

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Maciejem Szmitkowskim – Konsultantem Krajowym w dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej



foto: archiwum M. Szmitkowskiego

Status diagnostyki we współczesnej ochronie zdrowia

„Laboratorium Medyczne”: W jakim kierunku zmierza Polska diagnostyka laboratoryjna?

Maciej Szmitkowski: Kierunek zmian w polskiej diagnostyce laboratoryjnej zostanie nakreślony w dużej mierze przez nowelizację *Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej*. Obecna sytuację można określić jako pewien rodzaj stagnacji, w której zachodzą trzy powolne procesy. Pierwszy to braki kadrowe spowodowane niskim wynagrodzeniem. Drugi to zmniejszanie się liczby laboratoriów, a trzeci to centralizacja laboratoriów lecznictwa otwartego i outsourcing laboratoriów szpitalnych. W roku 2018 Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej (COBJwDL) kontrolował 1568 laboratoriów, a w roku 2019 było to 1521 i ta tendencja spadkowa wydaje się utrzymywać, ponieważ zmniejsza się liczba małych laboratoriów zatrudniających 2-3 pracowników fachowych, a jednocześnie działające w Polsce tzw. laboratoria sieciowe przejmują mniejsze laboratoria, no i w ramach outsourcingu przejmują też laboratoria szpitalne.

Czy rozwój diagnostyki laboratoryjnej w Polsce na tle Europy jest porównywalny?

Polska diagnostyka laboratoryjna cechuje się znacznie większą liczbą laboratoriów w przeliczeniu na określoną liczbę mieszkańców. W Polsce nigdy nie doszło do tak silnej centralizacji laboratoriów jak w krajach Europy Zachodniej. Ten proces może

właśnie powoli zachodzi, ale zaletą naszego systemu jest bezpośrednia bliskość laboratorium od pacjenta i ewentualne skrócenie drogi oraz czasu transportu materiału do badań. Polskie laboratoria nie różnią się natomiast od europejskich wyposażeniem aparatury i stosowaną technologią. Wszyscy pracujemy na aparatach i odczynnikach dobrych producentów o światowej renomie. Mamy dobre regulacje prawne takie jak *Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej*, *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne*, *Rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów*, *Rozporządzenie w sprawie specjalizacji* i *Rozporządzenie w sprawie ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych*. Posiadamy centralny ośrodek kontroli jakości (COBJwDL). Jesteśmy jednym z nielicznych krajów, które kształcą specjalne kwalifikowane kadry do laboratoriów medycznych na jednolitych studiach magisterskich na kierunku analityka medyczna.

Jakie cele, które stoją obecnie przed konsultantem krajowym w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, czy w ogóle przed tą dziedziną, uznałby Pan Profesor za najważniejsze?

Na pierwszym miejscu postawiłbym cele zgodne z tymi, które określił zespół pracujący w Ministerstwie Zdrowia nad nowelizacją *Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej*.

Po pierwsze – diagnostą laboratoryjnym powinien być wyłącznie absolwent kierunku medycznego, a więc obecnie absolwent analityki medycznej lub lekarz ze specjalizacją z obszaru medycyny laboratoryjnej. Widzę też konieczność pracy w laboratorium określonych specjalistów, absolwentów kierunków niemedyycznych, ale ich praca i rola muszą być uregulowane odpowiednimi zapisami w ustawie i rozporządzeniach ministra.

Po drugie – koszty specjalizacji, tak jak w przypadku lekarzy, powinny być finansowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Po trzecie – autoryzacja wyników badań laboratoryjnych powinna być dokonywana w miejscu wykonania badania. Nie jest to autoryzacja wartości cyfrowej, a całego procesu analitycznego trwającego czasami kilka godzin, a nawet dni (mikrobiologia), i wynik może autoryzować tylko osoba, która bierze w nim udział i nadzoruje ten proces.

Po czwarte – niezbędne jest utworzenie Głównego Inspektoratu Medycyny Laboratoryjnej (GIML) w celu prowadzenia właściwego (prawdziwego) rejestru medycznych laboratoriów diagnostycznych i ich nadzorowania. Aktualnie rejestry laboratoriów są prowadzone w urzędach wojewódzkich, a rejestr wtórny – w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. Duże sieci laboratoryjne rejestrują się w jednym województwie, a ich laboratoria znajdują się na terenie całego kraju. W tej sytuacji wnioski pokontrolne konsultantów wojewódzkich nie mają znaczenia w województwie, w którym laboratorium nie jest zarejestrowane. Obecnie laboratoria są praktycznie pozbawione nadzoru merytorycznego. Konsultant wojewódzki może rocznie zwizytować od 5 do 10 laboratoriów, a w wielu województwach jest ich nawet kilkaset. Chciałbym jednocześnie zdementować opowieści o groźących diagnostom karach w przypadku uchybień stwierdzonych w laboratorium. Za uchybienia odpowiadać będzie pracodawca, a wizytacje inspektorów mają służyć zabezpieczeniu diagnostom warunków pracy zgodnych z obowiązującymi przepisami. Potwierdzeniem takich rozwiązań jest zgodny protest pracodawców przeciwko utworzeniu GIML.

Następnymi celami, które uznałbym za bardziej długoterminowe i zależne od innych instytucji oraz aktów prawnych, są następujące zagadnienia:

1. Wprowadzenie listy laboratoryjnych badań profilaktycznych w określonych okresach życia pacjenta tak jak to ma miejsce w wielu innych krajach, w tym w Czechach, które mogłyby być dla nas dobrym wzorcem. Badania te powinny być obowiązkowe, zlecane przez lekarzy rodzinnych (POZ) i powinny być na ten cel specjalnie wydzielone środki finansowe, które nie mogłyby być wykorzystane do innych celów.

2. Prowadzenie pełnej komputerowej informacji o liczbie i rodzajach badań wykonywanych we wszystkich polskich laboratoriach medycznych. Musimy mieć w końcu centralną informację o pracy polskiej diagnostyki laboratoryjnej, a także informację o tym, co dzieje się w laboratoriach szpitalnych i laboratoriach lecznictwa otwartego. Jest to zadanie dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
3. Konieczne jest przygotowanie listy minimalnych cen badań laboratoryjnych, tak aby można było powstrzymać działania dumpingowe, a dyrekcje szpitali mogłyby mieć istotną porównywalną informację o jakości i kosztach pracy swoich laboratoriów. Jest to zadanie dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
4. Uwieńczeniem ww. działań powinno być, wzorem innych krajów Europy Zachodniej, wprowadzenie kontraktowania laboratoriów przez ubezpieczyciela narodowego i ewentualnych ubezpieczycieli prywatnych. Kontraktowanie badań stałoby się podstawą traktowania laboratoriów szpitalnych przez dyrekcje, nie jak dotychczas jako ośrodki kosztów, ale jako ośrodki przychodów.

W ostatnich miesiącach wiele mówi się o zawodzie diagnosty laboratoryjnego. Jaki ma on status we współczesnej ochronie zdrowia?

Nie ma najmniejszej wątpliwości, że zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego. Wiemy też, że w ocenach międzynarodowych przyjmuje się, że wyniki badań laboratoryjnych w 70% są podstawą rozpoznania lekarskiego. Wszystko to wiemy. Rolę naszego zawodu potwierdziła też Najwyższa Izba Kontroli w swoim protokole pokontrolnych w roku 2017. Rzeczywistość jest jednak inna. Ludzie ankietowani pytani, kto pracuje w laboratoriach medycznych, w większości odpowiadali, że pielęgniarki i lekarze. Trzeba przyznać, że w popularyzacji świadomości o zawodzie diagnosty laboratoryjnego bardzo dużo robi od lat Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, organizując Dzień Diagnosty Laboratoryjnego i mam wrażenie, że pacjenci niezależnie od tego, co sądzą o tym, kto pracuje w laboratorium, bardziej doceniają rolę i znaczenie diagnostyki laboratoryjnej niż lekarze, którzy pomimo tego, że bez badań laboratoryjnych nie potrafią leczyć, nadal często nie doceniają nas i naszej pracy, a dyrektorzy szpitali oferują nam jedne z najniższych wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Pozytywne jest jednak to, że przedstawiciele władzy różnych szczebli coraz ▶

- ▶ częściej mówią o nas diagności laboratoryjni, a nie laboranci, i w ogóle nas dostrzegają, a dyrektorzy szpitali zaczynają sobie zdawać sprawę z tego, co by było, gdyby laboratorium zawiesiło swoją pracę na jeden dzień lub kilka godzin. Niezależnie od naszych działań prezentujących rolę diagnostyki i diagnosty w systemie ochrony zdrowia nasza rola będzie rosła wraz ze wzrostem panelu badań laboratoryjnych w nowoczesnej medycynie, jaką jest medycyna oparta na dowodach (*evidence-based medicine*).

Jak Pan Profesor ocenia poziom kształcenia diagnostów laboratoryjnych?

Kształcenie diagnostów laboratoryjnych musimy podzielić na dwa poziomy. Pierwszy to poziom uniwersytecki i tu należy wskazać na kształcenie na medycznym kierunku, jakim jest analityka medyczna. Robią to uniwersytety medyczne z dużą tradycją, z których 4 kształcą analityków ponad



Nasza rola będzie rosła wraz ze wzrostem panelu badań laboratoryjnych w nowoczesnej medycynie, jaką jest medycyna oparta na dowodach

40 lat i jest to kształcenie na bardzo wysokim poziomie, dorównujące kształceniu lekarzy. Pozostała część kształcenia uniwersyteckiego to absolwenci kierunków: biologia, chemia, biotechnologia i mikrobiologia. Nie mam wiedzy na temat poziomu tego kształcenia na licznych uniwersytetach, ale zapewne jest ono bardzo zróżnicowane. Absolwenci tych kierunków kończą potem studia podyplomowe z analityki medycznej na wydziałach farmaceutycznych. Są to studia zaoczne trwające od 1 do 2 lat i obecnie większość uczelni zawiesiła działalność w tym zakresie, bo sądzę, że prowadząc te studia, dawała w ten sposób złe świadectwo o poziomie kształcenia analityków medycznych, jeśli uważała absolwentów studiów podyplomowych za wykształconych na tym samym poziomie co analitycy medyczni po 5-letnich studiach stacjonarnych.

Chciałbym w tym miejscu zaznaczyć, że nazwę kierunku studiów analityka medyczna uważam za błędną merytorycznie i językowo, bo nie jest to analizowanie medycyny. Od roku 2000, kiedy byłem dziekanem, walczę o zmianę tej nazwy

na międzynarodową, jaką jest medycyna laboratoryjna, ale musi to zostać zmienione w *Ustawie o diagnostyce laboratoryjnej*. W projekcie, nad którym pracowaliśmy, dokonano już tych zmian. Drugi poziom kształcenia diagnostów laboratoryjnych, niezależny od kierunku studiów, jakie ktoś ukończył, to specjalizacja z laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Wyrównuje ona w miarę różnice wynikające z wykształcenia uniwersyteckiego. Kształcenie specjalizacyjne prowadzi kilka uczelni medycznych, które uzyskały akredytację w tej dziedzinie. Rocznie do egzaminu przystępuje od 200 do 250 osób. Zdawalność od lat jest na poziomie 50% (ostatnio 60%) pomimo tego, że staram się wybierać pytania krótkie i proste. Muszę tu też podkreślić, że zdający po raz pierwszy zdają w 70% procentach. Zdający po raz drugi i kilkunasty – w 30% procentach i w sumie składa się to na 50-proc. zdawalność. Uważam, że liczba podejść do egzaminu powinna być ograniczona. Podsumowując to zagadnienie, pragnę podkreślić, że nasz kraj był w Europie pionierem w kształceniu analityków medycznych (medyków laboratoryjnych) i dopiero nieliczne kraje zaczynają nas naśladować. Dlatego też nasi absolwenci są poszukiwanym „towarem” w laboratoriach zagranicznych. Pragnę też podkreślić, że specjalistów z laboratoryjnej diagnostyki medycznej uważam za diagnostów o bardzo wysokim poziomie kompetencji do pracy w medycznych laboratoriach diagnostycznych.

Czy widzi Pan szansę, aby w końcu w 2020 roku została podpisana tak długo wyczekiwana Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej.

Walka o ustawę i prace nad nią z różnymi efektami trwały kilka lat. W ostatniej wersji znajdowały się w niej po wielu zażartych dyskusjach wszystkie te problemy, które poruszyłem w pytaniu o cele diagnostyki laboratoryjnej, włącznie ze zmianą nazwy ustawy na *Ustawę o medycynie laboratoryjnej*. W październiku 2018 roku pan minister osobiście powiadził mi, że ustawa ukaże się do publicznych konsultacji w listopadzie 2018 roku. Przyczyn opóźnienia tego terminu nie znam i boję się, że różne nieoficjalne naciski, które były wyrażane na posiedzeniach zespołu, mogą być tego powodem.

Życzę wszystkim diagnostom laboratoryjnym i sobie, aby ustawa spełniła wszystkie nasze marzenia, bo od tego będzie na długie lata zależała rola i pozycja zawodu diagnosty (medyka) laboratoryjnego, a przede wszystkim bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a więc także każdego z nas.

Dziękuję za rozmowę.