

Szanowni Państwo,

powierzenie mi w czerwcu bieżącego roku funkcji konsultanta krajowego jest niewątpliwie wyrazem zaufania środowiska hematologicznego, które przez przewodniczącego swojego towarzystwa naukowego proponuje ministrowi zdrowia kandydatów do pełnienia tej funkcji, jak również zaufania ministra, który dokonuje wyboru spośród przedstawionych mu kandydatów. To zaufanie łączy się też z oczekiwaniami; lekarze hematolodzy oczekują od konsultanta reprezentowania interesów środowiska i pacjentów wobec władz państwowych, organy administracji rządowej i samorządowej natomiast — merytorycznego wsparcia w realizacji polityki zdrowotnej. Czy oczekiwania te są do pogodzenia? Innymi słowy — czy konsultant krajowy może zadowolić i środowisko, z którego się wywodzi, i ministra, względnie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia? To zadanie wydaje się karkołomne, a niekiedy wręcz niemożliwe. Sądzę jednak, że nieporozumienia na linii organy władzy odpowiedzialne za politykę zdrowotną—środowisko lekarskie—pacjenci wcale nie muszą być integralną składową naszej rzeczywistości. Wielu, może nawet większości, z nich można uniknąć, ale pod pewnym warunkiem — sprawnej komunikacji między wszystkimi wymienionymi wyżej ogniwami systemu opieki zdrowotnej, której wszyscy uczestnicy czują się partnerami, a nie przedmiotami nie zawsze zrozumiałych procesów decyzyjnych. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że każda władza ustawodawcza czy wykonawcza, działając w trudnej sytuacji finansowej państwa i w kontekście niedoskonałego systemu prawnego, niejednokrotnie musi podejmować kroki niepopularne, uciążliwe czy bolesne dla środowiska medycznego lub pacjentów. Zaakceptowanie tych posunięć może być jednak dla nas znacznie łatwiejsze, jeśli towarzyszą im szerokie konsultacje, a potem działania mające na celu przekonujące uzasadnienie podjętych decyzji. To trochę tak, jak w przypadku konieczności przekazania pacjentowi informacji, że rozpoznaliśmy u niego chorobę o złym rokowaniu; pacjentowi łatwiej tę informację zrozumieć i przyjąć, jeśli poczuje się potraktowany przez lekarza jak partner, a nie tylko wykonawca jego zaleceń. Usytuowanie konsultanta krajowego w systemie ochrony zdrowia, niejako na styku administracji rządowej i środowiska lekarskiego, nadaje jego funkcji znaczenie szczególnie istotnego ogniwa w tym dialogu. Wyposaża go bowiem nie tylko w możliwość zapoznawania kolegów

lekarzy ze stanowiskiem organów rządowych, ale także przekazywania do kompetentnych komórek Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia postulatów reprezentowanego przez siebie środowiska medycznego i pacjenckiego.

Formułując oczekiwania wobec konsultanta krajowego, należy pamiętać, że zgodnie z obowiązującą jeszcze ustawą z 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia, rolą konsultantów są czynności opiniodawcze, doradcze i kontrolne na zlecenie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta, nadzór merytoryczny i opiniowanie w sprawach szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego oraz udział w komisjach i zespołach powoływanych w celach realizacji polityki zdrowotnej. Konsultanci pełnią więc funkcję doradczo-opiniującą, natomiast ustawodawca nie wyposażył ich w uprawnienia decyzyjne w obszarze kształtowania polityki zdrowotnej. Dlatego też konsultantów krajowych nie można traktować jako siły sprawczej wszelkich zmian, jakie się dokonały w zakresie danej specjalności, podobnie zresztą jak niewłaściwe jest obwinianie ich o wszystkie nierozwiązane problemy i bolączki środowiska.

Piszę powyższe nie dlatego, że chciałbym niejako awansem usprawiedliwić się przed środowiskiem ze spraw, których załatwienie przekroczyło moje kompetencje czy możliwości. Będę się starał wykorzystać wszystkie możliwości dane mi przez ustawodawstwo, aby — mówiąc najogólniej — w sposób rzeczywisty przyczynić się do poprawy jakości specjalistycznej opieki hematologicznej w naszym kraju, co jest deklarowanym wspólnym celem działania zarówno administracji rządowej, jak i środowiska lekarskiego reprezentowanego przez samorząd zawodowy, towarzystwa naukowe oraz organizacje zrzeszające pacjentów.

Jakie najważniejsze zadania widzę przed sobą u progu mojej pięcioletniej kadencji? Oprócz stałych, „ustawowych” punktów mojej działalności, takich jak organizacja egzaminów specjalistycznych, okresowa ocena potrzeb kadrowych w zakresie hematologii czy opiniowanie projektów programów lekowych, do spraw wymagających szybkiego załatwienia zaliczam pojawiające się problemy kształcenia specjalizacyjnego — „bezkolizyjne” wprowadzenie kształcenia w trybie modułowym, które będzie można realizować w formie rezyden-

tury przez cały okres trwania, a także urealnienie zasad specjalizowania się z transplantologii klinicznej. Jak wiadomo, tę specjalizację stworzono głównie z myślą o lekarzach zajmujących się przeszczepianiem narządów unaczynionych. Został, co prawda, opracowany wariantowy program kształcenia przeznaczony dla lekarzy przeszczepiających komórki krwiotwórcze, ale egzamin końcowy jest wspólny dla transplantologów „narządowych” oraz hematologów, z dominacją pytań dotyczących przeszczepiania narządów niehematopoetycznych. Wszyscy hematolodzy, którzy ten egzamin zdawali, wiedzą, ile czasu i wysiłku kosztuje nabycie wiedzy na temat, na przykład, technik przeszczepiania nerki czy wątroby — zagadnień zupełnie nam obcych i nieprzydatnych w naszej pracy. Ta sytuacja wymaga niewątpliwie szybkiego skorygowania.

Innym problemem wymagającym pilnego rozwiązania jest zwiększenie udziału lekarzy POZ w opiece nad chorymi z zaburzeniami hematologicznymi. Według mojej oceny, wynikającej z kilkunastoletniego doświadczenia w pracy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, znaczną część pacjentów leczonych w poradniach hematologicznych mogliby z powodzeniem prowadzić lekarze POZ. To ci chorzy kierowani do specjalistów niejednokrotnie wydłużają i tak długie kolejki oczekujących z poważnymi schorzeniami hematologicznymi. Wynika to częściowo z niekiedy zbyt małych kompetencji lekarzy POZ w zakresie

diagnostyki, ale także z obawy przed leczeniem naszych pacjentów, wynikającej z irracjonalnego, ale rozpowszechnionego przekonania, że hematologia jest specjalnością trudną, będącą nieomalże na pograniczu wiedzy tajemnej. Przełamanie tego stereotypu będzie wymagać długiej pracy wspólnie ze środowiskiem internistów i lekarzy rodzinnych.

Oczywiście, istnieje cały szereg innych problemów, które będą wymagały mojego zaangażowania, takich jak niedostateczne finansowanie procedur, szczególnie przenoszonych z programów terapeutycznych do katalogu chemioterapii, niedostatecznej dostępności pacjentów do hematologii szpitalnej i ambulatoryjnej, restrykcje narzucane oddziałom hematologicznym przez zarządy niektórych szpitali, chaos w klasyfikacji ICD-10 dotyczącej chłoniaków czy brak wiarygodnych rejestrów zachorowań na choroby onkohematologiczne.

Trudno jest na początku pięcioletniej kadencji prognozować, jaki będzie rozwój sytuacji w służbie zdrowia i z jakimi wyzwaniem przyjdzie mi się zmierzyć. W tej trudnej, choć myślę, że nie beznadziejnej, misji liczę na współpracę i wsparcie nie tylko ze strony konsultantów wojewódzkich, ale także całego naszego środowiska hematologicznego. Mam nadzieję, że wspólnie się uda nam choć trochę poprawić funkcjonowanie polskiej hematologii — zarówno warunków leczenia pacjentów, jak i warunków naszej pracy.

*konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
prof. dr hab. n. med. Dariusz Wołowicz*