

APEL
Uczestników
XVIII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy
odbywającej się w Olsztynie
w dniach 5-7 czerwca 2009 r.

w sprawie zmian w kształceniu specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy dentystów

Biorąc pod uwagę fakt, iż młodzi lekarze priorytetowo traktują możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych, w trosce o zapewnienie najwyższej jakości opieki medycznej pacjentom oraz fakt, iż podstawową formą rozwoju zawodowego lekarza i lekarza dentysty jest odbycie szkolenia specjalizacyjnego, uczestnicy XVIII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy w Olsztynie apelują do Ministra Zdrowia o wprowadzenie następujących zmian w szkoleniu specjalizacyjnym:

- 1) utworzenie miejsc specjalizacyjnych w ilości gwarantującej wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom możliwość specjalizowania się;
- 2) wprowadzenie metod statystycznych pozwalających na porównanie wyników egzaminów LEP/LDEP w odniesieniu do stopnia trudności kolejnych edycji egzaminu. Obecnie ze względu na znaczną różnicę w poziomie trudności kolejnych sesji egzaminu, nie ma możliwości obiektywnego porównania wyników osób ubiegających się o dane miejsce specjalizacyjne, a podchodzących do egzaminu LEP/LDEP w różnych sesjach. Apelujemy ponadto o wprowadzenie jednakowych warunków zdawania egzaminów LEP/LDEP w całej Polsce, w tym o ustanowienie wymogu prowadzenia monitoringu sal, w których odbywa się egzamin;
- 3) wdrożenie systemu rozdziału miejsc rezydenckich, zakładającego, że osoba która uzyskała najwyższy wynik egzaminu LEP/LDEP ma pierwszeństwo wyboru z pełnej puli miejsc rezydenckich dostępnych w danej sesji, kolejna osoba z pełnej puli pomniejszonej o 1 wybrane wcześniej miejsce. Model ten niesie za sobą konieczność stworzenia rankingu lekarzy i lekarzy dentystów, którzy z wynikiem pozytywnym złożyli egzamin LEP/LDEP, jak również stworzenie listy zdefiniowanych wolnych miejsc rezydenckich w danym postępowaniu kwalifikacyjnym. System ten od lat z powodzeniem funkcjonuje w wielu krajach europejskich, m.in. w Hiszpanii (tzw. system hiszpański);
- 4) okresowe aktualizowanie programów specjalizacji z uwzględnieniem postępu wiedzy medycznej dotyczącej danych procedur medycznych oraz analizy realnej ilości procedur przeprowadzanych w jednostkach akredytowanych, wymaganych w ramach programów specjalizacyjnych;
- 5) likwidację obowiązku dyżurowania lekarza odbywającego specjalizację w miejscu odbywania stażu kierunkowego poza oddziałem macierzystym (podstawowym miejscem zatrudnienia). Postulat ten wynika z faktu, iż procedura dyżurowania rezydenta poza miejscem zatrudnienia jest niezgodna z przepisami regulującymi odbywanie dyżurów medycznych. Jednocześnie z powodu braków finansowych oddziałów szpitalnych, niemożliwe jest zapewnienie dwóch lekarzy dyżurnych, w związku z czym lekarz odbywający staż cząstkowy z danej dziedziny jest jedynym lekarzem odpowiedzialnym za oddział.

- 6) wprowadzenia obowiązku corocznego rozliczania realizacji programu przez specjalizanta.
W obowiązującym systemie, lekarz rozliczany jest z całości szkolenia specjalizacyjnego po 5-6 latach, na zakończenie specjalizacji. W wielu przypadkach konsultanci krajowi odrzucają wnioski o zakończenie specjalizacji z powodu niewykonania wszystkich procedur, do których zobowiązuje specjalizującego program. Wprowadzenie rocznego rozliczenia, umożliwiłoby możliwie wczesne wykrycie nieprawidłowości w realizacji programu specjalizacji. Również osoba specjalizująca się uzyskiwałaby informację o postępach w szkoleniu specjalizacyjnym.
- 7) wprowadzenia wynagradzania kierowników specjalizacji i opiekunów stażu.
- 8) odnawianie akredytacji miejsc specjalizacyjnych. W chwili obecnej przyznanie miejsca akredytacyjnego jest bezterminowe i jednostka szkoląca nie jest poddawana kontroli, czy nadal spełnia wymagania oraz czy prowadzone w niej szkolenie jest efektywne. Powtórna ocena jednostki powinna uwzględniać efekty szkolenia, jak również opinie osób specjalizujących się. Wnioski pokontrolne stanowiłyby podstawę do udoskonalania procesu specjalizowania w danym ośrodku.

□