389

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

z dnia 17 kwietnia 2000 r.

w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza stomatologa będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanego dalej „lekarzem".

§ 2. W odniesieniu do lekarza mają zastosowanie przepisy § 11 ust. 1—3, § 13, § 15—17, § 18 ust. 1, § 19—25, § 30 ust. 1 i 3 oraz § 31 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. Nr 31, poz. 302 i Nr 61, poz. 676 oraz z 2000 r. Nr 6, poz. 84), zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia".

§ 3. 1. Lekarz może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy w jednostce organizacyjnej służby zdrowia utworzonej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanej dalej „zakładem opieki zdrowotnej MSWiA", wpisanej na listę przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

2. Zakład opieki zdrowotnej MSWiA przekazuje dyrektorowi komórki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanemu dalej „Dyrektorem Departamentu", informację dotyczącą wpisu na listę, o której mowa w § 6 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

3. Lekarz za zgodą Dyrektora Departamentu może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy w jednostce organizacyjnej innej niż zakład opieki zdrowotnej MSWiA, wpisanej na listę, o której mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

§ 4. 1. Lekarz może odbyć specjalizację:

1) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA lub zatrudnienia na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z tym zakładem,
2) na podstawie skierowania przez dowódcę jednostki wojskowej do zakładu opieki zdrowotnej MSWiA w celu odbycia specjalizacji z jednoczesnym pozostawaniem na stanowisku służbowym,
3) w ramach urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji przez zakład opieki zdrowotnej tworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych inny niż określony w § 3 ust. 1,
4) na podstawie umowy o pracę na czas określony, zawartej na czas szkolenia specjalizacyjnego z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA,
5) na podstawie umowy o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA,
6) w ramach studiów doktoranckich prowadzonych przez uprawniony podmiot.

2. Lekarz będący żołnierzem może odbyć specjalizację w trybie określonym w :

1) ust. 1 pkt 2 — jeżeli ma stosownie przesunięte godziny służby w macierzystej jednostce wojskowej, umożliwiające odbywanie specjalizacji, oraz przyznany urlop szkoleniowy, określony w odrębnych przepisach,

2) ust. 1 pkt 5 — jeżeli został przeniesiony na czas trwania specjalizacji w stan nieczynny, po uznaniu, że nie sprzeciwia się temu interes służby.

3. Lekarz będący pracownikiem może odbyć specjalizację w trybie określonym w :

1) ust. 1 pkt 3 — jeżeli ma przyznany przez pracodawcę urlop szkoleniowy na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz został skierowany przez pracodawcę do właściwego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA w celu odbycia specjalizacji,

2) ust. 1 pkt 4 i 5 — jeżeli na czas trwania specjalizacji otrzymał urlop bezpłatny w dotychczasowym miejscu pracy.

4. W jednostce organizacyjnej, o której mowa w § 3 ust. 3, lekarz może odbyć specjalizację odpowiednio w trybie określonym w ust. 1.

§ 5. Okres trwania specjalizacji odbywanej na zasadach określonych w § 4 ust. 1 nie może być przedłużony więcej niż o połowę okresu określonego dla danej specjalizacji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

§ 6. 1. Lekarz może rozpocząć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza stomatologa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i został zakwalifikowany do jej odbywania.

2. W celu przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego lekarz składa wniosek o rozpoczęcie specjalizacji do Dyrektora Departamentu w terminie do dnia 15 maja lub 15 grudnia każdego roku.

3. Żołnierz składa wniosek drogą służbową.

4. Lekarz zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej składa wniosek do Dyrektora Departamentu, po uzyskaniu zgody pracodawcy na odbywanie specjalizacji.

5. We wniosku, o którym mowa w ust. 2, lekarz może zaproponować jednostkę organizacyjną, która prowadziłaby jego specjalizację.

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

§ 7. 1. Postępowanie kwalifikacyjne, o którym mowa w § 6 ust. 2, organizuje Dyrektor Departamentu w terminach 15 maja—30 czerwca i 15 grudnia—31 stycznia każdego roku.

2. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza komisja powołana przez Dyrektora Departamentu, w której skład wchodzą lekarze specjaliści we właściwej dziedzinie medycyny lub w uzasadnionym przypadku w dziedzinie pokrewnej, a w szczególności przedstawiciele:

1) Dyrektora Departamentu,

2) konsultanta z danej dziedziny medycyny, powołanego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,

3) właściwej okręgowej rady lekarskiej.

3. Dyrektor Departamentu wskazuje lekarzowi, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji, termin rozpoczęcia specjalizacji oraz właściwy zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 3, uwzględniając:

1) w miarę możliwości propozycję wyrażoną przez lekarza we wniosku o rozpoczęcie specjalizacji,

2) wyniki postępowania kwalifikacyjnego.

4. Lekarzowi, o którym mowa w ust. 3, Dyrektor Departamentu wydaje kartę szkolenia specjalizacyjnego według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 8. O rozpoczęciu przez lekarza specjalizacji Dyrektor Departamentu powiadamia Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwane dalej „Centrum", oraz okręgową izbę lekarską, której lekarz jest członkiem.

§ 9. 1. Lekarz przed przystąpieniem do egzaminu państwowego składa do Dyrektora Departamentu następujące dokumenty:

1) wniosek o przystąpienie do egzaminu państwowego,

2) kartę szkolenia specjalizacyjnego,

3) opinię wystawioną przez kierownika specjalizacji, dotyczącą uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, lekarz może złożyć do 31 lipca lub 31 grudnia.

3. Dyrektor Departamentu po stwierdzeniu, że dokumenty, o których mowa w ust. 1, spełniają warunki formalne, przekazuje je do Centrum i zawiadamia o tym lekarza.

§ 10. 1. Rejestr lekarzy, którzy uzyskali tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, prowadzi Centrum.

2. Dokumentacja dotycząca szkolenia specjalistycznego lekarzy oraz egzaminu państwowego przechowywana jest przez Dyrektora Departamentu.

§ 11. 1. Liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy mogą otworzyć specjalizację w danej specjalności, ustala minister właściwy do spraw wewnętrznych po zasięgnięciu opinii konsultanta, o którym mowa w § 7 ust. 2 pkt 2, na wniosek Dyrektora Departamentu, uwzględniając maksymalną liczbę miejsc szkoleniowych określoną na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych do dnia 15 grudnia każdego roku poprzedzającego rozpoczęcie specjalizacji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację o liczbie miejsc szkoleniowych.

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

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji:
M. Biernacki

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 kwietnia 2000 r. (poz. 389)

Załącznik nr 1

WZÓR

WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI

w dziedzinie .....

1. Imię i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Miejsce zamieszkania .....
4. Tytuł zawodowy .....
5. Nazwa, data i nr dyplomu .....
6. Data egzaminu państwowego po stażu podyplomowym .....
   ocena .....
7. Data i nr prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa .....
   wydanego przez .....
8. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w .....
   nr rejestracyjny .....
9. Miejsce pracy (studia doktoranckie) .....
   .....
10. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej .....
    .....
    .....
11. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień i nr dyplomu, podmiot wydający) .....
    .....
    .....
    .....
    .....
12. Posiadany stopień naukowy .....
    .....
    .....

13. Przynależność do medycznych towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa naukowego) .....

.....

.....

.....

14. Propozycja jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne .....

.....

.....

15. Sposób odbywania specjalizacji*:

1) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA lub innej jednostce organizacyjnej albo zatrudnienia na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z tym zakładem lub z tą jednostką,

2) na podstawie skierowania przez dowódcę jednostki wojskowej do zakładu opieki zdrowotnej MSWiA lub innej jednostki organizacyjnej w celu odbycia specjalizacji z jednoczesnym pozostawaniem na stanowisku służbowym,

3) w ramach urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji przez zakład opieki zdrowotnej tworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych inny niż określony w § 3 ust. 1,

4) na podstawie umowy o pracę na czas określony, zawartej na czas szkolenia specjalizacyjnego z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA lub z inną jednostką organizacyjną,

5) na podstawie umowy o szkolenie specjalizacyjne zawartej z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA lub inną jednostką organizacyjną,

6) w ramach studiów doktoranckich prowadzonych przez uprawniony podmiot.

---

* Właściwe podkreślić.
W przypadku ubiegania się o formę szkolenia określoną w pkt 2, 3 i 5 należy załączyć zgodę pracodawcy, a w przypadku odbywania studiów doktoranckich — kierownika studiów doktoranckich.

16. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu) .....

17. Dodatkowe informacje .....

.....

.....

.....

.....

.....

....

(data) *(podpis i pieczątka wnioskującego)*

Załącznik nr 2

WZÓR

.....
(pieczątka departamentu realizującego zadania z zakresu spraw zoz ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych)

KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO Nr ...../..... r.

w zakresie .....

Sposób odbywania specjalizacji .....

.....

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce zamieszkania .....

   tel. .....
4. Tytuł zawodowy .....
5. Nazwa, data i nr dyplomu .....
6. Data i numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa .....

   ..... wydanego przez .....
7. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, nr rejestracyjny dyplomu) .....

   .....
8. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadził .....

   .....

   w dniu .....
9. Nazwa i adres jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację .....

   .....
10. Okres szkolenia: od dnia .....

    do dnia .....

.....
(data)

.....
(podpis, pieczątka dyrektora departamentu realizującego zadania z zakresu spraw zoz ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych)

11. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....

.....

specjalizacja, tytuł naukowy .....

stanowisko .....

12. Potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji z dniem .....

....

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(podpis i pieczątka dyrektora zakładu opieki zdrowotnej MSWiA lub innej jednostki organizacyjnej)

13. Przedłużono okres trwania specjalizacji do dnia .....

.....

przyczyna przedłużenia .....

.....

decyzję podjął .....

nr pisma, data .....

....

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(podpis i pieczątka dyrektora zakładu opieki zdrowotnej MSWiA lub innej jednostki organizacyjnej)

Realizacja programu specjalizacji

I rok szkolenia

1. Zaliczenie kursu wprowadzającego .....

....
(data) *(podpis)*

2. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

3. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

4. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

5. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

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

.....
(podpis)

6. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

II rok szkolenia

1. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

2. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

3. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

4. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

.....

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

.....
(podpis)

5. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

6. Kolokwium cząstkowe z zakresu .....

.....

.....

ocena .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

III rok szkolenia

1. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

2. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

3. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

4. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

.....

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

.....
(podpis)

5. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

6. Kolokwium cząstkowe z zakresu .....

.....

.....

ocena .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

IV rok szkolenia

1. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

2. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

3. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

4. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

.....

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

.....
(podpis)

5. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

6. Kolokwium cząstkowe z zakresu .....

.....

.....

ocena .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

V rok szkolenia

1. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

2. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... okres .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

3. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

4. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

.....

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

.....
(podpis)

5. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

6. Kolokwium cząstkowe z zakresu .....

.....

.....

ocena .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

VI rok szkolenia

1. Kursy szkoleniowe:

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

temat .....

....
(data) *(podpis)*

2. Staże kierunkowe:

— w zakresie ..... **okres** .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... **okres** .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

— w zakresie ..... **okres** .....

ocena .....

.....
(podpis, data)

3. Szkolenie i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych na podstawie załączonego szczegółowego wykazu zabiegów, procedur medycznych i liczby zabiegów .....

.....

.....

.....

.....
(podpis, data)

4. Formy samokształcenia:

rodzaj .....

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

.....
(podpis)

5. Dyżury:

rodzaj komórki organizacyjnej .....

liczba dyżurów .....

.....
(podpis, data)

6. Kolokwium cząstkowe z zakresu .....

.....

.....

ocena .....

.....
(podpis, data)

7. Inne wymogi określone w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(podpis)

● Kolokwium z zakresu prawa medycznego .....

.....

.....
(podpis)

● Kolokwium z zakresu promocji zdrowia .....

.....

.....
(podpis)

● Język obcy .....

.....
(podpis)

Uwagi: .....

.....

.....
(podpis)

Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji

Pan/i/ .....

odbył /-a/ zgodnie z programem oraz zaliczył/-a/ specjalizację w zakresie .....

.....

....

(data) *(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)*