



OMNIBUS

Czego polski system ochrony zdrowia oczekuje od konsultantów krajowych i wojewódzkich? A czego powinien, czego mógłby oczekiwać? W „Menedżerze Zdrowia” podjęliśmy próbę zdefiniowania ich roli, określenia obecnego i zarysowania przyszłego zakresu prac. O pomoc poprosiliśmy Jarosława J. Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali. Zaczęliśmy od próby sformułowania ewentualnego ogłoszenia o poszukiwaniu kandydata na stanowisko konsultanta. Jasnego, prostego, klarownego. Nie udało się – rezultaty otarły się o farsę. Jakże z tego wnioski?

Treść uczciwie zredagowanego ogłoszenia o pracy dla konsultanta zaczynałaby się od słów: Znana firma doradztwa personalnego „Omnibus Med” na zlecenie poważanej instytucji rządowej, opierając się na zapisach ustawy z 6 listopada 2008 r., poszukuje wszechstronnych osób do pracy w systemie ochrony zdrowia.

Wymagane kwalifikacje: specjalizacja w dziedzinie medycyny, farmacji lub innej mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w wypadku braku specjalisty w danej dziedzinie – w dziedzinie pokrewnej.

Mile widziane: wiedza i kwalifikacje z zakresu ekonomii, prawa, logistyki, kontrolingu, audytu zewnętrznego, dydaktyki, zarządzania zasobami ludzkimi, budownictwa i technologii medycznej, zarządzania ryzykiem, zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej, epidemiologii, informatyki, statystyki, matematyki, BHP oraz wszystkich innych dziedzin, które mają lub mogą mieć związek z ochroną zdrowia.

Niewymagane: znajomość języków obcych.

Doświadczenie zawodowe: ustawowo nieokreślone.

Zakres obowiązków: opiniowanie, doradzanie, kreowanie i kontrolowanie licznych aspektów ochrony zdrowia, w tym związanych z posiadaną specjalizacją.

Warunki finansowe: średnio atrakcyjne, praca finansowana z budżetu państwa, umowa nieśmieciovą.

Zakaz konkurencji: nie dotyczy.

Kwalifikacje naukowe: ustawowo niewymagane (zwyczajowo wystarczy profesura – w związku z zakresem obowiązków pożądana szczególnie ta nadzwyczajna, ostatecznie doktorat z dowolnej dziedziny, zwykle „lek. med.” niechętnie).

Przełożeni: właściwy minister.

Podwładni: konsultanci wojewódzcy (zastrzegamy „chyba”).

Podsumowanie: Jeśli chcesz dołączyć do milego zespołu, znasz się na wszystkim lub prawie wszystkim, co jest związane z ochroną zdrowia, lubisz wyzwania i pracę konfliktową na wielu frontach, zgłoś swoją kandydaturę poprzez stowarzyszenie będące zgodnie z postanowieniami statutu towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub jeśli nie ma takiego stowarzyszenia – poprzez towarzystwo naukowe o zasięgu krajowym zrzeszające specjalistów w dziedzinie pokrewnej. Zastrzegamy, że towarzystwo będzie musiało zgłosić oprócz ciebie także dwie inne osoby, a o opinii o tobie i twoich kontrkandydatach zostanie poproszony właściwy krajowy samorząd zawodowy w ochronie zdrowia. Jeśli taki samorząd zawodowy zaopiniuje ciebie lub twoich kontrkandydatów negatywnie, to wtedy sam przedstawi innych kandydatów. Życzymy powodzenia w procesie rekrutacyjnym!

Motto:

„Nie mogę zrozumieć, skąd wziął się taki pomysł – pisze w liście do ministra zdrowia o projekcie likwidacji



foto: iStockphoto

**NAWET SAMI KONSULTANCI
WYRAŻAJĄ NIEZADOWOLENIE
Z OBECNEGO STANU RZECZY
I ICH UMOCOWANIA
W SYSTEMIE
OCHRONY ZDROWIA**



foto. Archiwum

dr Grażyna Cholewińska-Szymańska mazowiecki konsultant ds. chorób zakaźnych

Konsultanci wojewódzcy są pomocnikami dla samorządu, dla wojewodów. W ramach mojej dziedziny służę pomocą lokalnie, terytorialnie – wojewodzie mazowieckiemu, na przykład wskazuję, czy jest wystarczająca liczba specjalistów w mojej dziedzinie, doradzam, co zrobić, kiedy jest ich zbyt mało, oraz występuję w sytuacjach konfliktowych w szpitalach. Mamy głównie rolę opiniotwórczą, nie wpływamy bezpośrednio na system ochrony zdrowia.

Uważam, że konsultanci wojewódzcy – bo w tym zakresie się wypowiadam – są potrzebni m.in. do kształtowania nowych kadr, do wypisywania zapotrzebowania na nowe rezydentury, monitorowania sytuacji zdrowotnej w naszych specjalizacjach. Może to zrobić ktoś, kto ma orientację, jak w danym województwie wygląda jego dziedzina. Konsultanci wojewódzcy są potrzebni dla bezpieczeństwa zdrowotnego, kadrowego w danym regionie oraz kształtowania standardów, odpowiednich systemów i strategii na poziomie lokalnym. W każdym regionie musi być osoba, która ma orientację w „czasie i przestrzeni”, jeśli chodzi o dziedzinę, którą reprezentuje. I najlepiej, gdy nie jest to urzędnik, ale lekarz. Za każdym razem bardzo profesjonalnie i odpowiedzialnie piszę opinie dla wojewody czy dla szpitali. Natomiast już nie w moich kompetencjach jest to, co wojewoda robi z moimi rekomendacjami.

Z mojej perspektywy niepotrzebne jest obciążanie konsultantów wojewódzkich koniecznością stemplowania ich pieczętką wniosków o import docelowy.

cji specjalizacji z balneologii i medycyny fizykalnej konsultant krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej”.

Konsultant inaczej

Jesteśmy jednym z nielicznych krajów, w których istnieje system tzw. konsultantów w ochronie zdrowia. Pojęcie konsultanta w systemach ochrony zdrowia w Europie Zachodniej, USA, Kanadzie czy Australii ma całkiem inne znaczenie, z pewnością dobrze znane czytelnikom niniejszej publikacji. Genezy funkcji konsultanta należy się doszukiwać w instytucji lekarza wojewódzkiego, który był urzędnikiem wojewody i w sprawach specjalistycznych konsultował się z tzw. autorytetami medycznymi, najczęściej profesorami lokalnych akademii medycznych. Osobliwa funkcja konsultanta krajowego (wojewódzkiego) została usankcjonowana rozporządzeniem ministra zdrowia z 1 marca 2001 r. Następnie sprawa zyskała wyższą rangę, gdyż przygotowano w tej kwestii aż ustawę.

W roku 2008 prezydent zawetował kilka postępowych ustaw zdrowotnych, nie miał jednak żadnych zastrzeżeń do nowej ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, która z nowoczesnością niestety nie miała wiele wspólnego. Powieliała znane z PRL schematy, w których ochrona zdrowia była procesem autorytarnym, medykocentrycznym, zdrowie publiczne planowano odgórnie, a rola innych interesariuszy systemu (pacjenci, menedżerowie, pielęgniarki, technicy, towarzystwa naukowe, instytucje zdrowia publicznego) była znacznie ograniczona lub w praktyce żadna. Niedawno media opisywały zamieszanie wokół funkcjonowania konsultantów, choć dyskusja, która się wywiązała, nie przyniosła żadnych śmiałych pomysłów. Trochę mówiono o konflikcie interesów, trochę o trudności sprawowania funkcji konsultanta, trochę o konieczności zmian. Właśnie mija 5 lat od podpisania ustawy, a Ministerstwo Zdrowia zapowiada jej gruntowne zmiany. Na stronach MZ próżno jednak szukać konkretów. W środowisku pracodawców ochrony zdrowia od dłuższego czasu mówi się o potrzebie zmian, choć wielu dyrektorów szpitali woli nie wypowiadać się osobiście na ten temat w związku z obecnym stanem organizacyjno-prawnym. W sondażach przeprowadzanych wśród lekarzy głosy są podzielone. Nawet sami konsultanci wyrażają niezadowolenie z obecnego stanu rzeczy, choć częściej postulują, aby ich opinie miały moc wiążącą.

Co zapisano w ustawie?

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o uprawnieniach konsultantów krajowych nakłada na nich tak liczne obowiązki, że trudno oprzeć się wrażeniu, że to funkcja dla osoby, która jest omnibusem, autorytetem w kilkunastu dziedzinach naraz. Ustawa daje konsultantom następujące uprawnienia:

- kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny (specjalista ds. technologii medycznej?),



fot. iStockphoto

USTAWA Z 6 LISTOPADA 2008 R.

**O UPRAWNIENIACH
 KONSULTANTÓW KRAJOWYCH
 NAKŁADA NA NICH
 TAK LICZNE OBOWIĄZKI,
 ŻE TRUDNO OPRZEĆ SIĘ WRAŻENIU,
 ŻE TO FUNKCJA DLA OSOBY,
 KTÓRA JEST SPECJALISTĄ
 W KILKUNASTU DZIEDZINACH
 NARAZ**

- kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych (specjalista ds. polityki zdrowotnej oraz ekonomiki zdrowia?),
- powiadamianie o stwierdzonych incydentach medycznych lub nieprawidłowościach w zakresie wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji oraz systemów i zestawów zabiegowych (kontroler sprzętu, menedżer ryzyka, inżynier technologii medycznych?),
- sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia reprezentowanych przez właściwego konsultanta (menedżer HR, czyli specjalista z dziedziny zarządzania zasobami ludzkimi?),
- wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków (wszechwiedzący autorytet, superordynator?),



foto: Belski/ Romon/Forzepe

dr Jerzy Gryglewicz

ekspert w zakresie ochrony zdrowia
z Uczelni Łazarskiego w Warszawie

Rola konsultantów krajowych i wojewódzkich w systemie opieki zdrowotnej jest bardzo różna i zależy od siły danej specjalności medycznej, jej znaczenia w ochronie zdrowia oraz kompetencji konsultanta. Zupełnie inna jest funkcja konsultanta w dziedzinie onkologii, który odgrywa kluczową rolę, jeśli chodzi o dostęp do nowoczesnych terapii w ramach tzw. terapii niestandardowych. Niejako wymusza to jego ścisłą współpracę z NFZ i Ministerstwem Zdrowia, która prowadzona jest w trybie roboczym. Mocną pozycję mają też konsultanci z zakresu kardiologii.

Kluczowym zadaniem konsultantów jest opiniowanie aktów prawnych, w tym rozporządzeń koszykowych i zarządzeń prezesa NFZ. Ważne jest, by konsultanci byli efektywni. Zarówno rola konsultanta krajowego, jak i wojewódzkiego zależy w dużej mierze od ich efektywności – od tego, czy wprowadzają rozwiązania, które są optymalne np. z punktu widzenia wydatkowania środków publicznych. Rolą konsultanta powinno być wskazywanie nie tylko nowych technologii, lecz także punktów marnotrawienia środków publicznych w systemie ochrony zdrowia w danej dziedzinie. Powinien on pokazywać obszary, w których można bardziej efektywnie i optymalnie wydatkować pieniądze, zwłaszcza przy mizerii środków finansowych. Konsultanci winni też pełnić funkcję menedżerów wskazujących działania, które mogą przynieść oszczędności.

Oczywiście są potrzebni, jednak ich rola musi być ukierunkowana również na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, gdyż są finansowani z budżetu ministra zdrowia oraz z budżetu wojewody. Są konsultanci, którzy to robią, ale nie wszyscy.

- wydawanie opinii dotyczących wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji (ponownie inżynier ds. technologii medycznej?),
- inicjowanie prowadzenia badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań (specjalista ds. epidemiologii oraz metodyki badań naukowych?),
- wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (główny specjalista ds. wiedzy i strateg egzaminowania, matematyk i statystyk?),
- prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej przez konsultanta krajowego dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (specjalista ds. zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej?),
- opiniowanie, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych (specjalista w dziedzinie legislacji, menedżer, prawnik medyczny?),
- prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej (specjalista i autorytet w sprawach zdrowia publicznego i organizacji ochrony zdrowia?),
- występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny (nadsamorządowiec, audytor, kontroler, superinspektor NIK?!),
- wydawanie, na podstawie przeprowadzonej kontroli, opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyistów, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (ekspert w dziedzinie edukacji medycznej, superautorytet w stosunku do innych lekarzy specjalistów?),
- wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnianiu przez podmiot leczniczy warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny (ekspert ds. logistyki, inspektor sanitarny, specjalista od infrastruktury i BHP?).

Jak powołuje się konsultanta

Procedura powoływania konsultantów została opisana następująco (w nawiasach krótkie retoryczne pytania autora):

- Na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, przedstawiają kandydatów do pełnienia funkcji konsultanta krajowego (Czyba stowarzyszenia w ten sposób faktycznie pozbywają się formalnego wpływu na reprezentowaną dziedzinę, gdyż konsultant jest niezależną od nich instytucją?).
- Minister właściwy do spraw zdrowia zwraca się do właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia o przedstawienie, w terminie 30 dni, opinii wraz z uzasadnieniem o wszystkich kandydatach do pełnienia funkcji konsultanta krajowego (Samorząd może całkowicie storpedować propozycje towarzystwa naukowego, a gdzie organizacje pracodawców i menedżerów ochrony zdrowia, gdzie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego?).
- W wypadku gdy samorząd przedstawia negatywną opinię o kandydatach do pełnienia funkcji konsultanta krajowego, jest obowiązany przedstawić innych kandydatów (Czyżby kolejna możliwość całkowitego zmarginalizowania wpływu towarzystwa naukowego? Co z udziałem ważnych interesariuszy systemu – organizacji pracodawców i menedżerów, NIZP, CMKP, CEP, AOTM?).

Potrzeba zmian i plany ministerstwa

W powszechnie dostępnych zapowiedziach Ministerstwo Zdrowia informuje, że przystępuje do głębokich zmian w ustawie o konsultantach krajowych, bo nie jest z obecnego stanu zadowolone. Chodzi m.in. o zadbanie, by konsultant krajowy, który wpływa na wysokości wyceny procedur w NFZ oraz na tworzone prawo, który decyduje o liczbie specjalizacji, mógł uczestniczyć w tym systemie w sposób przejrzysty. Ministerstwo zdaje sobie sprawę z występowania w pewnych wypadkach konfliktu interesów. W praktyce przy każdej próbie reformy specjalizacji medycznych, a tych mamy rekordowo wiele, MZ otrzyma list z protestem od odpowiedniego konsultanta.

Nadarza się zatem okazja zaproponowania rozwiązań na miarę naszych czasów w kwestii systemu konsultantów ochrony zdrowia. Moim zdaniem, rysują się dwie opcje: postępową i konserwatywną, obie wymagające zmian legislacyjnych i dobrych konsultacji społecznych, nie wyobrażam sobie bowiem pozostawienia spraw w obecnym kształcie.

Wariant postępowy

Jako że nie jesteśmy samotną wyspą i właśnie integrujemy naszą opiekę medyczną w ramach dyrektywy transgranicznej, a ponadto jest już drugie dziesięciolecie XXI wieku – powinniśmy dokonać głębokiej refor-



Fot. Wojciech Olkusz / Agencja Gazeta

Adam Sandauer

szeF Stowarzyszenia Primum Non Nocere

Konsultanci są potrzebni, ponieważ minister zdrowia, wiceministrowie czy władze samorządowe nie zawsze mają wiedzę merytoryczną pozwalającą na podejmowanie decyzji w każdej dziedzinie medycyny. Dlatego ważne jest, by mogli się oprzeć na wiedzy osób, które są dla nich autorytetami. Ich opinie traktowane są jako drogowskazy przy podejmowaniu konkretnych decyzji, np. w przypadkach, gdy danego pacjenta z różnych przyczyn nie można leczyć w kraju. A czy konsultanci wywiązują się ze stawianych przed nimi zadań? Myślę, że można by zrobić uczciwą analizę zagadnień, jakimi się zajmują. Inną sprawą jest to, że kiedy kolejni ministrowie obejmują funkcję, to zmieniani są także konsultanci krajowi. Można odnieść wrażenie, że często jest to uwarunkowane tym, że ma się zaufanie do jednej grupy ludzi, a do innej nie. Być może warto rozważyć, aby w ramach wolności wyrażania opinii przez konsultantów krajowych wprowadzić też ich konsultacje z towarzystwami naukowymi. Reasumując – konsultanci z pewnością są potrzebni, jednak nie zaszkodziłoby, aby od czasu do czasu ich zalecenia były opiniowane także przez towarzystwa naukowe.

my systemu konsultantów. Z przedstawionych przeze mnie informacji, wynikających z ustawy, wyraźnie widać, że nie powinniśmy kontynuować obecnego modelu. Jest on bowiem oparty na odchodzącym do lamusa wzorcu superautorytetów, których zadania i uprawnienia wykraczają daleko poza kwalifikacje możliwe do osiągnięcia przez pojedyncze osoby. Już sama próba sformułowania ogłoszenia rekrutacyjnego na to stanowisko kończy się farsą. Należy zatem zaakceptować fakt, że ochrona zdrowia jest procesem zespołowym, nikt nie wie wszystkiego lub prawie wszystkiego, standardy wyznaczają międzynarodowe grupy ekspertów, a udział interesariuszy rynku ochrony zdrowia powinien być odpowiedni. Dlatego też postuluję zastąpienie konsultantów instytucjami, które już działają albo powin-



foto: Archiwum

Tomasz Szelański dyrektor generalny Federacji Pacjentów Polskich

Kraje unijne na ogół obywają się bez konsultantów. Ale gdybyśmy chcieli ich mieć, to przede wszystkim powinniśmy dorozić się systemu, w którym konsultant byłby w pełni niezależnym autorytetem i nie musiał tej funkcji łączyć z innymi. Dziś owszem, konsultant jest autorytetem w swojej dziedzinie. Autorytetem merytorycznym, medycznym. Ale martwiłbym się o konflikt interesów wynikający z tego, że jednocześnie z funkcją konsultanta pełni na przykład funkcję ordynatora kliniki. Czyli uczestniczy w grze rynkowej. Łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której opinia konsultanta, na podstawie której podejmowane są decyzje finansowe, ma bezpośredni wpływ na wycenę procedur wykonywanych w jego klinice. To naprawdę trudna sytuacja. Chciałbym wzmocnienia niezależności konsultanta. Jeśli miałby spełniać stawiane mu przez system zadania, powinien mieć silniejszą pozycję wobec ministra, a przy okazji mniejszy stopień zależności od rynku świadczeń.

ny działać w naszym kraju. Na przykład w dziedzinie wyceny procedur medycznych zamiast konsultantów (z których każdy zupełnie naturalnie promuje lepszą wycenę swojej specjalności) należy jak najszybciej powołać instytucję ds. taryfikacji (samodzielną lub np. w ramach AOTM). W dziedzinie prowadzenia szkolenia oraz egzaminowania kadr medycznych należy przekazać uprawnienia konsultantów CMKP. W zakresie epidemiologii, polityki dotyczącej kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia, szeroko rozumianego zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej czy badań populacyjnych funkcje konsultanta powinien przejąć samodzielnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. W kwestiach ekonomiki i zarządzania można powołać zdrowotną komisję ekonomiczną złożoną z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, samorządów i związków zawodowych sektora ochrony zdrowia, pracodawców ochrony zdrowia, organizacji pacjentów oraz NIZP, która to komisja zastąpi-

łaby konsultantów we wszystkich obowiązkach związanych z ekonomią i zarządzaniem. Jeśli chodzi o egzaminy, należy oddać prym centrum egzaminów państwowych lub nawet rozważyć *outsourcing*. Natomiast w sprawach strategicznych, związanych z tzw. dobrą praktyką medyczną, wystarczy, że w razie potrzeby opinie będą wystawiać medyczne towarzystwa naukowe. W ten oto sposób – oczywiście przedstawiony w zarysie – urzeczywistnimy w naszym kraju ideę wielodyscyplinarności oraz kompleksowości współczesnej medycyny, jednocześnie likwidując personalne konflikty interesów istniejące w obecnej sytuacji. Podsumowując – wariant postępowy obejmuje całkowitą przebudowę systemu, polegającą na odejściu od instytucji jednoosobowych konsultantów w ochronie zdrowia na rzecz instytucji, o których mowa powyżej.

Działania legislacyjne są zatem proste – wystarczy obecną ustawę całkowicie uchylić, a w ramach istniejących przepisów MZ, jako kreator polityki zdrowotnej, powinno skorzystać z funkcjonujących narzędzi i instytucji, ewentualnie uszczegóławiając niektóre zagadnienia za pośrednictwem rozporządzeń. W ogóle niepotrzebna jest w tym zakresie aż ustawa. Jest ona typowym dla naszego kraju przejawem nadregulacji – nawet stetoskop lekarski znalazł się w wykazie obowiązkowego elementu wyposażenia stanowiska intensywnej terapii, określonym tym razem „tylko” rozporządzeniem ministra. Wariant postępowy jest w mojej ocenie także wariantem efektywnym kosztowo, co powinno mieć niebagatelne znaczenie w obecnej sytuacji finansowania ochrony zdrowia.

Wariant konserwatywny

Wariant konserwatywny wymaga zmian w ustawie, których głównym celem powinno być zlikwidowanie konfliktu interesów oraz zawilej i niekonsekwentnej (negatywna opinia samorządu zawodowego torpedująca kandydatów towarzystw naukowych) procedury powoływania konsultantów. Ponadto należy wyeliminować kreowanie przez konsultantów polityki zdrowotnej w obrębie swojej specjalizacji i samonadzór nad nią, co wynika z zapisów aktualnej ustawy.

Właściwie, patrząc na obecną rolę konsultantów, można powiedzieć, że w większości są oni po prostu konsultantami w sprawach zdrowia publicznego, choć niewielu jest w tej dziedzinie specjalistami i praktykami. Definicja zdrowia publicznego (wg WHO) jest bowiem następująca: „Zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje między innymi takie rodzaje działalności, jak analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochrona środowiska i sanitacja, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycyna pracy”. Czym innym, jeśli nie



fot. iStockphoto

konsultowaniem w zakresie zdrowia publicznego, są zatem obecne obowiązki konsultantów? W odróżnieniu od lekarzy specjalistów medycyny klinicznej (*consultant* w nomenklaturze angielskiej) nie konsultują oni przecież diagnostyki i leczenia pojedynczych pacjentów.

Możliwym i moim zdaniem kompromisowym rozwiązaniem byłoby wzmocnienie roli konsultanta krajowego ds. zdrowia publicznego (oraz konsultantów wojewódzkich ds. zdrowia publicznego), np. we współpracy z NIZP. W takim modelu można ograniczyć rolę konsultantów dziedzin klinicznych do spraw klinicznych, a pozostałe kwestie związane z polepszaniem, promocją i ochroną zdrowia ludności kierować do konsultantów ds. zdrowia publicznego. W wypadku spraw wymagających zasięgnięcia opinii specjalisty z dziedziny medycyny klinicznej to właśnie konsultant ds. zdrowia publicznego posiłkowałby się opinią towarzystwa naukowego lub specjalisty(-ów) w danej dziedzinie. Konsultant zdrowia publicznego jako osoba przygotowana merytorycznie nie kierowałby spraw od razu do przedstawiciela najbardziej wąskiej specjalizacji, jak to bywa obecnie. W ten sposób opinie miałyby większą wartość z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa. Jeszcze lepszym rozwiązaniem, również całkiem kompromisowym, byłoby powołanie krajowej oraz wojewódzkich komisji ds. zdro-

**PATRZĄC NA OBECNĄ ROLĘ
KONSULTANTÓW,
MOŻNA POWIEDZIEĆ,
ŻE W WIĘKSZOŚCI SĄ ONI
PO PROSTU KONSULTANTAMI
W DZIEDZINIE
ZDROWIA PUBLICZNEGO,
CHOĆ NIEWIELU
JEST W TEJ DZIEDZINIE
SPECJALISTAMI
I PRAKTYKAMI**



foto: KFP

Andrzej Sokołowski prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

System konsultancki, jaki mamy obecnie, jest skandaliczny. Moim zdaniem nie ma potrzeby utrzymywania całej rzeszy konsultantów wojewódzkich. Skoro konsultant ma być doradcą decydenta do spraw medycznych – po co na przykład konsultant do spraw kardiologicznych w każdym województwie? Czy kardiologia warszawska pod względem medycznym różni się od podlaskiej czy dolnośląskiej do tego stopnia, że w każdym z tych województw potrzebny jest osobny konsultant? Sądzę, że w tej i innych specjalnościach w kwestiach medycznych wystarczyłby jeden konsultant, którego zdanie byłoby wiążące dla wszystkich ośrodków.

Przejdźmy więc do roli konsultanta krajowego. Sądzę, że w wielu dziedzinach to zadania nie do udźwignięcia przez jednego człowieka, że znacznie większy sens miałoby stworzenie ciała kolegialnego, zespołu doradczego, w którym byłyby wypracowywane konsensusy. To skuteczniej eliminowałoby ryzyko ewentualnej pomyłki w ocenie sytuacji przez jednego konsultanta. Zatem: mniej jednoosobowej odpowiedzialności dla jednego konsultanta krajowego i 16 wojewódzkich, a więcej dla zespołów doradczych.

wia publicznego (KZP) z udziałem lekarzy, specjalistów zdrowia publicznego niebędących lekarzami (tak, mamy już takich dobrze wykształconych i doświadczonych profesjonalistów!), pielęgniarek (niektóre też mają wykształcenie i wiedzę z dziedziny zdrowia publicznego) oraz przedstawicieli menedżerów ochrony zdrowia (jest wielu z dyplomami MBA czy studiami podyplomowymi z organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia). Jestem przekonany, że komisje takie będą w stanie przejąć nawet 90 proc. obowiązków dotychczas wykonywanych przez konsultantów krajowych i wojewódzkich, a w sprawach wymagających opinii specjalistów medycyny klinicznej będą w stanie konsultować się z odpowiednimi specja-



foto: Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Krzysztof Opolski ekspert ekonomiki ochrony zdrowia

Słowo „konsultant” ma w sobie jedno podstawowe założenie: to osoba, które nie podejmuje decyzji, ale służy swoją radą i wiedzą komuś, kto chce i może tę decyzję podjąć. W związku z tym powstaje podstawowe pytanie: czym konsultantem jest w Polsce konsultant krajowy czy wojewódzki? Czy jest konsultantem ministra zdrowia? Wojewodów? Marszałków województw? Pacjentów? Narodowego Funduszu Zdrowia? Komu ma służyć swoją radą?

To ogromna rola, wielkie brzemie. Szczególnie w sytuacji, gdy konkurencja między firmami świadczącymi usługi medyczne dawno już przekroczyła granice państwowe. W dzisiejszym rozumieniu w teorii konsultant ma służyć i ministrowi zdrowia, i wojewodom, i marszałkom województw, i pacjentom, i NFZ. A skoro tak, to w zasadzie powinien być jednoosobową instytucją, która rozstrzygałaby konflikty między innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. I do tej roli ma nieodpowiednie umocowania. Albo zwiększmy jego uprawnienia, albo uznajmy, że w swoich dzisiejszych umocowaniach konsultant nie jest w stanie spełnić nadziei, które pokładają w nim inni uczestnicy systemu.

listami. Trwają prace nad ustawą o zdrowiu publicznym, jest zatem szansa, aby właśnie w tej ustawie określić na nowo rolę konsultantów w ochronie zdrowia. W ten sposób możemy także ograniczyć liczbę regulacji ustawowych, o czym piszę, omawiając wariant postępowy. Niezwykle ważne jest uwzględnienie w dyskusji głosu środowisk dotychczas pomijanych lub niedocenianych, czyli organizacji pacjentów, pracodawców, menedżerów i niedawno wykształconej kadry specjalistów zdrowia publicznego niebędących lekarzami.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali
i gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE.