

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (MZ 307)

I. Opis sytuacji problemowej

Niniejszy projekt uwzględnia wymogi ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty związane z wprowadzeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) w tym Elektronicznej Karty Szkolenia (EKS). Ponadto w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. prawo o szkolnictwie wyższym i nauce zidentyfikowano konieczność wprowadzenia zmian w zakresie kwalifikacji do odbywania szkolenia specjalizacyjnego cudzoziemców spoza Unii Europejskiej. Jednocześnie należy wskazać, że konieczne jest wydanie nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, gdyż z dniem 1 stycznia 2019 r. utraciło moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Zakłada się, że wprowadzane regulacje usprawnią proces naboru i realizacji szkolenia specjalizacyjnego przez zmniejszenie liczby dokumentów.

Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, zwaną dalej "ustawą zmieniającą", wprowadzono System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, za pomocą którego od dnia 1 maja 2017 r. prowadzony jest nabór na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów oraz dokumentowanie przebiegu tego szkolenia.

W projekcie rozporządzenia określono tryb unieważniania pytań testowych z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”. Projekt rozporządzenia ustala również wynagrodzenie członków i przewodniczącego PKE na 200 zł za posiedzenie dla członka komisji egzaminacyjnej i 400 zł za posiedzenie dla przewodniczącego komisji egzaminacyjnej.

Zgodnie z projektowanym zapisem wynagrodzenie członków komisji wzrośnie o 70 zł za posiedzenia, a przewodniczących komisji o 100 zł za posiedzenie, względem poprzednio obowiązującego stanu prawnego. Tym samym wynagrodzenia członków komisji i przewodniczących komisji egzaminacyjnej nie będą znacznie różniły się od wynagrodzeń członków komisji i przewodniczących komisji Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, które zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego wynoszą 500 zł za posiedzenie dla przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego i 250 zł za posiedzenie dla członka Zespołu Egzaminacyjnego. Szacuje się, że koszty podniesienia wynagrodzeń dla członków i przewodniczących komisji PES będą wynosić ok. 300 tys. zł rocznie. Projekt rozporządzenia wprowadza również współczynniki przeliczeń procentowego wyniku egzaminu testowego PES na ocenę (zał.nr 10) oraz przelicznik ocen końcowych PES (załącznik nr 11).

Ponadto w projekcie określono tryb wydawania przez dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej "CEM", duplikatu i odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie tych dokumentów. Do projektu rozporządzenia wprowadzono także przepisy regulujące tryb dokonywania przez Dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie tej korekty.

Projekt określa również wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu szkoleniowego. Projekt rozporządzenia ustala także wysokość wynagrodzenia dla członków zespołów kontrolnych za wykonanie czynności kontrolnych, na poziomie 300 zł. Wskazana kwota jest kwotą maksymalną, jaką można przyznać za ww. czynności, jednak na podstawie praktyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej "CMKP", można stwierdzić, że ustalenie jej na niższym poziomie znacznie utrudni, a być może uniemożliwi znalezienie ekspertów chętnych do prowadzenia czynności kontrolnych.

Jak wskazuje CMKP rocznie wykonuje się ok 40-50 kontroli. Łączne koszty wynagrodzenia dla zewnętrznych członków (spoza pracowników CMKP) komisji kontrolnych wynoszą rocznie ok.

5 tys. zł, zatem CMKP może je pokryć w ramach środków własnych, jak to robi obecnie. Zmieniono również zasady ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy cudzoziemców. Zgodnie z treścią § 4 ust. 8 i 9 poprzednio obowiązującego rozporządzenia tylko wąska grupa cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, tj. cudzoziemcy posiadający zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, była zobowiązana do uzyskania zgody Ministra Zdrowia na odbywanie przez nich szkolenia specjalizacyjnego. Wskazani cudzoziemcy powyższą zgodę zobowiązani byli uzyskać po zakwalifikowaniu się do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, obowiązującego obywateli polskich przeprowadzanego przez poszczególnych wojewodów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Obecnie kwestie zasad odbywania studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi reguluje art. 323 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. prawo o szkolnictwie wyższym, zatem obecnie na zasadach określonych w tym lekarz cudzoziemiec nie będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej może odbywać szkolenie specjalizacyjne. W związku z powyższym każdy cudzoziemiec nie będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej (nie jak dotychczas tylko cudzoziemiec posiadający zezwolenie na pobyt czasowy lub wizę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) może odbywać szkolenie specjalizacyjne tylko w przypadku istnienia podstawy z art. 323 ust. 1 POSWIN.

Zatem koniecznym jest umożliwienie lekarzom cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej uzyskanie możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez określenie procedury wydania przez Ministra Zdrowia decyzji zawierającej zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, gdyż pozostałe podstawy do rozpoczęcia kształcenia wymienione w art. 323 ust. 1 POSWIN nie mają zastosowania przy ubieganiu się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego. W projekcie wprowadzono również regulację w zakresie terminu na skierowanie lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

W obecnym stanie prawnym wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, natomiast przedmiotowy projekt przedłuża ten termin do 30 dni. Powyższe podyktowane jest faktem, że w województwach gdzie jest duża liczba osób zakwalifikowanych oraz w województwach, gdzie późno wydawane są PWZ przez odpowiednie Okręgowe Izby Lekarskie, jest problem przy wydawaniu skierowań w 15-dniowym terminie.

Ponadto wprowadza się regulację pozwalającą na wydłużenie wyżej wskazanego terminu na skierowanie lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez wojewodę w przypadku cudzoziemca spoza Unii Europejskiej zakwalifikowanego do odbywania szkolenia na terenie RP, będącego w trakcie procedury ubiegania się o zezwolenie na pobyt na terytorium RP. W takim przypadku proponuje się, aby wojewoda kierował cudzoziemca spoza Unii Europejskiej do odbywania szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie uzyskaniu przez niego zezwolenia na pobyt na terytorium RP i spełnieniu pozostałych przesłanek ustawowych, jednak nie później niż w ciągu 6 miesięcy od jego zakwalifikowania. Wprowadzenie tego rozwiązania jest konieczne ze względu na fakt, że proces uzyskania zezwolenia na pobyt na terytorium RP (postępowanie prowadzone przez wojewodów lub konsulów) przez cudzoziemców jest czasochłonny i uzyskanie ww. zezwolenia przez cudzoziemców spoza UE, zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w Polsce, w terminie 30 dni nie jest możliwe.

Opisana sytuacja skutkuje tym, że okręgowa rada lekarska nie może wydać cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP, nawet po jego zakwalifikowaniu do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w Polsce, zaś wojewoda nie może skierować cudzoziemca spoza UE zakwalifikowanego do szkolenia specjalizacyjnego w Polsce z powodu braku prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP. Z uwagi na powyższe wprowadzenie proponowanych zmian jest niezbędne.

W § 39 został wskazany termin wejścia w życie rozporządzenia na dzień następujący po dniu jego ogłoszenia, przy czym rozporządzeniu została nadana moc wsteczna obowiązywania od

dnia 1 stycznia 2019 r. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Wejście w życie projektowanego rozporządzenia z dniem następującym po dniu ogłoszenia podyktowane jest faktem, że z dniem 1 stycznia 2019 r. traci moc obecnie obowiązujące rozporządzenie. Szybkie wejście w życie projektowanej regulacji działa na korzyść podmiotów, których dotyczy, a jej wprowadzenie z dniem następującym po dniu ogłoszenia nie stanowi naruszenia zasady demokratycznego państwa prawnego.

Koszty związane z wprowadzeniem wysokości wynagrodzenia dla członków komisji kontrolnych CMKP wynoszą rocznie ok. 5 tys. zł rocznie (ok. 40 – 50 kontroli) i zostaną pokryte w ramach środków, którymi dysponuje CMKP.

Natomiast koszty komisji PES wzrosną rocznie o ok. 295710 zł rocznie względem kosztów ponoszonych przez CEM na mocy poprzednio obowiązujących przepisów, co jest kwotą niewielką biorąc pod uwagę, że CEM powołuje rocznie 700 komisji przeprowadzających PES. Podwyżki dla PKE PES są konieczne ze względu na fakt, że poprzednio obowiązujące wynagrodzenia są zbyt niskie, przez co CEM ma coraz większe problemy ze znalezieniem chętnych do pełnienia funkcji członków i przewodniczących PKE PES. Szczegółowe wyliczenia skutków finansowych zmiany wynagrodzeń członków PKE PES zawiera załącznik do OSR.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem należy zmniejszyć liczbę specjalizacji i skoncentrować szkolenie jedynie w dziedzinach najbardziej podstawowych i pożądanych w ochronie zdrowia?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	2	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem należy umożliwić odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dwóch dziedzinach medycyny - podstawowej i alternatywnej ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	

Nie 2

Nie mam zdania 4

3. Czy Pani/Pana zdaniem lekarze pełniący funkcję kierowników specjalizacji, zatrudnieni na umowach kontraktowych, są mniej zainteresowani szkoleniem nowych specjalistów niż lekarze etatowi?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

4. Czy Pani/Pana zdaniem lekarz, który jest kierownikiem specjalizacji powinien otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie za swoją pracę, proporcjonalnie do liczby specjalizantów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	3	

Pytania otwarte:

1. Jakie dodatkowe, poza wymienionymi w rozporządzeniu, działania należałoby podjąć, aby usprawnić proces szkolenia specjalizacyjnego?
2. Jakie działania należałoby podjąć, aby okręgowe rady lekarskie mogły sprawniej niż obecnie wydawać cudzoziemcowi prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Projektowane rozporządzenie stanowi bardzo ważne uregulowanie, ponieważ dotyczy specjalizacyjnego kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków, co ma bezpośredni wpływ na jakość leczenia pacjentów. Jednocześnie jest to regulacja bardzo skomplikowana, dotycząca wiele grup interesariuszy, którzy mogą mieć bardzo zróżnicowane oczekiwania i postulaty.

Projektodawca przewiduje, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe, gdyż rozwiązania w nim zawarte przyczynią się do usprawnienia procesu szkolenia specjalizacyjnego oraz ogólnego podniesienia jakości kształcenia lekarzy specjalistów, co będzie skutkowało podniesieniem jakości opieki medycznej w kraju. Przewiduje również, że rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na osoby starsze i niepełnosprawne.

Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia ze skutkiem od dnia 1 stycznia 2019 r. Projektodawca argumentuje, że w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czterdzieści dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Wejście

w życie projektowanego rozporządzenia z dniem następującym po dniu ogłoszenia podyktowane jest faktem, że z dniem 1 stycznia 2019 r. utraciło moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Szybkie wejście w życie projektowanej regulacji ma działać na korzyść podmiotów, których dotyczy, a jej wprowadzenie z dniem następującym po dniu ogłoszenia nie stanowi naruszenia zasady demokratycznego państwa prawa. Jednak można mieć uzasadnione wątpliwości, czy taki natychmiastowy termin wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia nie skomplikuje nadmiernie wielu procedur, do jakich odnosi się treść rozporządzenia.

Zainteresowane środowiska, przede wszystkim lekarskie zgłaszają do projektu wiele istotnych uwag, z których większość środowiska pacjenckie uznają za zasadne. Są to m.in.:

1. Postulat przywrócenia chirurgii dziecięcej rangi specjalności podstawowej, tak jak było to dotychczas i miało głębokie uzasadnienie.
2. Wszelkie działania powinny prowadzić do uproszczeń biurokratycznych elementów procesu uzyskiwania specjalizacji.
3. Pytania egzaminacyjne powinny być jawne, aby można było się przygotować do egzaminu na podstawie listy pytań. Dzięki temu uniknie się błędów w pytaniach, a egzamin stanie się bardziej przejrzysty.
4. Wątpliwości budzą zapisy przewidujące dodatkowe punkty dla lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim. Przyznawanie prawa do dodatkowych punktów jedynie osobom występującym o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim jest nieuzasadnione.
5. Postulat zmniejszenia liczby specjalizacji. Należy skoncentrować szkolenie jedynie w dziedzinach najbardziej podstawowych i pożądanych w ochronie zdrowia. Wiele z obecnie obowiązujących

jących specjalizacji winno otrzymać status specjalizacji szczegółowej, której rozpoczęcie warunkowałoby uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie podstawowej.

6. Przyjęty 4-letni okres szkolenia specjalizacyjnego medycyny rodzinnej jest zbyt krótki, w kontekście stawianych wymogów i oczekiwań względem lekarzy tej specjalności.

7. Biorąc pod uwagę, że w przypadku niektórych dziedzin medycyny ustalana jest zbyt niska liczba miejsc specjalizacyjnych, umożliwienie ubiegania się o szkolenia z alternatywnego zakresu pozwoli na dostępności specjalizacji dla lekarzy, przy zachowaniu wymogu konkurencyjności. Stąd też należałoby rozważyć możliwość złożenia wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dwóch dziedzinach medycyny (podstawowej i alternatywnej).

8. Obawy budzi obserwowana różnorodność w podejściu do swoich obowiązków przez kierowników specjalizacji, których stopień zainteresowania podopiecznym (specjalizującym się lekarzem) zależy w dużej mierze od formy zatrudnienia. Lekarze zatrudnieni na umowach kontraktowych są dużo mniej zainteresowani szkoleniem następnych pokoleń specjalistów.

8. Projekt zakłada nadal 3-letni okres szkolenia w zakresie chorób wewnętrznych i 3-letni moduł onkologiczny. Wymienione rozwiązanie uważane jest przez środowisko onkologiczne i Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej za niewłaściwe – proponuje się zatem skrócenie modułu internistycznego do 2 lat, z wydłużeniem szkolenia w zakresie onkologii do 4 lat, co łącznie dałoby 6-letni okres, jak obecnie. Szkolenie w zakresie chorób wewnętrznych powinno być dostosowane do potrzeb przyszłych onkologów, a nie powinno zawierać elementów całkowicie zbędnych.

9. Postuluje się dodanie jednolitego dla wszystkich specjalizacji kursu specjalizacyjnego w dziedzinie diagnostyki i terapii zakażeń. Lekarze wszystkich specjalności stykają się z zakażeniami, a zdecydowana większość podejmuje próby ich leczenia, w związku z czym konieczna jest znajomość aktualnych zasad racjonalnej antybiotykoterapii. Brak wiedzy na temat terapii zakażeń

jest przyczyną narastającej oporności drobnoustrojów na antybiotyki, co skutkuje zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością z powodu zakażeń wywoływanych przez szczepy wielolekooporne. Taki trend obserwowany jest również od wielu lat w Polsce.

10. Od lat podnoszony jest postulat możliwości robienia specjalizacji tzw. krótką ścieżką przez lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej. Lekarze pracujący w systemie PRM, w zespołach wyjazdowych oraz SOR-ach, ze względu na specyfikę swojej pracy dość szybko osiągają stan wypalenia zawodowego. Wiele osób decydowałoby się na specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej gdyby miało perspektywę pracy w innych specjalnościach w starszym wieku, gdy nie mieliby już sił na pracę w Systemie. Dlatego też propozycja możliwości specjalizacji krótką ścieżką tylko balneologii i medycyny fizykalnej, epidemiologii, medycyny paliatywnej, transfuzjologii klinicznej i zdrowia publicznego nie wychodzi naprzeciw oczekiwaniom środowiska.

Powinna istnieć możliwość robienia tzw. krótką ścieżką następujących specjalizacji przez lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej: intensywne terapia – tzw. interdyscyplinarna, choroby zakaźne, epidemiologia, kardiologia, medycyna pracy, medycyna transportu, mikrobiologia lekarska, neurologia, transfuzjologia, zdrowie publiczne, balneologia i medycyna fizykalna, toksykologia kliniczna, transplantologia kliniczna, choroby płuc oraz anestezjologia i intensywne terapia. Lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, pracując w obszarach krótkotrwałej intensywnej terapii SOR-ów „uprawiają” intensywną terapię na co dzień, i na co dzień zdają egzamin z wiedzy i umiejętności wchodzących w zakres tej specjalizacji.

11. Lekarz, który jest kierownikiem specjalizacji musi otrzymywać wynagrodzenie za swoją pracę, dotyczącą każdego specjalizanta. Taka opłata pozwalać będzie wyegzekwować określone wymagania stawiane kierownikom specjalizacji.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

