

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej (MZ 603)

I. Opis sytuacji problemowej

Jak informuje Projektodawca, Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 6 ust. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Zgodnie z tym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia został obowiązany przez ustawodawcę do określenia, w drodze rozporządzenia, ramowego programu kursu obejmującego założenia organizacyjno-programowe, planu nauczania zawierającego rozkład zajęć, wykazu umiejętności i treści nauczania oraz warunków ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Z uwagi na niewystarczającą liczbę lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej lub specjalizujących się w tej dziedzinie medycyny, ustawa dopuszcza do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej również lekarzy posiadających inne specjalizacje, tj. specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, jednakże pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Projektowane rozporządzenie przewiduje, że kurs będzie odbywany zgodnie z ramowym programem kursu, stanowiącym załącznik do rozporządzenia. Celem kursu jest uzupełnienie wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pe-

diatrii oraz lekarzom posiadającym specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. Powyższe działanie, zdaniem Projektodawcy, utrzyma na wysokim poziomie udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom niezależnie od tego, który z ww. lekarzy będzie udzielał tych świadczeń.

Program kursu obejmuje swoim zakresem zagadnienia: zapewniania opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia, określania potrzeb oraz ustalenia priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych, rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego, zapewniania profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa, zapewniania edukacji świadczeniobiorcy w odniesieniu do odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Przewiduje się rozłożenie pokrycia kosztów odbycia kursu między świadczeniodawców i lekarzy. Z wyliczeń przeprowadzonych przez CMKP opartych o dotychczasowe kalkulacje kosztów odbytych kursów w 2017 r. wynika, że średni koszt kursu na jednego lekarza wynosił dotychczas ok. 710 zł przy założeniu grup 50-cio osobowych. W kwocie tej zostały zawarte stawki na wynagrodzenia, pochodne od wynagrodzeń, koszty wynajęcia sal, materiały, w tym zaświadczenia oraz koszty obsługi administracyjnej i finansowej. Przewiduje się, że corocznie począwszy od 2019 r. do 2024 r. kurs będzie podejmować ok. 200 lekarzy. Nowi lekarze posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, nie będą zatrudniani w podstawowej opiece zdrowotnej po 2024 r. Po tym roku obowiązek odbycia kursu będzie spoczywał wyłącznie na lekarzach posiadających specjalizację w dziedzinie pediatrii, dla których przewiduje się organizację kursu dla ok. 50 lekarzy rocznie.

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy przez zwiększenie miejsc pracy dla lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy odbędą kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej, a pacjentom zapewni większy dostęp do świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



1. Czy Pani/Pana zdaniem ramowy program kursu pozwoli na właściwe zwiększenie umiejętności lekarzy, niezbędnych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	1	
Nie mam zdania	4	

2. Czy Pani/Pana zdaniem dopuszczenie do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej również lekarzy posiadających inne specjalizacje nie będzie niosło nadmiernego ryzyka dla pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	3	
Nie mam zdania	4	

3. Czy Pani/Pana zdaniem ramowy program kursu pozwoli na utrzymanie na wysokim poziomie udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom niezależnie od tego, który z ww. lekarzy będzie udzielał tych świadczeń ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	

Nie 2

Nie mam zdania 3

4. Czy Pani/Pana zdaniem zakres kursu zapewnia wystarczającą wiedzę lekarzy-kursantów nt. koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	2	
Nie mam zdania	5	

Pytania otwarte:

1. Jakie Pani/Pana zdaniem dodatkowe elementy powinien zawierać omówiony w Rozporządzeniu kurs?
2. Jakie zagrożenia dla pacjentów mogą wynikać z niewłaściwie zaplanowanej tematyki kursu?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Opiniowany projekt rozporządzenia jest ważnym elementem zmieniającej się struktury kształcenia lekarzy, wynikającej z konieczności minimalizowania negatywnych skutków zbyt

małej liczby lekarzy zatrudnionych w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Chociaż ogólny kierunek propozycji zmian zawartych w Rozporządzeniu należy uznać za zgodny z oczekiwaniami środowisk pacjenckich, to nadal pozostaje do przepracowania w procesie konsultacyjnym długi szereg wątpliwości zgłaszanych przez poszczególne grupy interesariuszy:

1. Założenia organizacyjno-programowe przewidują realizację kursów w trybie stacjonarnym w formie zajęć teoretycznych i praktycznych, a w pkt 3 formą przewidzianą dla zajęć teoretycznych jest ich realizacja w formie wykładów lub w formie e-learningowej. Pewne wątpliwości budzi forma e-learningowa szkolenia z zakresu tematyki ostrych zatruc. Zagadnienia omawiane w ramach tych kursów zdecydowanie wymagają prowadzenia zajęć w formie wykładu, podczas którego istnieje możliwość bezpośredniego wyjaśnienia - przede wszystkim problemów praktycznych, czego nie zapewnia szkolenie w formie e-learningowej;
2. Pkt 5 Założeń organizacyjno-programowych przewiduje prowadzenie zajęć teoretycznych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej. Mając na uwadze zapewnienie jak najwyższej jakości przekazywanej wiedzy, w tym wiedzy praktycznej dotyczącej przebiegu ostrych zatruc wybranymi ksenobiotykami wskazane jest, aby zajęcia teoretyczne w tematyce ostrych zatruc prowadzone były przez specjalistów z dziedziny toksykologii klinicznej.
3. Koszty mają ponieść lekarze i/lub świadczeniodawcy. Wpłata za kurs szacowana przez CMKP od ok. 710 zł (trudno oczekiwać, aby utrzymała się przez najbliższe 5 lat) plus koszty nieobecności w pracy lekarza (zastępstwo i oddelegowanie) - minimum 4 dni (4x po 8 godzin zajęć dydaktycznych, nie licząc 8 dni zajęć teoretycznych on-line). Poza tym będą to koszty samego egzaminu i ew. zakwaterowania lekarzy zamiejscowych. Ustawodawca jedynie szacuje zerowo koszty wyłącznie budżetu państwa, ale należy się spodziewać że CMKP będzie dofinansowane na ten cel z budżetu w inny sposób.
4. Adresatami kursu są lekarze z wymienionymi specjalizacjami, już zatrudnieni w POZ. Większość poradni POZ posiada umowy z NFZ obejmujące wyłącznie deklaracje osób

dorosłych. Proponowane dokończenie lekarzy już posiadających specjalizacje 1 i 2 stopnia z chorób wewnętrznych, 1 stopnia z medycyny ogólnej, które dały im kwalifikacje do leczenia tej grupy pacjentów, jest tylko wykonaniem prawnie narzuconego obowiązku, gdyż tematyka kursu powieliła program z powyższych specjalizacji. Gdzie w takim razie w systemie refundowanych świadczeń od 2025r. mieliby pracować interniści i lekarze medycyny ogólnej? Tematyka kursu nie odbiega od zakresu posiadanych przez nich umiejętności i programów odbytych specjalizacji (np. nauka badania fizykalnego, unieruchomienia pacjenta w pozycji bocznej ustalonej... jak z testu do Lekarskiego Egzaminu Podyplomowego)

5. Czy pediatrzy zatrudnieni wyłącznie w Poradniach pediatrycznych dla pacjentów do 18 roku życia, stracą swoje uprawnienia po 2024 roku? Czy zdobywający obecnie tę specjalizację młodzi lekarze lub mający ją w planach wiedzą, że zdając egzamin specjalizacyjny z pediatrii nabędą pełne kwalifikacje ale uprawnienia tylko do leczenia dzieci w ramach lecznictwa zamkniętego lub poradniach komercyjnych? Albo dokończą się na własny koszt na w/w kursie?, w tym w leczeniu dorosłych, aby zatrudnić się w poradni POZ dla dzieci? Należy przy tym pamiętać, że lekarz na prawo do szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, płatnym przez MZ tylko 1 raz w życiu. Pytanie, czy dostanie od podatnika takie „stypendium” lekarz POZ bez specjalizacji, który np. do 50 roku życia pracował w POZ, który zgodnie z przepisami straci te uprawnienia, a do w/w kursu się nie kwalifikuje?

6. Przepis art. 6. ust. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U poz. 2217 z późn. zm.) zakłada, że od 2025 roku w poradniach POZ nie będzie już lekarzy bez specjalizacji z medycyny rodzinnej lub specjalistów trzech wymienionych dziedzin bez kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej. Brak w uzasadnieniu informacji, jak odbije się na dostępności świadczeń dla pacjentów POZ wprowadzenie tych przepisów w ogóle, gdy wyrugują one lekarzy, zatrudnionych w POZ-tach przed 2007 r., którzy pierwotnie utrzymali prawo do wykonywania świadczeń w POZ, następnie ograniczone późniejszymi zmianami, i którzy z w/w kursu są wykluczeni. Są to obecni lekarze POZ bez specjalizacji lub lekarze innych specjalności, którzy realizowali porady POZ (np. w niepełnym wymiarze, emerytowani kardiologowie, reumatologowie, geriatrzy...) lub

wspomagający POZ lekarze w trakcie specjalizacji z innych dziedzin medycyny (anestezjologii, chorób zakaźnych, chirurgii ...). Brak prognozy, w jakim stopniu ich nieobecność w systemie leczenia refundowanego po 2025 r. będzie miała znaczenie dla jakości i dostępności dla pacjentów opłacających składkę zdrowotną, po zastosowaniu przepisu w całości..

7. W wybranych problemach klinicznych ramowego programu kursu powinien znaleźć się jeden moduł tzw. internistyczny (postępowanie w najistotniejszych schorzeniach internistycznych: cukrzyca, nadciśnienie, niewydolność krążenia itp.) dla lekarzy ze specjalizacją z pediatrii oraz moduł pediatryczny (głównie propedeutyka pediatrii – ocena neurorozwojowa, żywienie, bilanse itp.) dla lekarzy z chorób wewnętrznych.

8. Zdaniem Federacji PZ przedstawiony do konsultacji projekt jest przesadnie rozbudowany. Federacja uważa, że ponieważ kurs będą odbywać osoby pracujące już w POZ więc większość tematyki z zakresu projektu jest im znana. Zdobywali już własne specjalizacje więc uczenie od nowa podstawowych zasad nauki, pracy, systemu jest marnowaniem publicznych pieniędzy na prowadzących takie szkolenie oraz odrywa deficytowy personel w POZ od pracy z pacjentem na kilkanaście dni. Należy znacznie okroić kurs do różnic programowych pomiędzy posiadaną specjalizacją a wymogami wiedzy dotyczącymi pracy w podstawowej opiece zdrowotnej.

9. W zaproponowanej w projekcie formie wygląda to jakby autorzy chcieli przeprowadzić w krótkim czasie całą specjalizację z medycyny rodzinnej w skondensowanej formie i zakończonych egzaminami specjalizacyjnymi. Należy pamiętać, że do kursu będą ewentualnie przystępować starsi lekarze, którzy mogą po zapoznaniu się z jego zakresem, zrezygnować z dalszej pracy w POZ, gdyż jego zakres znacznie przekracza ich potrzeby, narażając ich jedynie na niepotrzebny stres egzaminacyjny.

10. W założeniach programowo-organizacyjnych w pkt 5 należy dodać zdanie: Zajęcia teoretyczne z wybranych zagadnień mogą być prowadzone także przez lekarzy specjalistów z

właściwych dziedzin medycyny oraz inne osoby legitymujące się fachową wiedzą i doświadczeniem, dającym rękojmię rzetelności i obiektywności wiedzy przekazywanej słuchaczom.

W opinii CMKP, z uwagi na szeroki zakres zagadnień objętych programem kursu, należy uwzględnić wśród wykładowców również specjalistów innych dziedzin medycyny, a także psychologów, prawników, czy specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

11. W formie zaliczenia zajęć teoretycznych nie jest jasne jakiego zakresu dotyczy sprawdzian – np. czy zgodnie z tym brzmieniem każdy prowadzący przeprowadza swój sprawdzian. Niespójna jest również terminologia.

12. Program dopuszcza nauczanie również w formie stacjonarnej – fragment „*Wybrane problemy kliniczne w POZ*” - *nauczanie w formie e-learningowej - zakres wiedzy: należy zatem przeredagować. Należy wyjaśnić, jak potwierdza się ukończenie części e-learningowej.*

13. Projekt nie wspomina wcześniej o żadnych „certyfikatach”. Zaliczenie części e-learningowej polega jedynie na „zaliczeniu końcowego sprawdzianu testowego”. Należy rozstrzygnąć formę potwierdzającą ukończenie nauczania e-learningowego. W obecnym brzmieniu nie da się uniknąć wątpliwości interpretacyjnych.

14. Warunki ukończenia kursu - czy przez zaliczenie tych sprawdzianów należy rozumieć „zaliczenie sprawdzianu z zakresu wiedzy objętej programem”? Niespójna terminologia będzie budzić wątpliwości interpretacyjne. Być może należy również określić próg punktowy decydujący o uznaniu sprawdzianu za zaliczony z wynikiem pozytywnym. Czy niezaliczenie sprawdzianu umiejętności praktycznych jest równoznaczne z koniecznością powtórzenia całego kursu? Czy komisja przygotowująca test to ta sama, która przeprowadza sprawdzian umiejętności praktycznych? W przypadku dużej liczby uczestników danej edycji kursów – przeprowadzenie sprawdzianu umiejętności praktycznych przez jedną komisję spowoduje w praktyce albo bardzo dotkliwe wydłużenie tego egzaminu albo sprawi, że będzie on miał charakter zdawkowy.

15. Część druga kursu – „Wybrane problemy kliniczne w poz”, jeśli nie jest odbywana w formie e-elearningowej trwa dwa dni – karta zaliczenia kursu powinna uwzględniać również taką ewentualność.

16. Przyjęto, że wszystkie zajęcia teoretyczne i praktyczne mają być prowadzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej, mimo że program kursu obejmuje nie tylko zagadnienia medyczne, ale i aspekty formalnoprawne czy psychologiczne związane z realizacją świadczeń w POZ. Należy zatem nadać ust. 5 w dziale II brzmienie:

Zajęcia teoretyczne i praktyczne są prowadzone przez lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej. inne osoby posiadające niezbędne kwalifikacje i doświadczenie, o których mowa w dziale II ust. 1.

Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej posiada praktyczne umiejętności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zna zasady jej udostępniania, przede wszystkim jednak z perspektywy podmiotu leczniczego, w którym udziela świadczeń opieki zdrowotnej i przyjętych w nim procedur. Nie posiada wiedzy pozwalającej na przedstawienie wszystkich aspektów prawnych i problemów jakie pojawiają się w innych podmiotach.

17. Dla prawidłowego przeprowadzenia zajęć niezbędna jest znajomość podstaw prawnych, najnowszych zmian w prawie, bieżącego orzecznictwa oraz praktycznych problemów występujących w różnych placówkach, o różnej strukturze i uwarunkowaniach zewnętrznych ze strony lokalnego środowiska

18. Jako jedną z treści przekazywanych w ramach modułu „informacja medyczna i bezpieczeństwo pacjenta” wymieniono „formalnoprprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy”. Jakkolwiek podnoszenie kwalifikacji przez lekarzy wpływa na poprawę bezpieczeństwa pacjenta, trafniejszym byłoby umieszczenie tego zakresu w punkcie 4 lit. c - praca w zespole POZ.

19. Brak jest wskazania dotyczącego formalnoprawnych aspektów dokumentowania przypadków przemocy. Należy umieścić odpowiednie zapisy dotyczące dokumentowania świadczeń w przypadku podejrzenia przypadków przemocy (zarówno czynnej, jak i zaniedbań) wobec pacjenta we wskazanym ustępie lub w pkt. 4 lit. b.

20. W procesie wsparcia ofiary przemocy, reakcja personelu medycznego ma kluczowe znaczenie dla jej życia, zdrowia i bezpieczeństwa. Z uwagi na sformalizowany proces dokumentowania i czas niezbędny do przygotowania dokumentacji, lekarze zazwyczaj niechętnie inicjują właściwe procedury. Ważne, by zwrócić uwagę na konieczność wypracowania odpowiednich rozwiązań wewnętrznych ułatwiających pracę lekarza i pokazać jak prowadzić dokumentację i jakie lekarz ma możliwości wsparcia ofiary przemocy.

21. Jakość i bezpieczeństwo świadczeń opieki zdrowotnej zostały umieszczone w planie kształcenia przed zagadnieniami niezbędnymi dla zrozumienia istoty jakości oraz standardów i przebiegu postępowania akredytacyjnego w POZ. Należy zatem zmienić kolejność zagadnień, umieszczając kwestie dotyczące jakości i bezpieczeństwa świadczeń opieki zdrowotnej jako ostatnie, podsumowujące zagadnienie.

22. Założono, że zajęcia z komunikacji będzie prowadził lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej. Trzeba dodać zapis:

Zajęcia w ramach części dotyczącej komunikacji lekarz -pacjent prowadzi osoba posiadająca tytuł zawodowy magistra psychologii oraz doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w wymiarze nie mniejszym niż 200 godzin dydaktycznych.

23. Z perspektywy doniosłej roli prawidłowej komunikacji z pacjentem, ale i zaangażowania psychologów w proces sprawowania opieki koordynowanej nad pacjentem i wypracowania modelu współpracy pomiędzy lekarzem POZ i jego zespołem a psychologiem i pacjentem, godnym rozważenia jest prowadzenie zajęć w ramach tego modułu przez doświadczonego psychologa.

24. Założono, że zajęcia z organizacji udzielania świadczeń w poz będzie prowadził lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej. Dodać zapis:

„Zajęcia w ramach części dotyczącej organizacji udzielania świadczeń w poz prowadzi osoba posiadająca tytuł zawodowy magistra prawa oraz doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego w wymiarze nie mniejszym niż 200 godzin dydaktycznych oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie obsługi prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej”.

25. Z uwagi na rolę lekarza w zespole POZ, konieczność przekazania szerokiej wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jako całości, ale przede wszystkim ciężącą na lekarzu poz odpowiedzialność prawną, niezbędne jest przekazanie wiedzy na temat prawnych ram funkcjonowania POZ, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej i odpowiedzialności przez prawnika posiadającego praktykę w obsłudze prawnej podmiotów udzielających świadczeń w POZ i doświadczenie w szkoleniu personelu medycznego. Tylko prowadzenie tej części szkolenia przez osobę o odpowiednich kwalifikacjach daje gwarancję zapewnienia bezpieczeństwa prawnego lekarzom udzielającym świadczeń w POZ. Warto zwrócić uwagę, że prawo pacjenta do dokumentacji medycznej oraz prawo pacjenta do świadczeń, od wielu lat znajdują się nieodmiennie w czołówce praw pacjenta naruszanych w stopniu znacznym. W toku kontroli prowadzonych przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia również stwierdza się liczne nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz wystawianiu recept. Szczególny charakter dokumentacji medycznej prowadzonej w POZ, obejmującej nieraz świadczenia udzielane pacjentowi przez całe życie, skłania do zwrócenia szczególnej uwagi na ten aspekt kształcenia lekarzy w ramach kursu.

26. Wykaz umiejętności praktycznych - Brakuje umiejętności, które lekarz nabył podczas pierwszej części kursu. Dodać pkt 11-13:

11) prawidłowego udokumentowania udzielonego świadczenia,

12) wskazania roli, jaką mogą odegrać pozostali członkowie zespołu poz w opiece nad pacjentem,

13) wskazania podmiotów, które mogą zostać zaangażowane w opiekę sprawowaną nad pacjentem.

27. Liczba godzin teoretycznych określona łącznie dla całego działu tematycznego Podstawowe informacje o opiece zdrowotnej w POZ z uwzględnieniem medycyny rodzinnej. Proponuje się doprecyzować:

„w tym 8 godzin dydaktycznych na realizację tematu komunikacja lekarz - pacjent i 16 godzin dydaktycznych na realizację tematu organizacja udzielania świadczeń w POZ”.

28. Z uwagi na zaproponowane wyodrębnienie zajęć prowadzonych przez prawnika i psychologa proponuje się doprecyzowanie liczby godzin przeznaczonych na poszczególne tematy.

29. Interesariusze zgłaszają też propozycję uzupełnienia projektu o praktyczne umiejętności i wiedzę z pogranicza medycyny sądowej, które powinny wchodzić w zakres kompetencji każdego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a których zabrakło w przesłanej do konsultacji wersji programu:

1) Zasady wypełniania karty zgonu (w ujęciu praktycznym) – gdyż obowiązujące wciąż przepisy obligują do tego, co do zasady, „lekarza leczącego pacjenta w ostatniej chorobie” .

2) Identyfikacja następstw patologii społecznych związanych z przestępstwami na tle seksualnym i użyciem przemocy, w tym szczególnie w stosunku do nieletnich.

3) Taktyka i zasady minimalizacji ryzyka zgłaszania roszczeń przez pacjentów w kontekście postępowań dotyczących oceny prawidłowości postępowania medycznego (tzw. błędów lekarskich).

30. Należy także zwrócić uwagę na praktyczne zagadnienia i problemy, które sprawiają wiele problemów nie tylko początkującym lekarzom, gdyż akademicki kurs medycyny sądowej w ramach studiów lekarskich jest z założenia teoretyczny (szczególnie po niedawnym ograniczeniu wymiaru godzinowego tych zajęć na większości uczelni) i nie obejmuje ćwiczeń w zakresie umiejętności radzenia sobie w specyficznych sytuacjach z pogranicza medycyny i stosowania prawa, typu śmierć pacjenta, konieczność oceny stanu zdrowia dla potrzeb procesowych, identyfikacji następstw zgwałceń, wykorzystywania seksualnego (w tym nieletnich) czy znęcania nad członkami rodziny, jak również wzrastającego stopnia zaskarżalności ze strony pacjentów w aspekcie podejrzenia popełnienia błędu medycznego.

31. Środowiska lekarskie zasadnie zgłaszają również, że w ramowym programie kursu większy nacisk powinien być położony na:

- 1) badania przesiewowe w różnych grupach podopiecznych lekarza POZ,
- 2) opiekę paliatywną ze szczególnym uwzględnieniem leczenia bólu u pacjentów nowotworowych.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projekt