

UZASADNIENIE

Istotą projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest wprowadzenie niezbędnych zmian w systemie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, mających na celu wyeliminowanie narastających w ostatnim czasie problemów dotyczących kadry lekarskiej, z których najważniejsze to:

- 1) długotrwały proces kształcenia podyplomowego od momentu uzyskania dyplomu wyższej uczelni do uzyskania dyplomu specjalisty, będący jedną z zasadniczych przyczyn migracji młodych lekarzy;
- 2) brak pełnej samodzielności zawodowej lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów, przez co najmniej kilka lat od zakończenia studiów;
- 3) deficyt kadry lekarskiej, w tym specjalistów, i obserwowane zagrożenie związane z tzw. luką pokoleniową, przede wszystkim wśród lekarzy specjalistów;
- 4) migracja lekarzy szacowana na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu na terenie krajów Unii Europejskiej, wydawanych przez samorząd lekarski.

Rozwiązanie powyższych problemów wymaga kompleksowych i kompatybilnych ze sobą działań, obejmujących zarówno zmiany przepisów prawnych dotyczących kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, jak również zmiany programów kształcenia przed i podyplomowego. Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stworzy podstawy prawne do wprowadzenia systemowych rozwiązań w ww. obszarze. Nowelizacja ustawy jest również niezbędna ze względu na konieczność przeniesienia regulacji dotychczas umieszczonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.) na poziom ustawy, ze względu na wagę i istotę tych regulacji dla procesu uzyskiwania niezbędnych w systemie ochrony zdrowia specjalizacji lekarzy.

Przedmiotowy projekt ustawy obejmuje następujące zmiany:

- 1) Rozszerzenie definicji wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty o „kierowanie zakładem opieki zdrowotnej”. Zmianę tę wprowadzono z powodów, dla których uprzednio wpisano „zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej”. Uznano, iż pełnienie funkcji osoby kierującej zakładem opieki zdrowotnej wyczerpuje przesłanki, o których mowa w zacytowanej powyższej części obecnej regulacji.

- 2) **Nowe uregulowanie wymagań co do studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, jak również powiązanych z tym zmianami powodującymi likwidację stażu podyplomowego i Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-
-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP). Zmiana wymagań co do studiów na kierunkach lekarskich dotyczy wprowadzenia regulacji wynikającej z dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) w zakresie kształcenia na kierunku lekarskim – co najmniej sześćoletni okres studiów obejmujących co najmniej 5 500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz na kierunku lekarsko-
-dentystycznym – co najmniej pięcioletni okres studiów teoretycznych i praktycznych. Ponadto wprowadza się praktykę zawodową na VI roku dla lekarzy oraz na V roku dla lekarzy dentystów. Wprowadzenie tych zmian będzie wymagało zmiany stosownego załącznika nr 54 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. Nr 164 , poz. 1166 oraz z 2009 r. Nr 180, poz. 1407), które to rozporządzenie definiuje standardy kształcenia dla kierunku studiów odpowiednio – lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Powyżej przywołane standardy muszą być zgodne z niniejszą regulacją (i odpowiednio z dyrektywą 2005/36 WE).**

Likwidacja stażu podyplomowego spowoduje szybsze wejście lekarzy i lekarzy dentystów do systemu opieki zdrowotnej i zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Powyższe zostanie osiągnięte przez zmianę systemu kształcenia na

studiach medycznych z położeniem nacisku na praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty na drodze m.in.:

- wprowadzenia obowiązku złożenia najważniejszych egzaminów końcowych, dla kierunku lekarskiego na V roku studiów a lekarsko-dentystycznego na IV,**
- wprowadzenia przedmiotów klinicznych w formie „praktyk zawodowych”, odpowiednio na V roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym i na VI roku studiów na kierunku lekarskim, mających zapewnić nabywanie umiejętności praktycznych do wykonywania zawodu.**

Staż podyplomowy dla lekarzy kończy się dnia 31 października 2017 r., natomiast dla lekarzy dentystów kończy się dnia 30 września 2016 r.

Projekt ustawy zakłada także likwidację Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP). Doświadczenie ostatnich lat, jak również opinie środowisk medycznych wskazują, iż LEP/LDEP przeprowadzany w formie egzaminu testowego nie sprawdza aspektu praktycznego przygotowania lekarzy do wykonywania zawodu, sprawdzając głównie wiedzę teoretyczną. Wobec braku jednolitych zasad oraz zobowiązań co do egzaminów „licencyjnych” w krajach Unii Europejskiej (wytycznych takich nie zawiera dyrektywa 2005/36/WE) uznano, że należy zrezygnować z LEP/LDEP przeprowadzanego w obecnej formie.

- 3) i 4) Wprowadzenie przepisów mających na celu doprecyzowanie warunków przyznania prawa wykonywania zawodu w zależności od posiadanych kwalifikacji i rodzaju posiadanego dyplomu ukończenia studiów (także w stosunku do obywateli Unii Europejskiej i cudzoziemców niebędących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej). Ograniczone prawo wykonywania zawodu będzie przyznawane na czas odbycia stażu podyplomowego lub na czas odbycia stażu adaptacyjnego oraz celem złożenia testu umiejętności (dla obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej).
- 5) Przyspieszenie procedury administracyjnej wydania dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, polegające na skróceniu terminu z dotychczasowych 3 miesięcy do 30 dni na wydanie przez Okręgową Radę Lekarską dokumentu prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

- 6) Zmiany mające na celu doprecyzowanie zasad wydawania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry dla cudzoziemca niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w celu odbycia stażu podyplomowego.
- 7) Zmiany określające zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy cudzoziemców będących członkami ekipy narodowej drużyny sportowej podczas trwania międzynarodowych wydarzeń sportowych.

Wprowadzenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza przez lekarzy cudzoziemców będących członkami ekip sportowych biorących udział w wydarzeniach sportowych organizowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ma na celu ujednoczenie tymczasowego i okazjonalnego udzielania świadczeń. W obecnym stanie prawnym lekarze będący obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej muszą zgłosić tymczasowe i okazjonalne udzielanie świadczeń właściwej izbie lekarskiej, zgodnie z przepisami dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych, implementowanymi do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 9, podczas gdy obywatele innych państw nie mają takiego obowiązku.

- 8) Zmianę wprowadzającą rozszerzoną, w stosunku do dotychczasowej, treść upoważnienia do wydania rozporządzenia regulującego tryb powoływania i sposób działania komisji oceniającej poziom przygotowania zawodowego lekarza i realizacji przez niego obowiązku doskonalenia zawodowego.
- 9) Zmianę porządkową, polegającą na zmianie tytułu rozdziału z dotychczasowego w brzmieniu „Staż podyplomowy” na „Kształcenie podyplomowe”.
- 10) Zmianę porządkową polegającą na wykreśleniu sposobu i źródeł finansowania staży podyplomowych w 2009 r. i w 2010 r.
- 11) Zmianę wprowadzającą „modułowy system specjalizacji” z jednoczesną zmianą dotychczasowego podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Moduł podstawowy będzie zawierać treści uniwersalne dla grupy specjalizacji, jak również wybrane zagadnienia obecnie nauczane w trakcie stażu podyplomowego (m.in. obowiązkowy kurs i egzamin z dziedziny ratownictwa medycznego). Moduł specjalistyczny, bezpośrednio związany z przedmiotem specjalizacji, powinien zawierać wiedzę ściśle specjalistyczną.

Zmiana ta reguluje także zasady uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego, za równoważne z realizacją

w całości lub w części szczegółowego programu modułu specjalistycznego i ewentualne dopuszczenie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

12) Zmianę mającą na celu uregulowanie zasad postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich oraz zasad odbywania szkolenia specjalizacyjnego obejmującą:

– zmianę przepisów dotyczących przyznawania miejsc szkoleniowych na dane postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji lekarskich – przyznawanie i rozdział rezydentur na poszczególne województwa i dziedziny przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz uruchamianie wszystkich pozostałych wolnych miejsc szkoleniowych przez właściwego wojewodę (dotychczas wszystkie miejsca specjalizacyjne przyznawał minister właściwy do spraw zdrowia); regulacja ta ma na celu uelastyczenie systemu i maksymalne wykorzystanie miejsc specjalizacyjnych (w trybie pozarezydenckim), dostępnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, do regionalnych potrzeb ochrony zdrowia ocenianych przez wojewodę w oparciu o opinie konsultantów wojewódzkich,

– uwzględnienie w procedurze ubiegania się o rozpoczęcie specjalizacji w trybach pozarezydenckich dorobku zawodowego i naukowego lekarzy, co potwierdza posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, praca w jednostce akredytowanej w zakresie zgodnym z programem specjalizacji w danej dziedzinie lub publikacje naukowe zamieszczone w wykazie czasopism sporządzonych przez ministra właściwego do spraw nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych; przewiduje się, że z tytułu osiągnięć w ramach dorobku zawodowego i naukowego lekarz będzie mógł uzyskać nie więcej niż 10 % możliwych do osiągnięcia punktów,

– uregulowanie zasad opracowywania programów specjalizacji, mające na celu zapewnienie wysokiej jakości kształcenia, jednocześnie dostosowanie tych programów do aktualnej wiedzy medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem podziału na moduł podstawowy i specjalistyczny,

– dostosowanie obowiązujących przepisów w zakresie realizacji dyżurów medycznych do zmieniającej się organizacji systemu opieki zdrowotnej (proponowane regulacje dają możliwość kierownikowi jednostki szkolącej zawarcia z lekarzem umowy dotyczącej realizacji dyżurów w formie umowy o pełnienie dyżurów; w odniesieniu do lekarza rezydenta źródłem finansowania w zakresie normalnego czasu pracy, określonego art. 32g ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, są środki będące w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, natomiast źródłem finansowania dyżurów jest jednostka szkoląca; ze względu na to, że dyżury lekarzy odbywających

specjalizację są finansowane przez jednostkę szkolącą, regulacja ta pozwoli dyrektorowi tej jednostki na racjonalne dysponowanie posiadanymi środkami finansowymi),

- uregulowanie obowiązków i praw oraz zasad powoływania kierowników specjalizacji – między innymi wprowadzenie możliwości powierzenia funkcji kierownika specjalizacji lekarzowi specjaliście wykonującemu pracę w oparciu o umowę cywilnoprawną (tzw. „kontrakt”),

- uregulowanie ustawowe zasad przeprowadzania PES; umożliwienie lekarzom, przystępowania do PES po raz czwarty i kolejny, aż do pozytywnego złożenia PES, oraz wprowadzenie opłaty za zdawanie PES po raz czwarty i kolejny (co będzie stanowiło dochód budżetu państwa),

- ograniczenie PES do dwóch części: testowej i ustnej, przy czym część ustna może być rozszerzona o egzamin praktyczny, z wyłączeniem wykonywania w ramach PES medycznych procedur inwazyjnych,

- wprowadzenie zasad wynagradzania członków Państwowych Komisji Specjalizacyjnych (PKS) i członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych (PKE).

13) i 14) Zmiany mające na celu uregulowanie warunków i zasad akredytacji jednostek prowadzących specjalizację lub staże kierunkowe, gwarantujące zapewnienie właściwej jakości kształcenia specjalizacyjnego, a jednocześnie zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych oraz określenie zasad nadzoru i kontroli nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego. Uregulowanie ustawowe warunków i zasad akredytacji jednostek prowadzących specjalizację ma na celu zapewnienie przejrzystości, obiektywności i jakości kształcenia specjalizacyjnego. Proponuje się, aby w ustawie dookreślić, iż warunkiem uzyskania akredytacji jest zobowiązanie się jednostki do realizacji programu określonej specjalizacji i zapewnienie warunków merytorycznych i organizacyjnych do realizacji programu, w tym:

- posiadanie kadry o odpowiednich kwalifikacjach – tj. lekarzy posiadających tytuł specjalisty,

- posiadanie odpowiedniej bazy dydaktycznej,

- zapewnienie realizacji określonych zabiegów i procedur medycznych wymaganych w programie specjalizacji,

- zapewnienie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia,

- wprowadzenie zasad wynagradzania dla osób wykonujących czynności kontrolne.

15) Zmianę porządkową dotyczącą odwołań od uchwał okręgowych rad lekarskich lub wojaskowej rady lekarskiej do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Omówienie przepisów przejściowych

Przepis art. 2 ma na celu utrzymanie w mocy dotychczasowych przepisów dotyczących sposobu odbywania specjalizacji przez lekarzy zakwalifikowanych do jej odbywania przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy. Nowe zasady składania PES (zniesienie wymogu składania części praktycznej PES jako odrębnej części egzaminu, zniesienie ograniczenia liczby składanych egzaminów PES) będą miały również zastosowanie do lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po dniu 28 kwietnia 1999 r. Ust. 3 tego przepisu utrzymuje odbywanie specjalizacji rozpoczętych, na podstawie dotychczasowych programów, do czasu wejścia w życie nowych programów określonych na podstawie art. 16g ustawy.

Zgodnie z art. 3 marszałek województwa po raz ostatni organizuje, finansuje oraz zapewnia warunki odbywania stażu rozpoczynającego się:

- 1) dla lekarza z dniem 1 października 2016 r.;
- 2) dla lekarza dentystry z dniem 1 października 2015 r.

Osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej:

- 1) z dniem 1 października 2016 r. w przypadku lekarza, albo
- 2) z dniem 1 października 2015 r. w przypadku lekarza dentystry

– będą zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu. Do osób tych nie będzie stosowany art. 5 ust. 6 ustawy.

Przepis art. 4 utrzymuje w mocy uprawnienia kierowników specjalizacji oraz lekarzy specjalistów kierujących stażem kierunkowym wyznaczonych na podstawie dotychczasowych przepisów.

Natomiast na podstawie art. 5 jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie dotychczasowych przepisów stają się jednostkami uprawnionymi do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 19f ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Przepis art. 6, w związku z wprowadzonymi ustawami o budżecie na rok 2011, wskazuje, iż w roku tym środki przeznaczone na:

- 1) sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w art. 15 ust. 4 ustawy,

- 2) sfinansowanie rezydentur, o których mowa w art. 16k ust. 1 ustawy,
- 3) dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych, o których mowa w art. 16l ust. 1 ustawy,

– będą pochodzić ze środków Funduszu Pracy.

Przepis art. 7 reguluje kwestie obecnie prowadzonego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, który z dniem wejścia w życie ustawy stanie się rejestrem prowadzonym na podstawie niniejszej ustawy przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Przepis art. 8 zapewnia utrzymanie w mocy dotychczasowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 12 ust. 6, art. 15 ust. 5, art. 16 ust. 1hb, art. 16 ust. 2a, art. 16 ust. 3 i art. 16 ust. 5 ustawy, nie dłużej jednak niż przez 18 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Przepis ten ma na celu utrzymanie ciągłości kształcenia lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji i kwalifikowanych do jej odbywania bezpośrednio po wejściu w życie ustawy. Jest to niezbędne ze względu na konieczność przygotowania nowych aktów wykonawczych, nowych programów specjalizacji, jak również przeprowadzenia na nowo procesu akredytacji jednostek prowadzących specjalizacje.

W ramach projektowanej nowelizacji konieczne będzie wydanie następujących aktów wykonawczych:

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program praktyki zawodowej oraz sposób jej odbywania, dokumentowania i zaliczania, w tym zakres danych, które powinny być zawarte w dzienniku praktyk, uwzględniając konieczność zapewnienia wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyki.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania i sposób działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, oraz tryb orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo o ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, mając na uwadze konieczność prawidłowego wykonywania zawodu przez lekarza.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji, oraz sposób i tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy, kierując się równoważnością dorobku zawodowego i naukowego lekarza z danym programem specjalizacji.

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

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

2) wykaz modułów jednolitych, właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego – uwzględniając powiązania dziedzin medycyny w ramach modułów i w ramach specjalizacji, dziedziny medycyny oraz minimalne okresy kształcenia w odniesieniu do tych dziedzin, określone w przepisach Unii Europejskiej, a także aktualny stan wiedzy medycznej;

3) wzory wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców,

4) regulamin postępowania kwalifikacyjnego

– biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego.

5. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, programy uzupełniające dla określonej specjalizacji, zawierające zakres wymaganej wiedzy teoretycznej i wymaganych umiejętności praktycznych, formy i metody ich nabywania, okres trwania i sposób odbywania szkolenia uzupełniającego oraz formy i metody oceny nabytej przez lekarza wiedzy i umiejętności oraz sposób zaliczenia szkolenia uzupełniającego, mając na uwadze konieczność nabycia przez lekarza dodatkowej wiedzy do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny, w zakresie i warunkach wynikających ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji uprawniających lekarza do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium, uwzględniając odpowiedni zakres wiedzy i umiejętności określonych w programie specjalizacji niezbędnych do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie w poszczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywane szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb przekazywania danych zawartych w rejestrze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,
- 2) szczegółowy sposób prowadzenia rejestru oraz sposób udostępniania danych wpisanych do rejestru
– mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa danych oraz funkcjonalność prowadzonego rejestru.

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

- 1) tryb i sposób przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy oraz punktowe kryteria kwalifikacji tych lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, mając na celu konieczność zapewnienia obiektywności i przejrzystości postępowania kwalifikacyjnego,
- 2) szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających I lub II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty,
- 3) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
- 4) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do PES,
- 5) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
- 6) tryb powoływania PKE,
- 7) tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w danym programie specjalizacji i ewentualne skrócenie szkolenia specjalizacyjnego,

- 8) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji
 - uwzględniając niezbędny zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania zawodu w zakresie określonej dziedziny medycyny, zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej;
- 9) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu programu specjalizacji;
- 10) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego, uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą,
- 11) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego, uwzględniając zakres szkolenia odbytego w kraju lub za granicą.

10. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, oraz wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

11. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilno-prawnej albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, oraz

wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilno-prawnej albo pełniącego służbę w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

12. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalistycznego przez lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej oraz wzory dokumentów, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i specyfikę szkolenia specjalizacyjnego lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które wpływa projektowana regulacja

Projektowane regulacje będą miały wpływ na lekarzy, lekarzy dentystów, jednostki uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, samorząd lekarski, konsultantów krajowych i wojewódzkich, Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości oraz na jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez tych ministrów.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt został skierowany w szczególności do: Naczelnej Rady Lekarskiej, związków zawodowych działających w obszarze ochrony zdrowia, rektorów uczelni medycznych, konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny.

W toku uzgodnień społecznych zostały zgłoszone w przewidzianym terminie następujące grupy uwag:

- 1) negatywna ocena projektu ustawy odnośnie likwidacji stażu podyplomowego, zgłoszona m.in. przez następujące podmioty:
 - Naczelną Radę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie – Federację Związków Zawodowych Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Zawodowy Anestezjologów, część konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, rektorzy, prorektorzy lub senaty Gdańskiego, Łódzkiego, Śląskiego i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz przedstawiciele innych uczelni, przedstawiciele instytutów badawczych, Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich, Parlament Studentów RP, Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych, część przedstawicieli wojewódzkich centrów zdrowia publicznego lub wojewodów, jak również niektórych towarzystw medycznych.

Podmioty opowiedziały się za pozostawieniem stażu podyplomowego z uwagi, iż:

- a) spełnia on istotną rolę we wprowadzaniu do zawodu lekarza i jego rola jest nie do zastąpienia przez projektowaną praktykę zawodową; jego likwidacja może obniżyć

jakość kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków i tym samym pogorszyć jakość udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych,

- b) jest niezbędny do uzupełnienia wiedzy i umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów medycznych przez studentów – osoby nieposiadające prawa wykonywania zawodu, a więc nieuprawnione do pełnego uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- c) umożliwi on bezpieczne wejście młodego lekarza do wykonywania zawodu zarówno dla niego, jak i pacjentów, jak również jest to okres pozwalający na dokonanie wyboru przyszłej specjalizacji.

Wskazano również, że zmiana wprowadzająca obligatoryjne włączenie praktyki zawodowej w zakres programu studiów jest niemożliwa do przyjęcia bez wcześniejszego ustalenia i przyjęcia programów studiów, ze wskazaniem dodatkowych znaczących środków finansowania tego zadania.

Z przeprowadzonej przez uczelnie symulacji kosztów związanych z upracticznieniem studiów wynika, że minimalne koszty osobowe związane z reformą kształcenia przeddyplomowego wynoszą ok. 400 mln zł rocznie dla wszystkich uczelni i powinny być ponoszone od pierwszego roku wprowadzanej reformy. Koszty te wynikają z konieczności zmniejszenia grup studenckich na zajęciach praktycznych i co za tym idzie koniecznością zapewnienia znacznie zwiększonej kadry akademickiej. Ponadto dla przykładu podano, że trwająca w ŚUM inwestycja budowy ze środków unijnych Centrum Symulacji Medycznych, niezbędnego dla upracticznienia studiów, wymaga nakładów w wysokości około 30 mln zł.

Ponadto przedstawiciele uczelni stwierdzili, że wprowadzane różnoczasowo liczne zmiany legislacyjne dotyczące uczelni mogą w skrajnym przypadku doprowadzić do zapaści finansowej uczelni. I tak, projekt ustawy o działalności leczniczej zakłada, iż organ założycielski ma pokrywać ujemny wynik finansowy swoich jednostek leczniczych (tu szpitali klinicznych) – zadłużenie szpitali klinicznych jest w chwili obecnej bardzo wysokie. Również ten projekt przewiduje konieczność przekazywania przez uczelnie do szpitali klinicznych środków związanych z tzw. dydaktyką kliniczną wg kalkulacji szpitala (obecnie środki te są oceniane jako istotnie niewystarczające). Ponadto projekt ustawy w opinii środowiska akademickiego wymaga istotnych dodatkowych nakładów związanych z upracticznieniem kształcenia. Skumulowanie ww. niekorzystnych uwarunkowań ekonomicznych może grozić zapaścią finansową uczelni medycznych.

- 2) negatywna ocena zasadności likwidacji Lekarskiego Egzaminu Państwowego oraz Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego oraz zmiany kryteriów kwalifikacyjnych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgłoszona m.in. przez: Naczelną Radę Lekarską, część konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, przedstawicieli uczelni medycznych, w tym również studentów i absolwentów uczelni medycznych.

Wbrew licznym obawom towarzyszącym wprowadzaniu LEP/LDEP w opinii ww. podmiotów egzamin ten spełnia swoją rolę jako obiektywne narzędzie weryfikacji wiedzy lekarzy kończących studia medyczne i staż podyplomowy, stanowiący kryterium uzyskania prawa wykonywania zawodu, jak również stanowiący obiektywne narzędzie w procesie kwalifikowania lekarzy do odbywania specjalizacji.

Zasadnicza teza zgłoszonych uwag w tym zakresie dotyczyła krytyki nowego zaproponowanego sposobu kwalifikacji do odbywania specjalizacji na podstawie średniej ze studiów (w wyniku likwidacji egzaminu LEP i LDEP), jako niewystarczająco obiektywnej formy sprawdzenia wiedzy lekarza predysponującej go do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto stwierdzano, że kwalifikacja na podstawie średniej ocen ze studiów nie daje szansy poprawy lekarzom, którzy z różnych względów nie uzyskali wysokiej średniej – LEP/LDEP można natomiast zdawać wielokrotnie i mając możliwość poprawienia jego wyniku.

- 3) pozostała część uwag szczegółowych zgłoszonych m.in. przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego, urzędy wojewódzkie, część przedstawicieli uczelni medycznych oraz konsultantów w poszczególnych dziedzinach medycyny, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych dotyczyła m.in. kwestii składania wniosków do postępowania kwalifikacyjnego, kwestii odbywania szkolenia specjalizacyjnego i związanym z tym podziałem miejsc szkoleniowych, kwestii odbywania szkolenia (w szczególności w trybie rezydentury) i związanych z tym szczegółowych problemów dotyczących m.in. kwestii czasu pracy lekarzy, dyżurów medycznych, realizacji programu specjalizacji, szczegółowych kwestii dotyczących uznawania elementów specjalizacji, składu zespołów uznających kwalifikacje oraz elementy realizacji programu specjalizacji, przeprowadzania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jak również kwestii warunków akredytacji jednostek uprawnionych do przeprowadzania szkolenia specjalizacyjnego. Zgłoszone w tym zakresie uwagi będą w większości uwzględnione w trakcie prac nad odpowiednimi aktami wykonawczymi obejmującymi poruszane zagadnienia.

4) propozycja wprowadzenia tzw. modułowego systemu specjalizacji, co do zasady spotkała się z przychylnym przyjęciem przez wszystkie podmioty, które zgłosiły uwagi.

W opinii uczestników konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w dniu 6 października 2010 r. proponowane zmiany należy przeprowadzać ewolucyjnie rozkładając je w czasie. Należy rozpocząć od zmiany kształcenia przeddyplomowego, następnie dokonać oceny wprowadzonych zmian. Kolejnym etapem mogłaby być ewentualna likwidacja stażu podyplomowego, a następnie modyfikacja systemu specjalizacji lekarskich.

LEP/LDEP uznano za obiektywne narzędzie przeprowadzania kwalifikacji do specjalizacji, którego nie należy likwidować, ale udoskonalać.

Projekt ustawy, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden z zainteresowanych podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami w trybie powyższej ustawy.

3. Wpływ projektowanej regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Dokonanie zmian wymaga poniesienia odpowiednich nakładów ze strony budżetu państwa, w zakresie:

1) Zwiększenie dotacji dla uczelni w wysokości ok. 5,2 mln zł spowodowane nałożeniem obowiązku zorganizowania kursów i szkoleń, realizowanych obecnie w ramach stażu podyplomowego do kształcenia przeddyplomowego (1361 zł – obecne koszty szkoleń i kursów na jednego absolwenta x 3800 – liczba absolwentów). Przedmiotowe kursy i szkolenia obejmują następujące zagadnienia: orzecznictwo lekarskie, prawo medyczne, bioetykę, ratownictwo medyczne, transfuzjologię kliniczną, profilaktykę zakażeń HIV oraz diagnostykę i leczenie AIDS. Dokonanie zmian wymaga zwiększenia dotacji dla uczelni w wysokości 5,2 mln zł i dotyczy uczelni, dla których Minister Zdrowia przekazuje dotację (w tym Collegium Medicum UJ w Krakowie, Collegium Medium Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie) od 2015 r.

2) Z uwagi na to, że Państwowe Komisje Specjalizacyjne są powoływane jedynie w przypadku gdy dwa etapy postępowania kwalifikacyjnego nie przyniosły rozstrzygnięcia, w ostatnich czterech postępowaniach kwalifikacyjnych (dwa lata) przeprowadzanych

w 16 województwach dla ok. 70 specjalizacji konieczność rozstrzygnięcia wyniku postępowania kwalifikacyjnego przez Komisje wystąpiła jedynie w 6 przypadkach.

Członkom PKS przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu komisji, ze środków organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne w wysokości 300 zł dla przewodniczącego PKS, a dla pozostałych członków w wysokości 130 zł.

Kwota wynagrodzenia członków PKS będzie podlegać waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Szacowane koszty wyniosą: $3 \times (300 \text{ zł} + 3 \times 130 \text{ zł}) = 2070 \text{ zł}$ rocznie z budżetów wojewodów od 2011 r.

3) Członkom Państwowej Komisji Egzaminacyjnej przysługuje wynagrodzenie za udział w posiedzeniu komisji, w wysokości: przewodniczący 300 zł, a dla pozostałych członków w wysokości 130 zł.

Kwota wynagrodzenia członków PKE podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

Wprowadzenie stawek wynagrodzenia za posiedzenia dla członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych tak, jak dla członków komisji egzaminacyjnych przeprowadzających obecnie Lekarski Egzamin Podyplomowy i Lekarsko–Dentystyczny Egzamin Podyplomowy (aktualnie wynagrodzenia członków tych komisji wynoszą: przewodniczący 300 zł, członkowie 130 zł), spowoduje koszty w wysokości ok. 600 tys. zł od 2015 r. ze środków CEM.

Obecnie zasady wynagradzania przewodniczącego i członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej określa zarządzenie nr 7/2008 dyrektora CEM z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie Państwowej Komisji Egzaminacyjnej. Zgodnie z § 3 zarządzenia ustalono następujące stawki wynagrodzenia:

- a) przewodniczący PKE – 300 zł za posiedzenie;
- b) członkowie PKE – 130 zł za posiedzenie.

Należy dodać, iż CEM pokrywa również inne koszty związane z udziałem członków PKE. Zgodnie bowiem z § 4 powołanego zarządzenia, CEM zwraca koszty przejazdu i noclegu, na zasadach określonych w tym przepisie.

Zaproponowana wysokość wynagrodzenia (300 zł dla przewodniczącego i 130 zł dla członków) jest stosunkowo niewielka w porównaniu z kwotami otrzymywanymi przez podmioty przeprowadzające inne podobne egzaminy

4) Skrócenie szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, jak również odbywanego w innych trybach, wynika ze zmiany systemu szkolenia specjalizacyjnego. Specjalizacje dotychczas zaliczane do szczegółowych dziedzin medycyny, których odbywanie wymagało wcześniejszego uzyskania specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny, będą mogły być realizowane przez lekarzy bezpośrednio po studiach, przez co okres ich uzyskiwania skróci się o ok. 2 – 3 lata. W przypadku skrócenia szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury z 7 do 5 lat (zamiast specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny oraz specjalizacji w szczegółowej dziedzinie medycyny lekarz będzie odbywał tylko jedną specjalizację), szacowane oszczędności w wykształceniu jednego lekarza specjalisty wyniosą około 110 tys. zł (2 lata x 55 tys. – koszt jednego roku szkolenia lekarza rezydenta, przy stawce wynagrodzenia zasadniczego 3890 zł) – w przypadku specjalizacji priorytetowej.

5) Zmiany organizacji systemu specjalizacji i organizacji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego – ok. 571 tys. zł rocznie – od 2013 r.

Wprowadzenie nowych zasad przeprowadzania egzaminu specjalizacyjnego zaliczającego moduł podstawowy, stanowiący I część Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES), będzie wymagało przeznaczenia dodatkowych środków finansowych dla CEM. Przyjmując, że egzamin testowy kosztuje obecnie około 38 tys. zł w jednej dziedzinie, szacunkowy roczny koszt (dwie sesje) wyniesie około 532 tys. zł (7 rodzajów modułów x 2 sesje x 38 tys.).

Organizacja i przeprowadzanie PES jest procesem ciągłym, a ewentualne wprowadzenie opłaty za zdawanie PES po raz czwarty i kolejny będzie stanowiło dochód budżetu państwa.

Jednocześnie wprowadzenie nowej formy PES przyniesie oszczędności ze względu na rezygnację z części praktycznej tego egzaminu – koszt przeprowadzenia części praktycznej PES w 2008 r. wyniósł 561 tys. zł.

6) Nowe zadania dotyczące monitorowania systemu specjalizacji lekarskich – w ramach zwiększenia środków dla CMKP z budżetu państwa z części 46, dział 803 na podstawie art. 253 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym – ze środków będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia – w wysokości do 4 mln zł rocznie od 2012 r.

Przewiduje się stopniowe rozbudowywanie systemu monitorowania specjalizacji, w taki sposób, aby docelowo corocznie była kontrolowana co najmniej jedna jednostka specjalizująca w każdej z dziedzin specjalizacji w każdym województwie. W związku z powyższym przewiduje się konieczność zabezpieczenia środków na realizację ok. 1.232 wizytacji ośrodków rocznie (77 specjalizacji x 16 województw). Koszty wizytacji 3-osobowego zespołu obejmują: wynagrodzenie 300 zł dla każdej osoby oraz koszty podróży i ewentualnego noclegu (koszt 1 wyjazdu 3 osób wynosi ok. 3 tys. zł).

Ponadto planuje się organizowanie przez CMKP kursów szkoleniowych dla kierowników specjalizacji. Koszt 1 kursu dla 100 osób to koszt ok. 79 tys. zł. Koszt kursu uwzględnia wynagrodzenia wykładowców oraz zwrot kosztów delegacji uczestników kursu.

Osobom wykonującym czynności kontrolne przysługuje wynagrodzenie za udział w zespole kontrolnym w wysokości 300 zł.

Kwota wynagrodzenia osób wykonujących czynności kontrolne podlega waloryzacji z uwzględnieniem średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej przyjętego w ustawie budżetowej.

7) Likwidacja LEP i LDEP spowoduje zmniejszenie wydatków budżetowych w wysokości około 530 tys. zł rocznie, a likwidacja od dnia 1 października 2017 r. stażu podyplomowego spowoduje zmniejszenie wydatków budżetowych od 2018 r. o ok. 162,7 mln zł rocznie (na podstawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją wydatków budżetowych na rok 2010).

8) Jednocześnie do budżetu państwa będą wpływały dodatkowe środki (zależne od liczby zdających) wnoszone do CEM za zdawanie przez lekarzy egzaminów PES po raz czwarty i kolejny.

W pozostałym zakresie nowelizacja ustawy nie spowoduje skutków finansowych.

W ramach konferencji uzgodnieniowej ustalono, że nie będzie rezydentur dla MON i MSWiA – koszty dofinansowania organizacji systemu specjalizacji i szkoleń specjalizacyjnych w innych formach będą ponosili poszczególni ministrowie w ramach swoich budżetów.

Sumaryczne koszty: dotacja dla uczelni	5 200 tys. zł (od 2015 r.)
koszty PKS	2 tys. zł (od 2012 r.)
koszty PKE	600 tys. zł (od 2015 r.)
zmiana organizacji PES	571 tys. zł (od 2013 r.)
monitorowanie systemu	4 000 tys. zł (od 2012 r.)

10 373 tys. zł

Sumaryczne oszczędności: likwidacja LEP i LDEP	530 tys. zł (od 2012 r.)
likwidacja stażu podypl.	162 700 tys. zł (od 2018 r.)
likwidacja części praktycznej PES	561 tys. zł (od 2012 r.)
Inne – trudne do oszacowania	
	163 791 tys. zł

Do 2009 r. finansowanie stażu podyplomowego i specjalizacji lekarskich odbywanych w trybie rezydentury odbywało się z budżetu państwa, natomiast w latach 2009 – 2010 staż podyplomowy i specjalizacje lekarskie odbywane w trybie rezydentury są finansowane z Funduszu Pracy oraz będą, zgodnie z projektem ustawy, nadal finansowane w 2011 r. z tego funduszu.

4. Wpływ projektowanej regulacji na rynek pracy

Regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy przez szybszy i zwiększony dopływ lekarzy i lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej wynikający z reformy kształcenia przed i podyplomowego.

5. Wpływ projektowanej regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

W wyniku wprowadzanych rozwiązań w zakresie reformy kształcenia lekarzy, w związku ze skróceniem okresu szkolenia lekarzy, do systemu opieki zdrowotnej zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym, trafi większa liczba wysoko wykwalifikowanej kadry lekarskiej.

6. Wpływ projektowanej regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacja będzie miała wpływ na sytuację i rozwój regionalny przez zwiększony dopływ lekarzy i lekarzy specjalistów w odniesieniu do poszczególnych regionów kraju, co powinno skutkować zwiększoną dostępnością do świadczeń lekarskich i lekarsko-dentystycznych na poziomie danego regionu.

7. Wpływ projektowanej regulacji na zdrowie ludzi

Regulacja będzie miała wpływ na zdrowie ludzi przez szybszy i zwiększony dopływ wysoko wykwalifikowanych lekarzy i lekarzy specjalistów do systemu opieki zdrowotnej wynikający z reformy kształcenia przed i podyplomowego.

10/12rch