

projekt z dnia 28 lipca 2011 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia 2011 r.

w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej

Na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza lub lekarza dentystę będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym, utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, zwanego dalej „lekarzem”, oraz wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

§ 2. 1. Lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne w podmiocie leczniczym utworzonym przez:

- 1) Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej;
- 2) Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 3) Ministra Obrony Narodowej lub
- 4) inny podmiot leczniczy, wpisany na listę prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”.

2. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach urlopu bezpłatnego, oddelegowania do pełnienia służby poza Służbą Więzienną, o którym mowa w art. 74 – 82 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523, Nr 182, poz. 1228, Nr 238,

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641, Nr 219, poz. 1706 i 1708, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679, Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 658).

poz. 1578 i z 2011 r. Nr 112, poz. 654), zwanego dalej „oddelegowaniem”, lub umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 16h ust. 2 pkt. 4 ustawy.

3. Okres odbywania specjalizacji może być przedłużony nie więcej niż o połowę okresu jej trwania.

4. Okres odbywania specjalizacji może być przedłużony w ramach udzielonego lekarzowi urlopu wychowawczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94, z późn. zm.²⁾).

5. Wykaz dziedzin medycyny, w których lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Liczbę miejsc szkoleń specjalizacyjnych w podmiocie leczniczym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji lub Ministerstwa Obrony Narodowej, określa porozumienie zawarte między Ministrem Sprawiedliwości a odpowiednio Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji lub Ministrem Obrony Narodowej.

2. Z wnioskiem o zawarcie porozumienia, o którym mowa w ust. 1, do Ministra Sprawiedliwości, występuje Dyrektor Generalny Służby Więziennej, zwany dalej „Dyrektorem Generalnym”.

§ 4. 1. Lekarz przed przystąpieniem do postępowania kwalifikacyjnego i po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika jednostki organizacyjnej Służby Więziennej, zwanego dalej „kierownikiem jednostki”, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, składa wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, do Dyrektora Generalnego, w terminie do dnia 1 lutego lub do dnia 1 września każdego roku.

2. Wzór wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

3. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne po zawarciu pisemnej umowy z kierownikiem jednostki, określającej wzajemne prawa i obowiązki stron.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672 oraz z 2008 r. Nr 93, poz. 586 i Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700, z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322 i Nr 80, poz. 432.

§ 5. Lekarz powiadamia Dyrektora Generalnego oraz kierownika jednostki, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego.

§ 6. 1. Lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i złożeniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego z wynikiem pozytywnym oraz uzyskaniu dyplomu, przekazuje jego kopię Dyrektorowi Generalnemu oraz kierownikowi jednostki, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, w celu dołączenia do akt osobowych.

2. Wzór dyplomu, o którym mowa w ust. 2, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Wzór dokumentu potwierdzającego realizację programu szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

2. Wzór dokumentu potwierdzającego realizację programu szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 – 4, określają przepisy odrębne.

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

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

**WYKAZ DZIEDZIN MEDYCyny,
W KTÓRYCH LEKARZ MOŻE ODBYWAĆ SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE**

1. Anestezjologia i intensywne terapia.
2. Chirurgia ogólna.
3. Chirurgia stomatologiczna
4. Choroby wewnętrzne.
5. Choroby zakaźne.
6. Dermatologia i wenerologia.
7. Medycyna pracy.
8. Medycyna rodzinna.
9. Neurologia.
10. Otolaryngologia.
11. Psychiatria.
12. Stomatologia zachowawcza z endodoncją.

WZÓR

WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY W PODMICIE LECZNICZYM UTWORZONYM PRZEZ MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI LUB ORGANY SŁUŻBY WIĘZIENNEJ*

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Tytuł zawodowy
3. Obywatelstwo Pochodzenie
4. Data i miejsce urodzenia
5. Kraj stałego zamieszkania
6. Seria i numer paszportu
7. Nr karty czasowego pobytu
wydanej przez dnia
8. Dokładny adres zamieszkania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej
.....
telefon w miejscu pracy telefon w miejscu pobytu
9. Nazwa, data i nr dyplomu
10. Numer i data otrzymania zaświadczenia o uznaniu dyplomu za równoważny z dyplomem ukończenia wyższej uczelni medycznej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej
.....wydanego przez
11. Data ukończenia stażu podyplomowego
12. Data decyzji w sprawie uznania stażu odbytego za granicą
13. Data egzaminu państwowego kończącego staż podyplomowyocena
14. Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty nr
wydane przez dnia
15. Prawo wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty nr

wydane przez dnia

16. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej wnr rejestracyjny

17. Posiadane specjalizacje
(nazwa, stopień, data i nr dyplomu, podmiot wydający)

18. Dotychczasowy przebieg służby/pracy zawodowej

19. Uzasadnienie wniosku

20. Sposób odbywania specjalizacji:
- w ramach urlopu bezpłatnego*
- oddelegowania do pełnienia służby poza Służbą Więzienną*
- w ramach umowy cywilnoprawnej*

* niepotrzebne skreślić.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

WYRAŻAM ZGODĘ NA PROWADZENIE SPECJALIZACJI

PRZEZ PANA/PANIĄ
(imię i nazwisko)

w dziedzinie od dnia

- w ramach urlopu bezpłatnego*
- oddelegowania do pełnienia służby poza Służbą Więzienną*
- w ramach umowy cywilnoprawnej*

* niepotrzebne skreślić.

.....
(podpis i pieczętka kierownika jednostki organizacyjnej)

WZÓR DYPLOMU

.....
(pieczęć Centrum Egzaminów Medycznych)

Nr...../..... r.

DYPLOM

Pan(i)

urodzony(na) wposiadający(ca) obywatelstwo
..... oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu
lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej nr wydane przez
..... w dniu
po odbyciu specjalizacji pod kierunkiem Pana(Pani)
i złożeniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego w dniuprzed Państwową Komisją
Egzaminacyjną w trybie określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października
2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779) uzyskał(a) tytuł
specjalisty w dziedzinie:

.....
(data wydania dyplomu)

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych)

WZÓR

DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO REALIZACJĘ PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
W PODMIOCIE LECZNICZYM UTWORZONYM PRZEZ MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI LUB ORGANY
SŁUŻBY WIĘZIENNEJ*

(pieczęć jednostki organizacyjnej Służby Więziennej
realizującej szkolenie specjalizacyjne)

I I I I I I I I I I I I I I I I

(nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację
w podmiocie leczniczym Ministerstwa Sprawiedliwości)

**KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR...../.....r.
W DZIEDZINIE.....**

Sposób odbywania specjalizacji.....

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko.....

2. Nr PESEL.....data urodzenia

3. Miejsce zamieszkania.....

tel.....

4. Tytuł zawodowy.....

6. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* nr.....wydane przez
.....w dniu.....

7. Członek okręgowej izby lekarskiej w.....nr rejestracyjny.....

8. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data uzyskania).....

.....

.....

.....

9. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:

.....

.....

9. Okres szkolenia: od dnia

do dnia

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć dyrektora komórki organizacyjnej
realizującej zadania z zakresu szkolenia specjalizacyjnego)

10. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji
nazwa posiadanej specjalizacji, stopień naukowy, stanowisko.....
.....

11. Data rozpoczęcia specjalizacji.....

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka kierownika jednostki
organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

12. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia.....
przyczyna przedłużenia.....

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka kierownika jednostki
organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

* niepotrzebne skreślić.

UWAGI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI

I. ROK SZKOLENIA

1. Kurs wprowadzający:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat.....

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

2. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat.....

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat.....

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie.....

okres.....

.....
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres.....

.....
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres.....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba dyżurów:

.....
.....

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
.....

.....

(data i podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

II. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

III. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba dyżurów:

.....
.....
.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi:

.....
.....
.....

IV. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

nazwa komórki organizacyjnej

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba dyżurów:

.....
.....
.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi:

.....
.....
.....

V. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

.....
w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba dyżurów:

.....
.....
.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi:

.....
.....
.....

VI. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
okres
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
nazwa komórki organizacyjnej
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

.....
(ocena)

.....
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj
.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba dyżurów:

.....
.....

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....
(data i podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi:

.....
.....
.....

JĘZYK OBCY

Podmiot przeprowadzający sprawdzian z językazgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779)

.....
.....
Pan/Pani zaliczył/a sprawdzian w zakresie znajomości języka w stopniu umożliwiającym: rozumienie tekstu pisanego, a w szczególności korzystanie z fachowej literatury i piśmiennictwa lekarskiego, porozumiewanie się z pacjentami, lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, pisanie zgodnie z zasadami ortografii tekstów medycznych, w szczególności orzeczeń i opinii lekarskich.

.....
(data)

.....
(podpis przeprowadzającego sprawdzian)

ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Pan/Pani wpisany(na) do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w podmiocie leczniczym Ministerstwa Sprawiedliwości pod numerem [][][][][][][][][][][][][][][] odbył/a zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył/a specjalizację w dziedzinie

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

UZASADNIENIE

Celem niniejszego rozporządzenia jest wypełnienie delegacji ustawowej zawartej w art. 16x ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Rozporządzenie wprowadza nowe rozwiązania systemowe dotyczące uzyskania przez lekarzy będących funkcjonariuszami Służby Więziennej lub zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej dodatkowych kwalifikacji w zakresie szkolenia specjalizacyjnego.

W związku z narastającymi od lat problemami dotyczącymi pozyskania do pracy w Służbie Więziennej wykwalifikowanej kadry medycznej istotne jest stworzenie warunków umożliwiających odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy funkcjonariuszy i pracowników więziennictwa, co będzie skutkowało większym zainteresowaniem ze strony tych osób podjęciem pracy lub jej kontynuowaniem w strukturach więziennych podmiotów leczniczych. Szkolenia specjalizacyjne będą odbywać się w zakresie specjalizacji, które są szczególnie deficytowe w Służbie Więziennej tj. przede wszystkim lekarzy rodzinnych, psychiatrów oraz specjalistów chorób zakaźnych.

Odbycie szkolenia specjalizacyjnego uzależnione będzie od uprzedniej pozytywnej opinii kierownika jednostki organizacyjnej, w której pełni służbę lub jest zatrudniona osoba wnioskująca oraz zgody Dyrektora Generalnego Służby Więziennej. Po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego lekarz będzie zobowiązany do dalszej pracy w Służbie Więziennej w okresie przewidzianym w uprzednio zawartej umowie.

Proponowane rozwiązania z uwagi na odbywanie programu specjalizacji w ramach urlopu bezpłatnego lub oddelegowania do pełnienia służby poza Służbą Więzienną nie będą generowały skutków finansowych dla budżetu więziennictwa, a jednocześnie przewidują możliwość podnoszenia kwalifikacji kadry medycznej.

Rozporządzenie koresponduje z treścią art. 27 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, w którym stwierdzono m.in., że: *funkcjonariusze i pracownicy powinni wykazywać się odpowiednim przygotowaniem ogólnym i zawodowym oraz wysokim poziomem moralnym, systematycznie dokształcać się i podnosić kwalifikacje zawodowe.*

Zaproponowane w projekcie rozporządzenia rozwiązania pozwolą w dalszej perspektywie czasu uzyskać oszczędności dla budżetu więziennictwa, gdyż w chwili obecnej Służba Więzienna jest zmuszona uzupełniać kadrę medyczną w ramach kosztownych umów kontraktowych z lekarzami posiadającymi specjalizację. Powyższy sposób zatrudnienia jest bardzo kosztowny, a ponadto nie gwarantuje zapewnienia stałej i ciągłej opieki medycznej, gdyż umowa kontraktowa może być

rozwiązana przez pracodawcę i pracownika ze skutkiem natychmiastowym.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, z późn. zm.), projekt został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości.

Ocena skutków regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt.

Projekt rozporządzenia dotyczy lekarzy więziennych podmiotów leczniczych – funkcjonariuszy i pracowników cywilnych Służby Więziennej.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji.

Projekt został przesłany do konsultacji: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność”, Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacji Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej. Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i jednostek sektora finansów publicznych.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wydatki budżetowe więziennictwa.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Możliwość odbywania szkolenia podyplomowego przez lekarzy więziennych podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem warunków pełnienia służby będzie stanowić zachętę

dla lekarzy po studiach do podejmowania pracy w więziennej służbie zdrowia. W chwili obecnej istotnym problemem w więziennej służbie zdrowia jest brak wykształconych kadr medycznych. Zatrudnianie w Służbie Więziennej lekarzy specjalistów generuje wysokie koszty (umowy kontraktowe) i wydaje się, że wykształcenie lekarzy już zatrudnionych w Służbie Więziennej może spowodować rozwiązanie powyższych problemów.

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

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wskazanie źródeł finansowania.

Projektowane rozporządzenie nie będzie wymagało dodatkowych źródeł finansowania.

8. Wpływ regulacji na środowisko.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.