

**STANOWISKO Nr 13/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 28 czerwca 2019 r.

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

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (projekt z dnia 31 maja 2019 r.), o którym Minister Zdrowia poinformował w piśmie z dnia 31 maja 2019 r., znak: NSK.841.1.2019.BB, wyraża poparcie dla idei wprowadzenia zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Jednakże pomimo poparcia takiego celu przyświecającego zmianom legislacyjnym proponowanym przez Ministra Zdrowia, przedstawione w projekcie ww. ustawy rozwiązania **nie odpowiadają** oczekiwaniom środowiska lekarzy i lekarzy dentystów wyrażonym w licznych dokumentach przyjętych przez organy Naczelnej Izby Lekarskiej, w szczególności zawartych w stanowisku Nr 4/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, opiniującym projekt przygotowany przez Zespół powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. poz. 22 i poz. 49). Samorząd lekarski oczekuje całościowej realizacji przepisów zawartych w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL.

UWAGI OGÓLNE:

1. Przepisy dot. procedury nostryfikacji dyplomów uzyskanych przez lekarzy i lekarzy dentystów w państwie trzecim (art. 6c – 6h)

Samorząd lekarski pozytywnie ocenia propozycję, aby w odniesieniu do dyplomów lekarzy i lekarzy dentystów postępowanie nostryfikacyjne, dotychczas przeprowadzane przez uczelnie medyczne, było prowadzone przez jedną jednostkę wg jednolitych zasad i trybu. Samorząd sam w przeszłości proponował, aby kompetencje w zakresie nostryfikacji dyplomów lekarza i lekarza dentysty należały do jednego podmiotu, np. do Centrum Egzaminów Medycznych albo do Ministra Zdrowia działającego na podstawie opinii powołanego przez siebie zespołu ekspertów, w skład którego powinni wchodzić m. in. przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jednakże zaproponowany w projekcie tryb nostryfikacji, która miałyby polegać tylko i wyłącznie na przeprowadzeniu jednolitego egzaminu nostryfikacyjnego w formie testu, do którego przystąpić mogłaby każda osoba, która uzyskała w państwie trzecim (tj. poza Unią Europejską) dyplom lekarza albo lekarza dentysty – bez względu na to, jaki był program i wymiar kształcenia prowadzącego do uzyskania takiego dyplomu – jest trybem nadmiernie uproszczonym, mogącym prowadzić do uznawania za równoważne dyplomów uzyskanych po odbyciu studiów nie spełniających wymaganych w Polsce i w Unii Europejskiej standardów kształcenia.

Procedura nostryfikacja nie może sprowadzać się tylko i wyłącznie do przeprowadzenia egzaminu testowego – powinna także obejmować wstępne porównanie programu odbytych w państwie trzecich studiów z obowiązującymi w Polsce standardami kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, a dopuszczenie posiadacza dyplomu z państwa trzeciego do egzaminu nostryfikacyjnego w proponowanej formule powinno nastąpić dopiero po ustaleniu, że odbyte za granicą studia odpowiadają w zasadniczych elementach tym standardom.

Tylko w takiej sytuacji, tj. łącznie po porównaniu programów studiów i po uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu nostryfikacyjnego przeprowadzanego przez CEM, można będzie zasadnie twierdzić, że dyplom lekarza albo lekarza dentysty uzyskany w państwie trzecim potwierdza odbycie kształcenia spełniającego minimalne wymogi określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, czyli w art. 24 dyrektywy 2005/36/WE w przypadku lekarzy i art. 34 tej dyrektywy w przypadku lekarzy dentystów. Opieranie się tylko i wyłącznie na wyniku egzaminu testowego może być zasadnie podważane.

Samorząd lekarski przypomina, że określone w tych przepisach minimalne wymogi kształcenia nie sprowadzają się tylko do ustalenia zakresu wiedzy teoretyczno-praktycznej, jaką powinien uzyskać absolwent, ale określają minimalny okres trwania studiów wyrażony w latach i godzinach nauczania obejmujących zarówno kształcenie teoretyczne, jak i praktyczne (odpowiednie doświadczenie kliniczne), a w przypadku studiów lekarsko-dentystycznych także wykaz przedmiotów, które program studiów ma obejmować.

2. Uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE (art. 7 ust. 2a – 2k)

Zaproponowany w projekcie w art. 7 ust. 2a – 2k uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej oraz prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez osoby wykonujące zawód medyczny kierujące się zasadami etyki zawodowej.

Przepisy związane z trybem nabywania w Polsce kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź uznawania kwalifikacji nabytych za granicą mają na celu zapewnienie, że osoba uzyskująca w Polsce uprawnienie do wykonywania jednego z tych zawodów daje gwarancje prawidłowego i rzetelnego wykonywania zawodu i jest właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z ich ww. prawem.

Projektowane przepisy nie wskazują jakichkolwiek kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy, wprowadzając jedynie formalne wymogi okazania dyplomu lekarza oraz dyplomu lekarza specjalisty bez odniesienia się do minimalnych wymogów, jakim musi odpowiadać szkolenie prowadzące do uzyskania takich dyplomów, oraz okazania zaświadczenia o trzyletnim doświadczeniu zawodowym jako specjalista w danej dziedzinie. Dodatkowo, z praktycznego punktu widzenia, weryfikacja przedkładanej w tym trybie dokumentacji, w szczególności dotyczącej uzyskanej specjalizacji i doświadczenia zawodowego będzie utrudniona, o ile w ogóle możliwa. Brak jest obecnie mechanizmów umożliwiających organom izb lekarskich rzetelną weryfikację dokumentów wydawanych w wielu państwach spoza UE oraz tytułów zawodowych nadawanych lekarzom w tych

państwach. Częste zastrzeżenia budzi na przykład jakość kształcenia specjalizacyjnego w części państw nieunijnych, a projektowane przepisy w sposób bezkrytyczne nakazują akceptację każdego dokumentu, który będzie się określał jako dyplom specjalisty.

Samorząd lekarski zdaje sobie przy tym sprawę, że procedury związane z uznaniem kwalifikacji uzyskanych poza UE mogą być czasochłonne i wiązać się z określonymi kosztami dla wnioskujących lekarzy. Dostrzegając w tym zakresie pole do pewnego usprawnienia tych procedur, samorząd ponownie podkreśla, że nie może to skutkować zniesieniem wstępnej oceny przygotowania lekarza, który kształcił się poza UE, do wykonywania w Polsce zawodu zarówno od strony posiadanej wiedzy teoretycznej, jak i umiejętności praktycznych.

Proponowany tryb dopuszczania w Polsce do zawodów lekarza i lekarza dentystry – nawet w zakresie ograniczonym co do miejsca i czasu – osób, których kwalifikacje zawodowe nie są poddane żadnej merytorycznej ocenie, uzależniając to jedynie od odbycia praktycznego szkolenia w podmiocie, w którym lekarz ma pracować, nie podlegającego de facto żadnej kontroli zewnętrznej, jest jednocześnie niezgodny z wymogami prawa unijnego, zgodnie z którymi państwa członkowskie UE mogą, zgodnie z własnymi przepisami, uznawać kwalifikacje zawodowe zdobyte poza terytorium UE, jednakże uznawanie tych kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla danego zawodu (motyw 10. w zw. z art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych).

Wychodzenie w taki sposób, jak wskazano w uzasadnieniu projektu, „naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej”, jest całkowicie niezasadne i jest de facto wbrew interesowi pacjentów. Jednocześnie zaś prowadzić będzie do niejasnej sytuacji prawnej lekarzy objętych tym trybem co do zakresu ich rzeczywistych uprawnień zawodowych w Polsce, zakresu ich odpowiedzialności cywilnej i zawodowej.

Należy także wskazać, że projekt nie określa, jaką formę prawną miałyby mieć „zatrudnienie” cudzoziemca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, co może wpływać m.in. na zasady ponoszenia odpowiedzialności cywilnej. Projekt nie określa także, kto może być „opiekunem” cudzoziemca podczas szkolenia praktycznego.

Samorząd lekarski postuluje całkowite odstąpienie od takiego rozwiązania.

3. Tymczasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu w Polsce przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej (art. 9 ust. 2 – 14)

Samorząd lekarski negatywnie ocenia proponowane zmiany przepisów art. 9 ust. 2 – 12 w zakresie składania przez lekarza zamierzającego wykonywać w Polsce zawód tymczasowo i okazjonalnie oświadczenia oraz dokumentów określonych w art. ust. 2 pkt 1 – 4 Naczelnej Rady Lekarskiej zamiast, jak dotychczas, okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu. W proponowanym rozwiązaniu Naczelna Rada Lekarska miałaby pełnić rolę pośrednika w przekazywaniu tych dokumentów właściwej lub właściwym okręgowym radom lekarskim. Takie rozwiązanie prowadzić będzie jedynie do wydłużenia całej procedury.

Jednocześnie zaś projektodawca pomija w treści składanego przez lekarza oświadczenia informację zamierzonym miejscu wykonywania zawodu, co w praktyce uniemożliwi Naczelnej Radzie Lekarskiej przekazywanie oświadczenia i pozostałej dokumentacji właściwej okręgowej radzie lekarskiej.

Jak można się domyślać, powyższe propozycje są efektem zastrzeżeń, jakie przedstawiła niedawno Komisja Europejska co do sposobu wdrożenia do prawa polskiego niektórych przepisów dyrektywy 2005/36/WE (w tzw. wezwaniu do usunięcia uchybienia nr 2018/2301). Po pierwsze, samorząd lekarski ponownie wskazuje, że podanie przez lekarza, lekarza dentystrę organowi izby lekarskiej przewidywanego miejsca i czasu wykonywania w Polsce zawodu jest czynnością pozwalającą dokonać oceny, czy zamierzone przez lekarza wykonywanie zawodu będzie mieć charakter tymczasowy i okazjonalny, i ewentualnie uprzedzić lekarza, że zdaniem organu zamierzone przez niego wykonywanie w Polsce zawodu nie będzie mieć charakteru tymczasowości i okazjonalności, co może pomóc lekarzowi uniknąć sytuacji, w której wykonywałby w Polsce zawód bez właściwego zezwolenia (prawa wykonywania zawodu).

Po drugie, w ocenie samorządu lekarskiego obowiązek składania oświadczenia o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu każdorazowo w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu nie stanowi jakiegoś szczególnego obciążenia dla lekarzy, zwłaszcza przy obecnym stanie technologii komunikacyjnych.

Niemniej, jeżeli ustawodawca, wobec brzmienia przepisu art. 7 ust. 2a dyrektywy 2005/36/WE i mając na uwadze zastrzeżenia zgłoszone przez Komisję Europejską, uzna za niezbędne wprowadzenie zmiany polegającej na wskazaniu jednej izby lekarskiej właściwej w tym zakresie dla całego terytorium kraju – analogicznie do rozwiązania przyjętego w art. 9b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – to ta izba powinna dokonywać wszystkich czynności wynikających z art. 9 ust. 2 - 14.

Ponadto samorząd lekarski proponuje art. 9 ust. 14 nadać brzmienie określone w uwagach szczegółowych.

4. Zaświadczenie o odbyciu stażu podyplomowego

Z uwagi na przedmiot i zakres zmian wprowadzanych opiniowanym projektem w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, NRL proponuje dokonać zmiany także przepisów art. 15f ust. 5 oraz 15j ust. 7 tej ustawy, dotyczących zaświadczenia o odbywaniu stażu podyplomowego. Zgodnie z decyzją delegowaną Komisji Europejskiej 2019/608 z dnia 16 stycznia 2019 r. opublikowaną w Dzienniku Urzędowym UE L 104/1 z dnia 15 kwietnia 2019 r. w pkt. 5.1.1 i 5.3.2 zaktualizowanego załącznika V do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych jako jedno z dwóch zaświadczeń, które powinny towarzyszyć polskim dokumentom potwierdzającym posiadanie kwalifikacji lekarzy oraz lekarzy dentystrów – odpowiednio dyplomowi ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim z tytułem „lekarza” oraz dyplomowi ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarsko-dentystycznym z tytułem „lekarz dentysta” – dopisane zostało zaświadczenie o ukończeniu stażu podyplomowego.

Z tego względu w celu ułatwienia absolwentom polskich uczelni medycznych wykazywania w innych państwach członkowskich, że ukończyli staż podyplomowy zgodnie z polskimi przepisami i że posiadają towarzyszące dyplomowi zaświadczenie potwierdzające ukończenie stażu podyplomowego, co może stanowić wymóg uznania ich kwalifikacji do wykonywania zawodu, zasadne jest, aby zaświadczenie wydawane na podstawie proponowanego przepisu art. 15f ust. 4 oraz decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu w całości stażu odbytego za granicą za równoważny stażowi odbywanemu w Polsce zawierały adnotacje wskazujące, że są to właśnie zaświadczenia wymienione w przepisach prawa

unijnego. To pozwoli w wielu przypadkach uniknąć wydawania dodatkowych zaświadczeń przez organy izb lekarskich.

Propozycja zmian w uwagach szczegółowych.

5. Uznawanie stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 15j)

W ocenie samorządu lekarskiego niczym nieuzasadnione jest zróżnicowanie trybu uznawania stażu podyplomowego w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE, czy w tzw. państwie trzecim. W pierwszym przypadku projekt przewiduje uznawanie stażu przez Ministra Zdrowia bez konieczności zasięgnięcia opinii zespołu ekspertów, zaś w drugim przypadku po zasięgnięciu takiej opinii.

Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku uznanie stażu przez Ministra Zdrowia powinno następować po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów, w skład którego powinien wchodzić m.in. przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej. Takie rozwiązanie w obu przypadkach umożliwi Ministrowi Zdrowia prawidłowe ustalenie, że istnieją przesłanki do uznania stażu odbytego za granicą za równoważny w całości lub w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej

6. Zwolnienie od obowiązku odbycia stażu podyplomowego i składania egzaminu LEK / LDEK

Samorząd lekarski zwracał niedawno uwagę na to, iż w ocenie samorządu zasadne jest spojrzenie na sytuację lekarzy i lekarzy dentyków posiadających dyplom polskiej uczelni, którzy po ukończeniu studiów, ale bez odbycia stażu podyplomowego i bez złożenia egzaminu LEK albo LDEK, wyjechali za granicę i tam wykonują swój zawód. Jest spora grupa takich osób, w przeważającej części obywateli polskich, które od wielu lat pracują w innych państwach Unii Europejskiej oraz w państwach nienależących do UE, mają bogate doświadczenie zawodowe i ugruntowaną pozycję, posiadają tytuły specjalistów, a obecnie wyrażają chęć pracy zawodowej w Polsce.

W obecnym stanie prawnym osoby takie, bez względu na uzyskane za granicą doświadczenie, kwalifikacje, czy stopnie i tytuły naukowe, muszą w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu odbyć staż podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez Ministra Zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK albo LDEK.

W przypadku takich lekarzy powyższe wymogi wydają się nie być w pełni uzasadnione i mogą być postrzegane jako nadmierna przeszkoda, powodująca, że lekarze odstępują od zamiaru powrotu do Polski.

Wydaje się, że w obliczu niedoboru kadry lekarskiej w Polsce należy rozważyć możliwość zwalniania lekarzy absolwentów polskich uczelni medycznych (najczęściej obywateli polskich), którzy wykazują odpowiednio duże doświadczenie zawodowe i wysokie kwalifikacje lekarskie uzyskane za granicą, od obowiązku odbywania stażu podyplomowego (istnieje co prawda możliwość jego uznania przez Ministra Zdrowia, ale w obecnym stanie prawnym często nie prowadzi to do uznania stażu w całości) oraz składania egzaminu LEK albo LDEK.

Szczegółowe zasady i warunki takiego zwolnienia powinny zostać zaproponowane przez resort zdrowia, jednakże omawiana nowelizacja takich regulacji nie zawiera, mimo że jednocześnie zawiera przepisy, które mają – i to w zbyt daleko idący sposób – ułatwić dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentyka w Polsce cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej.

7. Kompetencje izb lekarskich w zakresie kształcenia

W opiniowanym projekcie ustawy nie przewidziano przeniesienia kompetencji urzędów wojewódzkich na izby lekarskie, co utrudnia dostęp lekarzy i lekarzy dentystów do skutecznych metod prowadzenia swoich spraw, mnoży instytucje zajmujące się kształceniem oraz zwiększa związane z tym koszty. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego oraz stają na wysokości zadania w każdym wymiarze spraw biurokratycznych, z którymi zgłasza się lekarz lub lekarz dentysta, a także są bardzo dobrze oceniane pod kątem skuteczności i jakości obsługi. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarskie, nie odbierając kompetencji jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej regionu.

W związku z powyższym NRL proponuje powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego.

8. Wynagrodzenia kierowników specjalizacji

Zasadne jest wprowadzenie wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji, który pełni ważną rolę w prowadzeniu kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji (poświęca czas, edukuje i ponosi odpowiedzialność za lekarza odbywającego specjalizację). Brak takiego wynagrodzenia będzie wiązał się z coraz większą niechęcią lekarzy specjalistów do podejmowania się roli kierownika specjalizacji. Katalog zadań przypisanych kierownikowi specjalizacji obejmuje bardzo wiele wymogów, które stanowią dla tych osób znaczne obciążenie (nie tylko czasowe), bowiem kierownik w ramach pełnionej funkcji organizuje, nadzoruje i potwierdza uzyskanie wymaganej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych oraz kieruje lekarza na egzamin. Wynagrodzenie za pełnienie tej funkcji powinno być dodatkiem do wynagrodzenia zasadniczego za każdego specjalizującego się lekarza i stanowić de facto zapłatę za przypisaną odpowiedzialność, która spoczywa na kierowniku specjalizacji, aby dobrze wyedukować lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Kwota 1000 zł brutto jest minimalną kwotą takiego wynagrodzenia, która nie naraża nadmiernie budżetu państwa, a jednocześnie pozwoli zachęcić lekarzy specjalistów do podejmowania się tej trudnej funkcji.

9. Regulacje dotycząc lekarzy specjalistów

W opiniowanym projekcie całkowicie pominięto regulacje dotyczące lekarzy specjalistów, co wobec projektowanych uprawnień dla lekarzy rezydentów dywersyfikuje charakter ich pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków. Np. można wskazać, że zgodnie z projektowanym art. 16i ust 8 lekarz odbywając szkolenie specjalistyczne może opuścić stanowisko pracy po dyżurze w celu zrealizowania prawa do 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego wypoczynku, co nie obniża należnego mu wynagrodzenia, ale lekarz specjalista już nie ma takiego uprawnienia. Ponadto przedmiotowy projekt wymaga uzupełnienia o regulacje dotyczące ustalenia maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy, normatywnego ustalenia reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od regulacji przewidzianych w Kodeksie pracy.

10. Współczynniki wynagrodzenia

Za niedopuszczalne i merytorycznie wadliwe należy uznać brak nowelizacji współczynników pracy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Opiniowany projekt ustawy w wielu punktach nakłada nowe obowiązki i obwarowania formalno-prawne na już skrajnie przeciążonych lekarzy każdego szczebla, z czym powinien być powiązany wzrost wynagrodzeń.

11. Finansowanie kształcenia lekarzy dentyków

Projekt nie zawiera postulowanego w stanowisku Nr 4/19/VIII systemu zabezpieczającego minimalne nakłady na kształcenie podyplomowe lekarzy dentyków. Jak wielokrotnie wykazywano, środowisko stomatologiczne nie jest w stanie bez zapewnienia odpowiednich warunków finansowania szkoleń wygenerować odpowiedniej liczby miejsc rezydenckich. Z drugiej strony, charakter zawodu zaufania publicznego lekarza dentyki zakłada obowiązek podnoszenia kwalifikacji i musi to znaleźć odzwierciedlenie w ustawie, która powinna kreować realne narzędzia do realizacji tego obowiązku. W przypadku zgłaszania niewielkiego liczbowo zapotrzebowania na miejsca rezydenckie ze strony wojewodów powinien istnieć mechanizm kierowania środków na kształcenie podyplomowe lekarzy dentyków w innych formach niż szkolenie specjalizacyjne (np. staże i kursy o zweryfikowanym przez NRL poziomie).

12. Zmiana art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyki

Projekt nie uwzględnia propozycji zmiany art. 53 ustawy z dnia 5 grudnia 2019 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyki, zgłoszonej przez Naczelną Radę Lekarską w uchwały nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. Propozycja ta jest ściśle związana z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyków, gdyż jednym podstawowych powodów niedostatecznej liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych jest fakt, iż podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w zakresie stomatologii (w przeważającej większości praktyki lekarskie) są zbyt małymi przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Mało prawdopodobne jest, aby praktyka organizowała ad hoc na 3-4 lata nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów). To dodatkowe stanowisko w praktyce dentyki musi być już utworzone wcześniej i odpowiednim do tego bodźcem byłoby uprawnienie praktyk do zatrudniania jednego stałego współpracownika.

Propozycja zmiany brzmienia art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyki została zawarta w uwagach szczegółowych (część I pkt 132).

13. Akty wykonawcze

Brak projektów rozporządzeń do zmienianych przepisów ustawy nie pozwala na pełną i rzetelną ocenę projektowanych rozwiązań.

14. Eksperyment medyczny

Szczegółowe uwagi dotyczące przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyki w zakresie eksperymentu medycznego (art. 1 pkt 56-60 projektu) są zawarte w załączniku do niniejszego stanowiska.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE:

I. dot. art. 1 projektu zmieniającego ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (wskazane w tej części jednostki redakcyjne odnoszą się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry):

1. W art. 3 pominięto wprowadzenie definicji „specjalizacji” i „specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji)”, zaproponowanych w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL. Uporządkowania tych zagadnień miało na celu wprowadzenie mechanizmu ograniczenia liczby dziedzin medycyny, które będzie można wykonywać w ramach szkolenia specjalizacyjnego tuż po stażu podyplomowym i miało sprzyjać usystematyzowaniu właściwych wzorców kariery zawodowej (od ogółu do szczegółu). Wprowadzenie specjalizacji szczegółowych (podspecjalizacji), które w ramach szkolenia specjalizacyjnego lekarz miał odbywać dopiero po uzyskaniu specjalizacji, w zamierzeniu miało przyczynić się do zwiększenia liczby specjalistów w najbardziej potrzebnych dla państwa dziedzinach medycyny.
Wprowadzana w projekcie ustawy definicja umiejętności o charakterze ogólnym, bez jasno sprecyzowanych regulacji poruszających kilka ścieżek uzyskiwania umiejętności (np. ścieżka akademicka, towarzystw naukowych międzynarodowych, ścieżka formalna - CMKP/CEM, powoduje utrzymanie w mocy przepisów martwych i pustych, które sprawiają wiele problemów interpretacyjnych lub formalnych przy wydawaniu certyfikatów.
2. W art. 3 dodać ust. 1c w brzmieniu:
„1c. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu MON, rozumie się przez to lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi.”.
Powyższa propozycja ma na celu zastąpienie nieprecyzyjnego i niepotrzebnie skomplikowanego określenia „lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także pełniący służbę lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej”, występującego wielokrotnie w treści ustawy, określeniem prostszym i bardziej precyzyjnym. Pojęcie aktualnie przyjęte w ustawie jest wyjątkowo niefortunne i było przyczyną szeregu wątpliwości odnośnie „grupy docelowej” której dotyczy, a także konieczności dokonywania dodatkowych interpretacji prawnych. Przyjęcie definicji „lekarza MON” porządkuje tę sytuację, wprowadzając precyzyjną definicję grupy lekarzy, której dotyczy, tj. wszystkich lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej – niezależnie od miejsca pełnienia służby, a także lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON, a także innych podmiotach i instytucjach podległych MON nie posiadających statusu podmiotu leczniczego. Należy także zauważyć, że określenie „lekarz MON” funkcjonuje już w rozporządzeniu MON dotyczącym trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez tych lekarzy.
3. Brak uchylecia ust. 4 w art. 3. utrzymuje w mocy konieczność podejmowania czynności biurokratycznych, które zabierają lekarzom i lekarzom dentystrów czas na samokształcenie lub odpoczynek.
4. Z art. 3 ust. 8 pkt 5 i 6 wynika, że kierownicy podmiotów weryfikują sami siebie.

5. W art. 5 ust. 1 pkt 2 w lit. a i b należy ujednoczyć terminologię (w lit. a jest mowa o podstawowym kształceniu, natomiast w lit. b o podstawowym kształceniu lekarskim). Ponadto kilkakrotnie zamiast wyrazu „ukończenie” jest błędnie użyty wyraz „ukończenia”.
6. W art. 6 ust. 10 przy wyliczaniu podstaw prawnych, w oparciu o które przyznawane jest prawo wykonywania zawodu dodać należy art. 7 ust. 1 (PWZ dla lekarza cudzoziemca).
7. W art. 6 zasadne jest pozostawienie uchylanego w projekcie ust. 10a, który przewiduje, że w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry, o którym mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f albo art. 7 ust. 2, w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbywania tego stażu albo na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności. W szczególności, że przedmiotowa regulacja nie została przewidziana w innych przepisach nowelizacji, zaś informacje, których owa zmiana legislacyjna dotyczy, mają istotne znaczenie z punktu widzenia weryfikacji uprawnień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystry.
8. W art. 6c – 6h należy ujednoczyć terminologię, bowiem proponowane przepisy mają dotyczyć nostryfikacji dyplomów uzyskanych w państwach trzecich. Tymczasem ustawa w art. 5 ust. 1 pkt. 2 lit. d posługuje się terminologią „inne państwo niż państwo UE”. Konieczne jest posługiwanie się w całej ustawie tym samym określeniem dla państw niebędących państwami członkowskimi UE.
9. W art.6c ust. 5 pkt 2 proponuje się ujednoczyć terminy składania wniosków, tak aby każdorazowo ostateczny termin ich składania wynosił 1,5 miesiąca, przed, tj. 31 sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin, a nie jak jest w projekcie 31 lipca. Podobne wyprzedzenie – 1,5 miesięczne zachowane jest przy innych egzaminach – LEK/LDEK i PES.
10. W art. 6c w ust. 6 wyrażenie „przedłuża się o czas trwania awarii” należy zastąpić „przedłuża się o liczbę dni awarii”. Większość awarii systemów informatycznych jest krótkotrwała, ale mogą one uniemożliwić np. składanie wniosków, zaś terminy kończą się zwykle o północy i przedłużanie o parę godzin, czy część godziny jest nieprzydatne. Jeżeli awaria wystąpiła w jakimkolwiek, ale szczególnie w ostatnim, dniu przed upływem terminu, termin przedłuża się o 1 dzień niezależnie od tego, czy trwała 15 minut czy cały dzień.
11. W art. 6c ust. 8 powinno być odesłanie do ust. 5.
12. W art. 6c ust. 10 pkt 2 i ust. 12 należy ujednoczyć formy składanych dokumentów. Pierwszy przepis wymienia duplikat i kopie potwierdzoną notarialnie, a drugi przepis – odpis dokumentu potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez notariusza. Dodatkowo ust. 12 umożliwia złożenie odpisu dyplomu, jeżeli jego zgodność z oryginałem potwierdził występujący w sprawie pełnomocnik będący adwokatem lub radcą prawnym. Zaznaczyć należy, że wniosek może złożyć wyłącznie lekarz poprzez stronę CEM generując formularz wniosku.
13. W art. 6c ust. 16 proponuje się dookreślić, że chodzi o dni robocze (tak jak przy LEK/LDEK).
14. W art. 6c ust. 17 w pkt 2 proponuje się dodać wyrażenie „innych niż w pkt 1”. Wskazać należy, że brak opłaty również jest brakiem formalnym.

15. W art. 6c ust. 18 przewiduje zawiadomienie wnioskodawcy przez Dyrektora CEM m.in. o miejscu i terminie przeprowadzenia egzaminu nostryfikacyjnego za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez wnioskodawcę, nie przewidując możliwości (na podobieństwo regulacji przewidzianej w ust. 17 tego artykułu) zawiadomienia o powyższym pocztą na wskazany przez wnioskodawcę adres do korespondencji, w przypadku braku adresu poczty elektronicznej. Ponadto przepis przewiduje błędne odniesienie do ust. 5 pkt 6, gdy tymczasem powinno ono dotyczyć ust. 8 pkt 6.
16. W art. 6d ust. 2 należałoby przyznać Naczelnej Izbie Lekarskiej prawo do zgłaszania Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej, celem uwzględniania roli samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków w przebiegu przeprowadzania egzaminów nostryfikacyjnych.
17. W art. 6d ust. 10 brakuje określenia minimalnej kwoty wynagrodzenia członków Zespołów Egzaminacyjnych, o których mowa w ust. 5 tego artykułu, oraz Komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2 (przepis przewiduje jedynie wynagrodzenie maksymalne).
18. W art. 6f ust. 5 zamiast „godzina” powinno być „godziny”.
19. W art. 6g ust. 1 proponuje się wyraz zastrzeżenie zamienić na „zastrzeżenia”, tak aby zdający mógł wnieść zastrzeżenia do więcej niż jednego pytania, natomiast treść zaproponowana w projekcie może rodzić w tym zakresie wątpliwości.
20. W art. 7 w ust. 2a w zdaniu wprowadzającym należy doprecyzować początek zdania: „Okręgowa rada lekarska, z zastrzeżeniem ust. 2k, może przyznać prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentyki na czas i miejsce ...”.
21. W art. 7 w ust. 2a w pkt 8 zamiast „tytuł” powinno być „tytułu”.
22. W art. 7 ust. 2e nie wskazuje kto może pełnić funkcję opiekuna lekarza, lekarza dentyki – cudzoziemca niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który odbywa szkolenie praktyczne przed podjęciem zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Powinien to być lekarz albo lekarz dentyki posiadający odpowiedni tytuł specjalisty albo określone doświadczenie zawodowe.
23. W art. 7 ust. 2k proponuje się dodać, że po upływie 5 lat prawa takiego nie można przedłużyć.
24. W art. 7c ust. 1 pkt 4 i 5 brak jest uzasadnienia dla umieszczenia w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyki” logotypu organu przyznającego prawo wykonywania zawodu, tym bardziej, że ww. dokument będzie zawierał wskazanie tego organu, co należy uznać za wystarczające. Nadto postuluje się, aby ww. dokument zawierał informację nie tylko odnośnie pierwszego imienia lekarza lub lekarza dentyki, ale odnośnie obu imion lekarza lub lekarza dentyki, w sytuacji gdy ten lekarz lub lekarz dentyki takie posiada.
25. W art. 7c ust. 1 pkt 10 w nazwie rejestru należy skreślić zbędne wyrazy „Lekarzy RP”.
26. W art. 7c ust. 2 do wskazanych podstaw przyznania PWZ należy dodać art. 7 ust. 1.
27. W art. 7c ust. 2 pkt 2 powinno być „treści wskazującej cel”.
28. W art. 9 ust. 1a proponuje się nadać brzmienie:
„1a. Właściwa okręgowa rada lekarska odmawia udzielenia zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, w szczególności, jeżeli stwierdzi, że uczestnictwo lekarza w czynnościach, o których mowa w ust. 1, powtarza się w sposób ciągły, biorąc pod

uwagę okres, na jaki lekarz jest zaproszony, częstotliwość, regularność i ciągłość takich zaproszeń.”

Propozycja ta stanowi uzupełnienie przepisu art. 9 ust. 1, który wprowadza niedookreślone pojęcie „czynności powtarzanych z sposób ciągły”. Biorąc pod uwagę, że od uchwały okręgowej rady lekarskiej w sprawie wyrażenia albo odmowy wyrażenia zgody w ww. przypadkach przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej, a na uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej skarga do sądu administracyjnego, istotne jest doprecyzowanie omawianej regulacji.

Proponowana zmiana ust. 1a zawiera doprecyzowanie tego pojęcia, poprzez określenie przesłanek jego oceny w sposób analogiczny do przepisu art. 9 ust. 12 dotyczącego oceny tymczasowego i okazjonalnego charakteru wykonywania zawodu w Polsce przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej.

29. W art. 9 ust. 2 należy skorygować nazwę rejestru praktyk, aktualna nazwa to rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez okręgową radę lekarską w zakresie praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków. Ponadto, lekarz zamierzający wykonywać zawód powinien także poinformować o miejscu wykonywania zawodu na terytorium RP.

Dodatkowo, w przepisie tym przewidziano prawo lekarza, lekarza dentyki będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, który posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyki w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE, do tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentyki albo bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, powinien również zawierać regulację, iż wykonywanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawodu przez tego lekarza lub lekarza dentykę (w oparciu o ww. tryb), powinno przebiegać w formach i na zasadach właściwych dla lekarzy, lekarzy dentyków polskich.

Ponadto negatywnie należy ocenić wprowadzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, w miejsce okręgowej izby lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu, jako podmiotu do którego ww. lekarz, lekarz dentyka będzie składał pisemne oświadczenie o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyki wraz z pozostałą dokumentacją. Przewidziana w tym zakresie zmiana podmiotowa zdaje się nie być podyktowana jakimikolwiek uzasadnionymi przyczynami, tym bardziej, iż rola Naczelnej Rady Lekarskiej sprowadzać miałyby się de facto jedynie do pośredniczenia w przekazaniu dokumentów do właściwej okręgowej izby lekarskiej (ust. 3 zd. 2 i ust. 4), w sytuacji, gdy ta ostatnia w dalszym ciągu byłaby zobowiązana do prowadzenia rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód. Taki sposób uregulowania trybu przedmiotowego postępowania stanowiłby de facto zagrożenie opóźnieniem wpisu do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską (mogłyby się zdarzyć duże rozbieżności czasowe między wskazaną przez lekarza w oświadczeniu datą rozpoczęcia wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyki, a datą wpisu do rejestru). Dodatkowo w odniesieniu do art. 9 ust. 2 pkt 1 i przewidzianej w nim treści pisemnego oświadczenia o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyki, wskazać należy potrzebę jego korekty polegającej na ponownym przewidzeniu w tym oświadczeniu miejsca wykonywania zawodu na

- terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Z niewiadomych bowiem przyczyn informacja w tym zakresie została w projekcie pominięta, gdy tymczasem od w/w informacji zależy chociażby określenie przez Naczelną Radę Lekarską właściwości okręgowej rady lekarskiej, której należałoby przekazać dokumentację lekarza, celem wpisu do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na terenie naszego kraju.
30. W art. 9 ust. 4 wymaga redakcyjnej korekty, która po pierwsze będzie wskazywała do czego odnosi się użyte w przepisie wyrażenie „istotnej zmiany zawartych w nim informacji” – tzn. czy dotyczy to oświadczenia, o którym mowa w art. 9 ust. 2 pkt 1 czy może dokumentów, o których mowa w art. 9 ust. 2 pkt 2 – 4, zaś po drugie przewidywała, że w przypadku potrzeby aktualizacji danych, stosowne zgłoszenie aktualizacyjne składane będzie do właściwej okręgowej rady lekarskiej, a nie zaś Naczelnej Rady Lekarskiej, skoro ta pierwsza będzie dysponowała już dokumentacją konkretnego lekarza, lekarza dentystry.
 31. Wymogi, o których mowa w art. 9 ust. 10 powinny być zidentyfikowane nie tylko jako określone w art. 22 ust. 3 – 3b i art. 25 ust. 1 – 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ale również i jako wynikające z przepisów wykonawczych wydanych na podstawie ww. przepisów prawa.
 32. W art. 9 ust. 14 nadać następujące brzmienie:
„14. Do lekarza, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy rozdziałów 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.”.
Uzasadniając powyższą propozycję należy wskazać, że przepis art. 9 ust. 14 ma na celu umożliwienie organom izb lekarskich stosowanie wobec lekarzy wykonujących zawód czasowo i okazjonalnie, czyli niebędących członkami izb lekarskich, przepisów z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, do czego państwa członkowskie UE są upoważnione na podstawie art. 5 ust. 3 dyrektywy 2005/36/WE.
W tym celu zasadne jest dokonanie zmiany art. 9 ust. 14 poprzez odesłanie w tym przepisie do przepisów z rozdziałów 5 i 6 ustawy o izbach lekarskich, nie zaś tylko do art. 31 i 45 tej ustawy, które określają jedynie zakres rzeczowy kompetencji rzeczników odpowiedzialności zawodowej, nie stanowiąc podstawy do prowadzenia postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wobec osób niebędących członkami izb lekarskich.
 33. W art. 14a ust. 7 pkt 8 powinno być „albo zaświadczenia o ukończeniu 10 semestrów (...) albo zaświadczenia o ukończeniu 8 semestrów”.
 34. W art. 14a ust. 8 proponuje się, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, zagwarantować 3 darmowe próby podejścia do LEK i LDEK.
 35. W art. 14c ust. 3 wprowadzono tzw. pulę/bazę pytań, z których układany będzie egzamin LEK i LDEK w stosunku 70% (a jedynie 30% będą to pytania wcześniej nieznane). Odesłanie do ust. 4 jest „puste”, gdyż ust. 4 *de facto* nie definiuje „bazy pytań”.
 36. W odniesieniu do przepisu art. 14c ust. 4 powstaje wątpliwość, skoro baza jest publikowana, czemu ma służyć dodatkowe "publikowanie na stronie". Powinno raczej być „umieszczane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu w bazie”.
 37. W zaproponowanych przepisach nie ma jasnej informacji, kto za pomocą SMK zalicza staż cząstkowy (opiekun stażu czy koordynator). Z uwagi na przeniesienie wielu przepisów z rozporządzenia do ustawy taki przepis wydaje się konieczny.
 38. W art. 14d ust. 2a należy skreślić wyrażenie „ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wskazaniem wytycznych właściwych towarzystw naukowych”. Egzaminy zawsze

powinny być opracowywane na podstawie opublikowanych źródeł i dotyczy to także wytycznych, a w większości publikacji nie ma potrzeby wskazywania wybranych rozdziałów.

39. W art. 15 ust. 4 pkt 2 brak jest uzasadnienia dla wprowadzenia szkolenia z transfuzjologii klinicznej do programu stażu podyplomowego lekarza dentystry, w związku z czym postuluje się zmianę w tym zakresie, poprzez wykreślenie przedmiotowego szkolenia.
40. W art. 15 ust. 6 powinno być odesłanie do ust. 3 i 5 (zamiast błędnie wskazanego ust. 4 i 5).
41. W art. 15 ust. 9 odesłanie do ust. 7 jest błędne. W jego miejsce należy wprowadzić odesłanie do ust. 8.
42. W art. 15a nie określono, w jaki sposób następuje przedłużenie umowy z lekarzem stażystą w sytuacji opisanej w ust. 2 pkt 7.
43. W art. 15a ust. 5 należy jednoznacznie wskazać, że umowa z lekarzem stażystą zawierana na czas niezbędny do zrealizowania dyżurów medycznych obejmujących liczbę godzin niezrealizowanych dyżurów jest umową o pracę.
44. W art. 15a ust. 7 nie przewidziano procedury w sytuacji, w której podmiot wskazany przez właściwą okręgową radę lekarską nie będzie chciał zawrzeć umowy cywilnoprawnej.
45. W art. 15b ust. 1 proponuje się zmianę polegającą na podwyższeniu wymaganego stażu pracy lekarza dentystry uprawniającego do bycia opiekunem stażysty z 3 lat do 5 lat. Zaproponowany w projekcie okres wykonywania zawodu nie daje gwarancji rzetelnego przygotowania i sprawowania nadzoru nad lekarzem dentystrą. Tym samym proponuje się utrzymanie dotychczasowego okresu wykonywania zawodu co najmniej 5 lat.
46. Przewidziane w art. 15b ust. 3 pkt 12 uprawnienie lekarza stażysty do pełnienia dyżurów medycznych towarzyszących innemu lekarzowi, pełniącemu dyżur samodzielnie, stanowi co do zasady pozytywną zmianę legislacyjną. Jednak przepis ten poddaje w wątpliwość możliwość dyżurowania przez lekarza stażystę w towarzystwie innego lekarza, niebędącego opiekunem lekarza stażysty. Znamienne będzie bowiem w tej sytuacji brak nadzoru, o którym mowa w art. 15b ust. 1, a ponadto powstanie wątpliwość kto i na jakiej podstawie będzie ponosić odpowiedzialność za działania lub zaniechania tego lekarza stażysty w trakcie takiego dyżuru medycznego. Nie jest także jasne jak w takiej sytuacji będzie realizowana w trakcie dyżuru medycznego stała współpraca lekarza stażysty ze jego opiekunem, o której to współpracy mowa w art. 15b ust. 5 pkt 2.
47. Przepis art. 15c ust. 1, przewidujący katalog podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, jego części, zwanej „stażem częściowym” lub części stażu częściowego, niezasadnie pomija (ograniczając krąg podmiotów uprawnionych) grupowe specjalistyczne praktyki lekarskie – w zakresie pkt 2 oraz indywidualne i grupowe specjalistyczne praktyki lekarskie – w zakresie pkt 3 i lekarza udzielającego w nich świadczeń z zakresu medycyny rodzinnej.
48. W art. 15c proponuje się połączyć przepisy ust. 6 i 7, bowiem wymogi które obowiązany jest dopełnić podmiot prowadzący staż są takie same. Dodatkowo wskazać należy, że zmiana formy prawnej niejednokrotnie pociąga za sobą powstanie nowego podmiotu w wyniku przekształcenia lub reorganizację podmiotu.
49. W art. 15c ust. 8 powinno być do ust. 6 i 7 (a nie jak błędnie wskazano do ust. 5 i 6).

50. Wskazanie w art. 15c ust. 9 pkt 1, że szkolenie w ramach stażu podyplomowego z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, będzie miało zapewnić regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, stanowi daleko idące ograniczenie co do możliwości wyboru podmiotów uprawnionych do przeprowadzania szkoleń w tym zakresie. Tym bardziej, że w praktyce owe szkolenia prowadzone są przez szpitale kliniczne, nie zaś przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
51. Przepis art. 15c ust. 9 pkt 2 nakłada na okręgowe izby lekarskie obowiązek zapewnienia szkoleń w ramach stażu podyplomowego w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, orzecznictwa lekarskiego, bioetyki i prawa medycznego, w sytuacji gdy na dzień dzisiejszy obowiązki w tym zakresie ciążyą na marszałku województwa. W sytuacji przewidzenie dodatkowych obowiązków dla okręgowych izb lekarskich w powyższym zakresie, w ustawie powinny znaleźć się również przepisy odnośnie wskazania źródeł finansowania umożliwiających realizację powyższego obowiązku.
52. W art. 15d ust. 1 powinno być odesłanie do art. 5 ust. 7 (zamiast błędnego odesłania do „ust. 5 ust. 7”).
53. W art. 15d ust. 2 pkt 1 w skierowaniu do odbycia stażu podyplomowego konieczne jest wpisywanie nie tylko pierwszego imienia lekarza lub lekarza dentystry, ale obu imion lekarza lub lekarza dentystry, w sytuacji gdy lekarz lub lekarz dentysta takie posiada.
54. Przewidziane w art. 15d ust. 4 informacje odnośnie publikacji naukowych i uczestnictwa w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia powinny wynikać z zaświadczenia wydawanego przez uczelnię medyczną. W przeciwnym bowiem razie nie będzie możliwości sprawnego ustalenia podstaw do podwyższenia średniej ocen uzyskanej w toku studiów o wartości wskazane w komentowanym przepisie.
55. W art. 15d ust. 4 pkt 1 jest odesłanie do konkretnego komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Proponuje się rozważyć odesłanie bardziej ogólne, aby zachowało ono swoją aktualność w przypadku zmiany komunikatu.
56. W art. 15e w ust. 1 w zdaniu wprowadzającym należy w sposób wyraźny wskazać strony umowy o realizację stażu podyplomowego.
Ponadto w pkt 2 pominięto grupowe praktyki lekarzy dentystrów jako podmioty prowadzące staż podyplomowy. Tym bardziej, że grupowa praktyka lekarska zgodnie z art. 15c ust. 1 pkt. 2 może być podmiotem prowadzącym staż.
Do ustalenia pozostaje jak lekarz będzie realizował część spersonalizowaną stażu, skoro podmiot, z którym lekarz będzie miał zawartą umowę może od razu nie wiedzieć gdzie będzie realizował tę część stażu.
57. W art. 15f w ust. 2 nieprawidłowo wskazano podmiot zobowiązany do zatwierdzenia, za pomocą SMK, kart stażu, o których mowa w art. 15f ust. 1, oraz ankiet, o których mowa w art. 19k. Zamiast właściwej okręgowej rady lekarskiej powinien być koordynator stażu. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z ust. 4 tego przepisu właściwa okręgowa rada lekarska potwierdza, za pomocą SMK, odbycie i zaliczenie stażu podyplomowego. Okręgowa rada dokonuje tego bazując na podstawie dokonanego przez koordynatora stażu zaliczenia stażu podyplomowego, a co za tym idzie – zatwierdzonej karty stażu.
58. W art. 15f ust. 3 w pkt 2 należy dodać „nazwę okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz stażysta”.

59. W art. 15f ust. 5 proponuje się dodać pkt 7 w brzmieniu:
„7) w przypadku lekarza posiadającego dyplom wydany przez polską szkołę wyższą – adnotację: „Niniejsze zaświadczenie jest zaświadczeniem o ukończeniu stażu podyplomowego wskazanym w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej w przepisach prawnych Unii Europejskiej dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych”.
60. W art. 15g ust. 2 powinno być „koordynatora wyznacza kierownik i wpisuje dane koordynatora do SMK”. Obecne sformułowanie w projekcie sugeruje, że dane potencjalnych koordynatorów są w SMK a w tym działaniu SMK służy tylko do zarejestrowania, nie do wyznaczania.
61. W art. 15g ust. 3 pkt 3 z obowiązków koordynatora stażu należy usunąć organizowanie seminariów dotyczących realizacji staży cząstkowych. Koordynatorzy jako specjaliści z wąskich dziedzin medycyny nie mają kompetencji do organizowania seminariów z innych dziedzin medycyny.
62. W art. 15g ust. 3 pkt 4 należy skorygować odesłanie, bo wskazany ust. 9 nie dotyczy szkoleń (powinno być ust. 3-5).
63. W art. 15h ust. 3 pkt 2 należy dodać możliwość wyznaczania opiekuna stażu spośród lekarzy dentyistów prowadzących grupową praktykę lekarską.
64. W art. 15i ust. 1 i 3 niejasna jest kwota, którą okręgowa izba lekarska otrzyma od marszałka z tytułu realizacji zadań przez okręgową radę lekarską w związku z kierowaniem lekarz stażystów na staż, jak i z tytułu prowadzenia szkoleń, o których mowa w art. 15c ust. 9 pkt 2.
65. W art. 15i ust. 4 należy podać prawidłową nazwę ustawy, aktualna nazwa to „ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473 z późn. zm.)”.
66. W art. 15j należy ujednoczyć terminologię dla określenia państw innych niż państwa członkowskie UE. Zaznaczyć należy, że w dodanych przepisach dotyczących nostryfikacji dyplomu - art. 6c – 6h – posłużono się zwrotem „dyplomów uzyskanych w państwach trzecich”. Tymczasem ustawa w art. 5 ust. 1 pkt. 2 lit. d posługuje się wyrażeniem „inne państwo niż państwo UE”. Konieczne jest posługiwanie się w całej ustawie tym samym określeniem dla państw niebędących państwami członkowskimi UE.
67. W art. 15j ust. 4 i 14 należy określić podmiot uprawniony do poświadczenia za zgodność z oryginałem dokumentów dołączanych do wniosku (np. notariusz).
68. W art. 15j proponuje się dodać ust. 17 w brzmieniu:
„17. W przypadku lekarza posiadającego dyplom wydany przez polską szkołę wyższą decyzja o uznaniu stażu podyplomowego odbytego w państwach, o których mowa w ust. 1, za równoważny w całości ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej zawiera adnotację: „Niniejsza decyzja jest zaświadczeniem o ukończeniu stażu podyplomowego wskazanym w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej w przepisach prawnych Unii Europejskiej dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych”.
69. W art. 15k w ust. 1 w pkt 2 należy przewidzieć uprawnienie do przetwarzania danych dotyczących nie tylko pierwszego imienia lekarza lub lekarza dentyisty, ale także obu imion lekarza lub lekarza dentyisty, w sytuacji gdy lekarz lub lekarz dentyista takie posiada.
70. W art. 15k ust. 1 pkt 6 należy wymienić miejsce zameldowania, bowiem art. 15d ust. 2 pkt 6 wymienia je jako informację zamieszczaną w skierowaniu.

71. W art. 15l pkt 3 powinno być odesłanie do art. 15c ust. 6 i 7 (zamiast błędnie wskazanego art. 15c ust. 5 i 6).
72. W art. 15m ust. 2 proponuje się nadać brzmienie:
„2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentysty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy w porozumieniu z Wojskową Radą Lekarską.”.
Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera Radzie Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej kompetencje do uczestniczenia w procesie kierowania lekarzy będącymi żołnierzami na staż podyplomowy, a co za tym idzie zmniejsza transparentność tego procesu.
73. W art. 16 brak zmian w ust. 1 jest kontynuacją niewprowadzenia podziału specjalizacji na główne i szczegółowe. Wydaje się również błędnym niewskazanie Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM) jako wymaganego do uzyskaniu tytułu specjalisty (pomimo, że ustawodawca ten egzamin wprowadza).
74. Wprowadzenie w art. 16 ust. 3 zastrzeżenia, że lekarz, lekarz dentysta może zmienić dziedzinę medycyny, w której się specjalizuje po złożeniu PEM i ukończeniu modułu podstawowego jest krzywdzące. Jeśli lekarz, lekarz dentysta podejmie decyzję o zmianie specjalizacji w drugim roku trwania modułu podstawowego powinien mieć możliwość zmiany dziedziny, o ile uzyska pozytywny wynik w postępowaniu konkursowym, jak najszybciej, aby zmaksymalizować pozytywne aspekty podjętej decyzji. Konieczność ukończenia kolejnych dwóch lat w danej dziedzinie i danej jednostce może być z dużą stratą dla wiedzy i umiejętności tego lekarza.
75. Przewidziana w art. 16 ust. 7 możliwość uznania dorobku naukowego i zawodowego lekarza, o którym mowa w ust. 4 – 6, za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo jednolitego nie zawiera określa jakichkolwiek kryterium w oparciu o które uznanie to będzie następować (decyzja będzie miała charakter uznaniowy). Powyższe rodzić będzie wątpliwości co do jednakowego traktowania wszystkich zainteresowanych lekarzy.
76. Przepisy art. 16 ust. 11 i ust. 16 wskazują na możliwość uznania dorobku zawodowego i naukowego lekarza dentysty za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości programu specjalizacji. Tymczasem wskazane byłoby przewidzenie również możliwości uznawania owego dorobku za równoważny ze zrealizowaniem przez lekarza dentystę określonej części programu specjalizacji. Nadto należałoby wprowadzić na szczeblu ustawowym lub w przepisach wykonawczych do ustawy pewne obiektywne kryteria, w oparciu o które następowałoby uznawanie dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem szkolenia specjalizacyjnego, co pozwoliłoby na obiektywną ocenę prawidłowości i rzetelności podejmowania decyzji w tym zakresie, jak również wykluczałoby wątpliwości co do jednakowego traktowania wszystkich zainteresowanych lekarzy dentystów. W przypadku zaś podjęcia decyzji w przedmiocie ustalenia owych kryteriów w akcie wykonawczym do ustawy, stosowne upoważnienie w tym zakresie powinno znaleźć się w art. 16x.
77. W art. 16c ust. 1a należy zmiany terminów naboru na specjalizacje i składania wniosków zgodnie z propozycjami zawartymi w stanowisku Nr 1/19/VII NRL. Pozostawienie aktualnie obowiązujących terminów utrzymuje w mocy patologiczne

- zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych.
78. W art. 16c ust. 1c należy ocenić negatywnie. Wskazywanie obowiązkowo województwa we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego z zasady czyni nabór nieogólnopolskim. NRL podtrzymuje propozycje dotyczące sposobu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego zawarte w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL.
79. W art. 16c w ust. 2a pkt 6 proponuje się nadać brzmienie:
„6) w przypadku lekarza MON – opinię przełożonych służbowych wraz ze zgodą szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej na odbycie szkolenia specjalizacyjnego;”.
- Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera część kompetencji szefowi instytucji centralnej MON właściwej ds. wojskowej służby zdrowia, który odpowiada za politykę w zakresie kształcenia i doskonalenia lekarzy wojskowych, a zwiększa możliwość blokowania rozwoju zawodowego tych lekarzy. Powyższa poprawka utrzymuje dotychczasową praktykę, zgodnie z którą to szef instytucji centralnej ds. wojskowej służby zdrowia, który w imieniu Ministra Obrony Narodowej prowadzi kwalifikacje do specjalizacji i nadzoruje ich przebieg, rozstrzyga o udzieleniu zgody na specjalizację.
80. W art. 16c ust. 8 powinno być „postępowanie kwalifikacyjne na wolne miejsca szkolenia specjalizacyjnego”; postępowanie nie dotyczy jakichkolwiek innych miejsc niż wolne miejsca do odbywania specjalizacji.
81. W art. 16c ust. 10 wskazano na możliwość otrzymania dodatkowych punktów w procesie kwalifikacyjnym m.in. za list intencyjny od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata. Rozwiązanie takie należy uznać za niewłaściwe, wypaczające sprawiedliwość w procesie rekrutacyjnym. Jedynym wskaźnikiem rekrutacyjnym powinien być, tak jak dotychczas, wynik LEK/LDEK jako najbardziej przejrzysty, wiarygodny, nienaznaczony ewentualną stronniczością.
82. Przepis art. 16c ust. 13c nie jasno określa jak jest skonstruowana lista rankingowa. Wydaje się, że jest to lista osób, które chciałyby odbywać daną specjalizację w określonej jednostce i w określonym trybie. Jeżeli tak jest, pozostawienie na liście rankingowej lekarza, który nie potwierdził przyjęcia wskazanego miejsca specjalizacyjnego jest niezrozumiałe. Uwzględnianie na innych listach rankingowych jest uzasadnione, nie ma potrzeby powtarzania obliczeń punktów.
83. W art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom denty stom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego.
84. W art. 16e ust. 1 nie powinno być mowy „zapotrzebowaniu”, ale o informacji o liczbie dostępnych miejsc specjalizacyjnych oraz wskazanie, ile z tych wolnych miejsc powinno być miejscami rezydenckimi, a ile pozarezydenckimi.
85. W art. 16e w ust. 2 na końcu zdania powinno być odwołanie do ust. 6 (zamiast ust. 7).
86. W art. 16e ust. 3 powinno być wyrażenie „listę wolnych miejsc rezydenckich oraz miejsc pozarezydenckich dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym”. Dla przystępujących do postępowania kwalifikacyjnego ważna jest tylko informacja o dostępności miejsca i w jakim trybie będzie odbywała się specjalizacja. Informacja o

tym czy przyznał je Minister, czy jest „pozostałym” wolnym miejscem, nie ma już na tym etapie znaczenia.

87. W art. 16e w ust. 7 jest błędne odwołanie do tego samego ust. 7, powinno być do ust. 6.
88. W art. 16ea dalszym ciągu utrzymano zasadę, że lekarz specjalista nie może odbyć rezydentury nawet jeżeli specjalizację uzyskał w innym niż rezydentura trybie. Nie wprowadzono także możliwości odbycia drugiej rezydentury w przypadkach szczególnie ważnych z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Proponuje się wprowadzenie zmian przewidziany w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL.
89. W art. 16ea w ust. 5 niepotrzebnie jest tworzona nowa kategoria „okręgowa izba właściwa ze względu na rejestrację”, powinno być użyte określenie „okręgową izbę lekarską, której ten lekarz jest członkiem”.
90. Nie wprowadzono w art. 16f zasady prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w modelu „studiów specjalizacyjnych”, dzięki któremu w sposób przejrzysty, jasny, transparentny, a co najważniejsze czytelny dla systemu możliwe byłoby przewidzenie całej ścieżki szkolenia specjalizacyjnego, przewidzenie absencji w jednostce macierzystej i ew. zwolnienie na określony czas miejsca szkoleniowego, kiedy to inny lekarz lub lekarz dentysta mógłby odbyć staż kierunkowy lub moduł podstawowy lub specjalistyczny w tej jednostce. Model taki pozwoliłby również uniknąć chaosu organizacyjnego oraz wymusiłby odbywanie staży kierunkowych bez możliwości blokowania ich odbywania w razie braków kadrowych, jako że program specjalizacji dla lekarza lub lekarza dentysty jest dokumentem nadrzędnym. Kolejnym pozytywnym punktem opisanego modelu byłoby odbywanie kursów i staży kierunkowych we właściwej kolejności – np. kurs wprowadzający, który ustawa przewiduje na pierwszy rok odbywania specjalizacji (obecnie odbywany jest nawet w ostatnim roku szkolenia specjalizacyjnego z powodu braku miejsc). Model ten wymusiłby także na organizatorze prowadzącym szkolenia, m.in. na CMKP, wcześniejsze przygotowanie omawianych kursów oraz wyznaczenie ich dat.
91. W art. 16f proponuje się zmienić brzmienie ust. 2 oraz dodać ust. 2a w brzmieniu jak poniżej zaproponowana:

„2. Lekarz MON, w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany odbyć i zaliczyć szkolenie uzupełniające, odpowiednie dla określonej specjalizacji, w zakresie wynikającym ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, na podstawie programu uzupełniającego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 2.”,

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

Należy wskazać, że szkolenie uzupełniające do specjalizacji, którego wymóg znajduje się w obecnie obowiązującej ustawie i zostało utrzymane w opiniowanym projekcie, jest dobrym rozwiązaniem umożliwiającym uzyskanie przez lekarzy MON niezbędnych kwalifikacji w zakresie medycyny pola walki, organizacji zabezpieczenia medycznego, ewakuacji medycznej i epidemiologii oraz medycznej ochrony przed bronią masowego rażenia. Projekt stosownego rozporządzenia w tej sprawie jest procedowany od 5 lat. Niestety, z powodu rozbieżności stanowisk co do określenia źródeł z jakich powinno być finansowane to szkolenie, do dnia dzisiejszego rozporządzenie nie zostało wydane. Uwzględniając fakt, że nabycie wspomnianych kwalifikacji ma szczególne

znaczenie dla Sił Zbrojnych, koszty szkolenia powinien pokrywać MON. Przyjęcie zapisu spowoduje dla budżetu MON niewielkie skutki finansowe – nie przekroczą one 150 000 zł rocznie.

92. Użyte w art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. f wyrażenie „staż podstawowy” nie jest terminem określonym w odniesieniu do szkolenia specjalizacyjnego. Prawdopodobnie chodzi tu o okresy pracy w podstawowym miejscu odbywania specjalizacji, ale z przepisu wynikałoby, że uczestniczenie i wykonywanie zabiegów i procedur ma odbywać się w ramach „stażu podstawowego” (nie określono tego samego zakresu dla stażów kierunkowych). Obecnie obowiązujący przepis należy pozostawić bez zmian.
93. W art. 16f ust. 3 pkt 3 wskazano, że program specjalizacji zawiera 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, co stanowi realne zagrożenie niemożliwości wykonania tego zadania z powodu braku wystarczającej ilości miejsc szkoleniowych w szpitalach pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Nie przewidziano również rekompensaty za delegację, pokrycia diety oraz zapewnienia miejsca zamieszkania na okres tego oddelegowania. Konieczna jest modyfikacja lub uchylenie tego przepisu.
94. W art. 16f niewłaściwie zredagowano przepis ust. 5 dotyczący składu zespołu; mianowicie określenie „albo lekarzy odbywających” oznacza rozłączność, podczas gdy udział przedstawiciela szkolących się zgłoszonego przez NRL powinien być zagwarantowany dodatkowo do pozostałych wymienionych. Należy napisać „i lekarzy odbywających kształcenie”.
95. W art. 16f ust. 6 należy skreślić pkt 6. Komisja Młodych Lekarzy jest ciałem doradczym NRL, powoływanym (lub nie) przez NRL. Minister Zdrowia nie ma żadnej podstawy prawnej do narzucania NRL jakie ciała doradcze ma NRL powołać. Określając skład zespołu ekspertów do opracowania programu specjalizacji można co najwyżej wskazać, że jeden z przedstawicieli NRL musi być w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny lub dziedzinie pokrewnej.
96. W art. 16f ust. 9 proponuje się dookreślić pojęcie „znacząca zmiana” programu.
97. W art. 16g ust. 5 proponuje się nadać brzmienie:

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

Określenie dziedzin medycyny priorytetowych dla potrzeb Sił Zbrojnych, z uwzględnieniem poszczególnych obszarów działania Służby Zdrowia WP, jest pożądanym narzędziem kształtowania polityki personalnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych. Projekt rozporządzenia MON w tej sprawie opracowany na podstawie dotychczasowego upoważnienia ustawowego jest procedowany od ok. 3 lat i występują zasadnicze trudności w jego uzgodnieniu z Rządowym Centrum Legislacji. Zdaniem RCL, przyjęcie projektu w formie pożądanej przez SZ RP wymaga rozszerzenia/doprecyzowania upoważnienia ustawowego.
98. Projekt w art. 16g wprowadza nowy ust. 10 przewidujący możliwość przyznania dodatku motywacyjnego dla lekarzy zatrudnionych w konkretnej jednostce szkoleniowej, ale nie przewidziano uwidocznienia tej informacji w systemie

rekrutacyjnym przy danym miejscu szkoleniowym oferującym ten dodatek. Informacja taka byłaby korzystna i zwiększyła szanse zatrudnienia lekarza w danej jednostce (aby już na etapie rekrutacji poprzez SMK lekarz widział jednostki oferujące dodatkowe środki).

99. W art. 16i ust. 1c przewiduje, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który korzysta z uprawnienia do nie wyrażenia zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych (w sytuacjach i na okres wskazany w tym przepisie) nie może pełnić samodzielnych dyżurów medycznych również w innych podmiotach leczniczych niż podmiot, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne. Wprowadzenie tego przepisu doprowadzić może jednak do zakłóceń w działalności nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zasadnym byłoby wyłączenie spod zakresu zastosowania tego przepisu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jak również podstawowej opieki zdrowotnej.
100. W art. 16i ust. 10 przepis przewiduje, że różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia na pełnienie dyżurów medycznych w porze nocnej, święta i dni wolne pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny. Tymczasem wskazane byłoby przekazywanie, na wniosek podmiotu prowadzącego szkolenie, środków na ten cel przez Ministra Zdrowia. Minister winno przekazywać ilość środków niezbędnych dla kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów w tym środki na pełnienie dyżurów medycznych. Przekazywane środki powinny w pełni pokrywać koszty kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie kształcenia specjalizacyjnego ponoszone przez podmiot kształcący.
101. Art.16j ust. 2, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, powinien zawierać katalog elementów umowy z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w zakresie refundacji środków niezbędnych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury.
102. Negatywnie należy ocenić pozostawienie w art. 16j ust. 3 wysokości minimalnego wynagrodzenia lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego pozostawiono na poziomie 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, w przeciwieństwie do 200% tego wynagrodzenia postulowanych od lat przez środowisko lekarskie (m.in. przez NRL w stanowisku Nr 4/19/VIII).
103. Za całkowicie niewłaściwą należy uznać zmianę art. 16j ust. 4 w zaproponowanym kształcie. Środowisko lekarskie jasno postulowano, że wprowadzenie egzaminu PEM musi wiązać się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej”), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia” dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdany egzaminem PEM w oczach zarządzającego jednostką (co umożliwi indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze). W ocenie opiniujących konieczne jest zastosowanie rozwiązania zaproponowanego przez NRL w stanowisku Nr 4/19/VIII, tj. nadania art. 16j ust. 4 następujące brzmienia:
 4. „Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3, podlega zróżnicowaniu ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury i wynosi:
 - 1) 225% tego wynagrodzenia, dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym nie uznanych za priorytetowe po

- ukończeniu drugiego roku tego modułu;
- 2) 250% tego wynagrodzenia dla dziedzin innych niż uznane za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM, a także dla dziedzin opartych o kształcenie w module jednolitym uznanych za priorytetowe po ukończeniu drugiego roku tego modułu;
- 3) 275% tego wynagrodzenia dla dziedzin uznanych za priorytetowe oraz po złożeniu przez lekarza z pozytywnym wynikiem PEM.”.
104. W projekcie należy doprecyzować na czym polega większa samodzielność lekarza po egzaminie PEM, w szczególności wskazać rodzaje i zakres procedur do samodzielnego wykonywania oraz wyznaczyć mechanizmy promocji lekarzy, którzy na takie rozwiązanie się zdecydują.
105. W art. 16k, w związku z propozycja wprowadzenia definicji lekarza MON, ust. 4 proponuje się nadać brzmienie:
„4. Minister Obrony Narodowej może w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy MON.”.
106. Dodanie w art. 16m ust. 1 wymogu, aby kierownik specjalizacji był zatrudniony w wymiarze równoważnika 1 etatu jest nieodpowiednie w niektórych dziedzinach oraz w stomatologii. Proponuje się utrzymanie dotychczasowego brzmienia przepisu.
107. W art. 16oa w ust. 1 należy skreślić pkt 5. Odbywanie szkolenia specjalizacyjnego uważa się za spełnianie obowiązku doskonalenia zawodowego. Udział w dodatkowych formach doskonalenia powinien być zagwarantowany jako prawo lekarza, które jest określone w ust. 2 tego artykułu.
108. Dodanie art. 16pa-16pi wprowadzających PEM bez jednoczesnego wprowadzenia regulacji przyznających przywileje i uprawnienia dla lekarza, który ten egzamin zaliczy (wskazane powyżej oraz w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL, m.in. większa samodzielność, wyższe wynagrodzenie), należy zaopiniować negatywnie.
109. W art. 16pa ust. 1 powinno być „szkolenie specjalizacyjne, którego program zawiera moduł podstawowy”. Termin „szkolenie specjalizacyjne” obejmuje wszystkie tryby, ale dzielenie modułu jednolitego na części w celu przeprowadzenia PEM byłoby nieuzasadnione.
110. W art. 16pb ust. 6 powinno być wskazanie PEM, a nie PES.
111. W art. 16rc ust. 5 jest błędne odwołanie do tego samego ust. 5.
112. W art. 16s ust. 1 należy przewidzieć 25 dni płatnego urlopu szkoleniowego na przygotowanie do egzaminu PES (zgodnie z propozycją zawartą w stanowisku Nr 1/19/NRL).
113. W art. 16t ust. 5 wprowadzono opłatę w wysokości 25% średniej krajowej za drugi i kolejny egzamin PES, co w ocenie NRL jest zbyt wysoką opłatą (ponad 1000 zł obecnie).
114. W zaproponowanej formie art. 17 definiujący umiejętności jest zbyt ogólnikowy. Umiejętności powinny być tworzone w oparciu o czynności, których wykonywanie jest dostępne więcej niż jednej specjalności lub lekarzom bez specjalizacji. Należy w ustawie określić, w jaki sposób potwierdza się uzyskanie umiejętności - powinien to być egzamin jednolity dla całego kraju, co może stać się problemem kiedy szkolenie w zakresie umiejętności będą prowadzić 2 lub więcej towarzystw naukowych. Art. 17 ust. 2, 3 i 24 nie wskazują, by umiejętności były przypisane do 1 towarzystwa naukowego i w efekcie mogą powstać bardzo zróżnicowane programy, formy zaliczenia i certyfikaty

- przy tej samej nazwie umiejętności.
115. W art. 17 ust. 1 powinno być „posiadanie umiejętności zawodowych nieobjętych programem posiadanych przez tego lekarza specjalizacji” .Należy wyraźnie wskazać w ustawie, że uzyskiwanie przez lekarza certyfikatów umiejętności może dotyczyć tylko kompetencji, których nie obejmują posiadane przezeń specjalizacje. Bez tego warunku tworzenie umiejętności i ich wymaganie, także przez płatników, może stać się powszechne i zastępować specjalizacje.
 116. W art. 17 ust. 4: w zdaniu wprowadzającym należy odesłać do ust. 2 (zamiast do ust. 3), a w pkt 6 – dodać także numer w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego, bowiem większość towarzystw naukowych działa w formie stowarzyszeń wpisanych jedynie do tego rejestru, a nie rejestru przedsiębiorców KRS.
 117. W art. 18 w ust. 2 należy doprecyzować, że obowiązek doskonalenia zawodowego dotyczy lekarzy i lekarzy dentyistów mających nieograniczone prawo wykonywania zawodu, a nie np. lekarza stażysty. Ponadto należy wpisać prawidłową nazwę rejestru – „okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentyistów”.
 118. Przepis art. 18 ust. 4 w zakresie w jakim przyznaje 6 dni płatnych na samokształcenie lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, dyskryminuje tych lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy wykonują zawód na innej niż umowa o pracę podstawie prawne (dotyczy lekarzy zatrudnionych na kontraktach, wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej np. na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia).
 119. Przepis art. 18 ust. 5 przewidujący obowiązek powiadamiania przez okręgową radę lekarską, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, stanowi nadmierne obciążenie dla samorządu lekarskiego, biorąc pod uwagę dużą ilość członków okręgowych izb lekarskich. W szczególności w kontekście rozwiązania przyjętego w ust. 2 tego artykułu, a mianowicie potwierdzania za pomocą SMK przez okręgową radę lekarską dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, a które to rozwiązanie uznać należy za wystarczające. Nadto należy zwrócić uwagę, że nie każdy lekarz, lekarz dentyista ma obecnie konto w SMK.
 120. W art. 18 proponuje się przywrócenie upoważnienia dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, w którym określony zostanie sposób dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego (obecnie obowiązuje w tym zakresie delegacja w art. 18 ust. 2).
 121. Zmiana przewidziana w art. 19 ust. 1 pkt 1 przewiduje niekorzystne ograniczenie (zawężenie) kręgu podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń bez wpisu do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów.
 122. Odnośnie zmienianego art. 19 ust. 1 pkt 3 należy wskazać, że w projekcie brakuje przepisu przejściowego, z którego wynikałoby, że rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów (nazwa według stanu obowiązującego na dzień dzisiejszy) staje się rejestrem podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów, o którym mowa w komentowanym przepisie.

123. W art. 19 ust. 4 i 5 użyte wyrażenie „informacje o dopełnieniu przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego” jest niewłaściwym sformułowaniem, ponieważ „dopełnienie obowiązku” oznacza udział w szkoleniach dający w sumie wymaganą liczbę punktów albo uznany za równoważny z dopełnieniem obowiązku i stwierdzenie dopełnienia obowiązku należy do izby lekarskiej. Podmioty prowadzące rozwój zawodowy powinny przekazać ORL informację o udziale członka danej izby w rozwoju zawodowym. Powinno więc być: „Podmioty, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie przekazują okręgowej radzie lekarskiej, poprzez SMK, informacje o udziale lekarza w ustawicznym rozwoju zawodowym.”.
124. Przepis art. 19 ust. 4, przewidujący obowiązek przekazywania okręgowej radzie lekarskiej przez podmioty prowadzące ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów informacji o dopełnieniu przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, nie wskazuje jakie konkretnie dane będą w tym zakresie przewidywane. Określenie zakresu przedmiotowego owych informacji powinno nastąpić na szczeblu ustawowym.
125. W art. 19 ust. 5 przewidziano obowiązek po stronie lekarza niezwłocznego przekazywania okręgowej radzie lekarskiej informacji o zrealizowanym obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w przypadku dopełnienia przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w formie innej niż przy udziale podmiotów, o których mowa w art. 19 ust. 1. W związku z tym powstaje wątpliwość czy lekarz ten będzie zobowiązany w takim przypadku na bieżąco zgłaszać okręgowej radzie lekarskiej informacje o realizacji przedmiotowego obowiązku, czy może po zakończeniu jakiegoś okresu, w czasie którego ma zebrać określoną liczbę punktów. Przy przyjęciu zaś pierwszego rozwiązania, powstaje wątpliwość kiedy okręgowa rada lekarska realizuje obowiązek przewidziany w art. 18 ust. 2 i 5. Kwestie te wymagają doprecyzowania na szczeblu ustawowym.
126. Przepis art. 19b ust. 1 należy przerehabilitować, bowiem trudno określić grupę podmiotów podlegających wpisowi do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów. Wydaje się, że wpisowi powinny podlegać podmioty inne niż prowadzące staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne, uczelnie i instytuty badawcze.
127. W art. 19f ust 2 wprowadzono konieczność dokumentowania wykonanych procedur medycznych w trakcie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego prowadzonego w jednostce przez lekarzy, które na wniosek CMKP zostaną przedłożone kontroli. W ocenie NRL sformułowanie zawarte w projekcie nakłada na lekarzy kolejne czynności biurokratyczne. Tymczasem to jednostka szkoląca powinna wykazać, że wszyscy lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego wykonują program specjalizacji.
128. W art. 19f ust. 9c powinno być „o wskazanie miejsc szkoleniowych dostępnych w danej specjalizacji”. Nie wiadomo bowiem, na czym miałyby się opierać „opinia” i czego dotyczyć. Należy też rozstrzygnąć, jaki jest status „wskazania”, czego nie wyjaśnia ani 9c ani 9d. Z jednej bowiem strony CMKP „kieruje”, z drugiej jest zaś jest „liczba wskazań”, co sugeruje, że odbywający szkolenie ma wybór. Należy zapisać, że odbywający szkolenie zwraca się do CMKP, CMKP wskazuje dostępne miejsca, odbywający szkolenie wybiera jedno ze wskazanych miejsc a jeżeli chętnych jest więcej niż miejsc dostępnych w danej jednostce, pierwszeństwo ma osoba, która uzyskała większą liczbę punktów.
129. Proponuje się dodać przepisy przewidujące uprawnienia Dyrektora CMKP do kontroli

jednostek akredytowanych CMKP (np. w brzmieniu zawartym w stanowisku Nr 1/19/VII NRL – art. 19f ust. 12a-12i). W obecnym stanie prawnym nie ma możliwości organizacyjnych prowadzenia wielu kontroli „interwencyjnych”, o które często wnioskuje lekarze, informując ich zdaniem o nieprawidłowościach w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego.

130. W art. 19g ust. 1a powinno być „kursu e-learningowego jeżeli możliwość takiej formy przewiduje program specjalizacji”. Szkolenie powinno odbywać się zgodnie z programem i wymogami danej specjalizacji.

131. Art. 19j nie wskazuje w czyjej gestii leży monitorowanie ustawicznego rozwoju zawodowego. Przepis wymaga doprecyzowania w tym zakresie.

132. NRL negatywnie ocenia projektowaną zmianę treści art. 53 ust. 2, polegającą na ograniczeniu możliwości zatrudniania lekarza w praktyce lekarskiej. Projektowana zmiana zmierza w kierunku przeciwnym od postulowanego przez samorząd lekarski. NRL w uchwale nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. wyraziła jednoznacznie oczekiwanie rozszerzenia możliwości zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyistów w praktykach lekarskich. Projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty stanowiący załącznik do ww. uchwały NRL wskazuje, jakie brzmienie powinien otrzymać art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz jakie zmiany muszą temu towarzyszyć w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Mianowicie przepis art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty powinien otrzymać następujące brzmienie:

„Art. 53. 1. Lekarz, lekarz dentyista wykonujący praktykę lekarską, z wyjątkiem indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, może zatrudniać:

1) lekarza, lekarza dentyistę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, stażu kierunkowego, w przypadku prowadzenia odpowiednich rodzajów szkoleń,

2) lekarza, lekarza dentyistę w celu zastępstwa w przypadku czasowej i przemijającej niezdolności do pracy,

3) lekarza, lekarza dentyistę w celu udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego,

4) poza przypadkami opisanymi w pkt. 1-3, jednego lekarza, lekarza dentyistę w ramach stałej współpracy.

2. Lekarz, lekarz dentyista, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentyisty.”.

Dodatkowo, jako konsekwencję powyższej zmiany, należy wprowadzić zmianę w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w art. 18 ust. 7. Obecne brzmienie tego przepisu jest niespójne z aktualnym przepisem art. 53 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, gdyż wyklucza udzielanie świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej przez innych lekarzy niż będących współnikami spółki prowadzącej grupową praktykę lekarską. W związku z powyższym w art. 18 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej proponuje się nadać brzmienie:

„7. Lekarze prowadzący grupową praktykę lekarską, będący współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b, muszą spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 albo 2.”.

133. W art. 58 dodano nowe przepisy karne. W ocenie NRL wymóg ubezpieczenia każdego chorego biorącego udział w każdym eksperymencie medycznym może być zabójczy dla badań naukowych w Polsce, biorąc pod uwagę wprowadzenie wcześniej, że już pobranie próbki materiału biologicznego (np. krwi lub moczu) jest eksperymentem medycznym. W takim kształcie jak zaproponowane w projekcie przepisy karne są bezzasadne, nieumotywowane i wprowadzają kolejne obwarowania biurokratyczne i formalne do prowadzenia badań naukowych.

II. dot. art. 2 projektu zmieniającego ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera

1. W art. 2 pkt 4 projektu przewiduje uchylenie ust. 2 w art. 1c ustawy o zawodzie felczera.

Zastrzeżenia NRL budzi uchylenie tego przepisu, który stanowi, że „Naczelna Rada Lekarska określi szczegółowy tryb postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera i prowadzenia rejestru felczerów”. O ile zasadne jest uchylenie delegacji do określenia zasad przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera, ponieważ nowych praw wykonywania zawodu felczera nie będzie się już wydawać, o tyle niezasadne jest wykreślenie uprawnienia NRL do uregulowania zasad prowadzenia rejestru felczerów. Proponuje się zatem, aby art. 1c ust. 2 otrzymał następujące brzmienie:

„2. Naczelna Rada Lekarska określi szczegółowy tryb prowadzenia Centralnego Rejestru Felczerów.”.

2. W art. 2a ust. 2 projektu przewiduje się, że ustęp ten będzie miał następujące brzmienie: „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”. Ustawa powinna dodatkowo przewidywać, że niewykonywanie zawodu felczera, o którym mowa w art. 2a ust. 2 będzie liczone od dnia wejścia w życie tej nowelizacji. Obecnie w Rejestrze Felczerów figuruje wielu felczerów, którzy mają 5 letnią przerwę w wykonywaniu zawodu; po wejściu w życie ustawy powinni oni mieć możliwość dostosowania się do nowej sytuacji prawnej i podjęcia wykonywania zawodu. Sytuacja, w której wielu felczerów wpisanych obecnie do Rejestru niewykonyjących zawodu od 5 lat z chwilą wejścia w życie ustawy będzie wykreślonych z Rejestru budziłaby wątpliwości natury konstytucyjnej.

III dot. art. 3 projektu zmieniającego ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

NRL negatywnie należy ocenić brak wprowadzenia do projektowanej ustawy zmiany przepisu art. 113 ustawy o izbach lekarskich w zakresie dotyczącym wprowadzenia regulacji przewidującej umorzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w sytuacji postępowania mediacyjnego zakończonego ugodą (na dzień dzisiejszy, w momencie prowadzenia postępowania mediacyjnego na etapie postępowania

wyjaśniającego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie ma prawa do umorzenia postępowania w sytuacji zakończenia postępowania mediacyjnego ugodą).

III. dot. przepisów końcowych projektu


W odniesieniu do art. 13 pkt 2 projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw należy wskazać, że wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. przepisów dotyczących staży podyplomowych nie jest skorelowane z ustawowymi terminami rozpoczęcia staży podyplomowych, tj. 1 marca i 1 października. Ponadto okres wejścia w życie wielu przepisów jest zbyt długi, np. możliwość podejścia do PES w trakcie ostatniego roku specjalizacji powinno być możliwe jak najwcześniej, a PES z puli pytań obowiązywać już od połowy 2020 r.

SEKRETARZ



Marek Jodłowski

PREZES



Andrzej Matyja