



Nazwa instytucji

**Śląski Uniwersytet Medyczny w  
Katowicach**

Tytuł jednostki/Tytuł publikacji

**Biuletyn Informacyjny : Śląska Akademia Medyczna. R: 1993,  
Nr 5 Dodatek.**

Sygnatura/numer zespołu: **J-15282**

ISSN: **0867-7646**

Liczba stron oryginału

**16**

Liczba plików skanów

**16**

Liczba plików publikacji

**19**

Miejsce wydania oryginału

**Katowice**

Data wydania oryginału

**1993**

Projekt/Sponsor digitalizacji

**Digitalizacja zbiorów Biblioteki SUM z funduszy  
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w  
ramach środków finansowych na działalność  
upowszechniającą naukę.**



Udostępnianie publikacji cyfrowej/prawa własności

**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

Lokalizacja/pochodzenie oryginału

**Zbiory Biblioteki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Przekazano do repozytorium cyfrowego: **31.12.2014**



**Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego**

# ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA

---

ISSN 0867-7646



KSZTAŁCENIE LEKARZA RODZINNEGO

*B. Kozł. / Koord.*

## BIULETYN INFORMACYJNY

---

DWUMIESIĘCZNIK

ROK III

1993

Dodatek do nr 5

---

\$U  
\$M

**Opracowanie: prof. dr hab. Władysław Pierzchała  
dr n. med. Marcin Bujak**



## LEKARZ RODZINNY – NOWA JAKOŚĆ W OPIECE ZDROWOTNEJ

W większości krajów świata instytucja lekarza rodzinnego /LR/ jest tak bogata w tradycje, jak sama medycyna. Do początku lat pięćdziesiątych także w Polsce lekarz rodzinny stanowił podstawę systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Zinstytucjonalizowanie służby zdrowia wraz z przeniesiem zcentralizowanego, nakazowo-rozdzielczego systemu budżetowego także na opiekę zdrowotną zerwało kontakt lekarza z lokalną społecznością, tworząc anonimowe "przychodnie rejonowe", gdzie zespół specjalistów miał pełnić rolę lekarza pierwszego kontaktu. Naturalną konsekwencją tego systemu stało się zdeprecjonowanie roli lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrii, sprowadzonych do funkcji lekarzy pierwszego kontaktu; równocześnie system ten wymusił tworzenie bardzo wąskich podspecjalności medycznych. W świadomości społecznej ugruntował się pogląd, że specjalista internista jest synonimem lekarza ogólnego, a z jakimkolwiek problemem typowo internistycznym należy zwracać się do kardiologa, gastrologa, etc.

Nie dosyć, że takie podejście jest stosunkowo mało efektywne, gdyż skutecznie oducza myślenia specjalistów z danej dziedziny /zamiast konsultować przypadki skomplikowane, w większości zostali zmuszeni do zajmowania się działalnością czysto rutynową/, w dodatku mając jedynie sporadyczny kontakt z pacjentem nie zawsze byli w stanie właściwie ocenić zakresu koniecznej interwencji diagnostyczno-leczniczej. Na dodatek system taki, co jest oczywiste, jest wyjątkowo drogi.

### DEFINICJA LEKARZA RODZINNEGO

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia /WHO/ lekarz rodzinny to licencjonowany absolwent wydziału lekarskiego, który świadczy podstawową, a w razie potrzeby ciągłą opiekę medyczną osobom, rodzinom i całej objętej opieką populacji, bez względu na wiek, płeć i rodzaj schorzenia swoich pacjentów.

Lekarz rodzinny, w odróżnieniu od lekarza ogólnego, którego praktykę charakteryzuje szeroki zakres problemów medycznych, często niespecyficznych diagnostycznie i współwystępowanie kilku problemów zdrowotnych, definiowany jest przez zakres jego funkcji, obowiązków i odpowiedzialności. Do podstawowych funkcji zalicza się następujące:

- "wprowadzanie" pacjenta do całego systemu opieki zdrowotnej i koordynowanie jego poruszania się w tym systemie,
- kompleksową ocenę potrzeb zdrowotnych pacjenta i jego rodziny; przyjęcie odpowiedzialności za całościową i ciągłą opiekę zdrowotną nad pacjentem w kontekście jego środowiska społecznego.

Lekarz rodzinny realizuje swoje zawodowe zadania zarówno w gabinecie, jak i w domu pacjenta, a także w razie potrzeby w szpitalu, współpracując dla potrzeb pacjenta z innymi specjalistami. Musi wiedzieć, jak i kiedy działać na rzecz promocji zdrowia (i leczenia) swoich pacjentów i ich rodzin.

Lekarz rodzinny, jako jedyny z systemu opieki zdrowotnej ma największy udział w promowaniu zdrowia i profilaktyce różnych schorzeń. Oczekuje się od niego, oprócz wiedzy wyniesionej z uczelni, również umiejętności nawiązania kontaktów z różnymi osobami i instytucjami, umiejętności opracowania epidemiologicznego środowiska domowego i pracy, znajomości różnych zagrożeń i wskazania sposobów ich eliminacji lub złagodzenia skutków.

### Koncepcja lekarza rodzinnego w krajach Europy zachodniej

We Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Danii, Irlandii istnieją różne struktury i zasady funkcjonowania lekarza rodzinnego. Najbardziej znany jest system National Health Service w Wielkiej Brytanii. Jest on jednocześnie najbliższy uwarunkowaniom występującym w naszym kraju.

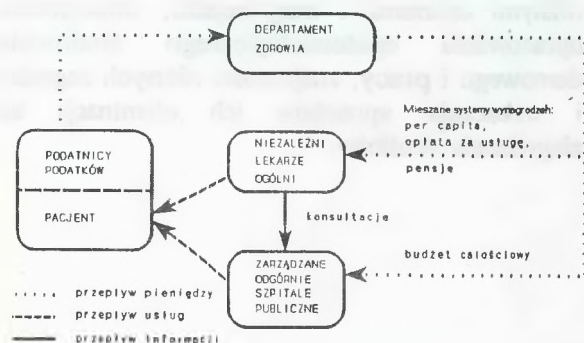
Wielka Brytania ma w dalszym ciągu system finansowania służby zdrowia zbliżony do systemu w Polsce: z budżetu centralnego wydzielany jest fundusz ochrony zdrowia, z którego finansowana jest działalność zamkniętych i otwartych publicznych placówek medycznych. National Health Service jest jedynym systemem zachodnioeuropejskim, który obejmuje wszystkich mieszkańców powszechną opieką zdrowotną, a z drugiej strony jedynym, w którym kolejki na wykonanie badania lub zabiegu sięgały lat.

W ubiegłym roku system ten został całkowicie zreformowany. Wprowadzenie reformy miało na celu:

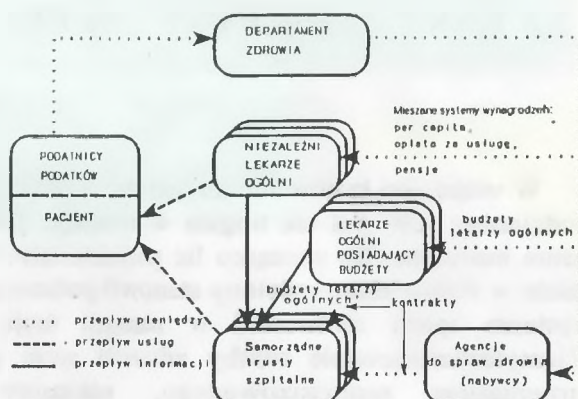
- zwiększenie efektywności alokacji środków finansowych,
- zwiększenie efektywności technologii
- poprawę jakości opieki poprzez lepszą reakcję na potrzeby odbiorców /pacjentów/.

Realizację tych założeń oparto na:

- wprowadzeniu konkurencyjnego, wewnętrznego rynku usług szpitalnych,
- powstaniu okręgowych Agencji d/s Zdrowia działających jako nabywca/kontraktator usług kupowanych w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej i pełniących nadzór merytoryczny i finansowy nad praktykami lekarzy rodzinnych,



Ryc.1. Narodowa Służba Zdrowia w Wielkiej Brytanii przed reformą



Ryc.2. Zreformowana Narodowa Służba Zdrowia w Wielkiej Brytanii

- kontraktacji praktyk grupowych posiadających wydzielony budżet na zabezpieczenie całości usług szpitalnych, ambulatoryjnych, diagnostycznych, konsultacyjnych, lekowych dla danej populacji.

Szczególnego wyjaśnienia wymaga zasada przyznawania praktykom LR obejmującym populację powyżej 9000 pacjentów własnego budżetu na prowadzenie praktyki, z którego finansowany jest określony zakres usług szpitalnych, oraz usługi podstawowej opieki zdrowotnej, np. pokrycie kosztów przepisanych leków. Usługi szpitalne obejmują ambulatoryjne konsultacje, badania diagnostyczne i opiekę stacjonarną dla około 100 nienagłych przypadków chorobowych, np. wszczepienie endoprotezy, czy usunięcie zączy (są to przypadki pozwalające na wybór miejsca i terminu leczenia).

Lekarze są finansowani w zależności od ilości osób objętych opieką (per capita - 'pogłowne'), ilości wykonanych świadczeń (fee for service - 'opłata za usługę') określonego rodzaju /np. szczepienia dzieci, oceny rozwoju psychomotorycznego, badania przesiewowe schorzeń narządu rodowego, drobne zabiegi/.



### Korzyści z modelu opieki zdrowotnej opartej na praktyce lekarza rodzinnego

Lekarz rodzinny wprowadzony w miejsce dotychczasowej przychodni rejonowej powinien połączyć kilka podstawowych sfer opieki zdrowotnej:

1. Opieka medyczna:
  - a/ Zapewnienie całościowej opieki medycznej nad rodziną, zwiększenie zaufania rodziny do "swojego" lekarza.
  - b/ Zapewnienie opieki całodobowej.
  - c/ Sterowanie poruszaniem się pacjenta w systemie służby zdrowia poprzez kontrakty z wybranymi placówkami specjalistycznej służby zdrowia świadczącej usługi opieki stacjonarnej, badań specjalistycznych i konsultacji (funkcja przewodnika po systemie).
  - d/ Utrzymanie pełnej dokumentacji medycznej osób objętych opieką.
2. Profilaktyka:
  - a/ Wprowadzanie mechanizmów zachowań prozdrowotnych.
  - b/ Badania przesiewowe, szczepienia ochronne.
  - c/ Ocena zagrożeń epidemiologicznych.
3. Finansowa:
  - a/ Funkcja "strażnika bramy" dla systemu opieki zdrowotnej; bezpośrednio decyduje o konieczności korzystania ze specjalistycznych usług medycznych.
  - b/ Zwiększenie efektywności wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na opiekę podstawową.
  - c/ Ociążenie zespołów Pogotowia Ratunkowego.
4. Integracyjna:
  - a/ Bezpośrednia łączność i współpraca ze służbami środowiskowymi: położną, pielęgniarką środowiskową, fizjoterapeutą, psychologiem.
  - b/ Bezpośredni kontakt ze służbami pomocy społecznej: znaczne zwiększenie efektywności wykorzystania środków finansowych z pionu opieki społecznej.

### KSZTALCENIE LEKARZA RODZINNEGO W POLSCE

Na podstawie raportów ekspertów europejskich MZiOŚ podjęło się opracowania projektu systemu kształcenia lekarza rodzinnego. Powołane "Kolegium Lekarzy Rodzinnych" włożyło ogromny wysiłek w dobór i zaadaptowanie obowiązujących w Europie modeli kształcenia LR do polskich warunków. Dokumenty przygotowane przez Kolegium zostały zaaprobowane przez MZiOŚ dając podstawy prawne nowej specjalizacji medycznej.

#### Specjalizacja w zakresie medycyny rodzinnej

Wprowadzona zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 października 1993 nowa specjalizacja jest specjalizacją jednostopniową i kończy się egzaminem specjalizacyjnym. Po zdaniu egzaminu lekarzowi przysługuje tytuł "LEKARZ RODZINNY".

Kształcenie będzie się odbywać w ramach etatów szkoleniowych, zwanych rezydenturami. W okresie przejściowym istnieje możliwość korzystania z "szybkiej ścieżki" trybu skróconego.

#### Kompetencje lekarza rodzinnego w Polsce

Zakres kompetencji lekarza rodzinnego określony jest przez wytyczne Departamentu Nauki i Kształcenia MZiOŚ z 1992 r.

#### Umiejętności praktyczne LR

W zakresie opieki nad dorosłymi:

Badanie per rectum  
Badanie gruczołu krokowego  
Badanie anoskopowe i rektoskopowe  
Oscylometria, badanie naczyń tętniczych i żylnych  
Wykonywanie znieczulenia miejscowego  
Opracowanie i szycie małej rany  
Nakłucie i nacięcie ropnia i zanokcicy  
Postępowanie w czyrakach, ropowicy, róży  
Wenesekcja  
Usuwanie paznokci  
Wykonanie blokady  
Nakłucie jamy stawowej  
Badanie palpacyjne sutka  
Cewnikowanie pęcherza moczowego  
Zgłębnikowanie żołądka i dwunastnicy  
Zakładanie sondy odbarczającej  
Odbarczające nakłucie jamy brzusznej

Odbarczające nakłucie jamy opłucnowej  
Toaleta skóry i śluzówek u chorych leżących  
Odsysanie drzewa oskrzelowego  
Płukanie żołądka  
Wklucie dożylnie i dotętnicze  
Pobieranie materiału do badań cytologicznych i histopatologicznych  
Pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych i mykologicznych  
Wykonanie i interpretacja badania EKG  
Wykonanie i interpretacja próby tuberkulinowej  
Wykonanie i interpretacja testów skórnych  
Odsysanie drzewa oskrzelowego  
Płukanie żołądka  
Inhalacje  
Upust krwi  
Zabezpieczanie materiału do badań w przypadkach ostrych zatruc  
Leczenie zabiegowe czyraków, róży  
Wziernikowanie nosa, gardła, ucha i krtani  
Wykonanie tamponady nosa  
Usuwanie ciał obcych z rzewodów słuchowych i nosowych  
Płukanie ucha zewnętrznego  
Ocena słuchu  
Ocena zdjęć rtg zatok  
Konikotomia  
Badanie neurologiczne  
Ocena dna oka  
Resuscytacja oddechowo-krażeniowa  
Defibrylacja  
Tlenoterapia  
Intubacja dotchawicza  
Odwracanie powieki górnej  
Usuwanie ciał obcych z worka spojówkowego  
Badanie ostrości wzroku  
Wykonanie testów na obecność choroby zezowej  
Badanie pola widzenia  
Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego  
Badanie czynności plamki żółtej testem Amslera  
Badanie widzenia barwnego  
Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym  
Terapia rodzinna  
Rozpoznawanie zaburzeń psychicznych

Postępowanie w relacji lekarz-pacjent, rodzina, chory umierający, chory uzależniony, przewlekle chory lub upośledzony umysłowo  
Podstawy psychoterapii  
Leczenie nerwic  
Rehabilitacja pozawałowa  
Rehabilitacja wady postawy u dzieci  
Wskazania do stosowania różnych metod rehabilitacji: masaż, fizykoterapia, fizjoterapia, leczenie polem elektrycznym i magnetycznym, ultradźwięki, elektrostymulacja, laseropunktura, akupunktura, kąpiele borowinowe, etc  
Rehabilitacja po urazach narządu ruchu  
Rehabilitacja w chorobach zwyrodnieniowych i zapalnych układu ruchu  
Rehabilitacja neurologiczna - niedowład połowiczny, para- i tetraplegia  
Rehabilitacja po dużych zabiegach operacyjnych  
Odpowiedni dobór zaopatrzenia ortopedycznego

W zakresie opieki nad kobietą i noworodkiem:  
Odebranie porodu fizjologicznego  
Badanie ginekologiczne dwuręczne, per vaginam i per rectum  
Badanie ginekologiczne we wziernikach  
Badanie położnicze ciężarnej i płodu  
Pobieranie wymazów z pochwy  
Testy ciążowe  
Badanie palpacyjne sutków  
Ocena noworodka w skalach Apgar, Silvermana, Maliny, centylowa  
Nacięcie i szycie krocza oraz poporodowa kontrola jamy macicy  
Ocena budowy miednicy kostnej  
Ocena przebiegu porodu powikłanego  
Ocena krwawienia podczas porodu  
Opieka nad noworodkiem normalnym i dystroficznym

W zakresie dzieci dodatkowo:  
Odrębności rtg wieku rozwojowego  
Przygotowywanie chorych do badań endoskopowych i rtg jamy brzusznej  
Ocena rozwoju psychofizycznego dziecka  
Organizacja i wykonywanie szczepień



### Zakres działań diagnostycznych i terapeutycznych

W zakresie kompetencji lekarz rodzinny powinien działać na 3 poziomach:

1. Poziom pierwszy stanowią procedury diagnostyczne i lecznicze które prowadzić powinien sam, w obrębie własnej praktyki.
2. Drugą grupę stanowią procedury, których stosowanie może/powinno być konsultowane ze specjalistą z odpowiedniej dziedziny.
3. Trzecia grupa procedur zarezerwowana jest wyłącznie dla specjalistów poszczególnych dziedzin.

Procedury diagnostyczne poziomu pierwszego i drugiego dostępne są bez ograniczeń dla lekarza rodzinnego. Należą do nich:

- badania krwi, moczu i kału:  
morfologia, rozmaz, OB, poziom białka, elektrolitów, kreatyniny, mocznika, glukozy, cholesterolu, białka, badania enzymatyczne, ogólne moczu, kału na krew utajoną,
- badania serologiczne,
- radiologiczne:  
klatki piersiowej, jamy brzusznej, układu kostno-stawowego, zatok obocznych nosa,
- USG jamy brzusznej, tarczycy,
- EEG, EKG spoczynkowe i wysiłkowe,
- spirometria,
- badania endoskopowe.

### SZKOLENIE W TRYBIE REZYDENCKIM

#### Zasady kwalifikacji

Każdy lekarz posiadający dyplom może zgłosić akces do takiego szkolenia. Rocznie przewiduje się ok. 350 etatów szkoleniowych lekarza rodzinnego w skali kraju. Kwalifikacji na kolejne szkolenia dokonują akredytowane ośrodki szkolenia.

#### Zasady odbywania specjalizacji etatowej

Osoby zakwalifikowane do programu specjalizacji są zatrudniane w ramach etatów szkoleniowych (rezydentur) na podstawie umowy o pracę na czas określony. Wykluczona jest równoczesna praca na innym etacie.

Podstawowy cykl szkolenia wynosi 3 lata, z tym, że dla posiadaczy specjalizacji I° w zakresie pediatrii lub chorób wewnętrznych czas specjalizacji skraca się do 2 lat, a dla osób bez stażu podyplomowego wydłuża się do 4 lat.

Docelowo kadre szkolącą stanowić będą głównie specjaliści medycyny rodzinnej; w okresie przejściowym szkolenie będzie bazować na wysoce kompetentnych specjalistach z poszczególnych dziedzin, posiadających duże doświadczenie dydaktyczne.

### SZKOLENIE W TRYBIE SKRÓCONYM

Idea trybu skróconego została zaszczerpiona na nasz grunt przez ekspertów zachodnioeuropejskich zgrupowanych w programach Banku Światowego i PHARE dla pomocy w reformowaniu polskiego systemu służby zdrowia.

Programy te, początkowo prowadzone odrębnie, a następnie skoordynowane i przekazane pod egidę PHARE zakładają wieloetapowość szkolenia lekarza rodzinnego w Polsce:

Pierwszym krokiem jest przeszkolenie pewnej grupy lekarzy z ośrodków akademickich w krajach zachodnioeuropejskich.



Kształcenie w trybie skróconym oparte będzie o Regionalne Ośrodki Kształcenia działające przy uczelniach medycznych.

#### Zasady kwalifikacji

Zgłoszenia i proces kwalifikacji wszystkich lekarzy pragnących skorzystać z "szybkiej ścieżki" specjalizacyjnej zgodnie z zarządzeniem MZiOŚ musi zakończyć się w I półroczu przyszłego roku.

W odróżnieniu od trybu rezydentur, kryteria uczestnictwa w programie skróconym są dokładnie sprecyzowane:

1. Grupa pierwsza:

- wiek nie przekracza 35 lat,
- staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej /poz/ co najmniej 4 lata,
- posiadanie specjalizacji I<sup>o</sup>,
- posiadana specjalizacja z medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii,
- posiadanie rekomendacji od przełożonego lub nadzoru merytorycznego.

2. Grupa II:

- bez limitu wieku,
- staż pracy w poz co najmniej 10 lat,
- posiadanie specjalizacji II<sup>o</sup>,
- posiadana specjalizacja z medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii,
- posiadanie rekomendacji od przełożonego lub nadzoru merytorycznego.

3. Grupa III:

Inni lekarze w przypadku niespełnienia tylko jednego z przedstawionych wyżej warunków, o ile w ich przypadku pozytywną decyzję podejmie Zarząd Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Kandydaci spełniający powyższe kryteria będą kwalifikowani na podstawie centralnego testu ewaluacyjnego.

#### Zasady odbywania specjalizacji w trybie skróconym

Cały proces kształcenia, w odróżnieniu od trybu rezydenckiego będzie odbywał się na zasadzie oddelegowania, nie są przewidziane etaty. Szkolenie w tym trybie ma charakter zindywidualizowany i jest dostosowane do posiadanych kwalifikacji i umiejętności lekarzy zgłaszających akces do tego trybu kształcenia.

Jednostkami organizującymi i koordynującymi kształcenie w tym trybie są Regionalne Ośrodki Kształcenia /ROK/, działające przy uczelniach medycznych.

## KSZTAŁCENIE LEKARZA RODZINNEGO W ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

### Tryb rezydencki

Szkolenie lekarza rodzinnego w trybie etatowym jest koordynowane przez Pracownię Medycyny Rodzinnej Kolegium Szkoleń Podyplomowych, zlokalizowaną w Szpitalu Klinicznym nr 1 w Zabrze.

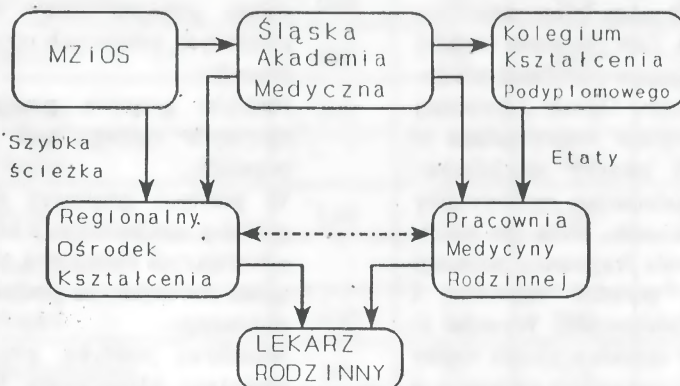
Podstawowy cykl szkolenia obejmować będzie w systemie 3-letnim:

- Szkolenie szpitalne (w oddziałach szpitalnych, izbach przyjęć, ambulatoriach, pracowniach diagnostycznych).
- Szkolenie w jednostkach pomocy doraźnej.
- Szkolenie w jednostkach otwartej opieki zdrowotnej (w poradniach ogólnych, specjalistycznych, wiejskich ośrodkach zdrowia). W przyszłości ta część szkolenia odbywać się będzie w praktykach lekarzy rodzinnych.
- Szkolenie w ośrodkach pomocy społecznej.
- Szkolenie w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.
- Kursy doskonalące.

Szkolenie obejmie 25 lekarzy i rozpocznie się 15 grudnia 1993.

Rozkład zajęć przedstawiony jest w tabeli 1.

Dziennie planowane jest 5 godzin zajęć praktycznych i 2 godziny teorii. Dodatkowym elementem szkolenia będą 16-godzinne dyżury lekarskie pełnione w oddziałach szpitalnych (44 dyżury towarzyszące w roku).



Ryc.3. Schemat kształcenia LR w ŚL.A.M.

### Tryb skrócony

Kształcenie w trybie skróconym oparto o Regionalny Ośrodek Kształcenia /ROK/, powołany Zarządzeniem Rektora Śląskiej Akademii Medycznej, zlokalizowany w Państwowym Szpitalu Klinicznym im. A. Mieleckiego w Katowicach.

ROK w Katowicach będzie koordynował kształcenie LR w trybie skróconym w regionie oddziaływania uczelni, w województwach: katowickim, częstochowskim, bielskim, opolskim.

Szkolenie w roku 1994/95 obejmie 24 lekarzy, a w latach następnych obejmie po 30 lekarzy. Czas trwania szkolenia stanowi okres 6 miesięcy - od 1 października do 31 marca (25 tygodni) dla internistów, pediatrów i ginekologów; dla chirurgów będzie wydłużone o dodatkowe 2 tygodnie.

Zakres szkolenia jest zróżnicowany w zależności od wyjściowej specjalizacji lekarza w nim uczestniczącego.

W roku 1995/95 szkolenie będzie odbywać się w klinikach, poradniach przyklinicznych, miejskich oraz w ROK. W latach następnych zajęcia ambulatoryjne odbywać się będą w praktykach lekarzy rodzinnych.

Zaplanowano 6 godzin praktyki i 3 godziny zajęć teoretycznych dziennie.

Rozkład zajęć przedstawiony jest w tabeli 2.



### Założenia grupowej praktyki lekarza rodzinnego

Lekarz rodzinny musi mieć również jasno określone perspektywy dalszej pracy. Na terenach wiejskich sytuacja jest oczywista: dotychczasowe wiejskie ośrodki zdrowia bez żadnych kłopotów mogą przekształcić się w praktykę lekarza rodzinnego. Zdecydowanie bardziej skomplikowana sytuacja występuje w ośrodkach wielkomiejskich. W strukturze Zespołów Opieki Zdrowotnej trudno będzie zrealizować wariant współlistnienia w jednej przychodni rejonowej lekarzy specjalistów, którzy łącznie z lekarzem rodzinnym sprawowaliby opiekę nad tą samą populacją osób. Brak jest możliwości sztucznego wyodrębnienia fragmentu populacji objętej obszarem działania poradni rejonowej i "przypisania" jej lekarzowi rodzinemu. Wywołać to może opór nie tylko struktur organizacyjnych służby zdrowia /ZOZ-ów/, ale przede wszystkim pacjentów w danym rejonie.

Wydaje się, że jedynym logicznym rozwiązaniem jest tworzenie grupowych praktyk lekarzy rodzinnych, opartych na publicznych, bądź niepublicznych placówkach, realizujących zadania opieki zdrowotnej nad określoną dzielnicą czy jej fragmentem w ramach zadań zleconych przez lekarza wojewódzkiego/powiatowego/gminnego w systemie kontraktacji usług, bądź w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych (po jego ustawowym wprowadzeniu).

Śląska Akademia Medyczna przewiduje utworzenie siłami absolwentów I kursu szkolenia "szybką ścieżką" 3 wielkomiejskich modelowych praktyk grupowych, spełniających następujące kryteria:

- Każda praktyka liczy co najmniej 4 lekarzy rodzinnych, pełniących rotacyjnie całodobowe dyżury lekarskie.
- Praktyka grupowa przejmując w ramach zadań zleconych opiekę nad wydzieloną terytorialnie populacją.
- W praktyce grupowej mogą być zlokalizowane gabinety specjalistów z innych dziedzin medycyny, udzielających świadczeń specjalistycznych w ramach zadań zleconych, na podstawie skierowań od lekarza rodzinnego.
- Modelowa praktyka grupowa jest powiązana ze szpitalami klinicznymi Śląskiej AM w zakresie udzielania świadczeń opieki stacjonarnej.
- Modelowe wielkomiejskie praktyki grupowe pełnią równocześnie funkcję ośrodków dydaktycznych dla lekarzy kształcących się w medycynie rodzinnej, zarówno w trybie rezydenckim, jak i "szybką ścieżką".



PRZEDMIOT	ROK I		ROK II		ROK III	
	prakt.	teoret.	prakt.	teoret.	prakt.	teoret.
Choroby wewnętrzne	300	100	340	60	290	40
Pediatrica	300	120	340	80	280	
Położnictwo	200	80				
Ginekologia			100	40		
Chirurgia	150	60	150	60		
Choroby zakaźne					50	20
Neurologia	100	40	100	40		
Psychiatria i psychologia	50	20	50	20	70	
Laryngologia			100	40	70	
Okulistyka					100	40
Dermatologia					50	20
Stomatologia					25	10
Rehabilitacja					100	40
Radiologia	50	20				
Analityka	50	20				
San-Epid					25	10
Transfuzjologia					25	10
Opieka społeczna					75	30
Zajęcia fakultatywne			140		280	
Inne		20		20		20
RAZEM	1200	480	1320	360	1440	240

Tab.1. Rozkład zajęć w kolejnych latach kształcenia w systemie etatowym

PRZEDMIOT	TYG.	INTERNIŚCI		PEDIATRZY		CHIRURDZY		GINEKOLODZY	
		Prakt.	Teoret.	Prakt.	Teoret.	Prakt.	Teoret.	Prakt.	Teoret.
Choroby wewnętrzne	5	0	0	150	69	150	69	150	69
Pediatrica	5	150	57	0	0	150	57	150	57
Położnictwo	1	30	15	30	15	30	15	0	0
Ginekologia	1	30	15	30	15	30	15	0	0
Chirurgia	3	90	33	90	33	0	0	0	0
Rehabilitacja	2	60	30	60	30	60	30	60	30
Choroby zakaźne	1	30	9	30	9	30	9	30	9
Intensywna terapia	1	30	15	30	15	30	15	30	15
Neurologia	1	30	15	30	15	30	15	30	15
Otorinolaryngologia	1	30	6	30	6	30	6	30	6
Okulistyka	1	30	15	30	15	30	15	30	15
Psychiatria i psychologia	2	60	30	60	30	60	30	60	30
Dermatologia	1	30	12	30	12	30	12	30	12
Inne	5	150	105	150	105	150	105	150	105
Fakultatywne			43		31		37		37
RAZEM		750	400	750	400	810	430	750	400

Tab.2. Rozkład zajęć w kolejnych latach kształcenia w systemie skróconym

Inne zajęcia obejmują:

- informatykę medyczną
- pierwszą pomoc
- ostre zatrucia
- pomoc społeczną
- działalność poradni wychowawczo-zawodowej
- analitykę lekarską
- stomatologię
- trening interpersonalny i autogeny
- promocję zdrowia

- seksuologia i planowanie rodziny
- orzecznictwo lekarskie
- prowadzenie dokumentacji medycznej
- organizację i ekonomię pracy lekarza rodzinnego
- ekonomikę ochrony zdrowia
- dydaktykę
- etykę lekarską i odpowiedzialność prawną
- zapewnienie jakości opieki zdrowotnej (quality assurance) w medycynie rodzinnej
- ostre zatrucia

## **Śląska Akademia Medyczna**

**zaprasza wszystkich zainteresowanych na**

### **spotkanie promocyjne kształcenia lekarza rodzinnego,**

**które odbędzie się  
dnia 29 listopada 1993 roku o godzinie 12,00**

**w Sali Wykładowej im. prof. J.Szaflarskiego**

**Wydziału Lekarskiego w Katowicach**

**Katowice-Ligota, ul.Medyków 18, budynek D-4**



## WYMAGANE DOKUMENTY

## TRYB REZYDENCKI

Dokumenty należy składać na adres:

**Śląska Akademia Medyczna  
Pracownia Medycyny Rodzinnej  
ul. Powstańców 15  
Katowice**

Obowiązują następujące dokumenty:

1. Podanie /z określeniem ośrodka (katowicki czy zabrzański).
2. Formularz zgłoszenia.
3. Odpis dyplomu lekarza.
4. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (lub o odbyciu stażu podyplomowego).
5. Curriculum vitae.
6. Referencje /np. opinie z ośrodków, gdzie odbywano staż podyplomowy/.
7. Zaświadczenie o średniej ocen za okres studiów /o ile aplikant ukończył inną uczelnię, niż Śl.A.M./.
8. Zgoda aktualnego pracodawcy na rozwiązanie stosunku pracy w trybie porozumienia stron.

Termin składania dokumentów upływa w dniu  
**6 grudnia 1993.**

Ogłoszenie wyników kwalifikacji nastąpi w dniu  
**10 grudnia 1993.**

## TRYB SKRÓCONY

Dokumenty należy składać na adres:

**Śląska Akademia Medyczna  
Regionalny Ośrodek Kształcenia  
ul. Powstańców 15  
Katowice**

Obowiązują następujące dokumenty:

1. Podanie.
2. Formularz zgłoszenia.
3. Odpisy dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu.
4. Curriculum vitae.
5. Referencje.

Curriculum vitae winno zawierać:

1. Dane osobowe (imię, nazwisko, nr PESEL, datę i miejsce urodzenia, adres domowy, pracy, numery telefonów).
2. Wykształcenie (szkoła średnia, studia, dyplom lekarza, stopnie naukowe).
3. Przebieg pracy zawodowej /ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej/ (miejsce pracy, stanowisko, czasokres, praca w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej).
4. Doświadczenie zawodowe (staż podyplomowy, specjalizacja, zakres działalności, specyfika jednostek zatrudniających, kursy i staże [miejsce, czasokres]).
5. Doświadczenie dydaktyczne.
6. Doświadczenie naukowe.
  - A. Udział w programach badawczych.
  - B. Dorobek naukowy (najważniejsze publikacje, wystąpienia zjazdowe).
7. Doświadczenie organizacyjne.
8. Członkostwo w stowarzyszeniach zawodowych i pełnione funkcje.
9. Znajomość języków obcych bierna i czynna (płynna, dość dobra, słaba).
10. Inna działalność medyczna.
11. Działalność i doświadczenie pozamedyczne.



