

D.Patecki o projekcie zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy

Całość projektu stanowi prawie 200 stron, na które składa się prawie dziesięć różnych aktów prawnych. Postanowiono przygotować gotowy materiał legislacyjny, który będzie mógł szybko zostać uchwalony przez sejm.

Zmiany korzystne:

- 1) Ponowne zaakcentowanie kwestii płacowych, tj. 3 średnich krajowych dla lekarza specjalisty, 2 średnich dla lekarza rezydenta i 1 średniej dla lekarza stażysty. Wynagrodzenie wynoszące 1000 złotych dla kierownika specjalizacji.
- 2) Stażyści będą mogli spędzić 12 tygodni w dowolnie wybranej przez siebie jednostce.
- 3) Wojewódzki proces rekrutacji na specjalizacje zostanie zastąpiony przez ogólnopolski. Lekarze, którzy do tej pory nie specjalizowali się w trybie rezydenckim, będą mogli z tej możliwości skorzystać.
- 4) Możliwe będzie ponowne odbycie rezydentury w przypadku specjalizacji deficytowych, po uzyskaniu zgody Ministra Zdrowia. (PR postuluje, żeby druga rezydentura była dostępna bez żadnych ograniczeń).
- 5) Możliwa będzie zmiana rezydentury podczas pierwszego roku szkolenia. (PR postuluje, by możliwa była ona przez cały czas).
- 6) Wprowadzenie 9 dni urlopu szkoleniowego dla lekarzy specjalistów. (Na mocy porozumienia zostało już wprowadzonych 6 dni dla lekarzy rezydentów, w praktyce dobre szpitale oferują 10 dni urlopu szkoleniowego).
- 7) Zmniejszenie biurokracji podczas szkolenia specjalizacyjnego – wzrośnie rola kierownika specjalizacji, który będzie dopuszczać do egzaminu i potwierdzać wykonanie procedur.
- 8) Umożliwienie studentom przystępowania do LEK-u i lekarzom rezydentom na ostatnim roku do PES-u.
- 9) Zmiana terminów kwalifikacji na rezydentury, by stażyści nie byli zmuszeni rejestrować się jako bezrobotni.

- 10) Zakaz dopełniania podstawowego czasu pracy zejściami po dyżurze, czyli odliczania za zejścia – dla specjalistów i rezydentów.
- 11) Ogłoszenie liczby miejsc rezydenckich z rocznym wyprzedzeniem.
- 12) Ograniczenie pracy w trybie zmianowym lub równoważnym.
- 13) Likwidacja wolontariatu i wprowadzenie zapisu, że najniższe wynagrodzenie musi się równać wynagrodzeniu minimalnemu za pracę.
- 14) Przez pierwszy rok szkolenia specjalizacyjnego lekarz może odmówić dyżurowania. Z przyczyn zdrowotnych lub rodzicielskich lekarz może nie dyżurować przez łącznie 2 lata w całym okresie specjalizacji.
- 15) Potwierdzenie faktu, że zejścia po dyżurze nie przedłużają rezydentury, a co za tym idzie potwierdzenie faktu, że możliwe są dyżury trwające 16 godzin 25 minut i 24 godziny.
- 16) Przekazanie prowadzenia staży i specjalizacji izbom lekarskim.
- 17) Wprowadzenie PES składającego się w 50% z ogólnodostępnej bazy pytań i PEM składający się w 100% z ogólnodostępnej bazy pytań (PR postuluje 100% w przypadku PES). Wprowadzenie 25 dni urlopu szkoleniowego do PES i 15 dni do PEM.

Zmiany neutralne / o mieszanym lub trudnym do przewidzenia wpływie / mogące spowodować opór części środowiska:

- 1) Decentralizacja procesu szkolenia i wdrożenie zmian mających na celu przeniesienie lekarzy rezydentów do mniejszych placówek poza dużymi aglomeracjami. Projekt ma dotyczyć tylko przyszłych rezydentur i wzbudził pewne kontrowersje za sprawą wywiadu prasowego. Temu przeniesieniu ma sprzyjać wdrożenie sztywnego zapisu, że na jeden etat lekarza specjalisty może przypadać trzech szkolących się lekarzy. Czas pracy lekarzy pracujących na ułamkach etatu ma być sumowany. Zmiana ta zasadniczo wydaje się być korzystna dla procesu kształcenia, ale diabeł tkwi w szczegółach. Problem polega na tym, że przy tak niskim poziomie finansowania zamiast doprowadzić do wzrostu zatrudnienia może spowodować zamykanie oddziałów i redukcję łóżek, jak stało się w przypadku standardów pielęgniarstwa. (PR postuluje tutaj, by zmianę tę powiązać ze wzrostem nakładów na ochronę zdrowia i odroczyć w czasie do momentu uzyskania 6,8% PKB na ochronę zdrowia).
- 2) Zmniejszenie liczby specjalizacji spotka się z oporem środowiska i będzie zmianą trudną do wprowadzenia ze względu na samych zainteresowanych i na to, że wszyscy przyzwyczailiśmy się do funkcjonowania w pewnym systemie. Wprowadzenie umiejętności

lekarskich może doprowadzić do wzrostu biurokracji i zmuszenia lekarzy do certyfikowania swojej codziennej pracy na wzór NHS.

3) Wprowadzenie Państwowego Egzaminu Modułowego. Po zdaniu lekarz ma zarabiać 2,5 średniej krajowej (2,75 przy specjalizacji deficytowej, wobec pensji lekarza specjalisty wynoszącej 3 średnie). Lekarz rezydent ma być kontraktowany w NFZ jak specjalista. Problem z tym zapisem, odzwierciedla całą trudność związaną z projektem, ryzyko tego, że ministerstwo wybiórczo wybierze poszczególne zapisy będące efektem pracy zespołu.