

ROLA KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH W DZIEDZINIE OCHRONY ZDROWIA W PROCESIE STANOWIENIA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PRIORYTETÓW ZDROWOTNYCH W ASPEKCIE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH W POLSCE*

The role of voivodeship consultants in the field of healthcare in the process of setting the regional health policy and health priorities in terms of civilization diseases in Poland

Jakub Gierczyński

STRESZCZENIE

W Polsce polityka zdrowotna powinna być realizowana przez wszystkie resorty oraz interesariuszy, poprzez co zwiększy się efektywność działań i odpowiedzialność za konkretne efekty zdrowotne i społeczne. Za politykę zdrowotną w zakresie chorób cywilizacyjnych muszą zacząć odpowiadać jednostki samorządu terytorialnego, jako najbliższe struktury dla lokalnych społeczności. Warto popierać więc ideę tworzenia i realizacji regionalnych map potrzeb zdrowotnych, szczególnie w zakresie poprawy sytuacji zarządzania chorobami cywilizacyjnymi na poziomie każdego z województw. Kierownicza kadra medyczna powinna odgrywać kluczową rolę w procesie stanowienia polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa. Nowe zapisy uregulowań prawnych o zdrowiu publicznym i Regionalnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych uzasadniają kluczową rolę kierowniczej kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia. Konsultanci wojewódzcy powinni pełnić rolę sędziów kompetentnych i reprezentować środowisko medyczne w procesie stanowienia polityki zdrowotnej na poziomie województwa w zakresie określonej dziedziny terapeutycznej. Konsultanci wojewódzcy mogliby być fundamentalną częścią platformy racjonalnego i opartego na faktach dialogu pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia na poziomie województwa.

ABSTRACT

In Poland, the health policy should be implemented by all sectors and stakeholders which will increase the effectiveness of actions and responsibility for individual health and social effects. Local self-government units, the closest to the local communities, should become responsible for the health policy in the field of civilization diseases. It is consequently worthwhile to support the idea of the elaboration and development of regional maps of health needs, particularly as regards improvement in the management of civilization diseases on the level of every voivodeship. Medical executive staff should play the key role in process of setting the health policy on the national and voivodeship level. The provisions of the new legal regulations on public health and Regional Maps of Health Needs justify the key role of the executive medical personnel in the healthcare system. Voivodeship consultants should play the role of competent judges and represent medical circles in the process of setting the health policy in the field of a specific therapy on the voivodeship level. Voivodeship consultants could constitute a fundamental part of the platform of a rational and fact-based dialogue between all the healthcare system stakeholders on the voivodeship level.

Słowa kluczowe: konsultant wojewódzki, choroby cywilizacyjne, polityka zdrowotna, priorytety zdrowotne

Keywords: voivodeship consultant, civilization diseases, health policy, health priorities

WPROWADZENIE

Rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi, zależnymi od rozwoju cywilizacyjnego staje się olbrzymim wyzwaniem dla społeczeństw i gospodarek krajów Unii Europejskiej.⁴⁶ W obliczu wymienionych wyzwań zdrowotnych, demograficznych i ekonomicznych należy rozważyć wprowadzanie reform systemów opieki zdrowotnej i opieki socjalnej, celem zapewnienia ich wydolności, opłacalności i stabilności.⁴⁷ Reformy mogłyby być przeprowadzane w oparciu skuteczniejsze wydawanie środków publicznych, spełniające kryteria i dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.⁴⁸ Polityka zdrowotna, jako główny instrument zarządzania zmianą w ochronie zdrowia oraz element spójnej polityki społecznej, powinna być wynikiem konsensusu pomiędzy wszystkimi interesariuszami rynku ochrony zdrowia.⁴⁹ Zaleca się, aby uwzględniała właściwą rolę, znaczenie i specyfikę możliwie wielu czynników warunkujących sprawne i efektywne funkcjonowanie całego systemu.⁵⁰ W tym procesie powinni uczestniczyć eksperci łączący kompetencje kliniczne i ekonomiczne, posiadający wiedzę z dziedziny zdrowia publicznego i umiejętność pracy w zespołach wielozadaniowych. W stanowieniu polityki zdrowotnej i priorytetów zdrowotnych podstawą powinny być uwarunkowania regionalne i odpowiedzialność lokalnych władz.⁵¹

Międzynarodowe rankingi sugerują Polsce nadanie priorytetu opiece zdrowotnej w polityce państwa, wzrost finansowania publicznego

ochrony zdrowia, skuteczne działania systemowe w zakresie redukcji kolejek do świadczeń medycznych oraz skuteczną profilaktykę chorób cywilizacyjnych.⁵² Polski system opieki zdrowotnej powinien zapewniać społeczeństwu leczenie na europejskim poziomie.⁵³ Aby tak się stało, potrzebne są głębokie zmiany w prawodawstwie oraz strategii państwa w zakresie ochrony zdrowia – by zdrowie w Polsce stało się priorytetem państwa i rządu.⁵⁴ Nawet jeżeli stanowienie polityki zdrowotnej i ustalanie priorytetów zdrowotnych oceniane są w miarę pozytywnie, to realny problem powstaje przy ich urzeczywistnianiu i pomiarze efektywności.⁵⁵ Fundamentem realizacji właściwie zdefiniowanej polityki zdrowotnej w Polsce powinny być działania mające na celu zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, podniesienie jakości świadczeń, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie zasobów kadry medycznej oraz wzrostu roli zdrowia publicznego i promocji zdrowia.⁵⁶

OGÓLNOPOLSKA I REGIONALNE MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH W ASPEKCIE STANOWIENIA POLITYKI ZDROWOTNEJ I PRIORYTETÓW ZDROWOTNYCH

Ustawa z dnia 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz nie-

⁴⁶ Nolte E., C. Knai, R. Saltman. 2014. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. World Health Organization.

⁴⁷ Komunikat Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej. 2014. Bruksela. 04.04.2014 r., COM 215 final.

⁴⁸ Cashin C. 2014. et al. Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

⁴⁹ Holly R. 2012. „Słowo wstępne – o ubezpieczeniu i polityce zdrowotnej w zarządzaniu zmianą w ochronie zdrowia”. *Journal of Health Policy, Insurance and Management* 10: 5-6.

⁵⁰ Holly R. 2004. „Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia”. *Journal of Health Policy, Insurance and Management* 1.

⁵¹ The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities. 2012. European Union.

⁵² Euro Health Consumer Index. 2014. Health Consumer Powerhouse.

⁵³ Gierczyński J. 2012. „Kierunki zmian w polskim systemie ochrony zdrowia-pożądane i realnie możliwe”. *Polityka Zdrowotna - Journal of Health Policy, Insurance and Health Management* 11: 99-103.

⁵⁴ Akademia Zdrowia 2030. 2013. System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy. Warszawa: Pracodawcy RP.

⁵⁵ Mądrała A.(red.). 2014. System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy. Akademia Zdrowia 2030. Warszawa: Pracodawcy RP.

⁵⁶ Szymborski J. 2014. Cel III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności. Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski. Warszawa: GUS.

których innych ustaw⁵⁷ wprowadziła również uregulowania w zakresie regionalnych założeń polityki zdrowotnej w postaci zapisów dotyczących oceny potrzeb zdrowotnych. Celem analizy ma być określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Powstaną nowe instrumenty planowania realizacji potrzeb krajowej i regionalnej polityki zdrowotnej – mapy potrzeb zdrowotnych. W artykule 95 a ujęto, że „dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych (Mapę Regionalną), uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych”. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza, raz na pięć lat, właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych (Rada Wojewódzka). W skład Wojewódzkiej Rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym jeden przedstawiciel wojewody, jeden przedstawiciel marszałka województwa, jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, jeden przedstawiciel NIZP-PZH, jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa, jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa oraz jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁵⁸ Regionalna Mapa Potrzeb Zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych mają składać się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoz potrzeb zdrowotnych.

Na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który

sporządza się Mapę Regionalną. Projekt Mapy Regionalnej przygotowany na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Tworzenie Map Potrzeb Zdrowotnych może być znakomitym narzędziem dla wdrażania sprawnego i skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Warunkiem koniecznym tego procesu powinno być stosowanie wiarygodnych i aktualnych danych, właściwa metodologia oraz cykliczna ocena jakości wyników.⁵⁹

ROLA INTERESARIUSZY SYSTEMOWYCH W POLSCE W STANOWIENIU POLITYKI ZDROWOTNEJ I REALIZACJI PRIORYTETÓW ZDROWOTNYCH NA PRZYKŁADZIE KONSULTANTÓW KRAJOWYCH I WOJEWÓDZKICH

Zapewnienie obywatelom skutecznie i efektywnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia wymaga odpowiedniego ułożenia relacji między elementami skomplikowanego i rozbudowanego systemu, w którym uczestniczą różni interesariusze (ang. stakeholders).⁶⁰ W myśl definicji Freemana „interesariuszem jest każda osoba lub grupa, która może wywierać wpływ na daną organizację, lub na którą ta organizacja wywiera wpływ”.⁶¹ W przypadku systemu ochrony zdrowia w Polsce mamy do czynienia z bardzo dużą liczbą udziałowców, często mających sprzeczne interesy. Jedną z rekomendacji dla optymalnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce było „jednoznaczne zdefiniowanie ról i zadań głównych interesariuszy rynku zdrowia, które to z kolei pozwalają określić zobowiązania i odpowiedzialność, bez których niemożliwe jest zarządzanie poprzez

⁵⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw, Warszawa, dnia 28 sierpnia 2014 r.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. Dziennik Ustaw. Poz. 458. Warszawa, dnia 30 marca 2015.

efekty”.⁶² Według kluczowych interesariuszy systemowych istnieje obecnie pilna potrzeba wzmocnienia roli lekarzy rodzinnych oraz poprawy wyników leczenia onkologicznego.⁶³ Program „Foresight Polska 2020”⁶⁴ w obszarze „Zdrowie i Życie” wykorzystywał metodę *foresight*, która zakładała udział szerokiego grona interesariuszy, którzy pracują razem w celu wypracowania jak najlepszego kształtu przyszłej polityki w danym obszarze. Priorytetami programu w obszarze „Zdrowie i Życie” z zakresu chorób cywilizacyjnych były: rozwój powszechnej edukacji prozdrowotnej, diagnostyki i terapii chorób psychicznych oraz uzależnień o dużym znaczeniu społecznym, diagnostyki i terapii chorób związanych z podeszłym wiekiem oraz budowa efektywnych systemów badań przesiewowych.⁶⁵

Analizując procesy tworzenia polityki zdrowotnej i definiowania priorytetów zdrowotnych oraz składy zespołów doradczych można stwierdzić, że w Polsce jedną z kluczowych grup interesariuszy systemowych są konsultanci w ochronie zdrowia – krajowi i wojewódzcy. W aspekcie opisanego wcześniej projektu tworzenia Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych, które mają stanowić fundamentalny instrument polityki zdrowotnej państwa na poziomie każdego województwa, nastąpiło ustawowe wzmocnienie roli konsultantów wojewódzkich w rozpoczętym procesie tworzenia Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych.⁶⁶ Konsultanci wojewódzcy pełnią

rolę sędziów kompetentnych i reprezentują środowisko medyczne w procesie stanowienia polityki zdrowotnej na poziomie wojewódzkim. Tworzą homogeną (profesjoniści medyczni), liczną i reprezentatywną (reprezentują wszystkie dziedziny medycyny i województwa). Z racji funkcji i umiejscowienia konsultantów krajowych i wojewódzkich w systemie ochrony zdrowia pełnią oni wspólnie z regulatorem (ministrem lub wojewodą), kluczową rolę w procesie definiowania polityki zdrowotnej w danej dziedzinie terapeutycznej, za którą odpowiadają. Proces ten zachodzi na szczeblu centralnym (w przypadku konsultantów krajowych) oraz wojewódzkim (w przypadku konsultantów regionalnych). Przygotowują również kluczowe dokumenty analityczne na podstawie danych epidemiologicznych, klinicznych, systemowych (kadry, infrastruktura, itp.) i kosztowych.

Konsultanci w ochronie zdrowia dzielą się na konsultantów krajowych i konsultantów wojewódzkich. Konsultantów krajowych powołuje Minister Zdrowia⁶⁷, natomiast konsultantów wojewódzkich Wojewoda.⁶⁸ Ich działalność jest finansowana z budżetu państwa⁶⁹, a potencjalny konflikt interesów dokładnie weryfikowany.⁷⁰ Kadencja konsultanta trwa 5 lat.

Głównymi zadaniami konsultantów krajowych są:

- inicjowanie badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań,

⁵⁹ Kozierkiewicz A, J. Gierczyński, M. J. Wysocki, M. Gałązka-Sobotka. 2014. „Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia - na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego. *Polityka Zdrowotna - Journal of Health Policy, Insurance and Health Management* 14: 23-36.

⁶⁰ Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: mapa wyzwań. 2011. Raport THINKTANK.

⁶¹ Freeman RE. 1984. *Strategic Management. A Stakeholder Approach*. Boston: Pitman Publishing.

⁶² Akademia Zdrowia 2030. 2013. *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*. Warszawa: Pracodawcy RP.

⁶³ Na Top Medical Trends o priorytetach w ochronie zdrowia. 2015. *Termedia*. 20.03.2015.

⁶⁴ Narodowy Program Foresight „POLSKA 2020”

⁶⁵ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007

⁶⁶ Kozierkiewicz A, J. Gierczyński, M. J. Wysocki. 2014. „Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia - na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego”, *Polityka Zdrowotna - Journal of Health Policy, Insurance and Management* 14: 23-36.

⁶⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. *Dz.U.* 2014 poz. 1135

⁶⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia *Dz.U.* 2009 nr 52 poz. 419

⁶⁹ *Dz.U.* 2011 nr 129 poz. 736. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wysokości maksymalnego wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich.

⁷⁰ *Dz.U.* 2014 poz. 1207. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia.

- prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej przez konsultanta krajowego dziedzinie medycyny,
- prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów zdrowotnych,
- opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
- wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.⁷¹

Główne zadania konsultantów wojewódzkich to:

- Opiniowanie wniosków jednostek ubiegających się o wpisanie na prowadzoną przez ministra zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne,
- Występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny,

- Wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnianiu przez podmiot leczniczy warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny,
- Wydawanie, na podstawie przeprowadzonej kontroli, opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.⁷²

Zestawienie liczby dziedzin z zakresu ochrony zdrowia, które są reprezentowane przez konsultantów krajowych i wojewódzkich przedstawiono w Tabeli 1 oraz na Rysunku 1.

Nominalna liczba konsultantów krajowych wynosi 106,73 natomiast nominalna liczba konsultantów wojewódzkich wynosi 1 394 osób. Jednak nie wszyscy wojewodowie powołują konsultanta wojewódzkiego w każdej z 106 dziedzinach, stąd liczba nominalnych konsultantów wojewódzkich wynosi 1 394, a nie 1 696, jakby hipotetycznie wychodziło z iloczynu 106 dziedzin x 16 województw. Jak można zauważyć, największy odsetek ogólnej liczby konsultantów – 72% – stanowi medycyna, następnie pielęgniarstwo (12%), stomatologia (6%), inne dziedziny medycyny (6%) oraz farmacja (4%).

Tabela 1. Zestawienie liczby dziedzin z zakresu ochrony zdrowia, które są reprezentowane przez konsultantów krajowych i wojewódzkich.

Dziedzina z zakresu ochrony zdrowia	Liczba konsultantów
Medycyna	77
Dziedziny pielęgniarstwa	13
Stomatologia	6
Inne dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia	6
Dziedziny farmaceutyczne	4
Razem	106

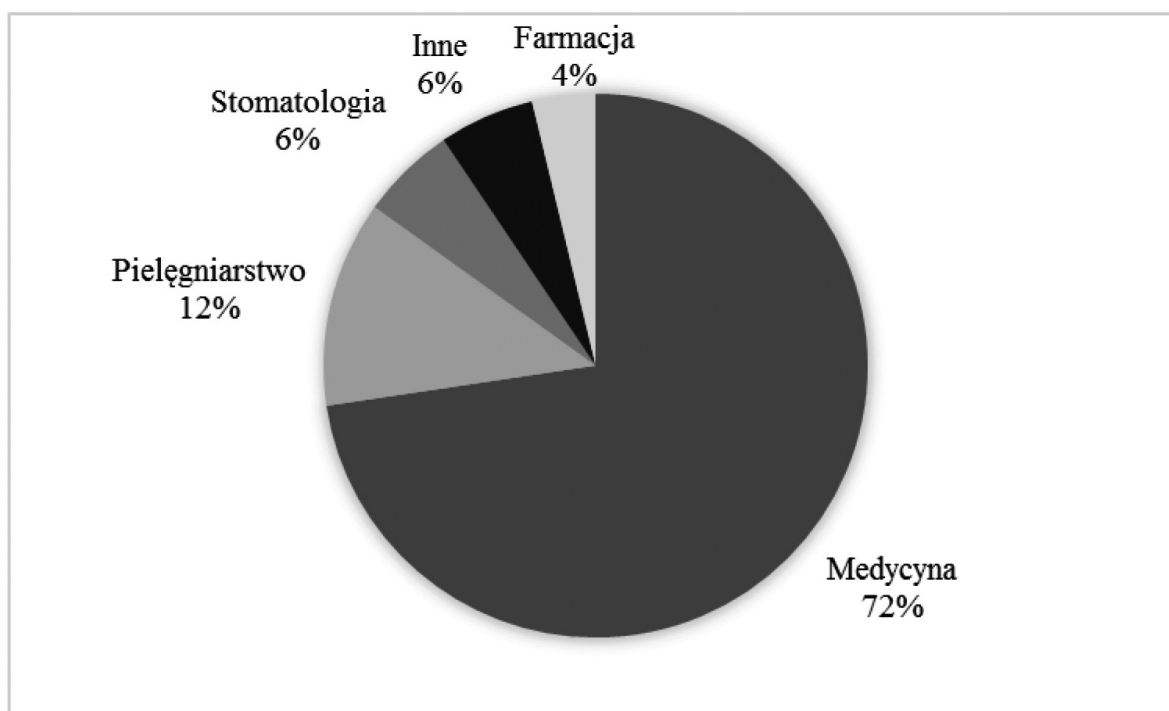
Źródło: Opracowanie własne

⁷¹ Konsultanci krajowi, Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: pobrano 21.01.2016.

⁷² Konsultanci wojewódzcy. Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: pobrano 21.01.2016.

⁷³ Dane Ministerstwa Zdrowia, 2015. Dostęp: pobrano: 21.01.2016.

Rysunek 1. Odsetek dziedzin z zakresu ochrony zdrowia, które są reprezentowane przez konsultantów krajowych i wojewódzkich



Źródło: Opracowanie własne.

Wynika z tego, że głos środowiska konsultantów w ochronie zdrowia w Polsce wyrażany jest przede wszystkim przez lekarzy i magistrów pielęgniarstwa (84% ogółu).

Dane na temat konsultantów wojewódzkich są publikowane w domenie publicznej – w serwisach urzędów wojewódzkich.⁷⁴ Celem oszacowania rzeczywistej liczby mianowanych konsultantów wojewódzkich przeprowadzono w dniu 15 października 2014 r. systematyczną kwerendę. W wyniku przeszukania serwisów urzędów wojewódzkich stwierdzono, że z 1 394 nominalnych konsultantów wojewódzkich urzędowało 1 134 formalnie powołanych konsultantów wojewódzkich. Stanowiło to 81,3% nominalnej liczby. Pokazują to Tabela 2. i Rysunek 2.

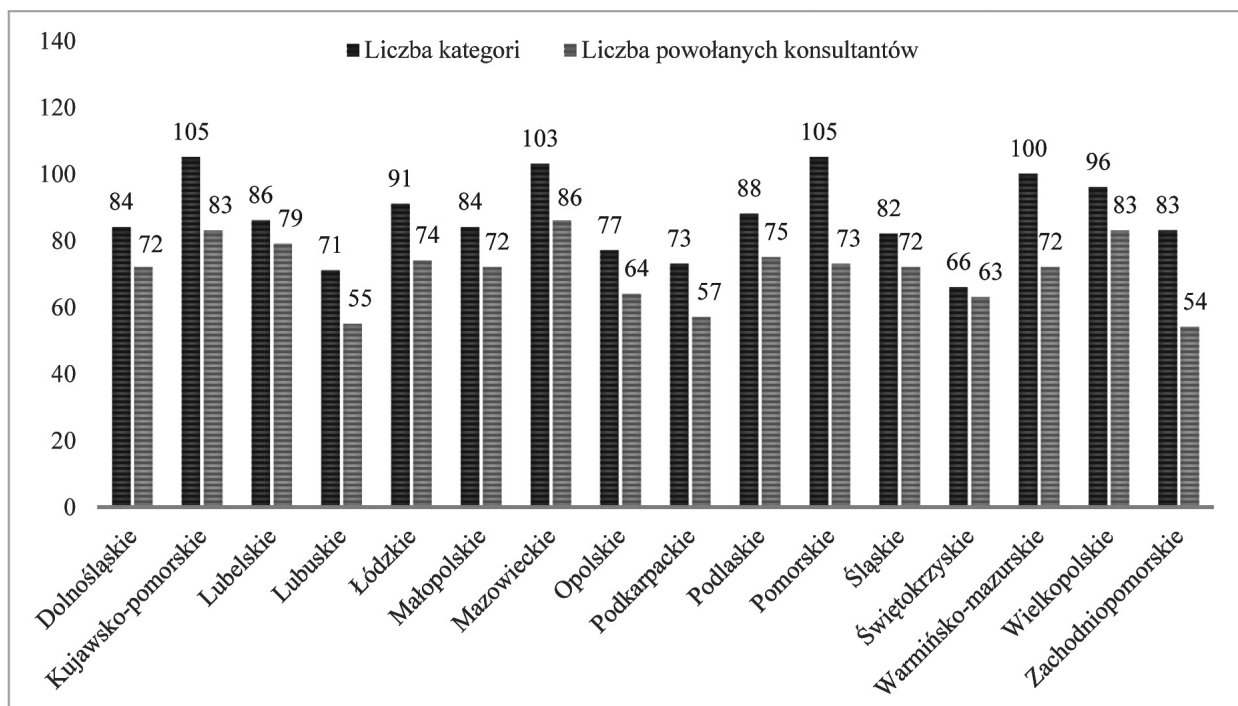
Jak przedstawiono powyżej, najniższy odsetek pracujących konsultantów wojewódzkich odnotowany został w województwie zachodniopomorskim – 65% nominalnej liczby ogółem, w pomorskim – 69,5% oraz warmińsko-mazurskim – 72%. Należy zauważyć, że nominalna liczba konsultantów w poszczególnych województwach jest różna i plasuje się w przedziale od minimalnej liczby 66 konsultantów w województwie świętokrzyskim do maksymalnej liczby konsultantów 105 w województwach pomorskim i kujawsko-pomorskim. Wynikało to prawdopodobnie z faktu, braku uzasadnienia wojewody do powołania konsultanta w określonych dziedzinach medycyny oraz braków kadrowych.

⁷⁴ Konsultanci wojewódzcy. Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: pobrano: 21.01.2016.

Tabela 2. Liczba konsultantów wojewódzkich nominalnych i formalnie powołanych oraz odsetek obsadzenia stanowisk w poszczególnych województwach (stan na dzień 15.10.2014 r.).

Województwo	Liczba nominalnych konsultantów	Liczba powołanych konsultantów	% obsadzenia stanowisk
Dolnośląskie	84	72	85,7
Kujawsko-pomorskie	105	83	79,0
Lubelskie	86	79	91,9
Lubuskie	71	55	77,5
Łódzkie	91	74	81,3
Małopolskie	84	72	85,7
Mazowieckie	103	86	83,5
Opolskie	77	64	83,1
Podkarpackie	73	57	78,1
Podlaskie	88	75	85,2
Pomorskie	105	73	69,5
Śląskie	82	72	87,8
Świętokrzyskie	66	63	95,5
Warmińsko-mazurskie	100	72	72,0
Wielkopolskie	96	83	86,5
Zachodniopomorskie	83	54	65,1
POLSKA	1 394	1 134	81,3

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane z domeny publicznej z dnia 15.10.2014 roku.

Rysunek 2. Liczba konsultantów wojewódzkich nominalnych i formalnie powołanych w poszczególnych województwach (stan na dzień 15.10.2014 r.).

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane z domeny publicznej z dnia 15.10.2014 roku.

WNIOSKI

1. Zalecane jest aby w Polsce polityka zdrowotna realizowana była przez wszystkie resorty oraz interesariuszy, poprzez co zwiększy się efektywność działań i odpowiedzialność za konkretne efekty zdrowotne i społeczne. Za politykę zdrowotną w zakresie chorób cywilizacyjnych muszą zacząć odpowiadać jednostki samorządu terytorialnego, jako najbliższe struktury dla lokalnych społeczności. Warto popierać więc ideę tworzenia i realizacji regionalnych map potrzeb zdrowotnych, szczególnie w zakresie poprawy sytuacji zarządzania chorobami cywilizacyjnymi na poziomie każdego z województw.
2. Kierownicza kadra medyczna powinna odgrywać kluczową rolę w procesie stanowienia priorytetów polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa. Nowe zapisy uregulowań prawnych o zdrowiu publicznym i Regionalnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych uzasadniają kluczową rolę kierowniczej kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia. Konsultanci wojewódzcy powinni pełnić rolę sędziów kompetentnych i reprezentować środowisko medyczne w procesie stanowienia polityki zdrowotnej na poziomie województwa w zakresie określonej dziedziny medycyny. Konsultanci wojewódzcy mogliby być fundamentalną częścią platformy racjonalnego i opartego na faktach dialogu pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia na poziomie poszczególnych województw.

DYSKUSJA

Polska od wstąpienia do Unii Europejskiej w 2004 r. realizuje w swojej krajowej polityce zdrowotnej najważniejsze cele i strategie wspólnotowej polityki zdrowotnej. Implikowane to jest również warunkowością pozyskiwania środków unijnych dla sektora ochrony zdrowia. Niestety, w Polsce polityka zdrowotna postrzegana jest jako polityka stanowiona przez Ministra Zdrowia, a poprzez to brakuje współpracy i odpowiedzialności wszystkich resortów oraz interesariuszy za jej praktyczną realizację. Podstawnym, i niestety w większości teoretycznym, narzędziem realizacji polityki zdrowotnej w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia, którego

celem strategicznym jest wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu. Wszystkie główne choroby cywilizacyjne, z wyjątkiem cukrzycy, są uwzględnione jako cele strategiczne i priorytety zdrowotne w Polsce. Największe sukcesy odniesiono w wyniku wdrożenia narodowego programu w kardiologii, natomiast w zakresie onkologii, psychiatrii, uzależnienia od alkoholu i tytoniu oraz nadwagi i otyłości pozostaje wiele do zrobienia. Również poziom odpowiedzialności samorządów za zdrowie lokalnych społeczności jest niezadawalający. W zakresie samorządowych programów zdrowotnych choroby cywilizacyjne stanowią ciągle zbyt niski odsetek. Tylko co dziesiąta jednostka samorządu terytorialnego wprowadza programy zdrowotne, z których tylko nieliczne reprezentują główne choroby cywilizacyjne. Podstawą efektywnej polityki zdrowotnej powinna być jej regionalizacja. Obiecującym narzędziem realizacji tego założenia mogą być mapy potrzeb zdrowotnych. Podstawą do ich tworzenia jest określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Analizując procesy tworzenia polityki zdrowotnej i definiowania priorytetów zdrowotnych oraz składy zespołów doradczych można stwierdzić, że w Polsce jedną z kluczowych grup interesariuszy systemowych są konsultanci w ochronie zdrowia (krajowi i wojewódzcy). Często również decydenci zapominają, że głos środowiska profesjonalistów medycznych w Polsce wyrażany jest, z racji na liczebność, przede wszystkim przez lekarzy i pielęgniarzy. Należy pamiętać, że konsultanci wojewódzcy, łącząc pracę kliniczną z piastowaniem funkcji publicznej w zakresie stanowienia polityki zdrowotnej mogą potrzebować wsparcia edukacyjnego w zakresie nabywania dodatkowych kompetencji oraz dostępu do rzetelnych danych statystycznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Akademia Zdrowia 2030. 2013. System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy. Warszawa: Pracodawcy RP.
2. Cashin C. 2014. et al. Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
3. Euro Health Consumer Index. 2014. Health Consumer Powerhouse.
4. Freeman RE. 1984. Strategic Management. A Stakeholder Approach. Boston: Pitman Publishing.
5. Gierczyński J. 2012. „Kierunki zmian w polskim systemie ochrony zdrowia - pożądane i realnie możliwe”. *Polityka Zdrowotna - Journal of Health Policy, Insurance and Health Management* 11: 99-103.
6. Holly R. 2012. „Słowo wstępne – o ubezpieczeniu i polityce zdrowotnej w zarządzaniu zmianą w ochronie zdrowia”. *Polityka Zdrowotna - Journal of Health Policy, Insurance and Management* 10: 5-6.
7. Holly R. 2004. „Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia”. *Polityka Zdrowotna* I.
8. Kozierkiewicz A, J. Gierczyński, M. J. Wysocki. 2014. „Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia – na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego”, *Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management* 14: 23-36.
9. Komunikat Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej. 2014. Bruksela. 04.04.2014, COM 215 final.
10. Mądrała A. (red.). 2014. System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy. Akademia Zdrowia 2030. Warszawa: Pracodawcy RP.
11. Na Top Medical Trends o priorytetach w ochronie zdrowia. 2015. Termedia. 20.03.2015.
12. Nolte E., C. Knai, R. Saltman. 2014. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. World Health Organization.
13. Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: mapa wyzwań. 2011. Raport THINKTANK.
14. Szyborski J. 2014. Cel III. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności. Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski. Warszawa: GUS.
15. The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities. 2012. European Union.

AKTY PRAWNE

1. Narodowy Program Foresight „POLSKA 2020”.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007.
3. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, *Dziennik Ustaw*, Warszawa, dnia 28 sierpnia 2014 r.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych. *Dziennik Ustaw*. Poz. 458. Warszawa, dnia 30 marca 2015.
5. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia. *Dz.U.* 2014 poz. 1135.
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia *Dz.U.* 2009 nr 52 poz. 419.
7. *Dz.U.* 2011 nr 129 poz. 736. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wysokości maksymalnego wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich.
8. *Dz.U.* 2014 poz. 1207. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

1. Konsultanci wojewódzcy. Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: pobrano: 21.01.2016.
2. Konsultanci krajowi, Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: pobrano: 21.01.2016.
3. Konsultanci wojewódzcy. Ministerstwo Zdrowia.
4. Dane Ministerstwa Zdrowia. 2015. Dostęp: pobrano: 21.01.2016.

*Artykuł prezentuje wyniki badań przeprowadzonych na użytek rozprawy doktorskiej nt. „Wpływu kosztów chorób cywilizacyjnych na politykę zdrowotną w krajach UE i w Polsce”, bronionej w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (Wydział Nauk o Zdrowiu) dnia 14 stycznia 2016 r. Promotor – prof. Romuald Holly.