

LEP i staż podyplomowy należy zlikwidować

# Koniec świata lekarzy teoretycznych

Jarosław J. Fedorowski



Jednym ze składników pakietu reform proponowanych przez rząd jest zmiana sposobu kształcenia lekarzy, zawarta w projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W projekcie tym podano datę ostatniego stażu podyplomowego (2016 r.). Z zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika, że szkolenie praktyczne będzie się odbywało podczas ostatniego, szóstego roku studiów lekarskich. Uważam ideę zmiany sposobu kształcenia lekarzy za słuszną.

Obecny system kształcenia (a raczej jego brak) polega przede wszystkim na zdobywaniu umiejętności zawodowych na drodze samouctwa. Młody lekarz trafiający na staż podyplomowy najczęściej jest pozostawiony samemu sobie i przede wszystkim od jego samozaparcia zależy, czego się nauczy. Pisałem o tym problemie na łamach *Menedżera Zdrowia* ponad dwa lata temu („Zaprzepaszczone szanse”). Należy zatem się cieszyć z podjętej przez rząd próby reformy nieefektywnego systemu kształcenia. Dziwi mnie natomiast opór sporej części środowiska lekarskiego wobec tej zmiany.

### Zakuj – zdaj – zapomnij

Studia medyczne w naszym kraju są obciążone nadmierną dawką wiedzy teoretycznej, a zarazem niedoborem wiedzy praktycznej. Absolwent medycyny przychodzi do szpitala słabo przygotowany do wykonywania zawodu. Zasada włączania studentów wyższych lat medycyny do zespołów lekarskich prowadzących pacjentów, tak popularna i niezwykle skuteczna w procesie nauczania praktycznego, powinna być podstawą także na naszych uczelniach. Czyli nie grupki kilku studentów przydzielane do zbadania pacjenta, ale studenci pracujący pod okiem rezydenta, uczestniczący aktywnie w opracowywaniu problemów dotyczących konkretnego chorego, oczywiście na miarę swoich możliwości i uprawnień – taki powinien być model nauczania. Wtedy staż podyplomowy nie będzie potrzebny. Swoją drogą, nie powinno być przeszkód formalnych, aby student medycyny zbierał wywiad, badał pacjenta czy asystował przy procedurach, a nawet wpisywał informacje do dokumentacji medycznej, pod warunkiem odpowiedniego nadzoru oraz, oczywiście, zgody pacjenta. Właśnie w ten sposób student efektywnie i aktywnie zdobędzie umiejętności praktyczne.

### System amerykański

Modelowy może być system pracy zespołów medycznych (świetnie funkcjonujący w USA, nieco gorzej w Wielkiej Brytanii), w którym w skład zespołu prowadzącego pacjenta wchodzi też studenci.

Oto przykładowy skład zespołu lekarskiego mającego pod opieką 20 pacjentów w czasie dnia: lekarz – samodzielny specjalista (członek akredytowanego zespołu nauczycieli klinicznych), dwóch starszych rezydentów, czterech młodszych rezydentów, od dwóch do ośmiu studentów. Fakultatywnie – lekarz specjalista, ewentualnie lekarz naukowiec, który prowadzi spotkania z całą grupą lub dwoma zespołami kilka razy w tygodniu.

Zajęcia w tym systemie, połączone z dodatkowymi wykładami z innych przedmiotów, powinny być podstawą szkolenia w ramach studiów klinicznych, czyli ostatnich dwóch, trzech lat studiów. Wtedy też można

„ Zasada włączania studentów wyższych lat medycyny do zespołów lekarskich prowadzących pacjentów, popularna i niezwykle skuteczna w procesie nauczania praktycznego, powinna być podstawą także na naszych uczelniach „

by się pokusić o skrócenie toku studiów lekarskich do 5 lat, włącznie z praktyką zawodową, która w obecnym projekcie jest przewidywana dopiero na rok szósty.

### Lekarski Egzamin Państwowy

Plan zniesienia tego egzaminu wywołuje sporo kontrowersji. Przytaczane są różne argumenty. Po zniesieniu LEP pozostanie problem standaryzacji kształcenia lekarzy. Rozwiązaniem, które od wielu lat z powodzeniem funkcjonuje w USA, kraju z najlepszym systemem kształcenia wyższego (nie tylko lekarzy), jest wprowadzenie etapowych egzaminów sprawdzających wiedzę w sposób obiektywny. Po dwóch, trzech latach studiów studenci zdawaliby egzamin testowy z przedmiotów teorii medycyny, a po następnych dwóch lub w trakcie ostatniego roku – egzamin testowy z przedmiotów klinicznych. Wprawdzie w USA jest jeszcze trzeci egzamin, tzw. licencyjny (podobny do naszego LEP), jednak ten niewiele wnosi, a dla większości rezydentów jest po prostu stratą czasu w obliczu zbliżającego się, dużo ważniejszego egzaminu specjalizacyjnego. W tym wypadku sugerowałbym nie brać przykładu z USA.

### Szkolenie specjalizacyjne

W zapisach projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawarte są bardzo szczegółowe opisy zagadnień związanych ze specjalizacjami lekarskimi oraz egzaminami specjalizacyjnymi. Podobnie jak w przypadku projektu ustawy o działalności leczniczej, o czym pisał dr Adam Kozierkiewicz na łamach ostatniego wydania *Menedżera Zdrowia* („Zanim zapadnie kłamka”), tak i tutaj mamy do czynienia z nadregulacją. W projekcie zawarte są nawet kwoty wynagrodzenia dla przewodniczącego – 300 zł (!) – i dla członków komisji – 130 zł (!) – za udział w posiedzeniu komisji, wraz ze zwrotem kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 Kodeksu Pracy (!) oraz zwolnienie od pracy w dniu posiedzenia komisji bez zachowania prawa do wynagrodzenia. Ktoś złośliwy mógłby zapytać, czy brak zachowania prawa do wynagrodzenia odnosi się do wynagrodzenia za udział w posiedzeniu komisji. A może konieczna byłaby interpretacja NSA?

W projekcie bardzo słusznie zawarte są zapisy na temat szkolenia modułowego, na szczęście w tej kwestii nie ma zbyt szczegółowych rozwiązań. W naszym kraju specjalizacja trwa nadmiernie długo, a jest to wynikiem spiętrzenia się zaległości w szkoleniu praktycznym ze studiów, stażu podyplomowego oraz samego szkolenia specjalizacyjnego. Niech z ręką na sercu zgłosi się rezydent, który codziennie albo przynajmniej kilka razy w tygodniu widuje się, bo nie ośmielam się napisać – współpracuje, ze swoim kierownikiem specjalizacji. Takie pojęcia, jak raport poranny rezydentów z obecności kierownictwa programu, obchód szkoleniowo-roboczy, obchód pogłębiony, konferencja szkoleniowa (z lunchem), *journal club*, tygodniowe prezentacje przypadków, są niestety nieobecne w naszym systemie szkolenia lekarzy. Szkolenie modułowe jest popularne w Wielkiej Brytanii, której system szkolenia podyplomowego lekarzy zawiera w mojej popartej praktyką opinii liczne, mniej lub bardziej udolnie naśladowane elementy systemu

„ Można się pokusić o skrócenie studiów lekarskich do 5 lat, włącznie z praktyką zawodową ”

amerykańskiego. Dość ciekawym rozwiązaniem jest niedawno wprowadzony podział na szkolenie podstawowe (tzw. Foundation Years of Training) trwające dwa lata i od razu ukierunkowane zabiegowo lub zachowawczo oraz dopiero potem około trzech lat szkolenia w wybranej specjalizacji podstawowej. W USA w specjalizacjach podstawowych absolwent medycyny rozpoczyna szkolenie zaraz (dosłownie zaraz) po dyplomie, a dla adeptów wąskich specjalizacji (np. dermatologia, okulistyka, laryngologia) przewidziany jest rok szkolenia ogólnego o profilu internistycznym lub chirurgicznym. W naszym kraju skłaniałbym się do szkolenia modułowego, pierwsze dwa lata jak w Wielkiej Brytanii – podstawy medycyny lub chirurgii, ewentualnie mieszane (np. dla dermatologów), następne dwa do trzech – szkolenie w specjalizacji określonej jako podstawowa. W takim systemie internista czy chirurg ogólny potrzebowałby czterech, maksymalnie pięciu lat po dyplomie na uzyskanie dyplomu specjalisty.

#### Nabór na szkolenie specjalizacyjne

Podobnie jak w innych zapisach, mamy do czynienia z nadregulacją. Pozostawiono możliwość szkolenia w formie rezydentury oraz umowy o pracę, a była szansa na unifikację szkolenia w jednej formie, najlepiej rezydentury. Kwestie kwalifikacji oraz miejsc



szkoleniowych przyporządkowano wojewodom. Taki system nie promuje mobilności lekarzy. Większość będzie się starać o specjalizację w pobliżu miejsca zamieszkania czy studiów. Lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie ogólnopolskiego systemu kwalifikacji do rezydentur. Do takiego systemu, będącego swoistym bankiem, miejsca rezydenckie zgłaszałyby np. wojewodowie. Znacznie lepiej, aby te miejsca zgłaszały szpitale akredytowane do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Z kolei lekarze zgłaszałyby swoje kandydatury, a system za pomocą programu informatycznego kojarzyłby obie strony. Na temat takiego systemu pisałem już kiedyś na łamach *Menedżera Zdrowia* („Jak to robić? Szkolenie lekarzy rezydentów”). Oczywiście, pozostaje do wyjaśnienia kwestia finansowania rezydentów. Optymalnym rozwiązaniem mogłoby być połączenie możliwości finansowych budżetu centralnego, dotychczas finansującego szkolenie w formie rezydentury, oraz akredytowanych szpitali, dotychczas finansujących szkolenie w formie etatu. Zagadnienie nadaje się na temat kolejnej publikacji, a nawet konferencji czy projektu konsultanckiego. W projekcie ustawy wpisano także regulacje dotyczące stażów uzupełniających. Właśnie te staże są zmartwieniem dyrektorów szpitali zatrudniających rezydentów ze względu na dezorganizację pracy. Nie widzę powodu, aby lekarz uczest-



„ W naszym kraju specjalizacja trwa nadmiernie długo, a wynika to ze spiętrzenia się zaległości w szkoleniu praktycznym ze studiów i stażu podyplomowego „

foto: iStockphoto

niczący w szkoleniu w ośrodku akredytowanym do prowadzenia specjalizacji odbywał staże poza jego terenem, z wyjątkiem naprawdę okazjonalnych szkoleń. Należałoby przyjąć, że szpital, który nie jest w stanie zapewnić realizacji ponad 90 proc. zakresu szkolenia, nie powinien otrzymać akredytacji lub otrzymać akredytację wyłącznie do prowadzenia pierwszego modułu specjalizacji. Wynika z tego, że wąskie specjalizacje powinny się uzyskiwać wyłącznie w dużych szpitalach wielospecjalistycznych, a podstawowe zarówno w szpitalach ogólnych, jak i specjalistycznych.

### Egzaminy specjalizacyjne

Uwieńczeniem szkolenia, zresztą niezwykle szczegółowo opisanym w projekcie ustawy, ma być państwowy egzamin specjalizacyjny, czyli PES. W opisie składu komisji egzaminacyjnej znalazły się takie osoby, jak przedstawiciel lub przedstawiciele konsultanta krajowego właściwego dla danej dziedziny medycyny, przedstawiciel lub przedstawiciele towarzystw naukowych właściwych dla danej dziedziny medycyny, przedstawiciel lub przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej (zabrakło przedstawiciela organizacji partyjnej). A przecież można by wprowadzić egzaminy specjalizacyjne organizowane przez odpowiednie towarzystwa lekarskie. Jako kardiolog nie widzę

lepszego merytorycznie podmiotu do organizowania egzaminów specjalistycznych niż Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Kwestie ewentualnego ograniczenia liczby specjalistów, a więc konfliktu interesów, można rozwiązać prosto: zamiast zacofanego 60-procentowego progu możliwych do uzyskania punktów na egzaminie, wprowadzić nowoczesny i sprawiedliwy wskaźnik oparty na formule odchylenia standardowego od wyniku wszystkich zdających. Gdyby tak było, nie mielibyśmy problemu z fatalnym wynikiem egzaminu z interny jakieś dwa lata temu. Zastanawiam się, dlaczego to proste, a zarazem genialne rozwiązanie nie zostało do tej pory u nas wprowadzone nie tylko w odniesieniu do lekarzy, ale np. prawników. Dodatkowo można wtedy łatwiej porównywać wyniki z lat ubiegłych, a nie tylko narzekać na słabo przygotowanych zdających czy na wyjątkowo trudne testy. Za każdy egzamin powinno się pobierać stosowne opłaty od kandydatów, w projekcie ustawy przewidziano opłaty dopiero za czwarte podejście. Tu akurat przydałaby się dodatkowa regulacja. Świetnym zapisem jest możliwość uznawania wyników egzaminów europejskich. Właśnie w egzaminach europejskich, a te są prowadzone najczęściej pod egidą europejskich towarzystw medycznych, widzę przyszłość jako standardu, szczególnie w obliczu otwartego rynku pracy wspólnoty.

## ” Rządowy projekt zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest dobrym krokiem w kierunku reformy kształcenia lekarzy w Polsce ”

### Doktorzy bez pacjentów

W projekcie ustawy wpisano także, niestety, możliwość uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym. W USA dawno już oddzielono ścieżkę naukową od klinicznej – z pożytkiem dla pacjentów i dla nauki. Podobnie zrobiono w Wielkiej Brytanii. Zresztą, zasada standaryzacji i zdrowy rozum wskazują na konieczność odbycia standardowego szkolenia specjalizacyjnego przez każdego lekarza, niezależnie od dodatkowych osiągnięć. Co więcej, w kraju o bardzo wysokim średnim standardzie szkolenia specjalizacyjnego, jakim niewątpliwie są USA, wprowadzono już jakiś czas temu „przypominające” egzaminy specjalizacyjne, np. co 10 lat, których wprowadzenie nie wymaga rząd, ale wymagają firmy ubezpieczeniowe i szpitale. I żadne osiągnięcia czy tytuły naukowe tutaj nie pomogą! Wiem, bo sam zdawałem taką „powtórkę z rozrywki”, będąc wtedy już od kilku lat profesorem medycyny klinicznej University of Vermont.

### Zachęty dla szpitali i lekarzy

Projekt zmiany ustawy, przy całej jego szczegółowości w wielu kierunkach, nie przewiduje niestety zachęt, z wyjątkiem „wynagrodzeń” za udział w posiedzeniach komisji. Właściwie organizacją najbardziej zainteresowaną, a zarazem kreującą zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów powinien być płatnik, czyli NFZ. To właśnie tej instytucji powinno najbardziej zależeć na efektywnym szkoleniu lekarzy, gdyż od poziomu ich umiejętności klinicznych zależy kosztowa efektywność procesu leczniczego i bezpieczeństwo pacjentów. W USA szpitale prowadzące szkolenie specjalizacyjne otrzymują specjalne, spore kwoty od federalnych funduszy ubezpieczeniowych. Podobnie w Wielkiej Brytanii, gdzie szkolenie podyplomowe lekarzy finansuje płatnik (NHS), a nie instytucje rządowe. Wzięcie dużo większej odpowiedzialności za finansowanie szkolenia podyplomowego przez NFZ, a nie kreowanie – często sztuczne – niedoborów specjalistów (np. kultowych już dla mnie „hiperspecjalistów” hipertensjologów) świadczyłoby o dalszym dojrzewaniu tej organizacji. W akredytowanym szpitalu powinno się stworzyć stanowiska koordynatorów szkolenia specjalizacyjnego, począwszy od stanowiska dyrektora programu danej specjalizacji, poprzez klinicystów dydaktycznych, a skończywszy na nieobecny w naszym systemie, a niezwykle przydat-

nym stanowisku naczelnego rezydenta. Wszystkie te osoby muszą być dodatkowo wynagradzane, ale także okresowo akredytowane do prowadzenia szkolenia. Wtedy można będzie zlikwidować zwykle słabo funkcjonującą instytucję kierownika specjalizacji, na którego projekt ustawy nakłada aż osiem obowiązków. Opis tego stanowiska, aż w randze ustawowej, zajmujący ponad dwie strony jest klasycznym przykładem nadregulacji. Niestety, nawet nie zająknięto się w nim na temat wynagrodzenia tej kluczowej w projekcie postaci. Nie widać w tej kwestii żadnego postępu, nadal w wielu szpitalach zamiast wyznaczonej grupy lekarzy klinicystów dydaktyków, funkcjonować będą słabo zmotywowani kierownicy, często posiadający wąskie specjalizacje, których rola ograniczać się będzie przede wszystkim do podpisywania różnych papierów specjalizacyjnych, dla powagi opatrzonych stosowną pieczęcią, a jakże. A gdzie dydaktyka przyłóżkowa, konferencje, raporty dydaktyczne, codzienny kontakt młodego lekarza z klinicystą dydaktykiem, choćby rotacyjny?

### Dobry kierunek

Rządowy projekt zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest dobrym krokiem w kierunku tak potrzebnej reformy kształcenia lekarzy w Polsce. Specjalizacje modułowe, państwowy egzamin specjalizacyjny, egzaminy europejskie, zniesienie stażu podyplomowego oraz lekarskiego egzaminu państwowego są w mojej opinii właściwymi posunięciami. Razi nadmierna rola systemu konsultantów krajowych i wojewódzkich, rodem z PRL, niespotykanego w innych krajach UE, przy jednoczesnej niedostatecznej, fakultatywnej roli towarzystw lekarskich.

Jak to u nas w kraju bywa, pomimo wielu zapowiedzi, zamiast zmniejszania liczby i dokładności uregulowań prawnych, często w dobrej wierze, w wypadku ustawy o zawodzie lekarza mamy do czynienia z nadregulacją. Bo my chcemy być zawsze bardziej papiescy od papieża, a zagranica powinna się uczyć od nas, a nie odwrotnie. Chciałbym zobaczyć więcej tak zapowiadanej przez rząd i oczekiwanej przez rynek medyczny deregulacji, przy jednoczesnym wzmocnieniu pozytywnych bodźców o charakterze ekonomicznym. Zmniejszajmy liczbę rejestrów, wymagań formalnych i biurokrację. Likwidacja niepotrzebnej struktury ZOZ, którą postulowałem na łamach *Menedżera Zdrowia* oraz innych czasopism, jest zwiastunem możliwości w tym zakresie. Oby nie zaplątała się w gąszcz przepisów o rejestracji oraz nie obijała o mur urzędników – w dzisiejszych czasach już bardzo miłych, aczkolwiek „nadregulowanych” i dlatego przesadnie formalistycznych.

*Autor jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego, prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych i Wiceprzewodniczącym Rady Nadzorczej Szpitali Polskich SA. W latach 1997–2008 był profesorem medycyny klinicznej University of Vermont w USA.*