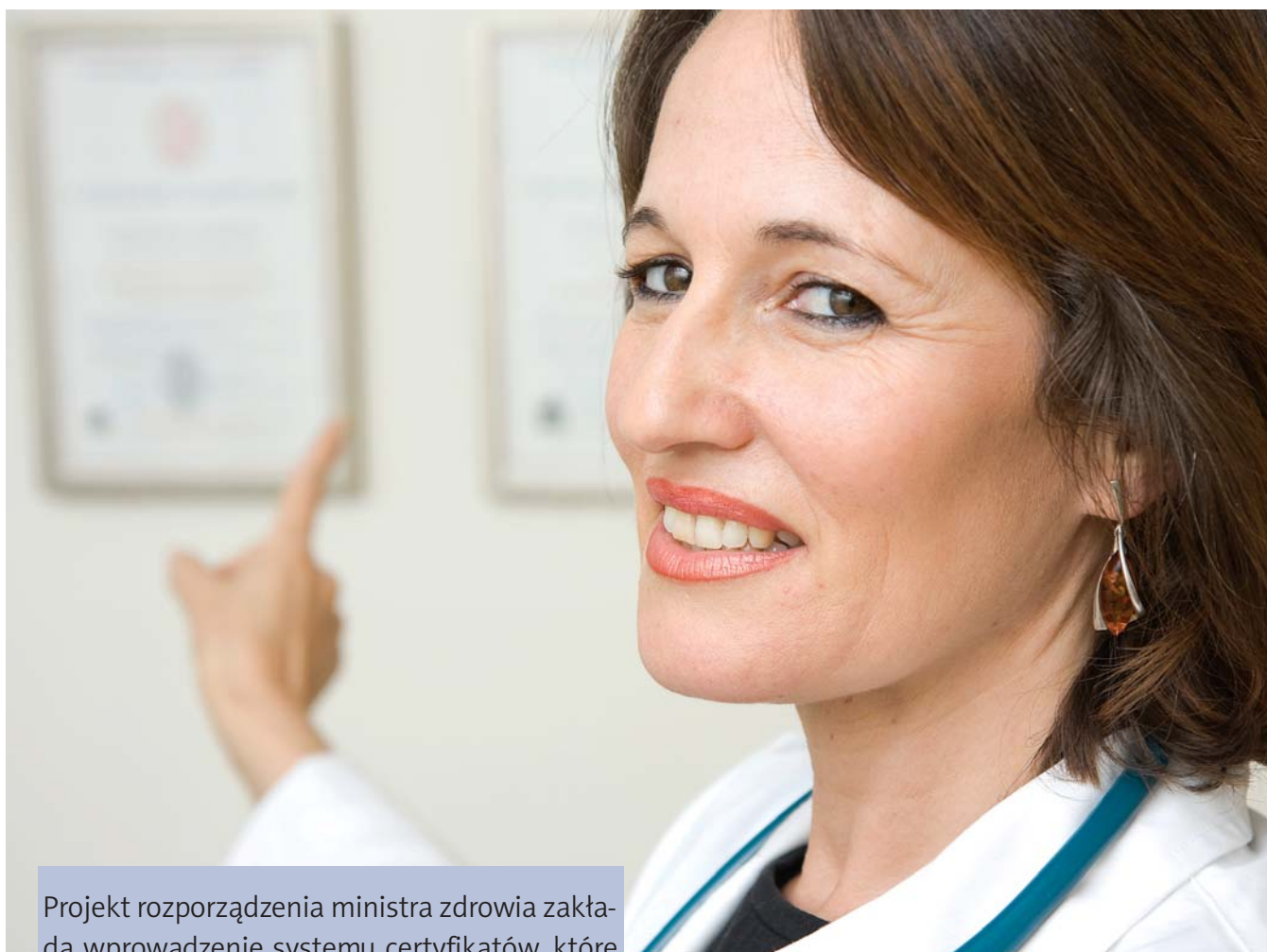


O certyfikatach lekarskich, pomocnikach lekarzy i dostępie do lekarzy specjalistów

Lekarze z certyfikatami

Jarosław J. Fedorowski



for. iStockphoto

Projekt rozporządzenia ministra zdrowia zakłada wprowadzenie systemu certyfikatów, które mają stanowić potwierdzenie uzyskania przez lekarzy określonych szczegółowych umiejętności o charakterze medyczno-technologicznym i pomóc w rozwiązaniu problemu niedoboru specjalistów. Bo choć nie mamy zbyt niskiego wskaźnika liczby lekarzy w porównaniu z innymi krajami, odczuwamy niedobór specjalistów.

Zasadniczą rolę w kwestii liczby specjalistów odgrywają jednak, moim zdaniem, trzy sprawy – dwie typowe dla Polski i jedna spotykana w innych krajach. Nasze sprawy to astronomicznie duża liczba specjalizacji i nadmierne wymagania NFZ, jeśli chodzi o zapewnienie określonej liczby i profilu lekarzy specjalistów przez jednostki ochrony zdrowia.

Problemem międzynarodowym jest nierównomierne rozmieszczenie geograficzne lekarzy. Według najnowszej, świeżutkiej statystyki (3 sierpnia 2010 r.)

opublikowanej przez Naczelną Izbę Lekarską (www.nil.org.pl) w Polsce wykonuje zawód 120 938 lekarzy medycyny, co daje wskaźnik tzw. gęstości lekarzy wynoszący 32 na 10 000 populacji. Według oficjalnych danych WHO, w Czechach i Danii wskaźnik ten wynosi 36, w Wielkiej Brytanii 23, w USA 26, w Niemczech i Francji 34, w Chorwacji 25, Hiszpanii 33, a w Szwajcarii 40. W tabelach wskaźnika gęstości lekarzy przoduje Kuba (59), a ostatnie miejsce należy do Zambii (1,2). Podane wskaźniki pochodzą z drugiej połowy pierwszej dekady XXI w., ale choć są z różnych lat, stanowią dobrą bazę porównawczą dla naszych rozważań.

Specjaliści od jednej choroby

Pod wpływem określonych grup lekarskich dążących do zmonopolizowania czy też wyniszczania określonego rynku usług medycznych doszło w Polsce do eksplozji specjalności lekarskich, eksplozji na skalę niespotykaną. Jako kardiologowie, włos mi się jeży na głowie, gdy dowiaduję się, że nadciśnienie tętnicze najlepiej leczy kolega nadciśnieniolog, który oficjalnie nazywany jest dumnie hipertensjologiem. Myślę, że podobne odczucie mają także koleldzy nefrolodzy. Podobnie jest z diabetologami – jakby interniści, nie mówiąc już o endokrynologach, nie mogli z powodzeniem leczyć pacjentów z cukrzycą, jak to jest przyjęte w wielu cywilizowanych krajach. Są u nas takie specjalności, których główną cechą jest fakt, że do takiego lekarza trudno się dostać, jak np. ginekolog endokrynolog. Bo niby dlaczego zwykły endokrynolog nie miałby się zajmować zaburzeniami hormonalnymi kobiet. Mamy też specjalizację z medycyny paliatywnej (świetne pole do popisu dla internistów niepaliatywnych), medycyny transportu (może chodzi o miłośników motoryzacji, do których wielu lekarzy się zalicza), oświaty zdrowotnej (!), angiologii (to taki internista od naczyń, ale już nie naczyń serca, nerek ani mózgu) oraz wreszcie lekarzy specjalistów diagnostyki laboratoryjnej. W zestawieniu NIL z 3 sierpnia 2010 r. figuruje aż 78 specjalności lekarskich i 7 stomatologicznych. W większości krajów europejskich oraz w Ameryce Północnej specjalności lekarskich jest prawie dwa razy mniej.

Nasz NFZ, kierując się oficjalnie dążeniem do zapewnienia jak najlepszej, oczywiście specjalistycznej, opieki medycznej, stawia stosowne do liczby specjalności, choć niestosowne do zdrowego rozsądku i norm międzynarodowych, wymagania zakładom ochrony zdrowia. Tak więc problem się rozrasta, a media to potęgują, trąbiąc o niedoborze np. diabetologów, co powoduje niepokój np. u pacjentów z cukrzycą, którzy nie leczą się u diabetologa i zaczynają się zastanawiać nad kompetencjami swojego dotychczasowego lekarza.

Certyfikaty umiejętności

Po pierwsze, powinniśmy radykalnie zmniejszyć liczbę specjalności, ale co zrobić z tymi lekarzami, którzy często w dobrej wierze uzyskali swoje hiperspecjalizacje. Można by się pokusić o przeniesienie ich do praktyki drugiej opinii, aby pełnili funkcję wyłącznie konsultacyjną w swojej hiperspecjalizacji, praktykując jednocześnie w swojej specjalizacji podstawowej (o ile jeszcze potrafią!). Projekt rządowy zakłada wprowadzenie certyfikatów dla 56 umiejętności. Szkolenie ma trwać nawet 2 lata, a opłata za egzamin ma wynieść 800 zł. Planowany czas wejścia ustawy w życie to połowa 2011 r. Certyfikaty mają dotyczyć przede wszystkim umiejętności o charakterze diagnostycznym (np. USG) oraz procedur specjalistycznych (np. endoskopia). Zamierzeniem pomysłodawców uchwały jest, mam nadzieję, uznawanie tych certyfikatów przez NFZ jako podstawy do zapłaty za wykonane



„ W Polsce na 10 000 osób przypada 32 lekarzy. W Wielkiej Brytanii 23, w USA 26, w Niemczech i Francji 34 „

świadczenia. W odrębnych rozporządzeniach minister zdrowia ma określić katalog specjalizacji, których uzyskanie będzie równoważne z uzyskaniem umiejętności objętych certyfikacją.

Model amerykański

Rozwiązanie to przypomina mi trochę stosowany w szpitalach amerykańskich system akredytacji. Polega on na określeniu trzech poziomów umiejętności lekarskich dla danej specjalizacji. Pierwszy poziom, tzw. *core* (umiejętności podstawowe), to zespół umiejętności typowych dla lekarza, który uzyskał specjalizację. Na przykład dla amerykańskiego internisty oznaczać to będzie umiejętność, ale i uprawnienie do wykonywania nakłucia jamy płucnej czy zakładania wkłuc centralnych. Drugi poziom, tzw. *additional*, oznacza dodatkowe umiejętności z zakresu posiadanej specjalizacji ogólnej lub jej podspecjalizacji. Dla amerykańskiego internisty oznaczać to może np. umiejętność wykonywania (interpretacji) próby wysiłkowej czy interpretacji badania echokardiograficznego, które wykonuje technik. Trzeci poziom to tzw. *special*, czyli umiejętności poza posiadaną specjalizacją. Na przykład dla internisty może on obejmować umiejętność wykonywania zabiegów małej chirurgii czy szycia ran

powierzchnych. W systemie amerykańskim nie ma certyfikatów umiejętności dla lekarzy niemających specjalizacji, oni muszą wszystkie czynności wykonywać pod nadzorem, który jednak może być czasem pośredni. Poza tym wiele czynności o charakterze technicznym wykonują tam specjalnie przeszkoleni technicy medyczni. W systemie brytyjskim, charakteryzującym się, podobnie jak nasz, nadmiernie długim okresem specjalizacji (zazwyczaj ponad 5 lat), brakuje certyfikacji, a lekarze pracują w systemie hierarchicznym, z każdym rokiem poszerzając swoje umiejętności. Wykonują je pod pośrednim nadzorem konsultanta, a młodszy pod bezpośrednim nadzorem starszego lekarza, który jest jeszcze w trakcie specjalizacji. Tam także wiele procedur (np. badanie echokardiograficzne) z powodzeniem wykonują, a nawet interpretują specjalnie przeszkoleni i certyfikowani technicy.

Ułatwienie czy komplikacja

Moim zdaniem, wprowadzenie certyfikatów skomplikuje słabo zorganizowany system szkolenia podplomowego, a zorganizowanie egzaminów i akredytacji jednostek szkolących będzie nie lada wyzwaniem dla naszego systemu ochrony zdrowia. Nie słyszałem, aby planowano możliwość zdawania egzaminów w trybie online, a przynajmniej w centrach komputerowych, wiele razy w roku. Znosi się na masówkę



„ Mamy specjalistów nawet od medycyny transportu. Czy chodzi tu miłośników motoryzacji, do których wielu lekarzy się zalicza? Bo jeżeli nie, to o co? „

z egzaminami w tradycyjnym, przestarzałym stylu przed obliczem CEM. System certyfikatów może skutecznie zahamować rozwój tak potrzebnych zawodów techników czy technologów medycznych. A tutaj właśnie widzę możliwość radykalnej poprawy dostępności do lekarza specjalisty. Powinniśmy, ze względu na szybką technicyzację medycyny, jak najprędzej opracować program studiów licencjackich dla zainteresowanych pracą z nowoczesną technologią w ochronie zdrowia.

Technik echokardiografii

Wystarczy dobre, minimum dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu, pozwalające na wykonywanie badań echokardiograficznych przez klatkę piersiową. Interpretacją obrazów uzyskanych zgodnie ze standardem przez technika zajmuje się lekarz kardiolog, tak-

że przy wykorzystaniu narzędzi telemedycznych. Efektem będzie znacznie efektywniejsze wykorzystanie czasu lekarza, poprawa dostępu oraz umożliwienie wykorzystania nowoczesnej technologii przesyłu obrazów na odległość, w tym dokumentacja filmowa wszystkich wykonywanych badań (obecnie nieprowadzona). Dodatkowo ułatwiony będzie dostęp do wyników.

Technik terapii oddechowej

Dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu pozwoli na sprawne obsługiwanie urządzeń wentylacji mechanicznej (respiratory), nieinwazyjnego wspomaganie oddechu (BIPAP), wszelkiego rodzaju nebulizatorów, pobierania krwi na badania gazometryczne, podawania tlenu oraz nawet intubacji dotchawiczej w nagłych przypadkach. Efektem będzie znacznie bardziej efektywne wykorzystanie czasu pracy anestezjologa, który skupi się na wydawaniu zleceń lekarskich w zakresie parametrów ustawienia urządzeń. Model ten umożliwiłby również dopuszczenie pulmonologów, kardiologów i internistów do prowadzenia pacjentów na oddechu zastępczym czy wspomaganym, dla których, oprócz blokady ze strony anestezjologów, problemem jest obsługiwanie urządzeń technicznych. W ten sposób zmniejszyłby deficyt anestezjologów, który uważam za częściowo pozorny.

Technik procedur chirurgicznych

Minimum dwuletnie szkolenie na poziomie licencjatu prowadziłyby do wykształcenia technika, który przejąłby funkcję asystenta przy zabiegach chirurgicznych od lekarza. Model ten zmniejszyłby liczbę lekarzy obecnych przy zabiegach chirurgicznych i podczas dyżurów, gdzie tradycyjnie w szpitalach powiatowych chirurgowi ogólnemu asystuje ginekolog i odwrotnie. Rozwiązanie to wpłynęłoby na poprawę dostępu do specjalistów chirurgii.

Asystent medyczny

Dwuletnie szkolenie ukierunkowane na naukę obsługi pacjentów ambulatoryjnych obejmowałoby podstawowe czynności medyczne, jak mierzenie oznak życia, ważenie, zbieranie informacji o pobieranych lekach, przebytych operacjach oraz używkach. Asystenci medyczni usprawnią pracę specjalistów i lekarzy pierwszego kontaktu pracujących w poradniach oraz zmniejszą wymagania dotyczące liczby pielęgniarek.

Transkrypcjonista medyczny

Podczas rocznego szkolenia z terminologii medycznej zostaną przygotowane kwalifikowane osoby do przepisywania raportów lekarskich, jak wywiad i badanie fizykalne, epikryza, raporty operacyjne i listy referencyjne. Stworzenie centrów transkrypcji w większych szpitalach oraz centrów zdalnej transkrypcji

skróci pracę papierową specjalisty, poprawi jakość raportów oraz umożliwi lepszy dostęp do raportów medycznych.

Koder medyczny

Wprowadzenie JGP w Polsce spowodowało pojawienie się pierwowzorów koderów medycznych w postaci doksztalconych w tym zakresie pracowników działów administracji szpitalnej. W USA, gdzie system rozliczeń DRG, będący pierwowzorem JGP, działa już od wielu lat, koderzy medyczni to szanowana profesja, z własnym programem studiów na poziomie licencjatu oraz stowarzyszeniem zawodowym. W niedalekiej przyszłości zapotrzebowanie na tego typu profesjonalistów będzie rosło, w miarę pojawiania się alternatywnych ubezpieczeń i konieczności sprawnego rozliczania się z większą liczbą płatników. Jak najszybciej należałoby zrezygnować z powszechnie stosowanej, a zabierającej dużo czasu lekarzowi specjalście praktyki nadawania kodów i grupowania diagnoz przez lekarza. Lekarz powinien postawić właściwe, szczegółowe diagnozy i nazwać procedury, a koder powinien w sposób optymalny i zgodny z dokumentacją medyczną te procedury numerycznie sklasyfikować. Dzięki temu polepszy się dostępność do lekarzy specjalistów.

Hospitalista

W celu poprawy dostępności do lekarzy specjalistów można się pokusić o wprowadzenie pewnych specjalności albo funkcji lekarskich, które usprawnią pracę w szpitalu. Należy wprowadzić nowe, nietuzinkowe specjalizacje lekarskie i paralekarskie.

Jedną z nich jest lekarz internista pracujący wyłącznie w szpitalu. Hospitalista pełni funkcję lekarza pierwszego kontaktu w szpitalu. Wszkolenie powinno obejmować umiejętności z zakresu intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz prowadzenia pacjentów po operacji pod względem ogólnomedycznym. W USA udowodniono, że hospitalista przyczynia się do skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu oraz poprawy jakości leczenia. Pracując w systemie zmianowym, przyczynia się do poprawy dostępności do innych lekarzy specjalistów. W dobrze zorganizowanym systemie opieki szpitalnej hospitalista, współpracując z kardiologiem i pulmonologiem jako konsultantami, może zastąpić lub przynajmniej znacznie odciążać anesteziologa na oddziale intensywnej terapii. Może wykonywać wiele procedur w szpitalu, obecnie przeprowadzanych przez innych specjalistów, jak np. wkłucia centralne, punkcje, zakładanie sond i cewników, drenaże i sedacje. W USA w bardzo dużych szpitalach spotyka się już nawet tzw. hospitalistów proceduralistów, czyli specjalistów od zabiegów przyłóżkowych, obecnych w szpitalu przez całą dobę. Jeszcze jedną kategorią są nokturniści, czyli hospitaliści pracujący wyłącznie w nocy.



„ Wprowadzenie certyfikatów skomplikuje słabo zorganizowany system szkolenia podyplomowego, a zorganizowanie egzaminów i akredytacji jednostek szkolących będzie nie lada wyzwaniem „

Asystent lekarski i pielęgniarka praktykująca

W czteroletnim programie nauczania na poziomie licencjatu można wykształcić profesjonalistę, który będzie wykonywał podstawowe czynności lekarskie. Po wojnie w Polsce kwitł zawód felczera, obecnie w zaniku. Wydaje się, że nie ma przeciwwskazań, aby w niektórych podstawowych sprawach zdrowotnych lekarza wyręczał asystent. W praktyce ambulatoryjnej może on z powodzeniem przyjmować pacjentów z drobnymi dolegliwościami, a na szpitalnym oddziale ratunkowym pełnić funkcję medyka pierwszego kontaktu dla pacjentów z drobnymi urazami czy problemami zdrowotnymi. W sali operacyjnej dobrze wyszkolony asystent lekarski może pełnić funkcję pierwszego asystenta przy stole operacyjnym. W systemie brytyjskim ważną rolę odgrywa w powyższych zakresach tzw. pielęgniarka praktykująca. W USA także jest zawód pielęgniarki praktykującej.

Szybka ścieżka

System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga dalszych reform. Ważnym aspektem jest zapewnienie optymalnego dostępu do lekarza. Uważam, mając na uwadze obecny wskaźnik liczby lekarzy w naszym kraju, że bez szeroko zakrojonych, wielopłaszczyznowych zmian ukierunkowanych przede wszystkim na jak najlepsze wykorzystanie czasu lekarza specjalisty nie uda się umożliwić pacjentom dobrego dostępu do lekarza. Ponadto w obliczu lawinowego rozwoju technologii medycznych niezbędne jest dążenie do ich jak najlepszej obsługi przez wyszkolonych profesjonalistów, a w obliczu postępującego skomplikowania systemów rozliczeń finansowych – powierzenia tej sfery specjalistom. System certyfikatów umiejętności lekarskich jest rozwiązaniem pośrednim. Być może w związku z brakiem możliwości szybkiego wykształcenia zawodów pomocniczych spowoduje tymczasowo poprawę sytuacji. Oby tylko płatnik (w niedalekiej przyszłości, mam nadzieję – płatnicy) to zrozumiał, a nasi partnerzy w Unii Europejskiej tego typu kwalifikacje uznawali, w co, niestety, wątpię. ■