

**U S T A W A**

z dnia.....

**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 2019 r. poz. 537, 577 i 730) 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) ustawicznym rozwoju zawodowym rozumie się przez to:

- a) kształcenie podyplomowe, które obejmuje staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, a także nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych dalej „umiejętnościami zawodowymi”,
- b) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w zorganizowanych formach kształcenia i samokształcenia, potwierdzone odpowiednią liczbą punktów edukacyjnych;”,

b) w ust. 5:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

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

– dodaje się pkt 3–9 w brzmieniu:

„3) konsultant wojewódzki;

4) konsultant krajowy;

5) kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, o którym mowa w art. 19f ust. 1;

---

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

- 6) kierownik podmiotu prowadzącego staż podyplomowy, o którym mowa w art. 15c ust. 1;
- 7) koordynator stażu podyplomowego;
- 8) opiekun stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15b;
- 9) osoba, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim oraz osoba, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym.”,

c) w ust. 8:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) kierownika specjalizacji lub innej osoby przez niego upoważnionej – właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;”

2) dodaje się pkt 3–9 w brzmieniu:

- „3) konsultanta wojewódzkiego – właściwy miejscowo wojewoda;
- 4) konsultanta krajowego – minister właściwy do spraw zdrowia;
- 5) kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, o którym mowa w art. 19f ust. 1 – właściwa jednostka akredytowana do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
- 6) kierownika podmiotu prowadzącego staż podyplomowy, o którym mowa w art. 15c ust. 1 – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;
- 7) koordynatora stażu podyplomowego – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;
- 8) opiekuna stażu podyplomowego – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia stażu podyplomowego;
- 9) osoby, o której mowa w ust. 5 pkt 9 – okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na siedzibę uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym.”;

2) w art. 4a:

- a) w pkt 4 po wyrazach „Centrum Egzaminów Medycznych dodaje się wyrazy „ , zwanemu dalej „CEM””;
  - b) w pkt 5 po wyrazach „Kształcenia Podyplomowego” dodaje się wyrazy „ , zwanemu dalej „CMKP””;
- 3) w art. 5 w ust. 1 w pkt 2 lit a i b otrzymują brzmienie:
- „a) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenia co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów, lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia i ukończenia co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5. roku studiów i co najmniej 5000 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, lub
  - b) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia lekarskiego i ukończenia studiów na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r. lub dyplom lekarza dentysty wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający posiadanie kwalifikacji w zakresie podstawowego kształcenia lekarskiego i ukończenia studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub”;
- 4) w art. 6:
- a) ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
    - „1) określonych w art. 5 ust. 1 i 2 oraz stwierdzających odbycie stażu podyplomowego albo uzyskanie decyzji wydanej na podstawie art. 15j ust. 1 i złożenie Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego z wynikiem pozytywnym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 ust. 3, 4 i 6, albo”;
  - b) uchyla się ust. 8,

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

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

d) uchyla się ust. 10a;

5) art. 6b otrzymuje brzmienie:

„Art. 6b. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieści na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wykaz dyplomów, świadectw i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej.”;

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

„Art. 6c. 1. Uznania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty uzyskanego w państwie trzecim dokonuje na wniosek wnioskodawcy dyrektor CEM, w drodze egzaminu nostryfikacyjnego, z zastrzeżeniem ust. 19.

2. Uzyskanie wyniku pozytywnego egzaminu nostryfikacyjnego potwierdza, że dyplom wnioskodawcy, o którym mowa w ust. 1, spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej.

3. Egzaminy nostryfikacyjne dla lekarza albo lekarza dentysty odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym egzaminu nostryfikacyjnego, o którym mowa w art. 6h ust. 2, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM.

4. Do egzaminu nostryfikacyjnego może przystąpić osoba, która uzyskała w państwie trzecim dyplom lekarza albo lekarza dentysty.

5. Osoba zamierzająca przystąpić do egzaminu nostryfikacyjnego składa do dyrektora CEM wniosek o zgłoszenie do egzaminu nostryfikacyjnego, do dnia:

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

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

7. Formularz wniosku, o którym mowa w ust. 5, jest generowany elektronicznie i pobierany na stronie internetowej CEM. CEM potwierdza elektronicznie zapisanie zgłoszonych danych. Wnioskodawca po wypełnieniu formularza i jego wydrukowaniu składa podpisany własnoręcznie wniosek do dyrektora CEM.

8. Wniosek o zgłoszenie do egzaminu nostryfikacyjnego, o którym mowa w ust. 3, zawiera następujące dane:

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

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

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

1) został zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom, albo

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

11. Dyplom wydany w innym języku niż język polski dołącza się wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez polskiego tłumacza przysięgłego.

12. Wnioskodawca, zamiast oryginału dokumentu, o którym mowa w ust. 9, może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem albo radcą prawnym.

13. W celu weryfikacji danych, o których mowa w ust. 8, dyrektor CEM może je udostępnić ministrowi właściwemu do spraw zagranicznych, uczelni, o której mowa w ust. 8 pkt 8 lub konsulowi, o którym mowa w ust. 10 pkt 1. Udostępnienie następuje z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych, za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

14. Wnioskodawca wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 6h ust. 1, nie wyższej niż 25% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez 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.

15. Opłata, o której mowa w ust. 14, stanowi dochód budżetu państwa.

16. Opłata, o której mowa w ust. 14, jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM w trakcie składania wniosku, o którym mowa w ust. 5. Opłatę uiszcza się niezwłocznie po wniesieniu wniosku, o którym mowa w ust. 5, nie później niż w terminie 5 dni od dnia upływu terminu składania zgłoszeń, o którym mowa w ust. 5.

17. W przypadku:

- 1) niewwniesienia opłaty, o której mowa w ust. 14, albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna,
- 2) stwierdzeniu braków formalnych we wniosku lub jego załącznikach – dyrektor CEM wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków formalnych pocztą elektroniczną na adres wskazany we wniosku, o którym mowa w ust. 5, a w przypadku jego braku, pocztą na wskazany w tym wniosku adres do korespondencji. Przepisy art. 64 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się z zastrzeżeniem, że w przypadku bezskutecznego upływu terminu do uzupełnienia braków formalnych dotknięte nim zgłoszenie do egzaminu nostryfikacyjnego traktuje się jako niezłożone.

18. Dyrektor CEM zawiadamia wnioskodawcę o miejscu i terminie przeprowadzenia egzaminu nostryfikacyjnego oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez wnioskodawcę w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 5 pkt 6, nie później niż 14 dni przed terminem przeprowadzenia danego egzaminu nostryfikacyjnego.

19. Do egzaminu nostryfikacyjnego nie stosuje się przepisów ustawy z dnia z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

Art. 6d. 1. Egzamin nostryfikacyjny składa się przed Komisją Egzaminacyjną.

2. Członków Komisji Egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor CEM. Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej zgłaszają dyrektor CEM, rektorzy uczelni

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2024 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 276, 447, 534, 577 i 730.

prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym i wojewodowie.

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

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

5. W celu przeprowadzenia egzaminu nostryfikacyjnego w ustalonych terminach i miejscach dyrektor CEM wyznacza spośród członków Komisji Egzaminacyjnej Zespoły Egzaminacyjne.

6. Członkiem Zespołu Egzaminacyjnego nie może być osoba, w stosunku do której kandydat do złożenia egzaminu nostryfikacyjnego w tym Zespole Egzaminacyjnym jest:

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

7. Powody wyłączenia określone w ust. 6 pkt 1 i 2 trwają pomimo ustania małżeństwa lub przysposobienia.

8. Członkowie Zespołu Egzaminacyjnego przed rozpoczęciem egzaminu nostryfikacyjnego składają dyrektorowi CEM pisemne oświadczenie, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że nie pozostają z żadnym ze zgłaszających się do egzaminu nostryfikacyjnego przed tym Zespołem Egzaminacyjnym w stosunku, o którym mowa w ust. 6, oraz nie zostali skazani prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.



9. Dyrektor CEM odwołuje członka Komisji Egzaminacyjnej w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;
- 2) choroby uniemożliwiającej sprawowanie przez niego funkcji członka Komisji Egzaminacyjnej;
- 3) niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków członka Komisji Egzaminacyjnej;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w ust. 8.

10. Członkom Zespołów Egzaminacyjnych, o których mowa w ust. 5, oraz Komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2, przysługuje:

- 1) wynagrodzenie za udział w pracach tego Zespołu albo komisji, w wysokości nie wyższej niż 500 złotych dla Przewodniczącego i nie wyższej niż 300 złotych dla członka;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77<sup>5</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.<sup>3)</sup>) przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju;
- 3) zwolnienie od pracy w dniu wykonywania czynności Zespołu Egzaminacyjnego, o którym mowa w ust. 5, albo komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2, bez zachowania prawa do wynagrodzenia w przypadku organizowania egzaminu nostryfikacyjnego w dniu roboczym.

11. Szczegółowy tryb wypłaty wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 10 pkt 1, oraz zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 10 pkt 2, określa, w drodze zarządzenia, dyrektor CEM.

Art. 6e. 1. Egzaminy nostryfikacyjne są składane w formie pisemnych testów, odrębnych dla zawodu lekarza i zawodu lekarza dentysty, opracowanych na każdy termin egzaminu przez zespół ekspertów powołany przez Dyrektora CEM w zakresie

---

3)Zmiany teksty jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, 1076, 1608, 1629, 2215, 2244, 2245, 2377 i 2432 oraz z 2019 r. poz. 730.

zagadnień objętych programem kształcenia na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym.

2. W skład zespołu ekspertów, o którym mowa w ust. 1, wchodzi przedstawiciele polskich uczelni kształcących na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

3. Pytania testowe egzaminów nostryfikacyjnych obejmują program kształcenia na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

5. Testy i pytania testowe egzaminów nostryfikacyjnych mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w egzaminach nostryfikacyjnych. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Zakazane jest wynoszenie poza siedzibę CEM udostępnianych testów i pytań testowych oraz ich reprodukcja, kopiowanie jakąkolwiek techniką lub przepisywanie. W przypadku naruszenia tego zakazu udostępnianie zostaje przerwane. Przebieg udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

6. Udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 i 1669) podlegają wyłącznie pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby egzaminów nostryfikacyjnych, po upływie 5 lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu.

Art. 6f. 1. Zgłaszający się do egzaminu nostryfikacyjnego przedstawia bezpośrednio przed egzaminem Zespołowi Egzaminacyjnemu, o którym mowa w art. 6d ust. 5, dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość zgłaszającego się nie może on przystąpić do egzaminu.

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

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

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

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

6. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazu i dźwięku zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o których mowa w ust. 3, że zdający naruszył zakaz, o którym mowa w ust. 4, lub rozwiązał test niesamodzielnie, Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, o którym mowa w art. 6d ust. 4, dokonuje dyskwalifikacji zdającego. Fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.

7. O dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 6, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną.

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

Art. 6g. 1. Zdający egzamin nostryfikacyjny w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas egzaminu nostryfikacyjnego. 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. Osoby te są zgłaszane przez rektorów uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym. W przypadku uznania zastrzeżenia komisja unieważnia pytanie testowe objęte zastrzeżeniem. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.

3. Rozstrzygnięcie, o którym mowa w ust. 2, niezgodne z przepisami prawa jest nieważne.

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

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

6. Osobie, która uzyskała pozytywny wynik egzaminu nostryfikacyjnego, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia egzaminu nostryfikacyjnego w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. Podpis dyrektora CEM umieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wynik egzaminu danej osoby jest jej udostępniany za pomocą strony internetowej CEM. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat świadectwa złożenia egzaminu

nostryfikacyjnego albo dokonuje jego korekty. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się w przypadku, gdy korekta wynika z błędu CEM.

7. W przypadku rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu egzaminu nostryfikacyjnego lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie egzaminu nostryfikacyjnego dyrektor CEM, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia, może wydać zarządzenie o unieważnieniu egzaminu dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

8. W przypadku unieważnienia egzaminu nostryfikacyjnego z przyczyn nieleżących po stronie zdającego CEM dokonuje zwrotu opłaty egzaminacyjnej, o której mowa w art. 6c ust. 14.

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

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

- 1) zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań egzaminu nostryfikacyjnego,
- 2) tryb powoływania członków Komisji Egzaminacyjnej, o której mowa w art. 6d ust. 1, i komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2,
- 3) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 6d ust. 8,
- 4) sposób i tryb przeprowadzania egzaminu nostryfikacyjnego,
- 5) wysokość opłaty, o której mowa w art. 6c ust. 14,
- 6) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczących Zespołów Egzaminacyjnych oraz komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2,
- 7) tryb unieważniania egzaminu nostryfikacyjnego,
- 8) wzory świadectw złożenia egzaminu nostryfikacyjnego,
- 9) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia egzaminu nostryfikacyjnego oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 6g ust. 6,
- 10) tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty świadectwa złożenia egzaminu nostryfikacyjnego oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 6g ust. 6

mając na uwadze zakres wiedzy i umiejętności, które zgłaszający się do egzaminu powinien posiadać, oraz uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg egzaminu nostryfikacyjnego oraz zachowanie bezstronności pracy Zespołów Egzaminacyjnych, o których mowa w art. 6d ust. 5, i komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2, nakład ich pracy, a także konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia egzaminu nostryfikacyjnego.

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

7) w art. 7 po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2k w brzmieniu:

„2a. Okręgowa rada lekarska, z zastrzeżeniem ust. 2k, może przyznać prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który spełnia następujące warunki:

- 1) wykazuje znajomość języka polskiego określoną w ust. 3;
- 2) uzyskał zaświadczenie od podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zawierające deklarację określającą miejsce i czas planowanego zatrudnienia ze wskazaniem zakresu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnego z posiadanym tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny o planowanym zatrudnieniu go przez ten podmiot;
- 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty;
- 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną;
- 6) uzyskał prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 7) posiada trzyletnie doświadczenie zawodowe jako specjalista w danej dziedzinie, uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej w okresie pięciu lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa w pkt 2;

8) posiada dyplom lekarza, lekarza dentysty oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, jeżeli dyplom lub jego duplikat jest zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom albo na dyplomie, jego duplikacie lub na kopii potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem umieszczono albo dołączono do dokumentu apostille, jeżeli dyplom został wydany przez uprawniony organ właściwy dla państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r., na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom.

2b. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, przed podjęciem zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, ma obowiązek odbycia w tym podmiocie szkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy. Okres obejmujący wydanie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, obejmuje czas trwania tego szkolenia.

2c. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu cudzoziemcowi, o którym mowa w ust. 2a, na okres i miejsce jego wykonywania wskazane w zaświadczeniu, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, oraz określa program i liczbę godzin szkolenia praktycznego, o którym mowa w ust. 2b.

2d. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 2a, odbywa szkolenie praktyczne określone w ust. 2b, na podstawie umowy zawartej z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, na warunkach określonych w tej umowie.

2e. Lekarz, o którym mowa w ust. 2d, odbywa szkolenie praktyczne określone w ust. 2c pod nadzorem opiekuna wyznaczonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 2a pkt 2.

2f. Szkolenie praktyczne określone w ust. 2c kończy się wydaniem opinii przez opiekuna, o którym mowa w ust. 2e.

2g. W przypadku wydania negatywnej opinii, o której mowa w ust. 2f, podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, odmawia zatrudnienia lekarza oraz niezwłocznie powiadamia o tym właściwą okręgową radę lekarską, która wydała prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a.

2h. Właściwa okręgowa rada lekarska niezwłocznie po otrzymaniu powiadomienia o odmowie zatrudnienia, o którym mowa w ust. 2g, skreśla lekarza z listy, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2i. Uzyskanie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, nie pozbawia cudzoziemca uprawnień do ubiegania się o przyznanie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 1.

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

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

2k. Prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, właściwa okręgowa rada lekarska może wydać na okres nie dłuższy niż 5 lat.”;

- 8) po art. 7b dodaje się art. 7c i art. 7d w brzmieniu:

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

- 1) nazwę dokumentu – „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” i odpowiednio nazwę dokumentu w języku angielskim;



- 2) numer prawa wykonywania zawodu;
- 3) datę uzyskania prawa wykonywania zawodu i termin ważności;
- 4) wskazanie i logotyp organu przyznającego prawo wykonywania zawodu;
- 5) imię i nazwisko lekarza albo lekarza dentysty;
- 6) tytuł zawodowy;
- 7) wizerunek twarzy lekarza albo lekarza dentysty, zgodny z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2019 r. poz. 653 i 730);
- 8) numer seryjny dokumentu;
- 9) adnotację o treści odpowiednio: „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” albo „Prawo wykonywania zawodu jest dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” ;
- 10) adnotację o treści: „Szczegółowe informacje dostępne są w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej Lekarzy RP: <http://rejestr.nil.org.pl/>
- 11) wizerunek orła ustalony dla godła Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) elementy zabezpieczające przed przerobieniem, podrobieniem i sfalszowaniem.

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

- 1) dane, o których mowa w ust 1;
- 2) adnotację o treści wskazującej na cel, w jakim zostało przyznane dane prawo wykonywania zawodu.

Art. 7d. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wzory dokumentów prawa wykonywania zawodu, o których mowa w art. 7c, szczegółowy opis tych dokumentów, rodzaje ich zabezpieczenia przed przerobieniem lub podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną, a także tryb postępowania w sprawie unieważnienia i niszczenia dokumentów oraz ich wymiany na nowe, kierując się

koniecznością zapewnienia ochrony danych osobowych oraz sposobem użytkowania dokumentu.”;

9) art. 8a otrzymuje brzmienie:

„Art. 8a. Nie przyznaje się częściowego dostępu, o którym mowa w art. 39 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2272 oraz z 2019 r. poz. 534 i 577), do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty, zarówno w zakresie czynności zawodowych lekarza albo lekarza dentysty nieposiadającego tytułu specjalisty, jak i lekarza albo lekarza dentysty posiadającego tytuł specjalisty.”;

10) w art. 9:

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

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

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

„1a. W przypadku stwierdzenia powtarzającego się w sposób ciągły uczestnictwa lekarza w czynnościach, o których mowa w ust. 1, właściwa okręgowa rada lekarska odmawia udzielenia zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i pkt 2.

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

c) w ust. 2:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) pisemne oświadczenie o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, i o ile to możliwe, czasie jego wykonywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz”

d) w ust. 3 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Naczelna Rada Lekarska przekazuje treść oświadczenia do właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania przez lekarza zawodu okręgowej rady lekarskiej.”

e) ust. 4 otrzymuje brzmienie

„4. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, przedstawia dokumenty określone w ust. 2 pkt 2–4, Naczelnej Radzie Lekarskiej przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz każdorazowo w przypadku istotnej zmiany zawartych w nim informacji. Naczelna Rada Lekarska przekazuje treść dokumentów do właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania przez lekarza zawodu okręgowej rady lekarskiej.”

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

„7a. Administratorem danych osobowych zawartych w rejestrze, o którym mowa w ust. 5, jest właściwa okręgowa rada lekarska.”

g) ust. 10 –12 otrzymują brzmienie:

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

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

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

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

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

12) w art. 14a:

a) 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.”,

b) ust. 3 – 5 otrzymują brzmienie:

„3. Do LEK może przystąpić lekarz albo osoba, która ukończyła 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim.

4. Do LDEK może przystąpić lekarz dentysta albo osoba, która ukończyła 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym.

5. Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK, 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.”,

c) ust. 7 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty albo zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym albo zaświadczeniem o ukończeniu 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarskim albo ukończyła 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, jeżeli w dniu złożenia zgłoszenia legitymuje się takim dokumentem;”;

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK, o którym mowa w ust.5, po raz drugi i kolejny, z zastrzeżeniem ust. 11, oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym, o którym mowa w art. 5 ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 11, 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. Wysokość opłaty określa dyrektor CEM. Opłatę egzaminacyjną pobiera dyrektor CEM i stanowi ona dochód budżetu państwa. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK 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:

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

f) dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

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

13) w art. 14c:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu są publikowane w terminie siedmiu dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań LEK i LDEK. Bazę pytań LEK i LDEK dyrektor CEM udostępnia na stronie internetowej CEM.”,

c) uchyla się ust. 5;

14) w art. 14d po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Dyrektor CEM, na rok przed LEK i LDEK zamieszcza na stronie internetowej CEM wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których przygotowywane są pytania do testu, o którym mowa w art. 14c ust. 1.”;

15) w art. 14e:

a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Osobie, która złożyła LEK albo LDEK, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo świadectwo złożenia LDEK w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. Świadectwa nie wydaje się w przypadku ponownego przystąpienia do LEK albo LDEK, jeżeli zdający uzyskał wynik niższy od zdobytego poprzednio. Podpis dyrektora CEM umieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wynik egzaminu danej osoby jest jej udostępniany za pomocą SMK. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat, odpis świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia

LDEK albo dokonuje ich wymiany. Opłata za te czynności wynosi 50 zł. Opłaty nie wnosi się w przypadku gdy wymiana wynika z błędu CEM.”,

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

„7a. Dyrektor CEM udostępnia, za pomocą SMK, wyniki LEK i LDEK organom, o których mowa w art. 16c ust. 8, nie później niż w terminie 7 dni od dnia, w którym odbywał się LEK i LDEK.”;

16) w art. 14f w ust. 1 pkt 11 otrzymuje brzmienie:

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

17) tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Ustawiczny rozwój zawodowy”;

18) art. 15 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

- 1) chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej, intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej, stanowiących część stałą stażu oraz
- 2) nie więcej niż trzech innych wybranych przez lekarza dziedzinach medycyny w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny stanowiących część personalizowaną stażu  
– których czas trwania oraz sposób realizacji określa ramowy program stażu podyplomowego lekarza;
- 3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS,

diagnostyki i leczenia HCV, realizowanego w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych;

- 4) szkolenia z profilaktyki onkologicznej;
- 5) szkolenia z leczenia bólu;
- 6) dwudniowego kursu podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS) z medycyny ratunkowej w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

4. Lekarz dentysta odbywa staż podyplomowy realizując jego program w zakresie:

- 1) chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoneji, periodontologii i chorób błony śluzowej, protetyki, stomatologii zachowawczej z endodoncją oraz medycyny ratunkowej;
- 2) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, zakresu bezpieczeństwa pacjenta w tym profilaktyki zakażeń w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, w przypadku odbywania stażu podyplomowego w dziedzinie periodontologii;
- 3) szkolenia z profilaktyki onkologicznej;
- 4) szkolenia z leczenia bólu;
- 5) dwudniowego kursu z medycyny ratunkowej w ramach części stażu odbywanego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

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

6. W trakcie odbywania części stałej albo części personalizowanej stażu lekarz może przeznaczyć na udział w konferencjach, kursach lub szkoleniach, innych niż wymienione w ust. 4 i 5, nie więcej niż łącznie 6 dni, po uzyskaniu akceptacji koordynatora stażu podyplomowego.

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



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

9. W uzasadnionych przypadkach właściwa okręgowa rada lekarska, po zasięgnięciu opinii marszałka województwa, może wyrazić zgodę na rozpoczęcie przez lekarza albo lekarza dentystę stażu podyplomowego w innym terminie niż określony w ust. 7 albo może skierować lekarza do innego podmiotu prowadzącego staż podyplomowy na pisemny wniosek lekarza.

10. Lekarz, który posiada jednocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, nie może w tym samym czasie odbywać stażu podyplomowego lekarza i stażu podyplomowego lekarza dentysty.”;

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

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

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

- 1) w przypadkach przewidzianych w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 645);
- 2) w przypadkach określonych w art. 92, 176-179, 182<sup>3</sup>, 185, 188 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;
- 3) z powodu urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę, nie dłużej niż o 3 miesiące w okresie trwania stażu podyplomowego;
- 4) z powodu przerwy nie dłuższej niż 14 dni wynikającej z procedur stosowanych przy zmianie miejsca odbywania stażu podyplomowego;
- 5) z powodu powołania lekarza stażysty do odbycia przeszkolenia wojskowego;
- 6) z powodu niezrealizowania programu stażu w zakresie odbywania dyżurów medycznych, w związku z ciążą lub sprawowaniem opieki nad dzieckiem do lat 4;

7) w przypadku choroby i macierzyństwa lekarza i lekarza dentysty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej; w tym przypadku stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 330 i 730).

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

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

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

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

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

Art. 15b. 1. Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, albo tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy, albo lekarza albo lekarza dentysty który ukończył 3 rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych lub lekarza albo lekarza dentysty, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy, zwanego

dalej „opiekunem”. Lekarz dentysta może także odbywać staż podyplomowy pod nadzorem lekarza dentysty wykonującego zawód przez okres co najmniej 3 lat, z zastrzeżeniem, że do stażu zawodowego lekarza nadzorującego nie wlicza się okresu realizowania stażu podyplomowego lekarza dentysty.

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

3. Lekarz stażysta jest uprawniony do:

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

- 10) stwierdzania zgonu;
- 11) wystawiania recept, z wyłączeniem recept „pro auctore” i „pro familiae” oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem ich treści;
- 12) pełnienia dyżurów medycznych towarzyszących innemu lekarzowi pełniącemu dyżur samodzielnie.

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

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

5. Lekarz stażysta ma obowiązek:

- 1) realizowania stażu podyplomowego zgodnie z programem stażu podyplomowego;
- 2) utrzymywania stałej współpracy z opiekunem;
- 3) bieżącego wypełniania, za pomocą SMK, karty stażu, o której mowa w art. 15f ust. 1.

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

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

– wpisani na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza lub lekarza dentysty prowadzoną przez marszałka województwa, zwaną dalej „listą podmiotów uprawnionych”.<sup>4</sup>

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

- 1) posiadać w swojej strukturze organizacyjnej zakład leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych umożliwiających zrealizowanie programu co najmniej jednego stażu cząstkowego, lub co najmniej jednej części programu stażu cząstkowego w ramach komórek organizacyjnych o profilu odpowiadającym programowi stażu podyplomowego;
- 2) zatrudniać lekarzy posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiadające rodzajowi zajęć teoretycznych i szkoleń praktycznych określonych programem stażu podyplomowego;
- 3) posiadać zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację programu stażu podyplomowego;
- 4) jeżeli prowadzi szpital – udzielać stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających zrealizowanie objętych programem staży cząstkowych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, jest obowiązany spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać kwalifikacje zawodowe, o których mowa w art. 15b ust. 1;
- 2) określone w ust. 2 pkt 3.

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

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

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

7. W przypadku powstania nowego podmiotu w wyniku przekształcenia lub reorganizacji podmiotu prowadzącego staż, podmiot ten może nadal prowadzić staż, staż cząstkowy lub część stażu cząstkowego do czasu ponownego wpisu na listę podmiotów uprawnionych, jeżeli złoży marszałkowi województwa w terminie 14 dni od dnia przekształcenia lub reorganizacji podmiotu prowadzącego staż oświadczenie o spełnianiu wymagań, określonych w ust. 2 albo 3.

8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 5 i 6, zawiera:

- 1) nazwę podmiotu prowadzącego staż przed i po zmianie formy prawnej lub przekształceniu, lub reorganizacji;
- 2) datę dokonania zmian, o których mowa w pkt 1;
- 3) deklarację spełniania warunków, o których mowa w ust. 2 albo 3.

9. Szkolenie, o którym mowa w art. 15 ust. 3 pkt 3–5, ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5, zapewnia:

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

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

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, następuje na wniosek lekarza składany w SMK, zawierający co najmniej:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) imiona rodziców;
- 3) datę i miejsce urodzenia;
- 4) obywatelstwo;
- 5) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 6) miejsce zameldowania lub aktualnego zamieszkania;
- 7) posiadany tytuł zawodowy;
- 8) numer i datę wydania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty albo zaświadczenia o ukończeniu studiów na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym, jeżeli w dniu złożenia zgłoszenia legitymuje się takim dokumentem;
- 9) nazwę uczelni i podstawowej jednostki organizacyjnej, w której zgłaszający się ukończył studia lekarskie lub lekarsko-dentystyczne, oraz datę ich ukończenia, a w przypadku lekarza albo lekarza dentysty, który ukończył studia lekarskie lub lekarsko-dentystyczne w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej – nazwę polskiej uczelni, która przeprowadziła nostryfikację dyplomu lekarza albo lekarza dentysty;
- 10) informacje, o których mowa w ust. 4;
- 11) proponowane miejsce odbycia stażu podyplomowego.

3. Okręgowa rada lekarska uwzględnia wnioski lekarzy lub lekarzy dentystów co do miejsca odbycia stażu podyplomowego, kierując w pierwszej kolejności, do odbycia tego stażu lekarzy, lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze

wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni, oraz biorąc pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w danym podmiocie uprawnionym do prowadzenia stażu.

4. Średnią ocen, o której mowa w ust. 2, podwyższa się o:

- 1) 0,5 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów był autorem albo 0,3 punktu, jeżeli współautorem przynajmniej jednej publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie wymienionym w Komunikacie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych wraz z liczbą punktów przyznawanych za publikacje w tych czasopismach, potwierdzonej zaświadczeniem z Głównej Biblioteki Lekarskiej, albo
- 2) 0,25 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy o z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2019 r. poz. 688).

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

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

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

- 1) w przypadku stażu podyplomowego lekarza – będącym podmiotem leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających realizację ramowego programu stażu podyplomowego lekarza



w ramach staży częstkowych, co najmniej w dziedzinie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej,

- 2) w przypadku stażu podyplomowego lekarza dentysty – będącym podmiotem leczniczym albo lekarzem dentystą wykonującym indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym realizację ramowego programu stażu podyplomowego lekarza dentysty w co najmniej dwóch z następujących dziedzin: stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej – mającym zawarte umowy z innymi podmiotami prowadzącymi staż, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarza lub lekarza dentystę, w ramach oddelegowania, tej części programu stażu podyplomowego, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

2. Do czasu pracy lekarza stażysty stosuje się odpowiednio przepisy art. 93, art. 95 i art. 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 15f. 1. Dokumentem potwierdzającym zrealizowanie programu stażu podyplomowego jest „Elektroniczna karta stażu podyplomowego lekarza” lub „Elektroniczna karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”, zwana dalej „EKSP”.

2. Właściwa okręgowa rada lekarska, za pomocą SMK, zatwierdza karty stażu, o których mowa w ust. 1 oraz ankiety, o których mowa w art. 19k.

3. EKSP, o której mowa w ust. 1 zawiera:

- 1) dane lekarza stażysty:
  - a) imię i nazwisko,
  - b) datę urodzenia,
  - c) numer prawa wykonywania zawodu,
  - d) numer rejestracyjny lekarza stażysty w izbie lekarskiej;
- 2) nazwę izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz stażysta;
- 3) nazwę podmiotu prowadzącego staż;
- 4) numer wpisu na listę marszałka województwa, o której mowa w art. 15c ust. 4, albo numer wpisu na listę Ministra Obrony Narodowej, o której mowa w art. 15m ust. 1 pkt 1;

- 5) adres podmiotu prowadzącego staż;
- 6) okres na jaki lekarz stażysta jest zatrudniony w podmiocie prowadzącym staż;
- 7) informację o terminie przedłużenia stażu podyplomowego ze wskazaniem przyczyny, z powodu której staż podyplomowy został przedłużony;
- 8) imię i nazwisko koordynatora szkolenia lekarza stażysty, o którym mowa w art. 15g ust. 1;
- 9) wskazanie staży częściowych, które zawiera:
  - a) imię i nazwisko opiekuna,
  - b) szczegółową informację dotyczącą przebiegu stażu częściowego wraz z potwierdzeniem zrealizowania stażu zgodnie z programem;
- 10) wykaz szkoleń o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5, wraz z informacją o organizatorze szkolenia oraz wykładowcy i potwierdzeniem jego odbycia;
- 11) wykaz umiejętności praktycznych wraz z potwierdzeniem ich wykonania przez opiekuna stażu;
- 12) opinię zawodową dotyczącą lekarza stażysty;
- 13) informację o zaliczeniu stażu podyplomowego;
- 14) datę zakończenia stażu podyplomowego.

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

5. Zaświadczenia, o którym mowa w ust. 4, zawiera:

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

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

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

3. Koordynator:

- 1) planuje i nadzoruje, za pomocą SMK, przebieg realizacji stażu podyplomowego oraz, wspólnie z opiekunem, decyduje w sprawach związanych ze szkoleniem lekarzy stażystów, wystawia lekarzom stażystom opinię dotyczącą predyspozycji zawodowych oraz zalicza staż podyplomowy, po stwierdzeniu zrealizowania programu stażu podyplomowego w karcie stażu;
- 2) ustala z lekarzem, za pomocą SMK, indywidualny harmonogram realizacji personalizowanej części programu stażu;
- 3) organizuje i przeprowadza seminaria dotyczące realizacji programu poszczególnych staży częściowych;
- 4) potwierdza odbycie szkoleń o których mowa w art. 15 ust.3 pkt 6 i ust. 9 , na podstawie przedstawionych zaświadczeń wystawionych przez organizatorów szkoleń;
- 5) potwierdza udział lekarza w konferencjach, kursach lub szkoleniach, o których mowa w art. 15 ust. 6, na podstawie przedstawionych dokumentów poświadczających ukończenie wskazanej formy kształcenia.

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

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

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

3. Opiekunem, o którym mowa w art. 15b ust. 1, w:

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

Art. 15i. 1. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego jest zadaniem marszałka województwa z zakresu administracji rządowej. Koszt obsługi tego zadania wynosi 123 zł za każdego finansowanego lekarza stażystę.

2. Środki na sfinansowanie stażu podyplomowego przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy na podstawie umowy zawartej pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a marszałkiem województwa. Umowa ta określa wysokość środków oraz sposób i tryb ich przekazywania i rozliczania.

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

- 1) podmiotowi prowadzącemu staż, z którym lekarz stażysta zawarł umowę, o której mowa w art. 15a ust. 1;
- 2) okręgowym izbom lekarskim;
- 3) podmiotom, o którym mowa w art. 15c ust. 9 pkt 1 i 3.

4. Lekarz, lekarz dentysta odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości określonej 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 oraz z 2018 r. poz. 1942) i ogłaszanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej każdego roku, nie później niż do 30 marca.

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

- 1) niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej,
  - 2) członkowskim Unii Europejskiej
- za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

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

3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, dołącza się potwierdzone przez właściwe organy państwa, w którym odbył staż podyplomowy lub wykonywał zawód, dokumenty obejmujące dane i informacje dotyczące:

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

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, składa się w oryginale albo w formie kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem wraz z tłumaczeniami na język polski dokonanyymi przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

5. Dyplomy lekarza, lekarza dentysty albo zaświadczenia o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych, wydane w państwach, o których mowa w ust. 1 pkt 1, powinny być:

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

6. Uznanie stażu podyplomowego odbytego w państwach, o których mowa w ust. 1 pkt 1, za równoważny w całości lub w części ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej następuje po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów powołanego i odwoływanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 6, wchodzi lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinach medycyny objętych programem stażu podyplomowego, będący przedstawicielami:

- 1) CMKP;
- 2) konsultantów krajowych w dziedzinach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, medycyny rodzinnej i medycyny ratunkowej, a w odniesieniu do stażu lekarza dentysty – konsultantów krajowych w dziedzinach: chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodontcji, periodontologii, protetyki stomatologicznej, stomatologii zachowawczej z endodontcją, i w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 3) Naczelnej Rady Lekarskiej.

8. Zespół, o którym mowa w ust. 6, zbiera się w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał, chyba że nie został złożony żaden kompletny wniosek.

9. Obsługę organizacyjno-techniczną związaną z działalnością zespołu ekspertów oraz weryfikację wniosków pod względem formalnym zapewnia CMKP.

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

- 1) program odbytego stażu podyplomowego lub jego części jest zbieżny z programem stażu podyplomowego obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) dotychczasowe wykonywanie zawodu, odbywało się w okresie i na zasadach, które mogą być uznane za równoważne w całości lub w części z odbyciem stażu podyplomowego obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej.

11. Dyrektor CMKP w terminie 14 dni od dnia posiedzenia zespołu, o którym mowa w ust. 6, przekazuje opinię tego zespołu wraz z aktami sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

13. Lekarz lub lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 12, do wniosku dołącza:

- 1) dyplom potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym bądź zaświadczenie o ukończeniu studiów;
- 2) dokumenty, na podstawie których odbywany był staż podyplomowy albo prawo wykonywania zawodu w państwach, o których mowa w ust. 1 pkt 2;
- 3) dokumenty zawierające program i czas realizacji stażu podyplomowego oraz miejsce jego odbywania lub dokumenty potwierdzające dotychczasowy przebieg pracy zawodowej, zawierający informacje o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

14. Dokumenty, o których mowa w ust. 13, składa się w oryginale albo w formie kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem wraz z tłumaczeniami dokumentów obcojęzycznych na język polski dokonanych przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej.

15. Minister właściwy do spraw zdrowia uznaje lub odmawia uznania, w drodze decyzji, staż podyplomowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, za równoważny w całości

lub w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej po stwierdzeniu, że:

- 1) program odbytego stażu podyplomowego lub jego części był zbieżny z programem stażu podyplomowego obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) dotychczasowe wykonywanie zawodu, odbywało się w okresie i na zasadach, które mogą być uznane za równoważne w całości lub w części z odbyciem stażu podyplomowego obowiązującego w Rzeczypospolitej Polskiej.

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

Art. 15k. 1. Marszałek województwa, Minister Obrony Narodowej, wojewoda, podmiot prowadzącym staż podyplomowy oraz właściwa okręgowa rada lekarska w celu wykonywania zadań związanych z realizacją stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, przetwarzają zgodnie ze swoją właściwością dane lekarzy i lekarzy dentystów obejmujące:

- 1) stopień żołnierza w służbie czynnej;
- 2) imię i nazwisko;
- 3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia;
- 5) adres miejsca zamieszkania;
- 6) numer prawa wykonywania zawodu;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) powody i okresy absencji w pracy;
- 9) przewidywany i faktyczny termin porodu;
- 10) informację o orzeczonej niepełnosprawności;
- 11) informacje o trybie rozwiązania umowy o pracę.



2. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 8–11, nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie stażu podyplomowego, przedłużanie stażu podyplomowego i nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez marszałka województwa, Ministra Obrony Narodowej, wojewodę, podmiot prowadzący staż podyplomowy lub właściwą okręgową radę lekarską. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w poufności.

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

- 1) program stażu podyplomowego lekarza i program stażu podyplomowego lekarza dentysty oraz sposób ich realizacji i czas odbywania, uwzględniający część stałą i część personalizowaną stażu,
- 2) tryb uzyskiwania wpisu na listę podmiotów uprawnionych oraz liczby miejsc dla lekarzy stażystów mogących w jednym czasie odbywać staż podyplomowy w tych podmiotach,
- 3) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 15c ust. 5 i 6,
- 4) sposób organizacji stażu podyplomowego, w tym dyżurów medycznych oraz warunki jego odbywania i zaliczania,
- 5) szczegółowe zadania opiekuna i koordynatora,
- 6) szczegółowy zakres kosztów i wysokość środków finansowych, o których mowa w art. 15i ust. 3,
- 7) sposób prowadzenia kontroli podmiotów prowadzących staż  
– uwzględniając konieczność uzyskania właściwych kwalifikacji zawodowych przez lekarzy stażystów, prawidłowej organizacji, przeprowadzania i finansowania oraz prowadzenia nadzoru nad stażem podyplomowym.

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

- 1) listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży obejmującą podległe lub nadzorowane przez niego podmioty lecznicze oraz inne podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń określonych programem stażu;

2) corocznie listę lekarzy stażystów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub pełniących służbę wojskową, obowiązanych do odbycia stażu podyplomowego.

2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentysty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy, po powiadomieniu Wojskowej Rady Lekarskiej.

3. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, otrzymuje uposażenie określone przepisami o zawodowej służbie wojskowej i uposażeniu żołnierzy.

4. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu przez lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt 2, jest zadaniem Ministra Obrony Narodowej.

5. Środki finansowe, które Minister Obrony Narodowej przekazuje:

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

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

2. Podmiot prowadzący staż jest obowiązany dokonać corocznie oceny realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarzy stażystów i przekazać tę ocenę odpowiednio marszałkowi województwa albo Ministrowi Obrony Narodowej.

3. Wojewoda oraz odpowiednio Minister Obrony Narodowej, w ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, jest uprawniony do:

- 1) wizytacji podmiotu wpisanego na listę, o której mowa w art. 15c ust. 4 albo art. 15m ust. 1 pkt 1;
- 2) żądania dokumentacji dotyczącej realizacji programu stażu podyplomowego oraz jego finansowania;
- 3) żądania wyjaśnień dotyczących realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarza;
- 4) kontroli spełnienia wymagań, o których mowa w art. 15c ust. 2 i 3 oraz w art. 15e ust. 1;
- 5) wydawania zaleceń pokontrolnych;
- 6) wnioskowania, z wyłączeniem Ministra Obrony Narodowej, o skreślenie podmiotu z listy, o której mowa w art. 15c ust. 4 albo art. 15m ust. 1 pkt 1.
- 7) przekazywania informacji dotyczących przeprowadzonej kontroli marszałkowi województwa.

4. Wojewoda oraz odpowiednio Minister Obrony Narodowej, dokonuje oceny, o której mowa w ust. 2, uwzględniając ocenę sposobu realizacji programu stażu podyplomowego przez lekarzy stażystów odbywających staż podyplomowy w danym podmiocie prowadzącym staż.

5. Wojewoda oraz Minister Obrony Narodowej przedstawia ocenę, o której mowa w ust. 4, odpowiednio właściwej okręgowej radzie lekarskiej albo Wojskowej Radzie Lekarskiej.”;

20) w art. 16:

- a) w ust. 2 po pkt 3 skreśla się kropkę i dodaje część wspólną w brzmieniu:  
„– z uwzględnieniem nowoczesnych metod dydaktycznych, w tym z możliwością realizacji ich w oparciu o symulowane warunki kliniczne.”,
- b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po zaliczeniu modułu podstawowego i pozytywnym złożeniu Państwowego Egzaminu Modułowego, zwanego dalej „PEM”, może zmienić dziedzinę medycyny, w której zamierza kontynuować szkolenie specjalizacyjne w oparciu o ten sam moduł podstawowy, pod warunkiem zakwalifikowania się do jej odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7. W przypadku zakwalifikowania się do odbycia szkolenia w innej dziedzinie medycyny, lekarz skierowany zostaje do odbycia modułu specjalistycznego.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

1) modułu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, albo

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

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

d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

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

e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 4 pkt 1 i 2, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie postępowania kwalifikacyjnego, kierownik specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny może

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

f) ust. 7 otrzymuje brzmienie

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

g) w ust. 8:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

–pkt 3 otrzymuje brzmienie:

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

h) uchyla się ust. 10;

i) po ust. 10 dodaje się ust. 11–18 w brzmieniu:

„11. Lekarz dentysta posiadający co najmniej stopień naukowy doktora i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie danej specjalizacji lekarsko-dentystycznej może ubiegać się o uznanie mu dorobku zawodowego i naukowego za równoważny ze zrealizowaniem przez niego szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny.

12. Uznanie dorobku zawodowego i naukowego, o których mowa w ust. 11, nie dotyczy dziedzin: chirurgii twarzowo-szczękowej, zdrowia publicznego i epidemiologii.

13. Lekarz dentysta ubiegający się o uznanie dorobku zawodowego i naukowego składa do dyrektora CMKP wniosek zawierający:

- 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza dentysty;
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) miejsce i datę urodzenia;
- 4) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 5) obywatelstwo (obywatelstwa);
- 6) adres miejsca zamieszkania i adres miejsca zameldowania;
- 7) dokument, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) numer prawa wykonywania zawodu;
- 9) numer seryjny, datę i podmiot wydający dokument prawa wykonywania zawodu;
- 10) wskazanie dziedziny medycyny, w której lekarz ubiega się o uznanie dorobku zawodowego i naukowego za równoważny ze zrealizowaniem programu specjalizacji.

14. Lekarz dentysta może wystąpić z wnioskiem, o którym mowa w ust. 13, gdy wykonuje zawód lekarza dentysty, o którym mowa w art. 2 ust. 2 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie krócej niż 5 lat. Do okresu tego nie wlicza się wykonywania zawodu lekarza dentysty w trakcie stażu podyplomowego.

15. Do wniosku, o którym mowa w ust. 13, załącza się potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających uzyskany dorobek zawodowy, w szczególności wykaz wykonanych procedur medycznych wraz z wskazaniem ich rodzaju i daty wykonania, dyplomy, certyfikaty, zaświadczenia.

16. Dyrektor CMKP, na podstawie opinii powołanego i odwoływanego przez niego zespołu, może uznać, w drodze decyzji, dotychczasowy dorobek zawodowy, o których mowa w ust. 11, za równoważny ze zrealizowaniem przez

lekarza dentystę w całości programu specjalizacji i podjąć decyzję o dopuszczeniu lekarza dentysty do PES w danej dziedzinie medycyny.

17. W skład zespołu, o którym mowa w ust. 16, wchodzi:

- 1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny albo odpowiednio konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;
- 2) przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny;
- 3) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny i co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego.

18. Decyzję, o której mowa w ust. 16, przekazuje się lekarzowi dentyście za pomocą SMK. Do decyzji stosuje się odpowiednio przepis ust. 9a.”;

21) w art. 16a ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wykaz dokumentów potwierdzających formalne kwalifikacje w zakresie specjalizacji medycznych lekarza i lekarza dentysty, będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej.”;

22) w art. 16c:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dyrektora CMKP za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na miejsce zamieszkania – w przypadku zamiaru przystąpienia do odbycia szkolenia w ramach miejsc specjalizacyjnych przyznawanych w poszczególnych dziedzinach medycyny przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zwanych dalej „miejscami rezydenckimi”, oraz w przypadku lekarzy przystępujących do odbycia szkolenia w ramach pozostałych wolnych miejsc specjalizacyjnych w poszczególnych dziedzinach medycyny innych niż miejsca rezydenckie, zwanych dalej „miejscami pozarezydenckimi”,”;

- b) po ust. 1b dodaje się ust. 1c w brzmieniu:
- „1c. Lekarz może złożyć wniosek w danym postępowaniu kwalifikacyjnym wskazując w nim w preferowanej kolejności nie więcej niż piętnaście wariantów wyboru zawierających:
- 1) co najmniej jedną dziedzinę medycyny ze wskazaniem województwa i opcjonalnie nazwy jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne preferowanej na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
  - 2) co najmniej jeden tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego.”,
- c) w ust. 2:
- pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) numer prawa wykonywania zawodu oraz numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej;
  - po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) wynik PES;
  - pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) liczbę publikacji i ich wykaz; potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych;
  - pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) dane, o których mowa w ust. 1c;”,
  - po pkt 17 dodaje się pkt 18–20 w brzmieniu:

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

19) nazwę jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 19f ust. 1, w której lekarz wykonuje zawód i chciałby odbyć to szkolenie;

20) nazwę jednostki prowadzącej szkolenie, która wystawiła dokument intencyjny gwarantujący zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim.”,
- d) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2c w brzmieniu:



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

- 1) zgodę pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 1–3;
- 2) zgodę kierownika studiów doktoranckich w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć, o których mowa w art. 16h ust. 2 pkt 5;
- 3) posiadanie co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
- 4) zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych;
- 5) dokument, o którym mowa w ust. 2 pkt 20, w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie, o którym mowa w art. 16h ust. 1;
- 6) 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 – zgodę przełożonych służbowych wraz z opinią szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej na odbycie szkolenia specjalizacyjnego;
- 7) 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 – zgodę przełożonego albo pracodawcy na odbycie szkolenia specjalizacyjnego.

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

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

e) ust. 3–5 otrzymują brzmienie:

„3. Wojewoda w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października za pomocą SMK poprawność zgłoszonych we wniosku danych, o których mowa w ust. 2, i przekazuje za pomocą SMK poprawne formalnie wnioski do dyrektora CMKP.

4. Minister Obrony Narodowej w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października za pomocą SMK poprawność zgłoszonych we wniosku danych, o których mowa w ust. 2.

5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w ust. 7, dokonuje oceny formalnej wniosku i potwierdza do dnia 20 marca albo do dnia 20 października a pomocą SMK poprawność zgłoszonych we wniosku danych, o których mowa w ust. 2.”,

f) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

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

9. W ramach postępowania kwalifikacyjnego, prowadzonego za pomocą SMK, odbywa się postępowanie konkursowe przeprowadzane odpowiednio przez dyrektora CMKP, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego

do spraw wewnętrznych lub wyznaczoną przez niego komórkę organizacyjną, obejmujące w szczególności sporządzenie list rankingowych lekarzy, oddzielnie dla lekarzy ubiegających się o szkolenie specjalizacyjne w trybie art. 16h ust. 1 i 2, według liczby zdobytych punktów, o których mowa w ust. 11, z zastrzeżeniem ust. 10a, oraz wskazanie lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego.”,

g) w ust. 10:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydentury wynik LEK, albo, w przypadku lekarza dentysty – LDEK oraz dodatkowo punkty za posiadanie stopnia naukowego doktora w zakresie nauk medycznych;”,

– po pkt 3 kropkę zastępuje się na średniku i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) w przypadku lekarzy, o których mowa w pkt 1–3, dodatkowo uwzględnia się punkty za dokument intencyjny, o którym mowa w art. 16c ust. 2 pkt 20.”;

h) ust. 10a otrzymuje brzmienie:

„10a. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy, ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie, identycznego wyniku punktów, uwzględnia się średnią ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni.”,

i) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

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

j) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

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

k) po ust. 13 dodaje się ust. 13a–13h w brzmieniu:

„13a. Listy rankingowe lekarzy, o których mowa w ust. 9, ogłaszają za pomocą SMK dyrektor CMKP, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia oceny formalnej, o której mowa w ust. 4.

13b. Wolne miejsca rezydenckie oraz pozarezydenckie, o których mowa w ust. 13, w danym roku dla danej dziedziny medycyny, rozdziela się za pomocą SMK według kolejności listy rankingowej między lekarzy, którzy zakwalifikowali się do postępowania konkursowego, zgodnie ze zgłoszoną przez nich kolejnością, o której mowa w ust. 2 pkt 17.

13c. Lekarz w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ogłoszenia list lekarzy zakwalifikowanych w pierwszym etapie, potwierdza za pomocą SMK, przyjęcie wskazanego miejsca w danej dziedzinie, w danym województwie i podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1 wraz z określonym trybem szkolenia specjalizacyjnego. Brak dokonania potwierdzenia w SMK uznaje się za odstąpienie lekarza od postępowania konkursowego w pierwszym etapie i zwolnienie przyznanego miejsca specjalizacyjnego, które podlega ponownemu rozdziałowi w SMK. Lekarz, który nie potwierdził przyjęcia wskazanego miejsca specjalizacyjnego w pierwszym etapie oraz lekarz, który znalazł się na liście lekarzy niezakwalifikowanych w pierwszym etapie uwzględniani są ponownie na liście rankingowej i przechodzą do drugiego etapu rozdziału, za pomocą SMK, pozostałych wolnych miejsc specjalizacyjnych.

13d. Listę lekarzy zakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego w pierwszym etapie, którzy potwierdzili przyjęcie wskazanego miejsca odbywania

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

13e. Wolne miejsca specjalizacyjne pozostałe po pierwszym etapie kwalifikacji rozdziela się za pomocą SMK pomiędzy lekarzy według kolejności listy rankingowej drugiego etapu powstałej po wyłączeniu lekarzy, którzy potwierdzili przyjęcie wskazanego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego na pierwszym etapie kwalifikowania. Powstałą listę lekarzy zakwalifikowanych na wolne miejsca specjalizacyjne drugiego etapu oraz listę lekarzy niezakwalifikowanych drugiego etapu ogłasza się za pomocą SMK do dnia 10 kwietnia albo 10 listopada roku, w którym odbywa się postępowanie konkursowe.

13f. Lekarze, którzy zakwalifikowali się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie ust. 13e, potwierdzają za pomocą SMK wskazane miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia listy lekarzy zakwalifikowanych drugiego etapu. Brak dokonania potwierdzenia w SMK uznaje się za ostateczne odstąpienie lekarza od postępowania kwalifikacyjnego

13g. Dyrektor CMKP niezwłocznie informuje właściwego, ze względu na miejsce odbywania szkolenia wojewodę, o przyznaniu miejsc rezydenckich lub pozarezydenckich na terenie województwa, celem skierowania lekarza, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia w trybie rezydenckim albo w trybie pozarezydenckim w danej dziedzinie medycyny.”,

l) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Lekarz biorący udział w postępowaniu kwalifikacyjnym, może zwrócić się do Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczonej przez niego komórki organizacyjnej, albo do

dyrektora CMKP, o weryfikację postępowania konkursowego w terminie 2 dni od dnia ogłoszenia list rankingowych, o których mowa w ust. 13a, lub list, o których mowa w ust. 13c i 13e.”,

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

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

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

n) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego określa regulamin postępowania kwalifikacyjnego uwzględniający punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego do szkolenia specjalizacyjnego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 pkt 6.”,

o) ust. 17 i 17a otrzymują brzmienie:

„17. Wojewoda, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, kieruje lekarza, z zastrzeżeniem ust. 17d, 17e, 17h oraz art. 16e ust. 2, 7 i 8, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranym przez lekarza podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania.

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

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

„17d. W przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, wskazuje lekarzowi, za pomocą SMK, wolne miejsce szkoleniowe do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie, o którym mowa w art. 19f ust. 1, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe.

17e. Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, z zastrzeżeniem ust. 17d i 17h, kieruje do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w pierwszej kolejności lekarzy zakwalifikowanych w trybie art. 16h ust. 2 pkt. 1 i 5.

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

17g. Niewykorzystane miejsca rezydenckie mogą zostać dodatkowo rozdysponowane za pomocą SMK w trybie pozarezydenckim w ramach wniosków zakwalifikowanych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym. Przepis ust. 17h stosuje się odpowiednio.

17h. Postępowania kwalifikacyjne przeprowadzane przez organy prowadzące postępowanie kwalifikacyjne można przedłużyć, w innych uzasadnionych przypadkach niż wskazany w art. 16c ust. 1a, nie dłużej niż o 30 dni od terminu zakończenia postępowania, o którym mowa w art. 16c ust. 1a. Informacja o przedłużeniu postępowania kwalifikacyjnego i jego uzasadnienie jest zamieszczane na stronie internetowej organów prowadzących postępowanie kwalifikacyjne oraz w systemie SMK.”;

23) art. 16e otrzymuje brzmienie:

„Art. 16e. 1. W terminie do dnia 5 stycznia albo do dnia 5 sierpnia każdego roku wojewoda, na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich, przekazuje za pomocą SMK ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zapotrzebowanie na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie w poszczególnych dziedzinach medycyny z uwzględnieniem miejsc, o których mowa w ust. 8, uwzględniające wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

2. W terminie do dnia 26 stycznia albo do dnia 26 sierpnia każdego roku minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków określa na podstawie zapotrzebowania, o którym mowa w ust. 1, i przekazuje dyrektorowi CMKP, za pomocą SMK, liczbę miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, z zastrzeżeniem ust. 7.

3. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym dyrektor CMKP najpóźniej do dnia 28 stycznia albo do dnia 28 sierpnia każdego roku ogłasza na stronie internetowej oraz za pomocą SMK listę przyznanych miejsc rezydenckich oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

4. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym Minister Obrony Narodowej najpóźniej do dnia 28 stycznia albo do dnia 28 sierpnia każdego roku ogłasza na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, biorąc pod uwagę potrzeby Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister właściwy do spraw wewnętrznych najpóźniej do dnia 28 stycznia albo do dnia 28 sierpnia każdego roku ogłasza na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez tego ministra lub pełniących służbę albo zatrudnionych w podmiotach leczniczych, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.



6. Liczba miejsc rezydenckich, o których mowa w ust. 2, zawiera dodatkowo wydzielony limit miejsc dla lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych studiów podyplomowych o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, zgodny z zakresem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

7. O kolejności przyznania miejsca, o którym mowa w ust. 7, decyduje liczba zdobytych punktów, o których mowa w art. 16c ust 11, z zastrzeżeniem art. 16c ust. 10a.

8. Uczelnia kształcąca na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym zgłasza wojewodzie listę lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia, o którym mowa w ust. 6.”;

24) art. 16ea otrzymuje brzmienie:

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

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

3. Lekarz, który odbywa rezydenturę, może bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny, nie więcej niż jeden raz, z zastrzeżeniem ust. 4.

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

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

5. Lekarz, który 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

przeciwskazań organ przyjmujący wniosek informuje właściwą ze względu na rejestrację lekarza okręgową izbę lekarską.

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

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

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

25) w art. 16f:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) w ust. 3:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

– w pkt 2:

– – uchyla się lit. c–e,

– – lit. f otrzymuje brzmienie:

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

– – lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji w maksymalnym czasie pracy określonym ustawą z

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

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

„j) kurs atestacyjny podsumowujący odbyte szkolenie;”,

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

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

- a) dla modułu podstawowego oraz staży kierunkowych, w ramach modułu podstawowego i do czasu zakończenia programu modułu podstawowego,
- b) dla modułu specjalistycznego oraz staży kierunkowych, w ramach modułu specjalistycznego, po zakończeniu modułu podstawowego i w czasie trwania modułu specjalistycznego,
- c) dla modułu jednolitego lub staży kierunkowych, w ramach specjalizacji jednolitej w czasie jej trwania i w ramach tej specjalizacji;”,

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem zakresu i co najmniej okresu 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego;”,

– pkt 5 otrzymuje brzmienie:

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

c) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

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

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

d) w ust. 6:

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

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

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

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

„6) przedstawiciel Komisji Młodych Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej.”,

e) po ust. 8 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

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

26) w art. 16g uchyla się ust. 1;

27) w art. 16h:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, w tym dyżury medyczne objęte programem specjalizacji, na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w trybie rezydentury. W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.”,

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

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

1b. W przypadku, kiedy umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana w wyniku zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydencki bądź przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego do innej jednostki, podstawą do jej zawarcia są informacje o trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zawarte w EKS lekarza, z którym zawierana jest umowa.

1c. W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, o którym mowa w art. 16l ust. 1–5a, jednostka organizacyjna prowadząca szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne. Lekarz zawiadamia organ, o którym mowa w art. 16c ust. 1. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckimi zamieszcza w EKS minister właściwy do spraw zdrowia.

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

c) w ust. 2:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
 

„Lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w tym dyżury medyczne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim.”,
- pkt 2 otrzymuje brzmienie:
 

„2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego oraz umowy o szkolenie zawartej z jednostką akredytowaną.”,
- pkt 4 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 przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.”,
- d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
 

„3. Lekarz niebędący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej odbywa szkolenie specjalizacyjne na zasadach obowiązujących obywateli polskich.”,
- e) dodaje się ust. 10 i 11 w brzmieniu:
 

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

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

  - 1) stopień żołnierza w służbie czynnej lub funkcjonariusza w stosunku służby;
  - 2) imię i nazwisko;

- 3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia;
- 5) adres miejsca zamieszkania;
- 6) numer prawa wykonywania zawodu;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) powody i okresy absencji w pracy;
- 9) przewidywany i faktyczny termin porodu;
- 10) informację o orzeczonej niepełnosprawności;
- 11) informacje o trybie rozwiązania umowy o pracę.

12. Dane, o których mowa w ust. 11 pkt 8–11, nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużanie szkolenia specjalizacyjnego i nadzór nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej lub jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w poufności.”;

28) w art. 16i:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

1c. Lekarz, który korzysta z uprawnienia wynikającego z ust. 1b, nie może pełnić samodzielnych dyżurów medycznych również w innych podmiotach leczniczych niż podmiot w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne.

1d. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożności 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.

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

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji przysługuje wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych



albo na jego wniosek czas wolny. Przepisy art. 151<sup>1</sup> § 1-3 i art. 151<sup>2</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.”;

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

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

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

e) po ust. 4 dodaje się ust. 5–10 w brzmieniu:

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

- 1) dyżury medyczne pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty lub innego lekarza uprawnionego do samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych, zwane dalej „dyżurami medycznymi towarzyszącymi”, albo
- 2) samodzielne dyżury medyczne – po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji oraz zgodnie z art. 16ph ust.8.

6. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach stażu kierunkowego, o którym mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. g, pełni wyłącznie dyżury medyczne towarzyszące w przypadku gdy dyżury medyczne odbywane są zgodnie z ust. 3b w jednostce prowadzącej staż kierunkowy.

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

8. W przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez

lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Okres tego odpoczynku nie powoduje wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wlicza się do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1.

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

10. Różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na pełnienie dyżurów medycznych w porze nocnej, święta i dni wolne pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny.”;

29) w art. 16j:

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

„Lekarz lub lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza lub odpowiednio lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia

zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5, o kwotę:”,

b) ust. 2m otrzymuje brzmienie:

„2m. Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej z orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji w dotychczasowej dziedzinie, o którym mowa w art. 16ea ust. 5, jeżeli lekarz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c w terminie nie dłuższym niż po ogłoszeniu wyników drugiego kolejnego postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, od dnia potwierdzenia przez wojewodę zakończenia szkolenia. Przepisy ust. 2b-2s stosuje się odpowiednio.”,

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

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

d) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3, podlega zróżnicowaniu ze względu na:

- 1) dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin uznanych za priorytetowe;
- 2) złożenie z wynikiem pozytywnym PEM.”;

30) w art. 16l:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

- pkt 3 otrzymuje brzmienie:
    - „3) w przypadkach określonych w art. 92, 176-179, 182<sup>3</sup>, 185, 188 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;”,
  - b) po ust. 5b dodaje się ust. 5c w brzmieniu:

„5c. Zgoda na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 3–5a, na wniosek lekarza złożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozwiązania umowy, o której mowa w art. 16h ust. 1, może być wydana również po dniu rozwiązania tej umowy.”,
  - c) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Za zgodą kierownika specjalizacji lekarz odbywający specjalizację w trybie rezydentury może wnioskować do kierownika jednostki szkolącej o skrócenie okresu przedłużenia umowy, o którym mowa w ust. 1–3, z wyłączeniem orzeczeń lekarskich o chorobie, nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych. Kierownik jednostki szkolącej niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o skróceniu okresu przedłużenia umowy.”;
- 31) w art. 16m:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w wymiarze pełnego etatu lub jego równoważnika, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu, zwanego dalej „kierownikiem specjalizacji”.”,
  - b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a 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 kierowników specjalizacji.”,
  - c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalanie i przekazanie lekarzowi, 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 okres trwania poszczególnych modułów szkolenia specjalizacyjnego. Kierownik specjalizacji niezwłocznie aktualizuje szczegółowy plan szkolenia w przypadku braku możliwości realizacji poszczególnych elementów szkolenia w uprzednio ustalonych terminach.”,

d) ust. 6a otrzymuje brzmienie:

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

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

„6b. EKS, o której mowa w art. 3 ust. 4, dokonuje bieżącego podsumowania realizacji poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego, zgodnego z programem specjalizacji obejmujących szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie zabiegów lub procedur medycznych, a także staży kierunkowych, kursów szkoleniowych oraz dyżurów medycznych towarzyszących lub dyżurów medycznych samodzielnych.

6c. Szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 6 jest podstawą do wykorzystania przez dyrektora CMKP w trakcie koordynacji i organizacji kursów, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2.”,

f) w ust. 7:

– pkt 1a otrzymuje brzmienie:

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

– pkt 8 otrzymuje brzmienie:

- „8) potwierdza osobiście, za pomocą SMK, zrealizowanie rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego oraz całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji.”,
- g) po ust. 7 dodaje się ust. 7a i 7b w brzmieniu:
- „7a. W przypadku nieobecności kierownika specjalizacji zadanie określone w ust. 7 pkt 8 wykonuje kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie.
- 7b. Kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne monitoruje zgodność odbywanego przez lekarza w tym podmiocie szkolenia specjalizacyjnego z zakresem programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny.”,
- h) ust. 12 otrzymuje brzmienie:
- „12. Dyrektor CMKP na podstawie opinii powołanego i odwoływanego przez siebie zespołu może uznać, w drodze decyzji, staże i kursy, o których mowa w ust. 8, za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacji i skrócić lekarzowi okres odbywania tego szkolenia o okres wskazany w opinii zespołu, jednak nie więcej niż o ½ okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego lub modułów, o których mowa w art. 16 ust. 2.”,
- i) po ust. 13a dodaje się ust. 13b w brzmieniu:
- „13b. Rozstrzygnięcie, o którym mowa w ust. 13a pkt 4, określa liczbę dni roboczych wraz z proporcjonalną liczbą dni urlopu wypoczynkowego dla tego okresu, o które ulega skrócenie szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem art. 16ma. W decyzji określa się datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego po uwzględnieniu skrócenia tego szkolenia.”,
- j) w ust. 14:
- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) konsultant krajowy właściwy dla danej dziedziny medycyny albo odpowiednio konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;”,
  - pkt 3 otrzymuje brzmienie

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

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

„15. Lekarz, któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne zawiadamia, w terminie 7 dni od zaliczenia szkolenia, kierownika jednostki szkolącej oraz wojewodę o zakończeniu tego szkolenia.

16. EKS lekarza, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i któremu kierownik specjalizacji zaliczył szkolenie specjalizacyjne ulega przekazaniu za pomocą SMK do właściwego wojewody, w terminie 30 dni od dnia zaliczenia szkolenia.”;

32) w art. 16n:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wniosek podlega weryfikacji formalnej dokonywanej przez CMKP oraz ocenie merytorycznej dokonywanej przez zespół ekspertów powołany przez dyrektora CMKP.”

b) w ust. 5:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej w stopniu naukowym doktora habilitowanego;

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

c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Na podstawie oceny merytorycznej, o której mowa w ust. 7, dyrektor CMKP w terminie 14 dni wydaje opinię, która wraz z aktami jest niezwłocznie

przekazywana do ministra właściwego do spraw zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 10.”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku gdy ocena merytoryczna, o której mowa w ust. 8, zawiera wskazanie do odbycia stażu uzupełniającego, dyrektor CMKP kieruje lekarza do odbycia tego stażu, z uwzględnieniem czasu trwania i zakresu merytorycznego tego stażu oraz wskazaniem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, w którym staż uzupełniający powinien być odbyty z uwzględnieniem miejsca zamieszkania wnioskodawcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”,

e) ust. 13 i 14 otrzymują brzmienie:

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

14. Po otrzymaniu opinii zawodowej, o której mowa w ust. 13, dyrektor CMKP w terminie 7 dni przekazuje tę opinię wraz z aktami sprawy do ministra właściwego do spraw zdrowia. Na podstawie opinii zawodowej minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję, w której uznaje tytuł specjalisty za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej, albo odmawia uznania tego tytułu.”,

f) dodaje się ust. 16 w brzmieniu:

„16. Decyzje, o których mowa w ust. 9 i 14, są przekazywane lekarzowi za pomocą SMK, a w przypadku odmowy uznania tytuł specjalisty za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej decyzja przekazywana jest także na piśmie na adres wskazany we wniosku, o którym mowa w ust. 3.”;

33) w art. 16o:

a) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Przez zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, należy rozumieć faktyczne zaprzestanie przez lekarza realizacji programu specjalizacji, zgodnie z rocznym



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

- b) w ust. 4 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:  
„3) danych rejestrowych wskazujących na zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 6, z przyczyn leżących po stronie lekarza.”;

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

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

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

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

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

- g) stwierdzania zgonu,
  - h) wystawiania recept,
  - i) wydawania orzeczeń lekarskich,
  - j) pełnienia dyżurów medycznych;
- 2) płatnego urlopu szkoleniowego, o którym mowa w art. 16h ust. 2 pkt 2, 3 i 5, art. 16pc ust. 4 i art. 16s ust. 2;
  - 3) samokształcenia realizowanego w ramach szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze określonym w programie szkolenia specjalizacyjnego.”;
- 35) w art. 16p w ust. 2 pkt 14 otrzymuje brzmienie:
- „14) numer karty szkolenia specjalizacyjnego albo EKS;”;
- 36) po art. 16p dodaje się art. 16pa–16pi w brzmieniu:
- „Art. 16pa.1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, z wyłączeniem lekarza, o którym mowa w art. 16 ust. 4 i ust. 11, jest obowiązany zdać PEM.
2. Lekarz może przystąpić do PEM nie wcześniej niż po zakończeniu pierwszego roku szkolenia specjalizacyjnego.
3. Uprawnienie lekarza do przystąpienia do PEM potwierdza w SMK kierownik specjalizacji.
4. Lekarz zamierzający przystąpić do PEM składa wniosek w tej sprawie do dyrektora CEM.
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, data wydania i organ wydający;
  - 6) imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy lub stopień naukowy, lub tytuł naukowy kierownika specjalizacji;
  - 7) wskazanie organu, o którym mowa w art. 16c ust. 8;

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

6. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, składa się za pomocą SMK w terminie do dnia 15 stycznia każdego roku dla sesji wiosennej albo do dnia 15 sierpnia każdego roku dla sesji jesiennej.

7. W przypadku awarii SMK trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej złożenie wniosku w okresie tygodnia przed upływem odpowiednich terminów, terminy te przedłuża się o czas trwania awarii od momentu usunięcia awarii. Przedłużenie następuje z urzędu przez operatora systemu.

8. Do terminów, o których mowa w ust. 5, nie stosuje się przepisów art. 58-60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

Art. 16pb. 1. W przypadku zgłoszenia do PEM po raz drugi i kolejny lekarz ponosi opłatę, z zastrzeżeniem ust. 6, w wysokości nie wyższej niż 10% 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. Wysokość opłaty określa dyrektor CEM.

2. Opłata, o której mowa w ust. 1, jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania wniosku, o którym mowa w art. 16pa ust. 3. Opłata powinna być uiszczona niezwłocznie po złożeniu wniosku, nie później niż w terminie 5 dni od upływu terminu składania wniosków, o którym mowa w art. 16pa ust. 5.

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

4. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych, o których mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od skierowania wezwania dotknięty nimi wniosek traktuje się jako

niezłożony. O konsekwencji tej dyrektor CEM informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych.

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

6. Bezpłatne złożenie po raz drugi zgłoszenia do PES możliwe jest jedynie w przypadku braku zaliczenia egzaminu w pierwszym podejściu lub nieprzystąpienia do niego.

Art. 16pc.1. PEM jest organizowany przez dyrektora CEM we współpracy z wojewodami.

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

- 1) wiosennej, która trwa od dnia 16 lutego do dnia 28 lutego;
- 2) jesiennej, która trwa od dnia 16 września do 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. 16pa ust. 3, nie później niż 14 dni przed terminem danego egzaminu.

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

Art. 16pd. 1. W celu przeprowadzania PEM dyrektor CEM powołuje Państwową Komisję Egzaminu Modułowego, zwaną dalej „PKEM”.

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

3. W skład PKEM wchodzi lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny objętej PEM:

- 1) co najmniej jeden przedstawiciel konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny lub konsultant krajowy w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z

obronnością kraju w czasie wojny i pokoju lub konsultant wojskowej służby zdrowia;

2) co najmniej jeden przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej.

4. Do członków PKEM stosuje się odpowiednio przepisy art. 14b ust. 3 i 6–9.

5. Dyrektor CEM, w celu przeprowadzenia PEM w ustalonych miejscach i terminach, wyznacza spośród członków PKEM zespoły egzaminacyjne.

6. PEM przeprowadza się w obecności co najmniej trzech członków PKEM.

7. Do zadań zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w ust. 5, należy przekazanie CEM kart testowych i innej dokumentacji PEM, bezpośrednio po jego przeprowadzeniu.

8. Członkom zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego dany PEM przysługuje:

- 1) wynagrodzenie za udział w pracach tego zespołu w wysokości nie wyższej niż 500 zł dla przewodniczącego i nie wyższej niż 300 zł dla członka;
- 2) zwrot kosztów związanych z podróżą służbową w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77<sup>5</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;
- 3) zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia zespołu egzaminacyjnego, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

9. PEM może być przeprowadzany przy pomocy przedstawicieli CEM, wykonujących czynności techniczno-administracyjne. Osoby takie nie wchodzi w skład PKEM. Przysługuje im wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 200 zł za pracę przy przeprowadzeniu danego PEM.

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

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

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

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

5. Tworzy się bazę pytań PEM. Dyrektor CEM określa minimalną liczbę pytań zawartą w bazie pytań. Bazę posiadanych pytań PEM dyrektor CEM udostępnia na stronie internetowej CEM.

6. Pytania testowe, o których mowa w ust. 1, wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu publikowane są w terminie 7 dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone są w bazie pytań PEM.

7. Dyrektor CEM, na rok przed PEM zamieszcza na stronie internetowej CEM, oraz za pomocą SMK, wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których przygotowywane są pytania do testu, o którym mowa w ust. 1.”

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

2. W przypadku gdy do PEM w danej specjalności zgłosiło się mniej niż 100 osób dyrektor CEM może zdecydować, że egzamin będzie przeprowadzony w formie testu komputerowego przy użyciu urządzenia egzaminacyjnego wykorzystującego jednolite oprogramowanie opracowane przez CEM.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, nie stosuje się art. 16pd ust. 1–8.

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

5. Zdający PEM w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PEM. Zastrzeżenie składa się do dyrektora CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM. W przypadku uznania zgłoszonego zastrzeżenia, zadanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku egzaminu testowego w stosunku do wszystkich zdających, co odpowiednio obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za zadania unieważnione nie są przyznawane.

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

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

8. W przypadku stwierdzenia w trakcie egzaminu naruszenia zakazu, o którym mowa w ust. 7, lub rozwiązywania testu niesamodzielnie, przewodniczący zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16pd ust. 5, dokonuje dyskwalifikacji zdającego i odnotowuje fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny oraz godziną przerwania egzaminu w protokole egzaminacyjnym.

9. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazu i dźwięku zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o których mowa w ust. 6, że zdający naruszył zakaz, o którym mowa w ust. 7, lub rozwiązał test niesamodzielnie, Przewodniczący PKEM dokonuje dyskwalifikacji zdającego. Fakt dyskwalifikacji wraz ze wskazaniem jej przyczyny odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.

10. W przypadku przeprowadzania PEM w sposób, o którym mowa w ust. 2, dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 8 lub 9, dokonuje dyrektor CEM.

11. O dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 9, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. Informację o dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 8 albo 9, dyrektor CEM zamieszcza w SMK oraz podaje na stronie internetowej CEM.

12. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jeżeli lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem okręgowej izby lekarskiej, albo właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wojskowej izby lekarskiej, jeżeli lekarz lub lekarz dentysta jest członkiem wojskowej izby lekarskiej.

13. Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PEM w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji.

14. 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. 16pg. 1. W przypadku rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu PEM dyrektor CEM, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia, może wydać zarządzenie o unieważnieniu egzaminu dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

2. Informacja o unieważnieniu PEM jest przekazywana zainteresowanym osobom za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez lekarza we wniosku, o którym mowa w art. 16pa ust. 4.

3. W przypadku unieważnienia PEM z przyczyn nieleżących po stronie zdającego nie pobiera się opłaty, o której mowa w art. 16pb ust. 1, od osoby zgłaszającej się do kolejnego egzaminu, która przystępowała do unieważnionego egzaminu.

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



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

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

4. Na wniosek lekarza, który złożył z wynikiem pozytywnym PEM, dyrektor CEM wydaje, odpłatnie, duplikat albo odpis 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, nie później niż w terminie 7 dni od dnia złożenia tego egzaminu.

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

7. Złożenie z wynikiem pozytywnym PEM jest warunkiem przystąpienia do PES, z zastrzeżeniem, o których mowa w art. 16 ust. 7 i 16.

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

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

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

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

1) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PEM,

- 2) sposób obliczania wysokości opłaty, o której mowa w art. 16pb ust. 1,
- 3) szczegółowy sposób i tryb składania PEM oraz ustalania jego wyników,
- 4) tryb powoływania i odwoływania PKEM,
- 5) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczących zespołów egzaminacyjnych, o których mowa w art. 16pc ust. 5 oraz osób, o których mowa w art. 16pc ust. 9,
- 6) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 14b ust. 8, dla członków PKEM,
- 7) wzór świadectwa, o którym mowa w art. 16ph ust. 1,
- 8) szczegółowy tryb unieważniania PEM,
- 9) wzór świadectwa złożenia PEM,
- 10) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PEM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16ph ust. 3,
- 11) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia PEM – uwzględniając prawidłowe przygotowanie i przebieg PEM oraz zachowanie bezstronności pracy zespołów egzaminacyjnych, o których mowa w art. 16pd ust. 5, nakład ich pracy, a także konieczność zapewnienia prawidłowego tworzenia dokumentacji dotyczącej złożenia PEM.

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

37) w art. 16r:

a) ust. 3–6 otrzymują brzmienie:

„3. Podmioty, o których mowa w ust. 2, dokonują weryfikacji, o której mowa w ust. 1, oraz zwracają się, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów wojewódzkich o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji przez kierownika specjalizacji. Konsultant wojewódzki dokonuje weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. W przypadku braku konsultanta wojewódzkiego właściwym jest konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny.

4. W przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, właściwy konsultant, o którym mowa w ust. 3, przed dokonaniem weryfikacji, o której mowa w ust. 3, może zwrócić się do właściwego konsultanta do spraw obronności kraju o opinię.

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

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

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

- b) dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał decyzję o dopuszczeniu do PES, zachowuje uprawnienia, o których mowa w art. 160a ust. 2.”;

- 38) w art. 16rb:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, lekarz dentysta, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego i złożył z wynikiem pozytywnym PEM, z zastrzeżeniem ust. 1a, albo który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, oraz lekarz, który ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 albo ust. 16, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.”,

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

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

39) w art. 16rc:

a) ust. 5–7 otrzymują brzmienie:

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

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

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

b) dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:

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

udostępniania może być monitorowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk.

9. Dyrektor CEM po uzgodnieniu z konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny publikuje w SMK na rok przed egzaminem zakres merytoryczny PES dla danej dziedziny wraz z podaniem wykazu źródeł bibliograficznych w języku polskim do poszczególnych działów i dokładnych wytycznych odpowiednich towarzystw naukowych, z których są układane pytania do PES.”;

40) w art. 16t:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny lekarz ponosi opłatę, z zastrzeżeniem ust. 5, w wysokości nie wyższej niż 25% 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.”,

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

„1a. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, określa dyrektor CEM.”,

c) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„5. Bezpłatne złożenie po raz drugi zgłoszenia do PES możliwe jest jedynie w przypadku braku zaliczenia egzaminu w pierwszym podejściu lub nieprzystąpienia do niego.

6. Lekarz może przystąpić do PES w okresie 5 lat od potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art.16r ust. 6 pkt 1.”;

41) w art. 16w:

a) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Lekarzowi, który złożył PES z wynikiem pozytywnym, dyrektor CEM po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 albo po uzyskaniu decyzji dopuszczenia do PES, o

której mowa w art. 16 ust. 7, ust. 9 albo ust. 16, wydaje dyplom PES w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji egzaminacyjnej od PKE.”,

b) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Do lekarza, który uzyskał decyzję o dopuszczeniu do PES, wydaną zgodnie z art. 16 ust. 7, ust. 9 albo ust. 16, nie stosuje się przepisów ust. 1–9.”;

42) w art. 16x ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji lekarskiej,
- 2) sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarza dentysty, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza dentysty z danym programem specjalizacji lekarsko-dentystycznej,
- 3) wykaz specjalizacji, o których mowa w art. 16 ust. 2 pkt 2,
- 4) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy,
- 5) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego  
– uwzględniając powiązania dziedzin medycyny w ramach modułów i w ramach specjalizacji, dziedziny medycyny oraz minimalne okresy kształcenia w odniesieniu do tych dziedzin, określone w przepisach Unii Europejskiej, a także aktualny stan wiedzy medycznej;
- 6) regulamin postępowania kwalifikacyjnego zawierający tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, uwzględniający punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego do szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego,

- 7) szczegółowy sposób kierowania na szkolenie i odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty,
  - 8) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
  - 9) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES,
  - 10) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
  - 11) szczegółowy tryb unieważniania pytań testowych,
  - 12) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE albo zespołu egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 16u ust. 7 pkt 1,
  - 13) wysokość i sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16t ust. 1,
  - 14) tryb powoływania PKE,
  - 15) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 14b ust. 8, dla członków PKE,
  - 16) tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w danym programie specjalizacji i ewentualne skrócenie szkolenia specjalizacyjnego,
  - 17) 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 specyfikę wynikającą z form wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty;
- 18) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji;
  - 19) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego,

- 20) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego,
- 21) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy dentystów posiadających stopień naukowy doktora za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego – uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą;
- 22) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu lub odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu lub odpisu dyplomu PES,
- 23) tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie korekty dyplomu,
- 24) wzór dokumentu, o którym mowa w art. 19g ust. 7, potwierdzającego ukończenie kursu,
- 25) wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych, o którym mowa w art. 19i ust. 12 pkt 1 – mając na celu zapewnienie sprawnej realizacji zadań przez CEM, zapewnienie przejrzystości dokumentu, o którym mowa w art. 19g ust. 7 oraz uwzględniając nakład pracy związany z przeprowadzaniem czynności kontrolnych.”;
- 43) art. 17 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 17. 1. Lekarz albo lekarz dentysta może uzyskać certyfikat potwierdzający posiadane umiejętności zawodowe, zwany dalej „certyfikatem umiejętności zawodowej”.
2. Certyfikat umiejętności zawodowej przyznaje towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP.
3. Warunkiem dopuszczenia właściwego towarzystwa naukowego do potwierdzenia uzyskania danej umiejętności zawodowej jest zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Informacje te zamieszcza się na stronie internetowej towarzystwa naukowego.
4. Rejestr, o którym mowa w ust. 3, zawiera:
- 1) numer i datę wpisu towarzystwa naukowego;



- 2) nazwę towarzystwa naukowego;
- 3) siedzibę i adres towarzystwa naukowego;
- 4) formę organizacyjno-prawną towarzystwa naukowego;
- 5) określenie umiejętności zawodowych certyfikowanych przez towarzystwo;
- 6) numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym, jeżeli towarzystwo naukowe taki numer posiada, oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP);
- 7) numer i datę o zmianie wpisu w rejestrze;
- 8) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w ust. 7;
- 9) datę wykreślenia z rejestru.

5. Dyrektor CMKP jest obowiązany dokonać wpisu towarzystwa naukowego do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis. Wniosek zawiera dane, o których mowa w ust. 4 pkt. 1–6.

6. Towarzystwo naukowe wpisane do rejestru jest obowiązane zgłaszać dyrektorowi CMKP wszelkie zmiany danych, o których mowa w ust. 4 pkt 1–6, w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

7. Dyrektor CMKP jest uprawniony do kontroli towarzystw naukowych w zakresie:

- 1) zgodności ze stanem faktycznym informacji, o których mowa w ust. 4 pkt 1–6;
- 2) spełniania warunków określonych w regulaminie, o którym mowa w ust. 19;
- 3) zapewnienia odpowiedniej weryfikacji wiedzy i umiejętności lekarzy ubiegających się o uzyskanie certyfikatu właściwego dla danej umiejętności zawodowej gwarantującej wysoką jakość świadczeń medycznych udzielanych w ramach posiadanej umiejętności zawodowej.

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

9. Osoby, o których mowa w ust. 8, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń dydaktycznych;
- 2) udziału w zajęciach w charakterze obserwatora;

- 3) wglądu do prowadzonej przez organizatora kształcenia dokumentacji przebiegu certyfikowania;
- 4) żądania od organizatora kształcenia ustnych i pisemnych wyjaśnień;
- 5) badania opinii uczestników kształcenia i kadry dydaktycznej.

10. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- 1) nazwę i adres siedziby towarzystwa naukowego;
- 2) miejsce odbywania certyfikacji;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
- 4) imiona i nazwiska osób wykonujących te czynności;
- 5) opis stanu faktycznego;
- 6) stwierdzone nieprawidłowości;
- 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
- 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
- 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu przez towarzystwo naukowe oraz o przyczynie tej odmowy.

11. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz uprawniony członek zarządu towarzystwa naukowego.

12. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem, towarzystwo naukowe zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

13. Odmowa podpisania protokołu nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

14. Jeden egzemplarz protokołu przekazuje się towarzystwu naukowemu.

15. Osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji na temat organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie umiejętności zawodowych oraz wyników prowadzonego postępowania.

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

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

18. Na podstawie ustaleń zawartych w protokole, w przypadku stwierdzenia rażącego naruszenia warunków wymaganych do certyfikowania umiejętności zawodowych oraz niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, dyrektor CMKP wykreśla towarzystwo naukowe z rejestru.

19. Towarzystwo naukowe sporządza regulamin organizacji i prowadzenia certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej, w którym określa:

- 1) warunki lokalowe, kadrowe i sprzętowe;
- 2) sposób prowadzenia i dokumentowania certyfikacji;
- 3) sposób realizacji wewnętrznego systemu oceny jakości certyfikacji;
- 4) sposób i tryb opracowania programu certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej, o którym mowa w ust. 21;
- 5) wymogi, jakie musi spełnić lekarz przystępujący do certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej;
- 6) wzór certyfikatu umiejętności zawodowej.

20. Towarzystwo naukowe sporządza program certyfikacji w zakresie danej umiejętności zawodowej.

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

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

23. Informację o której mowa w ust. 22, właściwa okręgowa izba lekarska wpisuje do rejestru, o którym mowa w art. 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

24. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej oraz

szczegółowe kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej, mając na względzie zapewnienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

25. 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.”;

44) art. 18 otrzymuje brzmienie:

„Art. 18. 1. Lekarz i lekarz dentysta ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego.

2. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK oraz przez dokonanie wpisu w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów prowadzonym przez okręgową radę lekarską. 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 i 5.

3. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarza oraz lekarza dentysty:

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

4. Lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego przysługuje 6 dni płatnych na samokształcenie.

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

6. Koszty doskonalenia zawodowego może pokrywać, lekarz, lekarz dentysta, podmiot leczniczy, w którym lekarz wykonuje zawód, okręgowa izba lekarska lub

Naczelna Izba Lekarska, Wojskowa Izba Lekarska albo podmiot organizujący szkolenie z zakresu doskonalenia zawodowego.

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

45) w art. 19:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, z wyłączeniem umiejętności zawodowych, mogą prowadzić:

- 1) podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
- 2) inne podmioty niż wymienione w pkt 1 uprawnione do kształcenia obejmującego ustawiczny rozwój zawodowy na podstawie odrębnych przepisów, w tym uczelnie medyczne, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną lub badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze;
- 3) inne podmioty niż wymienione w pkt 1 i 2 po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, zwane dalej „organizatorami kształcenia”.”,

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

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

c) dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie przekazują okręgowej radzie lekarskiej, w sposób ustalony przez właściwą okręgową radę lekarską informacje o dopełnieniu przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego.

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

46) art. 19a otrzymuje brzmienie:

„Art. 19a. Kształcenie w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego wykonywane przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646 1479, 1629, 1633 i 2212).”;

47) w art. 19b:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Organizator kształcenia zamierzający wykonywać działalność w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, z wyłączeniem podmiotów prowadzących staż, o których mowa w art. 15c ust. 1 oraz podmiotów realizujących doskonalenie zawodowe, przedstawia dane potwierdzające spełnienie warunków, o których mowa w art. 19 ust. 2, oraz składa do właściwej okręgowej rady lekarskiej wnioski o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, zwanego dalej „rejestrem”, zawierający dane, o których mowa w art. 19c ust. 3 pkt 1–6.

2. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

„Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”,

b) w ust. 6 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

dokumentacji dotyczącej prowadzenia ustawicznego rozwoju zawodowego;”;

c) dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Administratorem danych osobowych rejestru, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3, jest właściwa okręgowa rada lekarska oraz Naczelna Rada Lekarska.”;

48) w art. 19c:

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

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

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

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

„1) przedmiotu i szczegółowego programu kształcenia;

2) terminu rozpoczęcia i zakończenia kształcenia;

3) miejsca i adresu kształcenia;

4) regulaminu kształcenia zawierającego:

a) sposób i tryb kształcenia,

b) zasady i tryb naboru uczestników,

c) uprawnienia i obowiązki osób uczestniczących w kształceniu,

d) szczegółowy sposób weryfikacji wyników kształcenia,

e) wysokość opłaty za udział w kształceniu;”;

49) w art. 19f:

a) w ust. 2:

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

„4a) zapewnić należyte dokumentowanie indywidualnie dla każdego specjalizującego się, za pomocą SMK, przebiegu kształcenia prowadzonego w jednostce,

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;”;

– w pkt 5 część wspólna otrzymuje brzmienie:

- „– którzy wyrazili zgodę na pełnienie funkcji kierownika specjalizacji w czasie pracy równym wymiarowi pełnego etatu lub w równoważnym czasie pracy zapewniającym realizację programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne pod jego nadzorem;”,
- pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) zawierać pisemne porozumienie z podmiotami, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarzy programu specjalizacji, w tym staży kierunkowych, o których mowa w ust. 3, których realizacji nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej;”,
  - dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) posiada opracowany i wdrożony zakładowy plan realizacji szkolenia dla danych dziedzin medycyny zgodny z programami szkolenia specjalizacyjnego zatwierdzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”,
- b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:
- „9. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki 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 lub dnia reorganizacji, jeżeli złoży do wojewody i dyrektora CMKP, za pomocą SMK, oświadczenie o spełnianiu wymagań określonych w ust. 2. Przepis ust. 10 stosuje się odpowiednio.”,
- c) po ust. 9 dodaje się ust. 9a–9d w brzmieniu:
- „9a. Wraz z oświadczeniem, o którym mowa w ust. 9, jednostka 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 wojewodą kierują 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.”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

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

e) ust. 12 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 ona o tym niezwłocznie wojewodę oraz dyrektora CMKP, który skreśla ją, w drodze decyzji z listy jednostek akredytowanych, o których mowa w ust. 1 i 3.”,

f) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. W przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe w danej specjalizacji, organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8, występuje do dyrektora CMKP o zmniejszenie maksymalnej liczby miejsc szkoleniowych, o której mowa w ust. 7, odpowiednio do liczby nieprzyjętych osób.”;

50) w art. 19g:

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

„1a. Kursy, o których mowa w ust. 1, mogą być realizowane w formie kursu e-learningowego.”,
- b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Dyrektor CMKP w porozumieniu z jednostkami, o których mowa w art. 19 ust. 1, a w zakresie medycyny rodzinnej wskazany przez dyrektora CMKP instytut badawczy, koordynują organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji zgodnie z wymogami odpowiednich specjalizacji oraz liczbą i rozmieszczeniem regionalnym lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny.”,
- c) po ust. 4a dodaje się ust. 4b i 4c w brzmieniu:

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

4c. W przypadku dysponowania wolnymi miejscami przez podmiot prowadzący kursy szkoleniowe objęte daną specjalizacją w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, w kursie tym może uczestniczyć lekarz dentysta nie odbywający szkolenia specjalizacyjnego. Warunki uczestnictwa w takim kursie określa jednostka organizująca kurs w porozumieniu z dyrektorem CMKP.”,
- d) dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:

„9. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić nadzorowanej uczelni wyższej lub instytutowi badawczemu realizację kursów specjalizacyjnych w określonej dziedzinie medycyny. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się.

10. Koszty związane z realizacją zadania, o którym mowa w ust. 9, są pokrywane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.”;

51) w art. 19h:

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

„4) spełnienie warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2 i 3.”,
- b) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje dyrektor CMKP. Dyrektor CMKP może zlecić instytutowi badawczemu nadzorowanemu przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie umowy, przeprowadzenie kontroli w zakresie określonej dziedziny medycyny właściwej dla danego instytutu, z zastrzeżeniem art. 19i ust. 1.

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

52) w art. 19i:

a) w ust. 1:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

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

„6) kontroli spełniania warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2 i 3.”,

c) dodaje się ust. 14 i 15 w brzmieniu:

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

15. Od decyzji, o których mowa w ust. 11, przysługuje wniosek do dyrektora CMKP o ponowne rozpatrzenie sprawy.”;

53) art. 19j otrzymuje brzmienie:

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

- 1) rejestrowaniu danych i prowadzeniu rejestrów, list lub innych wykazów;
- 2) przetwarzaniu danych dotyczących liczby jednostek szkolących i miejsc szkoleniowych;
- 3) badaniu poprawności funkcjonowania poszczególnych procedur szkoleniowych oraz realizacji określonych programów szkoleniowych na każdym ich etapie;
- 4) badaniu poprawności realizowania zadań przez osoby bezpośrednio nadzorujące lekarzy odbywających szkolenie lub bezpośrednio kierujące ich szkoleniem.”;

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

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

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

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

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

55) w art. 20a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłosi na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wykaz specjalności lekarskich uzyskiwanych w

państwach członkowskich Unii Europejskiej, które odpowiadają specjalnościom uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej.”;

56) art. 21–23 otrzymują brzmienie:

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

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

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

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

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

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

2. Eksperymentem badawczym może kierować inna uprawniona osoba, o ile lekarz mający kwalifikacje określone w ust. 1, współdziała w przeprowadzeniu eksperymentu, kontrolując przebieg jego części medycznej.”;

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

„Art. 23a. 1. Zabrania się przeprowadzania eksperymentów badawczych na:

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

2. Udział w eksperymencie badawczym osoby małoletniej jest dozwolony po łącznym spełnieniu następujących warunków:

- 1) spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletnich, należących do tej grupy wiekowej;
- 2) nie istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.

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

2. Nie jest dopuszczalne przeprowadzenie eksperymentu medycznego z wykorzystaniem przymusowego położenia uczestnika takiego eksperymentu.

Art. 23c. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po zawarciu umowy ubezpieczenia na rzecz jego uczestnika.

2. W przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia uczestnika eksperymentu leczniczego, można wyjątkowo odstąpić od obowiązku zawarcia umowy ubezpieczeniowej.

3. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę eksperymentu medycznego.”;

58) art. 24 i art. 25 otrzymują brzmienie:

„Art. 24. 1. Uczestnik eksperymentu, przed wyrażeniem zgody, o której mowa w art. 25, otrzymuje informację ustnie i pisemnie, w zrozumiałej formie. Przekazanie informacji zostaje odnotowane w dokumentacji eksperymentu.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje:

- 1) cel, pełny plan eksperymentu oraz ryzyko i korzyści związane z eksperymentem,
- 2) zakres i długość trwania procedur, które mają być stosowane, w szczególności wszelkie uciążliwości i zagrożenia dla zdrowia uczestnika eksperymentu, związane z jego udziałem w eksperymentach;
- 3) dostępne procedury profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne;
- 4) ustalenia dotyczących sposobu reagowania na zdarzenia niepożądane oraz pytania i wątpliwości uczestnika eksperymentu;
- 5) środki powzięte w celu zapewnienia poszanowania życia prywatnego uczestnika eksperymentu oraz poufności danych osobowych;
- 6) zasady dostępu do informacji istotnych dla uczestnika, uzyskanych podczas realizacji eksperymentu oraz do ogólnych jego wyników;
- 7) zasady wypłaty odszkodowania w sytuacji powstania szkody;
- 8) wszelkie przewidywane dalsze użycie wyników eksperymentu, danych oraz materiału biologicznego zgromadzonego w jego trakcie, w tym jego użycia dla celów komercyjnych;
- 9) źródła finansowania eksperymentu.

3. Dodatkowo uczestnik eksperymentu, przed jego rozpoczęciem, musi zostać poinformowany o swoich prawach oraz o ochronie gwarantowanej w przepisach prawa, w szczególności o przysługującym mu prawie do odmowy udzielenia zgody i

do wycofania zgody w każdym momencie, bez podania przyczyny i bez negatywnych konsekwencji prawnych w postaci jakiegokolwiek dyskryminacji, w tym w zakresie prawa do opieki zdrowotnej.

4. W przypadku gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, osoba przeprowadzająca eksperyment ma obowiązek go o tym poinformować.

Art. 25. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony po uzyskaniu zgody osoby, na której ma być przeprowadzony lub której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć.

2. W przypadku osoby małoletniej, która nie ukończyła 16 roku życia, zgody udziela jej przedstawiciel ustawowy.

3. W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16 rok życia wymagana jest zgoda takiej osoby oraz jej przedstawiciela ustawowego. Jeśli między tymi osobami nie ma porozumienia, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

4. W sprawach, o którym mowa w ust. 2 i 3, stosuje się art. 97 § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie zgody udziela jej opiekun prawny. Przepisu art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie stosuje się. Jeśli osoba ubezwłasnowolniona całkowicie ma dostateczne rozeznanie, wymagana jest również jej zgoda. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio.

6. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej częściowo niepozostającej pod władzą rodzicielską, zgody udziela kurator tej osoby po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Przepisy ust. 3 i 5 stosuje się odpowiednio.

7. W przypadku osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nie będącej w stanie z rozeznanie wyrazić zgody, zezwolenia na przeprowadzenie eksperymentu leczniczego udziela sąd opiekuńczy właściwym miejscowo, w którego okręgu eksperyment ma być przeprowadzony.

8. Zgoda, o której mowa w ust. 1-6 wymaga formy pisemnej. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch postronnych świadków posiadających pełną



zdolność do czynności prawnych. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji eksperymentu.

9. W przypadku gdy przedstawiciel ustawowy odmawia zgody na udział chorego w eksperymencie leczniczym, zezwolenia na przeprowadzanie eksperymentu może udzielić sąd opiekuńczy. W przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy lub uczestnik eksperymentu odmawia zgody na udział w eksperymencie badawczym, jego przeprowadzenie jest zabronione.

10. Z wnioskiem o wyrażenie zezwolenia sądowego na udział w eksperymencie medycznym lub w sprawach, o których mowa w ust. 3-6, może wystąpić przedstawiciel ustawowy uczestnika eksperymentu albo podmiot zamierzający przeprowadzić eksperyment.”;

59) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:

„Art. 25a. Przeprowadzenie eksperymentu leczniczego bez wymaganej prawnie zgody jest dopuszczalne po łącznym spełnieniu następujących warunków:

- 1) uczestnik eksperymentu nie jest w stanie udzielić zgody;
- 2) zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki i ze względu na konieczność natychmiastowego działania uzyskanie zgody od przedstawiciela ustawowego uczestnika eksperymentu lub zezwolenia sądowego nie jest możliwe w wystarczająco krótkim czasie;
- 3) eksperyment o porównywalnej skuteczności nie może być przeprowadzony na osobach nieznajdujących się w sytuacji niecierpiącej zwłoki;
- 4) uprzednio taki eksperyment został pozytywnie zaopiniowany przez komisję bioetyczną;
- 5) uczestnik eksperymentu uprzednio nie wyraził sprzeciwu wobec udziału w takim eksperymencie;
- 6) uczestnik eksperymentu prowadzonego w sytuacji niecierpiącej zwłoki, i – jeśli dotyczy – jego przedstawiciel ustawowy, otrzyma wszelkie istotne informacje dotyczące uczestnictwa w eksperymencie w najszybszym możliwym czasie;
- 7) zgoda albo zezwolenie sądowe na dalszy udział w eksperymencie zostaną uzyskane niezwłocznie.”;

60) art. 26–29 otrzymują brzmienie:

„Art. 26. 1. Udział w eksperymencie nie może opóźnić ani pozbawiać jego uczestnika procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych, które są konieczne medycznie.

2. Podczas eksperymentu zapewnia się uczestnikowi przypisanemu do grupy kontrolnej stosowanie sprawdzonych metod zapobiegania, diagnozowania lub leczenia.

3. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi niedopuszczalnego ryzyka lub obciążenia dla uczestnika eksperymentu.

Art. 27. 1. Uczestnik eksperymentu lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Podmiot przeprowadzający eksperyment musi wówczas przerwać prowadzenie eksperymentu.

2. Podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia chorego przewyższające spodziewane dla niego korzyści.

3. Podmiot prowadzący eksperyment badawczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania nastąpi nieprzewidziane zagrożenie zdrowia lub życia uczestnika eksperymentu.

Art. 28. Informacja uzyskana w związku z eksperymentem medycznym lub badaniem przesiewowym może być wykorzystana do celów naukowych, bez zgody uczestnika eksperymentu, w sposób uniemożliwiający jego identyfikację.

Art. 29. 1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny, wysokie kwalifikacje specjalistyczne oraz znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu eksperymentów medycznych.

2. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu kryteriów etycznych oraz celowości i wykonalności projektu.

3. Komisje bioetyczne i Odwoławcza Komisja Bioetyczna wydają także opinie dotyczące badań naukowych, jeżeli inne ustawy tak stanowią, w zakresie określonym w tych ustawach.

4. Komisje bioetyczne powołują:

- 1) okręgowa rada lekarska na obszarze swojego działania, z wyłączeniem podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3;
- 2) rektor uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu;
- 3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje Odwoławczą Komisję Bioetyczną, rozpatrującą odwołania od uchwał komisji bioetycznych, o których mowa w ust. 2

6. W skład komisji bioetycznych, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3, wchodzi również przedstawiciel właściwej okręgowej rady lekarskiej.

7. Członkiem komisji bioetycznej nie może zostać osoba skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe lub prawomocnie skazana na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu albo karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

8. Kandydat do komisji bioetycznej przed powołaniem do niej wyraża pisemną zgodę na udział w pracach komisji oraz składa oświadczenie o zachowaniu bezstronności i poufności.

9. Podmiot powołujący komisję bioetyczną odwołuje członka komisji przed upływem kadencji, jeżeli:

- 1) złożył on rezygnację z pełnionej funkcji;
- 2) w ocenie tego podmiotu nie realizuje powierzonych mu zadań lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie;
- 3) został skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe lub został

prawomocnie skazany na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu albo zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

10. Komisja działa zgodnie z regulaminem określonym przez organ powołujący.

11. W podejmowaniu uchwały nie może brać udziału członek komisji, którego bezpośrednio albo pośrednio dotyczy wnioski, będący przedmiotem uchwały.

12. W posiedzeniu komisji bioetycznej, poza jej członkami, mogą uczestniczyć:

- 1) wnioskodawca, w części posiedzenia dotyczącej prezentacji jego wniosku;
- 2) eksperci wydający opinię o danym eksperymencie medycznym.

13. Komisja bioetyczna podejmuje uchwałę wyrażającą opinię o projekcie eksperymentu medycznego w drodze głosowania tajnego. W głosowaniu mogą być oddane wyłącznie głosy za wydaniem opinii pozytywnej albo za wydaniem opinii negatywnej. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów. Komisja wyraża opinię nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji eksperymentu medycznego.

14. Odwołanie od uchwały komisji bioetycznej wyrażającej opinię może wnieść:

- 1) wnioskodawca;
- 2) kierownik podmiotu, w którym eksperyment medyczny ma być przeprowadzony;
- 3) komisja bioetyczna właściwa dla ośrodka, który ma uczestniczyć w wieloośrodkowym eksperymencie medycznym.

15. Odwołanie, o którym mowa w ust. 14, wnosi się za pośrednictwem komisji bioetycznej, która podjęła uchwałę, do Odwoławczej Komisji Bioetycznej, w terminie 14 dni od dnia doręczenia uchwały wyrażającej opinię.

16. Jeżeli komisja bioetyczna, która wydała opinię, uzna, że odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie, może wydać nową opinię, w której uchyli albo zmieni opinię objętą odwołaniem.

17. Komisja bioetyczna, która wydała opinię, jest obowiązana przesłać odwołanie wraz z aktami sprawy Odwoławczej Komisji Bioetycznej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymała odwołanie, jeżeli w tym terminie nie wydała nowej opinii na podstawie ust. 16.

18. Odwoławcza Komisja Bioetyczna rozpatruje odwołanie w terminie 3 miesięcy od dnia jego otrzymania zgodnie z ust. 17.

19. Członkom Odwoławczej Komisji Bioetycznej za posiedzenie oraz ekspertowi za sporządzenie opinii przysługuje:

- 1) wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 40% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez 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;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77<sup>5</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

20. Dokumentacja eksperymentu medycznego oraz materiały z posiedzeń komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej, w szczególności jej uchwały, są przechowywane zgodnie z przepisami art. 5 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

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

- 1) szczegółowe zasady powoływania i strukturę organizacyjną komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej,
  - 2) wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 8,
  - 3) wykaz danych zamieszczanych we wniosku o wyrażenie opinii w sprawie eksperymentu medycznego,
  - 4) szczegółowe zasady postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie eksperymentu medycznego,
  - 5) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej – uwzględniając konieczność rzetelnego i sprawnego wydawania opinii w sprawach, o których mowa w ust. 2 i 3.”;
- 61) art. 30 otrzymuje brzmienie:

„Art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.”;

62) art. 39 otrzymuje brzmienie:

„Art. 39. Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.”;

63) w art. 53 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską prowadzący odpowiednio staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne może zatrudniać lekarza, lekarza dentystę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego lub szkolenia specjalizacyjnego.”;

64) w art. 58 po ust. 3 dodaje się ust. 4–8 w brzmieniu:

„4. Kto przeprowadza eksperyment medyczny bez wymaganej prawnie zgody albo zezwolenia sądowego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

5. Kto przeprowadza eksperyment badawczy wbrew warunkom, o których mowa w art. 23a lub art. 23b, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 2.

6. Członek komisji bioetycznej, który wbrew przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informacje, z którymi zapoznał się w związku z pełnieniem swojej funkcji, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 2.

7. Kto przeprowadza eksperyment medyczny:

- 1) bez uzyskania pozytywnej opinii komisji bioetycznej albo wbrew jej warunkom,
- 2) bez zawarcia umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 23c ust. 1,  
podlega karze grzywny do 50.000 zł

8. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 4, toczy się według przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Zawód felczera może wykonywać osoba, której Naczelna Rada Lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu i która jest jednocześnie wpisana do Centralnego Rejestru Felczerów prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską.”;

2) w art. 1a uchyla się ust. 1-4;

3) uchyla się art. 1b;

4) w art. 1c uchyla się ust. 2;

5) w art. 2a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Felczer lub starszy felczer traci prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z mocy prawa w przypadku ubezwłasnowolnienia.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Felczer lub starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu i nie wykonujący zawodu przez 5 lat traci prawo do wykonywania zawodu i podlega wykreśleniu z Centralnego Rejestru Felczerów.”,

c) uchyla się ust. 3;

6) art. 2d otrzymuje brzmienie:

„Art. 2d. Zadania Naczelnej Rady Lekarskiej, o których mowa w art. 1c oraz prace komisji, o których mowa w art. 2b i 2c są finansowane z budżetu państwa części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Członkom komisji przysługuje za każde posiedzenie komisji wynagrodzenie w wysokości 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”;

7) w art. 2e ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej w sprawach, o których mowa w art. 2a ust 1, art. 2b ust.1, 2, 3 i 7 oraz w art. 2c ust.1, 6 i 7, stosuje się przepisy

Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych.”.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
  - „3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzający wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.”;
- 2) w art. 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
  - „1. Lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej.”;
- 3) art. 9 otrzymuje brzmienie:
  - „Art. 9. 1. Członkowie izb lekarskich mają prawo:
    - 1) wybierać i być wybieranymi do organów izb lekarskich;
    - 2) być informowanymi o działalności izb lekarskich;
    - 3) korzystać:
      - a) z pomocy izb lekarskich w zakresie doskonalenia zawodowego,
      - b) z pomocy izb lekarskich w zakresie ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu lekarza,
      - c) z ochrony i pomocy prawnej organów izb lekarskich w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza,
      - d) ze świadczeń socjalnych izb lekarskich oraz działalności samopomocowej.
  2. Przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się do lekarza niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lekarza na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”;
- 4) w art. 49 w ust. 5 pkt 23 otrzymuje brzmienie:



„23) rodzaj umiejętności zawodowej i datę uzyskania świadectwa potwierdzającego tę umiejętność;”;

5) w art. 83 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”.

**Art. 4.** 1. W latach 2020–2030 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia będących konsekwencją wejścia w życie ustawy wynosi 107,838 mln zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie:

- 1) 2020 r. – 1,370 mln zł;
- 2) 2021 r. – 8,818 mln zł;
- 3) 2022 r. – 8,957 mln zł;
- 4) 2023 r. – 10,743 mln zł;
- 5) 2024 r. – 10,886 mln zł;
- 6) 2025 r. – 11,025 mln zł;
- 7) 2026 r. – 11,032 mln zł;
- 8) 2027 r. – 11,147 mln zł;
- 9) 2028 r. – 11,287 mln zł;
- 10) 2029 r. – 11,287 mln zł;
- 11) 2030 r. – 11,287 mln zł.

2. W przypadku przekroczenia w pierwszym półroczu danego roku 65% limitu, o którym mowa w ust. 1, lub w przypadku zagrożenia przekroczenia przyjętego na dany rok budżetowy limitu wydatków, wysokość tych wydatków w drugim półroczu obniża się do poziomu gwarantującego, że ten limit nie zostanie przekroczony.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

**Art. 5.** Do postępowania w sprawie uznania w Rzeczypospolitej Polskiej dyplomu wydanego przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, wszczętego i nie zakończonego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 6.** Dyplom wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej uznany za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy nie wymaga powtórnej nostryfikacji.

**Art. 7.** Cudzoziemcy, o których mowa w art. 15g ustawy zmienianej w art. 1, którzy rozpoczęli odbywanie stażu podyplomowego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, odbywają ten staż na zasadach dotychczasowych.

**Art. 8.** Cudzoziemcy, o których mowa w art. 16h ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, którzy rozpoczęli odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, odbywają to szkolenie na zasadach dotychczasowych.

**Art. 9.** Do postępowań dotyczących uznania stażu podyplomowego oraz uznania tytułu specjalisty, o którym mowa w art. 16n, wszczętych i nie zakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 10.** Do postępowań dotyczących realizacji stażu podyplomowego albo szkolenia specjalizacyjnego, wszczętych i nie zakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 11.** Przepisy, o których mowa w art. 1 pkt 20 lit. b, pkt 36 i pkt 40 lit. c w części odnoszącej się do ust. 6, stosuje się do lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do szkolenia specjalizacyjnego po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 12.** Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 15 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 15l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 2) art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16x ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 3) art. 16j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
- 4) art. 29 ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 29 ust. 21 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą

- jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 13.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 2 i 3, pkt 9–11, pkt 20 lit. a, lit. c–i, pkt 24, pkt 25 lit. a, pkt 29 lit. a–c, pkt 30–35, pkt 37, pkt 38 lit. a, pkt 40 i 41, pkt 49 lit. a tiret pierwsze, drugie i trzecie oraz lit. c, pkt 50 lit. a, pkt 52 oraz pkt 61 i 62, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 1 lit. b w części dotyczącej ust. 5 pkt 6–8 oraz lit. c w części dotyczącej ust. 8 pkt 6–8, pkt 4, pkt 6 i 7, pkt 12 i 13, pkt 18 i 19, pkt 20 lit. b, pkt 22 i 23, pkt 25 lit. b, pkt 29 lit. d, pkt 36, pkt 38 lit. b oraz pkt 49 lit. a tiret czwarte, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

***ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I  
REDAKCYJNYM***

Konrad Miłoszewski

Dyrektor

Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

*/dokument podpisany elektronicznie/*

## Uzasadnienie

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą” albo „zmienianą ustawą”, określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu, organizację kształcenia przed i podyplomowego, warunki uznawania kwalifikacji zawodowych, zakres uprawnień i obowiązków oraz warunki realizacji eksperymentu medycznego. Minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc także pod uwagę rekomendację ekspertów środowiska lekarskiego i samorządu zawodowego, dostrzega konieczność dokonania niezbędnych zmian, które dostosują obowiązujące przepisy ustawy do bieżących potrzeb, tak, by stały się one bardziej przyjazne w przebiegu całości organizacji kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Powyższe zmiany obejmuje projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, zwanym dalej „projektem ustawy”. Projekt ustawy ma na celu dokonanie zmian związanych z zapewnieniem dostępu do wysokiej jakości kształcenia podyplomowego, w tym za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK). Zmiana dotycząca kształcenia podyplomowego tworzy kompleksową regulację prawną najważniejszych zagadnień związanych z organizacją i realizacją stażu podyplomowego w akcie prawnym rangi ustawowej, w tym umożliwia cudzoziemcom odbywanie stażu podyplomowego na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Natomiast nowelizacja przepisów dotyczących szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniająca rekomendacje ekspertów oraz wytyczne map potrzeb zdrowotnych w zakresie zapotrzebowania na kadrę lekarską, obejmuje m.in. weryfikację procedur naboru na specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny wprowadzając nowe rozwiązania polegające między innymi na umożliwieniu lekarzom aplikowania o odbywanie specjalizacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Projekt ustawy porządkuje także terminologię określającą kształcenie na każdym etapie rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów przez określenie na nowo zakresu ustawicznego rozwoju zawodowego. Procedura dostępu lekarzy do wolnych miejsc specjalizacyjnych zostanie ułatwiona przez dodanie przepisów umożliwiających utworzenie jednego, centralnego systemu kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydenckich finansowanych przez

ministra właściwego do spraw zdrowia oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej, a co za tym idzie z trudnościami zapewnienia ciągłości udzielania niektórych zakresów świadczeń zdrowotnych, wprowadzone zostają przepisy umożliwiające w trybie uproszczonym, ale też pod pełną kontrolą samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów cudzoziemców spoza Unii Europejskiej (UE). Uproszczeniem jest wprowadzenie przepisu umożliwiającego odbywanie przez wszystkich lekarzy cudzoziemców szkolenia specjalizacyjnego na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Ponadto, projektowane przepisy sankcjonują, po spełnieniu określonych w ustawie warunków, uznanie dorobku zawodowego lekarzom dentystom za równoważny ze zrealizowaniem szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie lekarsko-dentystycznej. Do porządku prawnego wprowadzany jest nowy egzamin państwowy, który ma za zadanie sprawdzenie na danym etapie efektów szkolenia odbytego przez lekarzy ustawicznego doskonalenia zawodowego, tj. Państwowy Egzamin Modułowy (PEM). Od sprawności bowiem przygotowania lekarzy do wykonywania zawodu opartego o aktualną i weryfikowaną odpowiednimi narzędziami wiedzę medyczną zależy skuteczność i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, które odgrywają kluczową rolę we właściwym zabezpieczeniu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Projektowana ustawa rozszerza katalog osób uprawnionych do wykonywania czynności w SMK o konsultanta wojewódzkiego, konsultanta krajowego i kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, a także kierownika prowadzącego szkolenie specjalizacyjne i opiekuna stażu lub osobę przez nich upoważnioną do działania w SMK, co jest niezbędne do realizacji przez nich zadań wynikających z programu szkolenia podyplomowego. Zmiana ta wprowadza również przepisy porządkujące proces kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów przez określenie nowej definicji ustawicznego rozwoju zawodowego, z uwagi na nieprecyzyjne dotychczas przepisy dotyczące kształcenia podyplomowego. Przez ustawiczny rozwój zawodowy rozumie się:

- 1) kształcenie podyplomowe, które obejmuje staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, nabywanie umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo

kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, zwanych dalej „umiejętnościami zawodowymi” oraz

- 2) doskonalenie zawodowe, które obejmuje stałą aktywność w zorganizowanych formach kształcenia i samokształcenia. Omówienie szczegółowego zakresu organizacji ustawicznego doskonalenia zawodowego następuje w nowelizowanym rozdziale 3 projektu ustawy.

Umiejętność zawodowa charakteryzować się będzie 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. Następuje wprowadzenie zmiany polegającej na ogłaszaniu na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, a nie jak dotychczas w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wykazu dyplomów, świadectw i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty przez obywateli państw członkowskich, co spowoduje uproszczenie procedury i szybsze uaktualnianie informacji z korzyścią dla samych lekarzy i organów właściwych do spraw uznawania kwalifikacji lekarzy, tj. okręgowych izb lekarskich.

Nowością są przepisy dotyczące procedury nostryfikacji kwalifikacji lekarzy spoza UE. Zgodnie z art. 327 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668, z późn. zm.) dyplom ukończenia studiów za granicą może być uznany za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu na podstawie umowy międzynarodowej określającej równoważność, a w przypadku jej braku - w drodze postępowania nostryfikacyjnego przeprowadzanego przez polską uczelnię. Jednakże postępowanie nostryfikacyjne przebiega w niejednolity sposób na uczelniach medycznych. Co więcej, programy kształcenia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym różnią się między polskimi uczelniami, ponieważ uczelnia ma prawo wykraczać poza standardy kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. W konsekwencji postępowanie nostryfikacyjne w stosunku do tego samego dyplomu na jednej uczelni kończy się wynikiem negatywnym, a na innej uczelni kończy się wynikiem pozytywnym. Z uwagi na powyższe konieczne stało się ujednolicenie procedury uznawania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dyplomów lekarza i lekarza

dentysty uzyskanych przez wnioskodawców za granicą. Postępowanie nostryfikacyjne na uczelni medycznej zostaje zastąpione testowym egzaminem nostryfikacyjnym w języku polskim, organizowanym przez Centrum Egzaminów Medycznych. Egzamin będzie odbywać się dwa razy w roku i będzie sprawdzać, czy wnioskodawcy uzyskali wiedzę z zakresu objętego standardami kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Standardy kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 345) są zgodne z określonymi w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. WE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) minimalnymi wymogami kształcenia dla tych zawodów. Zgodnie z postanowieniami ww. dyrektywy, uznawanie kwalifikacji w zawodach lekarza i lekarza dentysty uzyskanych przez wnioskodawców w państwach trzecich powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla tych zawodów.

Projekt nowelizacji dodaje również nowe przepisy, które mają na celu umożliwienie podmiotom wykonującym działalność leczniczą zatrudnianie lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców spoza UE posiadających tytuł specjalisty uzyskany poza granicą Polski. Lekarz, lekarz dentysta cudzoziemiec posiadający tytuł specjalisty uzyskany za granicą, posiadający znajomość języka polskiego oraz spełniający inne ustawowe wymogi, a także który otrzyma zaświadczenie zatrudnienia od podmiotu wykonującego działalność leczniczą mającego siedzibę na terytorium Polski, będzie mógł wystąpić do właściwej okręgowej rady lekarskiej (ORL) o przyznanie prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w tym podmiocie. ORL będzie mogła lub nie wydać takie ww. prawo wykonywania zawodu. Jednakże przed podjęciem faktycznego zatrudnienia cudzoziemiec będący specjalistą lekarzem albo lekarzem dentystą będzie obowiązany do odbycia przeszkolenia praktycznego trwającego nie dłużej niż 12 miesięcy, którego program i liczbę godzin szkolenia określi w drodze uchwały właściwa ORL. Szkolenie praktyczne będzie odbywane na podstawie umowy, na warunkach określonych w tej umowie. Celem przeszkolenia praktycznego pod nadzorem opiekuna będzie przygotowanie lekarza,

lekarza dentysty cudzoziemca do pracy w polskiej służbie zdrowia. Powyższe obwarowania dadzą możliwość zatrudniania z jednoczesną merytoryczną kontrolą samorządu zawodowego, w trybie skróconym, lekarzy cudzoziemców spoza UE w tych podmiotach, w których istnieje zagrożenie zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych z powodu braku na rynku pracy lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Zatrudnienie tych lekarzy specjalistów będzie możliwe na okres nie dłuższy niż 5 lat.

W art. 8a zmienianej ustawy wprowadzono odniesienie do art. 39 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2272 z późn. zm.). Zmiana ma na celu doprecyzowanie, że pojęcie „dostęp częściowy” odnosi się do treści art. 39 ww. ustawy i tak należy go interpretować. Postępowanie o uznanie kwalifikacji może zakończyć się tylko i wyłącznie decyzją o uznaniu bądź o odmowie uznania kwalifikacji. W ramach postępowania o uznanie kwalifikacji nie ma możliwości przyznania częściowego dostępu zarówno w zakresie czynności zawodowych lekarza albo lekarza dentysty bez specjalizacji, jak i lekarza albo lekarza dentysty specjalisty.

Następuje uporządkowanie terminologii polegające na zastąpieniu w przepisach wyrazu „czasowy” na wyraz „tymczasowy”. Powyższe dotyczy tymczasowego wykonywania na terytorium Polski zawodu lekarza lub lekarza dentysty będącego obywatelem państwa członkowskiego UE bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu (PWZ) i wpisu do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód prowadzonego przez ORL. Administratorem ww. danych osobowych rejestru jest Naczelna Rada Lekarska. Następuje zmiana przepisów dotyczących egzaminów LEK i LDEK. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu publikowane są w terminie 3 dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone są w bazie pytań LEK i LDEK. Baza posiadanych pytań LEK i LDEK zostanie udostępniona przez dyrektora CEM na stronie internetowej, a nie jak dotychczas po 5 latach. Testy na każdy nowy termin egzaminu LEK i LDEK składać się będą z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK. Świadectwa złożenia LEK albo LDEK nie będzie wydawać się w przypadku ponownego przystąpienia do LEK/LDEK, jeśli zdający uzyskał wynik niższy od zdobytego poprzednio na egzaminie. Wprowadza się nowe przepisy dot. procedury nostryfikacji dyplomów uzyskanych przez



lekarzy w państwie trzecim w drodze przeprowadzonego egzaminu przez Centrum Egzaminów Medycznych, a nie jak dotychczas za pośrednictwem uczelni medycznych, które nie zawsze wyrażają zgodę na przeprowadzenie procedury nostryfikacyjnej. Egzaminy nostryfikacyjne dla lekarza albo lekarza dentysty odbywać się będą dwa razy w roku. Egzamin nostryfikacyjny składa się przed Komisją Egzaminacyjną. Członków Komisji Egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor CEM. Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej zgłaszają dyrektor CEM, rektorzy uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym i wojewodowie. Testy i pytania testowe egzaminów nostryfikacyjnych mogą być udostępnione wyłącznie osobie przystępującej do tego egzaminu, na jej wniosek, po ich wykorzystaniu w egzaminach nostryfikacyjnych. Dyrektor CEM udostępnia testy i pytania testowe w drodze ich okazania w siedzibie CEM. Egzamin nostryfikacyjny polegać będzie na rozwiązaniu odpowiedniego testu składającego się z 200 pytań zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. Pozytywny wynik egzaminu nostryfikacyjnego uzyskuje zdający, który otrzymał co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu.

Rozdział 3 pn.: Kształcenie podyplomowe” otrzymuje nowy tytuł pn.: „Ustawiczny rozwój zawodowy”, co jest konsekwencją wprowadzenia zmian w definicji określonej w art. 3 ust. 4a zmienianej ustawy.

Wprowadza się nowe brzmienie dotychczasowego art. 15 zmienianej ustawy dotyczącego stażu podyplomowego przez dodanie przepisów ust. 15a-15m, które tworzą kompleksową regulację najważniejszych zagadnień związanych z organizacją i realizacją stażu podyplomowego w akcie prawnym rangi ustawowej, na wzór regulacji dot. szkolenia specjalizacyjnego. W projektowanej nowelizacji znajdują się przepisy ogólne określające cel i zakres merytoryczny, a także czas trwania oraz zasady dot. terminów rozpoczęcia stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. W większości są to przepisy przeniesione z obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 oraz z 2017 r. poz. 2194) zwanego dalej „rozporządzeniem”. Istotne znaczenie dla systemu kształcenia lekarzy ma całościowe przeniesienie, z poziomu programu szkolenia specjalizacyjnego określonego w art. 16f ust. 3 ustawy, kursów w zakresie: ratownictwa

medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego do programu stażu podyplomowego (art. 15 ust. 5) z jednoczesnym dodaniem szkoleń z zakresu profilaktyki onkologicznej i leczenia bólu oraz diagnostyki i leczenia HCV. Powyższe rozwiązanie umożliwi w trakcie szkolenia specjalizacyjnego wydłużenie czasu trwania staży i kursów specjalizacyjnych stanowiących podstawę szkolenia zawodowego w danej dziedzinie medycyny. Również nowym wprowadzonym przepisem, postulowanym przez samorząd lekarski, jest przepis dotyczący automatycznego przedłużania czasu trwania stażu z mocy prawa w przypadku zmiany miejsca odbywania stażu podyplomowego i związanej z tym procedury. Powyższa norma prawna wypełnia istniejącą dotychczas lukę w przepisach prawa, które umożliwiały zmianę miejsca odbywania szkolenia stażowego, nie przewidując jednocześnie wydłużenia czasu trwania stażu o okres niezbędny do dokonania czynności proceduralnych związanych z przeniesieniem, w którym to czasie lekarz nie może jednocześnie realizować programu szkolenia. Istotną zmianą, wychodzącą naprzeciw postulatowi wielu środowisk, w tym samorządu lekarskiego, jest wprowadzenie zasady, że wszyscy obcokrajowcy, niezależnie od faktu, czy pochodzą z UE, czy z państw trzecich o określonym statusie prawnym pobytu w naszym państwie (posiadający wizę albo zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), odbywają staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

Powyższe rozwiązanie z pewnością sprawi, że procedura uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez ww. cudzoziemców będzie dla nich bardziej przyjazna. Dotychczas, zgodnie ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2020) cudzoziemcy spoza UE o określonym statusie prawnym pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (posiadający wizę albo zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium RP) począwszy od 1 stycznia 2017 r. mogą odbywać staż podyplomowy na podstawie umowy cywilnoprawnej o staż podyplomowy zawartej z jednostką uprawnioną do prowadzenia stażu podyplomowego, która zawarła w tym zakresie umowę z uczelnią prowadzącą kształcenie przeddyplomowe na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. W ww. umowie strony określały zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego odbywania. Powyższa regulacja nie stanowiła jednak rozwiązania, które w sposób

kompleksowy rozwiązywałoby kwestię finansowania stażu podyplomowego ww. cudzoziemcom. W związku z faktem, że w odniesieniu do cudzoziemców, o których mowa w art. 15 ust. 3f ustawy marszałek nie był zobowiązany do finansowania staży podyplomowych ww. osobom, to podmioty zaangażowane w proces obsługi administracyjnej ww. osób oraz jednostki uprawnione do prowadzenia staży podyplomowych nie były szczególnie zainteresowane umożliwianiem ww. cudzoziemcom odbywania lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego w Rzeczypospolitej Polskiej. Brak źródła finansowania stażu podyplomowego odbywanego przez cudzoziemców spoza UE, (o których mowa w art. 15 ust. 3f ustawy) był czynnikiem zniechęcającym ww. osoby do ubiegania się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto należy wskazać, że art. 15 ust. 3g ustawy umożliwiał cudzoziemcom, o których mowa w art. 15 ust. 3f ustawy zwrócenie się do ministra właściwego do spraw zdrowia o udzielenie świadczeń związanych z odbywaniem lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego. W związku z faktem, że zgodnie z niniejszym projektem ustawy marszałek województwa zobowiązany zostanie do sfinansowania lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego stażu podyplomowego ww. cudzoziemcom, pozostawienie możliwości uzyskiwania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 3g zmienianej ustawy nie znajduje uzasadnienia. W związku z powyższym zasadnym jest objęcie finansowaniem wszystkich cudzoziemców przebywających legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od statusu prawnego ich pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Opiekunem stażu może być lekarz, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy lub zdał Państwowy Egzamin Modułowy, albo lekarz lub lekarza dentysty który ukończył 3 lata szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację w określonej dziedzinie medycyny lub wykonującego zawód przez okres co najmniej 3 lata, a nie 5 lat jak dotychczas. Staż podyplomowy został podzielony na część stałą i część personalizowaną w ramach której lekarz może wybrać sobie 3 dowolne dziedziny, które dopełnią staż podyplomowy. Stażyści będą uprawnieni do pełnienia dyżuru medycznego towarzyszącego innemu lekarzowi pełniącemu dyżur samodzielnie. Wprowadzono nowy zbiór praw i obowiązków lekarza i lekarza dentysty odbywającego staż podyplomowy.

Przepisy w tym zakresie nie ulegają zmianie, zmienia się jedynie ich usytuowanie w akcie prawnym. Prawa i obowiązki stanowią pokłosie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 21 października 2016 r., która to nowelizacja przywróciła, jako obowiązkowy etap szkolenia podyplomowego staż podyplomowy przy jednocześnie jakościowej zmianie odnośnie do statusu lekarza stażysty przez przyznanie mu pełnego prawa wykonywania zawodu ograniczonego jedynie do miejsca odbywania stażu i nadzoru opiekuna stażu, przyznając jednocześnie lekarzowi stażyście istotne nowe kompetencje w postaci np. wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich. Obecna nowelizacja doprecyzowuje zakres kompetencji lekarza do wystawiania recept wyraźnie stanowiąc, że uprawnienie to nie dotyczy recept „pro auctore” i „pro familiae”, jako wyjętych, z racji samego ich charakteru, z ram stażu podyplomowego i faktycznej możliwości weryfikacji i nadzorowania takich recept przez opiekuna stażu. Art. 15c stanowi odwzorowanie dotychczasowych przepisów dot. podmiotu uprawnionego do prowadzenia stażu podyplomowego, przeniesionych z rozporządzenia. Nowe przepisy wskazują podmioty odpowiedzialne za realizację szkoleń i są nimi co do zasady izby lekarskie, z wyjątkiem szkolenia w zakresie profilaktyki onkologicznej oraz leczenia bólu, gdzie podmiotem odpowiedzialnym za realizację szkoleń będzie podmiot leczniczy udzielający świadczeń w zakresie onkologii wskazany przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa odpowiedzialne za realizację szkoleń w zakresie transfuzjologii. Zasadą kierowania lekarzy i lekarzy dentystów na staż podyplomowy oprócz kryterium miejsca zamieszkania na terenie izby (nie zameldowania jak dotychczas) będzie pierwszeństwo wyboru konkretnego miejsca odbywania stażu podyplomowego z uwzględnieniem średniej ocen uzyskanej w toku studiów. Średnią tą będzie można jednorazowo podnieść o 0,5 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów był autorem lub współautorem przynajmniej jednej publikacji naukowej, opublikowanej w czasopiśmie wymienionym w Komunikacie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia z dnia 18 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych wraz z liczbą punktów przyznawanych za publikacje w tych czasopismach, potwierdzonej zaświadczeniem z Głównej Biblioteki Lekarskiej albo o 0,25 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w

rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy o z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688). Przepis ma na celu ujednolicenie zasad przyznawania miejsc stażowych na terenie kraju. Do tej pory poszczególne okręgowe rady lekarskie ustalały lub nie w drodze uchwały dodatkowe kryteria mające na celu premiowanie lekarzy z najlepszymi wynikami ze studiów lub aktywnych naukowo, umożliwiając im w ten sposób pierwszeństwo w wyborze miejsca odbywania szkolenia. Wprowadzenie jednolitych zapisów, jak również dodatkowe przesłanki premiujące (podwyższające średnią) były także postulatami stowarzyszeń skupiających studentów i młodych lekarzy. Określono w nowym brzmieniu warunki, jakie musi spełnić podmiot szkolący lekarzy dentystów. Doprecyzowano mianowicie, że podmiot taki musi realizować świadczenia medyczne, w co najmniej dwóch (a nie we wszystkich) podanych w przepisie zakresach. Przepisy przyznają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kompetencję uznawania stażu podyplomowego odbytego poza granicami kraju za równoważny w całości lub części ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie podstawą do uznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE jest art. 15 ust. 9 ustawy. Natomiast podstawą do uznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE jest § 16 rozporządzenia. Dlatego zasadne jest uregulowanie kwestii uznawania stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE oraz w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE w jednym akcie prawnym. Zmianą w stosunku do poprzednich regulacji, w przypadku ubiegania się o uznanie stażu podyplomowego odbytego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE, jest rozpisanie procedury uznawania tego stażu na poziomie ustawy. Kolejną zmianą w stosunku do poprzednich regulacji, w przypadku ubiegania się o uznanie stażu podyplomowego odbytego poza terytorium UE, będzie złożenie wniosku do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem dyrektora CMKP, a nie bezpośrednio do ministra właściwego do spraw zdrowia. Określono zakres delegacji dla ministra właściwego do

spraw zdrowia do wydania rozporządzenia dotyczącego stażu podyplomowego oraz przeniesiono z rozporządzenia przepisy regulujące staż podyplomowy dla lekarzy wojskowych. Nastąpiło także przeniesienie dotychczasowych przepisów dotyczących uprawnień i instrumentów nadzorczych oraz kontrolnych dla wojewody i Ministra Obrony Narodowej.

W art. 16 zmienianej ustawy wprowadza się przepisy dotyczące uznawania dotychczas zdobytego dorobku zawodowego przez lekarza dentystę posiadającego co najmniej stopień naukowy doktora za równoważny ze zrealizowaniem programu specjalizacji lekarsko-dentystycznej, z zastrzeżeniem, iż uznaniu nie podlegają dziedziny takie jak: chirurgia twarzowo-szczękowa, zdrowie publiczne i epidemiologia. Lekarz dentysta ubiegający się o uznanie dorobku zawodowego i aktywności naukowej składać będzie do dyrektora CMKP wnioski w tej sprawie za pomocą SMK. Dorobek zawodowy i naukowy lekarzowi dentyście uznawany będzie przez dyrektora CMKP w drodze decyzji administracyjnej, na podstawie wydanej opinii zespołu ekspertów, co oznacza tym samym dopuszczenie lekarza dentysty do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) bez konieczności odbywania wieloletniego szkolenia specjalizacyjnego. Powyższą decyzję przekazywać się będzie w SMK. W skład zespołu ekspertów wydających opinię wchodzić będą: właściwy konsultant krajowy albo odpowiednio konsultant powołany przez Ministra Obrony Narodowej oraz przedstawiciel towarzystwa naukowego właściwego dla danej dziedziny medycyny, a także przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny. Przewiduje się, że powyższe rozwiązanie zwiększy liczbę lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, w których brakuje specjalistów, czego powodem jest zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych w odniesieniu do faktycznych potrzeb. Do zespołu powołanego przez dyrektora CMKP opiniującego dorobek naukowy i zawodowy lekarza ubiegającego się o odbywanie modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, włącza się dodatkowo konsultanta powołanego przez Ministra Obrony Narodowej oraz przedstawiciela instytutu badawczego. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim, po zaliczeniu modułu podstawowego i pozytywnym złożeniu PEM, będzie mógł zmienić dziedzinę medycyny, z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania w ramach tego samego modułu podstawowego szkolenia

specjalizacyjnego oraz pod warunkiem ponownego przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego na to szkolenie specjalizacyjne. W przypadku zakwalifikowania się takiego lekarza na inną dziedzinę medycyny, lekarz zostanie skierowany bezpośrednio przez wojewodę na moduł specjalistyczny. Powyższe jest realizacją postulatów zgłaszanych przez środowisko młodych lekarzy, którzy wskazują na konieczność umożliwienia im zmiany kierunku specjalizacji uzasadniając to tym, że na początkowym etapie kształcenia młodzi lekarze nie są w stanie właściwie ocenić swoich preferencji zawodowych.

W art. 16c zmienianej ustawy następuje doprecyzowanie rozdziału prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego na wolne „miejsca rezydenckie” przyznawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia i pozostałe wolne miejsca nazwane „miejscami pozarezydenckimi”. Lekarz chcący odbyć szkolenie specjalizacyjne odpowiednio składa wniosek, za pomocą SMK, do dyrektora CMKP (miejsca rezydenckie i pozarezydenckie) za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na miejsce zamieszkania albo do Ministra Obrony Narodowej, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczonej przez niego komórki organizacyjnej. Oczekiwana przez środowisko młodych lekarzy zmianą kwalifikacji na szkolenie specjalizacyjne będzie możliwość złożenia przez nich łącznie w trybie rezydenckim i pozarezydenckim wniosków na nie więcej niż piętnaście wariantów, jednakże w ustalonej przez lekarza kolejności priorytetowej (obecne postępowanie kwalifikacyjne umożliwia lekarzowi aplikowanie wyłącznie na jedną dziedzinę medycyny w jednym województwie). Nowością oczekiwaną przez lekarzy będzie możliwość wyboru jednostki prowadzącej szkolenie, która wydała list intencyjny gwarantujący zatrudnienie lekarza celem odbycia szkolenia specjalizacyjnego oraz wyboru jednostki, która wyraziła chęć zatrudnienia przy większym wynagrodzeniu, niż wynagrodzenie uzyskiwane w ramach rezydentury. Postępowanie kwalifikacyjne obejmujące wolne miejsca szkolenia specjalizacyjnego przeprowadzać będą, dwa razy w roku, dyrektor CMKP za pośrednictwem wojewody (obecnie przeprowadza wojewoda), Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych. W ramach postępowania kwalifikacyjnego, prowadzonego za pomocą SMK, odbywać się będzie postępowanie konkursowe przeprowadzane odpowiednio przez dyrektora CMKP (obecnie przeprowadza wojewoda), Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw

wewnętrznych, obejmujące sporządzenie listy rankingowej lekarzy według liczby zdobytych punktów oraz wyłonienie list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarzom, którzy zamierzają wystąpić o rezydenturę przyznaje się jednocześnie punkty za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy, ubiegających się o miejsce szkoleniowe w tej samej dziedzinie, identycznego wyniku punktów, uwzględniać się będzie średnią ocen uzyskaną w okresie studiów liczoną do dwóch cyfr po przecinku obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała na uczelni. Do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i pozarezydenckim kwalifikowani będą lekarze w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym. Wyłonioną listę rankingową lekarzy, ogłaszać się będzie za pomocą SMK. Wolne miejsca specjalizacyjne, w danym roku rozdzielać się będzie w ramach dwóch etapów rozdziału za pomocą SMK według kolejności listy rankingowej lekarzy, zgodnie ze zgłoszoną przez nich kolejnością priorytetową. Każdemu etapowi elektronicznego rozdziału miejsc i ogłaszania list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych przypisane zostały na nowo określone terminy realizacji, których mowa w art. 16c zmienianej ustawy. Z uwagi na to, że całość postępowania konkursowego przeprowadzana będzie za pomocą systemu elektronicznego następuje skrócenie terminów poszczególnych jego etapów. Lekarze w trakcie procedury konkursowej w określonych ustawowo dniach będą zobowiązani do potwierdzenia za pośrednictwem SMK przydzielonego miejsca specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarze, którzy nie potwierdzą w pierwszym etapie zakwalifikowania w przyznanej dziedzinie i województwie, będą mogli uczestniczyć i być zakwalifikowani w rozdziale miejsc na drugim etapie, który będzie ostateczny. Brak dokonania przez lekarza potwierdzenia zakwalifikowania się do danej dziedziny i województwa uznawane będzie za ostateczne odstąpienie lekarza od postępowania konkursowego. Dyrektor CMKP, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych ogłaszać będą za pomocą SMK ostateczną listę lekarzy zakwalifikowanych do danej dziedziny medycyny i w danym województwie oraz listę lekarzy niezakwalifikowanych. Jednocześnie wprowadza się przepis umożliwiający, w terminie 2 dni od dnia ogłoszenia wyżej wymienionych listy



lekarzy zakwalifikowanych lub niezakwalifikowanych, wystąpienie przez lekarza do dyrektora CMKP, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wyznaczonej przez niego komórki organizacyjnej o weryfikację postępowania konkursowego, z zastrzeżeniem, iż weryfikacja dotyczyć będzie wyłącznie wolnych miejsc pozostałych po odbytej całej dwuetapowej procedurze konkursowej. Do szkolenia specjalizacyjnego kierować się będzie (jak dotychczas wskazane było to w rozporządzeniu) w pierwszej kolejności lekarzy zakwalifikowanych w trybie art. 16h ust. 2 pkt 1 i 5 ustawy. Postępowania kwalifikacyjnego nie będzie przeprowadzać się w odniesieniu do lekarza dentysty, któremu dyrektor CMKP w drodze decyzji administracyjnej uznał dotychczasowy dorobek zawodowy i naukowy oraz lekarza posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy. Niewykorzystane miejsca rezydenckie mogą zostać dodatkowo rozdysponowane za pomocą SMK w trybie pozarezydenckim w ramach wniosków zakwalifikowanych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

W art. 16e zmienianej ustawy na nowo wskazuje się sposób określania miejsc rezydenckich i pozarezydenckich dla postępowań kwalifikacyjnych sesji wiosennej i jesiennej oraz możliwość wydłużenia postępowania kwalifikacyjnego. Zmianie następują terminy zgłaszania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przez wojewodę, zapotrzebowania na miejsca rezydenckie i pozarezydenckie w poszczególnych dziedzinach medycyny, uwzględniające wolne miejsca szkoleniowe oraz przekazywanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia dyrektorowi CMKP liczby miejsc rezydenckich w poszczególnych dziedzinach medycyny. Dyrektor CMKP ogłaszać będzie na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK listę przyznanych miejsc rezydenckich oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym. Niezmienione pozostaje postępowanie kwalifikacyjne prowadzone przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Właściwy organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne po zakończeniu procedury konkursowej niezwłocznie kieruje lekarza za pomocą SMK do odbycia szkolenia specjalizacyjnego.

W art. 16ea zmienianej ustawy wskazuje się w uporządkowany sposób warianty i możliwości przystąpienia przez lekarzy do szkolenia specjalizacyjnego w trybie

rezydentury, z pozostawieniem, jak dotychczas zastrzeżenia, że rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Wychodząc naprzeciw postulatom młodych lekarzy, ale także mając na uwadze zmiany organizacyjne i kadrowe dokonywane przez podmioty realizujące szkolenie specjalizacyjne w momencie uruchamiania miejsc szkoleniowych, wprowadzony zostaje przepis stanowiący, iż lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, lecz nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od daty wskazanej na skierowaniu może złożyć kolejny wniosek o odbywanie rezydentury. Także lekarz, który odbywa rezydenturę, może bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny, nie więcej niż jeden raz. Wniosek lekarz może złożyć w przypadku zmiany na inny moduł podstawowy lub inny moduł jednolity, nie później niż w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia odbywanego szkolenia specjalizacyjnego albo tego samego modułu podstawowego, nie później niż do ukończenia określonego modułu podstawowego. Jednocześnie następuje doprecyzowanie przepisu mówiącego, że lekarz, który odbywa rezydenturę może złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury, w przypadku gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji wydane przez lekarza medycyny pracy. O istnieniu przeciwwskazań organ przyjmujący wniosek informuje właściwą ze względu na rejestrację lekarza okręgową izbę lekarską. Utrzymana została natomiast nadal zasada, że lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji całego programu specjalizacji oraz lekarz, który dwukrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury.

Na wniosek całego środowiska młodych lekarzy, w art. 16f zmienianej ustawy, doprecyzowuje się sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego o zasadę, że lekarz odbywa szkolenie wyłącznie w zakresie ustalonym w programie specjalizacji. Powyższe ma na celu ograniczyć dysponowanie lekarzami w trakcie szkolenia specjalizacyjnego do innych celów niż zdobywanie wiedzy i umiejętności praktycznych związanych z daną dziedziną medycyny. Następuje także weryfikacja w programie specjalizacji dotychczas odbywanych kursów uzupełniających wiedzę teoretyczną i praktyczną przez przeniesienie niektórych z nich na poziom stażu podyplomowego. Dotyczy to kursu z ratownictwa

medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego, co do których zakres wiedzy powinien być należycie opanowany i ugruntowany na niższym poziomie niż szkolenie specjalizacyjne. Przypomnienie zagadnień tych kursów, w zależności od potrzeb, zawsze możliwe będzie w ramach odbywanego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. W ramach szkolenia specjalizacyjnego wprowadza się kurs atestacyjny, który będzie miał za zadanie dokonanie podsumowania całości wiedzy odbytego szkolenia w celu należytego przygotowania lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do PES. Zakłada się pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej albo pracę w systemie zmianowym, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji pod którego nadzorem jest lekarz pracują na tej samej zmianie, albo pracę w równoważnym czasie pracy, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje stosowanie systemu równoważnego czasu pracy i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w danej jednostce organizacyjnej podmiotu leczniczego. Powołane przez dyrektora CMKP zespoły ekspertów mają opracowywać, zgodnie z postępem wiedzy medycznej, co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizować w razie potrzeby programy specjalizacji. Do zespołu ekspertów powołani zostaną dodatkowo lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne z danej dziedziny medycyny lub dziedziny pokrewnej spośród osób zgłoszonych przez Naczelną Radę Lekarską. Każdy zaktualizowany program specjalizacji będzie podstawą do weryfikacji przez kierownika specjalizacji rocznego szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego w zakresie, w jakim nie został on już zrealizowany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne.

Przewiduje się uchylenie przepisu nakazującego przygotowanie wzoru wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i obcokrajowców z uwagi na planowane docelowe procedowanie wniosków wyłącznie w elektronicznym systemie SMK. Zakres danych wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego został określony w art. 16c ust. 2.

Wprowadza się nowe przepisy sankcjonujące podpisywanie z lekarzami jednej umowy na szkolenie specjalizacyjne i pełnienie dyżurów medycznych, a nie jak dotychczas dwóch odrębnych umów. Zgodnie bowiem z opinią Państwowej Inspekcji Pracy w przepisach

prawa pracy nie ma wyodrębnienia lekarza w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury. Z tego faktu wynikają wnioski, iż lekarz w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury jest wg. prawa pracy traktowany jako lekarz w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W związku z powyższym podpisywanie odrębnych umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów medycznych, jak to było dotychczas jest sprzeczne z prawem pracy i stanowi ominięcie przepisów prawa pracy. W umowie o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne wskazywać się będzie także dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, co dotychczas nie zostało należycie określone w ustawie. Dodatkowo przyznaje się możliwość w tej samej umowie przyznanie przed podmiot finansowego dodatku motywacyjnego, co będzie zachętą do pojęcia szkolenia w tym, a nie innym podmiocie uprawnionym do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Usankcjonowanie zawarcia jednej umowy pozwoli czytelnie rozdzielić umowy podpisywane na realizację szkolenia specjalizacyjnego od innych umów, w tym umów na dyżury medyczne niezwiązane ze szkoleniem specjalizacyjnym, które to umowy często są dodatkowo podpisywane przez kierowników podmiotów leczniczych z lekarzami odbywającymi specjalizację. Lekarz na swój wniosek oprócz trybu rezydenckiego może również odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim na podstawie umów określonych w art. 16h ust. 2 za wynagrodzeniem nie niższym niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie odrębnych przepisów. Wprowadza się również nową zasadę wskazującą, że lekarz niebędący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej odbywa szkolenie specjalizacyjne na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Dotychczas, zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty uzyskanie zgody ministra właściwego do spraw zdrowia było warunkiem koniecznym ubiegania się przez cudzoziemców spoza UE (posiadających zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium RP) o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Ww. cudzoziemcy powyższą zgodę zobowiązani byli uzyskać po zakwalifikowaniu się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przeprowadzanego przez poszczególnych wojewodów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Niniejszy projekt ustawy wprowadza rezygnację z obowiązku uzyskania zgody ministra właściwego do spraw zdrowia na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez cudzoziemców spoza UE (posiadających zezwolenie na pobyt

czasowy lub wizę) w Rzeczypospolitej Polskiej. Ww. rozwiązanie stanowi więc odformalizowanie procedury ubiegania się przez ww. cudzoziemców o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Tym samym czas pomiędzy zakwalifikowaniem cudzoziemca na szkolenie specjalizacyjne a dniem podjęcia przez niego szkolenia specjalizacyjnego ulegnie skróceniu.

Wychodząc się naprzeciw postulatowi środowiska młodych lekarzy w zakresie ujednolicenia sposobu realizacji szkolenia specjalizacyjnego przez wszystkich lekarzy będących w trakcie specjalizacji w art. 16i zmienianej ustawy przewiduje się, że lekarz odbywający szkolenie w trybie rezydentkim i pozarezydentkim odbywa go przez cały okres jego trwania w wymiarze czasu równemu czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym oraz pełni dyżury medyczne w wymiarze godzinowym określonym w programie specjalizacji, z uwzględnieniem jedenastogodzinnej przerwy na odpoczynek. Lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji od podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przysługuje wypłata różnicy wynagrodzenia za godziny nocne lub świąteczne wypracowane w ramach rezydentury albo wynagrodzenie ustalone zgodnie z przepisami właściwymi dla stosunku pracy zawartego na podstawie przepisów art. 16h ust 2. Z uwagi na to, że obowiązujące przepisy nie precyzują zasad odbywania dyżurów medycznych realizowanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego, w projekcie ustawy definiuje się po raz pierwszy zasady odbywania dyżurów medycznych towarzyszących i samodzielnych. Tak więc lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach stażu podstawowego pełnić będzie dyżury medyczne pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty określane, jako dyżury medyczne towarzyszące albo po uzyskaniu w SMK zgody kierownika specjalizacji pełnić będzie samodzielne dyżury medyczne. Natomiast lekarz odbywający staż kierunkowy pełnić będzie wyłącznie dyżury medyczne towarzyszące. Powyższe regulacje wypełnią obecnie istniejącą lukę w przepisach występującą w tym zakresie. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może także 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. Lekarz taki nie będzie mógł pełnić wówczas także dyżurów w innych jednostkach na zasadach komercyjnych. Niewykonywanie czynności zawodowych w omawianym przypadku w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem nie przedłuża okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego i nie wymaga odrobienia w okresie późniejszym. 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 niemożności wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych, nie może być zobowiązany do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji, przez okres korzystania z wyżej wymienionych uprawnień, nie dłużej niż przez łącznie 24 miesiące w czasie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem. Niewykonywanie tych czynności przez okres dłuższy niż 24 miesiące w czasie trwania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jej programem przedłuża okres szkolenia specjalizacyjnego o czas nieobecności lekarza w pracy przekraczający 24 miesiące. Czynności zawodowe w przedłużonym okresie trwania szkolenia specjalizacyjnego mogą być wykonane w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub normalnego czasu pracy. Decyzje o formie odbywania przedłużonego okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego podejmuje lekarz lub lekarz dentysta w trakcie szkolenia specjalizującego. Lekarzowi takiemu przysługuje pełne wynagrodzenie za pracę, choćby faktyczny wymiar jego czasu pracy nie osiągnął norm, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Za pracę w ramach pełnionego dyżuru medycznego obejmującego czas nieprzerwanego odpoczynku dobowego lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne przysługuje wynagrodzenie jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo na jego wniosek czas wolny. Przepisy art. 151<sup>1</sup> § 1-3 i art. 151<sup>2</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy stosuje się odpowiednio. Godzinami czasu pracy w ramach dyżuru medycznego pełnionego przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne nie uzupełnia się jego normy czasu pracy przypadającej w normalnych godzinach pracy.

Niewykonanie normy czasu pracy w normalnych godzinach pracy w danym okresie rozliczeniowym z powodu wykonania pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego lub korzystania z prawa do odpoczynku przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne nie wydłuża okresu tego szkolenia, ani nie obniża wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1. Czas pracy w ramach pełnionego dyżuru medycznego oraz okresy odpoczynku zalicza się do czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego.

Różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na pełnienie dyżurów medycznych w porze nocnej, święta i dni wolne pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny.

Przepis art. 16j ust. 2b dotyczący przyznania lekarzowi dodatku do wynagrodzenia w zamian za pracę na terytorium kraju w okresie dwóch lat z pięciu po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozszerza się o lekarzy dentystów. Uzupełnia się przepisy również o możliwość rezygnacji z pobieranego dodatku. Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury przyznawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia będzie podlegała różnicowaniu nie ze względu na rok jej odbywania, ale ze względu na pozytywny wynik PEM, co powinno przyczynić się do zwiększonej koncentracji lekarzy i lekarzy dentystów nad merytorycznym aspektem szkolenia.

W art. 16l zmienianej ustawy, wychodząc naprzeciw różnym sytuacjom losowym, w jakich znajdują się lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, wprowadza się regulację prawną umożliwiającą ministrowi do spraw zdrowia wyrażania zgody na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego również po dniu rozwiązania umowy, o której mowa w art. 16h ust. 1 zawartej między lekarzem, a podmiotem leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Warunkiem wszczęcia tej procedury będzie konieczność złożenia przez lekarza wniosku w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia rozwiązania umowy. Powyższa regulacja z jednej strony da możliwość lekarzowi dokończenia szkolenia specjalizacyjnego, a z drugiej strony ograniczać będzie sytuacje wynikające z braku dotychczas odpowiedniej regulacji prawnej, składania takiego wniosku po upływie

roku lub kilku lat od dnia rozwiązania umowy dotyczącej realizacji szkolenia specjalizacyjnego, jak to ma miejsce obecnie w odniesieniu do pojedynczych przypadków. Wprowadzone zostają także przepisy umożliwiające pracodawcy, na wniosek lekarza, skrócenie okresu wcześniejszego wydłużenia umowy w określonych przypadkach nie więcej niż o 30 dni kalendarzowych. Powyższe z kolei jest podyktowane umożliwieniem przystąpienia lekarza do egzaminu PES w najbliższej sesji, bez konieczności półrocznego oczekiwania na kolejną sesję egzaminacyjną.

W art. 16m zmienianej ustawy wprowadza się nowe przepisy sankcjonujące przyjętą zasadę, że kierownik specjalizacji winien posiadać zatrudnienie w wymiarze pełnego etatu lub jego równoważnika, co nie pozwoli na odbywanie szkolenia pod nadzorem kierownika zatrudnionego na etaty częściowe oraz wprowadza się regulację stanowiącą, że 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. Nowością jest wprowadzenie oprócz kierownika specjalizacji innej osoby przez niego upoważnionej, która może potwierdzać za pomocą SMK wyłącznie realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego. W artykule tym dodaje się również przepisy prawne zobowiązujące kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do wykonania określonego zadania kierownika specjalizacji w przypadku tymczasowego jego braku, tj. potwierdzenia za pomocą SMK zrealizowania przez lekarza poszczególnych elementów programu specjalizacji oraz zrealizowania całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji. Zobowiązuje się także kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do monitorowania realizacji przez lekarza w tym podmiocie szkolenia specjalizacyjnego zgodnego z zakresem programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny. Uzasadnieniem do wprowadzenia powyższych regulacji są liczne uwagi zgłaszane przez lekarzy, którzy po zakończonym szkoleniu nie mogą przystąpić do PES z powodu braku kierownika specjalizacji (różne zdarzenia losowe lub całkowita rezygnacja z pełnienia tej funkcji) i tym samym braku osoby, która potwierdziłaby formalnie lekarzowi odbycie szkolenia, co jest warunkiem obligatoryjnym do przystąpienia do PES. Zgłaszane uwagi dotyczyły również kierowania lekarzy specjalizujących się do udzielania innych zakresów świadczeń zdrowotnych niż wynikające z programu specjalizacyjnego



lub też uniemożliwiania im w określonych terminach odbywania kursów lub staży. Zobowiązanie kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do monitorowania przebiegu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, będzie dodatkowym elementem mobilizującym do realizacji szkolenia w określonym umową czasie, co powinno zapewnić większą rotację i udostępnianie wolnych miejsc specjalizacyjnych dla kolejnych lekarzy czekających na podjęcie szkolenia specjalizacyjnego w określonych dziedzinach medycyny. W artykule tym doprecyzowuje się również przepisy mówiące, że dyrektor CMKP może uznać w drodze decyzji administracyjnej okres odbywania szkolenia specjalizacyjnego uznając za równoważne odbyte wcześniej przez lekarza staże bądź kursy, z zastrzeżeniem, iż skrócenie nie może obejmować więcej niż połowę minimalnego czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego określonego w przepisach UE. Okres skrócenia szkolenia wskazuje w opinii zespół powołany przez dyrektora CMKP. Wydana decyzja w zakresie rozstrzygnięcia powinna określać liczbę dni roboczych wraz z proporcjonalną liczbą dni urlopu wypoczynkowego dla tego okresu, o które ulega skrócenie szkolenia specjalizacyjnego oraz powinna wskazywać datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. W art. 16n zmienianej ustawy w skład zespołu ekspertów wydającego opinię o równoważności zdobytego poza granicami Polski tytułu specjalisty z tytułem specjalisty zdobytego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uwzględnia się również konsultanta powołanego przez Ministra Obrony Narodowej oraz przedstawiciela instytutu badawczego. Doprecyzowuje się także przepisy dotyczące uznawania tytułu specjalisty uzyskiwanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W art. 16o zmienianej ustawy, przewiduje się zmianę przepisów dotyczących przypadków, w jakich lekarz nie może realizować lub kontynuować szkolenia specjalizacyjnego tj. zaprzestania wypełniania EKS w okresie dłuższym niż 12 miesięcy (dotychczas 3 miesiące). Ponadto, wyposaża się wojewodę, Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w narzędzia prawne umożliwiające wydanie z urzędu decyzji administracyjnej, o której mowa w art. 16o ust. 4 stanowiącej o wykreśleniu z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, na podstawie informacji pozyskanych z prowadzonego przez nich rejestru wskazujących na zaistnienie okoliczności upływu okresu, w którym lekarz miał obowiązek ukończyć szkolenie specjalizacyjne. Powyższe podyktowane jest faktem wielokrotnego odnotowywania braku

wpływu do urzędu jakichkolwiek dokumentów potwierdzających i uzasadniających możliwość wydłużenia takiego okresu szkolenia, co wynika z bieżącej identyfikacji grupy lekarzy, którzy nie zgłaszają zakończenia szkolenia specjalizacyjnego po upływie nawet kilku lat od jego pierwotnego terminu upływu realizacji i nie wykazują zainteresowania przystąpieniem do PES. Wprowadzona powyższa regulacja pozwoli na wypełnienie dotychczasowej luki prawnej w tym zakresie.

W art. 160a w zmienianej ustawy, wprowadza się przepisy po raz pierwszy określające zakres praw i obowiązków przysługujących lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma obowiązek realizowania szkolenia specjalizacyjnego, w tym pełnienie dyżurów medycznych zgodnie z programem specjalizacji, utrzymywania stałej współpracy z kierownikiem specjalizacji, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego lekarza specjalisty właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych do czasu wydania opinii przez kierownika specjalizacji o możliwości samodzielnego udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych, wypełniania EKS oraz doskonalenia zawodowego. Jednocześnie lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny ma prawo do udzielania samodzielnie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu pisemnej pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, w tym samodzielnego stosowania metod diagnostycznych i leczniczych, wydawania zleceń lekarskich, wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, prowadzenia dokumentacji medycznej, udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, zlecenia wykonania czynności pielęgnacyjnych, stwierdzania zgonu, wystawiania recept, wydawania orzeczeń lekarskich, a także ma prawo do płatnego urlopu szkoleniowego zgodnego z przepisami ustawy oraz płatnego urlopu na samokształcenie realizowanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego.

Powyżej wskazane prawa przysługujące lekarzowi odbywającemu specjalizację niezbędne są dla określenia formalnego statusu tego lekarza w systemie opieki zdrowotnej również po zakończeniu programu specjalizacji do czasu uzyskania dyplomu lekarza specjalisty. Dodany do ustawy art. 16r ust. 11 rozstrzyga tę kwestię ostatecznie, co staje się podstawą do właściwego umiejscowienia takiego lekarza w przepisach dotyczących realizacji

świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Powyższa regulacja wypełnienia dotychczasową lukę prawną w tym zakresie.

W dodanych art. 16pa-16pi zmienianej ustawy, wprowadza się po raz pierwszy do porządku prawnego Państwowy Egzamin Modułowy, do którego lekarz może przystąpić po zakończeniu pierwszego roku modułu podstawowego albo po zakończeniu pierwszego roku modułu jednolitego. Kierownik specjalizacji potwierdzać będzie w SMK uprawnienia lekarza do przystąpienia do PEM. Zasady składania wniosku przez lekarza chcącego przystąpić do PEM będą podobne jak zasady składania wniosku do PES. W przypadku zgłoszenia do PEM po raz trzeci i kolejny lekarz ponosić będzie opłatę określoną przez dyrektora CEM w wysokości nie wyższej niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród za rok ubiegły, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w roku poprzedzający rok, w którym wnoszona jest opłata. Dyrektor CEM organizować będzie PEM we współpracy z właściwymi wojewodami. PEM przeprowadzany będzie w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM w dwóch sesjach wiosennej i jesiennej. Dyrektor CEM zawiadamiać będzie lekarza o miejscu i terminie egzaminu oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie będzie przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej nie później niż 14 dni przed terminem danego egzaminu. Lekarzowi przysługiwać będzie urlop szkoleniowy w wymiarze 2 dni w roku kalendarzowym na przystąpienie do PEM. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowywać będzie prawo do wynagrodzenia. W celu przeprowadzania PEM dyrektor CEM powoływać będzie Państwową Komisję Egzaminu Modułowego, zwaną dalej „PKEM”. PEM przeprowadzane będzie w obecności co najmniej trzech członków PKEM. Członkom zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego dany PEM przysługiwać będzie wynagrodzenie za udział w pracach tego zespołu w wysokości nie wyższej niż 500 złotych dla Przewodniczącego i nie wyższej niż 300 złotych dla członków, zwrot kosztów związanych z podróżą służbową oraz zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia zespołu egzaminacyjnego, bez zachowania prawa do wynagrodzenia. PEM może być przeprowadzany przy pomocy przedstawicieli CEM, wykonujących czynności techniczno-administracyjne. Osoba taka nie wchodzi w skład PKEM. Osobie takiej przysługiwać

będzie wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 200 złotych za prace przy przeprowadzeniu danego egzaminu. PEM będzie składany w formie testu, składającego się z 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Pytania testowe oraz test opracowywać będzie i ustalać CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawicielem odrębnie dla każdej dziedziny medycyny. Testy na każdy nowy termin egzaminu PEM składają się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PEM. Nowe pytania i testy będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PEM lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Dyrektor CEM utworzy bazę pytań PEM oraz określi minimalną liczbę pytań zawartą w tej bazie. Bazę posiadanych pytań PEM dyrektor CEM udostępnić będzie na stronie internetowej CEM. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu na egzaminie publikowane będą w terminie 7 dni, od dnia przeprowadzenia egzaminu, na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań PEM. Na stronie internetowej CEM, oraz za pomocą SMK, publikować się będzie wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych, z których przygotowywane są pytania do testu. W sytuacji, gdy do PEM z danej dziedziny zgłosi się mniej niż 100 osób, dyrektor CEM będzie mógł przeprowadzić egzamin w formie testu komputerowego. Osoba zdyskwalifikowana nie będzie mogła przystąpić do PEM w kolejnym najbliższym terminie egzaminu przypadającym po dniu dyskwalifikacji. PEM uważać się będzie za zaliczony z wynikiem pozytywnym po uzyskaniu przez lekarza co najmniej 60% możliwej do uzyskania maksymalnej liczby punktów. 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. Negatywny wynik PEM nie będzie przeszkodą do dalszej kontynuacji szkolenia. Złożenie PEM będzie warunkiem możliwości wnioskowania o przystąpienia do PES. Pozytywny wynik PEM uprawniać będzie lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru medycznego. Na przystąpienie do PEM będzie przysługiwać dwa dni urlopu

szkoleniowego. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PEM;
- 2) sposób obliczania wysokości opłaty, o której mowa w art. 16pb ust. 1;
- 3) szczegółowy sposób i tryb składania PEM oraz ustalania jego wyników;
- 4) tryb powoływania PKEM;
- 5) wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczących zespołów egzaminacyjnych, o których mowa w art. 16pc ust. 5 oraz osób, o których mowa w art. 16pc ust. 9;
- 6) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 14b ust. 8, dla członków PKEM;
- 7) wzór świadectwa, o którym mowa w art. 16ph ust. 1;
- 8) szczegółowy tryb unieważniania PEM;
- 9) wzór świadectwa złożenia PEM;
- 10) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PEM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16ph ust. 3;
- 11) tryb dokonywania przez dyrektora CEM wymiany świadectwa złożenia PEM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 16ph ust. 3.

W art. 16r zmienianej ustawy przyznaje się uprawnienie dla konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, a nie jak dotychczas wyłącznie konsultantów krajowych, do weryfikacji merytorycznej odbycia szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy zgodnie z programem specjalizacji na terenie danego województwa, z uwagi na zbyt duże obciążenie konsultantów krajowych dokumentacją napływającą ze wszystkich ośrodków akredytowanych. Konsultanci krajowi utrzymają dotychczasowe kompetencje w tym zakresie w przypadku braku konsultanta wojewódzkiego oraz jako organ pomocniczy wojewodów w przypadku pojawienia się wątpliwości dotyczącej oceny przebiegu szkolenia. Dotychczas przepisy nie wskazywały możliwości weryfikacji raz wydanej oceny. W artykule tym dodaje się także nowy przepis formalizujący status lekarza w systemie opieki zdrowotnej, który ukończył szkolenie specjalizacyjne, a nie złożył pozytywnie egzaminu PES. Przepis zrównuje jego status uprawnień ze statusem lekarza odbywającego specjalizację, o którym mowa w art. 160a ust. 2 do czasu pozytywnego złożenia PES. Powyższa regulacja jest niezbędna w celu prawidłowego określania

warunków, jakie powinna spełniać kadra lekarska realizująca świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych.

W art. 16rb zmienianej ustawy doprecyzowano, iż lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarz, który ma uznany dorobek zawodowy i naukowy w zakresie określonym przepisami ustawy, a także lekarz dentysta, który ma uznany dorobek zawodowy i naukowy mogą wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES.

W art. 16t zmienianej ustawy wprowadza się nowe przepisy określające w sposób szczegółowy uprawnienia lekarzy związane z przystępowaniem do PES. Lekarze będą mogli przystępować do PES już po zakończeniu przedostatniego roku szkolenia. Testy na każdy nowy termin egzamin PES składać się będą z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań PES, o której mowa w ust. 5. Nowe pytania i testy będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzaniu PES lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu będą, podobnie jak przy PEM, publikowane na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań PES udostępnianej również na stronie internetowej CEM.

Zadania i pytania egzaminu ustnego PES będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem. W SMK na rok przed egzaminem publikowany będzie zakres merytoryczny PES dla danej dziedziny wraz z podaniem wykazu źródeł bibliograficznych w języku polskim do poszczególnych działów i dokładnych wytycznych odpowiednich towarzystw naukowych, z których układane będą pytania do PES. Lekarz będzie mógł przystąpić do PES w terminie 5 lat od dnia potwierdzenia zakończenia szkolenia, przy czym ta reguła dotyczyć będzie wyłącznie lekarzy przystępujących po raz pierwszy do szkolenia specjalizacyjnego od daty wejścia w życie przepisów ustawy. Lekarzom, którzy złożyli z wynikiem pozytywnym PES dyplom będzie wydawany wyłącznie po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

W projekcie ustawy następuje uchylenie art. 16 ust. 10 i art. 16g ust. 1 oraz przeniesienie ich treści do jednego art. 16x ust. 1, co ma na celu zapewnienie prawidłowego sformułowania upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia.

W art. 17 zmienianej ustawy dokonuje się na nowo określenia zasad organizacji i potwierdzania nabywania umiejętności z zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego, które nazwane zostały „umiejętnościami zawodowymi”. Certyfikat umiejętności będzie przyznawane przez towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym właściwe dla danej umiejętności zawodowej wpisane. Warunkiem dopuszczenia właściwego towarzystwa naukowego do potwierdzenia uzyskania danej umiejętności zawodowej będzie zapewnienie jawności źródeł finansowania działalności oraz wynagradzania członków zarządu. Informacje te zamieszczać się będzie na stronie internetowej towarzystwa naukowego. Warunkiem niezbędnym do wypełnienia przez towarzystwo naukowe będzie uzyskanie wpisu w rejestrze prowadzonym przez dyrektora CMKP, który będzie obowiązany dokonać wpisu towarzystwa naukowego do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis zawierającego: numer i datę wpisu towarzystwa naukowego, nazwę towarzystwa naukowego, siedzibę i adres, formę organizacyjno-prawną towarzystwa naukowego, określenie umiejętności zawodowych certyfikowanych przez towarzystwo oraz numer w rejestrze przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym, o ile towarzystwo naukowe taki numer posiada, oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP). Towarzystwo naukowe w celu przeprowadzenia szkolenia sporządzać będzie regulamin organizacji i przeprowadzenia certyfikacji. Procedura certyfikacji podlegać będzie kontroli CMKP. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi w drodze rozporządzenia rodzaje umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, w których można uzyskać certyfikat umiejętności oraz szczegółowe kwalifikacje lekarzy stanowiące warunek ubiegania się o certyfikat umiejętności zawodowej.

Przewiduje się, że na nowo określona organizacja szkolenia, jak również na nowo określony katalog umiejętności zawodowych będzie dopełnieniem kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, co umożliwi w szybszym trybie zwiększenie liczby lekarzy, którzy zapewnią pacjentom realizację, w sposób wykwalifikowany i gwarantujący bezpieczeństwo, określonych świadczeń zdrowotnych.

W art. 18 zmienianej ustawy wprowadza się przepis wskazujący, że dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy potwierdzać będzie za pomocą SMK okręgowa rada lekarska oraz dokonując wpisu w rejestrze lekarzy na podstawie przedłożonej przez lekarza indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego. Powyższe nie dotyczy będzie lekarza oraz lekarza dentystry, który przebywa na urlopie macierzyńskim albo na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu rozliczeniowego. Okręgowa rada lekarska powiadamia, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. Lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego przysługuje 6 dni płatnych na samokształcenie. Finansowanie doskonalenia zawodowego będzie pokrywać lekarz, lekarz dentysta, albo będzie mógł pokryć podmiot leczniczy zatrudniający lekarza, okręgowa izba lekarska lub Naczelna Izba Lekarska, Wojskowa Izba Lekarska lub podmiot organizujący szkolenie. Powyższe umożliwi w większym stopniu dofinansowywanie lekarzom odbywania różnych form doskonalenia zawodowego. W artykule tym dodaje się także przepis nakładający na kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarza, obowiązek umożliwienia lekarzowi realizacji doskonalenia zawodowego. Powyższe jest wynikiem zgłaszania przez środowisko lekarzy wielokrotnego blokowania przez przełożonych możliwości realizacji tego obowiązku, w szczególności kiedy wiązało się to z opuszczeniem miejsca pracy.

W art. 19-19c zmienianej ustawy następuje ujednolicenie terminologii związanej z ustawicznym rozwojem zawodowym oraz wskazuje się jednostki, które mogą prowadzić ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, z wyłączeniem szkolenia w zakresie umiejętności zawodowych. Doprecyzowuje się, że administratorem danych osobowych rejestru, o którym mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 jest właściwa okręgowa rada lekarska oraz Naczelna Rada Lekarska.

W art. 19f zmienianej ustawy doprecyzowuje się przepis dotyczący pełnienia funkcji kierownika specjalizacji o warunek utrzymywania przez niego w czasie kierowania szkoleniem specjalizacyjnym pełnego etatu lub równoważnego czasu pracy zapewniającego nadzór nad realizacją określonego programu specjalizacji. W artykule tym



wprowadzono także konieczność zawierania pisemnych porozumień z inną jednostką akredytowaną do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, w przypadku braku możliwości odbycia części szkolenia w podmiocie, który zawarł w tej sprawie umowę z lekarzem. Nowością jest wprowadzenie przepisu konieczności posiadania przez jednostkę szkolącą opracowanego i wdrożonego zakładowego planu realizacji szkolenia specjalizacyjnego dla określonych dziedzin medycyny zgodnego z programami szkolenia specjalizacyjnego realizowanymi na terenie tego podmiotu leczniczego. Powyższe ma zapewnić porządek organizacyjny w sytuacjach realizacji w danej jednostce szkolenia specjalizacyjnego dla wielu lekarzy w różnych dziedzinach medycyny jednocześnie oraz powinno określać zakres i sposób podjęcia niezbędnej współpracy z innymi jednostkami akredytowanymi. Wprowadzenie tej regulacji stanowi pokłosie próby zniwelowania sytuacji zgłaszanych przez młodych lekarzy, a dotyczących braków właściwego koordynowania przebiegu szkolenia specjalizacyjnego oraz braku pozyskania w jednostce szkolącej dokumentu stanowiącego swoistą instrukcję organizacji szkolenia w danym podmiocie leczniczym. W przypadku zmiany formy prawnej jednostki akredytowanej albo jej reorganizacji jednostka ta może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy przez okres nie dłuższy niż sześć miesięcy od dnia zaistnienia takiej zmiany lub dnia reorganizacji pod warunkiem złożenia oświadczenia o spełnianiu akredytacji. Każda jednostka, która przestanie spełniać ustawowe wymagania do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, w tym staży kierunkowych ma obowiązek złożenia szczegółowej informacji o przeprowadzonej zmianie formy prawnej lub o zakresie reorganizacji jednostki do wojewody i dyrektora CMKP. W celu uzyskania opinii zespołu ekspertów dotyczącej potwierdzenia ciągłości akredytacji jednostka występuje do dyrektora CMKP w terminie nie później niż 30 dni od dnia złożenia oświadczenia o spełnianiu ustawowych wymagań. Wprowadzony ww. termin ma zapobiegać występującym obecnie sytuacjom kiedy jednostki, co do których istniał niezwłoczny obowiązek przedłożenia informacji o spełnieniu warunków organizacyjnych i kadrowych do szkolenia specjalizacyjnego, przedkładały tę informację nawet po upływie roku. W przypadku braku spełnienia ustawowych wymogów akredytacyjnych dyrektor CMKP będzie skreślał podmiot w drodze decyzji z listy jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

W art. 19g zmienianej ustawy usankcjonowana zostaje możliwość odbywania kursów również w formie e-learningowej. Niezależnie od tego jednostka prowadząca szkolenie oddelegowywać będzie lekarza do udziału we właściwych kursach szkoleniowych zgodnie z przyznaną przez dyrektora CMKP kwalifikacją do udziału w nich. Wprowadzona regulacja ma zapobiegać wstrzymywaniu przez przełożonych delegowania lekarzy odbywających szkolenie do udziału w kursach specjalizacyjnych, efektem czego nawarstwiają się im braki w realizacji programu szkolenia, natomiast ze strony organizatorów kursów występuje konieczność przeprowadzania szkolenia przy minimalnej liczbie kilku uczestników, pomimo, iż wcześniej lista zgłoszeń wypełniała wszystkie kilkadziesiąt miejsc. Dyrektor CMKP w porozumieniu z jednostkami uprawnionymi do ustawicznego rozwoju zawodowego, a w zakresie medycyny rodzinnej wskazany przez dyrektora CMKP instytut badawczy, koordynować będą organizację kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji zgodnie z wymogami odpowiednich specjalizacji oraz liczbą i rozmieszczeniem regionalnym lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny. Nowością będzie także wprowadzenie przepisu dającego możliwość korzystania z kursów specjalizacyjnych przez lekarzy dentystów, którzy nie odbywają szkolenia specjalizacyjnego, w zakresie dostępnych wolnych miejsc na kursie. Warunki uczestnictwa takich lekarzy w kursach szkoleniowych określać będzie jednostka organizująca kurs w porozumieniu z dyrektorem CMKP. Powyższe rozwiązanie pozwoli zapewnić efektywne wykorzystanie wszystkich miejsc szkoleniowych na kursach specjalizacyjnych dentystycznych, których liczba organizacji jest mała w stosunku do łącznej liczby kursów organizowanych dla lekarzy, a także pozwoli lekarzom dentystom pogłębić wiedzę i umiejętności zawodowe przekładające się na bezpieczeństwo zdrowia pacjentów. Wprowadzone zostają także przepisy dające możliwość ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zlecania nadzorowanej przez siebie uczelni wyższej lub instytutowi badawczemu koordynowanie szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny. Koszty związane z realizacją tego zadania będą pokrywane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zakres koordynowania minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia.

W art. 19h zmienianej ustawy rozszerza się zakres prowadzonego przez dyrektora CMKP nadzoru nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego o kontrolę spełniania warunków organizacyjnych określonych w art. 19f ust. 2 i 3. Dyrektor CMKP może zlecić realizację kontroli w zakresie medycyny rodzinnej instytutowi badawczemu. Instytut w ramach czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitoringu systemu specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej opracowywać będzie raport o stanie realizacji kształcenia specjalizacyjnego w danym roku.

W art. 19i zmienianej ustawy do zespołu kontrolnego zostaje dodany przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego. Jeżeli w toku kontroli zostanie stwierdzone rażące naruszenie przepisów prawa lub warunków określonych w ustawie, dyrektor CMKP będzie miał prawo wykreślić kontrolowany podmiot z listy jednostek akredytowanych. Od tej decyzji przysługiwać będzie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

W art. 19j zmienianej ustawy doprecyzowuje się zakres monitorowania systemu ustawicznego rozwoju zawodowego, jako zadania polegającego w szczególności na: rejestrowaniu danych i prowadzeniu rejestrów, list lub innych wykazów, przetwarzaniu danych dotyczących liczby jednostek szkolących i miejsc szkoleniowych, badaniu poprawności funkcjonowania poszczególnych procedur szkoleniowych oraz realizacji określonych programów szkoleniowych na każdym ich etapie, badaniu poprawności realizowania zadań przez osoby bezpośrednio nadzorujące lekarzy odbywających szkolenie lub bezpośrednio kierujące ich szkoleniem. Powyższy przepis ma stanowić formalne uprawnienie dla każdego organizatora szkolenia na każdym jego etapie nie tylko do rejestrowania określonych danych, ale także do sporządzania z nich ocen i analiz.

W art. 19k – 19n zmienianej ustawy sankcjonuje się wprowadzenie monitorowania szkolenia specjalizacyjnego przez ankiety wypełniane przez lekarzy po odbytym szkoleniu. Powyższe pozwoli w sposób rzeczywisty zapoznać się z obiektywną, jak się wydaje, oceną szkolenia przedstawianą z perspektywy samych lekarzy. Wypełnianie ankiet przez uczestników szkolenia będzie obowiązkowe. W ramach monitorowania systemu ustawicznego rozwoju zawodowego, dyrektor CMKP będzie miał prawo żądania pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących warunków i przebiegu szkolenia.

W art. 21–29 zmienianej ustawy następuje aktualizacja przepisów dotyczących

eksperymentu medycznego, bowiem dotychczasowe przepisy są przestarzałe i nie oddają w sposób rzeczywisty ich bieżącego przebiegu z zachowaniem praw pacjentów, kobiet ciężarnych, zakazie przeprowadzania ich na dziecku nienarodzone, osobie ubezwłasnowolnionej żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody, osobie pozbawionej wolności albo poddanej detencji albo osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, lecz nie będącej w stanie z rozeznaniem i dobrowolnie wypowiedzieć opinii w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie. Nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów. Udział w eksperymencie nie może opóźnić ani pozbawiać jego uczestnika procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych, które są konieczne medycznie. Podczas eksperymentu zapewnia się uczestnikowi przypisanemu do grupy kontrolnej stosowanie sprawdzonych metod zapobiegania, diagnozowania lub leczenia. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi niedopuszczalnego ryzyka lub obciążenia dla uczestnika eksperymentu. Uczestnik eksperymentu lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na eksperyment medyczny może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. Dodatkowo w art. 58 wprowadza się kary finansowe za prowadzenie eksperymentu medycznego bez stosownej zgody lub zezwolenia.

W art. 30 i 39 zmienianej ustawy następuje weryfikacja treści tych przepisów w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (TK) z dnia 7 października 2015 r. syg. akt K 12/14 mówiącym o ich niezgodności z Konstytucją RP. Nowelizacja przepisu art. 30 polega na wykreśleniu kwestionowanego przez TK jako bliżej niedookreślonego sformułowania „oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, natomiast nowelizacja przepisu art. 39 polega na wykreśleniu wyrazów „z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”.

Zmiany legislacyjne dokonane w art. 53 zmienianej ustawy mają charakter porządkujący.

Niezależnie od powyższego dokonuje się zmiany przepisów ustawy dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150) i ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2008 r. poz. 965). Zmiany dokonane w ustawie z dnia 20 lipca 1950

r. o zawodzie felczera podyktowane są faktem, że kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu felczera zostało zamknięte w latach siedemdziesiątych, jednakże na obecnym rynku pracy nadal funkcjonują osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania tego zawodu. W związku z powyższym minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 1 ust. 1 ww. ustawy może jedynie potwierdzić, a nie uznać, kwalifikacje zawodowe felczera osobom, których dyplom podlega uznaniu na podstawie umowy międzynarodowej. Nie planuje się także przywrócenia kształcenia w tym zawodzie. W konsekwencji nie będzie możliwe przeprowadzenie postępowania o uznanie kwalifikacji w zawodzie felczera, którego istotą jest porównanie programów kształcenia i wskazanie ew. różnic, z uwagi na brak obowiązującego polskiego programu kształcenia. Zamiarem ustawodawcy było i jest wygaszenie zawodu felczera w Rzeczypospolitej Polskiej. Koniecznym jest uchylene przepisów umożliwiających uzyskanie w obecnym stanie prawnym prawa do wykonywania zawodu felczera przez osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium naszego kraju. Obecnie Naczelna Rada Lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu felczera osobom, które posiadają decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzającą kwalifikacje zawodowe (w okresie od 2008 do 2018 r. minister właściwy do spraw zdrowia wydał pozytywne decyzje 50 osobom). Zgodnie z informacją dostępną na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30 kwietnia 2018 r. w kraju było 211 felczerów czynnych zawodowo oraz 532 nie wykonujących zawodu. W 2013 r. w toku prac nad ewentualną deregulacją tego zawodu Ministerstwo Spraw Zagranicznych wydało pozytywną opinię w tym przedmiocie.

Natomiast konsekwencją dodania nowych przepisów mających na celu umożliwienie podmiotom leczniczym zatrudnianie lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców spoza UE posiadających tytuł specjalisty, jest konieczność dokonania zmian w przepisach ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Lekarz, lekarz dentysta, który otrzyma dokument prawo wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym będzie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej, która wydała to prawo. Jednakże ten sam lekarz, lekarz dentysta, który otrzyma dokument prawo wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym nie będzie mógł wybierać i być wybieranymi do organów izb lekarskich z uwagi na fakt, iż nie posiada prawa wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej na czas nieoznaczony. Jednocześnie

lekarz ten będzie poddawany pod ocenę sądu lekarskiego, w przypadku zaistnienia okoliczności wskazujących na nieprawidłowości w realizacji udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych, czego konsekwencją może być odebranie prawa wykonywania zawodu na czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym. W związku z wprowadzeniem nowej terminologii dotyczącej umiejętności zawodowych istnieje konieczność dostosowania również w tym zakresie przepisów powyższej ustawy.

W przepisach przejściowych przewiduje się, że do wszystkich wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie procedowanej ustawy postępowań dotyczących stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzom stosować się będzie przepisy dotychczasowe oraz reguluje się kwestie nostryfikacji. Natomiast przepisy umożliwiające wcześniejsze przystąpienie do PES stosować się będzie do lekarzy, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne po dniu wejścia w życie ustawy, tj. po dniu 1 stycznia 2020 r.

Mechanizmem korygującym wydatki określone w art. 4 projektu ustawy będzie liczba przyznawanych rezydentur oraz liczba miejsc akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego.

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 15 ust. 5, art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 i art. 16x ust. 1 oraz art. 16j ust. 5 ustawy zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie odpowiednio art. 15l, art. 16x ust. 1 oraz art. 16j ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednakże nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego projektu ustawy.

Projekt przewiduje, iż ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., z wyjątkiem przepisów dotyczących m.in.:

- 1) udostępniania danych w SMK, warunków przyznawania prawa wykonywania zawodu, braku przyznawania częściowego dostępu do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, czasowego udziału lekarzy bez prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w nauczaniu lub konsyliach lekarskich, prowadzenia szkolenia w oparciu o symulowane warunki kliniczne, uznania dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza i lekarza dentysty za równoznaczny ze zrealizowaniem części lub całości szkolenia specjalizacyjnego i dopuszczenia do PES, warunków przystępowania do procedury kwalifikacji na tryb

rezydencki, wskazania zakresu programu specjalizacyjnego, jako obowiązkowego do realizacji w trakcie szkolenia, wprowadzenia lekarza dentysty, jako uprawnionego do pobierania wyższego wynagrodzenia w ramach tzw. „bonu patriotycznego” oraz doprecyzowania przepisów w tym zakresie, doprecyzowania warunków realizacji szkolenia specjalizacyjnego w zakresie niezbędnym do dostosowania do bieżących potrzeb, w tym dotyczących kierowników specjalizacji oraz uznawania odbytych staży i kursów, nadania uprawnień i obowiązków lekarzom w trakcie specjalizacji, procedury zatwierdzania ukończenia szkolenia, bezpłatnego podejścia do drugiego terminu egzaminu PES w przypadku braku jego zaliczenia w pierwszym terminie, doszczegółowienia warunków akredytacji w zakresie dostosowania do bieżących potrzeb, w tym zawierania pisemnych porozumień z innymi podmiotami, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarzy programu specjalizacji oraz aktualizowania danych jednostki akredytowanej i wskazywania nowego miejsca szkoleniowego, realizowania kursów specjalizacyjnych w formie e-learningowej, dostosowania przepisu art. 30 i 30 zmienianej ustawy w związku z Trybunału Konstytucyjnego – które wejdą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;

- 2) wprowadzenia do SMK czynności związanych z nowymi przepisami dotyczącymi realizacji stażu podyplomowego, uznania dyplomu lekarza albo lekarza dentysty uzyskanego w państwie trzecim w drodze nowego jednolitego egzaminu nostryfikacyjnego, umożliwienia kierownikom podmiotów leczniczych zatrudnienia na określony czas i tylko w danym podmiocie lekarzy specjalistów spoza UE, wprowadzenia nowych zasad organizacji LEK/LDEK, organizacji i realizacji PEM, wprowadzenia centralnego systemu kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne, weryfikacji zakresu programu specjalizacyjnego, zróżnicowanie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego w zależności od zdanego PEM, możliwości przystąpienia do PES przed ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego, posiadania opracowanego i wdrożonego zakładowego planu realizacji szkolenia dla danych dziedzin medycyny zgodnego z programami szkolenia specjalizacyjnego – które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Projekt ustawy nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów

rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.