

Piotr Warczyński

Podsekretarz Stanu

MZ-NSK-0762-42734-1/MŚ/14

Pan

Maciej Krupiński

Przewodniczący

Komisji ds. Młodych Lekarzy

przy Okręgowej Radzie Lekarskiej

w Krakowie

*Uwagomymy Powie Polkowe*

Odpowiadając na pismo z dnia 16.06.2014 r., przekazujące Apele skierowane do Ministra Zdrowia przez uczestników XXIII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, która odbyła się w Krakowie w dniach 13-15.06.2014 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

**Ad Apel Nr 1 w sprawie dyżurów medycznych w trakcie specjalizacji**

Odnosząc się do kwestii dotyczących dyżurów medycznych realizowanych w trakcie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego należy zaznaczyć, że art. 95 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) pozwala wliczać czas dyżuru medycznego do czasu pracy. Jednocześnie art. 16i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), w celu realizacji dyżurów (zarówno w zwykłym, jak również w równoważnym oraz zmianowym systemie czasu pracy), przewiduje konieczność wydłużenia czasu pracy do maksymalnego, dopuszczalnego przepisami o działalności leczniczej. Z uwagi na to, że bez podpisania przez lekarza tzw. klauzuli opt-out tygodniowa norma czasu pracy może być wydłużona do maksymalnie 48 godzin, to w takim właśnie wymiarze godzinowym lekarz powinien pracować, by właściwie realizować program specjalizacji. Oznacza to, że dopiero godziny rozplanowane w wymiarze przekraczającym 37 godzin 55 minut tygodniowo (stanowiącym normalny czas pracy lekarza odbywającego specjalizację) spełniają kryteria do uznania ich za realizację dyżuru medycznego.

Obecnie ww. normy obowiązują wszystkich lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, w tym również w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz patomorfologii, na podstawie art. 214 ww. ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym po dniu 1 lipca 2014 r. nastąpiła zmiana czasu pracy pracowników niektórych komórek organizacyjnych (m.in. radiologii, patomorfologii, fizjoterapii, histopatologii, a także pracowników prosektoriów i zakładów medycyny sądowej).

Odnosząc się do kwestii miejsca odbywania dyżurów, w tym do możliwości pełnienia dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) uprzejmie informuję, że w opinii Ministerstwa Zdrowia dyżury medyczne w SOR, o ile nie są uwzględnione w programie specjalizacji, mogą być realizowane jedynie za zgodą zainteresowanego lekarza, z zachowaniem obowiązujących norm czasu pracy, pod warunkiem, że nie utrudnia to realizacji programu specjalizacji.

Należy podkreślić, że rezydentura jest szczególnym rodzajem umowy o pracę, ściśle określającej czas jej zawarcia, cel oraz sposób realizacji, a wszelkie opóźnienia w realizacji programu skutkują przedłużaniem procesu szkolenia, co jest zjawiskiem niekorzystnym przede wszystkim ze względu na obniżenie efektywności wykorzystania miejsc szkoleniowych. Dodatkowo trzeba zauważyć, że do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem i planem jego odbywania, każda jednostka szkoląca zobowiązuje się w § 1 ust. 1 umowy zawieranej z Ministrem Zdrowia na refundowanie kosztów zatrudnienia rezydentów. Oddelegowanie lekarza do pracy w innym oddziale niż przewiduje to program specjalizacji jest zatem niezgodne z tą umową i wiąże się z koniecznością zwrotu środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia na jej realizację, zgodnie z § 2 ust. 5 ww. umowy.

W odniesieniu do problemu wynagrodzenia za pełniony dyżur medyczny należy wskazać, że zgodnie z § 15 ust. 2 pkt 1 i ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.), lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu danej specjalizacji przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej o pełnieniu dyżurów, jeżeli lekarz odbywa specjalizację w trybie, o którym mowa w § 14 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 1 i 4. Obowiązek wypłaty wynagrodzenia za dyżury medyczne (niezależnie czy są to dyżury samodzielne, czy towarzyszące) spoczywa na jednostce, do której lekarz został oddelegowany w celu odbycia specjalizacji lub danego stażu specjalizacyjnego i która jest zobowiązana zapewnić ww. lekarzowi realizację wymaganych elementów programu specjalizacji, w tym m.in. dyżurów medycznych, zgodnie z art. 19f ust. 2 pkt 2 i 9 ww. ustawy

o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Decyzja w sprawie wyboru formy umowy należy do kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub staż kierunkowy, jednak należy mieć na względzie, że każda umowa cywilnoprawna powinna być tak skonstruowana, aby obie strony skłonne były ją podpisać, tj. powinna wyrażać zgodną wolę obydwu stron, co w przypadku umowy o pełnienie dyżuru jest tym bardziej istotne, że przy braku takiego porozumienia zwiększa się ryzyko wystąpienia lekarza z roszczeniem o ustalenie, iż w istocie stanowi ona umowę o pracę.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że przepis ten został wprowadzony do rozporządzenia dopiero nowelizacją z dnia 18 października 2010 r. (Dz. U. Nr 198, poz. 1320), zatem może być stosowany jedynie do lekarzy kwalifikowanych do odbywania specjalizacji w terminie późniejszym. Warto w tym miejscu wskazać, że zgodnie z art. 16i ust. 3 ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, mającym zastosowanie do lekarzy kwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po dniu 1 lipca 2011 r., wynagrodzenie za dyżur medyczny pełniony przez lekarza w trakcie specjalizacji wypłacane jest na podstawie umowy o pełnienie dyżuru, która może stanowić odrębną umowę cywilnoprawną, albo część umowy o pracę z wyraźnie wyodrębnionymi postanowieniami umownymi dotyczącymi dyżurów.

Należy zaznaczyć, że lekarze, którzy rozpoczęli odbywanie szkolenia specjalizacyjnego przed dniem 1 lipca 2011 r., odbywają dyżury na zasadach dotychczasowych określonych w § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Odnosząc się do kwestii zapewnienia nadzoru specjalistycznego w trakcie trwania dyżuru uprzejmie informuję, że zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26), o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru decyduje kierownik specjalizacji. Do czasu możliwości pełnienia dyżurów samodzielnych, lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego pełni dyżury towarzyszące, pod nadzorem kierownika specjalizacji lub innego wyznaczonego lekarza.

Pragnę podkreślić, że zapewnienie możliwości pełnienia dyżurów medycznych jest jednym z podstawowych obowiązków jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wszelkie nieprawidłowości dotyczące zapewnienia szkolącym się lekarzom odpowiedniej liczby dyżurów należy zgłaszać do Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, który prowadzi listę jednostek akredytowanych do szkolenia specjalizacyjnego

i w przypadku niewywiązywania się przez jednostkę szkolącą z nałożonych na nią obowiązków może ograniczyć nadane jej uprawnienia aż do skreślenia z ww. listy włącznie.

### **Ad Apel Nr 2 w sprawie zwiększenia ilości miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów**

W odniesieniu do powyższego postulatu należy wskazać, że Minister Zdrowia stara się stymulować wzrost liczby specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, mając na uwadze niedopuszczenie do powstania wśród lekarzy specjalistów luki pokoleniowej. Podejmowane w tym zakresie działania mają na celu przede wszystkim zwiększenie liczby jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, przyczyniając się w ten sposób do zwiększenia liczby dostępnych miejsc szkoleniowych. Nie można jednak pominąć faktu, że ubieganie się o uzyskanie akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny jest procesem „oddolnym”, w którym z inicjatywą otrzymania akredytacji występują podmioty spełniające warunki do prowadzenia takiego szkolenia.

Porównując dane liczbowe dotyczące liczby lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów wykonujących zawód w roku 2008 oraz obecnie, a także liczby jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz posiadanych przez nie miejsc szkoleniowych w ww. okresie należy wskazać, że w latach 2008-2014 liczba lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów wykonujących zawód wzrosła z 94 851 do 111 026, tj. o ponad 17%, natomiast liczba miejsc szkoleniowych we wszystkich dziedzinach medycyny – z 31 336 do 37 498, tj. o ok. 20%. Ponadto należy zaznaczyć, że w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest obecnie 23 798 lekarzy i lekarzy dentystów, co oznacza, że w ciągu najbliższych kilku lat lekarze ci powinni w znaczący sposób zasilić system ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia, mimo trudnej sytuacji finansowej, corocznie stara się zapewnić na przyznawanie etatów rezydenckich znaczne środki, uznając rezydenturę za optymalną formę intensywnego i efektywnego szkolenia specjalizacyjnego, zachęcającą lekarza do podejmowania szkolenia w określonej dziedzinie. W latach 2009-2014 w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych zostało przyznanych łącznie 15 786 miejsc rezydenckich.

Ponadto należy pamiętać, że lekarze mogą odbywać szkolenie specjalizacyjne nie tylko w ramach rezydentury, lecz również w trybach pozarezydenckich, określonych w art. 16h ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.). Szkolenie w trybach innych niż rezydentura wybierają w szczególności lekarze zatrudnieni w jednostkach szkolących lub realizujący w nich studia

doktoranckie w dziedzinie zgodnej z dziedziną odbywanej specjalizacji. W latach 2009-2014 w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych zostało przyznanych łącznie 39 818 miejsc szkoleniowych w trybach pozarezydenckich we wszystkich dziedzinach medycyny, przy czym dane te także obejmują jedynie jedno postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone w 2014 r. w terminie 1-31.03.2014 r.

Jednocześnie pragnę uprzejmie poinformować, że problem zapewnienia odpowiedniej liczby etatów rezydenckich dla lekarzy ubiegających się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego jest przedmiotem stałej troski i działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Należy jednak mieć na uwadze, że liczba przyznawanych rezydentur jest ściśle uzależniona od sytuacji finansowej budżetu państwa.

#### **Ad Apel Nr 3 w sprawie wynagradzania kierowników specjalizacji**

Odnosząc się do postulatu wprowadzenia systemu wynagradzania kierowników specjalizacji z tytułu pełnionej funkcji należy stwierdzić, że szkolenie specjalizacyjne odbywa obecnie 23 798 lekarzy (według danych rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne prowadzonego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, stan na dzień 31.12.2013 r.). Mając na uwadze przepis art. 16m ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), zgodnie z którym kierownik specjalizacji może prowadzić jednocześnie szkolenie specjalizacyjne nie więcej niż trzech lekarzy, a w uzasadnionych potrzebach kadrowymi przypadkach – czterech lekarzy, w prowadzeniu szkolenia specjalizacyjnego bierze obecnie udział co najmniej 6000-8000 kierowników specjalizacji. Muszę z przykrością stwierdzić, że wprowadzenie wynagrodzenia dla takiej liczby osób znacznie przekracza możliwości budżetu Ministra Zdrowia przeznaczonego na finansowanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy.

#### **Ad Apel Nr 4 w sprawie przyznawania akredytacji jednostkom szkolącym**

Odnosząc się do kwestii możliwości uproszczenia procedury akredytacyjnej należy zaznaczyć, że uzyskanie akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest następstwem dobrowolnego ubiegania się placówek o wpis na listę jednostek prowadzących specjalizację lub staż kierunkowy i przyznania określonej liczby miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, odpowiadającej możliwościom szkoleniowym danej jednostki. Placówki zainteresowane prowadzeniem szkolenia specjalizacyjnego, spełniające kryteria określone w art. 19f ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), mogą ubiegać się o uzyskanie akredytacji poprzez składanie

stosownych wniosków, podlegających następnie zaopiniowaniu przez właściwe zespoły ekspertów. Pozytywne zweryfikowanie złożonego wniosku stanowi podstawę do wpisania jednostki na ww. listę jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego i przyznania jej określonej liczby miejsc szkoleniowych.

Ministerstwo Zdrowia, starając się stymulować wzrost liczby specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, podejmuje szereg działań mających na celu m. in. uproszczenie procedury akredytacyjnej. Jednym z działań podjętych w tym zakresie jest wprowadzenie art. 19f ust. 2 pkt 5 lit. a ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym zmieniono wymóg dotyczący liczby lekarzy specjalistów, jakich powinna zatrudniać jednostka ubiegająca się o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego. Obecnie jednostka szkoląca może zatrudniać jednego lekarza specjalistę w danej dziedzinie medycyny, podczas gdy dotychczas warunkiem uzyskania akredytacji było zatrudnienie co najmniej dwóch ww. lekarzy.

Kolejnym działaniem ze strony Ministerstwa Zdrowia dotyczącym akredytacji jednostek do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest wprowadzenie wymogu zamieszczenia w programach specjalizacji standardów akredytacyjnych podmiotów szkolących, odpowiadających warunkom, jakie muszą spełnić jednostki w celu zapewnienia realizacji danego programu specjalizacji, zgodnie z art. 16f ust. 3 pkt 7 ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Standardy te, określające szczegółowe wymogi akredytacyjne, odrębne dla poszczególnych dziedzin, uwzględniające specyfikę danej dziedziny, zostaną zamieszczone we wszystkich programach specjalizacji opracowanych dla modułowego systemu specjalizacji lekarskich, stanowiąc jednoznaczne wytyczne dotyczące szczegółowych warunków, jakie powinien spełniać podmiot ubiegający się o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego.

W opinii Ministerstwa Zdrowia powyższe działania powinny zachęcić jednostki do ubiegania się o uzyskanie uprawnień do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz ułatwić im spełnienie określonych warunków i pomyślne przejście procedury akredytacyjnej.

#### **Ad Apel Nr 5 o wprowadzenie ogólnopolskiego zintegrowanego systemu przyznawania miejsc specjalizacyjnych w trybie rezydenckim i pozarezydenckim**

W odniesieniu do propozycji utworzenia ogólnopolskiego systemu przyznawania miejsc szkoleniowych należy wskazać, że miejsca rezydenckie są przyznawane zgodnie z art. 16e ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.). Minister Zdrowia przed każdym postępowaniem kwalifikacyjnym do specjalizacji określa i ogłasza na swojej stronie internetowej liczbę rezydentur

w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

Pozostałe miejsca szkoleniowe są przyznawane przez wojewodów na podstawie art. 16e ust. 2 ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym przed postępowaniem kwalifikacyjnym wojewoda ogłasza liczbę miejsc nieobjętych rezydenturą dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny, z uwzględnieniem miejsc szkoleniowych dla lekarzy bez specjalizacji oraz lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację.

Jednocześnie warto zaznaczyć, że ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 658) w art. 16e ust. 4 ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziła dodatkową możliwość przyznawania miejsc szkoleniowych, w tym objętych rezydenturą, w terminie do 2 miesięcy od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego, co pozwala na optymalne wykorzystanie miejsc szkoleniowych w miarę ich uwalniania się, mimo zakończenia postępowania kwalifikacyjnego.

Wnioskowane wprowadzenie ogólnopolskiego zintegrowanego systemu przyznawania miejsc szkoleniowych w opinii Ministerstwa Zdrowia stwarzałoby preferencje dla lekarzy, którzy uzyskali najwyższą punktację podczas kwalifikacji do specjalizacji, dając im możliwość wyboru miejsca odbywania specjalizacji. Można się spodziewać, że lekarze zajmujący niższe pozycje na liście rankingowej, nie mający takiej możliwości wyboru, byłiby kierowani do odbywania szkolenia w pozostałych jednostkach, np. odległych od ich miejsca zamieszkania, co w konsekwencji powodowałoby niepotrzebne zwiększenie kosztów uzyskania tytułu specjalisty (związane z dojazdami, zakwaterowaniem itp.) lub wręcz rezygnację z odbywania szkolenia z powodu napotkanych trudności.

Jednocześnie należy podkreślić, że miejsca szkoleniowe, w szczególności rezydentury, są przyznawane z uwzględnieniem aktualnej dostępności do określonych świadczeń specjalistycznych oraz zapotrzebowania na lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny występujących na terenie wszystkich województw. Wskazane jest zatem, żeby o miejsca szkoleniowe w danym województwie ubiegali się lekarze związani z tym regionem, ponieważ w dużym stopniu stanowi to gwarancję, że po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego zasilą oni kadrę lekarzy specjalistów na danym terenie.

### **Ad Apel Nr 6 w sprawie zatrudniania lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w ramach umów cywilnoprawnych („wolontariat”)**

Odnosząc się do kwestii realizacji szkolenia specjalizacyjnego w ramach umowy cywilnoprawnej, bez pobierania wynagrodzenia, należy zaznaczyć, że ten tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego został określony w art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), zgodnie z którym szkolenie to odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania.

Powyższa regulacja nie stwarza przeszkód, żeby w ww. umowie zostały określone kwestie dotyczące ewentualnego wynagrodzenia wypłacanego lekarzowi przez jednostkę szkolącą.

Ponadto należy zaznaczyć, że lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji, odbywanej w jednym z trybów pozarezydenckich, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy.

Należy również wskazać, że lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach umowy cywilnoprawnej może ubiegać się w kolejnych postępowaniach kwalifikacyjnych o zmianę trybu odbywania ww. szkolenia na rezydenturę.

Ministerstwo Zdrowia, mimo trudnej sytuacji finansowej, corocznie stara się zapewnić na przyznawanie etatów rezydenckich znaczne środki, uznając rezydenturę za optymalną formę intensywnego i efektywnego szkolenia specjalizacyjnego, zachęcającą lekarza do podejmowania szkolenia w określonej dziedzinie. W latach 2009-2014 w przeprowadzonych postępowaniach kwalifikacyjnych do rozpoczęcia specjalizacji przyznane zostały w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentyistycznych łącznie 55 604 miejsca szkoleniowe, z czego 15 786, tj. 28,4% stanowiły rezydentury.

### **Ad Apel Nr 7 w sprawie dostępności pytań z egzaminów lekarskich**

Odnosząc się do postulatu o upublicznianie pytań testów i pytań testowych Lekarskiego Egzaminu Końcowego, zwanego dalej „LEK”, Lekarsko-Dentyistycznego Egzaminu Końcowego, zwanego dalej „LDEK” oraz zadań testowych Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zgodnie z art. 14a ust. 10 i 11 oraz art. 16r ust. 12 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą



o zawodach lekarza i lekarza dentystry” testy i pytania testowe LEK i LDEK, jak również testy, pytania i zadania egzaminacyjne PES są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające odpowiednio LEK i LDEK albo PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem oraz nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o dostępie do informacji publicznej”.

Odnosząc się do zarzutu niezgodności powyższych przepisów z art. 54 ust. 1 oraz art. 61 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.), zwanej dalej „Konstytucją RP”, należy zauważyć, że prawo do informacji proklamowane w art. 61 Konstytucji RP nie ma charakteru bezwzględnego. W myśl art. 61 ust. 3 Konstytucji RP, ograniczenie prawa do informacji może nastąpić ze względu na ochronę wolności i praw innych osób i podmiotów gospodarczych oraz ochronę porządku publicznego, bezpieczeństwa lub ważnego interesu gospodarczego państwa. Z kolei art. 31 ust. 3 Konstytucji RP statuuje zasadę proporcjonalności, z której wynika, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane w ustawie, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Na kwestię tę zwrócił uwagę np. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 7 listopada 2007 r. (sygn. akt: II SA/Rz 438/07, LEX nr 340151). Orzekł on bowiem, że „Prawo do informacji o działalności organów władzy publicznej nie ma charakteru bezwzględnego i Konstytucja dopuszcza w sytuacjach wyjątkowych jego ograniczenie w drodze ustawy (art. 61 ust. 3 Konstytucji)”. Podobne stanowisko zajął Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 3 grudnia 1999 r. (sygn. akt: III SA 1699/99, ONSA 2001/1/22), podkreślił, że możliwe jest ograniczenie prawa do informacji, choć może to nastąpić wyłącznie w formie przepisów ustawowych. W przedmiotowej sprawie wymóg ten został spełniony, gdyż omawiana regulacja ma rangę ustawową. Poza tym za utrzymaniem ograniczeń dotyczących udostępniania testów i pytań testowych LEK i LDEK oraz zadań testowych PES przemawiają istotne argumenty prawne i merytoryczne.

Z powyższych unormowań Konstytucji RP wynika, że ustrojodawca dopuścił możliwość wyjątkowego ograniczenia prawa do informacji. Myśl ta została rozwinięta w ustawie

o dostępie do informacji publicznej. Stanowi ona bowiem w art. 1 ust. 2, że jej przepisy nie naruszają przepisów innych ustaw określających odmienne zasady i tryb dostępu do informacji będących informacjami publicznymi. Natomiast art. 5 ust. 1 ww. ustawy stanowi, że prawo do informacji publicznej podlega ograniczeniu w zakresie i na zasadach określonych w przepisach o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych. Możliwe jest zatem określenie w innych przepisach rangi ustawowej odrębnych zasad dostępu do informacji publicznej oraz jego ograniczenia. Wówczas ustawa taka stanowi *lex specialis* i ma pierwszeństwo przed regulacją zawartą w ustawie o dostępie do informacji publicznej. Taka też sytuacja występuje na gruncie art. 14a ust. 10 i 11 oraz art. 16r ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

*Ratio legis* art. 61 ust. 1 Konstytucji RP jest możliwość sprawowania kontroli społecznej organów władzy publicznej. Pogląd taki wyraził Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 31 maja 2004 r. (sygn. akt: OSK 205/04, LEX nr 158987) orzekł, że uzasadnienie tej regulacji „wynika z zasady udziału obywateli w życiu publicznym i sprawowania społecznej kontroli. W celu zaś realizacji tej zasady obywatel ma prawo uzyskania wiedzy o sprawach publicznych.”. W przedmiotowej sprawie istnieje zaś poważna wątpliwość, czy cel ten zostałby osiągnięty poprzez upublicznienie zadań egzaminacyjnych.

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 16r ust. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, test oraz zadania lub pytania egzaminu ustnego PES opracowuje i ustala Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej „CEM” w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny lub jego przedstawicielem odrębnie dla każdej dziedziny medycyny oraz na każdą sesję egzaminacyjną. W praktyce CEM przy opracowywaniu testów na potrzeby LEK, LDEK oraz PES współdziała w tym zakresie z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny, niejednokrotnie wskazującymi również innych specjalistów w tych dziedzinach, którzy uczestniczą w opracowaniu zadań egzaminacyjnych. Testy konstruowane są więc przez specjalistów, na czele z konsultantem krajowym, trudno zatem znaleźć uzasadnienie dla „społecznej” kontroli efektów ich pracy. Nie można podzielić poglądu reprezentowanego przez gremia opowiadające się za upublicznianiem zadań egzaminacyjnych, że pozwoliłoby to na ww. kontrolę. Należy bowiem postawić pytanie, kto miałby jej dokonywać, w jakim trybie i jakie miałyby być jej konsekwencje. W omawianej sprawie kontrola społeczna dokonywana przez każdego obywatela nie jest zasadna, a wręcz nie jest możliwa.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że zasady przeprowadzania ww. egzaminów, określone w art. 14b ust. 2 oraz art. 16u ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawierają *de facto* pewien mechanizm kontrolny. Przewidują one, że kandydatów do komisji egzaminacyjnej, przed którą składany jest LEK i LDEK, zgłaszają dyrektor CEM, rektorzy uczelni prowadzących kształcenie na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym, wojewodowie i okręgowe rady lekarskie, natomiast w skład zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego PES, w tym także jego część testową, wchodzi obligatoryjnie m.in. przedstawiciele właściwego towarzystwa naukowego oraz samorządu lekarskiego, tj. Naczelnej Rady Lekarskiej, zwanej dalej „NRL”.

Jednocześnie warto nadmienić, że jak wskazano wcześniej, zarówno Konstytucja RP, jak również ustawa o dostępie do informacji publicznej, przewidują możliwość ograniczenia dostępu do informacji, a wśród użytych w tych aktach przesłanek limitowania informacji mieści się np. konieczność poszanowania praw i wolności innych osób oraz zapewnienie bezpieczeństwa i porządku publicznego. Należy w tym miejscu wskazać zatem na funkcje ww. egzaminów. Zgodnie z art. 5 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty złożenie z wynikiem pozytywnym LEK lub LDEK jest jednym z warunków przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty. Z kolei, według art. 16 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz po złożeniu PES. Z unormowań powyższych wynika, że złożenie PES jest warunkiem uzyskania tytułu specjalisty, natomiast sam egzamin ma weryfikować wiedzę uzyskaną przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w czasie tego szkolenia i tym samym pozwolić na ustalenie, czy zasługuje on na uzyskanie tytułu specjalisty. Należy przy tym wskazać, że tytuł specjalisty jest najwyższym tytułem zawodowym uzyskiwanym przez lekarzy i lekarzy dentystów. Jego posiadanie umożliwia nie tylko obejmowanie określonych stanowisk w systemie ochrony zdrowia, ale w odczuciu społecznym kształtuje zaufanie pacjentów do lekarza jako wysokiej klasy profesjonalisty. Rzetelne sprawdzanie wiedzy lekarza po odbyciu szkolenia specjalizacyjnym jest zatem kluczowym ogniwem w tym procesie i pozwala na wyodrębnienie lekarzy, którzy z założenia powinni udzielać świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakości. Warto też nadmienić, że państwo jest konstytucyjnie zobowiązane do troski o zdrowie obywateli, każdy bowiem ma prawo do ochrony zdrowia, zgodnie z art. 68 Konstytucji RP.

W tym kontekście należy podkreślić, że warunkiem prawidłowego sprawdzenia wiedzy lekarzy jest utajnienie zadań egzaminacyjnych, a modyfikacja treści ww. przepisów, polegająca

na wprowadzeniu ograniczeń dostępu do zadań jedynie w fazie przedegzaminacyjnej, nie byłaby wystarczająca dla osiągnięcia tego celu. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z art. 14a ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, LEK i LDEK polega na rozwiązaniu testu składającego się z 200 pytań. Egzamin ten odbywa się dwa razy w roku, co sprawia, że CEM wykorzystuje rocznie na potrzeby tych egzaminów 400 pytań. Ponadto, zgodnie z art. 16s ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, egzamin testowy wchodzący w skład PES obejmuje 120 zadań. Również ten egzamin jest organizowany dwukrotnie w ciągu roku. W przypadku wąskich zakresowo dziedzin, w krótkim czasie wyczerpałyby się więc zasoby wiedzy, z których można byłoby opracowywać całkowicie nowe pytania. Jeśli zadania testowe byłyby upubliczniane, przygotowanie do egzaminu sprowadzałoby się do nauczania się odpowiedzi do zadań, które następnie w nieunikniony sposób byłyby wykorzystywane na kolejnym egzaminie. Postępowanie takie byłoby wysoce niewskazane w kontekście rzetelności egzaminu i jego funkcji weryfikacyjnej.

Poważne zastrzeżenia budzi także pogląd, zgodnie z którym publiczny dostęp do zadań egzaminacyjnych miałby służyć podniesieniu jakości szkolenia specjalizacyjnego poprzez położenie w nim większego nacisku na zagadnienia często pojawiające się na egzaminie. Zasadne jest oddzielenie procesu nauczania (zdobywania wiedzy) i procesu weryfikacji wyników nauczania. Co do zasady, egzamin nie weryfikuje całości materiału objętego nauczaniem i obejmuje jedynie losowo wybrane obszary tego materiału. Jakikolwiek zaburzenie tej losowości zmniejsza rzetelność i skuteczność egzaminu jako narzędzia weryfikującego proces nauczania, bowiem to nie egzamin powinien wytyczać przygotowanie zakresu szkolenia, lecz zakres szkolenia powinien znaleźć swe odzwierciedlenie w egzaminie, weryfikującym wiedzę lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, uzyskaną podczas tego szkolenia. W art. 16f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty szczegółowo opisano zasady ustalania programu szkolenia specjalizacyjnego. Przepis ten określa zarówno podmioty, które uczestniczą w jego przygotowaniu (zespół ekspertów z konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny na czele), wśród których znajdują się także przedstawiciele NRL, jak również zakres merytoryczny programu. W unormowaniu tym nie wskazano, że przy opracowywaniu programu szkolenia specjalizacyjnego należy kierować się konstrukcją i treścią zadań egzaminacyjnych. Wręcz przeciwnie, według art. 16f ust. 3 pkt 6 ww. ustawy, to program szkolenia ma wyznaczyć zakres merytoryczny PES. Trudno nie zgodzić się z poglądem, iż znajomość zadań pozwoliłaby na lepsze przygotowanie osoby szkolącej się do składania egzaminu, jednak głównym założeniem szkolenia specjalizacyjnego nie może być zdawanie egzaminu. Lekarze w trakcie

szkolenia specjalizacyjnego powinni przede wszystkim nabywać kompetencje niezbędne do wykonywania zadań specjalisty w danej dziedzinie, a nie kompetencje do zdania egzaminu. Egzamin, co warto jeszcze raz podkreślić, jest narzędziem weryfikacji efektów szkolenia, a nie celem tego szkolenia, w związku z czym lekarz po zakończeniu specjalizacji powinien posiadać wiedzę wytyczoną programem specjalizacji, a nie ukierunkowaną treścią zadań wykorzystanych na egzaminie. Należy zatem z całą mocą podkreślić, że upublicznianie zadań wpłynęłoby negatywnie na rzetelność i skuteczność egzaminu, a tym samym spowodowałoby obniżenie jakości wykształcenia lekarzy oraz w konsekwencji zwiększenie ryzyka popełnienia błędu w sztuce lekarskiej.

Mając na uwadze powyższe, należy wyrazić pogląd, że zmiana obowiązujących przepisów ograniczających udostępniania testów i pytań testowych LEK i LDEK oraz zadań testowych PES nie jest pożądana, nie odpowiada bowiem *ratio legis* art. 61 Konstytucji RP. Nie znajduje także merytorycznego uzasadnienia, a wręcz byłaby szkodliwa dla procesu egzaminowania. Istnieją natomiast poważne powody – w szczególności w postaci potrzeby rzetelnego egzaminowania osób przystępujących do ww. egzaminów, co następnie przekłada się na zapewnienie odpowiednio wysokiej jakości ochrony zdrowia obywateli – by utrzymać dotychczasowe rozwiązanie. Z wyżej opisanych powodów rozwiązanie przyjęte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie budzi także wątpliwości co do konstytucyjności.

2 powołaniem

**PODSEKRETAŹ STANU**  
w Ministerstwie Zdrowia

*Piotr Warczyński*