – lekarz, ćwiczenia praktyczne w zakresie prowadzenia procesu decyzyjnego ukierunkowanego na wartości istotne dla pacjenta, warsztaty z zakresu asertywności.

Program warsztatów: (do opracowania)

## **STAŻ Z ZAKRESU WYBRANEJ PRZEZ LEKARZA STAŻYSTĘ DZIEDZINY MEDYCYNY**

### **X. Program stażu z zakresu wybranej dziedziny medycyny**

Czas trwania stażu: 12 tygodni (60 dni), realizowanych w 1-3 jednostkach uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lub akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

Cel stażu:

Nabycie podstawowych umiejętności teoretycznych i praktycznych oraz zaznajomienie się z zasadą pracy w 1-3 jednostkach o profilu odpowiadającym specjalizacjom lub podspecjalizacjom, określonym w Załączniku nr. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z późniejszymi zmianami.

Program stażu: (do opracowania programy stażu z wybranej dziedziny medycyny dla wszystkich specjalizacji, warianty 3, 6 i 12 miesięczne)

## RAMOWY 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 bioetyki, prawa medycznego i orzecznictwa lekarskiego jako przygotowanie lekarza dentysty do samodzielnego wykonywania zawodu.

### **STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII**

#### **I. Program stażu częściowego z zakresu stomatologii zachowawczej**

Czas trwania stażu wynosi 9 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 niepróchnicowych tkanek zębów.
3. Opanowanie wykonywania następujących umiejętności i czynności:
- 1) diagnozowania próchnicy (ze szczególnym uwzględnieniem oceny aktywności choroby, wykrywania i kwalifikacji zmian próchnicowych na powierzchniach stycznych zębów);
  - 2) planowania postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy, z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby;
  - 3) postępowania diagnostycznego w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji;
  - 4) leczenia próchnicy z zastosowaniem oszczędzających metod opracowania ubytku (metoda ART, tunelowa) i odpowiednich materiałów do wypełnień;
  - 5) postępowania profilaktycznego i leczenia ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego);
  - 6) wykonywania zabiegów endodontycznych;
  - 7) postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych, ze szczególnym uwzględnieniem zębów wielokorzeniowych (ekstirpcja miazgi w znieczuleniu, leczenie kanałowe zębów z zainfekowaną miazgą, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych);

- 8) diagnostyki i postępowania leczniczego w uszkodzeniach tkanek zęba spowodowanych czynnikami abrazyjnymi lub chemicznymi;
- 9) diagnostyki i postępowania leczniczego w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych;
- 10) stosowania diagnostyki radiologicznej wewnątrz- i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania;
- 11) diagnozowania i usuwania przebarwień zębów;
- 12) prowadzenia instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz oceny uzyskanych efektów;
- 13) 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);
- 14) planowania i oceny efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji.

## **II. Program stażu cząstkowego z zakresu stomatologii dziecięcej**

Czas trwania stażu wynosi 6 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.

### **III. Program stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej**

Czas trwania stażu wynosi 6 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.

#### **IV. Program stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej**

Czas trwania stażu wynosi 6 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.

## **V. Program stażu cząstkowego z zakresu periodontologii**

Czas trwania stażu wynosi 1 tydzień.

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.

## **VI. Program stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji**

Czas trwania stażu wynosi 4 tygodnie.

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.

## **KURS W DZIEDZINIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

### **VII. Program kursu z zakresu ratownictwa medycznego**

Czas trwania kursu: 1 tydzień z zakresu zaawansowanych i podstawowych czynności ratunkowych (ALS/BLS)

Cel kursu:

pogłębienie wiedzy teoretycznej i przyswojenie praktycznych umiejętności postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia.

Program kursu: do opracowania

## **SZKOLENIA Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO, PRAWA MEDYCZNEGO**

### **VIII. Program szkoleń z zakresu orzecznictwa lekarskiego (w tym bioetyki) i prawa medycznego**

Czas trwania i program szkoleń zostały określone w ramowym programie stażu podyplomowego lekarza, stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia.

## **SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

### **IX. Program szkolenia z zakresu zdrowia publicznego**

Czas trwania szkolenia: 16 godzin wykładów realizowanych w ciągu 2 dni w zakresie zdrowia publicznego

Cel szkolenia:

Poznanie i przyswojenie podstawowej wiedzy z zakresu zdrowia publicznego, jak również przyswojenie podstawowych informacji z zakresu bioetyki.

Program szkolenia: (do opracowania)

## **WARSZTATY Z ZAKRESU KOMPETENCJI MIĘKKICH**

### **X. Program warsztatów z zakresu kompetencji miękkich**

Czas trwania warsztatów: 48 godzin realizowanych w ciągu 6 dni.

Cel warsztatów:

Przyswojenie i przedyskutowanie podstawowych umiejętności z zakresu komunikacji lekarz – pacjent, lekarz – lekarz, ćwiczenia praktyczne w zakresie prowadzenia procesu decyzyjnego ukierunkowanego na wartości istotne dla pacjenta, warsztaty z zakresu asertywności.

Program warsztatów: (do opracowania)

## **STAŻ Z ZAKRESU WYBRANEJ PRZEZ LEKARZA STAŻYSTĘ DZIEDZINY**

### **XI. Program stażu z zakresu wybranej dziedziny medycyny**

Czas trwania stażu: 12 tygodni (60 dni), realizowanych w 1-3 jednostkach uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lub akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

Cel stażu:

Nabycie podstawowych umiejętności teoretycznych i praktycznych oraz zaznajomienie się z zasadą pracy w 1-3 jednostkach o profilu odpowiadającym specjalizacjom lub podspecjalizacjom, określonym w Załączniku nr. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z późniejszymi zmianami.

Program stażu: (do opracowania programy stażu z wybranej dziedziny medycyny dla wszystkich specjalizacji, warianty 3, 6 i 12 miesięczne)

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**  
**zmieniające rozporządzenie w sprawie Lekarskiego**  
**Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego**  
**Egzaminu Końcowego**

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA <sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego  
i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego**

Na podstawie art. 14f ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm. <sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 1877) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. LEK zawiera pytania z następującego zakresu:

- 1) chorób wewnętrznych, w tym chorób układu sercowo-naczyniowego – 50 pytań,
- 2) pediatrii – 40 pytań,
- 3) chirurgii – 35 pytań,
- 4) medycyny rodzinnej – 20 pytań,
- 5) medycyny ratunkowej i intensywnej terapii – 30 pytań,
- 6) prawa medycznego – 8 pytań,
- 7) orzecznictwa lekarskiego – 7 pytań,
- 8) zdrowia publicznego i bioetyki – 10 pytań

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

– przy czym wśród pytań z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii oraz medycyny rodzinnej znajduje się co najmniej 20 pytań z dziedziny onkologii.”;

2) użyte w § 6 w ust. 1, w ust. 2 we wprowadzeniu do wyliczenia, w ust. 3 i 4 w różnym przypadku wyrazy „województwie” zastępuje się w różnym przypadku wyrazami „okręgowe rady lekarskie”;

3) § 7 otrzymuje brzmienie:

„§ 7. 1. Terminy LEK wyznacza się w okresie od dnia 1 września do dnia 7 września i w okresie od dnia 1 lutego do dnia 7 lutego.

2. Terminy LDEK wyznacza się w okresie od dnia 8 września do dnia 14 września i w okresie od dnia 8 lutego do dnia 14 lutego.”;

4) w § 15 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zdający dany LEK albo LDEK ma prawo wglądu do treści zadań testowych w celu składania zastrzeżeń. Treść zadań testowych jest udostępniana w sali egzaminacyjnej bezpośrednio po danym LEK albo LDEK oraz za pośrednictwem witryny internetowej CEM niezwłocznie po zakończeniu egzaminu”;

5) w § 17 w ust. 1 wyraz „drugi” zastępuje się wyrazem „czwarty”.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

## **UZASADNIENIE ZMIAN**

### **I. Potrzeba i cel wydania rozporządzenia**

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 1877), zwanego dalej „rozporządzeniem”, ma na celu nowelizację kwestii związanych z Lekarskim Egzaminem Końcowym i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Końcowym (LEK i LDEK) w zakresie koniecznym do wprowadzenia w związku z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia.....

### **II. Informacje dotyczące projektu**

W związku z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.) nie przewiduje się, aby przepisy miały wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na zwiększenie wydatków lub zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych.

Regulacje zawarte w projekcie rozporządzenia nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia 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.), zatem nie podlega ono notyfikacji.

Rozporządzenie nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Mając na uwadze § 52 w związku z § 170 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 rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

# **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

**zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy  
i lekarzy dentystów**



**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów**

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 2018 r. poz. 617, z późn. zm.<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 26) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 uchyla się pkt 4;

2) w § 3:

a) pkt 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4) wykaz specjalizacji jednolitych, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;

5) wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów oraz minimalny czas ich trwania oraz wykaz specjalizacji szczegółowych wraz z wykazem specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz czas ich trwania, stanowiące załącznik nr 5 do rozporządzenia;”;

3) w § 4:

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy mogą rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny w danym postępowaniu kwalifikacyjnym w trybie rezydentury, minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej na 12 miesięcy przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego, a w zakresie pozostałych miejsc – Naczelna Izba Lekarska na swojej stronie internetowej na 6 miesięcy przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego.

2. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”, lekarz składa w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16c ust. 3 ustawy, łącznie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydenckiego, do okręgowej rady lekarskiej, na terenie działania izby lekarskiej, której lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem w momencie składania wniosku.”,

b) uchyla się ust. 3–5 i ust. 7,

c) w ust. 8 wyrazy:

- „31 marca” zastępuje się wyrazami „24 marca”,

- „31 października” zastępuje się wyrazami „24 października”,

d) w ust. 10 skreśla się wyrazy „Przepisy ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.”;

4) w § 5:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, dwa razy w roku w terminach: od dnia 1 marca do dnia 24 marca oraz od dnia 1 października do dnia 24 października.”,

b) w ust. 2 uchyla się pkt 3;

5) w § 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Uwzględniając liczby miejsc szkoleniowych, organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, sporządza i zatwierdza listę lekarzy zakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego i listę lekarzy niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego. Listy, o których mowa w zdaniu pierwszym zawierają imiona i nazwiska lekarzy. Lista lekarzy zakwalifikowanych do

odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego zawiera także tryb odbywania tego szkolenia. Lista lekarzy niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego zawiera pouczenie dotyczące weryfikacji, o której mowa w art. 16c ust. 14 ustawy.”;

6) użyty w § 7 w ust. 2, w ust. 3 we wprowadzeniu do wyliczenia oraz w pkt 5, w ust. 5-7, w ust. 9 i 11, w § 9 w ust. 2, w ust. 3 w pkt 2 i w ust. 9, w § 10 w ust. 2 i 3, w § 12 w ust. 3 i 4, w § 15 w ust. 5, w § 17 w ust. 7, w § 19 w ust. 7 oraz w § 21 w ust. 2, w różnym przypadku wyraz „wojewoda” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „okręgowa rada lekarska”;

7) w § 7:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Okręgowa rada lekarska kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce organizacyjnej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi zakwalifikowanemu do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po sprawdzeniu, za pomocą SMK, czy dany lekarz posiada „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”, w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego.”,

c) w ust. 6 i 7, w ust. 9 oraz w ust. 11 i 12 wyrazy:

- „31 marca” zastępuje się wyrazami „24 marca”,

- „31 października” zastępuje się wyrazami „24 października”,

d) w ust. 12 wyrazy „wojewoda właściwy ze względu na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego” zastępuje się wyrazami „okręgowa rada lekarska, działająca w imieniu okręgowej izby lekarskiej, której lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem w dniu powstania zmiany”;

8) w § 9:

a) uchyla się ust. 4,

b) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. Jeżeli jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 2, znajduje się na obszarze właściwości innej okręgowej izby lekarskiej, zmiana miejsca szkolenia specjalizacyjnego następuje po wyrażeniu zgody przez właściwą okręgową radę lekarską oraz konsultanta wojewódzkiego województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, okręgowa rada lekarska, o której mowa w ust. 5, wydaje lekarzowi skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz odnotowuje ten fakt w systemie SMK.”,

9) § 11 otrzymuje brzmienie:

„§ 11. O rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza okręgowa rada lekarska powiadamia właściwego wojewodę, CMKP, a w przypadku lekarza, o którym mowa w § 4 ust. 6, także ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

10) w § 12 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dowodem odbycia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego jest potwierdzenie w SMK przez kierownika specjalizacji lub osobę przez niego upoważnioną odbycia takiego szkolenia.”;

11) w § 13 w ust. 1:

a) w pkt 1 uchyla się pkt 3–5,

b) po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) określenie wewnętrznych jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w których dopuszcza się odbywanie dyżurów medycznych zgodnie z programem specjalizacji;”,

c) pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) samokształcenie w zakresie objętym programem specjalizacji.”;

12) w § 15:

a) w ust. 1:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) kieruje do odbycia specjalizacji jednolitej lub w przypadku specjalizacji modułowych, do odbycia modułu podstawowego oraz modułu specjalistycznego i

po ustaleniu z lekarzem, do trzech miesięcy od rozpoczęcia odbywania szkolenia specjalizacyjnego, dat rozpoczęcia wszystkich staży specjalizacyjnych w ramach tego szkolenia oraz potwierdzeniu w ciągu kolejnych trzech miesięcy, w porozumieniu i uzgodnieniu z CMKP, dat rozpoczęcia wszystkich etapów szkolenia specjalizacyjnego, w tym dat kursów specjalizacyjnych, zatwierdza szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego i obliguje lekarza do jego realizacji zgodnie z ustaleniami;”

- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) informuje pracodawcę lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio kierownika studium doktoranckiego o harmonogramie szkolenia zgodnym z szczegółowym planem szkolenia specjalizacyjnego i występuje o urlop szkoleniowy w określonym na jego podstawie czasie;”

- pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) wyznacza lekarzowi pacjentów do prowadzenia albo wyznacza lekarza kierującego oddziałem jako wyznaczającego pacjentów do prowadzenia i nadzoruje te prowadzenia;”

- pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) ustala harmonogram dyżurów, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h, h<sup>1</sup>, h<sup>2</sup> ustawy w porozumieniu z kierownikiem jednostki szkolącej, oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru, z zastrzeżeniem art. 16i ust. 1a pkt 2 ustawy;”

- uchyla się pkt 7 i 10,

- pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) informuje pracodawcę lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne oraz okręgową radę lekarską i wojewodę o odbyciu tego szkolenia zgodnie z programem specjalizacji oraz o terminie jego zakończenia, w terminie 7 dni od dnia potwierdzenia za pomocą SMK.”

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku, gdy lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne, z uwzględnieniem art. 16l ustawy, pozostał do wykorzystania urlop wypoczynkowy, kierownik specjalizacji może potwierdzić, za pomocą SMK, odbycie szkolenia zgodnie z programem specjalizacji nie wcześniej niż z dniem poprzedzającym rozpoczęcie tego urlopu.”;

13) w § 16 w ust. 1:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz za pomocą SMK składa do dyrektora CMKP wniosek, o którym mowa w art. 16 ust. 8 i 10 ustawy, zawierający:”,

b) w ust. 2 uchyla się pkt 4,

c) uchyla się ust. 3;

14) w § 18 w ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 i 2, składa za pomocą SMK, do okręgowej rady lekarskiej wniosek o odbywanie specjalizacji, zawierający dane, o których mowa w art. 16c ust. 2 ustawy.”;

15) w § 21 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dyrektor CMKP skreśla lekarza z rejestru, o którym mowa w art. 16p ust. 1 ustawy, na podstawie wydanej przez okręgową radę lekarską, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych decyzji o skreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na obszarze danej okręgowej izby lekarskiej.”;

16) w § 22:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz przed przystąpieniem do PES po raz pierwszy w danej dziedzinie medycyny składa, za pomocą SMK, do podmiotów, o których mowa w art. 16r ust. 1-3 ustawy następujące dokumenty:

1) wniosek, o którym mowa w art. 16r ust. 4 ustawy;

2) szczegółowy plan albo indywidualny harmonogram odbywania szkolenia specjalizacyjnego;

3) opinię, o której mowa w art. 16m ust. 7 pkt 5 ustawy;

4) potwierdzenie rozpoczęcia ostatniego roku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16rb ust. 1 ustawy.”,

b) uchyla się ust. 7,

c) w ust. 8 wyraz „pisemne” zastępuje się wyrazami „za pomocą SMK”;

17) w § 23:

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

„2. Lekarz, o którym mowa ust. 1, przekazuje za pomocą SMK wnioski, o którym mowa w art. 16w ust. 3 ustawy w terminie do dnia:”,

b) uchyla się ust. 3;

18) załączniki Nr 8-12 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 8-12 do niniejszego rozporządzenia;

19) uchyla się załączniki nr 13 i 14 do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie .....

*(termin wejścia w życie uzależniony jest od terminu wejścia w życie przepisów ustawowych - jako że terminy te muszą ze sobą korelować oraz po przygotowaniu procesów i zasobów niezbędnych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego).*

## UZASADNIENIE ZMIAN

Proponowane zmiany przepisów (§ 1 pkt 1-4 oraz 6-9) mają na celu ograniczenie biurokratycznych działań związanych z procesem kształcenia, które obciążają dziś lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, natomiast nie przyczyniają się do poprawy jakości kształcenia specjalizacyjnego.

W związku z tym, wskazane są uproszczenia przepisów regulujących proces kształcenia lekarzy, polegające na:

- 1) rezygnacji w ramach postępowania kwalifikacyjnego ze składania wniosków o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w formie papierowej, wystarczające jest złożenie wniosku w formie wniosku elektronicznego,
- 2) rezygnacji z konieczności potwierdzania zrealizowania poszczególnych elementów programu specjalizacji w tym każdego wykonanego zabiegu czy procedur medycznych z podawaniem konkretnych dat zabiegu/procedury w karcie szkolenia specjalizacyjnego lub w indeksie na rzecz zaliczenia danej umiejętności/procedury zgodnie z programem specjalizacji potwierdzanej przez kierownika specjalizacji (lub osoby upoważnione).

Jednocześnie należy nadmienić, że proponowane rozwiązania wprowadzają zmiany w sposobie realizacji zadań, jednak nie obniżą znaczenia żadnego z aspektów procesu kształcenia.

W zakresie zmiany zawartej w pkt 5 (dotyczącej § 13 ust. 1 pkt 9) nadano przepisowi nowe, uproszczone brzmienie, zgodnie z którym lekarz nie będzie zobowiązany do samokształcenia się poprzez napisanie pracy naukowej, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy poglądowej na temat objęty programem specjalizacji - będzie to kwestia nieobligatoryjna, zależna od woli kształcącego się.

Ponadto, w związku z ww. modyfikacjami projektowane przepisy zawierają liczne zmiany o charakterze porządkującym (legislacyjnym), które m.in. powodują uchycenie załącznika nr 13 do rozporządzenia, w którym określony został wzór karty szkolenia specjalizacyjnego oraz załącznika nr 14 stanowiącego wzór indeksu wykonanych zabiegów i procedur medycznych.

Ponadto, projektowane przepisy przekazują dotychczasowe obowiązki wojewodów w zakresie kształcenia specjalizacyjnego okręgowym radom i izbom lekarskim, co ma na celu prowadzenie procedur administracyjnych w obrębie całego szkolenia podyplomowego lekarza w jednej instytucji (obecnie na różnych szczeblach kształcenia lekarze są zmuszeni do komunikacji z kilkoma różnymi urzędami).



Dodanie w § 13 po pkt 8 pkt 8a jest wynikiem zmiany dokonanej w art. 16f. ust. 3. pkt 2a ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczącej obowiązku określenia miejsc pełnienia przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne dyżurów medycznych przewidzianych programami specjalizacji.

### **Informacje dotyczące projektu**

W związku z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.) przewiduje się, że przepisy będą miały wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na zmniejszenie wydatków lub zwiększenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych.

Regulacje zawarte w projekcie rozporządzenia nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia 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.), zatem nie podlega ono notyfikacji.

Rozporządzenie nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Mając na uwadze § 52 w związku z § 170 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 rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

## **Załącznik nr 1**

### Wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko - dentystycznych\*

#### 1. Wykaz specjalizacji lekarskich (dostępnych po stażu podyplomowym):

- 1) alergologia (0731);
- 2) anestezjologia i intensywne terapie (0701);
- 3) chirurgia dziecięca (0702);
- 4) chirurgia klatki piersiowej (0735);
- 5) chirurgia naczyniowa (0736);
- 6) chirurgia ogólna (0703);
- 7) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
- 8) choroby płuc (0739);
- 9) choroby wewnętrzne (0705);
- 10) choroby zakaźne (0706);
- 11) dermatologia i wenerologia (0707);
- 12) diagnostyka laboratoryjna (0708);
- 13) endokrynologia (0741);
- 14) epidemiologia (0710);
- 15) farmakologia kliniczna (0742);
- 16) gastroenterologia (0743);
- 17) geriatria (0744);
- 18) hematologia (0745);
- 19) kardiochirurgia (0747);
- 20) kardiologia (0748);
- 21) kardiologia dziecięca (0762);
- 22) medycyna nuklearna (0749);
- 23) medycyna paliatywna (0750);
- 24) medycyna pracy (0711);
- 25) medycyna ratunkowa (0712);
- 26) medycyna rodzinna (0713);

- 27)medycyna sądowa (0714);
- 28)medycyna sportowa (0751);
- 29)mikrobiologia lekarska (0716);
- 30)nefrologia (0752);
- 31)neonatologia (0753);
- 32)neurochirurgia (0717);
- 33)neurologia (0718);
- 34)neurologia dziecięca (0763);
- 35)okulistyka (0719);
- 36)onkologia i hematologia dziecięca (0755);
- 37)onkologia kliniczna (0754);
- 38)ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);
- 39)otorynolaryngologia (0721);
- 40)patomorfologia (0722);
- 41)pediatria (0723);
- 42)położnictwo i ginekologia (0724);
- 43)psychiatria (0725);
- 44)psychiatria dzieci i młodzieży (0756);
- 45)radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);
- 46)radioterapia onkologiczna (0727);
- 47)rehabilitacja medyczna (0728);
- 48)reumatologia (0757);
- 49)urologia (0729);
- 50)zdrowie publiczne (0730).

## 2. Wykaz specjalizacji szczegółowych lekarskich (podspecjalizacji):

- 1) angiologia (0732);
- 2) chirurgia transplantacyjna;
- 3) chirurgia plastyczna (0738);
- 4) choroby płuc dzieci (0792);
- 5) diabetologia (0740);
- 6) endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);
- 7) gastroenterologia dziecięca (0797);

- 8) immunologia kliniczna (0746);
- 9) intensywna terapia;
- 10) medycyna lotnicza (0793);
- 11) medycyna morska i tropikalna (0794);
- 12) nefrologia dziecięca (0798);
- 13) pediatria metaboliczna (0795);
- 14) seksuologia (0758);
- 15) transplantologia kliniczna (0761);
- 16) toksykologia kliniczna (0759);
- 17) transfuzjologia kliniczna (0760);
- 18) urologia dziecięca (0791).

3. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych:

- 1) chirurgia stomatologiczna (0781);
- 2) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
- 3) mikrobiologia lekarska (0716);
- 4) ortodoncja (0782);
- 5) periodontologia (0783);
- 6) protetyka stomatologiczna (0784);
- 7) stomatologia dziecięca (0785);
- 8) stomatologia zachowawcza z endodoncją (0786);
- 9) epidemiologia (0710);
- 10) zdrowie publiczne (0730).

\* Oznaczenie zawarte obok nazwy specjalności 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 pediatrii.

### **Załącznik nr 3**

Wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy

1. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:

- 1) chirurgia dziecięca;
- 2) chirurgia klatki piersiowej;
- 3) chirurgia naczyniowa;
- 4) chirurgia plastyczna;
- 5) chirurgia transplantacyjna.

2. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:

- 1) alergologia;
- 2) choroby płuc;
- 3) choroby zakaźne
- 4) endokrynologia;
- 5) gastroenterologia;
- 6) geriatria;
- 7) hematologia;
- 8) kardiologia;
- 9) medycyna paliatywna;
- 10) medycyna pracy;
- 11) nefrologia;
- 12) onkologia kliniczna;
- 13) reumatologia.

3. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:

- 1) kardiologia dziecięca;
- 2) neonatologia;
- 3) onkologia i hematologia dziecięca.

## **Załącznik nr 4**

Wykaz specjalizacji jednolitych

### **1. Dla specjalizacji lekarskich:**

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia dziecięca
- 3) chirurgia ogólna
- 4) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 5) choroby wewnętrzne
- 6) dermatologia i wenerologia;
- 7) diagnostyka laboratoryjna;
- 8) epidemiologia;
- 9) farmakologia kliniczna;
- 10) kardiologia;
- 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) otorynolaryngologia
- 23) patomorfologia
- 24) pediatria
- 25) położnictwo i ginekologia;
- 26) psychiatria;
- 27) psychiatria dzieci i młodzieży;
- 28) radiologia i diagnostyka obrazowa;
- 29) radioterapia onkologiczna;
- 30) rehabilitacja medyczna;

31) urologia;

32) zdrowie publiczne.

**2. Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:**

1) chirurgia stomatologiczna;

2) chirurgia szczękowo-twarzowa;

3) epidemiologia;

4) mikrobiologia lekarska;

5) ortodoncja;

6) periodontologia;

7) protetyka stomatologiczna;

8) stomatologia dziecięca;

9) stomatologia zachowawcza z endodoncją;

10) zdrowie publiczne.



## **Załącznik nr 5**

Wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów oraz minimalny czas ich trwania oraz wykaz specjalizacji szczegółowych wraz z wykazem specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz czas ich trwania

Lp	Specjalizacja	Moduł jednolity i minimalny czas jego trwania	Moduł podstawowy i czas jego trwania	Moduł specjalistyczny i czas jego trwania	Łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
Specjalizacje					
1.	alergologia (0731);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	alergologia – 2 lata	5 lat
2.	anestezjologia i intensywne terapia (0701);	anestezjologia i intensywne terapia - 6 lat	-	-	6 lat
3.	chirurgia dziecięca (0702);	-	chirurgia ogólna – 2 lata	chirurgia dziecięca - 4 lata	6 lat
4.	chirurgia klatki piersiowej (0735);	-	chirurgia ogólna – 2 lata	chirurgia klatki piersiowej – 4 lata	6 lat
5.	chirurgia naczyniowa (0736);	-	chirurgia ogólna – 2 lata	chirurgia naczyniowa – 4 lata	6 lat
6.	chirurgia ogólna (0703);	chirurgia ogólna – 6 lat	-	-	6 lat
7.	chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);	chirurgia szczękowo-twarzowa – 6 lat	-	-	6 lat
8.	choroby płuc (0739);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	choroby płuc – 2 lata	5 lat
9.	choroby wewnętrzne (0705);	choroby wewnętrzne – 5 lat	-	-	5 lat
10.	choroby zakaźne (0706);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	choroby zakaźne – 3 lata	6 lat
11.	dermatologia i wenerologia (0707);	dermatologia i wenerologia – 5 lat	-	-	5 lat
12.	diagnostyka laboratoryjna (0708);	diagnostyka laboratoryjna – 5 lat	-	-	5 lat
13.	endokrynologia (0741);	-	choroby wewnętrzne	endokrynologia – 2 lata	5 lat

			- 3 lata		
14.	epidemiologia (0710);	epidemiologia – 4 lata	-	-	4 lata
15.	farmakologia kliniczna (0742);	farmakologia kliniczna – 4 lata	-	-	4 lata
16.	gastroenterologia (0743);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	gastroenterologia – 3 lata	6 lat
17.	geriatria (0744);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	geriatria – 2 lata	5 lat
18.	hematologia (0745);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	hematologia – 3 lata	6 lat
19.	kardiochirurgia (0747);	kardiochirurgia – 6 lat	-	-	6 lat
20.	kardiologia (0748);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	kardiologia – 3 lata	6 lat
21.	kardiologia dziecięca (0762);	-	pediatria – 3 lata	kardiologia dziecięca – 2 lata	5 lat
22.	medycyna nuklearna (0749);	medycyna nuklearna – 5 lat	-	-	5 lat
23.	medycyna paliatywna (0750);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	medycyna paliatywna – 2 lata	5 lat
24.	medycyna pracy (0711);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	medycyna pracy – 2 lata	5 lat
25.	medycyna ratunkowa (0712);	medycyna ratunkowa – 5 lat	-	-	5 lat
26.	medycyna rodzinna (0713);	medycyna rodzinna – 4 lata	-	-	4 lata
27.	medycyna sądowa (0714);	medycyna sądowa – 5 lat	-	-	5 lat
28.	medycyna sportowa (0751);	medycyna sportowa – 5 lat	-	-	5 lat
29.	mikrobiologia lekarska (0716);	mikrobiologia lekarska – 4 lata	-	-	4 lata
30.	nefrologia (0752);	-	choroby	nefrologia – 2	5 lat

			wewnętrzne – 3 lata	lata	
31.	neonatologia (0753);	-	pediatria – 3 lata	Neonatologia – 2 lata	5 lat
32.	neurochirurgia (0717);	neurochirurgia – 6 lat	-	-	6 lat
33.	neurologia (0718);	neurologia – 5 lat	-	-	5 lat
34.	neurologia dziecięca (0763);	neurologia dziecięca – 5 lat	-	-	5 lat
35.	okulistyka (0719);	okulistyka – 5 lat	-	-	5 lat
36.	onkologia i hematologia dziecięca (0755);	-	pediatria – 3 lata	onkologia i hematologia dziecięca – 3 lata	6 lat
37.	onkologia kliniczna (0754);	-	choroby wewnętrzne – 3 lata	onkologia kliniczna – 3 lata	6 lat
38.	ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);	ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 6 lat	-	-	6 lat
39.	otorynolaryngologia (0721);	Otorynolaryngologia – 6 lat	-	-	6 lat
40.	patomorfologia (0722);	patomorfologia – 5 lat	-	-	5 lat
41.	pediatria (0723);	pediatria – 5 lat	-	-	5 lat
42.	położnictwo i ginekologia (0724);	położnictwo i ginekologia – 5 lat	-	-	5 lat
43.	psychiatria (0725);	psychiatria - 5 lat	-	-	5 lat
44.	psychiatria dzieci i młodzieży (0756);	psychiatria dzieci i młodzieży – 5 lat	-	-	5 lat
45.	radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);	radiologia i diagnostyka obrazowa – 5 lat	-	-	5 lat
46.	radioterapia onkologiczna (0727);	radioterapia onkologiczna – 5 lat	-	-	5 lat
47.	rehabilitacja medyczna (0728);	rehabilitacja medyczna – 5 lat	-	-	5 lat
48.	reumatologia (0757);	-	choroby wewnętrzne	reumatologia – 2 lata	5 lat

			- 3 lata		
49.	urologia (0729);	urologia – 6 lat	-	-	6 lat
50	zdrowie publiczne (0730).	zdrowie publiczne – 4 lata	-	-	4 lata

Lp	Specjalizacja	Specjalizacja wymagana	Moduł specjalistyczny i czas jego trwania	Łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
Specjalizacje szczegółowe				
1.	angiologia (0732);	choroby wewnętrzne lub chirurgia naczyniowa lub kardiologia lub kardiochirurgia	angiologia – 2 lata	7 lat
2.	chirurgia plastyczna (0738);	chirurgia ogólna lub chirurgia dziecięca lub chirurgia szczękowo-twarzowa lub otorynolaryngologia	chirurgia plastyczna – 4 lata	10 lat
3.	chirurgia transplantacyjna;	chirurgia ogólna lub chirurgia dziecięca lub kardiochirurgia	chirurgia transplantacyjna – 2 lata	7 lat
4.	choroby płuc dzieci (0792);	pediatria	choroby płuc dzieci – 2 lata	7 lat
5.	diabetologia (0740);	specjalizacja z modułem podstawowym choroby wewnętrzne lub pediatria	diabetologia – 2 lata	7 lat
6.	endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);	pediatria	endokrynologia i diabetologia dziecięca – 2 lata	7 lat
7.	gastroenterologia dziecięca (0797);	pediatria	gastroenterologia dziecięca – 3 lata	8 lat
8.	immunologia kliniczna (0746);	specjalizacje z modułem podstawowym choroby wewnętrzne lub z modułem podstawowym pediatria lub z modułem podstawowym chirurgia ogólna	immunologia kliniczna – 2 lata	7 lat
9.	intensywna terapia	specjalizacje z modułem podstawowym choroby wewnętrzne lub z modułem podstawowym pediatria lub z modułem podstawowym chirurgia ogólna	intensywna terapia – 2 lata	7 lat
10.	medycyna lotnicza	medycyna pracy	medycyna	7 lat

	(0793);		lotnicza – 2 lata	
11.	medycyna morską i tropikalną (0794);	choroby wewnętrzne lub choroby zakaźne	medycyna morską i tropikalną – 2 lata	7 lat
12.	nefrologia dziecięca (0798);	pediatria	nefrologia dziecięca – 2 lata	7 lat
13.	pediatria metaboliczna (0795);	pediatria	pediatria metaboliczna – 2 lata	7 lat
14.	seksuologia (0758);	dowolna specjalizacja	seksuologia – 2 lata	6 lat
15.	transplantologia kliniczna (0761);	specjalizacje z modułem podstawowym choroby wewnętrzne lub z modułem podstawowym pediatria lub z modułem podstawowym chirurgią ogólną	transplantologia kliniczna – 2 lata	7 lat
16.	toksykologia kliniczna (0759);	dowolna specjalizacja	toksykologia kliniczna – 2 lata	6 lat
17.	transfuzjologia kliniczna (0760);	dowolna specjalizacja	transfuzjologia kliniczna – 2 lata	6 lat
18.	urologia dziecięca (0791).	urologia lub chirurgia dziecięca	urologia dziecięca - 2 lata	8 lat

## II Wykaz specjalizacji lekarsko – dentystycznych wraz z czasem ich trwania

- 1) chirurgia stomatologiczna – 4 lata;
- 2) chirurgia szczękowo-twarzowa – 6 lat;
- 3) epidemiologia – 4 lata;
- 4) mikrobiologia lekarska – 4 lata;
- 5) ortodoncja – 3 lata;
- 6) periodontologia 3 lata;
- 7) protetyka stomatologiczna – 3 lata;
- 8) stomatologia dziecięca – 3 lata;
- 9) stomatologia zachowawcza z endodoncją – 3 lata;

10) zdrowie publiczne - 4 lata.



## **Załącznik nr 6**

Wykaz specjalizacji lekarskich, 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

*DO OPRACOWANIA PRZEZ ORGANY UPRAWNIONE*

**Regulamin postępowania kwalifikacyjnego**

**§ 1.**

1. Lekarz składa odpowiednio wniosek o odbywanie albo rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego po zalogowaniu się do systemu SMK do organu, o którym mowa w 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.). Procedurę naboru centralnego na szkolenie specjalizacyjne prowadzi Naczelna Izba Lekarska.
2. Organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, potwierdza elektronicznie zapisanie danych zgłoszonych we wniosku.

**§ 2.**

1. Do wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego należy dołączyć w formie elektronicznej:
  - a) oświadczenie czy posiadane już przez lekarza specjalizacje odbywane były w trybie rezydentury, w przypadku braku informacji o posiadanej specjalizacji w rejestrze;
  - b) zgodę ministra właściwego do spraw zdrowia o przyznaniu drugiej rezydentury w dziedzinie priorytetowej, o której mowa w art. 16ea ust. 2, jeżeli zachodzi taka okoliczność;
  - c) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r., str. 1)
  - d) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

e) informację o odebraniu pouczenia o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań.

2. W przypadku lekarza i lekarza dentysty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej należy dołączyć zgodę przełożonych służbowych wraz z opinią szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej;

3. W przypadku lekarza i lekarza dentysty będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, należy dołączyć odpowiednio zgodę przełożonego albo pracodawcy.

4. Postępowanie rekrutacyjne prowadzone jest dla wszystkich trybów szkolenia specjalizacyjnego łącznie.

### **§ 3.** Przebieg elektronicznego procesu rekrutacji do odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

4) Po zalogowaniu się do systemu lekarz, który złożył wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, wskazuje preferowane miejsce szkoleniowe spośród wszystkich dostępnych miejsc szkoleniowych na terenie całego kraju w pierwszym etapie rekrutacji.

5) Miejscem szkoleniowym w obrębie systemu rekrutacji jest odbywanie wybranego szkolenia specjalizacyjnego w preferowanym trybie oraz preferowanej jednostce posiadającej wolne miejsca szkoleniowe.

a. Wolne miejsca szkoleniowe są widoczne dla lekarza wraz z dodatkowymi informacjami, np. dodatku do pensji oferowanej przez kierownika podmiotu w zamian za szkolenie w danym miejscu, innych zachęt materialnych lub niematerialnych;

- b. Do wolnych miejsc szkoleniowych przypisane są informacje o trybie, w którym można odbywać w nim szkolenie specjalizacyjne, tj. rezydentura, tryb pozarezydentencki, obie formy.
- 6) Lekarz nie może wskazać preferowanego miejsca szkoleniowego zajętego wcześniej przez innego lekarza składającego wniosek, który uzyskał większą liczbę punktów.
  - 7) Lekarz może utworzyć listę preferowanych miejsc szkoleniowych liczącą do 100 pozycji.
  - 8) Po zakończeniu i zaakceptowaniu listy preferowanych miejsc szkoleniowych lekarz nie może dodawać lub modyfikować listy miejsc szkoleniowych.
  - 9) W przypadku złożenia wniosku przez innego lekarza, który uzyskał większą liczbę punktów, system poprzez wniosek złożony wcześniej automatycznie uwzględnia kolejne według preferencji z listy miejsc szkoleniowe.
  - 10) Po 8 dniach kalendarzowych od rozpoczęcia rekrutacji system zostaje zamknięty.
  - 11) W przypadku zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w obrębie miejsca szkoleniowego, w ciągu 2 dni kalendarzowych od zamknięcia systemu, lekarz potwierdza systemie chęć odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.
  - 12) Po elektronicznym potwierdzeniu chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym, lekarz zostaje zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.
    - a. W przypadku rezygnacji z chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym, lekarz zostaje zakwalifikowany do kolejnego etapu rekrutacji lub z niego rezygnuje.
  - 13) Po 2 dniach kalendarzowych od zamknięcia systemu następuje ponowne otwarcie systemu, wyłącznie dla lekarzy, którzy nie zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, zwanego drugim etapem rekrutacji.
  - 14) W 11 dniu kalendarzowym postępowania rekrutacyjnego (pierwszym dniu drugiego etapu rekrutacji), w przypadku zajęcia wszystkich preferowanych miejsc szkoleniowych z listy przez lekarzy, którzy uzyskali większą liczbą punktów lekarz może stworzyć nową preferowaną listę miejsc szkoleniowych w obrębie dostępnych miejsc szkoleniowych.

- 15) Drugi etap rekrutacji przebiega tak samo jak pierwszy etap rekrutacji (pkt. 1-6), z tą różnicą, że miejsca szkoleniowe zajęte przez lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w pierwszym etapie nie są już dostępne.
- 16) Po upływie kolejnych 5 dni kalendarzowych następuje zamknięcie drugiego etapu rekrutacji.
- 17) W przypadku zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizowanego w obrębie miejsca szkoleniowego, w ciągu 2 dni kalendarzowych od zamknięcia systemu, lekarz potwierdza w systemie chęć odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.
- 18) Po elektronicznym potwierdzeniu chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym, lekarz zostaje zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.
  - a. W przypadku rezygnacji z chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym, lekarz zostaje zakwalifikowany do kolejnego etapu rekrutacji lub z niego rezygnuje.
- 19) Po 2 dniach kalendarzowych od zamknięcia systemu następuje ponowne otwarcie systemu, wyłącznie dla lekarzy, którzy nie zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, zwanego trzecim etapem rekrutacji.
- 20) W 18 dniu kalendarzowych postępowania rekrutacyjnego, w przypadku zajęcia wszystkich preferowanych miejsc szkoleniowych z listy przez lekarzy, którzy uzyskali większą liczbę punktów, lekarz może stworzyć nową preferowaną listę miejsc szkoleniowych w obrębie dostępnych miejsc szkoleniowych.
- 21) Trzeci etap rekrutacji przebiega tak samo jak poprzednie etapy rekrutacji (pkt. 1-6), z tą różnicą, że miejsca szkoleniowe zajęte przez lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w pierwszym i drugim etapie nie są już dostępne.
- 22) Po upływie kolejnych 4 dni kalendarzowych następuje zamknięcie trzeciego etapu rekrutacji.
- 23) W przypadku zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w obrębie miejsca szkoleniowego, w ciągu 3 dni kalendarzowych od zamknięcia

systemu, lekarz potwierdza w systemie chęć odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.

- 24)W przypadku, gdy lekarz nie zakwalifikował się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trzecim etapie postępowania kwalifikacyjnego, a w systemie dostępne są nadal wolne miejsca dla co najmniej jednej z preferowanych specjalizacji, system automatycznie proponuje lekarzowi możliwość odbywania specjalizacji w obrębie tego wolnego miejsca szkoleniowego. Lekarz akceptuje proponowane miejsce szkoleniowe lub rezygnuje z otwarcia szkolenia specjalizacyjnego w danym naborze, z zastrzeżeniem art. 16e ust. 3 ustawy.
- 25)Po elektronicznym potwierdzeniu chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym, lekarz zostaje zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym miejscu szkoleniowym.
- 26)Po 3 dniach kalendarzowych od zamknięcia trzeciego etapu rekrutacji (przeznaczonych na potwierdzenie chęci odbywania szkolenia specjalizacyjnego) następuje zamknięcie procesu rekrutacji w danym naborze.
- 27)Po zamknięciu procesu rekrutacji w systemie tworzy się lista lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym naborze, ze wskazaniem nazwy specjalizacji, miejsca jej odbywania i trybu jej odbywania oraz okręgowej izby lekarskiej, która otrzymuje powiadomienie o skierowaniu lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

#### **§ 4.**

1. Punkty za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES przyznaje się następująco:

za średnią ocen 3,00 – 116,0 punktów, za średnią ocen 4,00 – 156,0 punktów,  
za średnią ocen 3,01 – 116,4 punktów, za średnią ocen 4,01 – 156,4 punktów,  
za średnią ocen 3,02 – 116,8 punktów, za średnią ocen 4,02 – 156,8 punktów,

za średnią ocen 3,03 – 117,2 punktów, za średnią ocen 4,03 – 157,2 punktów,  
za średnią ocen 3,04 – 117,6 punktów, za średnią ocen 4,04 – 157,6 punktów,  
za średnią ocen 3,05 – 118,0 punktów, za średnią ocen 4,05 – 158,0 punktów,  
za średnią ocen 3,06 – 118,4 punktów, za średnią ocen 4,06 – 158,4 punktów,  
za średnią ocen 3,07 – 118,8 punktów, za średnią ocen 4,07 – 158,8 punktów,  
za średnią ocen 3,08 – 119,2 punktów, za średnią ocen 4,08 – 159,2 punktów,  
za średnią ocen 3,09 – 119,6 punktów, za średnią ocen 4,09 – 159,6 punktów,  
za średnią ocen 3,10 – 120,0 punktów, za średnią ocen 4,10 – 160,0 punktów,  
za średnią ocen 3,11 – 120,4 punktów, za średnią ocen 4,11 – 160,4 punktów,  
za średnią ocen 3,12 – 120,8 punktów, za średnią ocen 4,12 – 160,8 punktów,  
za średnią ocen 3,13 – 121,2 punktów, za średnią ocen 4,13 – 161,2 punktów,  
za średnią ocen 3,14 – 121,6 punktów, za średnią ocen 4,14 – 161,6 punktów,  
za średnią ocen 3,15 – 122,0 punktów, za średnią ocen 4,15 – 162,0 punktów,  
za średnią ocen 3,16 – 122,4 punktów, za średnią ocen 4,16 – 162,4 punktów,  
za średnią ocen 3,17 – 122,8 punktów, za średnią ocen 4,17 – 162,8 punktów,  
za średnią ocen 3,18 – 123,2 punktów, za średnią ocen 4,18 – 163,2 punktów,  
za średnią ocen 3,19 – 123,6 punktów, za średnią ocen 4,19 – 163,6 punktów,  
za średnią ocen 3,20 – 124,0 punktów, za średnią ocen 4,20 – 164,0 punktów,  
za średnią ocen 3,21 – 124,4 punktów, za średnią ocen 4,21 – 164,4 punktów,  
za średnią ocen 3,22 – 124,8 punktów, za średnią ocen 4,22 – 164,8 punktów,  
za średnią ocen 3,23 – 125,2 punktów, za średnią ocen 4,23 – 165,2 punktów,  
za średnią ocen 3,24 – 125,6 punktów, za średnią ocen 4,24 – 165,6 punktów,  
za średnią ocen 3,25 – 126,0 punktów, za średnią ocen 4,25 – 166,0 punktów,  
za średnią ocen 3,26 – 126,4 punktów, za średnią ocen 4,26 – 166,4 punktów,  
za średnią ocen 3,27 – 126,8 punktów, za średnią ocen 4,27 – 166,8 punktów,  
za średnią ocen 3,28 – 127,2 punktów, za średnią ocen 4,28 – 167,2 punktów,  
za średnią ocen 3,29 – 127,6 punktów, za średnią ocen 4,29 – 167,6 punktów,  
za średnią ocen 3,30 – 128,0 punktów, za średnią ocen 4,30 – 168,0 punktów,  
za średnią ocen 3,31 – 128,4 punktów, za średnią ocen 4,31 – 168,4 punktów,  
za średnią ocen 3,32 – 128,8 punktów, za średnią ocen 4,32 – 168,8 punktów,  
za średnią ocen 3,33 – 129,2 punktów, za średnią ocen 4,33 – 169,2 punktów,  
za średnią ocen 3,34 – 129,6 punktów, za średnią ocen 4,34 – 169,6 punktów,  
za średnią ocen 3,35 – 130,0 punktów, za średnią ocen 4,35 – 170,0 punktów,  
za średnią ocen 3,36 – 130,4 punktów, za średnią ocen 4,36 – 170,4 punktów,

za średnią ocen 3,37 – 130,8 punktów, za średnią ocen 4,37 – 170,8 punktów,  
za średnią ocen 3,38 – 131,2 punktów, za średnią ocen 4,38 – 171,2 punktów,  
za średnią ocen 3,39 – 131,6 punktów, za średnią ocen 4,39 – 171,6 punktów,  
za średnią ocen 3,40 – 132,0 punktów, za średnią ocen 4,40 – 172,0 punktów,  
za średnią ocen 3,41 – 132,4 punktów, za średnią ocen 4,41 – 172,4 punktów,  
za średnią ocen 3,42 – 132,8 punktów, za średnią ocen 4,42 – 172,8 punktów,  
za średnią ocen 3,43 – 133,2 punktów, za średnią ocen 4,43 – 173,2 punktów,  
za średnią ocen 3,44 – 133,6 punktów, za średnią ocen 4,44 – 173,6 punktów,  
za średnią ocen 3,45 – 134,0 punktów, za średnią ocen 4,45 – 174,0 punktów,  
za średnią ocen 3,46 – 134,4 punktów, za średnią ocen 4,46 – 174,4 punktów,  
za średnią ocen 3,47 – 134,8 punktów, za średnią ocen 4,47 – 174,8 punktów,  
za średnią ocen 3,48 – 135,2 punktów, za średnią ocen 4,48 – 175,2 punktów,  
za średnią ocen 3,49 – 135,6 punktów, za średnią ocen 4,49 – 175,6 punktów,  
za średnią ocen 3,50 – 136,0 punktów, za średnią ocen 4,50 – 176,0 punktów,  
za średnią ocen 3,51 – 136,4 punktów, za średnią ocen 4,51 – 176,4 punktów,  
za średnią ocen 3,52 – 136,8 punktów, za średnią ocen 4,52 – 176,8 punktów,  
za średnią ocen 3,53 – 137,2 punktów, za średnią ocen 4,53 – 177,2 punktów,  
za średnią ocen 3,54 – 137,6 punktów, za średnią ocen 4,54 – 177,6 punktów,  
za średnią ocen 3,55 – 138,0 punktów, za średnią ocen 4,55 – 178,0 punktów,  
za średnią ocen 3,56 – 138,4 punktów, za średnią ocen 4,56 – 178,4 punktów,  
za średnią ocen 3,57 – 138,8 punktów, za średnią ocen 4,57 – 178,8 punktów,  
za średnią ocen 3,58 – 139,2 punktów, za średnią ocen 4,58 – 179,2 punktów,  
za średnią ocen 3,59 – 139,6 punktów, za średnią ocen 4,59 – 179,6 punktów,  
za średnią ocen 3,60 – 140,0 punktów, za średnią ocen 4,60 – 180,0 punktów,  
za średnią ocen 3,61 – 140,4 punktów, za średnią ocen 4,61 – 180,4 punktów,  
za średnią ocen 3,62 – 140,8 punktów, za średnią ocen 4,62 – 180,8 punktów,  
za średnią ocen 3,63 – 141,2 punktów, za średnią ocen 4,63 – 181,2 punktów,  
za średnią ocen 3,64 – 141,6 punktów, za średnią ocen 4,64 – 181,6 punktów,  
za średnią ocen 3,65 – 142,0 punktów, za średnią ocen 4,65 – 182,0 punktów,  
za średnią ocen 3,66 – 142,4 punktów, za średnią ocen 4,66 – 182,4 punktów,  
za średnią ocen 3,67 – 142,8 punktów, za średnią ocen 4,67 – 182,8 punktów,  
za średnią ocen 3,68 – 143,2 punktów, za średnią ocen 4,68 – 183,2 punktów,  
za średnią ocen 3,69 – 143,6 punktów, za średnią ocen 4,69 – 183,6 punktów,  
za średnią ocen 3,70 – 144,0 punktów, za średnią ocen 4,70 – 184,0 punktów,



za średnią ocen 3,71 – 144,4 punktów, za średnią ocen 4,71 – 184,4 punktów,  
za średnią ocen 3,72 – 144,8 punktów, za średnią ocen 4,72 – 184,8 punktów,  
za średnią ocen 3,73 – 145,2 punktów, za średnią ocen 4,73 – 185,2 punktów,  
za średnią ocen 3,74 – 145,6 punktów, za średnią ocen 4,74 – 185,6 punktów,  
za średnią ocen 3,75 – 146,0 punktów, za średnią ocen 4,75 – 186,0 punktów,  
za średnią ocen 3,76 – 146,4 punktów, za średnią ocen 4,76 – 186,4 punktów,  
za średnią ocen 3,77 – 146,8 punktów, za średnią ocen 4,77 – 186,8 punktów,  
za średnią ocen 3,78 – 147,2 punktów, za średnią ocen 4,78 – 187,2 punktów,  
za średnią ocen 3,79 – 147,6 punktów, za średnią ocen 4,79 – 187,6 punktów,  
za średnią ocen 3,80 – 148,0 punktów, za średnią ocen 4,80 – 188,0 punktów,  
za średnią ocen 3,81 – 148,4 punktów, za średnią ocen 4,81 – 188,4 punktów,  
za średnią ocen 3,82 – 148,8 punktów, za średnią ocen 4,82 – 188,8 punktów,  
za średnią ocen 3,83 – 149,2 punktów, za średnią ocen 4,83 – 189,2 punktów,  
za średnią ocen 3,84 – 149,6 punktów, za średnią ocen 4,84 – 189,6 punktów,  
za średnią ocen 3,85 – 150,0 punktów, za średnią ocen 4,85 – 190,0 punktów,  
za średnią ocen 3,86 – 150,4 punktów, za średnią ocen 4,86 – 190,4 punktów,  
za średnią ocen 3,87 – 150,8 punktów, za średnią ocen 4,87 – 190,8 punktów,  
za średnią ocen 3,88 – 151,2 punktów, za średnią ocen 4,88 – 191,2 punktów,  
za średnią ocen 3,89 – 151,6 punktów, za średnią ocen 4,89 – 191,6 punktów,  
za średnią ocen 3,90 – 152,0 punktów, za średnią ocen 4,90 – 192,0 punktów,  
za średnią ocen 3,91 – 152,4 punktów, za średnią ocen 4,91 – 192,4 punktów,  
za średnią ocen 3,92 – 152,8 punktów, za średnią ocen 4,92 – 192,8 punktów,  
za średnią ocen 3,93 – 153,2 punktów, za średnią ocen 4,93 – 193,2 punktów,  
za średnią ocen 3,94 – 153,6 punktów, za średnią ocen 4,94 – 193,6 punktów,  
za średnią ocen 3,95 – 154,0 punktów, za średnią ocen 4,95 – 194,0 punktów,  
za średnią ocen 3,96 – 154,4 punktów, za średnią ocen 4,96 – 194,4 punktów,  
za średnią ocen 3,97 – 154,8 punktów, za średnią ocen 4,97 – 194,8 punktów,  
za średnią ocen 3,98 – 155,2 punktów, za średnią ocen 4,98 – 195,2 punktów,  
za średnią ocen 3,99 – 155,6 punktów, za średnią ocen 4,99 – 195,6 punktów,  
za średnią ocen 5,00 – 196,00 punktów,  
za ocenę 5,0 z wyróżnieniem – 200,00 punktów.

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**  
**w sprawie Państwowego Egzaminu Modułowego**

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2019 r.

**w sprawie Państwowego Egzaminu Modułowego**

Na podstawie art. 16ye ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM);
- 2) sposób i szczegółowy tryb przeprowadzania PEM;
- 3) wzór świadectwa, o którym mowa w art. 16yd ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”;
- 4) tryb unieważniania PEM;
- 5) szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej do udzielania których uprawniony jest lekarz po złożeniu PEM.

**§ 2. 1.** Zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych PEM obejmuje wiedzę z modułu podstawowego stanowiącego część programu szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16 ust. 2 ustawy.

2. Utworzona przez Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej „CEM” baza pytań, o której mowa w art. 16yc ust. 4 ustawy, udostępniana jest na stronie internetowej CEM.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

3. Baza pytań, o której mowa w ust. 2, podlega okresowej weryfikacji, według której nie mniej niż 5% pytań zostaje wymienionych na nowe pytania nie rzadziej niż raz na 3 lata.

**§ 3.** Test opracowywany jest wyłącznie w języku polskim.

**§ 4.** Przebieg PEM jest dokumentowany w protokole egzaminacyjnym, którego wzór jest określony w regulaminie porządkowym PEM, wydanym przez dyrektora CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

**§ 5.** 1. Zdający PEM jest obowiązany podporządkować się poleceniom członków zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16yb ust. 4 ustawy.

2. Zespół egzaminacyjny przeprowadzający PEM jest odpowiedzialny za zapewnienie przestrzegania norm porządkowych przez zdającego.

**§ 6.** 1. Rozpoczęcie PEM dla wszystkich zdających w skali kraju wyznacza się o tej samej godzinie. Dopuszcza się maksymalnie 30-minutowe opóźnienie w rozpoczęciu PEM.

2. Po ogłoszeniu przez przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego o rozpoczęciu wchodzenia przez zdających do sali egzaminacyjnej osoba, która zgłosiła się na dany PEM, obowiązana jest przedstawić zespołowi egzaminacyjnemu dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość takiej osoby - nie może ona przystąpić do egzaminu.

3. Osoba, która nie dokonała zgłoszenia w trybie art. 16y ust. 4 ustawy lub nie wniosła opłaty egzaminacyjnej, o której mowa w art. 16yd ust. 8 ustawy, lub wniosła tę opłatę w wysokości niższej niż należna, lub nie posiada dokumentu potwierdzającego tożsamość, nie może przystąpić do PEM. Przyczynę niedopuszczenia do PEM odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.

4. Po rozpoczęciu PEM wchodzenie do sali egzaminacyjnej innych osób niż przedstawiciele CEM i członkowie zespołu egzaminacyjnego jest niedozwolone.

**§ 7.** 1. Zdający PEM zajmuje w sali egzaminacyjnej miejsce oznaczone numerem kodowym nadanym przez CEM, o którym mowa w art. 16ya ust. 3 ustawy.

2. Po zajęciu miejsc w sali egzaminacyjnej przez wszystkich zdających PEM, Przewodniczący zespołu egzaminacyjnego:

- 1) informuje o organizacji i przebiegu PEM;
- 2) informuje o zakazach obowiązujących podczas PEM i konsekwencjach ich naruszenia.

**§ 8.** W celu sprawdzenia, czy zdający posiada przy sobie urządzenia służące do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji, członkowie zespołu egzaminacyjnego mogą posługiwać się elektronicznym wykrywaczem takich urządzeń.

**§ 9.** 1. Po upływie czasu przeznaczanego na rozwiązanie zadań testowych przewodniczący zespołu egzaminacyjnego ogłasza zakończenie PEM.

2. Po ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 1, zdający pozostaje na miejscu do momentu zebrania wszystkich kart testowych przez członków zespołu egzaminacyjnego, po czym opuszcza salę egzaminacyjną.

3. W przypadku wcześniejszego zakończenia rozwiązywania testu zdający przekazuje karty testowe członkowi zespołu egzaminacyjnego lub jego Przewodniczącemu i opuszcza salę egzaminacyjną bez możliwości powrotu.

**§ 10.** 1. Zdający PEM może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenia do pytania testowego wykorzystanego podczas egzaminu. Zastrzeżenie składa się dyrektorowi CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.

2. Zastrzeżenie, o którym mowa w ust. 1, rozpatruje w terminie 3 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. 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 nie przyznaje się punktów.

3. Rozstrzygnięcie, o którym mowa w ust. 2, niezgodne z przepisami prawa jest nieważne.

4. Z posiedzenia komisji, o której mowa w ust. 2, jest sporządzany protokół, zawierający w szczególności rozstrzygnięcie o uznaniu albo odrzuceniu zastrzeżeń wraz z uzasadnieniem. Do protokołu dołącza się złożone zastrzeżenia w postaci

elektronicznej lub papierowej.

**§ 11.** 1. Ustalenie wyników PEM następuje po rozpatrzeniu zastrzeżeń, o których mowa w §10.

2. Unieważnienie zadania zostaje uwzględnione przy ustalaniu liczby punktów umożliwiających złożenie PEM.

**§ 12.** Wzór świadectwa złożenia PEM, o którym mowa w art. 16yd ust.1, określony jest w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

**§ 13.** CEM przesyła świadectwo złożenia PEM, na adres zdającego wskazany we wniosku, o którym mowa w art. 16y ust. 4 ustawy. W przypadku zwrotu świadectwa z powodu nieodebrania przez adresata jest ono archiwizowane w CEM i może być odebrane przez zdającego w siedzibie CEM.

**§ 14.** 1. Szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, do udzielania których uprawniony jest lekarz po złożeniu pozytywnego wyniku z PEM określony jest w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Lekarz jest uprawniony do samodzielnego wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1, na zasadach przewidzianych jak dla lekarza posiadającego określoną w danej dziedzinie specjalizację.

**§ 15.** Przepisy rozporządzenia stosuje się do lekarzy, którzy nabyli uprawnienia do samodzielnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 14, po dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

**§ 16.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia.....2018 r.**

WZÓR

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL\*)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że w stosunku do żadnego z kandydatów do złożenia Państwowego Egzaminu Modułowego przed zespołem egzaminacyjnym, którego będę członkiem, 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.

Oświadczam również, że nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data, czytelny podpis)

\* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia.

WZÓR

**ŚWIADECTWO  
ZŁOŻENIA PAŃSTWOWEGO EGZAMINU MODUŁOWEGO**

***OPRACOWUJE CEM***



**Szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej do samodzielnego udzielania  
których uprawniony jest lekarz po złożeniu pozytywnego wyniku z PEM**

***OPRACOWUJE MINISTERSTWO ZDROWIA W UZGODNIENIU Z PŁATNIKIEM  
(NFZ), NACZELNĄ IZBĄ LEKARSKĄ ORAZ OGÓLNOPOLSKIM ZWIĄZKIEM  
ZAWODOWYM LEKARZY***

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**  
**w sprawie umiejętności lekarskich**

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2019 r.

**w sprawie umiejętności lekarskich**

Na podstawie art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy katalog umiejętności lekarskich wraz z określeniem przyporządkowanych do nich kodów oraz opisem poszczególnej umiejętności w tym związanych z udzielaniem określonych świadczeń opieki zdrowotnej do udzielania których wymagany jest certyfikat umiejętności, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) wzór certyfikatu umiejętności lekarskich oraz sposób ewidencjonowania wydanych certyfikatów;
- 3) wysokość opłaty za wydanie certyfikatu umiejętności;
- 4) kwalifikacje, jakie powinien posiadać lekarz zamierzający odbyć szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich;
- 5) tryb zgłaszania do odbycia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich;
- 6) zakres programowy szkolenia, z części teoretycznej i praktycznej, obejmujący minimalny zakres wiedzy i umiejętności odpowiednio dla danej dziedziny medycyny;
- 7) tryb przeprowadzania PEU i ustalania jego wyników dla poszczególnych umiejętności lekarskich;
- 8) wzór wniosku, o którym mowa w art. 17 ust. 6 ustawy;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1515, 1629 i 1669.

- 9) wzór wniosku o wpis instytucji na listę instytucji akredytowanych, w tym egzaminów akredytowanych, o których mowa w art. 17 ust. 5 ustawy;
- 10) sposób prowadzenia listy, o której mowa w art. 17a ust. 1;
- 11) warunki odbywania kursu atestacyjnego;
- 12) szczegółowe warunki i tryb uznawania szkoleń w zakresie umiejętności lekarskich odbytych w kraju lub za granicą, w tym szczegółowe warunki do uzyskania akredytacji przez instytucje i egzaminy, o których mowa w art. 17 ust. 3 ustawy.

**§ 2.** Ilekroć w przepisach rozporządzenia jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentystę.

**§ 3.** Katalog umiejętności lekarskich wraz z określeniem przyporządkowanych do nich kodów oraz opisem poszczególnej umiejętności lekarskiej, w tym związanych z udzielaniem określonych świadczeń opieki zdrowotnej, określony jest w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

**§ 4. 1.** Wzór certyfikatu umiejętności, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy, określony jest w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej „CEM”, prowadzi rejestr wydanych certyfikatów.

3. Rejestr, o którym mowa w ust. 2, jest prowadzony w systemie ewidencyjno-informatycznym i zawiera następujące dane:

- 1) numer certyfikatu;
- 2) imię i nazwisko lekarza, który uzyskał certyfikat;
- 3) obywatelstwo;
- 4) datę urodzenia;
- 5) numer PESEL lekarza, jeżeli został nadany albo jeżeli nie został nadany - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 6) numer prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 7) numer rejestracyjny izby lekarskiej lekarza;
- 8) imię i nazwisko opiekuna szkolenia;
- 9) nazwę i adres jednostki szkolącej, w której lekarz odbywał szkolenie;
- 10) datę złożenia PEU i jego wynik;
- 11) określenie umiejętności, z której lekarz uzyskał certyfikat.

4. Wysokość opłaty za wydanie certyfikatu wynosi 75 zł.

5. Opłatę, o której mowa w ust. 4, wnosi się na rachunek CEM. Opłata stanowi dochód budżetu państwa.

**§ 5.** Lekarz może odbyć szkolenie z zakresu umiejętności lekarskiej, jeżeli posiada:

- 1) prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) w niektórych umiejętnościach wskazanych w katalogu, o którym mowa w § 3 ust. 1 - tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny określonej w załączniku nr 3 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem art. 17c ust. 1 ustawy.

**§ 6.** Lekarz w celu odbycia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskiej składa, za pomocą SMK, o którym mowa w art. 3 ust. 5 ustawy, wniosek o odbywanie takiego szkolenia do podmiotu uprawnionego do szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy.

2. Lekarz może odbywać szkolenie z zakresu umiejętności w szczególności na podstawie umowy o szkolenie, zawartej zgodnie z art. 17a ust. 6 ustawy z jednostką prowadzącą szkolenie z zakresu umiejętności lekarskich.

**§ 7. 1.** Program szkolenia z zakresu umiejętności lekarskiej zawiera:

- 1) efekty kształcenia, które lekarz jest obowiązany osiągnąć w trakcie szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich;
- 2) czas trwania szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych;
- 3) formy i metody pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz nabywania i doskonalenia umiejętności zawodowych, przez szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonywanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych;
- 4) formy i metody ocen wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności lekarskich;
- 5) sposób i tryb uzyskiwania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich;
- 6) zakres merytoryczny PEU;
- 7) warunki, jakie muszą spełnić jednostki w celu zapewnienia realizacji danego programu szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych dotyczące kadry, sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do realizacji szkoleń z zakresu umiejętności

lekarskich.

2. Program szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich opracowany przez komisję, o której mowa w art. 17a ust. 8 ustawy i zredagowany przez CMKP, zgodnie z zasadami dydaktyki i metodyki kształcenia, dyrektor CMKP przedstawia niezwłocznie do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

3. Program szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia dyrektor CMKP publikuje na stronie internetowej CMKP.

**§ 8.** 1. PEU przeprowadzany jest w zależności od potrzeb, jednak nie rzadziej niż raz do roku.

2. CEM przesyła lekarzowi dopuszczonemu do PEU powiadomienie o miejscu i terminie składania poszczególnych części egzaminu, o których mowa w ust. 3, nie później niż 60 dni przed dniem jego rozpoczęcia.

3. PEU dla każdej dziedziny składa się z dwóch części egzaminu teoretycznego lub egzaminu praktycznego. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany w formie testu albo egzaminu ustnego w zakresie określonym w programie szkolenia.

4. Test jest przeprowadzany, gdy do PEU przystępuje w danym terminie co najmniej 20 osób.

5. PEU przeprowadza się zgodnie z regulaminem porządkowym, ustalonym przez Dyrektora CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

**§ 9.** 1. Zadania testowe opracowuje CEM w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym odrębnie dla każdego programu szkolenia oraz na każdy PEU.

2. Zadania egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane i przekazywane w warunkach uniemożliwiających ich nieuprawnione ujawnienie.

3. Opracowanie zadań egzaminacyjnych oraz przeprowadzenie PEU jest finansowane przez CEM.

**§ 10.** 1. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany przed egzaminem praktycznym i jego pozytywny wynik stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu praktycznego.

2. Egzamin testowy dla danej specjalności odbywa się jednocześnie w całym kraju.

3. Dyrektor CEM, w porozumieniu z Konsultantem Krajowym właściwym dla danej umiejętności określa próg poprawnych odpowiedzi konieczny do zaliczenia PEU.

**§ 11.** 1. W przypadku, gdy lekarz nie przystąpi do którejkolwiek z części PEU w wyznaczonym terminie, może przystąpić do tej części PEU w następnym terminie.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, lekarz składa do CEM wniosek o przystąpienie do części egzaminu oraz dowód wniesienia na konto CEM opłaty, o której mowa w art. 17 ust. 15 ustawy. Opłata nie podlega zwrotowi w przypadku nieprzystąpienia do tej części PEU.

3. W razie negatywnego wyniku którejkolwiek z części PEU lekarz może przystąpić do PEU w następnym terminie. W takim przypadku PEU składa się ze wszystkich części, o których mowa w § 8 ust. 3 i objęty jest opłatą w wysokości określonej w art. 17 ust. 15 ustawy.

**§ 12.** 1. Jednostka akredytacyjna ubiegająca się o akredytację do prowadzenia kursu lub szkolenia składa wniosek do dyrektora CMPK, zgodnie ze wzorem wniosku określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

2. W celu wpisania instytucji akredytowanych, o których mowa w art. 17 ust. 3 ustawy na listę jednostek akredytowanych, minister właściwy do spraw zdrowia, dyrektor CEM, towarzystwo naukowe, konsultant krajowy lub wojewódzki lub grupa co najmniej 30 lekarzy składa wniosek do dyrektora CMPK, zgodnie ze wzorem wniosku określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą zostać złożone z wykorzystaniem formularza opublikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej CMKP.

**§ 13.** Lista jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich jest prowadzona w formie elektronicznej i ogłaszana na stronach internetowych urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i CMKP.

**§ 14.** 1. W razie rażących uchybień formalnych w przeprowadzeniu PEU lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie PEU minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Dyrektora CEM może unieważnić PEU

w całości albo w części, o której mowa w § 8 ust. 3, w danym terminie dla danej dziedziny dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

2. Unieważnienie PEU albo jego części powoduje, że traktuje się odpowiednio PEU albo jego część jako niebyłą. Unieważniony egzamin jest powtarzany w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia podjęcia decyzji o unieważnieniu i nie podlega opłacie, o której mowa w art. 17 ust. 15 ustawy. W przypadku unieważnienia całości PEU wszystkie jego części odbywają się w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia podjęcia decyzji o unieważnieniu.

3. Decyzję o unieważnieniu minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje w ciągu 30 dni od dnia doręczenia wniosku Dyrektora CEM i przekazuje ją do CEM.

4. Niezwłocznie po otrzymaniu decyzji CEM ogłasza ją na stronie internetowej oraz przesyła zainteresowanym listem poleconym.

**§ 15.** 1. Lekarz, który ubiega się o uznanie programu szkolenia odbytego za granicą w całości lub w części za równoważny z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, składa do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski w tej sprawie za pośrednictwem CMKP.

2. Do wniosku lekarz dołącza:

- 1) kopię prawa wykonywania zawodu;
- 2) dokument zawierający dane o miejscu odbycia szkolenia, okresie jego trwania i szczegółowe informacje o programie szkolenia, a w szczególności o zakresie teoretycznym i praktycznym szkolenia;
- 3) informacje o sposobie i trybie złożenia egzaminu lub innej formie potwierdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych.

3. W celu przygotowania opinii dotyczącej równoważności programu szkolenia odbytego przez lekarza w całości lub w części z programem szkolenia zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia Dyrektor CMKP przekazuje dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, do komisji, o której mowa w art. 17a ust. 8 ustawy.

4. Dyrektor CMKP przekazuje do ministra właściwego do spraw zdrowia dokumentację, o której mowa w ust. 2, wraz z opinią, o której mowa w ust. 3, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia ich otrzymania.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia po otrzymaniu dokumentów, o których mowa w ust. 2, i opinii, o której mowa w ust. 3, dokonuje oceny tych dokumentów i wydaje decyzję w sprawie uznania programu szkolenia odbytego za granicą za



równoważny w całości lub w części z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Kopię decyzji przesyła się do CMKP.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia uznaje równoważność programu szkolenia odbytego za granicą, jeżeli na podstawie przedstawionych przez lekarza dokumentów stwierdzi, że okres trwania szkolenia, formy nabywania wiedzy i umiejętności praktycznych, zakres merytoryczny odbytego programu kształcenia oraz nabyte kompetencje w zakresie danej umiejętności odpowiadają w istotnych elementach programowi szkolenia w danej umiejętności lekarskiej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, albo odmawia uznania tego programu.

7. Instytucje ubiegające się o akredytację do prowadzenia kursu lub szkolenia w zakresie umiejętności lekarskich, są obowiązane w szczególności spełniać następujące warunki:

- 1) .....
- 2).....
- 3) .....

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami) organy)*

**§ 16.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia**  
z dnia..... 2018 r.

**Załącznik Nr 1**

KATALOG UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami) organy)*

**Załącznik Nr 2**

# WZÓR

## CERTYFIKAT UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami) organy)*

### **Załącznik Nr 3**

#### **WYKAZ SPECJALIZACJI Z DZIEDZIN MEDYCYNY**

wymaganych do odbycia szkolenia z zakresu umiejętności lekarskich (§ 4 rozporządzenia)

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami) organy)*

**WNIOSEK**

jednostki ubiegającej się o akredytację do prowadzenia kursu lub szkolenia w  
zakresie umiejętności lekarskich

**I. DANE JEDNOSTKI**

1. Nazwa jednostki
2. ....
3. ....

**II. INFORMACJE W ZAKRESIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW DO PROWADZENIA  
KURSU LUB SZKOLENIA O PRZYZNANIE AKREDYTACJI:**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami)  
organy)*

**WNIOSEK**  
**o wpis instytucji na listę instytucji akredytowanych**

**I. PODMIOT WNIOSKUJĄCY:\***

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia,
- 2) dyrektor CEM,
- 3) towarzystwo naukowe,
- 4) konsultant krajowy,
- 5) konsultant wojewódzki,
- 4) grupa co najmniej 30 lekarzy.

**II. Uzasadnienie zgłoszenia instytucji na listę instytucji akredytowanych:**

.....

.....

.....

*(do rozstrzygnięcia merytorycznego przez właściwe (zgodnie z kompetencjami) organy)*

---

\* niepotrzebne skreślić

# **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

**zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu  
dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy  
i lekarzy dentyków**

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku  
doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów**

Na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarz i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 październik 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyisty (Dz. U. z 2017 r. poz. 1923) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 4 otrzymuje brzmienie:

"1. Ewidencja Doskonalenia Zawodowego prowadzona przez okręgową izbę lekarską zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko lekarza,
- 2) numer prawa wykonywania zawodu lekarza,
- 3) formę doskonalenia zawodowego,
- 4) datę realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego,
- 5) liczbę uzyskanych punktów edukacyjnych.

2. Potwierdzenie przez okręgową radę lekarską dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza następuje w terminie nie dłuższym niż 30 dni roboczych od przedłożenia przez lekarza odpowiednich dokumentów, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).



3. Liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.";

2) w § 8 skreśla się ust. 3;

3) uchyla się załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Do realizacji obowiązków doskonalenia zawodowego lekarzy rozpoczętych w danym okresie rozliczeniowym i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Posiadane przez lekarzy dokumenty ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowują ważność i stanowią podstawę do dalszej realizacji doskonalenia zawodowego, jednak nie dłużej niż do ukończenia rozpoczętego okresu rozliczeniowego.

3. Punkty edukacyjne uzyskane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

### I. Potrzeba i cel wydania rozporządzenia

Zmiana rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyści (Dz. U. z 2017 r. poz. 1923), zwanego dalej: „rozporządzeniem”, ma na celu nowelizację kwestii związanych z realizacją obowiązku kształcenia ustawicznego i doskonalenia zawodowego lekarza i lekarza dentyści.

Modyfikacja sposobu prowadzenia ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego lekarza ma na celu umożliwienie wygodnego realizowania obowiązków związanych z kształceniem ustawicznym i odpowiedniego uzupełnienia dokumentacji zmniejszając wymogi biurokratyczne spoczywające na lekarzach.

Przepis § 2 jest przepisem przejściowym rozstrzygającym o ważności działań i dokumentów je potwierdzających w zakresie kształcenia ustawicznego rozpoczętego i niezakończonego przez dzień wejścia w życie rozporządzenia.

### II. Informacje dotyczące projektu

W związku z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.) nie przewiduje się, aby przepisy miały wpływ na sektor finansów publicznych, w tym na zwiększenie wydatków lub zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych.

Regulacje zawarte w projekcie rozporządzenia nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia 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.), zatem nie podlega ono notyfikacji.

Rozporządzenie nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Mając na uwadze § 52 w związku z § 170 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 rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji

Publicznej, na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

**UWAGA PROCEDURALNA:**

W ramach głosowań nad projektem zgłoszono jedno zdanie odrębne, aby kompetencje urzędów wojewódzkich pozostawić w stanie niezmienionym i nie przekazywać ich izbom lekarskim.