



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2017 | ISSN 2543-8190

XVIII

TOM

7

ZESZYT

I

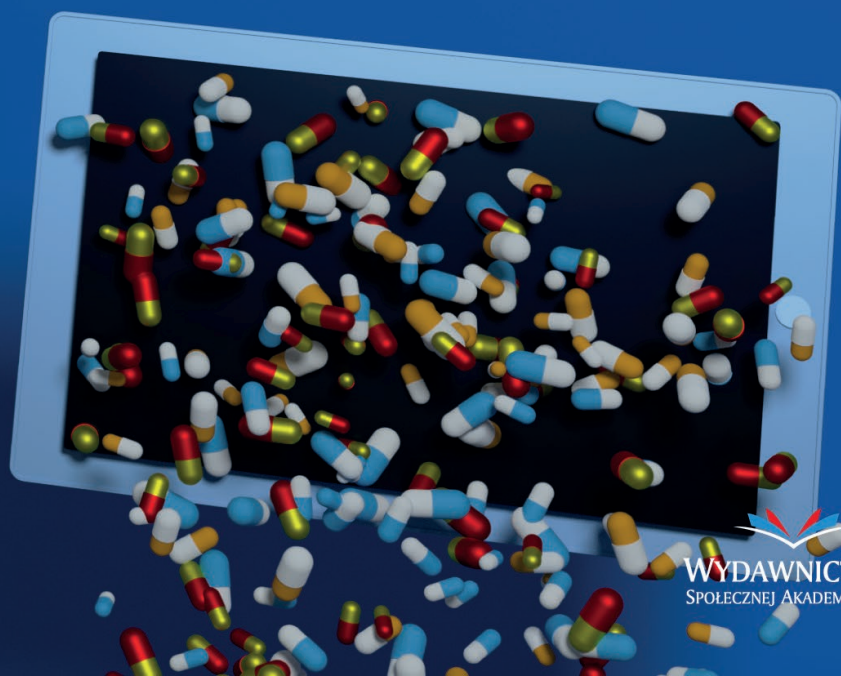
CZĘŚĆ

Redakcja naukowa:

Paweł Skoczylas

Tomasz Adam Karkowski

Nowoczesne tendencje w zarządzaniu ochroną zdrowia w Polsce



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2017 | ISSN 2543-8190

XVIII

TOM

7

ZESZYT

I

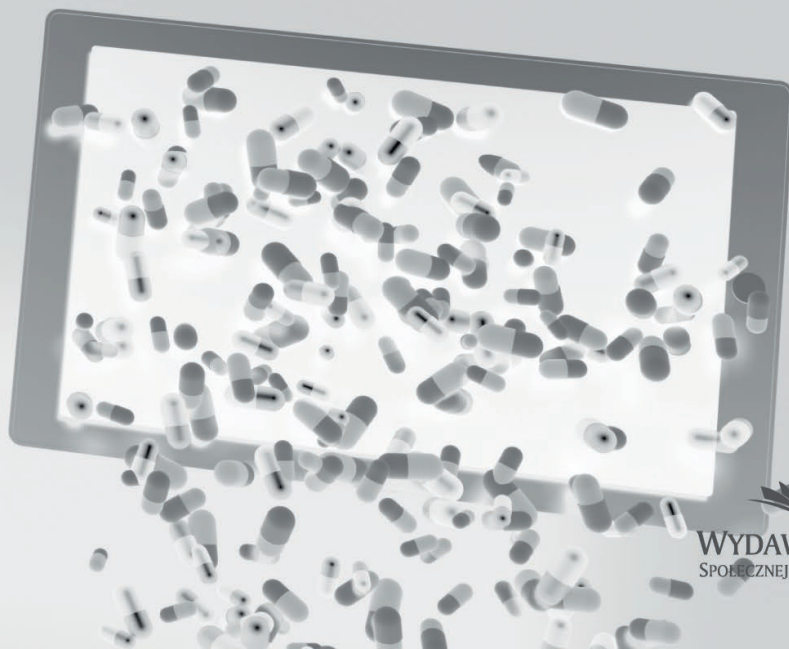
CZĘŚĆ

Redakcja naukowa:

Paweł Skoczylas

Tomasz Adam Karkowski

Nowoczesne tendencje w zarządzaniu ochroną zdrowia w Polsce



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa: Paweł Skoczylas, Tomasz Adam Karkowski

Korekta językowa: Małgorzata Pająk, Lidia Pernak, Beata Siczek, Agnieszka Śliz

Skład i łamanie: Agnieszka Śliz

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

©Copyright: Społeczna Akademia Nauk

ISSN 2543-8190

Wersja elektroniczna wydania jest wersją podstawową.

Publikacja jest dostępna na stronie: piz.san.edu.pl.



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Spis treści

Wstęp.....	5
Marlena Robakowska, Joanna Synowец, Anna Tyrańska-Fobke, Daniel Ślęzak , <i>Biznesplan dla zakładu podstawowej opieki zdrowotnej o rozszerzonej działalności na obszarze dzielnicy Gdańsk-Południe</i>	7
Monika Dobska, Jakub Przybyła , <i>Modele opieki zdrowotnej na świecie a wpływ przeobrażeń demograficznych i ekonomicznych na proces reformowania się systemów</i>	27
Karol Korczak , <i>Paradoksy e-zdrowia</i>	41
Katarzyna Sygił, Marian Sygił, Jan Krakowiak , <i>Badania potrzeb zdrowotnych populacji i opinii społecznej dotyczącej funkcjonowania służby zdrowia istotnymi elementami zarządzania podmiotami leczniczymi</i>	55
Katarzyna Sygił, Marian Sygił, Anna Grzybowska-Wywiół , <i>Zarządzanie przez współpracę lekarzy z pacjentami w zakresie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia</i>	71
Tomasz Adam Karkowski, Dorota Karkowska, Paweł Skoczylas , <i>Corruption and Anti-corruption Actions in Healthcare</i>	89
Paweł Skoczylas, Tomasz Adam Karkowski, Dorota Karkowska , <i>PN-ISO 37001 Management Systems For Anti-corruption Actions and Anti-corruption Procedure in Jan Paweł II Hospital in Bełchatów</i>	99
Marcin Kautsch, Kazimierz Cięciak , <i>Systemy identyfikacji aparatury medycznej a problemy kadrowe polskich szpitali – szanse i perspektywy</i>	107
Ewa Mojs, Rafał Staszewski, Włodzimierz Samborski , <i>Coaching menedżera w ochronie zdrowia jako element idei społecznej odpowiedzialności biznesu</i>	121
Maciej Jewczak , <i>Willingness-to-pay for Additional Health Benefits in Poland – Analysis of Spatial Diversity</i>	133
Danuła Kunecka , <i>Wybrane determinanty satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek. Część I – praca a życie osobiste i społeczne</i>	149
Adam Rzeźnicki, Dominika Cichońska, Katarzyna Sawczuk, Włodzimierz Stelmach , <i>Wypalenie zawodowe pielęgniarek – analiza zjawiska w wybranych placówkach medycznych</i>	169

Dominika Cichońska, Marlena Seliwiak, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak, Ocena systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego przez wybranych czynnych zawodowo ratowników medycznych zatrudnionych na terenie województwa łódzkiego.....	183
Andrzej Panasiuk, Dominik Panasiuk, Maria Woźniak, Irena Walecka, Alternative Possibilities for the Implementation of Tasks in the Health Care Sector in Poland.....	201
Agnieszka Kolmaga, Anna Gawron-Skarbek, Barbara Różga-Obrębska, Franciszek Szatko, Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część IV – bierne spędzanie czasu wolnego jako element nieprawidłowego stylu życia młodzieży.....	209
Magdalena Lewicka, Justyna Rycerz, Magdalena Sulima, Artur Wdowiak, Wybrane aspekty korzystania przez kobiety z poradni ginekologicznej.....	223

Wstęp

Podmioty lecznicze prowadzą swoją działalność w sektorze, który nieustannie podlega przemianom wynikającym z wprowadzenia reformy ochrony zdrowia, zmian finansowania szpitali, decentralizacji, nowych uregulowań prawnych, ale również wysokiej innowacyjności, wzrostu poziomu oczekiwań pacjentów w zakresie bardziej zaawansowanych sposobów diagnozowania, leczenia i sprzętu. Wszystkie te czynniki zewnętrzne są powodem daleko idących procesów restrukturyzacyjnych. Należy także dodać, że aktywność podmiotów leczniczych szpitali polega nie tylko na reagowaniu na bodźce pojawiające się w otoczeniu, bądź w samej organizacji, ale także na podejmowaniu prób oddziaływania na otoczenie. Warto również pamiętać o tym, że współczesne podmioty lecznicze funkcjonują w trudnych warunkach spowodowanych zarówno ograniczeniami ekonomicznymi, problemami organizacyjnymi, jak i kadrowymi.

Niniejszy zeszyt naukowy prezentuje nowoczesne metody zarządzania podmiotami leczniczymi, wskazuje kierunki rozwoju tych podmiotów, a także prezentuje i przybliża aktualne trendy w nowoczesnym zarządzaniu w sektorze ochrony zdrowia.

Różnorodna tematyka zawartych w nim artykułów odpowiada na pytania:

- jak wdrożyć nowoczesne metody zarządzania podmiotami leczniczymi i optymalizować koszty działalności;
- jakie wybrać kierunki rozwoju organizacji ochrony zdrowia i na które aktualne trendy w nowoczesnym zarządzaniu postawić;
- jakie technologie wdrażać, aby zostać liderem na rynku;
- w jaki sposób przygotować się i odpowiednio szybko zareagować na bodźce pojawiające się w otoczeniu;
- jak określić kierunki rozwoju i wybrać strategię zarządzania, które zagwarantują przetrwanie i rozwój na konkurencyjnym rynku.

Większość Autorów artykułów przedstawia wyniki przeprowadzonych badań, alternatywnie innowacyjne rozwiązania stosowane już w podmiotach leczniczych.

Autorzy prezentują, jak sporządzić biznesplan dla POZ. Inni podejmują problematykę modeli opieki zdrowotnej na świecie i wpływu przeobrażeń demograficznych i ekonomicznych na proces reformowania się systemów. Jeszcze inni podkreślają, że wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych ICT stanowi ważny element funkcjonowania wielu systemów zdrowotnych na całym świecie, w tym również w Polsce, i prezentują paradoksy e-zdrowia. W artykułach podjęto także problematykę badania potrzeb zdrowotnych populacji i opinii społecznej dotyczącej funkcjonowania ochrony zdrowia, jako istotnych elementów w zarządzaniu podmiotami leczniczymi, jak również problematykę zarządzania przez współpracę lekarzy z pacjentami w zakresie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia. Autorzy artykułów zajmują się zagadnieniem korup-

cji i działań antykorupcyjnych w ochronie zdrowia, nową międzynarodową normą ISO 37001 oraz wdrażaniem procedury antykorupcyjnej w szpitalu. Jeden z artykułów ukazuje szanse i perspektywy zastosowania systemów identyfikacji aparatury medycznej, czyli RFID (*Radio-Frequency Identification*) oraz RTLS (*Real-Time Locating Systems*), do zarządzania majątkiem oraz do identyfikowania i lokalizacji zarówno personelu, jak i pacjentów. W tomie poruszono także temat coachingu menedżera w ochronie zdrowia jako elementu idei społecznej odpowiedzialności biznesu i postawiono pytanie o stosunek do płacenia za dodatkowe świadczenia zdrowotne w Polsce. Ponadto autorzy przedstawiają wybrane determinanty satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek, a z drugiej strony poruszają problem wypalenia zawodowego w tej grupie personelu medycznego. W zbiorze zaprezentowano także alternatywne sposoby realizacji zadań w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce, ocenę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, bardzo ważne zagadnienie organizacji edukacji żywieniowej w szkole czy wybrane aspekty korzystania przez kobiety z poradni ginekologicznej.

Redaktorzy niniejszego zeszytu zdają sobie sprawę, że nie poruszono w nim wielu kwestii, które dotyczą nowoczesnych trendów w zarządzaniu w ochronie zdrowia. Dlatego będziemy wdzięczni za wszelkie uwagi, które posłużą do uzupełnienia prezentowanych zagadnień, i/lub wskazanie kolejnych tematów wymagających pilnego opracowania.

Paweł Skoczylas, Tomasz Adam Karkowski

Marlena Robakowska
Joanna Synowec
Anna Tyrańska-Fobke
Daniel Ślęzak

Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
anka.tyranska@gumed.edu.pl

Biznesplan dla zakładu podstawowej opieki zdrowotnej o rozszerzonej działalności na obszarze dzielnicy Gdańsk-Południe

Business Plan for the Primary Health Care Facility with Expanded Operations in the Gdańsk-South Area

Abstract

In recent years we have seen the dynamic development of medical services sector in Poland. Private health centres focus on aggressive development strategy. The role of primary health care facilities, which provide services financed from the public funds, declined.

The purpose of the article is to present methods of strategic planning which allow to open new healthcare entity. The next purpose is to make in practice a business plan for primary health care facility. They may help in estimating opportunities and threats of a new venture. They also help in the choice of new direction for medical facility's development. The research material was publicly available in the Register of Healing Practices (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), Central Statistical Office, local databases, studies and scientific articles.

The article is devoted entirely to the model business plan for the primary health care facility located in the Gdańsk-South district. It presents segments of the medical services market, basic market trends and barriers, financial plan and timetable.

Key words: healthcare entity, basic health care, medical services market, strategic analysis, marketing of medical services

Wprowadzenie

Ostatnie lata charakteryzują się dynamicznym wzrostem odpłatnych usług medycznych w Polsce. Placówki prywatne, które świadczą tego typu usługi, stawiają na agresywną strategię rozwoju. Coraz więcej placówek podstawowej opieki zdrowotnej decyduje się na rozszerzenie swojej oferty o usługi prywatne. Dzieje się tak głównie za sprawą coraz dłuższego czasu oczekiwania na konsultację lekarską. Normą stały się wielomiesięczne kolejki do specjalistów czy na specjalistyczne badania diagnostyczne.

Do utrzymania się tej tendencji może doprowadzić obecna sytuacja polityczna oraz przyszłe uwarunkowania prawne, np. wejście w życie zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które będą dotyczyły utworzenia tzw. sieci szpitali.

Praca jest poświęcona modelowemu biznesplanowi dla zakładu podstawowej opieki zdrowotnej usytuowanego w dzielnicy Gdańsk-Południe. Zostały w nim przedstawione segmenty rynku usług medycznych, podstawowe tendencje i bariery rynkowe, plan finansowy oraz harmonogram działań.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie roli planowania strategicznego w powstaniu i rozwoju zakładu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opracowanie biznesplanu dla podmiotu leczniczego. Są one niezrównanymi narzędziami do oszacowania zagrożeń i szans dla nowo powstałej placówki oraz wspomagają proces tworzenia strategii rozwoju.

Celem artykułu jest także pokazanie, że należy odejść od tradycyjnego postrzegania podmiotu leczniczego jako bytu jedyne w swoim rodzaju. Zapomina się, że to typowe przedsiębiorstwo usługowe. Jediną różnicą pomiędzy podmiotem leczniczym a firmą w tradycyjnym tego słowa znaczenia jest fakt, iż placówki medyczne obsługują pacjentów. To z kolei bardzo specyficzny rodzaj klienta, który wymaga specjalnego traktowania. Dodatkowo to rynek wciąż zdominowany przez finanse publiczne, co również przekłada się na jego niepowtarzalność.

W poniższej pracy zastosowano następujące metody badawcze: metody ilościowe, metody jakościowe, analizę treści, obserwację.

Materiał badawczy stanowiły ogólnodostępne dane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Głównym Urzędzie Statystycznym, lokalnych bazach danych, opracowaniach i artykułach naukowych, jak również obserwacje własne poparte opiniami specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia.

Profil i historia przedsiębiorstwa

Poniższy rozdział zawiera hipotetyczny biznesplan zakładu podstawowej opieki zdrowotnej, w którego zakres będą wchodziły świadczenia dodatkowe. Przychodnia znajdowałaby się w dzielnicy Gdańsk-Południe. Na potrzeby opracowania nazwano ją „Przychodnią ASKmed”. Biznesplan opiera się na przeprowadzonych wcześniej analizach SWOT i 5 sił Portera. Planowany start działalności datuje się na styczeń 2018 roku. Przychodnia będzie świadczyła usługi podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ oraz pielęgniarka szkolna) oraz opiekę specjalistyczną w zakresie endokrynologii i ginekologii. Dodatkowo w zakres ginekologii będzie wchodziła diagnostyka patomorfologiczna oraz ultrasonograficzna. Ta pierwsza będzie zlecana firmie zewnętrznej. W dalszej fazie działalności planowane jest rozszerzenie oferty o świadczenia z dziedziny otolaryngologii, alergologii, chirurgii naczyń.

1. Placówką będzie zarządzał menedżer, który posiada odpowiednie wykształcenie w tym kierunku (dyplom magistra uzyskany na kierunku zdrowie publiczne, specjalność zarządzanie w systemie ochrony zdrowia na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym) oraz kwalifikacje potwierdzone certyfikatami. Źródłami finansowania będą: kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia lub inną instytucją, która go zastąpi;
2. świadczone usługi odpłatne klientom indywidualnym;
3. umowy współpracy z prywatnymi towarzystwami ubezpieczeń medycznych, np. PZU, Medica, Allianz, TU Zdrowie;
4. umowy współpracy z prywatnymi firmami, które będą wykupowały pakiety medyczne dla swoich pracowników;
5. uzyskane dotacje z funduszy zewnętrznych, np. Unii Europejskiej.

Plan organizacyjny

Jak już wcześniej wspomniano, osobą zarządzającą i odpowiedzialną za kwestie finansowe, organizacyjne i marketingowe będzie menedżer placówki, który otrzyma tzw. kontrakt menedżerski. Dodatkowo na początku działalności zatrudnieni zostaną lekarz medycyny rodzinnej, dwie pielęgniarki (jedna z nich będzie pielęgniarką szkolną), położna, lekarz ginekolog-endokrynolog, który potrafi obsługiwać sprzęt USG, rejestratorka medyczna oraz osoba sprzątająca. Lekarze, pielęgniarki i położna będą mieli własną działalność gospodarczą, więc zostaną zatrudnieni na tzw. kontrakt. Rejestratorka otrzyma umowę o pracę w pełnym wymiarze godzin, zaś osoba sprzątająca będzie zatrudniona na umowę zlecenie. Usługi księgowe będą świadczone przez firmę zewnętrzną.

Do roku od rozpoczęcia działalności planowane jest zatrudnienie lekarza otolaryngologa, do dwóch lat – lekarza alergologa, a do trzech lat – chirurga naczyniowego.

W związku z rozwojem firmy brane jest pod uwagę późniejsze wynajmowanie gabinetów w pobliżu przychodni.

Charakterystyka firmy

Przychodnia ASKmed jest inicjatywą menedżera, który pozyskał inwestora na jej otwarcie. Celem placówki jest świadczenie usług podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu ginekologii i endokrynologii. W dalszych fazach rozwoju planowane jest rozszerzenie oferty o otolaryngologa, alergologa i chirurga naczyniowego. Wtedy to będzie brany pod uwagę wynajem kolejnych pomieszczeń usługowych lub przeniesienie się do nowej lokalizacji.

Na początku swej działalności przychodnia mieści się w wynajmowanym lokalu o powierzchni 86 m². Odpowiada on wymogom określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [tekst jednolity Dz. U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.].

Głównym celem przychodni jest podążanie za jej misją, a więc zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom oraz udzielenie najwyższej jakości świadczeń medycznych. Realizacja tego będzie możliwa dzięki wykwalifikowanej kadrze oraz zapałowi pracowników. Formą organizacyjno-prawną jest spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Kierownictwo przychodni ciągle dąży do jej rozwoju oraz zwiększania obszaru działalności. Planowane przychody będą zwiększać się o 2025% w skali roku. Docelowo ma powstać sieć przychodni obejmująca całe Trójmiasto, wyróżniająca się wysoką jakością usług i dbająca o zadowolenie pacjentów.

Sfera marketingowa

Przychodnia ASKmed będzie świadczyła usługi na poszczególnych rynkach, które omówiono w poniższej tabeli. Przedstawiono w niej również sposoby promowania placówki.

Tabela 1. Segmenty rynku usług świadczonych przez Przychodnię ASKmed

Segment rynku	Opis	Charakterystyka
Podstawowa opieka zdrowotna	Usługi medyczne obejmujące wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarki POZ, położnej POZ i pielęgniarki szkolnej w ramach ubezpieczenia społecznego, pakietów usług oferowanych przez ubezpieczyciela zewnętrznego (współpraca z przychodnią) oraz usługi odpłatne	Produkt: konsultacje lekarskie, zabiegi pielęgniarstwa, konsultacje położnej, wizyta w szkołach, które podpiszą umowy współpracy z przychodnią; Cena: w przypadku usług odpłatnych ceny konkurencyjne; Promocja: tańsze ceny wizyt dla pacjentów zapisanych do przychodni, wizyty bezpłatne/nisko płatne w ramach pakietów wykupionych przez pracodawców, dni zdrowia promujące działania profilaktyczne; pozycjonowanie strony internetowej przychodni oraz stosowanie reklamy AdWords; Dystrybucja: konieczna wśród mieszkańców południowej części Gdańska (głównie dzielnicy Gdańsk Południe) oraz wśród okolicznych firm
Ginekologia	Konsultacje lekarskie dla osób indywidualnych w ramach ubezpieczenia społecznego, pakietów usług oferowanych przez ubezpieczyciela zewnętrznego (współpraca z przychodnią) oraz usługi odpłatne	Produkt: konsultacje lekarza specjalisty ginekologa- endokrynologa; Cena: w przypadku usług odpłatnych ceny konkurencyjne; Promocja: niska cena wizyty, dni badań profilaktycznych („biała sobota”), promocje dla osób rejestrujących się przez Internet; pozycjonowanie strony internetowej przychodni oraz stosowanie reklamy AdWords; Dystrybucja: konieczna wśród mieszkańców południowej części Gdańska (głównie dzielnicy Gdańsk-Południe) oraz wśród okolicznych firm
Endokrynologia	Konsultacje lekarskie dla osób indywidualnych w ramach ubezpieczenia społecznego, pakietów usług oferowanych przez ubezpieczyciela zewnętrznego (współpraca z przychodnią) oraz usługi odpłatne	Produkt: konsultacje lekarza specjalisty ginekologa- endokrynologa; Cena: w przypadku usług odpłatnych ceny konkurencyjne; Promocja: niska cena wizyty, dni badań profilaktycznych („biała sobota”), promocje dla osób rejestrujących się przez Internet; pozycjonowanie strony internetowej przychodni oraz stosowanie reklamy AdWords; Dystrybucja: konieczna wśród mieszkańców południowej części Gdańska (głównie dzielnicy Gdańsk-Południe) oraz wśród okolicznych firm

Źródło: opracowanie własne.

Marketing placówki medycznej musi brać pod uwagę tendencje i bariery rynkowe. W poniższej tabeli zestawiono podstawowe tendencje i bariery rynkowe.

Tabela 2. Podstawowe tendencje i bariery rynkowe

Tendencje rynkowe	Przewidywane konsekwencje dla przychodni
Duże zapotrzebowanie na usługi medyczne sygnalizowane przez społeczeństwo wobec możliwości zaspokojenia tej potrzeby przez podmioty prywatne świadczące usługi odpłatne	Wzrost liczby osób korzystających z ubezpieczenia społecznego pod warunkiem podjęcia odpowiednich działań marketingowych. Wprowadzenie większej ilości usług odpłatnych pod warunkiem zapewnienia braku długich kolejek do lekarzy świadczących te usługi
Wzrastająca konkurencja na rynku usług medycznych	Konieczność podjęcia intensywnych działań marketingowych, które zapewnią konkurencyjność przychodni
Wzrost wymagań pacjentów względem poziomu i jakości świadczonych usług	Konieczność podwyższania standardu poprzez wyposażanie podmiotu w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt medyczny, renowację gabinetów, poprawę wyglądu pomieszczeń.
Niechęć pacjentów do podnoszenia kosztów usług	Trudność pozyskania nowych klientów, możliwy spadek przychodów przez konieczność dostosowania się do ich wymagań, np. poprzez obniżanie cen

Źródło: opracowanie własne.

Plan finansowy dla Przychodni ASKmed na rozpoczęcie działalności

W przypadku otwarcia nowej placówki wykonanie planu finansowego ogranicza się do danych dotyczących zaplanowanych zakupów środków trwałych, materiałów oraz wykonania prognozy przychodów ze sprzedaży.

Tabela 3. Wyposażenie gabinetu lekarza POZ

Urządzenie	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość ogółem [PLN]
Aparat EKG	1	3456,00	3456,00
Papier do EKG	10	5,80	58,00
Zestaw do udzielania pierwszej pomocy	1	126,36	126,36
Worek samorozprężalny (AMBU)	1	72,00	72,00
Stetoskop	2	15,00	30,00
Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy	1	45,00	45,00
Glukometr	1	36,50	36,50
Otoskop	1	78,99	78,99
Lodówka	1	323,99	323,99
Kozetka lekarska	1	399,00	399,00

Szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych	1	159,99	159,99
Biurko	1	660,01	660,01
Zestaw komputerowy	1	2368,00	2368,00
Kosz na odpady medyczne	1	4,92	4,92
Kosz na śmieci	2	35,99	71,98
Krzesło biurowe	1	193,00	193,00
SUMA			7890,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie hurtowni medycznej [<http://hurtowniamedyczna.com.pl>], sklepu internetowego [<http://medicaldepot.pl> oraz serwisu <http://www.ceneo.pl>].

Tabela 4. Wyposażenie gabinetu pielęgniarki POZ i położnej POZ

Urządzenie	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość ogółem [PLN]
Kozetka lekarska	1	399,00	399,00
Stolik zabiegowy	1	388,00	388,00
Metalowa szafa lekarska	1	1095,93	1095,93
Aparat do mierzenia ciśnienia zegarowy	1	45,00	45,00
Stetoskop	2	15,00	30,00
Testy do oznaczania poziomu cukru we krwi	10	14,37	143,70
Glukometr	2	36,50	73,00
Termometr elektroniczny	5	11,00	55,00
Neseser pielęgniarski z wyposażeniem	1	948,00	948,00
Biurko	1	660,01	660,01
Szafa kartoteczna	1	750,00	750,00
Elektroniczna waga medyczna ze wzrostomierzem	1	1400,00	1400,00
Parawan	1	387,00	387,00
Tablica Snellena dla dorosłych	1	29,00	29,00
Tablica Snellena dla dzieci	1	35,00	35,00
Tablice Ishihary	1	359,99	359,99
Siatki centylowe	1	24,60	24,60
Zestaw komputerowy	1	2368,00	2368,00
Stół do badania niemowląt	1	568,00	568,00

Waga medyczna dla niemowląt	1	119,00	119,00
Elektroniczna waga medyczna ze wzrostomierzem	1	1199,00	1199,00
Zestaw przeciwwstrząsowy dla lekarzy i pielęgniarek (torba + wyposażenie)	1	400,00	400,00
Kosz na odpady medyczne	1	4,92	4,92
Kosz na śmieci	2	35,99	71,98
Krzesło biurowe	1	193,00	193,00
SUMA			11554,13

Źródło: opracowanie własne na podstawie hurtowni medycznej [<http://hurtowniamedyczna.com.pl>], sklepu internetowego [<http://medicaldepot.pl> oraz serwisu <http://www.ceneo.pl>].

Tabela 5. Wyposażenie gabinetu lekarza ginekologa-endokrynologa

Urządzenie	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość ogółem [PLN]
Fotel ginekologiczny	1	3200,00	3 200,00
Ultrasonograf GE Voluson 730 Pro używany	1	42 000,00	42 000,00
Kozetka lekarska	1	399,00	399,00
Biurko	1	660,01	660,01
Zestaw komputerowy	1	2 368,00	2 368,00
Stetoskop	1	15,00	15,00
Kosz na odpady medyczne	1	4,92	4,92
Kosz na śmieci	2	35,99	71,98
Parawan	1	387,00	387,00
Krzesło biurowe	1	193,00	193,00
SUMA			49 105,91

Źródło: opracowanie własne na podstawie hurtowni medycznej [<http://hurtowniamedyczna.com.pl>], sklepu internetowego [<http://medicaldepot.pl> oraz serwisu <http://www.ceneo.pl>].

Tabela 6. Inne elementy wyposażenia przychodni

Urządzenie	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość ogółem [PLN]
Lada recepcyjna	1	2 289,28	2 289,28
Zestaw komputerowy	1	2 368,00	2 368,00
Urządzenie wielofunkcyjne (drukarka i skaner)	1	691,24	691,24

Kuchenka mikrofalowa			0,00
Krzesło biurowe	1	193,00	193,00
Krzesła (poczekalnia)	6	54,76	328,56
Wieszak na ubrania stojący (poczekalnia)	1	140,00	140,00
Budowa strony internetowej	1	1 000,00	1 000,00
SUMA			7 010,08

Źródło: opracowanie własne na podstawie hurtowni medycznej [<http://hurtowniamedyczna.com.pl>], sklepu internetowego [<http://medicaldepot.pl> oraz serwisu <http://www.ceneo.pl>].

Przewidywany koszt zakupu urządzeń i wyposażenia Przychodni ASKmed wynosi 75 560,86 zł.

Tabela 7. Zakup i zużycie materiałów Przychodni ASKmed w skali roku

Materiały	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa [PLN]	Wartość ogółem [PLN]
Aqua pro iniectione	2	24,93	49,86
Amiodaroni hydrochloridum 50mg/ml	2	24,69	49,38
Dopaminum 40 mg/ml (10 ampulek)	2	32,48	64,96
Adrenalinum 1mg/ml (10 ampulek)	2	19,33	38,66
Furosemidum 10 mg/ml (5 amp.)	2	17,67	35,34
Glucosum 20% lub 40%	2	6,13	12,26
Hydrocortisonum hemisuccinatum 250 mg	2	10,62	21,24
Lignocainum hydrochloridum 2%	2	12,23	24,46
Octanisept	15	22,99	344,85
Podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych	1	87,48	87,48
Zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków	50	3,13	156,50
Płyn do dezynfekcji rąk 0,5 l	50	21,60	1080,00
Recepty-bloczki	20	2,36	47,20
Papier ksero – ryza	20	8,50	170,00
Zestaw do wykonywania iniekcji (100 szt.)	20	120,00	2400,00
Zestaw do wykonywania opatrunków z podstawowym zestawem narzędzi chirurgicznych	20	88,69	1773,80
Maseczka chirurgiczna jednorazowa (50 szt.)	10	10,00	100,00

Rękawiczki jednorazowe nitrylowe (100 szt.)	50	14,00	700,00
Maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego	25	2,70	67,50
Wziernik ginekologiczny	1500	0,90	1350,00
Szczoteczka cytologiczna wachlarz (100 szt.)	15	53,14	797,10
Patyczki do wymazów jałowe (5 szt.)	300	1,05	315,00
Szkiełka mikroskopowe (50 szt.)	30	5,13	153,90
Pudełko transportowe na szkiełka	5	5,00	25,00
Papierki wskaźnikowe ginekologiczne (100 szt.)	15	23,00	345,00
Prześcieradło podkład jednorazowy papierowy	100	18,00	1800,00
Cytofix	5	15,90	79,50
SUMA			12 088,99

Źródło: opracowanie własne na podstawie hurtowni medycznej [<http://hurtowniamedyczna.com.pl>], sklepu internetowego [<http://medicaldepot.pl> oraz serwisu <http://www.ceneo.pl>].

Koszt całkowity zakupu materiałów w skali roku wynosi 12 088,99 zł (1 007,42 zł na miesiąc). Opracowując harmonogram, należy pamiętać o kosztach stałych, do których należą:

1. wynajem lokalu: 3 075 zł/mc (36 900 zł/rok);
2. amortyzację środków trwałych: 20% w skali roku zgodnie z zasadami rachunkowości, przy czym środki o wartości poniżej 3 500 zł będą amortyzowane jednorazowo;
3. media, abonament telefoniczny, Internet: 1000 zł/mc;
4. wynagrodzenia pracowników;
5. ubezpieczenia społeczne.

Źródłem dochodów przychodni będzie umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia (lub organem, który go zastąpi) oraz usługi odpłatne. Planowane jest jak najszybsze nawiązanie współpracy z prywatnymi ubezpieczycielami medycznymi oraz z firmami w Gdańsku, które będą wykupowały pakiety medyczne dla swoich pracowników. Obecnie podmioty, które nawiązały współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia, otrzymują od niego pieniądze na podstawie stawki kapitacyjnej. Kapitał zakładowy na rozpoczęcie działalności został uzyskany poprzez kredyt inwestycyjny zabezpieczony gwarancją Banku Gospodarstwa Krajowego. Poniższa tabela ukazuje cennik usług odpłatnych w Przychodni ASKmed.

Tabela 8. Cennik usług odpłatnych w Przychodni ASKMed

Usługa	Cena [PLN]
Konsultacja internistyczna	80
Konsultacja ginekologa-endokrynologa	100
USG transwaginalne	80
Cytologia	30
Porada ginekologiczna + cytologia	120
Porada ginekologiczna + USG transwaginalne	140
USG ciążowe	120
USG ciążowe + porada ginekologiczna	180
Założenie wkładki domacicznej	300
EKG spoczynkowe	30
Iniekcja leku	30

Źródło: opracowanie własne.

Harmonogram realizacji

Tabela 9. Harmonogram realizacji strategii i założonych celów

L.p.	Etap realizacji	Data realizacji
1.	Założenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, zarejestrowanie przychodni w Rejestrze Podmiotów wykonujących Działalność Leczniczą, wykonanie wszelkich formalności	01.2018
2.	Wynajęcie i dostosowanie lokalu	01.2018
3.	Budowa strony internetowej	08–09.2017
4.	Pozycjonowanie strony internetowej	09.2017–12.2018
5.	Działania marketingowe	11.2017–12.2018
6.	Zakup sprzętu i wyposażenia	01.2018
7.	Podpisanie umów z personelem	02.2018
8.	Otwarcie działalności	02/03.2018

Źródło: opracowanie własne.

Bilans finansowy i prognozy finansowe Przychodni ASKmed

Tabela 10. Bilans finansowy pierwszego roku działalności Przychodni ASKmed

Uproszczony bilans sporządzony na dzień 31.12.2018 r.					
Lp.	Aktywa	Suma	Lp.	Pasywa	Suma
A	AKTYWA TRWAŁE	125 560,86	A	KAPITAŁ WŁASNY	400 000
I	Wartości niematerialne i prawne	0	I	Kapitał podstawowy	400 000
II	Rzeczowe aktywa trwałe	75 560,86	II	Pozostałe kapitały	0
	1. Środki trwałe	75 560,86			
	2. Środki trwałe w budowie	0			
	3. Zaliczki na środki trwałe w budowie	0			
III	Należności długoterminowe	0	III	Zysk (strata) z lat ubiegłych	0
IV	Inwestycje długoterminowe	0	IV	Zysk (strata) netto	0
V	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	50 000	V	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)	0
B	AKTYWA OBROTOWE	1 568 106,04	B	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	1 293 666,91
I	Zapasy	12 088,99	I	Rezerwy na zobowiązania	

II	Należności krótkoterminowe	1 546 017,05	II	Zobowiązania długoterminowe	60 713,76
	1. Należności z tytułu dostaw i usług (od odbiorców)	77 700		1. Kredyty i pożyczki	60 713,76
	2. Należności z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń (publiczno-prawne)	1 235 997,05	III	Zobowiązania krótkoterminowe	1 232 953,15
	3. Pozostałe należności	232 320		1. Kredyty i pożyczki	0
	4. Należności dochodzone na drodze sądowej	0		2. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług (wobec dostawców)	87 649,85
III	Inwestycje krótkoterminowe	0		3. Zaliczki otrzymane na dostawy	0
	1. Krótkoterminowe aktywa finansowe	0		4. Zobowiązania wekslowe	0
	2. Inne inwestycje krótkoterminowe	0		5. Zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń (publicznoprawne)	438 903,3
IV	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	10 000	IV	6. Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń (wobec pracowników)	492 000
				7. Pozostałe zobowiązania	214 400
SUMA BILANSOWA AKTYWÓW		1 693 666,9	SUMA BILANSOWA PASYWÓW		1 693 666,91

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy bilans finansowy powstał w oparciu o doświadczenia autora w pracy w niepublicznej przychodni lekarskiej, opinie osób związanych z branżą usług medycznych oraz materiały zebrane na specjalistycznych stronach internetowych.

Ukazuje pierwszy rok funkcjonowania działalności, który wiąże się z dużymi nakładami na rozwój placówki. Aktywa trwałe tworzy zakupiony sprzęt, m.in. aparat do wykonywania ultrasonografii, aparat EKG, wyposażenie gabinetów, komputery. W obręb aktywów obrotowych wchodzi dochody ze sprzedaży usług medycznych. Ze względu na rozpoczęcie działalności nie będą przeprowadzane inwestycje.

Kapitałem własnym jest kredyt zaciągnięty na rozpoczęcie działalności w wysokości 400 000 zł. Zobowiązaniami w pierwszym roku działalności będą opłaty za wynajem lokalu i media, podatek dochodowy, prowadzenie księgowości, przeprowadzenie remon-

tu oraz prowadzenie księgowości przez firmę zewnętrzną. Wynagrodzenia pracowników zostały oszacowane na podstawie portalu wynagrodzenia.pl. Ich suma wyniesie 41 000 zł miesięcznie (492 000 zł w skali roku).

Planując działalność, należy wykonać prognozę finansową, która oszacuje, czy otwarcie działalności jest opłacalne. Poniższa analiza obejmuje pięć pierwszych lat pracy przychodni. Została przeprowadzona na podstawie opinii ekspertów, ogólnodostępnych źródeł oraz doświadczeń autora w pracy w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Tabela 11. Prognoza finansowa na lata 2018–2022

Wiersz	Pozycja	2018	2019	2020	2021	2022
A	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	1 546 017,05	1 700 618,76	1 819 662,07	1 947 038,41	2 083 331,10
	- od jednostek powiązanych					
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów	1 546 017,05	1 700 618,76	1 819 662,07	1 947 038,41	2 083 331,10
II	Zmiana stanu produktów (zwiększenie - wartość dodatnia, zmniejszenie - wartość ujemna)					
III	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki					
IV	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów					
B	Koszty działalności operacyjnej	770 587,16	608 163,89	629 947,68	654 231,15	680 877,13
I	Amortyzacja	15 112,17	26 880,00	21 504,00	17 203,20	13 762,56
II	Zużycie materiałów i energii	24 088,99	25 297,89	26 627,68	28 090,45	29 699,49
III	Usługi obce					
IV	Podatki i opłaty, w tym:	36 900,00	36 900,00	36 900,00	36 900,00	36 900,00
	- podatek akcyzowy					

Biznesplan dla zakładu podstawowej opieki zdrowotnej o rozszerzonej działalności na obszarze dzielnicy Gdańsk-Południe

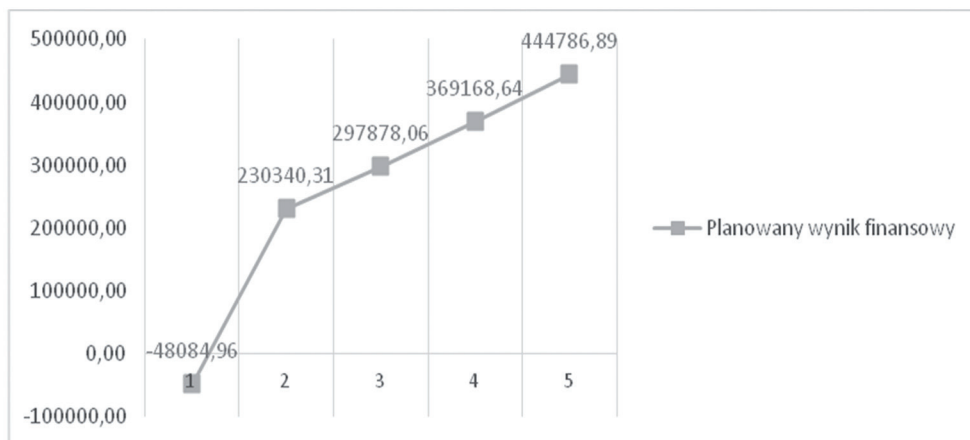
V	Wynagrodzenia	492 000,00	516 600,00	542 430,00	569 551,50	598 029,08
VI	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 486,00	2 486,00	2 486,00	2 486,00	2 486,00
VII	Pozostałe koszty rodzajowe	200 000,00				
VIII	Wartość sprzedanych towarów i materiałów					
C	Zysk (strata) ze sprzedaży (A - B)	77 5429,89	1 092 454,87	1 189 714,39	1 292 807,27	1 402 453,98
D	Pozostałe przychody operacyjne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
E	Pozostałe koszty operacyjne					
F	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C + D - E)	775 429,89	1 092 454,87	1 189 714,39	1 292 807,27	1 402 453,98
G	Przychody finansowe					
H	Koszty finansowe	60 713,76	60 713,76	60 713,76	60 713,76	60 713,76
I	Zysk (strata) z działalności gospodarczej (F + G - H)	714 716,13	1 031 741,11	1 129 000,63	1 232 093,51	1 341 740,22
J	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych (J.I - J.II)					
K	Zysk (strata) brutto (I ± J)	714 716,13	1 031 741,11	1 129 000,63	1 232 093,51	1 341 740,22
L	Podatek dochodowy	438 903,80	438 903,80	438 903,80	438 903,80	438 903,80
M	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)					
N	Zysk (strata) netto (K - L - M)	275 812,33	592 837,31	690 096,83	793 189,71	902 836,42

Źródło: opracowanie własne.

Jednym ze źródeł przychodów placówki będzie kontrakt z NFZ lub inną tego typu instytucją w wysokości 1 235 997,05 zł/rok. Przychody będą również uzyskiwane dzięki sprzedaży usług osobom prywatnym oraz współpracy z ubezpieczycielami abonentowymi, np. PZU czy Allianz (310 020 zł rocznie). W powyższej prognozie założo-

no, iż sprzedaż usług prywatnych będzie rosła o 10% w skali roku. Liczbę osób przyjętych w pierwszym roku działalności wyliczono na podstawie doświadczeń autora w pracy w przychodni lekarskiej o zbliżonych parametrach, co zostało przedstawione w tym opracowaniu. Poniższy wykres przedstawia prognozowane zyski netto w latach 2018–2022.

Rysunek 1. Planowany wynik finansowy w latach 2018–2022

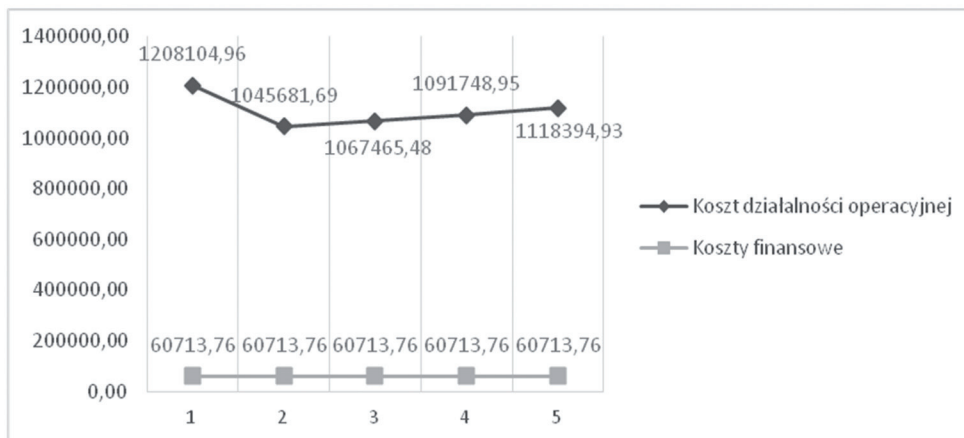


Źródło: opracowanie własne.

Prowadzenie działalności leczniczej wiąże się ze stałymi wydatkami. W przypadku Przychodni ASKmed koszty zmniejszą się po pierwszym roku działalności, by następnie stale rosły wraz z rozwojem placówki i zwiększonymi nakładami na zakup materiałów dla większej liczby pacjentów. Dodatkowo przez 7 pierwszych lat działalności spłacany jest kredyt zaciągnięty na rozpoczęcie działalności. Na koszty placówki składają się materiały (zakładając, że co roku kwota zakupionych materiałów będzie rosła o 10% ze względu na większą liczbę przyjmowanych pacjentów i oferowanych usług), zużycie mediów, czynsz za wynajem lokalu. Dodatkowo w pierwszym roku działalności przewiduje się remont pomieszczeń oraz zakup służbowego samochodu. Podatek dochodowy jest podatkiem liniowym i stanowi 19% dochodu. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) jest założeniem biznesowym w oparciu o ofertę Centrum Ubezpieczeń Silesia [<http://www.ubezpieczenia-silesia.pl/>] i wynosi 2486 zł rocznie. Nie można zapomnieć o kredycie, który będzie spłacany przez pierwszych siedem lat działalności, tj. 60713,76 zł/rok. Wartość kredytu została obliczona na podstawie oferty banku Raiffeisen POLBANK, który proponuje kredyt inwestycyjny zabezpieczony przez Bank Gospodarstwa Krajowego przy oprocentowaniu WIBO 3¹.

¹ Kredyt inwestycyjny zabezpieczony gwarancją BGK, Raiffeisen POLBANK, [online] <http://raiffeisenpolbank.com/male-firmy/kredyty/kredyt-inwestycyjny-zabezpieczony-gwarancja-bgk//article/tab/SzczegC3%B3%C5%82y>, dostęp: 16.05.2017.

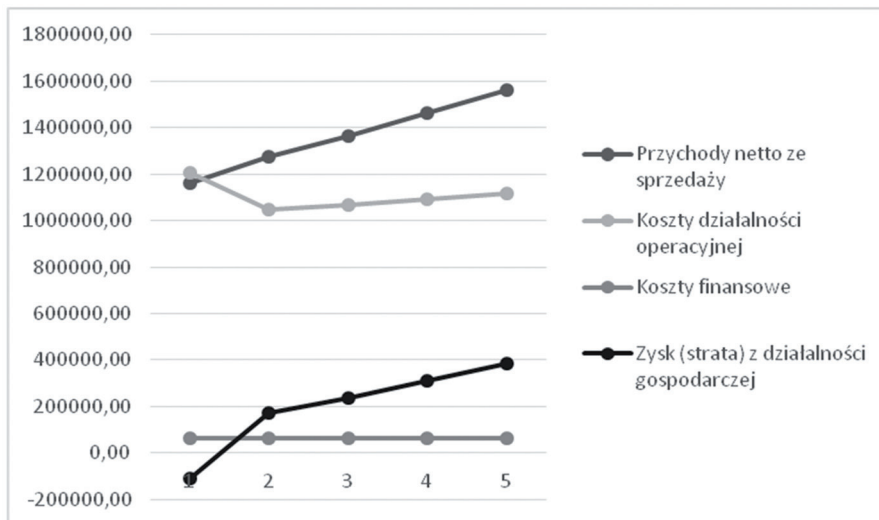
Rysunek 2. Koszt działalności operacyjnej i koszty finansowe w latach 2018–2022



Źródło: opracowanie własne.

Pomimo rosnących kosztów prowadzenia placówki zyski z działalności będą stale rosły, ponieważ widoczny jest trend wzrostowy przychodów netto ze sprzedaży usług. Dodatkowo dochody zwiększą się, gdy zostanie spłacony kredyt zaciągnięty na rozpoczęcie działalności.

Rysunek 3. Podsumowanie finansowe na lata 2018–2022



Źródło: opracowanie własne.

Reasumując, założenie przychodni podstawowej opieki zdrowotnej wraz z rozszerzoną o usługi prywatne działalnością jest dochodową inwestycją. Bilans po pierwszym roku działalności równoważy się, prognozy finansowe na pierwsze 5 lat działalności są bardzo optymistyczne. Już w trzecim roku pracy przychodni odnotowywane będą zyski, które będzie można inwestować w dalszy rozwój podmiotu lub przeznaczyć na szybszą spłatę kredytu. Istnieje wiele zmiennych w powyższych obliczeniach, jednak nawet one nie przeszkadzają w stwierdzeniu, że odpowiedzialnie prowadzona placówka ochrony zdrowia szybko przynosi zyski finansowe.

Uwagi końcowe

W Polsce dosyć konserwatywnie podchodzi się do zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie tych, które świadczą usługi finansowane przez ubezpieczenie społeczne. Utańczyło się przekonanie, że mogą one funkcjonować jedynie dzięki Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub innym organizacjom państwowym. Zdecydowanie inaczej wygląda sytuacja podmiotów prywatnych, świadczących usługi odpłatne. Dzięki agresywnej strategii działania i rozwojowi rynku usług medycznych są one obecnie w fazie rozkwitu.

Podstawową metodą, która pozwoli na oszacowanie potencjału nowo powstającego zakładu podstawowej opieki zdrowotnej, jest wykonanie analizy ekonomicznej. Istotnym narzędziem pozwalającym na rozpoczęcie działalności podmiotu leczniczego jest biznesplan.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych analiz, należy podkreślić, że najlepszym rozwiązaniem dla rozwoju przychodni podstawowej opieki zdrowotnej jest połączenie świadczenia usług finansowanych przez ubezpieczenie społeczne oraz tych odpłatnych. Dodatkowo warto nawiązać współpracę z ubezpieczycielami prywatnymi lub firmami, które będą kierowały swoich klientów/pracowników do przychodni partnerskiej. Przedstawiony biznesplan jest wykonany w podstawowej formie. Jeśli uzupełnimy ją o dokładne analizy finansowe oraz szersze badania rynku, powstanie dokument, który może posłużyć za podstawę działalności zakładu podstawowej opieki zdrowotnej o rozszerzonej działalności.

Bibliografia elektroniczna

Centrum Ubezpieczeń Silesia, [online] www.ubezpieczenia-silesia.pl, dostęp: 18.05.2017.

Kredyt inwestycyjny zabezpieczony gwarancją BGK, Raiffeisen POLBANK, [online]

www.raiffeisenpolbank.com/male-firmy/kredyty/kredyt-inwestycyjny-zabezpieczony-gwarancja-bgk//article/tab/Szczeg%C3%B3%C5%82y, dostęp: 16.05.2017.

Monika Dobska

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Zarządzania, Katedra Badań Rynku i Usług
monika.dobska@ue.poznan.pl

Jakub Przybyła

NZOZ PRO-MED, Piotrków Kujawski

Modele opieki zdrowotnej na świecie a wpływ
przeobrażeń demograficznych i ekonomicznych na
proces reformowania się systemów

**Models of Health Care in the World and the Impact of
Demographic and Economic Transformations on the Process of
Reforming the System**

Abstract: Economic conditions, demographic, historical and cultural led to the emergence of a variety of health care systems in the world. They differ funding rules, the scope of the benefits to be paid and the conditions for the acquisition of the rights to. Against this background, the article will not only present healthcare systems in selected countries, but also the existing models of health care. The article will explain the concept of health care model, used in the article as a tool for comparison of operating systems in different countries. The article will be considered the macro conditions that are strictly determined the designation and the ability to achieve the objectives of health, leading to the need to reform the system. Reform process is a difficult task due to the growing expectations of the population, demographic change and limited resources in the system.

Key words: health care, reform of health care systems

Wstęp

Częstym problemem, który jest poruszany przy omawianiu zagadnień związanych z ochroną zdrowia, jest swoista relacja pomiędzy polityką zdrowotną a systemem zdrowotnym. Sposób kształtowania się tych dwóch procesów, ich przenikanie i wzajemne zależności są często poruszane nie tylko w polskiej, ale także światowej literaturze¹. Zdaniem W.C. Włodarczyka, zależności między tymi dwoma pojęciami można rozpatrywać w dwóch perspektywach. Po pierwsze, można przyjąć, że **kształt systemu zdrowotnego jest wytworem procesów polityki zdrowotnej**. Jego kształtowanie odbywa się zwykle pod wpływem licznych czynników, istotny jest tu wpływ historii, tradycji, a także ogólny klimat polityczny, wpływający na wprowadzanie w życie różnych rozwiązań. W tym ujęciu polityka zdrowotna wyprzedza system. W drugim ujęciu **system opieki zdrowotnej jest postrzegany jako środowisko, w którym formułowane są idee i podejmowane są decyzje polityczne dotyczące zdrowia**. System zdrowotny w takim ujęciu jest pierwotny wobec polityki zdrowotnej [Włodarczyk 2010, s. 44]. Rozstrzygnięcie powyższego dylematu staje się tym trudniejsze, że decyzje polityki zdrowotnej mogą kreować system lub mieścić się w ramach już wyodrębnionego i skonstruowanego systemu [Dobska 2013].

Poprzez system opieki zdrowotnej należy rozumieć zespół współzależnych elementów (ludzi, procesów, usług), powiązanych wspólnym celem. Konieczne jest także zwrócenie uwagi na dynamikę ich wzajemnych powiązań [Arrington, Kurz 1998, s. 291 za: Włodarczyk 2010, s. 14]. System opieki zdrowotnej można także zdefiniować w ujęciu wskaźników efektywności i podejmowanych aktywności. M.I. Roemer [1993] podkreśla, że system opieki zdrowotnej można opisać, biorąc pod uwagę pięć elementów: zasoby, programy, mechanizmy wsparcia ekonomicznego, metody zarządzania oraz proces świadczenia usługi². Natomiast W.C. Hsiao [2003, s. 1] wziął pod uwagę inną perspektywę

¹ Wśród polskich naukowców czołowymi przedstawicielami zajmującymi się systemami ochrony zdrowia oraz polityką zdrowotną są z całą pewnością: W.C. Włodarczyk, K. Tymowska, S. Golinowska, A. Frąckiewicz-Wronka, J. Leowski, a także J. Opolski.

² **Zasoby** – rozumiane jako zasoby ludzkie i materialne. Materialne to: szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia, domy opieki, centra pomocy, apteki i inne formy ochrony zdrowia. Ludzkie to: kwalifikacje i nasycenie kadry. Do zasobów Roemer zalicza także wiedzę; **Programy** – termin ten jest mylący, dotyczy bowiem kształtu struktur instytucjonalnych odpowiedzialnych za organizację działań systemu. Pierwszą taką strukturą jest Ministerstwo Zdrowia lub inna instytucja pełniąca analogiczną funkcję w ramach rządu. Jego usytuowanie wobec innych ministerstw oraz pozycja i kompetencje są istotną charakterystyką systemu. Na centralnym szczeblu władzy lokowane są zwykle także inne instytucje i agendy wpływające bezpośrednio na działanie systemu zdrowotnego. Jest wśród nich m.in. Ministerstwo Finansów, Ministerstwo Pracy, Ministerstwo Gospodarki. **Mechanizmy wsparcia ekonomicznego** – M.I. Roemer przyjmuje hipotezę o ewolucji źródeł finansowania od wydatków indywidualnych, poprzez ubezpieczenie, do źródeł podatkowych, choć dostrzega różne wahnięcia w tej tendencji. **Zarządzanie** – czynniki ten ma spełnić następujące funkcje: planowanie, administrowanie, regulację i ustawodawstwo. **Proces świadczenia usługi** jest definiowany jako: (1) szczeble opieki: opieka pod-

wę, opisując system opieki zdrowotnej jako przepływ pieniędzy i środków świadczenia pomiędzy świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami. Z kolei J.L. Londono i J. Frenk [1997] przedstawiają cztery podstawowe funkcje, jakie ma do spełnienia system opieki zdrowotnej: finansowanie, dostarczanie zasobów, kreację warunków oraz artykulację fundamentalnych zasad. Zdaniem M. Hilla, każdy system opieki zdrowotnej musi wyraźnie wyznaczyć granicę swojego działania. Powinien także określić rodzaj usług, których nie będzie świadczył oraz wykluczyć te rodzaje leczenia, które budzą wątpliwości co do swojej skuteczności. Może także wykluczyć, co zwykle budzi kontrowersje, stosowanie uciążliwych terapii i drogich leków, gdy szanse na uratowanie życia pacjenta są niskie, a koszty leczenia wysokie. Granice działania mogą być przesuwane ilekroć system napotka trudności związane z rzadkością zasobów [Hill 2010, s. 141].

System opieki zdrowotnej może być analizowany na dwóch poziomach: mikro i makro. Makroekonomiczne uwarunkowania determinują kształt sektora zdrowia, jego wielkość oraz przeznaczane na niego nakłady, natomiast uwarunkowania mikro opisują zachowania instytucji oraz gospodarstw domowych [Jack 1999]. Uwarunkowania makroekonomiczne silnie determinują zachowania jednostek w systemie, wpływając nie tylko na możliwość wyboru placówki świadczącej usługi, ale także na współkreację samego procesu świadczenia usługi.

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organizations* – WHO) definiuje system opieki zdrowotnej jako zbiór wszystkich organizacji, instytucji i zasobów przeznaczonych do działania na rzecz zdrowia. Zatem **system zdrowotny jest wyodrębnioną całością, złożoną z wielu różnorodnych elementów powiązanych różnymi więziami (między którymi zachodzą relacje), realizującą cel związany ze zdrowiem** [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 15].

Determinanty kształtujące system opieki zdrowotnej

Systemy zdrowotne mogą być rozpatrywane z różnych perspektyw teoretycznych. Rozróżnia się systemy zamknięte i otwarte (ze względu na wzajemne związki między systemem a otoczeniem) oraz systemy klasyfikowane ze względu na zakres swobody w kształtowaniu własnych celów i strategii postępowania. System może być w dużym stopniu niezależny w ustalaniu swoich celów (systemy autonomiczne), może je selektywnie przystosowywać do wymagań otoczenia (systemy adaptacyjne), a także może w decydującym

stawowa i kilka szczebli specjalistycznych, (2) formy organizowania opieki na szczeblu podstawowym: lekarze/pielęgniarki, położne praktykujące indywidualnie, praktyki grupowe, zorganizowane ośrodki zdrowia, (3) forma sprawowania opieki nad pacjentem: stacjonarna lub niestacjonarna, (4) nadbudowa instytucjonalna nad świadczeniodawcami: może obejmować organizowane na różnych szczeblach lokalne systemy zdrowotne, będące wyodrębnionymi fragmentami systemu krajowego (w Polsce byłyby to systemy: gminne, powiatowe, wojewódzkie). Komentarz opracowano na podstawie pracy W.C. Włodarczyka i S. Poździocha [2001, s. 45–47].

stopniu być uzależniony od sił będących poza jego kontrolą (systemy reaktywne) [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 21].

Istotnym wkładem w porządkowanie znaczenia pojęcia i zakresu systemu jest rozróżnienie znaczenia terminu „system” w realnym i conceptualnym (teoretycznym) rozumieniu oraz ujęcie pojęcia *systemu zdrowotnego* w kontekście normatywnym i opisowym, zgodnie z klasyfikacją W.C. Włodarczyka. Realne podejście do systemu oznacza, że stanowi on spójną całość, dostatecznie uporządkowaną, o dobrze zdefiniowanych wewnętrznych relacjach. Istnieje zatem zbiór elementów tworzących wyodrębnioną całość, pomiędzy którymi występują silne relacje w sferze zarówno technicznej współpracy, jak i zarządzania w celu realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 17].

Zdaniem W.C. Włodarczyka i S. Poździocha [2001, s. 29], w takim ujęciu **celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują, oraz używanie dostępnych zasobów, wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach.**

W zależności od stawianych celów konieczne jest zwrócenie uwagi na uwarunkowania kreujące system opieki zdrowotnej danego kraju. Są to: metody finansowania i organizacji systemu, makrouwarunkowania organizacji procesu świadczenia usługi czy też uwarunkowania prawne. Nie bez znaczenia są możliwości wypracowania zysku lub nadwyżki finansowej dla podmiotów działających w systemie. Elementami determinującymi cele opieki zdrowotnej będą elementy makrootoczenia, wpływające na zachowania podmiotów leczniczych. Można wśród nich wyróżnić [Dobska 2013]:

- *Czynniki demograficzne* – procesy demograficzne stanowią podstawę do określenia i wyboru głównych kierunków działania w zakresie zapewnienia odpowiedniej dynamiki rozwoju gospodarczego, społecznego, a także polityki zdrowotnej. Wiek mieszkańców, ich płeć, miejsce zamieszkania czy wykształcenie są w dużej mierze wyznacznikami ich kondycji zdrowotnej. Są to więc czynniki, które predestynują służbę zdrowia do określonych zachowań profilaktycznych (szczepienia, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia) lub do bezpośredniej opieki zdrowotnej (potrzeba tworzenia zakładów paliatywnych, hospicyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych)³.

³ W końcu 2010 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,2 mln. Osób. Jednocześnie wstępne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań wykazały, że w dniu 31 marca 2011 r. w Polsce mieszkało 38,3 mln osób. Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od 1984 roku – prostej zastępowalności pokoleń. Od 1989 roku utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. W 2010 r. współczynnik dzietności wyniósł niespełna 1,4 i jest to o 0,16 punktu procentowego więcej niż w 2003 r., w którym wskaźnik ten był najniższy od ponad 50 lat. Obecny poziom dzietności jest w dalszym ciągu niższy o około 0,75 punktu procentowego od wielkości optymalnej, określanej jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego. Najbardziej korzystną sytuację

- *Zmiany struktury społecznej* – należy tu wspomnieć przede wszystkim o zmianach w systemie funkcjonowania społeczności lokalnych i w samym systemie opieki społecznej. Ponadto można zaobserwować zmieniającą się rolę i funkcję kobiet. Świadczy o tym np. wzrost aktywności zawodowej kobiet i rosnąca świadomość praw człowieka, w tym prawo do ochrony zdrowia. Na zmiany te wpływa również zakres odpłatności za opiekę zdrowotną, zasobność przeznaczanych na nią funduszy, zamożność korzystających z opieki zdrowotnej, utrata lub zmniejszenie dochodów w czasie choroby, rosnąca sfera ubóstwa i pogłębiające się rozwarstwienie społeczne, co wiąże się z wyborem instytucji opieki zdrowotnej oraz świadomością potrzeby takiej opieki.
- *Czynniki polityczne* – w Polsce zmiany, które zachodzą w opiece zdrowotnej, są ściśle związane z życiem politycznym, a niekiedy nawet z kalendarium wyborczym. W toku prac reformatorskich można zaobserwować, że każda partia polityczna po części wpływała na ostateczny kształt reformy. Rynek i konkurencja wraz z wyborem płatnika były lansowane przez partie uchodzące za prawicowe, a regionalizacja i administracyjna kontrola wydatków były akceptowane przez ugrupowania lewicowe [Włodarczyk 1999]. Ponadto należy zaznaczyć, że celem reformy opieki zdrowotnej w Polsce było rozdzielenie sfery polityki od sfery finansowania działalności zakładów opieki zdrowotnej. W praktyce okazało się jednak, że dawne kasy chorych oraz organy założycielskie były silnie upolitycznione, co powodowało duże rozbieżności w realizacji polityki zdrowotnej na danym terenie. Nieco inaczej wyglądało przygotowanie i wdrożenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zasadnicza część reformy z uchwaleniem ustawy przypadła w udziale koalicji SLD-PSL, a nowelizacja ustawy w 1998 roku była dziełem koalicji AWS-UW i oznaczała w istocie potwierdzenie głównych założeń zmiany systemu opieki. Można więc powiedzieć, że ustawa ta była rezultatem ponadpartyjnej zgody. Jednak działania SLD-owskiego ministra zdrowia w latach 2001–2002 spowodowały odwrót od tej reformy.

demograficzną określa dzietność kształtująca się na poziomie 2,1–2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada średnio 210–215 urodzonych dzieci; obecnie jest to 138 dzieci (w miastach 131, na wsi 149). Ekonomicznym wyrazem tych zmian jest wynik wymiany generacji (wchodzenie części populacji w wiek produkcyjny i przejście z niego starszych roczników do wieku poprodukcyjnego oraz liczba zgonów ludności i saldo migracji zagranicznych ludności w wieku poprodukcyjnym), który w 2010 r. osiągnął wartość ujemną –9,2 tys. osób (w 2002 r. wynosił jeszcze +220 tys., a w 2009 r. już tylko +34 tys.). Oznacza to, że w następnych latach sytuacja ta nie ulegnie poprawie. Do tego należy dodać także inne niekorzystne dla rynku pracy tendencje, tzn. starzenie się zasobów pracy czego wyrazem jest relacja udziału tych zasobów w wieku tzw. mobilnym i niemobilnym. W roku 2010 obserwujemy przyspieszenie tempa starzenia się ludności Polski. Jeszcze w 2002 roku przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł 330,6 tys. osób, a w 2010 r. – już 405,6 tys.

- *Czynniki prawne* – ustawami, które wpływają na działalność zakładów opieki zdrowotnej są między innymi: ustawa o działalności leczniczej (wcześniej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej), ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich oraz o zawodach pielęgniarki i położnej.
- *Czynniki ekonomiczne* – analizując wpływ czynników ekonomicznych, należy zwrócić uwagę na takie wskaźniki, jak: poziom inflacji, poziom stóp redyskontowych czy też wielkość PKB;
- *Czynniki technologiczne* – szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia, w szczególności informatyki, elektroniki, telekomunikacji itd., wpływa na postęp w medycynie i na nowe ścieżki leczenia. Przykładem wpływu czynników technologicznych na rozwój medycyny jest telemedycyna. Obszar zastosowań obejmuje: telekonferencje medyczne, telekonsultacje specjalistyczne, zdalne sterowanie zabiegami operacyjnymi, monitorowanie krzywych życiowych (np. EKG) pacjenta oraz systemy baz danych [*Telemedycyna* 2001, ss. 1–2 i 4];
- *Czynniki ekologiczno-geograficzne* – w tej grupie istotna jest sytuacja ekologiczna, a więc zanieczyszczenie powietrza, wody, żywności i stan równowagi ekologicznej. Istotna jest także lokalizacja zakładów, która niejednokrotnie przesądza o zakresie świadczonych usług (np. otwieranie oddziałów ratunkowych).

J. Leowski [2010, s. 72] podkreśla, że system powinien spełniać uzasadnione oczekiwania społeczeństwa, do których należą: poszanowanie godności osobistej pacjenta, zapewnienie podstawowych warunków komfortu przy uzyskaniu potrzebnego świadczenia zdrowotnego, sprawiedliwe w odbiorze społecznym obciążenie kosztami systemu. Zadania systemu zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Włączenie priorytetów świadczenia usługi w system opieki zdrowotnej

Cechy istotne w procesie świadczenia usługi	Zadania systemu opieki zdrowotnej
Instytucjonalność	zapewnia ramy prawne tworzenia i funkcjonowania organizacji w ramach systemu, wskazuje na możliwy system zarządzania i finansowania w ramach organizacji oraz go rozwija,
Wpisanie się w obowiązujące standardy/wytyczne	poszukuje spójności kwantyfikowania usług poprzez wypracowanie standardów medycznych, porównywalnych systemów zarządzania (np. ISO czy akredytacja), systemów informatycznych itp., pozyskuje wpływowe instytucje do włączania się i propagowania idei wypracowanych przez system opieki zdrowotnej.
Spółeczny charakter	poszerza zaangażowanie i wpływ (współdział) pacjenta na tworzenie się systemu.

Zdrowotność	zapewnia silny nadzór państwa, zapewnia świadczenie usług dla najbiedniejszych, prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, zapewnia system finansowania, w ramach którego dostarczana jest podstawowa opieka zdrowotna, prowadzi nadzór poprzez organy samorządu terytorialnego nad kwalifikacjami personelu medycznego (wydawanie i zawieszanie prawa wykonywania zawodu).
-------------	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie pozycji w bibliografii.

Z kolei W.C. Włodarczyk wskazuje następujące cele każdego systemu opieki zdrowotnej: (1) zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji wymaganego, możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, bez względu na różniące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe, geograficzne (dostępność opieki medycznej); (2) zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do stanu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia); (3) organizowanie opieki medycznej w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów finansowych, materialnych i osobowych – bazy opieki zdrowotnej, środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadry medycznej oraz jej kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej rozumiana jako produktywność, racjonalność i skuteczność); (4) systematyczne wdrażanie działań doskonalących system (dynamika systemu) oraz zwiększających satysfakcję użytkowników (biorców świadczeń medycznych), jak i personelu realizującego usługi i świadczenia; (5) zatrudnienie fachowej kadry przygotowanej do działania w odpowiednich dziedzinach ochrony zdrowia (zasada kompletności) [Włodarczyk 1996, s. 105–106, Frąckiewicz 1991, s. 29].

System ochrony zdrowia nie tylko realizuje wyznaczone cele, ale także spełnia funkcje pracodawcy, stanowiąc istotną część istniejącego w każdym kraju rynku pracy i regulatora poziomu bezrobocia. Dodatkowo kreuje zapotrzebowanie na dobra, wpływając na wytwórców tych dóbr, np. w zakresie aparatury diagnostyczno-leczniczej, sprzętu rehabilitacyjnego czy infrastruktury (budynki, wyposażenie) placówek. System ochrony zdrowia pełni także funkcje kształceniowo-wychowawcze obejmujące kształcenie i ustawiczne doksztalcanie personelu medycznego wszystkich kategorii, personelu opiekuńczego i rosnącej liczby zawodów technicznych. Wspomnieć należy o funkcjach politycznych, albowiem jakość systemu ochrony zdrowia jest w każdym kraju istotnym elementem gry politycznej, źródłem poparcia lub sprzeciwu dla działań władz zarówno lokalnych, jak i państwowych [Leowski 2010, s. 73].

Ponadto współczesne systemy zdrowotne odpowiadają za sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej. Wszyscy obywatele powinni mieć dostęp do co najmniej pod-

stawowego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz powinny istnieć gwarancje, że w zakresie usług finansowanych publicznie osoby o tych samych potrzebach będą traktowane tak samo. Systemy zdrowotne są również odpowiedzialne za ochronę dochodów. Pacjenci nie mogą być narażeni na wydatki, których wielkość stanowiłaby bezpośrednie zagrożenie dla poziomu ich życia, a sposób ochrony powinien uwzględniać indywidualną zdolność do płacenia (występują tu trzy rodzaje mechanizmu: ubezpieczenie – bo zachorowania są nieprzewidywalne; oszczędności – ponieważ starsi potrzebują więcej świadczeń niż młodzi; redystrybucja dochodu – bo częściej chorujący są zwykle także biedniejsi). Istotna jest także makroekonomiczna efektywność, polegająca na przeznaczeniu jedynie odpowiedniej wielkości środków na opiekę zdrowotną w dzielonym produkcie krajowym brutto oraz mikroekonomiczna efektywność: efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe, biorąc pod uwagę dostępne środki, co oznacza, że właściwy zestaw świadczeń powinien być produkowany za możliwie najniższą cenę. Nie bez znaczenia jest swoboda wyboru konsumentów, dającą im możliwość decydowania, z których usług chcieliby skorzystać na poziomie podstawowym, a także – w pewnym zakresie – na poziomie specjalistycznym. Swoboda wyboru powinna być rozszerzona także o wybór płatników (prywatne ubezpieczenie).

Oczywiście nie ma takiego systemu, który zaspokoiłby potrzeby wszystkich. Niezależnie od nakładów ponoszonych na opiekę zdrowotną, nawet przy współczesnym rozwoju i postępie w technologiach medycznych, popyt na usługi będzie w znacznym stopniu przewyższał ich podaż. Istotne stanie się określenie i realizacja priorytetów działań podejmowanych w dziedzinie zdrowia. E. Hibner podkreśla, że w zakresie finansowania istotny wpływ na realizację zadań w ochronie zdrowia ma charakter i struktura systemu finansowego (ubezpieczeniowy – zaopatrzeniowy, scentralizowany – zdecentralizowany), procedury tworzenia i wykonywania budżetu, nadzór nad środkami finansowymi i sposób ich gromadzenia. W zakresie czynników politycznych o priorytetach mogą decydować preferencje wyborców i programy partii politycznych, a także skutki podjętych wcześniej decyzji dotyczących na przykład inwestycji w infrastrukturę [Hibner 2003, ss. 67–68].

Analiza systemów opieki zdrowotnej

W krajach europejskich funkcjonuje wiele systemów zabezpieczenia społecznego, co wynika z różnych uwarunkowań ekonomicznych, demograficznych, historycznych i kulturowych. Różnice między systemami dotyczą głównie zasad finansowania, zakresu przysługujących świadczeń oraz warunków nabywania do nich uprawnień. Europejska koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego akceptuje rozbieżności istniejące między poszczególnymi systemami i wprowadza instrumenty prawne pozwalające na ich współistnienie [Radzik-Kazenas 2003]. Różnice w poziomie rozwoju gospodarczego oraz róż-

nice polityczno-ideologiczne stanowią obecnie, bez względu na rodzaj systemu, główne determinanty funkcjonowania w świecie systemów ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę to kryterium można wyodrębnić: model państwa opiekuńczego, model rynkowy, model krajów przechodzących transformację, model krajów rozwijających się oraz będący w zaniku model socjalistyczny. Jest to oczywiście podział umowny, ze względu na to, że warunki otoczenia determinują ciągły proces reformatorski systemów [Leowski 2010, s. 114].

Na tym tle systemy opieki zdrowotnej na świecie mogą być analizowane jednocześnie w trzech nurtach. Nurt pierwszy to analizy dokonywane w perspektywie międzynarodowej oraz badania porównawcze, gdzie *system zdrowotny* wyróżnia rzeczywistość ochrony zdrowia określonego kraju w stosunku do innych krajów. Obiektem zainteresowań są podobieństwa i różnice w strukturach i efektach działań systemów porównywanych państw [Roemer 1993]. Nurt drugi to badania systemów poszczególnych krajów z punktu widzenia ich specyficznej sytuacji, zwłaszcza zdolności do efektywnej realizacji stawianych przed systemem celów [Gold 1999]. W trzecim nurcie pojęcie systemu jest stosowane jako narzędzie modelowej analizy, w którym dokonuje się syntezy cech różnych systemów krajowych [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 13]. Współczesne systemy powinny być na tyle elastyczne, by skutecznie dostosowywać się do dynamiki zmian epidemiologiczno-demograficznych i jednocześnie sprostać wyzwaniom narzucanym przez proces rozwoju technologicznego i postępu naukowego w medycynie. Czynniki te wymuszają konieczność ciągłego dopasowania systemów opieki zdrowotnej do zmieniających się potrzeb i możliwości. W poszukiwaniu najbardziej efektywnych rozwiązań, państwa nieustannie inicjują nowe reformy w tym obszarze [Leśniewska 2009, s. 128].

Opisując zagadnienia związane z systemem opieki zdrowotnej, używa się pojęcia modelu systemu. Termin ten stosowany jest w dwojakim znaczeniu. Po pierwsze jest syntetycznym opisem systemu określonego kraju lub grupy krajów, których systemy – zgodnie z założeniami stosowanego modelu – są dostatecznie podobne. Po drugie jest narzędziem porównywania systemów funkcjonujących w różnych krajach [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 79]. Stosując pierwsze rozumienie modelu, możemy rozróżnić cztero-podziałowy podział systemów: model Bismarcka (niemiecki), model Beveridge'a (brytyjski), model Siemaszki (rosyjski) i model rezydualny (amerykański).

M. Sanecki podaje, że istnieją cztery źródła finansowania opieki zdrowotnej: z podatków ogólnych zasilających budżet państwa, z poboru składki obligatoryjnego ubezpieczenia społecznego (w tym zdrowotnego), z dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ze współpłatności pacjentów. Ze względu na to, że coraz bardziej zacierają się ostre granice pomiędzy poszczególnymi systemami, trudno jest dokonać ich jednoznacznej typologii. Poszczególne kraje zapożyczają od siebie poszczególne elementy, przez co powstają hybrydowe modele opieki zdrowotnej, trudno poddające się klasyfikacji [Sanecki 2011, ss. 32–33]. Stąd też M. Sanecki uważa, że europejskie systemy

opieki zdrowotnej można przedstawić według następującej typologii: (1) modele oparte na modelu Bismarcka (modele ubezpieczeniowe), których podstawą jest nadal stabilne finansowanie ze składek ubezpieczenia zdrowotnego (Austria, Niemcy, Francja, Szwajcaria, Beneluks, Holandia); (2) modele oparte na modelu Bismarcka, będące obecnie w różnym stadium transformacji, na przykład Izrael z czterema funduszami quasi-HMO (*Health Maintenance Organizations*) wzorowanymi na amerykańskim modelu kierowanej opieki zdrowotnej (po reformie z 1995 roku model izraelski przekształca się sukcesywnie w obligatoryjny system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, uzupełniony dobrowolnymi dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi); (3) modele oparte na modelu Beveridge'a (modele budżetowe), których podstawą jest stabilne finansowanie z podatków ogólnych zasilających budżet państwa (Wielka Brytania, Dania, Irlandia i coraz bardziej zbliżające się do tego modelu kraje skandynawskie: Islandia, Norwegia, Szwecja, Finlandia); (4) modele będące w trakcie transformacji, które odeszły już od modeli ubezpieczeniowych i systematycznie zmierzają w kierunku pełnych modeli budżetowych (Włochy, Grecja, Hiszpania, Portugalia); (5) modele budżetowe nadal historycznie związane z modelem Siemaszki (w większości krajów byłych republik dawnego ZSRR) oraz (6) modele budżetowe przekształcające się w modele ubezpieczeniowe (w krajach europejskich, którym po drugiej wojnie światowej narzucono model Siemaszki – są to w większości nowe kraje Unii Europejskiej). Poza tą listą jest amerykański model wolnej przedsiębiorczości (leseferyzm) oraz modele pochodne od form modelu amerykańskiego (np. kierowana opieka zdrowotna) [Sanecki 2011, ss. 32–33].

Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej

Proces reformowania opieki zdrowotnej dotknął nie tylko kraje bloku wschodniego, także w Europie Zachodniej przeprowadzono wiele reform. W Wielkiej Brytanii reforma z 1978 roku miała za zadanie zracjonalizowanie modelu Beveridge'a, a w 1992 roku i ten model poddano kolejnej transformacji, wprowadzając elementy rynkowe w postaci „rynku wewnętrznego”. W Niemczech zarówno reforma N. Blüma z 1989 roku, jak i reforma W. Schöfera z 1993 roku, miały na celu ograniczenie kosztów ochrony zdrowia. Z kolei w Holandii reforma Z. Dekkera w 1986 roku wprowadziła zasady rynkowe. Dodać wypada, że we Francji projekty reform L. Jospina i J. Chiraca z 1995 roku miały ograniczyć wzrost wydatków. Warto zauważyć również, że w państwach Europy Południowej nastąpiło przejście z modelu ubezpieczeniowego do narodowej służby zdrowia: we Włoszech w 1978 roku, w Portugalii w 1979, w Grecji w 1983 a w Hiszpanii w 1986 [Siwińska, Brożyniak, Iłżecka i in. 2008].

W procesie wdrażania reform można dostrzec zjawisko konwergencji, czyli nabierania przez systemy cech wspólnych. Wynika ono nie tylko z europejskich fundamen-

tów systemowych (solidaryzmu i efektywności), ale też z integracji europejskiej. W państwach Unii próbuje się pogodzić publiczną odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa z efektywnością ekonomiczną, co objawia się w podnoszeniu przez państwo nakładów na ochronę zdrowia oraz w zmianach dotyczących finansowania i produkcji świadczeń [Włodarczyk 2003, s. 23]. Reformy mające poprawić efektywność polegały na wprowadzaniu rynku wewnętrznego i umożliwieniu pacjentowi wyboru świadczeniodawcy. Działania w podsystemie świadczeniodawców dotyczyły usamodzielniania szpitali oraz lekarzy opieki podstawowej poprzez ustalenie dla nich budżetów. Nie przyniosły one jednak spodziewanych efektów, gdyż wzrosły koszty administracyjne [Golinowska, Kozierkiewicz, Sowada 2004, s. 65]. W celu ograniczania zjawiska wzrostu kosztów w państwach Unii podejmowano działania w kierunku jednoczesnego zmniejszania podaży usług medycznych oraz ograniczania popytu na świadczenia. Polegało to na: wprowadzaniu współpłacenia, którego celem było ograniczenie zjawiska tzw. moralnego hazardu, czyli skłonności pacjentów do nadużywania świadczeń. Odpłatność ta dotyczyła najczęściej: wizyt u specjalistów, kosztów żywienia w szpitalu, usług okulistycznych i stomatologicznych (np. w Niemczech 10 euro za wizytę), ponadlimitowych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu (w Holandii 9 wizyt w ciągu roku), badań diagnostycznych, opieki domowej, sprzętu rehabilitacyjnego oraz leków. Oprócz funkcji regulacyjnej współpłacenie przyniosło dodatkowe korzyści, np. we Francji stało się dodatkowym źródłem finansowania systemu. Działaniem podejmowanym w procesie reform jest także racjonowanie świadczeń przez koszyk świadczeń gwarantowanych. Koszyk to zestaw świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Konieczność jego stworzenia, pojawiła się w Europie w związku z postępowaniem technologicznym i wzrostem liczby procedur medycznych. Do zasadniczych celów koszyka należy określenie zakresu uprawnień pacjenta do świadczeń, obowiązków płatnika i świadczeniodawcy, a także rozwój i selekcja technologii medycznych [Kolwicz 2010, s. 135].

Informacje dotyczące procesu reformowania systemu ochrony zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych dostępne są w raportach OECD⁴. Organizacja ta, zgodnie z kryteriami Banku Światowego, wyodrębnia zgodnie ze sposobem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia trzy podgrupy. Pierwszą tworzą: Irlandia, Nowa Zelandia, Finlandia, Hiszpania i Wielka Brytania. Do problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w tych państwach, oprócz kolejek do specjalistów, zalicza się obawy o zbyt szybko rosnące koszty opieki zdrowotnej i ich wpływ na poziom podatków oraz zbyt niską efektywność pracy w części placówek opieki zdrowotnej. Drugą podgrupę wśród kra-

⁴ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) powstała w 1961 r. W początkowym okresie grupowała 20 uznanych za najbogatsze krajów świata: Austrię, Belgię, Danię, Francję, Portugalie, Szwecję, Szwajcarię, Stany Zjednoczone, Turcję, Wielką Brytanię i Włochy. W kolejnych latach przyjęto do Organizacji dalszych 10 krajów: Japonię, Finlandię, Australię, Nową Zelandię, Meksyk, Czechy, Węgry, Polskę (1996 r.), Koreę Płd. i Słowację [Leowski 2010, s. 122].

jów członkowskich OECD tworzą: Australia, Belgia, Francja, Holandia, Japonia, Kanada, Luksemburg, Niemcy, Szwajcaria i Włochy. Opieka zdrowotna w tych krajach opiera się w znacznej mierze na szpitalach prywatnych nienastawionych na zysk, a lekarze opłacani są w znacznej części na zasadzie opłaty za usługę. Sytuacja zdrowotna społeczeństw wspomnianych państw jest uznawana za dobrą, z pełną dostępnością do świadczeń zdrowotnych, nie notuje się kolejek do specjalistów. Wśród zagrożeń stojących przed systemem opieki zdrowotnej w tych państwach wymienia się rosnące obciążenia składkami ubezpieczeniowymi zarówno pracodawców, jak i pracowników. Ostatnim krajem w grupie najwyżej rozwiniętych są Stany Zjednoczone. Pomimo najwyższych wydatków przeznaczanych na zdrowie, brak pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz bardzo wysokie koszty świadczeń są ciągle przedmiotem debat politycznych kolejnych kampanii wyborczych [Leowski 2010, s. 125].

Reformowanie się systemów opieki zdrowotnej to proces długotrwały, determinowany czynnikami o charakterze demograficznym, ekonomicznym i technologicznym. Zmiany, które powoli są wdrażane, nie będą możliwe bez znaczących impulsów prowadzących do inicjacji reform.

Podsumowanie

1. Celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują oraz używanie dostępnych zasobów, wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 29].
2. Uwarunkowania makrootoczenia będą ściśle determinowały wyznaczanie i możliwość realizacji celów zdrowotnych, doprowadzając do konieczności reformowania systemów. Proces reformowania jest zadaniem trudnym ze względu na rosnące oczekiwania społeczeństwa oraz ograniczone zasoby w systemie.
3. Światowe publikacje korelujące poziom zdrowotności społeczeństwa z potrzebami pacjentów, wzbudziły dyskusje na temat zagwarantowania społecznej równości oraz kreacji systemów opieki zdrowotnej w kontekście organizacji i dostarczania usług zdrowotnych. Podkreślano nie tylko konieczność dbałości o zapewnienie odpowiedniej jakości klinicznej, ale też szczególną rangę obsługi pacjenta.
4. Uwarunkowania ekonomiczne, demograficzne, historyczne i kulturowe doprowadziły do wyodrębnienia się różnych systemów opieki zdrowotnej. Różnią się one: zasadami finansowania, zakresem przysługujących świadczeń oraz warunkami nabywania do nich uprawnień.
5. Na tle reformatorskich systemów opieki zdrowotnej, pod wpływem uwarunkowań makrootoczenia, zmienia się także system opieki zdrowotnej w Polsce [Dobska 2013].

Bibliografia

Arrington B., Kurz R.S. (1998), *Quality Management and Improvement* [w:] W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne (red.), *Handbook of Health Care Management*, Blackwell Publishers Malden, Oxford [za:] Włodarczyk W.C. (2010), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.

Dobska M. (2013), *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo UEP w Poznaniu, Poznań

Frąckiewicz L. (1991), *Polityka ochrony zdrowia* [w:] L. Frąckiewicz, B. Iwankiewicz-Rak, G. Hereźniak, *Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego w Katowicach, Katowice.

Gold M. (1999), *The Changing US Health Care System: Challenges for Responsibles Public Policy*, „The Milbank Quarterly”, 77 (1), ss. 3–37.

Golinowska S., Kozierkiewicz A., Sowada Ch. (2004), *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją, Trzeci etap reform*, Wydawnictwo CASE, Warszawa.

Hsiao W.C. (2003), *What is a Health System? Why Should We Care?*, Harvard School of Public Health, ss. 1–12

Hill M. (2010), *Polityka społeczna we współczesnym świecie. Analiza porównawcza*, Difin, Warszawa.

Hibner E. (2003), *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź.

Jack W. (1999), *Principles of Health Economics for Developing Countries*, The World Bank, Washington DC.

Kolwitz M. (2010), *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych Państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, nr 56, ss. 130–145

Londono J.L., Frenk J. (1997), *Structured pluralism: towards an innovative model for Health system reform in Latin America*, „Health Policy”, vol. 41, ss. 1–36.

Leśniewska A. (2009), *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1, ss. 127–150.

Leowski J. (2010), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, wyd. 3, Wydawnictwa Fachowe Ce-DeWu, Warszawa.

Radzik-Kazenas B. (2003), *Podstawowe zagadnienia z zakresu integracji europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego*, wyd. 2, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa.

Roemer M.I. (1993), *National Health System of the World*, vol. 2, Oxford University Press, Oxford.

Sanecki M. (2011), *Systemy zdrowia – procesy transformacji – przyczyny i cele zmian* [w:] J. Opol-ski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Wydawnictwo Szkoła Zdrowia Publiczne-go CMKP w Warszawie, Warszawa.

Siwińska V., Brożyniak J., Iłżecka J. i in. (2008), *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, „Zdrowie Publiczne”, nr 118, ss. 15–20

Telemedycyna w służbie pacjenta (2001) [w:] *Szpital w pigułce*, „Magazyn Informacyjny Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie”, nr 10, ss. 1–2 i 4.

Włodarczyk W.C. (1999), *Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrówka koncepcji reformator-skich w procesie polityki zdrowotnej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 2, t. 1, ss. 53–80.

Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Łódź – Kraków – Warszawa.

Włodarczyk W.C. (2003), *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Włodarczyk W.C. (2010), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.

Włodarczyk W.C., Poździej S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Karol Korczak

Katedra Informatyki Ekonomicznej
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Uniwersytet Łódzki
karolk@uni.lodz.pl

Paradoksy e-zdrowia

Paradoxes of e-Health

Abstract: Nowadays, Information and Communication Technologies (ICT), used in various e-Health projects, are the important part of many health care systems in the world. However, as practice shows, they are not always the source of measurable benefits. The article presents an overview of selected e-Health solutions supporting health care and the characteristics of the selected paradoxes of e-Health. These include Duncan's paradox, productivity paradoxes, information and geography paradoxes. The article discusses also the main reasons for their occurrence and some ways to solve them. The perspective of different stakeholders in the health care system has been taken into account. In the last part of the article discussion on the occurrence of particular paradoxes of eHealth in the Polish health care system has been presented.

Key words: e-Health, health care, paradox, ICT

Wprowadzenie

Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych (ang. *Information and Communication Technologies* – ICT)¹ stanowi ważny element funkcjonowania wielu systemów zdrowotnych na całym świecie. W Polsce wdrażanie rozwiązań ICT wspomagających realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia wiąże się często z różnymi trudnościami oraz opóźnieniami. Potwierdzają to m.in. pozycje Polski w międzynarodowych rankingach, takich jak *Euro Health Consumer Index* (EHCI). Jednym z obszarów ocenianych w najnowszej edycji tego rankingu (2016 rok) były „Prawa pacjenta i dostęp do informacji”. Wśród wskaźników dla tego obszaru znalazły się m.in. rejestracja na wizytę przez Internet, internetowa informacja zdrowotna, wykorzystanie Elektronicznego Rekordu Pacjenta (ang. *Electronic Patient Record* – EPR) oraz e-recepta. W przypadku Polski obszar ten został oceniony najslabiej spośród wszystkich 35 krajów uwzględnionych w rankingu [Health Consumer Powerhouse 2016]. Z drugiej strony nie można nie zauważyć pozytywnych zmian. Strategie z zakresu e-zdrowia², realizowane na różnych szczeblach zarządzania, zaczynają skutkować pierwszymi wdrożeniami. W Polsce można spotkać rejestry i usługi elektroniczne o zasięgu ogólnokrajowym, regionalnym oraz lokalnym. Ponadto coraz więcej podmiotów wykonujących działalność leczniczą we własnym zakresie wdraża elektroniczne rozwiązania wspomagające opiekę zdrowotną [Korczak 2014].

Zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej e-zdrowie powinno „pomagać całemu społeczeństwu poprzez ulepszenie dostępu do usług opieki zdrowotnej i poprawę ich jakości oraz zwiększenie efektywności całego sektora zdrowia” [Komisja Europejska 2017]. Jednak korzyści tego typu nie zawsze są osiąganе. Jak pokazuje praktyka, wraz z rozpowszechnieniem wykorzystania e-zdrowia może dochodzić do różnych paradoksów. Ich rozpoznawanie oraz rozwiązywanie może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest charakterystyka wybranych paradoksów związanych z e-zdrowiem. Wskazano przy tym główne przyczyny ich występowania oraz niektóre sposoby ich rozwiązywania. Osiągnięcie celu wymagało przeprowadzenia badań literaturowych, obserwacji oraz wywiadów w kilku arbitralnie wybranych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Artykuł składa się z trzech zasadniczych części. W pierwszej z nich przedstawiono przegląd wybranych rozwiązań e-zdrowia dostępnych w Polsce. Na-

¹ Rozumianych jako „cała rodzina technologii gromadzących, przetwarzających i przesyłających dane i informacje w formie elektronicznej. Obejmuje ona infrastrukturę teleinformatyczną (sprzęt komputerowy, sieci i sprzęt telefoniczny) oraz oprogramowanie (w tym e-produkty, e-usługi i wszelkiego rodzaju aplikacje)” [Ziemia, s. 14].

² Rozumianego ogólnie jako „narzędzia i usługi wykorzystujące technologie informacyjne i komunikacyjne (TIK), które mogą ulepszyć profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie” [Komisja Europejska 2017].

stępnie dokonano charakterystyki wybranych paradoksów związanych z e-zdrowiem. W ostatniej części omówiono występowanie paradoksów e-zdrowia w Polsce.

Przegląd wybranych rozwiązań z zakresu e-zdrowia

Rozwiązania ICT wspomagające opiekę zdrowotną można spotkać na różnych szczeblach zarządzania. Poniższa tabela prezentuje przegląd niektórych spośród nich.

Tabela 1. Wybrane rozwiązania ICT wspomagające opiekę zdrowotną

Obszar	Kategoria	Przykładowe rozwiązania
Rozwiązania o zasięgu regionalnym i krajowym	Systemy	Platforma P1 (np. Internetowe Konto Pacjenta), Zintegrowany Informator Pacjenta (np. Portal Pacjenta), Podkarpacki System Informacji Medycznej (e-Rejestracja, Elektroniczny Rekord Pacjenta)
	Rejestry	Platforma P1 (np. System Gromadzenia Danych Medycznych), Zintegrowany Informator Pacjenta (np. Rejestr Usług Medycznych), Podkarpacki System Informacji Medycznej (e-Informacja, Regionalny Rejestr Danych Ratunkowych), Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców
Rozwiązania kompleksowe typu HIS (ang. Hospital Information System)	Część administracyjna	CLININET, Eskulap, InfoMedica, SIMPLE.iMED, Xpertis
	Część medyczna	CLININET, Eskulap, Hipokrates, InfoMedica, Optimed NXT, SIMPLE.iMED
Systemy doradcze	Systemy wspomagania decyzji	Wielkopolskie Centrum Telemedycyny, TRANSFoRm
	Systemy eksperckie	MYCIN, AVES-N, MET, EVAMAR, EasyDiagnosis, GIDEON, VIE-PNN, POEMS
	<i>Business Intelligence</i>	Ekahau RTLS (RFID-over Wi-FiTM)
Informacja dla kierownictwa	Systemy informowania kierownictwa	MedKontroling
	Wizualizacja informacji	Kokpity menedżerskie (dot. np. meldunków epidemiologicznych)

Relacje z pacjentami	<i>Patient Relationship Management (PRM)</i>	OSOZ (Elektroniczna Kartoteka Pacjenta, powiadomienia i ostrzeżenia zdrowotne, serwisy zdrowotne i in.)
	Monitoring	TELE EKG, kamizelka Smart Vest
	Rejestracja na wizytę	OSOZ, imed24.pl, medicover.pl
	Konsultacje oraz porady na odległość	medicover.pl, enel.pl, doktor24.pl
	Dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej	Internetowe Konto Pacjenta, OSOZ, eMedica, medicover.pl, SIMPLE.iMED
	E-recepta	OSOZ, CGM CLININET
	E-skierowanie	OptiMED, AMMS
	E-zlecenie	SIMPLE.iMED, InfoMedica
E-nauczanie	Internetowe platformy edukacyjne	LEK-endium, MPE, MEDtube, IVIMEDS, LekarskaTV
	Wirtualni pacjenci	BIT Exam, CAMPUS, CASUS, DxR, INMEDEA, Web-SP
Inne rozwiązania	Wspólnoty wiedzy	TeleDICOM, konsylium24.pl
	Gry dla zdrowia (gry poważne, aplikacje grywalizacyjne)	Hungry Red Planet, Sensory gate-ball game, Kolibree, Tweeting Bra, Azahar, Free Dive, Athma Hero, Pain Squad, 3D VOR, Combat magic, Kaizen-IM, Osmosis
	Wirtualne społeczności	Mikrosieci WeAreLupus, WeAreFibro, WeAreEndo
	Zarządzanie treścią	Strony informacyjne podmiotów, portale informacyjne o zdrowiu i chorobach

Źródło: opracowanie na podstawie [Korczak 2014] oraz [Karkowski, Korczak 2016].

Przedstawione w tabeli 1 przykłady dowodzą dużej różnorodności rozwiązań ICT wspomagających opiekę zdrowotną. Oprócz podstawowych interakcji typu użytkownik – rozwiązanie ICT mogą być one wykorzystywane także w relacjach, takich jak podmiot – jednostka nadrzędna, podmiot – podmiot, podmiot – pacjent czy też pacjent – pacjent. Warto także dodać, że w ostatnim czasie coraz więcej rozwiązań ICT wspomaga działania z zakresu transgranicznej opieki zdrowotnej (np. projekt „Telemedycyna w Euroregionie Pomerania”), wskazując tym samym kolejny, bardzo ważny kierunek rozwoju e-zdrowia.

Charakterystyka wybranych paradoksów związanych z e-zdrowiem

Już ponad dwie dekady temu C. Handy stwierdził, że żyjemy w czasach, które można określić mianem „ery paradoksów” [Handy 1994]. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy można wymienić m.in. niebywały rozwój technologiczny. Z jednej strony jest on źródłem wielu korzyści, z drugiej strony może prowadzić do różnych paradoksalnych sytuacji. Występują one w wielu obszarach życia społeczno-gospodarczego. Jednym z nich jest także opieka zdrowotna.

Paradoks Duncana

Jako pierwszy przedstawiony zostanie paradoks e-zdrowia, wskazany przez W. McIvera. W publikacji pt. *e-Health in the Age of Paradox: A Position Paper* [McIver 2009] opisał on przykładowy scenariusz, w którym jedną z głównych ról odgrywa pewien informatyk o nazwisku Duncan. Scenariusz obejmował m.in. podejmowanie przez niego nagłej decyzji, do którego szpitala należy się udać z pacjentem, który doświadczył chwilowego omdlenia (biorąc pod uwagę renomę, zakres udzielanych świadczeń, położenie i oddległość, jaka dzieli ich od danego szpitala), oczekiwanie na faks od różnych członków rodziny pacjenta o przyjmowanych przez niego lekach, problem sprzecznych informacji uzyskanych od rodziny pacjenta, niepewność pacjenta wynikająca z oczekiwania na wyniki badań oraz konsultację z lekarzem, powtarzanie od początku wywiadu przez kolejnego z dyżurujących w szpitalu lekarzy, brak informacji na temat stanu zdrowia pacjenta oraz jednoznacznej diagnozy. Zdaniem tytułowego bohatera wspomnianego scenariusza, Duncana, większość problemów tego typu dałoby się rozwiązać poprzez wykorzystanie istniejących już rozwiązań ICT. Można tutaj wspomnieć chociażby o systemach GPS, narzędziach monitorujących podstawowe funkcje życiowe, elektronicznym rekordzie pacjenta, rozwiązaniach ICT wspomagających relacje oraz wymianę informacji pomiędzy lekarzem oraz pacjentem i jego rodziną (monitorowanie, video, telefon). Biorąc pod uwagę, że na rynku dostępne są rozwiązania ICT, przedstawiona powyżej sytuacja z pewnością może być potraktowana jako paradoksalna. W. McIver dostrzega w niej pewne podobieństwa do paradoksów zdefiniowanych przez C. Handiego. Dotyczy to konkretnie paradoksu inteligencji (niedostosowanie do realiów, w których wyniki produkcji zależą w coraz mniejszym stopniu od pracy fizycznej, a w coraz większym od wiedzy, którą posiadają pracownicy) oraz paradoksu pracy (wskazującego na ogromne dysproporcję między niewielką liczbą przepracowanych osób względem dużej liczby osób bez pracy) [Handy 1994].

Jedną z najistotniejszych barier wykorzystania rozwiązań z zakresu e-zdrowia stanowią ograniczenia finansowe [Korczak 2014]. Należy podkreślić, że sam zakup sprzę-

tu oraz oprogramowania to zazwyczaj początek inwestowania w ICT. Infrastruktura informatyczna wymaga bowiem na ogół częstych aktualizacji. Wynika to między innymi z szybkiego tempa rozwoju technologicznego oraz zmian uwarunkowań formalnoprawnych. Kluczową rolę w pozyskiwaniu przed podmioty wykonujące działalność leczniczą środków na inwestycje w ICT mogą odgrywać fundusze europejskie czy też źródła finansowania innowacji w ochronie zdrowia [Lewandowska, Karkowski 2014]. Brak inwestycji w e-zdrowie może wynikać także z obranego kierunku zarządzania podmiotem, braku zaufania do rozwiązań tego typu czy też braku świadomości korzyści, możliwych do osiągnięcia w wyniku ich stosowania.

Paradoksy produktywności (tzw. paradoks Solowa oraz tzw. nowy paradoks produktywności IT)

Najczęściej opisywanym w literaturze paradoksem odnoszącym się do przedsięwzięć informatycznych jest paradoks produktywności. Wśród naukowców, którzy jako jedni z pierwszych przedstawili wątpliwości dotyczące wpływu inwestycji informatycznych na wzrost produktywności różnych instytucji, przedsiębiorstw czy też całych sektorów gospodarki, wymienić należy R. Solowa [1987] oraz E. Brynjolfssona [1993]. W kolejnych latach dowodzono, że wątpliwości tego typu wynikały m.in. z błędnych pomiarów oraz niewłaściwego zarządzania technologiami informatycznymi [Bakos, Jager 1995, Willcocks, Lester 1996]. Wreszcie przedstawiano dowody, że inwestycje w IT mogą pozytywnie wpływać na produktywność, ale uzyskiwane korzyści są dostrzegane zazwyczaj po kilku latach i często nie są tak wysokie, jak oczekiwano [Brynjolfsson, Hitt 1998]. W ten sposób zidentyfikowano kolejny tzw. nowy paradoks produktywności IT [zob. Jelonek 2016, s. 207]. Podobne spostrzeżenia można odnieść do podmiotów w sektorze ochrony zdrowia, w którym oprócz przedsięwzięć z zakresu e-zdrowia korzystnie wpływających na ich produktywność zdarzają się takie przedsięwzięcia, których wpływ na produktywność jest zauważalny, ale nieproporcjonalny (niekiedy zupełnie niezadowalający i rozczarowujący) do poniesionych nakładów. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy można wymienić, m.in. nietrafione inwestycje, skutkujące rozwiązaniami niedostosowanymi do specyfiki podmiotu oraz potrzeb użytkowników, brak aktualizacji i modyfikacji wynikających z rozwoju medycyny, postępu technologicznego czy też zmian formalnoprawnych, ograniczenia formalnoprawne, ograniczenia finansowe, problemy z integracją z innymi systemami, ograniczoną liczbę stanowisk komputerowych/urządzeń, zbyt duże obciążenia personelu medycznego, ograniczające efektywne wykorzystanie ICT, trudności w obsłudze wśród personelu medycznego oraz pacjentów [Korczak 2014]. Ponadto D. Silber [2004] zwraca uwagę na problem dokonywania przedwczesnej oceny rezultatów projektów z zakresu e-zdrowia (tzw. paradoks ewaluacji). Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, że niektóre efekty stosowania rozwiązań e-zdrowia kwalifikuje się jako trudno albo wręcz bardzo trudno mierzalne [Zilgalvis, Jungmann 2015]. Paradoksów

produktywności można unikać m.in. poprzez właściwe definiowanie potrzeb użytkowników oraz dostosowywanie rozwiązań e-zdrowia do ich potrzeb. W literaturze przedmiotu zwraca się także uwagę na dopasowanie wdrożeń IT do strategii podmiotu oraz odpowiednie zarządzanie zasobami informatycznymi [Jelonek 2016], stosowanie kompleksowych metod pomiaru i oceny wpływu e-zdrowia na produktywność [Lapointe, Mignérat, Vedel 2011, Zilgalvis, Jungmann 2015]. Zawierają one m.in. szczegółowe wskaźniki kosztów (obejmujące wykorzystywane zasoby ludzkie, wyposażenie, kapitał organizacyjny), uwzględniające rolę reinżynierii czy też zmiany sposobu zarządzania [Bodell, Covey, Fader 2004], potrzebę prowadzenia szkoleń informatycznych wśród personelu medycznego [Hashim, Buah, Sandak 2012], a także realizacji komplementarnych w stosunku do ICT inwestycji, wśród których wymienić można m.in. inwestycje w kapitał ludzki oraz zmiany w organizacji pracy, zmiany w procesach biznesowych, budowanie przyjaznego otoczenia instytucjonalnego dla przedsiębiorczości [Arendt 2016, por. Pańkowska 2001]. W szerszej perspektywie warto także zwrócić uwagę na wprowadzenie odpowiednich regulacji formalnoprawnych oraz zapewnienie współpracy między różnymi rozwiązaniami e-zdrowia poprzez wdrożenie standardów interoperacyjności w zakresie komunikowania się i wymiany danych [Karkowski, Korczak 2016].

Przykładem przedsięwzięcia w pełni wykorzystującego potencjał, jaki daje ICT, może być wprowadzenie komunikacji on-line między lekarzami i pacjentami w The University of California Davis Health System (UCDHS). Lekarze, którzy kontaktowali się w ten sposób z pacjentami, zwiększyli swoją produktywność, przyjmując dziennie średnio o 2,54 pacjenta więcej, co stanowiło wzrost liczby wizyt o 11,1%. W związku z tym uzyskiwali także 95,34\$ więcej przychodu niż lekarze, którzy tej formy komunikacji nie stosowali [Liederman, Lee, Baquero i in. 2005]. Co istotne, takie wyniki uzyskane zostały po upływie zaledwie jednego roku od pilotowego wdrożenia systemu.

Paradoks informacyjny

Rozwiązania z zakresu e-zdrowia, a zwłaszcza te, które wykorzystują Internet jako medium komunikacyjne, są często uznawane przez pacjentów oraz osoby dbające o zdrowy tryb życia za pierwsze oraz jedyne źródło informacji na temat zdrowia i chorób [Gugała, Boratyn-Dubiel, Chmiel i in. 2010, Ulatowska-Szostak, Marcinkowski, Gromadecka-Sutkiewicz i in. 2009]. Z jednej strony pozyskiwanie informacji ze źródeł internetowych jest łatwe, wygodne i na ogół anonimowe. Może pomóc w dostępie do wartościowych informacji na temat zdrowia i chorób, zwiększać stan wiedzy, ułatwić podejmowanie decyzji czy też dawać poczucie bezpieczeństwa. Z drugiej strony może mieć również szkodliwy wpływ na zdrowie. W Internecie publikowane są bowiem różnorodne informacje na tematy związane ze zdrowiem i chorobami, także te nierzetelne, sprzeczne, niewiarygodne [Gugała, Boratyn-Dubiel, Chmiel i in. 2010, Ulatowska-Szostak, Marcinkowski, Groma-

decka-Sutkiewicz i in. 2009] oraz zmanipulowane, których prawdziwym celem na ogół jest osiągnięcie większych zysków. Identyfikację takich informacji może dodatkowo utrudniać brak fachowej wiedzy medycznej. Dotyczy to w szczególności użytkowników, którymi są pacjenci oraz osoby dbające o zdrowy tryb życia. Kolejnym problemem jest publikowanie w Internecie ogromnej liczby informacji, które często powoduje trudności w ich przetwarzaniu, prowadząc do zjawiska określanego mianem „przeładowania informacyjnego” [Fazlagić 2014]. Wszystko to przyczynia się do występowania paradoksu obfitości informacji oraz łatwości manipulowania nimi [zob. Goban-Klas 2011, ss. 17–18].

Umiejętność odróżnienia informacji rzetelnych, wiarygodnych, profesjonalnych od informacji bezwartościowych lub szkodliwych powinien posiadać każdy użytkownik Internetu. Jest to szczególnie istotne w przypadku poszukiwania informacji na temat zdrowia i chorób. Dotyczy to zarówno osób reprezentujących zawody medyczne, jak i pacjentów oraz osób, które chcą dbać o zdrowy tryb życia. Z pewnością warto weryfikować jakość źródeł internetowych oraz informacji w nich zawartych. Można do tego celu wykorzystać takie metody, jak na przykład Kodeks HON (ang. *Health On the Net code*) lub metoda HITI (ang. *Health Information Technology Institute*). Nie mniej ważne są także odpowiednie kompetencje informacyjne [Kisilowska, Jasiewicz 2013], dzięki którym użytkownicy mogą wykorzystywać źródła internetowe we właściwy sposób, z korzyścią dla ich zdrowia. Do nabywania kompetencji tego typu powinny zachęcać różnego rodzaju działania promocyjne oraz edukacyjne.

Paradoks geograficzny

Kolejny paradoks związany z e-zdrowiem można określić mianem „paradoksu geograficznego”. Charakteryzuje go znaczące podobieństwo do paradoksu Duncana oraz paradoksów produktywności. Natomiast cechą szczególną, która przyczyniła się do potraktowania go jako osobnego paradoksu, są trudności wykorzystania potencjału e-zdrowia w regionach prowincjonalnych oraz na obszarach wiejskich. Takie regiony i obszary, znajdujące się często w znacznej odległości od miast zapewniających dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej, powinny czerpać najwięcej korzyści z rozwiązań e-zdrowia. Wśród przyczyn występowania tego paradoksu wymienić należy: uwarunkowania polityczne oraz legislacyjne, nieuwzględniające specyfiki regionów i obszarów tego typu, braki w zakresie koordynacji i współpracy istniejących systemów e-zdrowia oraz wdrażania w komunikacji i wymiany informacji, znaczne ograniczenia w dostępie do infrastruktury teleinformatycznej w porównaniu z obszarami miejskimi, więcej obowiązków (klinicznych i administracyjnych) personelu medycznego pracującego na prowincji oraz na obszarach wiejskich, zniechęcających do podejmowania kolejnych obowiązków, związanych z obsługą rozwiązań ICT, różnice wynikające ze specyfiki modeli opieki klinicznej na obszarach miejskich i poszczególnych obszarach wiejskich czy też brak akceptacji oraz

gotowości do korzystania z e-zdrowia przez świadczeniobiorców i świadczeniodawców [Liaw, Humphreys 2006].

Przeciwdziałanie paradoksom tego typu wymaga właściwego zrozumienia specyfiki oraz różnic opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich oraz miejskich, strategicznego podejścia do tworzenia i rozwoju systemów e-zdrowia oraz współpracy badawczo-rozwojowej (ang. *research and development – R&D*) [Liaw, Humphreys 2006]. Według Liaw, Humphreys [2006, s. 97] współpraca R&D powinna skupiać się m.in. na zagadnieniach technicznych, technologicznych, terminologicznych, związanych ze zmianą zarządzania, udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a także na kontekście społeczno-ekonomicznym. Natomiast tworzone rozwiązania e-zdrowia powinny koncentrować się na „udoskonalaniu dyfuzji technologii, efektywności kosztowej, procesach opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i zarządzania chorobami, wynikach zdrowotnych pacjentów oraz podejmowaniu decyzji przez personel medyczny, menedżerów i decydentów w odległych od siebie obszarach metropolitalnych, regionalnych i wiejskich” [Liaw, Humphreys 2006, s. 97, tłumaczenie autora]. Ponadto biorąc pod uwagę często spotykaną niechęć do korzystania z e-zdrowia, warto zadbać o odpowiednią promocję i wsparcie e-zdrowia na obszarach prowincjonalnych oraz wiejskich – zarówno wśród personelu medycznego, jak i pacjentów.

Komentarz na temat paradoksów e-zdrowia w Polsce

W Polsce można się spotkać ze wszystkimi paradoksami e-zdrowia, opisanymi w poprzednich punktach niniejszego artykułu. Skalę problemu może zilustrować kilka następujących obserwacji.

Po pierwsze, poziom wykorzystania ICT w polskim systemie ochrony zdrowia jest w dalszym ciągu niewielki. Potwierdzają to wyniki rankingów, takich jak chociażby przedstawiony we wstępie *Euro Health Consumer Index (EHCI)*. Sytuacji z pewnością nie poprawiają opóźnienia i pokrywanie się kluczowych projektów o zasięgu ogólnokrajowym. Natomiast pozytywnie należy ocenić informatyzację szpitali, które są coraz lepiej przygotowane do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), a także prace nad standardami, które mają w przyszłości zapewnić spójność między regionalnymi i centralnymi platformami e-zdrowia [Pietruszyński 2017].

Po drugie, z obserwacji i doświadczeń autora wynika, że wiele dostępnych w Polsce rozwiązań z zakresu e-zdrowia nie jest w pełni wykorzystywanych, co przekłada się na słabsze wyniki produktywności. Oprócz nietrafionych inwestycji, braku aktualizacji rozwiązań ICT, czy też współpracy z innymi systemami, może mieć to także związek z ograniczeniami finansowymi wynikającymi np. z limitów płatnika, ograniczających udzielanie świadczeń wspomaganych przez nowoczesne rozwiązania e-zdrowia. Kolejnym

istotnym problemem są regulacje formalnoprawne uniemożliwiające wykorzystanie w pełni potencjału e-zdrowia. Równie często utrudnieniem w korzystaniu z rozwiązań z zakresu e-zdrowia są obciążenia personelu medycznego, braki w infrastrukturze teleinformatycznej, problemy z obsługą narzędzi i systemów e-zdrowia lub niechęć do korzystania z nich [Korczak 2014]. Rozwiązywanie paradoksów tego typu jest możliwe poprzez eliminowanie kolejnych wymienionych powyżej przyczyn ich występowania. Często wymaga ono wspólnych działań różnych podmiotów i instytucji mających wpływ na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Po trzecie, upowszechnienie Internetu umożliwiło łatwy i szybki dostęp do ogromnej ilości różnorodnych informacji na temat zdrowia i chorób. Użytkownicy, zarówno posiadający, jak i nieposiadający fachowej wiedzy medycznej, coraz częściej szukają informacji tego typu nie tylko w krajowych serwisach internetowych, ale także w serwisach obcojęzycznych. W ten sposób paradoks informacyjny przyjmuje wymiar globalny i jest jednym z najtrudniejszych paradoksów do rozwiązania. Jak podkreśla P. Kasztelowicz [2002, s. 8], nie da się stworzyć czegoś takiego jak uniwersalne internetowe „centrum kontroli jakości informacji”. Oczywiście można minimalizować ryzyko dostępu do nie rzetelnych, często szkodliwych informacji poprzez odpowiednią weryfikację źródeł internetowych. Niemniej jednak ostateczną decyzję o pozyskiwaniu informacji podejmuje użytkownik, który jest w tym procesie najsłabszym ogniwem.

Po czwarte, wykorzystanie rozwiązań e-zdrowia jest nieproporcjonalnie mniejsze na obszarach prowincjonalnych i wiejskich niż na obszarach miejskich. Dla przykładu, z badań K. Korczaka [2014] wynika, że oczekiwana liczba narzędzi internetowych wspomagających opiekę zdrowotną, wykorzystywanych przez dany podmiot wykonujący działalność leczniczą rośnie wraz ze wzrostem miejscowości (mierzonej liczbą mieszkańców), w której podmiot ten funkcjonuje. Jednym z kluczowych sposobów rozwiązania tego paradoksu powinny być regionalne projekty i strategie e-zdrowia, które są obecnie realizowane w różnych województwach. Uwzględniają one regionalne uwarunkowania opieki zdrowotnej. Aktualnie coraz więcej uwagi przywiązuje się także do tego, aby rozwój różnych rozwiązań ICT opierał się na odpowiednich standardach interoperacyjności w zakresie komunikowania się oraz wymiany danych.

Podsumowując, w Polsce rozwiązania z zakresu e-zdrowia nie są wykorzystywane w takiej skali i w takim zakresie, jak ma to miejsce w wielu innych krajach europejskich. Dominują inicjatywy i rozwiązania o niewielkim zakresie funkcjonalnym i zasięgu lokalnym. Jednocześnie realizowane są projekty i strategie o zasięgu regionalnym i krajowym. Rozwiązywanie przedstawionych w artykule paradoksów powinno zwiększyć możliwości wykorzystania tworzonych rozwiązań e-zdrowia, a co za tym idzie znacząco przyspieszyć rozwój tego obszaru.

Zakończenie

Rozwój wykorzystania rozwiązań z zakresu e-zdrowia nie zawsze przebiega zgodnie z oczekiwaniami wszystkich interesariuszy. Wskazane w artykule przykłady dowodzą, że niektóre ograniczenia mogą być potraktowane jako paradoksalne. Ich identyfikacja oraz próby rozwiązywania mogą mieć istotne znaczenie dla poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Nawet jeśli wyeliminowanie danego paradoksu wydaje się niemożliwe, warto podejmować działania, które zminimalizują jego negatywne skutki.

Przedstawiona problematyka jest istotna nie tylko ze społeczno-zdrowotnego, ale także technologicznego i ekonomicznego punktu widzenia. Niniejszy artykuł z pewnością nie wyczerpuje tak ważnego tematu, jakim jest identyfikacja, charakterystyka i rozwiązywanie paradoksów związanych z e-zdrowiem. Może natomiast stanowić podstawę do dalszych badań, których celem będzie opracowywanie nowych sposobów rozwiązywania paradoksów e-zdrowia.

Bibliografia

Arendt Ł. (2016), *Paradoks Solowa i determinanty wdrożenia technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych*, „Gospodarka Narodowa”, nr 1.

Bakos Y., Jager P. (1995), *Are Computers Boosting Productivity?*, Computerworld, March 27, ss. 128–130.

Bodell R., Covvey H.D., Fader C. (2004), *Achieving a “Therapeutic Dose” of IT*, “Studies in Health Technology and Informatics”, 107 (Pt 2), ss. 1348–1351.

Brynjolfsson E. (1993), *The productivity paradox of information technology*, “Communications of the ACM”, vol. 36, no. 12.

Brynjolfsson E., Hitt L.M. (1998), *Beyond the Productivity Paradox: Computers are the Catalyst for Bigger Changes*, “Communications of the ACM”, August 1998, vol. 41(8), pp. 49–55.

Fazlagić J. (2014), *Innowacyjne zarządzanie wiedzą*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.

Goban-Klas T. (2011), *Internet jako paradoks* [w:] M. Szpunar (red.), *Paradoksy internetu. Konteksty społeczno-kulturowe*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

Gugała B., Boratyn-Dubiel L., Chmiel Z. i in. (2010), *Internet jako narzędzie wiedzy o zdrowiu*, „Medycyna Ogólna”, 16 (XLV), 2.

Handy C. (1994), *The Age of Paradox*, Harvard Business School Press, Boston.

Hashim R., Buah S. F., Sandak M. (2012), *Paradox of e-health: Computer usage assessment among the staff in a government hospital*, “GSTF Journal of Law and Social Sciences (JLSS)”, vol. 1, no. 1.

Jelonek D. (2016), *Paradoks produktywności technologii informacyjnych z perspektywy menedżerów*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 421, Wrocław.

Karkowski T. A., Korczak K. (2016), *Zarządzanie wiedzą w ochronie zdrowia z wykorzystaniem wybranych rozwiązań ICT*, Wydawnictwo Wolters Kluwer SA, Warszawa.

Kisiłowska M., Jasiewicz J. (2013), *Informacja zdrowotna. Oczekiwania i kompetencje polskich użytkowników*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Korczak K. (2014), *Internetowe narzędzia wspomagające opiekę zdrowotną*, Wydawnictwo Wolters Kluwer SA, Warszawa.

Lapointe L., Mignerat M., Vedel I. (2011), *The IT productivity paradox in health: A stakeholder's perspective*, “International Journal of Medical Informatics”, vol. 80, iss. 2.

Lewandowska L., Karkowski T. (2014), *Pozyskiwanie kapitału na innowacyjne przedsięwzięcia w opiece zdrowotnej*, Warszawa.

Liaw S.-T., Humphreys J.S. (2006), *Rural eHealth paradox: It's not just geography!*, “Australian Journal of Rural Health”, vol. 14, pp. 95–98.

Liederman E., Lee J., Baquero V. i in. (2005), *The Impact of Patient-Physician Web Messaging on Provider Productivity*, “Journal of Healthcare Information Management”, vol. 19, no. 2.

McIver W. (2009), *e-Health in the Age of Paradox: A Position Paper* [w:] M. Ulieru, P. Palensky, R. Doursat (red.), *IT Revolutions. IT Revolutions 2008. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, Social Informatics and Telecommunications Engineering*, vol. 11, Springer, Berlin, Heidelberg.

Pańkowska M. (2001), *Zarządzanie zasobami informacyjnymi*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.

Pietruszyński P. (2017), *Architektura korporacyjna polskiego sektora opieki zdrowotnej*, COMPUTERWORLD, „Magazyn Menedżerów i Informatyków”, kwiecień 2017, nr 04/1068.

Silber D. (2004), *The Case for eHealth* [w:] I. Iakovidis, P. Wilson, J.C. Healy (red.), *E-Health – Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-Health Applications*, IOS Press, Amsterdam.

Solow R. (1987), *We'd better watch out*, „New York Times Book Review”, July 12.

Ulatowska-Szostak E., Marcinkowski J.T., Gromadecka-Sutkiewicz M. i in. (2009), *Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 90(2).

Willcocks L., Lester S. (1996), *Beyond the IT productivity paradox*, „European Management Journal”, vol. 14, iss. 3, June 1996, pp. 279–290.

Ziemia E. (red.) (2015), *Czynniki sukcesu i poziom wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych w Polsce*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.

Bibliografia elektroniczna:

Health Consumer Powerhouse (2016), *Euro Health Consumer Index 2016*, [online] www.health-powerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2016/, dostęp: 5 marca 2017.

Kasztelowicz P. (2002), *Profesjonalna informacja medyczna w Internecie. Sieci indywidualne – czy mogą być lekarstwem na zagrożenia współczesnego Internetu?*, [online] www.am.torun.pl/~pekasz/sieci-indywidualne.pdf, dostęp: 24 stycznia 2017.

Komisja Europejska (2017), *E-zdrowie*, [online] https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_pl, dostęp: 5 marca 2017.

Zilgalvis P., Jungmann S. (2015), *From Spectators to Change Agents: Empowering European Citizens as Drivers of e-Health Innovation*, „Cyber Studies Programme, Working Paper Series”, no. 2, [online] www.politics.ox.ac.uk/materials/centres/cyber-studies/Working_Paper_No.2_Zilgalvis_Jungmann.pdf, dostęp: 17 kwietnia 2017.

Katarzyna Sygił

Uniwersytet Szczeciński

ksygit@poczta.onet.pl

Marian Sygił

Uniwersytet Szczeciński

msygit@onet.pl

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny Łódź

jan.krakowiak@umed.lodz.pl

Badania potrzeb zdrowotnych populacji i opinii społecznej dotyczącej funkcjonowania służby zdrowia istotnymi elementami zarządzania podmiotami leczniczymi

Research on Population Health Needs and Public Opinion Related to the Functioning of the Health Service – Crucial Elements in Management of Healthcare Entities

Abstract: The management of healthcare entities is an activity which requires professional knowledge related to diagnosing the staff, financial, and economic situation of a given entity, but also the expectations and needs of patients for whom it has been founded. Although the diagnosis of a given entity's situation is not a very complicated matter, but the diagnosis of population health needs is a difficult undertaking, similarly, to the public opinion poll.

The purpose of this paper is to present, in the light of the literature on the subject matter, the needs for the public opinion polls with reference to the functioning of the healthcare service, which makes up an important element in the management of health care entities.

The authors of the paper, having defined precisely the healthcare needs, and their types, turned attention to the fact that the knowledge of expressed needs which can become known very easily, owing to analyses of spontaneous treatment demands by patients – do not allow to organise and manage health care entities as they make up only a small fragment of health care needs.

Only becoming familiar with the non-expressed needs and, in consequence, with the real health care demand allows to manage correctly (the staff and other things also). The screening method of research was suggested to investigate these needs.

Another important element in the management, presented in this paper, is the public opinion poll on the functioning of the health service. Underlining the rank and importance of this research, the authors compared the functioning of health service in former times and today and this information gathered in the recent years by CBOS (Public Opinion Research Agency) makes up a basis for strategical activities in the health service. However, they do not relate to the assessment of the health service functioning at a level of a province, a district, a city etc.

The authors suggested the conduct of such research, presenting a model of procedures and emphasizing their great importance for practical activities: as usable for correct management of health care entities at the level of a province, district, hospitals etc.

Key words: healthcare needs, healthcare service, public opinion, management of health care services

Wstęp

Poprawne zarządzanie jest gwarantem prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego [Ostrowska 1975, s. 42].

Największą słabością funkcjonowania podmiotów leczniczych, z punktu widzenia pacjenta i potencjalnego pacjenta, jest dostępność świadczenia usług medycznych [Sygit, Kładna 1997, s. 39], bowiem czas oczekiwania na wizytę u lekarza w ostatnich latach znacząco wzrósł. Kolejki do lekarzy są coraz dłuższe, szczególnie te do lekarzy specjalistów, ale wydłużył się także okres oczekiwania na wizytę u lekarzy rodzinnych. Rośnie też liczba skarg składanych na lekarzy. W ubiegłym roku do Okręgowego Sądu Lekarskiego wpłynęło (tylko z jednego województwa) aż 1120 takich skarg, a do Naczelnego Sądu Lekarskiego – 212 [www.rynek.zdr.pl/skargipacjentów/19721, dostęp: 7.01.2017].

Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele. Jedną z nich jest coraz większe oczekiwanie społeczne na uzyskanie, w razie konieczności, porad lekarskich [Kleczkowski 1981, ss. 18–23, Kukawka 1987, ss. 65–71, Sygit, Kładna 1997, s. 43], taka postawa jest związana ze wzrostem świadomości społeczeństwa. Inne przyczyny to braki kadrowe, zwłaszcza

brak lekarzy specjalistów, ale nade wszystko brak znajomości potrzeb zdrowotnych populacji, nieznajomość jej sytuacji zdrowotnej lub niski stan wiedzy na ten temat [Kozioł, Piechnik-Kurdziel, Kopeć 2000, s. 4, www.bpz.gov.pl/old/file/szac.pdf, dostęp: 3.02.2017]. Istotne znaczenie ma także niewłaściwe zarządzanie kształceniem kadr lekarskich, specjalistów itp. (nie wiadomo do końca, ilu potrzeba będzie np. okulistów w Szczecinie za półtora roku itd.), starzejąca się kadra pracowników medycznych oraz wyjazd „za pracę” za granicę, które też należy uwzględnić, oceniając sytuację w służbie zdrowia. Brak właściwego prognozowania, planowania jest elementem negatywnie wpływającym na właściwe zarządzanie podmiotami leczniczymi.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie, w świetle literatury przedmiotu, potrzeby badań opinii społecznej dotyczącej funkcjonowania służby zdrowia, które to badania stanowią ważny element zarządzania podmiotami leczniczymi.

Zarządzanie potrzebami zdrowotnymi

Potrzeby zdrowotne ludności

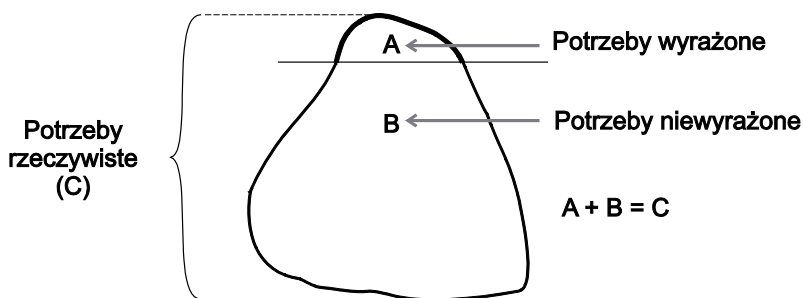
Potrzeby zdrowotne to stwierdzone przez fachowy personel służby zdrowia odchylenia w stanie zdrowia pacjenta lub populacji [Sygit 2010, s. 112].

Wyróżniamy następujące rodzaje potrzeb zdrowotnych:

- potrzeby wyrażone (A),
- potrzeby niewyrażone (B),
- potrzeby rzeczywiste (C).

Potrzeby te ilustruje tzw. Góra Lodowa Logana (wykorzystane tu zostało występujące w naturze zjawisko wypiętrzania się kry lodowej) – zob. rysunek 1.

Rysunek 1. Góra Lodowa Logana



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Sygit 2017, s. 58].

Potrzeby wyrażone to potrzeby ujawnione poprzez zgłaszalność pacjentów do placówek służby zdrowia. Stanowią one niewielki fragment „góry lodowej”, bowiem nie wszyscy pacjenci chorzy (z dolegliwościami) zgłaszają się do lekarza.

Potrzeby niewyrażone to potrzeby tej części pacjentów, którzy nie zgłaszają się do lekarza. Według badań angielskich [za: Sygit, Kładna 1997, s. 46] stosunek potrzeb wyrażonych do rzeczywistych wynosi 1:6, 1:4 – tzn. na jednego pacjenta z dolegliwościami, zgłaszającego się do placówki służby zdrowia, przypada 4–6 pacjentów z dolegliwościami, którzy nie zgłaszają się do lekarza, czyli nie wyrażają swoich potrzeb. Potrzeby niewyrażone dzieli się też na:

- uświadomione – czyli takie, z których istnienia człowiek zdaje sobie sprawę, lecz z różnych przyczyn nie zgłasza się nigdzie w celu uzyskania świadczenia medycznego;
- nieuświadomione – czyli takie, które nie są zgłaszane, ponieważ potencjalny pacjent nie zdaje sobie sprawy z tego, że je ma.

Znaczenie informacji o potrzebach zdrowotnych dla prawidłowej organizacji funkcjonowania służby zdrowia

Potrzeby zdrowotne wyrażone poznajemy na podstawie analiz zgłaszalności spontanicznej i zgłaszalności na badania profilaktyczne [Sygit 2010, s. 96]. Informacje pochodzące z tych analiz dają pewną wiedzę o rodzajach zachorowalności, a także o występowaniu ewentualnych trendów. Nie mogą one jednak stanowić źródła wiedzy niezbędnej do organizacji pracy placówek służby zdrowia (np. o liczbie zatrudnionych lekarzy danej specjalności, godzinach pracy poszczególnych poradni, liczbie placówek leczniczych, liczbie łóżek szpitalnych itd.).

Tak naprawdę nie wiadomo, jaka jest sytuacja zdrowotna określonej populacji, jeśli dysponuje się tylko znajomością potrzeb wyrażonych. Stąd ważne jest – dla prawidłowego zarządzania placówkami służby zdrowia, ich dostępnością, jakością świadczonych usług medycznych – aby dążyć do poznania potrzeb rzeczywistych pacjentów [Kozioł, Piechnik-Kurdiel, Kopeć 2000, s. 63].

Jak poznać potrzeby zdrowotne rzeczywiste?

Poznanie tych potrzeb to „podniesienie kry lodowej na modelu Góry Lodowej Logana ponad poziom morza” [Sygit 1986, s. 33]. Do realizacji tego celu służą metody: epidemiologiczne, porównawcze, korporacyjne. Jednymi z najbardziej przydatnych są metody epidemiologiczne. Spośród wielu badań wykorzystywanych w tego typu metodach wyróżnić należy badanie skriningowe. Jest to „przesiewanie populacji w celu stwierdzenia (wykrycia) jednostek chorobowych” [Sygit 2017, s. 58], stąd też badanie to nazywamy również badaniem przesiewowym, przeglądowym lub skriningowym. Za pomocą tego badania można wykryć choroby już we wczesnym okresie ich rozwoju. Narzędziem w badaniu przesiewowym jest tzw. test diagnostyczny [Sygit 1990a, ss. 34–41].

Test diagnostyczny, czyli test skriningowy, pozwala podzielić badaną populację na dwie grupy: z dodatnim wynikiem testu i z ujemnym wynikiem testu.

Osoby z wynikiem dodatnim testu, w celu jego weryfikacji, poddawane są dokładnemu badaniu klinicznemu. Najważniejszą sprawą jest przy tym prawidłowy dobór testu (trafność testu). Miara tej trafności jest: czułość, swoistość i powtarzalność.

Czułość testu to jego zdolność do wskazania możliwie dużego procentu wyników prawdziwie dodatnich (czyli małej liczby wyników fałszywie ujemnych), co można przedstawić za pomocą następujących wzorów:

$$\text{Czułość} = \frac{\text{chorzy z (+) wynikiem testu}}{\text{wszyscy chorzy w badanej populacji}}$$

$$\text{Współczynnik czułości} = \frac{a}{a + c} \times 100\%$$

Swoistość testu to jego zdolność do wskazania względnie małego procentu wyników fałszywie dodatnich, a obrazują ją poniższe wzory:

$$\text{Swoistość} = \frac{\text{zdrowi z (+) wynikiem testu}}{\text{wszyscy zdrowi w badanej populacji}}$$

$$\text{Współczynnik swoistości} = \frac{d}{b + d} \times 100\%$$

W zamieszczonej poniżej tabeli przedstawiono ocenę właściwości testu diagnostycznego dla pacjentów z wynikiem testu przesiewowego (+) i (-) (zob. tabela 1).

Tabela 1. Ocena właściwości testu diagnostycznego

		Wynik diagnoz klinicznych		Razem
		Chorzy	Zdrowi	
Wynik testu przesiewowego	(+)	a	b	a+b
	(-)	c	d	c+d
Razem		a+c	b+d	N

a – wynik prawdziwie dodatni,
 b – wynik fałszywie dodatni,
 c – wynik fałszywie ujemny,
 d – wynik prawdziwie ujemny,
 N – liczebność badanej populacji.

Źródło: [Sygił 2010].

Powtarzalność testu to otrzymanie podobnych wyników przez tego samego badacza. Wyróżniamy następujące rodzaje badań skriningowych:

- *multiphasic screening*.
- *selective screening*.

Multiphasic screening to badania przesiewowe wielokierunkowe, stosowane wówczas, gdy chcemy przy okazji jednego badania wykryć zachorowania na kilka chorób.

Selective screening to badania populacji narażonych na ryzyko zachorowania (np. kobiety otyłe, palacze tytoniu itd.).

Poprawne funkcjonowanie placówek służby zdrowia powinno opierać się na informacjach gromadzonych w wyniku badania populacji, do opieki nad którą są one powołane [Sygił 1990a, ss. 34–41], w tym tych, pochodzących z szacowania potrzeb zdrowotnych populacji. Szacowanie potrzeb zdrowotnych zostało szczegółowo, wręcz wzorowo, opracowane przez zespół badaczy krakowskich [<http://sgh.waw.pl/forum>, dostęp: 1.02.2017].

Monitorowanie sytuacji zdrowotnej i znajomość potrzeb zdrowotnych populacji jest gwarancją dobrego prognozowania, a także planowania, w zakresie zarządzania świadczeniami medycznymi dotyczącymi kadry lekarskiej, pielęgniarskiej, rodzajów poradni, to wszystko zaś jest niezbędne do prawidłowego działania systemu opieki zdrowotnej.

Znajomość sytuacji zdrowotnej populacji i jej potrzeb zdrowotnych jest w strategii zarządzania placówkami leczniczymi – zwłaszcza lecznictwa otwartego – zasadnicza i ważna [Kozioł, Piechnik-Kurdziel, Kopeć 2000, s. 72].

Nieuwzględnienie potrzeb rzeczywistych może przyczynić się do całkowitego załamania realizacji świadczeń realizowanych przez utworzone do tego celu placówki służby zdrowia i zatrudnioną w nich kadrę.

Służba zdrowia zobowiązana jest do dbania o stan zdrowia ludności (świadczenia usług medycznych), co gwarantuje Konstytucja RP. Podczas zabiegania o właściwe finansowanie służby zdrowia, nie można więc zapominać o potrzebach tych, do opieki nad którymi jest ona właśnie powołana.

Zapowiadane w 2006 r. przez Resort Zdrowia tworzenie map potrzeb zdrowotnych i ich upublicznianie – jeśli będzie uwzględniać potrzeby rzeczywiste – jest potwierdzeniem właściwego kierunku zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia [<http://sgh.waw.pl/forum>, dostęp: 1.02.2017].

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło konieczność tworzenia (od 30 czerwca 2016 r.) map potrzeb zdrowotnych. Mapy te mają być jednym z najważniejszych narzędzi zarządzania strategicznego w ochronie zdrowia w zakresie medycyny naprawczej.

Projekt map regionalnych tworzy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) na podstawie otrzymanych danych demograficznych, epidemiologicznych oraz danych uzyskanych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Tak powstały projekt jest następnie przekazywany wojewodzie. Na podstawie sporządzonych przez wojewodów map regionalnych NIZP-PZH tworzy Ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych. Mapy są zatwierdzane przez Ministra Zdrowia.

Celem tworzenia map jest dokładniejsze identyfikowanie określonych potrzeb zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju, zapewnienie lepszego przeprowadzania okresowego oceniania skuteczności podejmowanych działań oraz zmniejszanie dysproporcji w ochronie zdrowia. Sposób tworzenia map w rzeczywistości może rodzić problemy, gdyż podstawową kwestią jest zdefiniowanie terminu *potrzeba*. Potrzeba pacjenta to nie to samo, co jego zdrowie. Jeżeli brakuje zasobów, technologii, to potrzeby w tym zakresie będą zerowe, podczas gdy wymagania zdrowotne będą istniały. Precyzyjne definiowanie potrzeb może być utrudnione przez brak danych na temat realnych potrzeb, opieranie się na prognozie zapotrzebowania (np. interpretacji danych o liczbie łóżek w ramach specjalności).

Idealna mapa potrzeb zdrowotnych powinna mówić o potrzebach pacjentów, potencjale zasobów i finansowaniu zarówno potrzeb, jak i zasobów. Te trzy obszary powinny na siebie zachodzić w całości [<http://www.zdrowie.abc.pl/aktualnosci/mapy-potrzeb-zdrowotnych-najwazniejsze-narzedzie-zarzadzania-strategicznego,23436.html>, dostęp: 1.02.2017.]

Autorzy niniejszego artykułu wprowadzają różnicowanie między potrzebami zdrowotnymi a zapotrzebowaniem na świadczenie usług. W potrzebach zdrowotnych – odchyleniach w stanie zdrowia ludności – nie ma zapotrzebowania na świadczenia. Zapotrzebowanie, jego skala, jest dopiero następstwem znajomości potrzeb zdrowotnych rzeczywistych ludności.

Bez znajomości potrzeb zdrowotnych rzeczywistych populacji można popełnić błędy w organizacji i zarządzaniu podmiotami leczniczymi, na co zwrócono uwagę w niniejszym artykule.

O potrzebie badania opinii społecznej na temat funkcjonowania służby zdrowia jako istotnym elemencie zarządzania podmiotami leczniczymi

Według Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) każdy w swoim życiu korzysta z usług medycznych – zasięga porady lekarskiej lub korzysta ze świadczeń medycznych. Sprawność systemu opieki zdrowotnej powinna być zatem dla każdego najważniejsza.

Kondycja zdrowotna określa jakość naszego życia, a samo zdrowie od lat pozostaje jedną z najbardziej cenionych przez Polaków wartości. Tak więc ochrona zdrowia jest problemem nie tylko uniwersalnym, ale i niezmiennie istotnym [CBOS 2014, ss. 3–17].

Ocena funkcjonowania służby zdrowia dawniej

Badania opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia prowadzili zazwyczaj specjaliści z różnych dziedzin pozamedycznych. Nie były one najczęściej badaniami reprezentacyjnymi, poza badaniami M. Sygita [1990, ss. 56–62, 1992, ss. 24–32].

W minionych latach funkcjonowanie poszczególnych placówek oceniano najczęściej na podstawie różnych analiz statystycznych, dotyczących m.in. liczby przyjętych pacjentów, wizyt domowych, absencji chorobowej, liczby leczonych szpitalnie, obłożenia łóżek, rzadziej zaś na podstawie zachorowalności i chorobowości podopiecznych. Personel medyczny był oceniany najczęściej na podstawie analizy skarg, wniosków, opinii kierownictwa placówek [Indulski 1981, ss. 41–46, Matuszkiewicz 1986, ss. 25–29, Ostrowska, Bejnarowicz 1988, s. 29, Sygił 1990b, ss. 34–41, Sygił 1990a, ss. 46–51, www.bpz.gov.pl, dostęp: 3.02.2017]. Nie zawsze jednak z pozytywnymi wskaźnikami funkcjonowania opieki zdrowotnej szła w parze dobra opinia o służbie zdrowia.

Nieliczne są w literaturze przedmiotu doniesienia, które opisują indywidualne odczucia odbiorców usług medycznych. Do najbardziej interesujących, mających dzisiaj wartość historyczną, należą opracowania: J. Indulskiego [1982, ss. 41–46], M. Sygita [1990a, ss. 46–51], W. Matuszkiewicza [1981, s. 45, 1986, ss. 25–29], J. Kleczkowskiego [1981, ss. 18–23], R. Wicińskiego [1985, s. 58].

Pacjenci coraz częściej oceniali pracę poszczególnych podmiotów leczniczych, zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek [Maślińska 1984, ss. 59–71, Sygił 1990a, ss. 46–51]. Opinie te były ważne, gdyż mogły posłużyć do usprawnienia funkcjonowania służby zdrowia, usunięcia usterek, po to, by pacjenci byli zadowoleni z opieki lekarsko-pielęgniacyj-

nej, bowiem według M. Sygita i D. Wąsika „prawo do zdrowia jest jednym z najważniejszych praw człowieka, przymiotem niezbywalnym i uniwersalnym” [2016, s. 61].

Zakres dotychczasowych badań był bardzo różny, dotyczył m.in. mieszkańców Szczecina, Warszawy, w tym np. szpitali warszawskich w świadomości pacjentów [Ostrowska 1975, s. 55], opinii lekarzy rejonowych dotyczących funkcjonowania leczenia podstawowego [Ostrowska, Bejnarowicz 1988, s. 59].

Ocena funkcjonowania służby zdrowia obecnie

Według komunikatu zawierającego wyniki badań przeprowadzonych w 2014 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) zdecydowana większość badanych, bo aż 74%, jest zdania, że do lekarza pierwszego kontaktu można dostać się bez trudności; 65% jest zdania, że lekarze są kompetentni; 58% uważa, że lekarze angażują się w swoją pracę, a aż 31% jest przeciwnego zdania. Większość, bo aż 58% osób, twierdzi, że w leczeniu pacjentów wykorzystuje się nowoczesną aparaturę medyczną. Tylko 42% respondentów uważa, że pomoc medyczną z łatwością uzyskuje się także poza miejscem zamieszkania; 52% osób uważa, że warunki leczenia w ramach NFZ są dobre, natomiast 37% osób jest zdania przeciwnego; 52% osób twierdzi zaś, że administracja placówek służby zdrowia nie obsługuje pacjentów szybko i skutecznie [CBOS 2014, ss. 3–17].

Komunikat z badań CBOS zawiera także bardziej ogólną ocenę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W 2014 r. wzrosła – do 28% – liczba osób zadowolonych z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, spadła natomiast liczba osób niezadowolonych, tych ostatnich jest jednak wciąż bardzo dużo, bo aż 68% [CBOS 2014].

Znacznie lepiej oceniają system opieki zdrowotnej (co pokazuje zarówno komunikat CBOS, jak i raport sporządzony przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej – OSAI NIL) najmłodszy i najstarsi respondenci, a także osoby o niskim wykształceniu i niskim statusie społecznym [CBOS 2014, ss. 3–17, OSAI NIL 2014, ss. 3–19].

Koncepcja badań dotyczących funkcjonowania służby zdrowia na poziomie lokalnym

Celem badań opinii społecznej na temat funkcjonowania służby zdrowia, powinno być:

- a)** zbadanie metodą badań reprezentacyjnych i poznanie opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia (podmiotów leczniczych) w populacji danego miasta, powiatu czy województwa;
- b)** określenie zależności i warunków między wybranymi cechami społeczno-demograficznymi badanych a ich opiniami o funkcjonowaniu podmiotów leczniczych i personelu medycznym;
- c)** opracowanie wskazań pozwalających usprawnić funkcjonowanie badanych podmiotów leczniczych.

Proponowany sposób przeprowadzania badań.

Badania powinny mieć charakter badań wieloetapowych, w tym:

- I etap – rozeznanie środowiska i struktury wiekowej populacji przewidzianej do badania;
- II etap – opracowanie kwestionariusza badań, najpierw jako propozycji stworzonej według prawideł i zasad [Sygił, Kładna 1997, s. 33] i przeprowadzenie pilotażu sprawdzającego to narzędzie badawcze, a następnie opracowanie wersji ostatecznej;
- III etap – przeprowadzenie właściwego badania;
- IV etap (końcowy) – opracowanie zebranych informacji.

Badanie opinii – jako badanie reprezentacyjne, tzn. dotyczące ogółu ludności danego terenu miasta, powiatu itp. – zakłada wylosowanie próby reprezentacyjnej populacji, na podstawie schematu losowania zależnego, warstwowego proporcjonalnego za pomocą tabel liczb żelaznych z uwzględnieniem płci i struktury wiekowej populacji. Aparat losowania stanowić mogą np. listy wyborcze. Należy ustalić niezbędną, minimalną, liczebność próby osobno dla kobiet i mężczyzn według następującego wzoru:

$$n = \frac{N}{\frac{1+4\delta^2(N-1)}{\mu^2\alpha}}$$

gdzie:

$\delta = 0,03$ półprzedział trafności

$1-\alpha = 0,95$ współczynnik ufności

Wnioskowanie na podstawie próby losowej może polegać zarówno na ocenie rozkładu interesującej nas cechy, jak i na ocenie wartości parametrów tego rozkładu. Biorąc pod uwagę aktualną liczebność próby, można założyć, że średni błąd szacunku, przy szacowaniu frakcji, nie przekracza 3%. Następnie za pomocą testu X^2 zbadać należy zgodność rozkładu wylosowanej próby według grupy wieku z analogicznym rozkładem populacji generalnej¹.

Analizując precyzję wniosków, trzeba wziąć pod uwagę: liczebność próby, wielkość szacowanej frakcji i sposób losowania. Stopień precyzji wyników informuje o tym, o ile przeciętnie można się pomylić, stosując wyniki z próby jako oceny pewnych parametrów w populacji generalnej [Sygił 1990b, ss. 46–51].

¹Test chi-kwadrat (X^2) to najczęściej wykorzystywany test w praktyce. Może być stosowany do badania zgodności cech zarówno mierzalnych, jak i niemierzalnych.

Wielkość średniego błędu szacunku określają odpowiednie wzory, jeśli zastosuje się poniższy wzór na obliczanie precyzji szacunku frakcji to uwzględniony zostanie bezpowrotny schemat doboru próby:

$$\Delta = \frac{P/1-P}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)$$

gdzie:

Δ – średni błąd szacunku,

N – liczebność próby,

N – liczebność populacji generalnej,

P – względna wartość cechy wyróżnionej.

Badania opinii społecznej powinny uwzględniać:

1. Opinie dotyczące dostępności usług medycznych, w tym opinie na temat pracy rejestracji i oczekiwania na wizytę u lekarza (dostęp do lekarza).
2. Opinie dotyczące realizacji funkcji leczniczej przez lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
3. Opinie/oceny dotyczące sprawności diagnostycznej lekarzy.
4. Opinie/oceny dotyczące wizyt i badania lekarskiego, w tym opinie na temat: dyscypliny pracy (spóźniania), traktowania pacjentów podczas badania, zainteresowania lekarza sprawami pacjenta, interakcji lekarz–pacjent. Badania dotyczące samego badania: czy poświęcono wystarczającą ilość czasu, czy badanie było dokładne i wykonane profesjonalnie.
5. Opinie dotyczące wybranych dokumentów funkcjonowania lecznictwa zamkniętego, ze szczególnym uwzględnieniem: uzyskania skierowania do szpitala, uzyskania miejsca w szpitalu, warunków leczenia szpitalnego, efektów leczenia. Samoocena stanu zdrowia po ukończeniu leczenia szpitalnego (w tym wypis na własną prośbę). Troskliwość, życzliwość, uprzejmość lekarzy.
 - 5.1. Opinie dotyczące pracy pielęgniarek, w tym stanowczość w wykonywaniu zabiegów, życzliwość, uprzejmość w stosunku do pacjentów.
 - 5.2. Opinie na temat „warunków hotelowych” zapewnianych przez szpitale, w tym: sal wieloosobowych, węzłów sanitarnych, intensywności leczenia podczas pobytu.
 - 5.3. Opinie na temat „świadczeń na rzecz personelu medycznego” w tym świadczeń pacjenta (prezenty dla lekarzy, pielęgniarek, podziękowania dla lekarzy, pielęgniarek, salowych).
6. Opinie dotyczące wybranych elementów funkcjonowania ratownictwa medycznego, w tym;

- czasu oczekiwania na przyjazd karetki;
- sposobu przyjmowania wezwania przez dysponentów;
- uprzejmości lekarzy/ratowników [Sygit 1992, ss. 61–69, Sygit, Kładna 1997, ss. 21–29, Wiciński 1985, ss. 59–69].

Podsumowanie

Badania opinii społecznej, zwłaszcza przeprowadzane metodą badań reprezentacyjnych, są coraz częściej stosowane przez CBOS jako bardzo ważne źródło informacji o funkcjonowaniu służby zdrowia w skali kraju.

Badania opinii społecznej dotyczące funkcjonowania służby zdrowia w środowiskach wielkomiejskich były prowadzone w minionych latach przez różne ośrodki naukowe w kraju i miały zróżnicowany charakter. Najczęściej dotyczyły opinii o funkcjonowaniu przemysłowej służby zdrowia, akademickiej służby zdrowia, otwartej opieki zdrowotnej, szpitali.

Tylko na podstawie takich badań można było mieć pełny obraz funkcjonowania służby zdrowia. Jednak ich przygotowanie jest kłopotliwe, zarówno ze względu na środki potrzebne do realizacji, jak i ich niepopularność, zwłaszcza pewną „niechęć” środowiska służby zdrowia.

Mając jednak na uwadze, iż jest to jedna z metod umożliwiających wczesne reagowanie na nieprawidłowości i eliminowanie ich z życia społecznego, warto podjąć trud prowadzenia takich badań, tym bardziej, że informacje z nich płynące są istotnym elementem zarządzania podmiotami leczniczymi (podejmowania decyzji organizacyjnych, kadrowych, usprawniających i poprawiających jakość świadczeń medycznych) [Sygit 2010, ss. 89–95].

Na podstawie dostępnych danych z badań przeprowadzonych w niektórych miastach, które przydatne są dla porównywania wyników, stwierdzono np., że obsługę pacjentów przez rejestrację oceniało negatywnie 4% badanych, a długi czas oczekiwania na zarejestrowanie się – 37,5% [Sygit 1990a, ss. 46–51]. M. Grzebska i T. Skarżyńska [1979, ss. 55–62] z Wrocławia wskazują na 38% ocen negatywnych (świadczących o nieprawidłowości i niesprawności w tym zakresie), jeśli chodzi o opinie dotyczące pracy rejestratorów. W badaniach R. Wicińskiego [1985, s. 65], w odniesieniu do staranności i uprzejmości rejestratorów, wyrażono 7,1% ocen negatywnych.

Według A. Ostrowskiej [1988, s. 33] jednym z głównych zarzutów formułowanych przez pacjentów jest długość oczekiwania na wizytę u lekarza. Powszechne są również narzekania na długi czas oczekiwania na wizytę lekarską i brak odpowiedniego wyposażenia (w tym diagnostycznego).

W badaniach wrocławskich aż 20% badanych negatywnie oceniło stosunek personelu medycznego do pacjentów. W opinii 39,8% badanych lekarze spóźniają się do pracy często, a według 7,1% – zawsze. Według badań wrocławskich 32% lekarzy notorycznie spóźnia się do pracy [Grzebska, Skarżyńska 1979, ss. 55–62].

Według tych samych badań w opinii 16,9% badanych istnieją trudności z dostaniem się do szpitala, aż 14,9% wychodzi ze szpitala na własną prośbę. W badaniach warszawskich okazało się, że wypisało się na własną prośbę 5,3% badanych [Topór-Mądry, Gilis-Januszczyńska, Kurkiewicz i in. 2006, s. 71].

Według badań R. Wicińskiego [1985, s. 69] 73% badanych pozytywnie oceniło życzliwość i uprzejmość lekarzy. Sprawność zabiegową pielęgniarek negatywnie oceniło 26,1%, „warunki hotelowe” – w tych samych badaniach – pozytywnie oceniło 43,7%, negatywnie – 30,6% [1985, s. 70].

Wśród opinii na temat form podziękowania dominująca jest opinia o częstym dawaniu kwiatów, wyraża ją w badaniach R. Wicińskiego 52,3% badanych [1985, s. 34], a w badaniach M. Sygita – 33,5–62,1% [1990b, s. 28].

Sposób przyjmowania wezwania przez dyspozytorów negatywnie oceniło 34,3% [CBOS 2014, ss. 3–17], a w Warszawie – 12,1% badanych [Wiciński 1985, s. 71]. Ocenę negatywną czasu oczekiwania na pogotowie ratunkowe wyraziło 51,3% mieszkańców Szczecina i 17,7% mieszkańców Warszawy [Sygit 1990a, ss. 46–51].

O ile dawniej badania opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia były prowadzone przez ośrodki naukowe (głównie Akademia Medyczna w Łodzi a także Szczecinie, Wrocławiu i Warszawie) i dotyczyły badania sytuacji w zakresie opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym (miasto, województwo, powiat), o tyle badania CBOS, choć interesujące, dotyczą oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej w skali całego kraju.

Jednak należy podkreślić, że niezmiernie ważna jest opinia potencjalnych pacjentów, czy też pacjentów, wyrażana w badaniach przeprowadzanych na poziomie lokalnym: wojewódzkim i powiatowym, gdyż zbieranie oraz analizowanie takich opinii, a także uwzględnienie ich w zarządzaniu, daje możliwość szybkiego reagowania i usprawniania funkcjonowania służby zdrowia za pomocą bezinwestycyjnych działań.

Przeprowadzone badania i ich wyniki pozwalają uniknąć takich oto sytuacji, że w jednym mieście jest np. za mało lekarzy okulistów, a w sąsiednim jest ich za dużo albo w mieście powiatowym X jest za dużo łóżek szpitalnych, a w pobliskim mieście wojewódzkim jest ich za mało.

Wyniki analiz zawarte w komunikacie CBOS, a także raporcie OSAI NIL, mają istotne znaczenie dla prowadzenia działań strategicznych, podejmowania ważnych decyzji na poziomie kraju, jak chociażby niedocenione „oczekiwane zmiany w polskiej służbie zdrowia” [CBOS 2014, ss. 3–17, OSAI NIL 2014, ss. 3–19], gdyż np. na podstawie wyników badań zamieszczonych w *Raporcie Millward Brown dla fundacji „Onkologia 2025”*: „szyb-

ka ścieżka” dla chorych na raka – diagnoza poparcia społecznego [Millward Brown 2014] okazało się, że 58% ankietowanych ocenia sytuację w polskiej służbie zdrowia jako złą. Komunikat CBOS natomiast wskazuje na to, że odsetek niezadowolonych z funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej wynosi 68%, a według agencji TNS Polska – 79% [CBOS 2014, ss. 3–17, OSAI NIL 2014, s. 9]. Brak jest danych z badań poszczególnych regionów, województw, jednak, według opinii obiegowych, te oceny są zróżnicowane i mogą być lepsze.

Badania dotyczące funkcjonowania służby zdrowia stanowią istotne i ważne źródło informacji o służbie zdrowia na poziomie lokalnym i mogą być pomocne w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Wnioski

1. Znajomość potrzeb zdrowotnych ludności jest niezbędnym elementem zarządzania podmiotami leczniczymi.
 - 1.1. Znajomość potrzeb zdrowotnych rzeczywistych ludności jest gwarancją skutecznego i efektywnego zarządzania opieką zdrowotną.
 - 1.2. Znajomość wyłącznie potrzeb zdrowotnych wyrażonych nie może być podstawą prawidłowej organizacji opieki zdrowotnej.
2. Uzyskane informacje z badań opinii społecznej, dotyczące funkcjonowania placówek leczniczych, stanowią istotne, uzupełniające źródło danych – przydatne w zarządzaniu podmiotami leczniczymi (w podejmowaniu decyzji organizacyjnych usprawniających służbę zdrowia), zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.
3. Badania opinii społecznej dotyczące funkcjonowania służby zdrowia i badania potrzeb zdrowotnych populacji powinny znaleźć ważne miejsce w działaniach prowadzonych na poziomie lokalnym (województwo, powiat) przez specjalistów zdrowia publicznego, organizatorów ochrony zdrowia i wszystkich troszczących się o jakość usług medycznych, zwłaszcza, że przecież ważna powinna być dla nich dbałość o pacjenta i jego zdrowie.

Bibliografia

Centrum Badania Opinii Społecznej – CBOS (2014), *Komunikat z badań CBOS*, Warszawa, [online] www.cbos.pl, dostęp: 2. 01. 2017.

Badania potrzeb zdrowotnych populacji i opinii społecznej dotyczącej funkcjonowania służby zdrowia istotnymi elementami zarządzania podmiotami leczniczymi

Grzebska M., Skarżyńska T. (1979), *Opinie mieszkańców Wrocławia na temat funkcjonowania otwartej opieki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, z. 5, nr 69.

Indulski J. (1981), *Merytoryczne aspekty funkcjonowania przemysłowej służby zdrowia w relacjach pracowników przemysłowych*, „Zdrowie Publiczne”, z. 9, nr 611.

Kleczkowski J. (1981), *Spełnienie oczekiwań medycznych pacjentów w przebiegu porady lekarskiej*, „Zdrowie Publiczne”, z. 6, nr 387.

Kotarbiński T. (1955), *Traktat o dobrej robocie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.

Kozioł K., Piechnik-Kurdziel A., Kopeć J. (2000), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie. Teoria i praktyka*, Wyd. Biblioteka Pracownicza, Warszawa.

Kukawska M. (1987), *Pacjenci o lekarstwach i szpitalach*, „Służba Zdrowia”, z. 17, nr 4.

Maślińska H. (1984), *Osobowość i postawa lekarza w świetle oceny i oczekiwań społecznych* [w:] M. Sokołowska, I. Hołówka (red.), *Polityka społeczna a zdrowie*, PWN, Warszawa.

Matuszkiewicz W. (1981), *Ocena sytuacji i koncepcja usprawniania podstawowej opieki zdrowotnej*, Wyd. IMP, Łódź.

Matuszkiewicz W. (1986), *Opinie pacjentów o działalności szpitali*, „Zdrowie Publiczne”, z. 4, nr 611.

Millward Brown (2014), *Raport Millward Brown dla fundacji „Onkologia 2025”: „szybka ścieżka” dla chorych na raka – diagnoza poparcia społecznego*.

Ostrowska A. (1975), *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opinii społeczeństwa polskiego*, Wyd. Ossolineum, Wrocław–Warszawa.

Ostrowska A., Bejnarowicz I. (1988), *Opinia mieszkańców miast o lecznictwie otwartym*, OBOP, Wrocław.

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej – OSAI NIL (2014), *Raport z badań*, Warszawa, [online] www.nil.org.pl, dostęp: 2 01.2017.

Sygit M. (1986), *Opinie lekarzy rejonowych dot. podmiotów lecznictwa podstawowego*, PTMS, Warszawa.

Sygił M. (1990a), *Badania opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia, cz. I*, „Zdrowie Publiczne”, z. 4, nr 128.

Sygił M. (1990b), *Badanie opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia, cz. II*, „Zdrowie Publiczne”, z. 100, nr 4.

Sygił M. (1992), *Zgłaszalność pacjentów do wybranych placówek leczenia podstawowego*, „Zdrowie Publiczne”, z. 5, nr 245.

Sygił M. (2010), *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Sygił M., Kładna A. (1997), *Epidemiologiczne badania ankietowe*, Wyd. Nauk. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Sygił B., Wąsik D. (2016), *Prawo ochrony zdrowia*, Wyd. Difin SA, Warszawa.

Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J. i in. (2006), *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniw. Wyd. Med. Vesalius, Kraków.

Wiciński R. (1985), *Raport o zakresie i sposobie zaspokajania potrzeb ludności społecznego województwa warszawskiego w dziedzinie ochrony zdrowia*, Warszawa.

Strony internetowe

www.bpz.gov.pl/old/file/szac.pdf, dostęp: 3.02.2017.

www.rynek.zdr.pl/skargipacjentow/19721, dostęp: 7.01.2017.

<http://sgh.waw.pl/forum>, dostęp: 1.02.2017.

<http://www.zdrowie.abc.pl/aktualnosci/mapy-potrzeb-zdroowotnych-najwazniejsze-narzedzie-zarzadzania-strategicznego,23436.html>, dostęp: 1.02.2017.

Marian Sygił

Uniwersytet Szczeciński
msygit@onet.pl

Katarzyna Sygił

Uniwersytet Szczeciński
ksygit@poczta.onet.pl

Anna Grzybowska-Wywiół

Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień Zielona Góra
annawgrzybowska@wp.pl

Zarządzanie przez współpracę lekarzy z pacjentami
w zakresie opieki zdrowotnej i promocji zdrowia

Managing Through Cooperation Between Doctors and Patients in Health Care and Health Promotion

Abstract: Patients' co-deciding, their participation in health policy is the main idea of this paper. Polish system patient wants to know about their rights and responsibilities, to co-operate with doctors (other medical professionals) in the treatment process in an informed and responsible way. They also want their health to be taken care of, not only in the case of sickness, but also in preventing any disease. This is possible when the doctor (or any other health care professional) is able to promote health by encouraging the health education, prophylaxy, etc. Trained professionals are needed for the cooperation with the patient in this process. The professionals may be recruited, for instance, from graduates of public health schools.

The purpose of this study is to present, in the light of the literature devoted to issues of management, by working with patients so as to provide health care with special emphasis on medical prevention of diseases and to present the concept of establishing offices/clinics of preventive medicine.

The authors of this paper lay out the concepts for the organization of health promotion /disease prevention clinics – in connection with the need to create preventive medicine level. It would create a model of doctor-patient cooperation and management in the field of prevention. Such are the expectations of patients, this is the need. This will “relieve doctors” and there is a large group of graduates for instance of public health or physiotherapy schools, who would be able to replace successfully doctors in this cooperation with a good result for both parties.

Key words: health care, health promotion, prevention, health policy

Wstęp

Potrzeba współdecydowania pacjentów i ich uczestniczenia w polityce zdrowotnej jest głównym przesłaniem niniejszej publikacji. Pacjent w polskim systemie chce znać prawa i obowiązki, chce współpracować z lekarzami (pracownikami medycznymi) w procesie leczenia w sposób świadomy i odpowiedzialny. Pragnie także, by ktoś dbał o jego zdrowie nie tylko w sytuacji choroby, ale pomagał także w zapobieganiu występowania chorób. Jest to możliwe wówczas, kiedy lekarz (bądź inny pracownik służby zdrowia) potrafi promować zdrowie za pomocą szerzenia edukacji zdrowotnej, profilaktyki itd. Potrzebna jest do tej współpracy z pacjentem wyszkolona, profesjonalna kadra – mogą ją stanowić np. absolwenci zdrowia publicznego.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie w świetle literatury przedmiotu problematyki zarządzania przez współpracę z pacjentami w zapewnieniu opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki medycznej oraz przedstawienie koncepcji utworzenia gabinetów/ poradni profilaktyki medycznej.

Autorzy w niniejszej pracy przedstawili koncepcję organizacji gabinetów/ poradni promocji zdrowia/ profilaktyki zdrowotnej – w związku z konieczną potrzebą stworzenia dostępu do uzyskania pomocy/porady w zakresie profilaktyki medycznej. Należałoby stworzyć model współpracy, i zarządzania przez współpracę, lekarza oraz pacjenta w zakresie profilaktyki. Takie są oczekiwania pacjentów, taka jest też potrzeba obecnych czasów. Pozwoli to na odciążenie lekarzy w ich pracy, a istnieje duża grupa absolwentów, np. zdrowia publicznego, fizjoterapii, którzy mogliby zastąpić lekarzy w tej współpracy, z pożytkiem dla obu stron.

Ochrona zdrowia jako element polityki państwa

Opieka zdrowotna w Polsce jest od wielu lat przedmiotem krytyki, zarówno ze strony fachowego personelu służby zdrowia, jak i pacjentów oraz potencjalnych pacjentów

[www.nil.org.pl, dostęp: 18.02.2017, Sygit 1990, ss. 34–41, www.rynek.zdr.pl/skargipacjentow/19721, dostęp: 18.02.2017].

Stąd też zmieniające się rządy w Polsce, tak w okresie międzywojennym, jak i powojennym, przedstawiały swoje programy usprawniania funkcjonowania służby zdrowia [Sygit 2010, ss. 87–90, Sygit 2001, ss. 54–69].

Państwowa służba zdrowia od uzyskania niepodległości przez Polskę ulegała ciągłym przemianom, przechodząc z jednego resortu ministerialnego do drugiego.

Po II wojnie światowej powstaje Ministerstwo Pracy Opieki Społecznej i Zdrowia, które zostaje przekształcone w Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (funkcjonujące przez kilkadziesiąt lat, by w ostatnich latach przekształcić się w Ministerstwo Zdrowia) [B. Sygit, Wąsik 2016, ss. 51–59].

Ochrona zdrowia w exposé premierów (w latach 2005–2015)

Exposé Kazimierza Marcinkiewicza

K. Marcinkiewicz był pierwszym premierem rządu PiS. Został powołany i zaprzysiężony przez Prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego 31 października 2005 r. Po złożeniu dymisji i jej przyjęciu przez prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego, 10 lipca 2006 r., Rada Ministrów konstytucyjne obowiązki pełniła do 14 lipca 2006 r.

Podczas swojego exposé K. Marcinkiewicz omawianie tematu zdrowia rozpoczął od stwierdzenia: – „Jednym z najważniejszych problemów, z którym konfrontowane są codziennie szerokie warstwy polskiego społeczeństwa, jest niewydolny stan naszej służby zdrowia” [B. Sygit 2001, s. 45]. Następnie zapowiedział:

- Przygotowanie niezbędnej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- Przygotowanie systemowej ustawy o ustroju ochrony zdrowia oraz wprowadzenie koszyka świadczeń zdrowotnych, przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt tej ustawy będzie zawierał regulacje dotyczące ubezpieczeń dodatkowych.
- Prace nad utworzeniem krajowej sieci szpitali w oparciu o państwowy system ratownictwa medycznego.
- Pozostawienie Narodowego Funduszu Zdrowia, przy jednoczesnym wprowadzeniu regulacji wzmacniających uprawnienia nadzorcze Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia [B. Sygit 2001].
- Podsumowując, K. Marcinkiewicz stwierdził: – „W realizacji tych zadań rząd mój za kluczowe uważa przestrzeganie zasad idei solidaryzmu społecznego, zapewnienie godnego bezpieczeństwa zdrowotnego każdemu obywatelowi” [B. Sygit 2001, s. 48].

Exposé Jarosława Kaczyńskiego

J. Kaczyński w swoim exposé wygłoszonym 19 lipca 2006 r. nie poruszył tematyki systemu ochrony zdrowia.

Pierwsze exposé Donalda Tuska

D. Tusk wygłosił swoje pierwsze exposé 23 listopada 2007 r. – jego część dotyczyła ochrony zdrowia.

Premier D. Tusk część exposé poświęconą zdrowiu rozpoczął od słów: „Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej, a więc także mojego rządu. Stan systemu ochrony zdrowia jest w znacznym stopniu miernikiem stopnia rozwoju cywilizacyjnego. Ma też podstawowe znaczenie dla komfortu życia wszystkich Polaków. Przejmując odpowiedzialność za Polskę, podejmujemy się zapewnienia większego bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Trudne to zadanie, bo stan ochrony zdrowia jest katastrofalny. Naprawa tego systemu będzie jednym z absolutnie pierwszoplanowych zadań rządu. My ten system naprawimy, oszczędzając ludziom, pacjentom, lekarzom, pielęgniarkom słów, a gwarantujemy szybkie decyzje” [<http://politykazdrowotna.com>, dostęp: 18.02.2017].

Drugie exposé D. Tuska

W drugim exposé D. Tuska, wygłoszonym 18 listopada 2011 r. premier nie poruszył tematu ochrony zdrowia.

Exposé Ewy Kopacz

Swoje exposé E. Kopacz – była minister zdrowia – przedstawiła 1 października 2014 r.

Mówiła w nim: – „Głównym zadaniem Ministra Zdrowia w 2015 r. będzie bezpieczne dla pacjentów wdrożenie pakietów kolejkowego i onkologicznego. Z jednego musimy sobie zdawać sprawę, skrócenie kolejek w szpitalach i przychodniach będzie realne tylko w sytuacji, gdy dostęp do lekarzy będzie łatwiejszy, gdy tych specjalistów będzie więcej. Mamy na to rozwiązanie i znaleźliśmy na to dodatkowe środki w budżecie państwa”. I dalej: – „Począwszy od 2015 r. sfinansujemy specjalizację lekarzy w ramach rezydentur – wszystkich absolwentów uczelni medycznych z lat 2012–2015. Jest ich dziś 3,5 tys. Dzięki temu do polskich szpitali i przychodni trafią młodzi i zdolni lekarze rezydenci, co skróci czas oczekiwania na wizyty lekarskie. Powyższe rozwiązanie może przyczynić się także do powrotu gabinetów stomatologicznych do szkół. Dziś samorządy nie mają pieniędzy na zatrudnienie lekarzy stomatologów. Sfinansowanie wynagrodzeń rezydentów z budżetu państwa rozwiąże ten problem, a mając zapewnioną obsługę, zainteresowane samorządy będą mogły wyposażyć gabinety stomatologiczne, korzystając z funduszy unijnych”. – „Z myślą o seniorach – kontynuowała E. Kopacz – planujemy

także stworzenie Instytutu Geriatrii, który będzie specjalnym ośrodkiem leczenia i opieki nad osobami starszymi. Powołanie takiej specjalnej instytucji umożliwi nam wyedukowanie i wykształcenie większej liczby lekarzy geriatrów, których dzisiaj w Polsce dramatycznie brakuje” [<http://politykazdrowotna.com>, dostęp: 18.02.2017.].

Exposé Beaty Szydło

W dniu 18 listopada 2015 r. Premier B. Szydło wygłosiła exposé, inaugurując rządy Prawa i Sprawiedliwości. Znalazł się w nim zarys politycznych rozwiązań dotyczących ochrony zdrowia i ocena obecnego systemu.

„Dotychczasowy model organizacji i finansowania służby zdrowia nie sprawdził się. Prowadził do daleko idącej ekonomizacji, do zmiany funkcji lekarza. Pacjent nie może być pozycją w bilansie, lekarz księgowym, a szpital przedsiębiorstwem” – oceniła premier [<http://politykazdrowotna.com>, dostęp: 18.02.2017.].

B. Szydło zapowiedziała przebudowę opieki zdrowotnej. Jak wyjaśniła, chodzi o zagwarantowanie odpowiedniej opieki medycznej przede wszystkim kobietom w ciąży, dzieciom i osobom starszym. Dodała również, że jej rząd docenia pracę lekarzy i uważa, że powinna ona być dobrze i bardzo dobrze wynagradzana. Także pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz inny biały personel medyczny powinien otrzymać odpowiednie wynagrodzenie, ponieważ ich praca jest bardzo ważna. Wyjaśniła też, że jej ugrupowanie zajmie się także spełnieniem obietnicy dotyczącej tworzenia gabinetów stomatologicznych w szkołach [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna, dostęp: 19.02.2017.].

Sytuacja w służbie zdrowia w zakresie kadr medycznych

W kraju od wielu już lat zostały powołane i funkcjonują nieprzerwanie akademie medyczne (od kilku lat są to uniwersytety medyczne), których głównym zadaniem było i jest kształcenie kadr medycznych dla potrzeb rozwijającej się służby zdrowia i dla zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności [Sygit 2010, ss. 43–47].

Wyszkoleni lekarze medycyny, lekarze stomatologii w zadowalającym stopniu zaspokajali potrzeby kadrowe. Jednak w ostatnich latach zaczęto odnotowywać fakt, że liczba studentów studiujących medycynę czy stomatologię wzrastała, a liczba zatrudnionych lekarzy zaczęła spadać. Stąd też w 2007 r. powstała konieczność dokonania modyfikacji obowiązującego systemu kształcenia podyplomowego lekarzy, jako wynik narastających w tym okresie problemów dotyczących kadry lekarskiej, z których najważniejsze to:

- długotrwały proces kształcenia podyplomowego (od momentu uzyskania dyplomu wyższej uczelni do uzyskania dyplomu specjalisty) będący jedną z zasadniczych przyczyn migracji młodych lekarzy;

- brak pełnej samodzielności zawodowej lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów przez co najmniej kilka lat od zakończenia studiów;
- deficyt kadry lekarskiej, w tym specjalistów (głównie związany z regulacjami dotyczącymi ograniczenia czasu pracy oraz migracją lekarzy) według opracowania Departamentu Dialogu Społecznego deficyt oceniono na 7,5–11, tys. lekarzy [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna, dostęp: 19.02.2017];
- obserwowane zagrożenie związane z tzw. luką pokoleniową, przede wszystkim wśród lekarzy specjalistów;
- migracja lekarzy szacowana na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu na terenie krajów Unii Europejskiej, wydanych przez samorząd lekarski (5,34% wydanych zaświadczeń w stosunku do liczby lekarzy – według stanu na 2007 r.) [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna, dostęp: 19.02.2017].

Uznano, że jednym z głównych działań mogących mieć wpływ na poprawę sytuacji jest likwidacja stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy stomatologów planowana od 1 stycznia 2019 r. Zmiana ta miała doprowadzić do zniesienia niektórych z wyżej wskazanych barier i pozwolić na wcześniejsze uzyskanie przez lekarzy samodzielności zawodowej. Lekarz stażysta przez 12–13 miesięcy pracował pod nadzorem innego lekarza i nie posiadał pełnych uprawnień zawodowych [Dz. U. Nr 57, poz. 553 z późn. zm.].

W tabeli zamieszczonej poniżej przedstawiono wynagrodzenie zasadnicze lekarzy stażystów w dwóch kolejnych latach pokrywane z budżetu państwa (zob. tabela 1).

Tabela 1. Wynagrodzenie zasadnicze lekarzy stażystów (pokrywane z budżetu państwa) w zł

Rok	Wartość brutto	Wartość netto
2007	1 403	958
2008	1 824	1 275

Źródło: opracowanie własne.

Sądzone, że likwidacja stażu podyplomowego pozwoli na zrezygnowanie z częstokroć fikcyjnego okresu szkolenia lekarzy stażystów i spowoduje wcześniejsze wejście lekarzy w życie zawodowe, zapewniając przy tym dużo szybszy dopływ kadry do systemu ochrony zdrowia. Zakładano, że likwidacja stażu podyplomowego może pozwolić na dopływ do systemu ochrony zdrowia, o co najmniej rok wcześniej niż dotychczas, blisko 2500 lekarzy i 850 lekarzy stomatologów rocznie. Likwidacja stażu spowodowała zmiany legislacyjne [Dz. U. Nr 57, poz. 553 z późn. zm., Dz. U. Nr 28, poz. 152 z późn. zm., Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.].

W tabeli przedstawiono liczbę absolwentów kierunków lekarskich w uczelniach medycznych w latach 2005–2008 (zob. tabela 2).

Tabela 2. Liczba absolwentów kierunków lekarskich w uczelniach medycznych w latach 2005–2008

Kierunki	2005	2006	2007	2008
Lekarski	2178	2179	2351	2494
Lekarsko-dentystyczny	859	887	814	843

Źródło: [Ministerstwo Zdrowia 2007].

Wprowadzono po zakończeniu studiów medycznych Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy (LEP i LDEP).

Do czasu zniesienia stażu podyplomowego był on realizowany po uzyskaniu przez lekarza ograniczonego prawa wykonywania zawodu i opierał się na następujących zasadach:

- odbywany był w placówkach wpisanych na listę Marszałka Województwa, po spełnieniu kryteriów opisanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów [Dz. U. Nr 57, poz. 553 z późn. zm.];
- program stażu realizowany był w ramach zatrudnienia etatowego lekarza w ww. jednostkach, etaty stażowe finansowane były z budżetu państwa przez Marszałka Województwa, jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej;
- rozpoczął się dwa razy w roku (1 października i 1 marca);
- kończył się uzyskaniem zaliczenia od koordynatora stażu, a od dnia 1 października 2003 r. również złożeniem Lekarskiego Egzaminu Państwowego (od 1 marca 2004 r. – Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego), co stanowiło warunek uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologii.

W części państw Unii Europejskich obowiązek odbycia lekarskiego stażu podyplomowego został przeniesiony do programu kształcenia przeddyplomowego. W Niemczech w ostatnich latach lekarski staż podyplomowy, Arzt im Praktikum, został w całości przeniesiony na VI rok studiów, jako tzw. Praktisches Jahr. Na początku lat 90. ze stażu podyplomowego zrezygnowała Litwa, Łotwa i Estonia. Lekarskiego stażu podyplomowego nie ma również w Belgii, Holandii, Hiszpanii, Francji, Szwajcarii, na Słowacji, Słowenii, Litwie, Łotwie, Estonii i w Rumunii. Brak stażu podyplomowego w Polsce trwał krótko. Ministerstwo Zdrowia przywróciło staż podyplomowy, bowiem rezygnacja z odbywania stażu została bardzo źle oceniona i skrytykowana [Dz. U. Nr 57, poz. 553 z późn. zm.].

Kształcenie, szkolenie lekarzy

W programach kształcenia przeddyplomowego z zakresu medycyny ciągle jest zbyt wiele teorii, a za mało praktyki. Studenci medycyny mają bardzo skromnie przedstawioną wiedzę z zakresu prowadzenia profilaktyki medycznej i edukacji zdrowotnej. Za mało mają kontaktów ze służbą zdrowia w okresie studiów. Młodzi lekarze w okresie rezydentury nie potrafią wypisać wniosku sanatoryjnego, są oceniani przez pacjentów jako niesympatyczni w kontaktach, nastawieni na zarabianie „dużych” pieniędzy. Protesty, zwłaszcza lekarzy rezydentów (marsze uliczne), są wyrazem niezadowolenia, oczekiwania na zmiany.

Wprowadzenie rezydentur to ograniczenie liczby miejsc dla chcących się specjalizować, np. Urząd Wojewódzki w Szczecinie otrzymał dużo mniejszą liczbę miejsc rezydenckich od tej, o którą wystąpił w 2017 r. do Ministerstwa Zdrowia [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna, dostęp: 19.02.2017].

Młodzi lekarze czekają na miejsca. Specjalizacji jest zbyt dużo. Wielu też lekarzy „ucieka” w bardzo wąskie specjalizacje. Stąd deficyty na szczególnie trudnych specjalnościach. Cały system specjalizacji jest zdaniem wielu lekarzy (nie tylko młodych) fatalny.

Oto powody ucieczki, zwłaszcza młodych lekarzy bez specjalizacji, za granicę, bo tam nie tylko od razu otwiera się specjalizację, ale otrzymuje się również godne wynagrodzenie za pracę. Wyjeżdżają także wyszkoleni lekarze, niestety „za chlebem” i po to, by móc normalnie pracować.

Udręką dla lekarzy w ich codziennej pracy jest biurokracja, konieczność prowadzenia rozbudowanej dokumentacji. Przez dziesiątki lat walczone z biurokracją, „papierami” w placówkach służby zdrowia i doczekano się ułatwienia w tej pracy – wprowadzono dokumentację elektroniczną. Jest to duże osiągnięcie, ale lekarz zamiast zająć się pacjentem, patrzy teraz w ekran komputera. Jak skarżą się pacjenci: – „Od momentu mojego wejścia do gabinetu lekarz nawet na mnie nie spojrzał, a ja widziałam czubek głowy doktora”. Narzekają pacjenci, narzekają lekarze. Wydłużony został czas pracy lekarza. Pacjenci dłużej czekają na wizytę, ze względu na konieczność uzupełniania obszernej dokumentacji przez lekarza [Dz. U. Nr 28, poz. 152 z późn. zm., Sygił, Wąsik 2016, ss. 65–69].

Zmiany w zakresie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów

Zmiany systemu kształcenia podyplomowego lekarzy spowodowały też gruntowną reorganizację systemu specjalizacji, kompatybilną za zmianami dotyczącymi stażu podyplomowego. Najistotniejsze innowacje w tym zakresie to:

- Wprowadzenie tzw. modułowego systemu specjalizacji z jednoczesną likwidacją podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Moduł podstawowy zawiera treści uniwersalne dla grupy specjalizacji, jak również wybrane zagadnienia obecnie naucza-

ne w trakcie stażu podyplomowego (m.in. obowiązkowy kurs i egzamin z dziedziny ratownictwa medycznego). Moduł szczegółowy bezpośrednio związany z przedmiotem specjalizacji, zawiera wiedzę ściśle specjalistyczną.

- Rezygnacja z rozmowy kwalifikacyjnej w postępowaniu do rozpoczęcia specjalizacji i znaczące uproszczenie tej procedury w oparciu o obiektywny ranking lekarzy na podstawie wyniku LEP/LDEP.
- Weryfikacja warunków akredytacji, a przez to zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych. Uwolnienie możliwości szkoleniowych jednostek ochrony zdrowia obecnie zaangażowanych w szkolenie lekarzy stażystów, wprowadzenie systemu modułowego, jak również zmiana warunków uzyskania akredytacji oraz znaczące uproszczenie procedury uzyskania akredytacji do prowadzenia specjalizacji celem zwiększenia liczby miejsc szkoleniowych i udrożnienia systemu.
- Wprowadzenie możliwości powierzenia funkcji kierownika specjalizacji lekarzowi specjaliście zatrudnionemu na podstawie umowy cywilno-prawnej (kontraktu).
- Urealnienie programów specjalizacji, które są w niektórych dyscyplinach zbyt obszerne, co do liczby kursów, długości stażu specjalizacyjnego oraz liczby i rodzaju procedur medycznych.
- Zróżnicowanie uposażenia rezydenta w zależności od etapu stażu specjalizacyjnego. Należy rozważyć podzielenie rezydentury na dwa etapy: młodszy rezydent – do końca drugiego roku specjalizacji i starszy rezydent – od początku trzeciego roku specjalizacji, a także zróżnicowanie uposażenia tych rezydentów [Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.].
- Zamieszczona poniżej tabela przedstawia czas trwania stażu, miejsce jego odbywania, a także czas trwania, porównawczo, w poszczególnych państwach Unii Europejskiej (zob. tabela 3).

Tabela 3. Staż podyplomowy w państwach Unii Europejskiej

Lp.	Państwo	Czas trwania stażu	Miejsce odbywania stażu	Termin stażu
	Austria	3 lata	<i>Teaching hospitals</i>	
	Niemcy	–	–	Przeniesiony na VI rok studiów
	Szwajcaria	–	–	Lekarz odbywa 2 lata praktyki klinicznej
	Dania	18 miesięcy	Szpitala	System losowania miejsc na staż
	Finlandia		–	Ostatnie 2 lata studiów – praktyka

	Norwegia	18 miesięcy	–	Miejsca na staż centralnie rozdzielone
	Szwecja	21 miesięcy	–	Staż kończy się egzaminem teoretycznym
	Belgia		–	-
	Holandia	–	–	Po zakończeniu studiów absolwent wybiera: GP, <i>medical specialist, public, health specialist</i>
	UK	24 miesiące	–	Staż dwuetapowy, może odbywać się na uczelni. Absolwenci pracują pod nadzorem <i>Mouse Officer</i>
	Francja	–	–	VII rok studiów – praktyka
	Hiszpania	–	–	–
	Portugalia	18 miesięcy	<i>Training hospitals</i>	–
	Włochy	6 miesięcy	Kliniki uczelniane	Po stażu egzamin – <i>National level examination</i>
	Grecja	–	–	Po dyplomie lekarz odbywa jeden rok praktyki zawodowej w ośrodku wiejskim po czym uzyskuje pełne uprawnienia do wykonywania zawodu
	Irlandia	12 miesięcy	–	–

Źródło: [Ministerstwo Zdrowia 2007].

Motywacja do pracy w placówkach leczniczych

Motywacja jest bardzo ważnym elementem skutecznej, efektywnej pracy. Bez prawidłowej i oczekiwanej motywacji do pracy w służbie zdrowia nawet zwiększona liczba pracowników (lekarzy, pielęgniarek) nie przyniesienie oczekiwanych efektów. Nie powinno być dopuszczalne, by, np. profesor medycyny, przyjmujący w niepublicznym ZOZ-ie, otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 12 zł z jednego pacjenta.

Na motywację do pracy składają się różne elementy, nie tylko te finansowe – pracodawca musi je znać i uwzględniać [[http:// politykazdrowotna.com](http://politykazdrowotna.com), dostęp: 18.02. 2017].

Ocena funkcjonowania opieki zdrowotnej

Ocena funkcjonowania służby zdrowia musi być prowadzona na bieżąco i okresowo [Sygit 2010, s. 33, Sygit 1990, ss. 34–41, Topór-Mądry, Gilis-Januszewska, Kurkiewicz i in. 2006, ss. 43–71].

W ostatnich lata służba zdrowia straciła kontakt z rzeczywistością. Nie prowadzi się żadnych obiektywnych ocen jej funkcjonowania, istnieją tylko wybiórcze oceny CBOS [www.cbos.pl, dostęp: 17.02.2017, <http://www.zdrowie.abc.pl/>, dostęp: 17.02.2017].

W większości województw zlikwidowano Centra Zdrowia Publicznego, które stanowiły fundament działalności służby zdrowia. Obecnie we wszystkich województwach zostali powołani konsultanci, którzy pełnią obowiązki w zakresie szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Wprowadzania konsultantów wojewódzkich (przy wojewodzie), samo w sobie jest dobrym pomysłem, ale gorzej wygląda jego realizacja – jeszcze nie tak dawno konsultant otrzymywał ekwiwalent za pracę w wysokości 15 zł na miesiąc.

Przez cały czas mamy do czynienia z długimi kolejkami, długim czasem oczekiwania na poradę lekarską – są to wskaźniki złego funkcjonowania służby zdrowia. Jest ono wynikiem zaniedbań w profilaktyce, złej opieki zdrowotnej, antyzdrowotnego stylu życia ludności, niskiej dostępności do świadczeń oraz drogich leków [Sygit 2010, ss. 34–39].

Zaniedbania w profilaktyce i edukacji zdrowotnej

Praktycznie nie prowadzi się systematycznej, zorganizowanej edukacji zdrowotnej i profilaktyki medycznej, stąd też świadomość pacjentów i potencjalnych pacjentów jest bardzo niska. To wprost prowadzi do pogarszania się stanu zdrowia ludności.

Nie ma działań z zakresu profilaktyki skierowanych do najmłodszych (wyszczepialność wynosi około 30–40%). Incydentalne akcje, „białe niedziele” – to nie profilaktyka. Nie ma też osób wyszkolonych do prowadzenia takiej działalności, a bez tego nie nastąpi polepszenie stanu zdrowia ludności i służba zdrowia nie będzie poprawnie funkcjonować, bo to właśnie takie działania są fundamentem ochrony zdrowia.

Wyszkoleni magistrzy zdrowia publicznego nie mają pracy, bo etaty w centrach zdrowia publicznego, w gminach, urzędach, sanepidach, sanatoriach itp., są zajęte przez osoby bez przygotowania zawodowego.

Należy wyraźnie powiedzieć, że powinno dojść do wydzielenia w służbie zdrowia pionu profilaktyki medycznej. Stąd też wzięta się koncepcja utworzenia gabinetów/ poradni profilaktyki medycznej i/lub promocji zdrowia w kraju.

Koncepcja utworzenia gabinetów/ poradni profilaktyki medycznej i/lub promocji zdrowia w kraju

Podstawą koncepcji tworzenia gabinetów/ poradni profilaktyki medycznej są następujące tezy:

1. W opinii społecznej (mediów, pacjentów) profilaktyka medyczna w kraju jest realizowana w sposób niedostateczny i niezadowalający.
2. Lekarze praktycy zajmują się głównie leczeniem, a na profilaktykę nie mają zbyt wiele czasu.
3. Zgłaszalność pacjentów do poradni medycyny rodzinnej jest bardzo wysoka:
 - a) jest to zgłaszalność spontaniczna w związku z występowaniem objawów chorobowych (głównie);
 - b) występują także przypadki zgłaszania się osób zdrowych, które chciałyby skontrolować swój stan zdrowia, ale przeszkadzają im w tym:
 - zbyt długie kolejki, kłopoty z uzyskaniem wizyty u lekarza rodzinnego,
 - brak czasu,
 - brak nawyków lub/i świadomości dbania o własne zdrowie („Jak będę chory, to przecież płacę składkę zdrowotną, mam więc zapewnioną darmową opiekę, nie muszę się martwić” – taki panuje stereotyp myślowy w społeczeństwie),
 - niewłaściwy, często, stosunek lekarza do „pacjenta zdrowego” („Nie jest Pani/Pan chory, to po co Pani/Pan przychodzi” itp.).
4. Aktualnie (i od wielu już lat) nie ma badań dotyczących zgłaszalności pacjentów i opinii o funkcjonowaniu służby zdrowia w Polsce.

Należy leczyć ludzi chorych, co jest oczywiste, ale także trzeba „leczyć ludzi zdrowych”. Potrzebna jest organizacja pionu profilaktyki medycznej i promocji zdrowia – tzw. czynnej profilaktyki i promocji zdrowia, zinstytucjonalizowanej, mającej struktury organizacyjne, kadre, środki itd.

Dotychczasowe działania dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia są źle prowadzone, nieskoordynowane, nieskuteczne, brakuje dostatecznie wyszkolonej kadry. Przeznaczone (i wydawane) środki finansowe na tzw. edukację zdrowotną są niejednokrotnie nieracjonalnie zagospodarowane.

Pacjent w systemie opieki zdrowotnej

Pacjent płaci składki zdrowotne i chce mieć pewność, że w razie choroby otrzyma profesjonalną pomoc oraz że służba zdrowia będzie, kiedy zajdzie potrzeba, czuwać nad jego zdrowiem (za pośrednictwem działań edukacyjnych i profilaktycznych). Bycie jednak pacjentem w polskim systemie służby zdrowia jest ciągle koszmarem, gdyż:

- na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) czeka się 2–4 godziny na badanie i ewentualną pomoc;
- dla pacjenta z problemami sercowymi czas oczekiwania na wizytę u kardiologa wynosi 8 miesięcy;
- czas oczekiwania na wizytę u neurologa wynosi ok. 15 miesięcy;
- pacjent czeka w rejestracji często od wczesnych godzin porannych;
- pacjent czeka pod drzwiami gabinetu na przyjęcie przez lekarza nawet kilka godzin;
- pacjenci zdrowi, oczekujący na poradę profilaktyczną, nie mają możliwości dostania się do lekarza;
- nie każdego pacjenta stać na płatne wizyty [Szygit, Wąsik 2016, ss. 65–69].

Ważna jest w służbie zdrowia infrastruktura i jej stan (czyste oddziały itp.), ale one same w sobie nie poprawią sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i nie wpływają na zmianę opinii o fatalnym funkcjonowaniu służby zdrowia, a nade wszystko nie zaspokajają potrzeb zdrowotnych ludności [Topór-Mądry, Gilis-Januszewska, Kurkiewicz i in. 2006, ss. 43–71].

Większa liczba lekarzy też nie jest gwarancją poprawy sytuacji zdrowotnej. Przez wiele lat w Wielkiej Brytanii było najmniej w Europie lekarzy na 10 tys. mieszkańców, a opieka zdrowotna i opinia pacjentów o angielskiej służbie zdrowia była najlepsza w Europie [Szygit 2010].

Profilaktyka ważnym ogniwem w zarządzaniu przez współpracę z pacjentami w zapewnianiu opieki zdrowotnej

Każdy pacjent chce wiedzieć, na co może liczyć w służbie zdrowia w razie choroby, ale już jako potencjalny pacjent chce też współpracować ze służbą zdrowia w zarządzaniu swoim zdrowiem. Społeczeństwo chce zatem partycypować w polityce zdrowotnej [Kozioł, Piechnik-Kurczel, Kopeć 2000, ss.12–52].

Do prawidłowego funkcjonowania służby zdrowia potrzebne jest wsparcie i upowszechnienie idei (w celu odciążenia lekarzy i pielęgniarek w ich codziennej pracy) powoływania (tworzenia) gabinetów/ poradni promocji zdrowia i/lub profilaktyki medycznej, w których byliby zatrudnieni: magistrzy zdrowia publicznego, magistrzy pielęgniarstwa, trenerzy zdrowia, dietetycy, fizjoterapeuci.

Leczeniem pacjentów zajmowałiby się lekarze medycyny, stomatologii, pielęgniarstwa, a w pionie profilaktyki w gabinetach promocji zdrowia pracowaliby: lekarze zdrowia (*Coach Health*), liderzy zdrowia, trenerzy zdrowia – byliby to osoby, które uzyskałyby przygotowanie zawodowe po ukończeniu studiów uniwersyteckich na kierunku zdrowie publiczne – specjalność: trener zdrowia. To byliby profesjonalści z zakresu wellness, kinezyterapii, profilaktyki medycznej, byliby opiekunami zdrowia pacjenta (lub

grupy pacjentów) albo pracowników, uczniów czy osób starszych w DPS-ach. Jednym słowem chodzi o wykształcenie osoby, która byłaby opiekunem, doradcą, trenerem – czyli osobą odpowiedzialną za zdrowie innych osób.

Propozycja ta dotyczy nie tylko odciążenia lekarzy medycyny, ale także uzyskiwania korzystnych, pozytywnych zmian w stanie zdrowia ludności, a pośrednio także poprawy funkcjonowania i oceny służby zdrowia w Polsce.

Według pacjentów znacznie poprawiłaby się wówczas opinia o dotychczasowej służbie zdrowia, gdyż:

- zmniejszyłyby się znacznie kolejki przed gabinetami lekarskimi (i lekarze mieliby więcej czasu na badanie pacjentów);
- działalność „prawdziwa”, „czynna”, dotycząca profilaktyki poprawiłaby istotnie stan zdrowia społeczeństwa – byłoby mniej chorych, mniej chorób, krótsze kolejki, więcej środków na leczenie (np. na pensje dla pielęgniarek, sprzęt itd.).

Zadania gabinetów/ poradni promocji zdrowia

Do podstawowych zadań gabinetów/ poradni promocji zdrowia należałoby:

1. Udzielanie porad, w tym telefonicznych, dotyczących np. zdrowego stylu życia.
2. Działalność codzienna według planów i istniejących potrzeb – należy skończyć z działalnością „akcyjną” w służbie zdrowia, np. dzień bez papierosa itp.
3. Świadczenie usług – w gabinetach/poradniach na miejscu byłyby dostępne m.in. następujące usługi:
 - pomiar glukozy we krwi,
 - badania antropometryczne (BMI),
 - porady dietetyczne,
 - w przypadku podejrzenia wystąpienia choroby skierowanie do lekarza,
 - udzielanie informacji np. zagubionym pacjentom, którzy nie wiedzą, gdzie mają się udać po poradę, nie wiedzą, jak załatwić formalności związane z inwalidztwem, niepełnosprawnością, jak zdobyć sprzęt rehabilitacyjny itp.
 - poradnictwo dla: dzieci i młodzieży, osób dorosłych, emerytów i rencistów przedszkół, szkół oraz domów opieki;
 - prowadzenie profilaktyki w zakładach nauczania i wychowania (wszystkich szczebli), we współpracy z kuratoriami oświaty;
 - prowadzenie działalności w populacji osób starszych, we współpracy z uniwersytetami trzeciego wieku;
 - skoordynowane i efektywne prowadzenie badań diagnostycznych – profilaktycznych, np. badań mammograficznych itp.

Cele powstania gabinetów/ poradni promocji zdrowia

Wśród podstawowych celów utworzenia gabinetów/ poradni promocji zdrowia wymienić należy:

- Wyrabianie w społeczeństwie nawyków dbania o własne zdrowie.
- Korzystanie z gabinetów profilaktyki przez osoby, które uważają się za zdrowe i są zdrowe oraz pacjentów chorych, którzy podjęli decyzję o zmianie stylu życia.
- Udzielanie instruktażu prozdrowotnego stylu życia: Jak żyć, by być zdrowym?
- Walka dostępnymi metodami i środkami o właściwy stan świadomości zdrowotnej już od dziecka (w tym w populacji kobiet w ciąży).
- Szerzenie wiedzy o szkodliwości używek (w tym dopalaczy).
- Tworzenie koalicji na rzecz walki z używkami z: policją, szkołami, Kościołem, rodzicami.
- Ścisła współpraca z mediami (TV, gazety itp.).
- Organizowanie pokazów przygotowywania zdrowych potraw, zasad racjonalnego odżywiania dla rodziców, kobiet w ciąży i dla przyszłych żon i matek.
- Przejęcie – wobec narastającego braku lekarzy i pielęgniarek – zadań, które z powodzeniem mogą być realizowane przez osoby z wykształceniem w zakresie zdrowia publicznego (np. magistrów zdrowia publicznego).

Inne cele działalności gabinetów/ poradni promocji zdrowia

Gabinety/ poradnie promocji zdrowia mogłyby spełniać jeszcze inne niż wymienione wyżej cele, wśród których wymienić można:

- Zmniejszenie kolejek do lekarzy.
- Zwiększenie środków przeznaczanych na rzecz pacjenta, w tym na diagnostykę, sprzęt, kadrę, uposażenie itd.
- Leczenie „osób zdrowych”, co może być (na pewno byłoby) punktem zwrotnym w naszej opiece zdrowotnej.
- Istotna poprawa stanu zdrowia społeczeństwa: im społeczeństwo będzie zdrowsze, tym (m.in.) będzie bardziej zadowolone z opieki zdrowotnej.
- Racjonalne wykorzystanie środków przeznaczonych na służbę zdrowia.
- Wysłanie wyraźnego sygnału społeczeństwu, że służba zdrowia jest nie tylko dla chorych, ale także dba i troszczy się o ludzi zdrowych.
- Prowadzenie profesjonalnej, przejrzystej i efektywnej profilaktyki powodującej odciążenie w pracy lekarzy oraz pielęgniarek (co w sytuacji pogłębiającego się braku fachowych kadr medycznych nie jest bez znaczenia).

Wnioski

1. Tylko współpraca lekarza z pacjentem może zapewnić właściwą opiekę zdrowotną, w tym profilaktykę.
 - 1.1. Właściwe zarządzanie tą współpracą może dać wymierny efekt w postaci poprawy funkcjonowania służby zdrowia i poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.
2. Obecna sytuacja w służbie zdrowia, jako wynik zaniedbań ostatnich lat, jest trudna, nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom i potrzebom naszego państwa.
3. W ramach planowanej reformy służby zdrowia należy rozważyć wprowadzenie Gabinetów Promocji Zdrowia i utworzenie nowego zawodu: lekarza zdrowia czy trenera zdrowia.
 - 3.1. Trzeba wyraźnie powiedzieć, że sytuacja pacjenta wymaga pilnej poprawy – pacjent chce wiedzieć, że nie zostanie sam ze swoimi problemami zdrowotnymi, że jest ktoś, kto pomoże mu prowadzić prozdrowotny styl życia, doradzi, wesprze i pokieruje nim tak, aby mógł utrzymać zdrowie na jak najwyższym poziomie przez całe życie.

Bibliografia

Centrum Badania Opinii Społecznej (2014), *Komunikat z badań CBO*, Warszawa, [online] www.cbos.pl, dostęp: 17.02.2017.

Kozioł K., Piechnik-Kurdziel A., Kopeć J. (2000), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie. Teoria i praktyka*, Wyd. Biblioteka Pracownicza, Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2007), *Założenia reformy kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów*, Warszawa.

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej – OSAI NIL (2014), *Raporty z badań*, Warszawa 2014, [online] www.nil.org.pl, dostęp: 18.02.2017.

Sygit B. (2001), *Exposé premierów polskich*, Wyd. Zapolex Media, Toruń.

Sygit B., Wąsik D. (2016), *Prawo ochrony zdrowia*, Wyd. Difin, Warszawa.

Sygit M. (1990), *Badanie opinii społecznej o funkcjonowaniu służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” z. 100, nr 4.

Sygit M. (2010), *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J. i in. (2006), *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniw. Wyd. Med. Vesalius, Kraków.

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra z 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. Nr 57, poz. 553 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.

Strony internetowe

<http://politykazdrowotna.com>, dostęp: 18.02.2017.

<http://www.zdrowie.abc.pl/aktualnosci/mapy-potrzeb-zdrowotnych-najwazniejsze-narzedzie-zarzadzania-strategicznego,23436.html>, dostęp: 17.02.2017.

www.rynek.zdr.pl/skargipacjentow/19721, dostęp: 18.02.2017.

www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna, dostęp: 19.02.2017.

www.nil.org.pl, dostęp: 18.02.2017.

Tomasz Adam Karkowski

Department of Labor and Social Policy
Faculty of Economics and Sociology
University of Lodz
tomasz.karkowski@uni.lodz.pl

Dorota Karkowska¹

Institute of Nursing and Midwifery
Faculty of Health Sciences
Collegium Medicum
Jagiellonian University in Krakow
dorota.karkowska@uj.edu.pl

Paweł Skoczylas

Spoleczna Akademia Nauk
University of Social Sciences, Poland
pawel.skoczylas@interia.eu

Corruption and Anti-corruption Actions in Healthcare

Abstract: Bribery is a common phenomenon. It has various social, moral, economic and political implications, it challenges good management, hinders development and disrupts competition. It violates justice, challenges human rights and impedes the fight against poverty. It also increases the cost of running business, introduces uncertainty in commercial transactions, increases the cost of goods and services as well as deteriorates their quality, which may lead to the loss of life and property, the loss of trust in institutions, and a disruption of honesty and effective functioning of the markets [ISO 37001].

The objective of the article is to present various kinds of corruption that occur in the healthcare sector as well as different anti-corruption actions taken by the entities. The article is based on current subject literature, an analysis of legal acts and various reports publi-

¹ Radca prawny

shed by institutions fighting against corruption in the healthcare. The article is a desk research analysis.

Key words: bribery, kinds of corruption, healthcare, anti-corruption actions

Introduction

Corruption is a common phenomenon and occurs, to a different extent, in all countries. Its intensity in a given country depends above all on the social consent towards corruptive incidents [Kowalczyk 2012, p. 14]. We have to be aware of the fact that corruption in healthcare entails also substantial financial losses. Firstly, we have to decide if we want to pay for something for which we had already paid by way of social insurance contributions, and secondly, if we, as a society, want to finance independent services, benefits and pensions through a “bribery” [Ministerstwo Zdrowia 2006, p. 3].

Types of corruption

We should mention here what stipulated the sentence issued by the Court of Appeals in Lublin on 13th October 2009 (II Aka 118/09): there are no factual justifications to promote an idea that the custom of rewarding doctors for saving life or health is commonly accepted and treated as a social norm, bearing in mind that a doctor is rewarded for their job within the framework of public healthcare system, given they work in entities financed from the public funds [Łokaj 2016].

An offence commonly known as corruption in penal law is known as bribery. Penal law distinguishes two types of bribery: passive and active.

Passive bribery (also known as venality) is defined in Article 228 of Penal Code as an act committed by a person who in connection with the public office in which they serve accepts financial or personal gain or the promise thereof.

Active bribery is defined in Article 229 of Penal Code as an act committed by a person who gives or promises to give financial or personal gain to a person serving in a public office in connection with the office thereof.

The sanctions pending for the commitment of the aforementioned offences, both active and passive bribery, depend on the type of the offence and may vary (fine, imprisonment for a term of up to 12 years) [Ministerstwo Zdrowia 2006, p. 4].

According to the Polish Penal Code, there are two premises that allow to conclude that an offence of passive bribery has been committed. First, the subject of the offence can only be a person serving in a public office. Second, this person has to accept financial or personal gain or a promise thereof. Only if both aforementioned premises are fulfilled can we talk about an offence under Article 228 of Penal Code.

According to the jurisprudence of the Supreme Court, it should be assumed that medical professionals employed in healthcare units (public and private) who provide health services financed from the public funds are also public officers, as stipulated in Article 228 of Penal Code. The Supreme Court explicitly stated that the decisive factor to conclude that providing health services lies within the scope of the definition of a public officer is not the type of healthcare unit there are provided in (public or private), but whether they are provided to the entitled person (patient) within health services financed from the public funds. A medical professional also serves in a public office, performing not only medical, but also administrative tasks [Karkowska, Karkowski 2017, p. 133].

It should be emphasised that the legislator even further tightens the punishability in the case of committing passive bribery by accepting financial gains of substantial value, an act punishable by imprisonment of between 2 and 12 years (Article 228 paragraph 5 of Penal Code). We have to agree with the principle expressed in the law according to which, in a case when the gift is of small value, we should contemplate the possibility of dealing with an act of less importance, regulated in Article 228 paragraph 2 of Penal Code. Such a case would be, in particular, delivering gain that exceeds socially accepted, i.e. customary rewards only to a limited extent, and is a small gift (flowers, sweets, a bottle of cognac etc.) given as a token of gratitude for kindness or particular efforts made in connection with the functions fulfilled. It could be interpreted that giving doctors small gifts such as flowers, sweets or coffee is permissible. However, such a gift can only be given after the treatment and should not be expected by the doctor. It is supposed to be a token of sincere gratitude of the patient for the treatment received. At the same time it should be stressed that each case of such a situation should be analysed individually. Current praxis in the European Union shows that any gifts for the doctors are prohibited, and Polish authorities clearly go in the same direction [Łokaj 2016].

While contemplating corruption as a phenomenon that should not happen in good management, a wide definition proposed by the World Bank is used: it is any abuse of a public office aiming at obtaining personal benefits. This benefit may be of various kinds: financial or material benefit, increase in power or informal influence, demonstration of the possibility, unavailable to other people, to solve a difficult problem. The most common type of corruption is bribery, given and received in situations when there should be no financial exchange between the parties. A patient giving a bribe may have different motives which to a great extent depend on the circumstances and the type of obstacles which by way of an informal pay are going to be solved, as is the intention of the giver. It can be getting access to a service – consultation, examination, hospitalisation or medicine – shortening the waiting time if it is considered to be too long, improving the quality of the health service or the conditions in which it is performed.

Other type of corruption is theft. Petty theft (dressings, small equipment) happen almost everywhere, and even though they bring in losses, they are normally tolerated. A more complex case is using rooms and equipment belonging to a public entity to receive private patients. It happens both in systems in which various forms of coexistence of two sectors are legalised, and in the countries where the rules of coexistence are not settled. As a theft of time – although this term is rarely used – we should understand dedicating labour time remunerated by a public institution to other activities, including additional job.

Moreover, there may be an agreement between a doctor and a patient as to the issuing of a sick leave or health assessment form, used to gain an independent service. Sometimes doctors collude to issue the expected opinion about the necessity to perform an operation from which a doctor derives extraordinary gains. Certificates and opinions may be used in tenders with the insurer or payer. Also, drugs which use is not sufficiently justified are frequently prescribed [Włodarczyk 2014].

Corruption and pharmaceutical companies

As far as pharmaceutical market is concerned, in the case when a given drug is being considered to be placed on the list of reimbursed drugs, the subjects striving to a positive decision may address corruptive offers to the decision-makers and opinion-issuers. Unfortunately, corruptive methods may also be used to present untrue or inexact information. Where drugs are concerned, these may be investigation results of clinical effectiveness, application conditions, as well as patients safety. Pharmaceutical companies finance patients' organizations, convincing them about the positive aspects of their drugs and expecting that the pressure exerted by persons seemingly unconnected to the manufacturers will be strong enough as to influence the decisions of the administrative bodies and the cash flow. Sometimes pharmaceutical companies openly admit that one of the aims of the functioning of patients groups is promoting the increase of refunding policy of innovative drugs, which normally meets with the objection or resistance of subjects responsible for managing public funds. The representatives of patients groups and organizations are rarely inclined to reveal their connections with pharmaceutical companies. Different forms of camouflage are frequently used, thanks to which money transfers for positive, pro-social activities make impression [Włodarczyk 2014].

Another restriction existing in the pharmaceutical market is a prohibition set under Article 58 of Act on Pharmaceutical Law (unified text Dz.U. [Journal of Laws] from 2016, item 2142, with subsequent amendments) by which it is prohibited to direct advertisements of medical products to persons authorised to issue prescriptions and persons trading in drugs by way of giving, offering and promising them material gains, gifts and va-

rious forms of help, rewards, trips, as well as organising and financing conferences advertising medical products, during which the extend of hospitality exceeds the main objective of the conference. However, it does not include items of a value not exceeding 100 PLN, connected with the medical or pharmaceutical practice, labelled with the company's or medical product's trademark. The aim of this norm is to prohibit exercising pressure on doctors and a certain form of hidden bribery used to gain preference for specific medical products.

Nevertheless, the evaluation of the doctor's behaviour may be difficult from the legal point of view, as the doctor uses the gift in front of the patients, becoming in this way an intermediary of an advertising message. It is worth pointing out that this message is directed to the public. It all happens so naturally that by hanging in the consulting room a calendar with a logo of medical products or writing down the dosage of medications on a sheet of paper with the name of another medication the doctor may not be aware of participating in an advertising process [Stankiewicz 2016].

Passive bribery

Corruption includes such offences as venality, bribery and paid protection. In public procurements passive bribery consists in accepting (or demanding), in connection with a public procurement in progress, material or personal gain (or a promise thereof) by a person having public funds at their disposal. The offence of venality (Article 228 of Penal Code) is an individual offence, that means only a person indicated in the provision can commit it, i.e. public officer [Soszyńska-Purtak 2016].

Group for Counteracting Frauds and Corruption in Healthcare

In 2006 the Minister of Health created the Group for Counteracting Frauds and Corruption in Healthcare as a consultative-advisory body, the tasks of which include in particular [Zarządzenie 2006]:

- Identification of the areas and forms of frauds and corruption in healthcare;
- Presenting additional proposals of anticorruption activities and counteracting frauds in healthcare within an anticorruption strategy;
- Presenting proposals of activities within an outreach campaign about the fight against corruption in healthcare;
- Presenting proposals of actions within international cooperation programmes concerning counteracting frauds and corruption in healthcare.

The aforementioned functions are complemented by a consultative-advisory function connected with the realisation of tasks imposed on Minister of Health by the Governmental Anticorruption Programme for the years 2014–2019.

Moreover, in November 2006 the Ministry of Health prepared a guidebook addressed to the patients: “Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie...” (Corruption won’t heal us), the objective of which was to explain what corruption in healthcare is and what kinds of legal protection a patient has in a situation when the occurrence of corruptive actions is suspected. The guidebook included sample situations describing the phenomenon of corruption, as well as defined what should be done and who to go to in order to counteract corruption effectively. The objective of the guidebook was also making the readers aware that corruption is an offence prosecuted *ex officio* [Korupcja... 2006].

Report of the European Commission

At the end of 2013 the European Commission published a report about corruption in healthcare in the UE member states. A particular emphasis was put on three areas of healthcare: providing health services (various forms of informal payments), ordering and certifying medical products, and ordering and granting marketing authorization for a medicinal product [European Commission 2013, p. 12].

According to the authors, corruption is mostly evident in the relations between doctor and patient. In the area of medical equipment and drugs, corruption occurs most commonly in public procurements and inadequate marketing relations. In healthcare sector, corruption happens in every UE member states, however, it differs in terms of the characteristics and the incidence of its various forms. Corruption in public procurements, occurring in all Europe, takes form of inadequate marketing relations, which consist in transferring money, financing conferences, trips or other incentives. Corruption in public procurements seems to happen rarely in those countries in which public procurements sectors are strictly regulated.

Corruption in healthcare may be favoured by certain weaknesses in the system, such as low wages, too limited funds for healthcare, connections with other companies; or loops in the supervision system, anticorruption legislation or the effectiveness of the court system. One of the factors considered to favour corruption is common consent for it, or at least a certain grade of tolerance. The authors of the report notice, however, that in almost all member states the social consent for corruption has decreased. It has to be pointed out that there is no single effective anticorruption strategy. According to the investigation, such policy has to be based on strong, independent institutions and the lack of social consent for it.

Investigation results show that the main area of corruption in Polish healthcare are public procurements. The authors point out that Poland does not use a unified system of procurements for this sector.

Another important problem indicated by the EC report is nepotism. According to the authors, it is particularly evident in university college hospitals. In Poland, especially among doctors, prevails a belief that medicine is a family business, passed on from parents to children. A characteristic feature of the Polish healthcare is also a lack of sensitivity for a potential conflict of interests.

The main factor favouring corruption – even though its scale is smaller than a couple of years ago – is the mentality of the Polish society, evident in, for example, social acceptance for giving bribes and not seeing negative effects of corruption.

According to the respondents, the problem of informal payments in Polish healthcare has significantly decreased recently, what is connected to the access to private healthcare services. Nevertheless, the problem continues.

Central Anticorruption Bureau

According to the “Expected corruption threats in Poland” report prepared in 2013 by Central Anticorruption Bureau (CBA), one of the areas exposed to corruption is health protection. The threats observed in this area are [Przewidywane... 2013]:

- Assigning public funds by the provincial departments of National Health Fund (NFZ) to the purchase orders of medical services, drug reimbursement, orthopaedic appliances and aid materials,
- Carrying out public procurements for the purchase and delivery of equipment and medical appliances, and subcontracting external subjects for medical services,
- Drug legislation process, i.e. illegal influence on legislative processes, also in terms of obtaining certain medical indications for drug use, the size of package available for sale, placing the drug on the list of reimbursed drugs,
- Sponsoring doctors and labour organizations of medical professionals by pharmaceutical companies.

Moreover, limited access to or the lack of selected drugs in the market may trigger the necessity to initiate emergency import procedure of bearer prescription medicinal products, which will generate additional costs for the state budget, independent from the planned reimbursement costs. Corruption and mismanagement may also occur in the interaction between doctors, pharmacists and retailers. It consists in buying out drugs from the pharmacies – using false or ungrounded prescriptions – and then taking them out of the country, which entails unjustified reimbursement costs, and therefore losses for the state budget.

Also, conflicts of interests between healthcare units, voivodship offices and provincial departments of NFZ increase the probability of corruption-related irregularities. The interested parties may, for example, influence the decisions of NFZ concerning the amount of contracts assigned to them. The problem could also lie in the ineffective supervision over the financial situation of the hospitals, which in extreme cases could lead to uncontrolled privatisation processes. Threats for the economic interest of the state and corruption threats may also occur in the area of transplantology. Lack of legal instruments allowing for effective supervision may favour the development of illegal transplantation of tissues and organs. Potential threats may derive from the fact that private banks of tissues and organs and transplantation clinics (which often use illegally obtained materials) may lead public entities to bankruptcy by giving orders to foreign subjects [Przewidywane... 2013].

Implementation of the Governmental Anticorruption Programme for 2014–2019

The Governmental Anticorruption Programme for 2014-2019 is the main instrument for the coordination of national anticorruption policy. Counteracting and preventing corruption requires a systemic attitude, encompassing synchronised objectives and actions of all subjects involved in the fight. The aim of the Governmental Programme is to limit corruption by increasing prevention and education, both in society and in public administration, and by a more effective fight against corruption offences. Corruption prevention and education was intensified, as forming an awareness of the harmful effects of corruption is an indispensable condition for limiting the occurrence of this pathology [Uchwała Nr 37... 2014]. The Governmental Programme contemplates tasks and activities in those fields of social life that are mostly threatened by corruption, for example healthcare. The tasks include increasing prevention of corruption in the healthcare system, whereas the activities include the diagnosis of needs and activities, also in terms of legal norms, carried out to prevent corruption in the healthcare system, in particular in terms of [Najwyższa Izba Kontroli 2016]:

- assigning public funds by the provincial departments of National Health Fund (NFZ) to the purchase orders of medical services, drug reimbursement, orthopaedic appliances and aid materials,
- carrying out public procurements for the purchase and delivery of equipment and medical appliances, and subcontracting external subjects for medical services,
- registering drugs,
- interactions patient-medical personnel, doctor/medical professional organisations – pharmaceutical companies, and recommendations.

Conclusion

Having analysed the above-mentioned legal acts and documents, it turns out that even though there are sanctions for corruption, this phenomenon continues, in particular in the healthcare sector. The remedy for this could be the lack of social consent towards such actions and the introduction of systems for the management of anti-corruption actions at the micro level, i.e. an organisation, an issue that has been described in the article "PN-ISO 37001 management systems for anti-corruption actions and anti-corruption procedure in Jan Paweł II Hospital in Bełchatów.

References

- Centralne Biuro Antykorupcyjne (2013), *Przewidywane zagrożenia korupcyjne w Polsce*, Warszawa.
- European Commission (2013), *Study on Corruption in the Healthcare Sector*, HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, European Commission, Luxembourg.
- Karkowska D., Karkowski T.A.** (2017), *Zatrudnianie w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kowalczyk J.** (2012), *Przeciwdziałanie korupcji w ochronie zdrowia*, Wydawnictwa Fachowe Ce-DeWu, Warszawa.
- Łokaj M.** (2016), *Wyraz wdzięczności czy łapówka – analiza zagadnienia odpowiedzialności lekarzy na podstawie art. 228 Kodeksu karnego*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2006), *Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie... Poradnik dla pacjenta*, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (2015), *Wdrożenie Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2014–2019* (2015), KAP.430.002.2015, Nr ewid. 44/2016/P/15/007/KAP, Warszawa.
- Polski Komitet Normalizacyjny (2017), *Systemy zarządzania działaniami antykorupcyjnymi. Wymagania i wytyczne stosowania Norma Międzynarodowa ISO 37001:2016 Anti-bribery management systems. Requirements with guidance for use ma status Polskiej Normy*, Warszawa.
- Soszyńska-Purtak P.** (2016), *Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełniane przy zamówieniach publicznych, cz. II*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa.

Stankiewicz R. (red.) (2016), *Instytucje rynku farmaceutycznego*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Włodarczyk W.C. (2014), *Współczesna Polityka Zdrowotna. Wybrane Zagadnienia*, 2nd Edition, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Legal acts:

Uchwała Nr 37 Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 2014 r. w sprawie *Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2014-2019* (M.P. z 2014 r. poz. 299)

Ustawa – prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.)

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2016 poz. 1137, ze zm.)

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2006 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia (Dz.Urz. MZ z 2006 r. nr 15, poz. 74 z późn. zm.)

Paweł Skoczylas

University of Social Sciences, Poland

pawel.skoczylas@interia.eu

Tomasz Adam Karkowski

Department of Labor and Social Policy

Faculty of Economics and Sociology

University of Lodz

tomasz.karkowski@uni.lodz.pl

Dorota Karkowska¹

Institute of Nursing and Midwifery

Faculty of Health Sciences

Collegium Medicum

Jagiellonian University in Krakow

dorota.karkowska@uj.edu.pl

PN-ISO 37001 Management Systems For Anti-corruption Actions and Anti-corruption Procedure in Jan Paweł II Hospital in Bełchatów

Abstract: Norms bind us through reliable modes of communication, code of conduct, and trust-worthy frames of cooperation. A product or a service is labelled with a trust-worthy quality, safety and compatibility mark, in compliance with International Norm [ISO 37001 2017]. The objective of the article is to present the application of a system for counteracting corruptive threats, as a supplement to the requirements of ISO 9001 norm, followed by a short characteristics of BS 10500 norm, which in 2006 was replaced by an international norm – ISO 37001. The article has been based on the analysis of systems and anti-corruptive norms. The article discusses the anti-corruption procedure in Jan Paweł II Hospital in Bełchatów, which will be the basis to apply for ISO 37001 certificate. The article is a desk research analysis.

¹ Radca prawny

Key words: system for counteracting corruptive threats, anti-corruption procedure, anti-bribery management systems

Introduction

Quality management systems are the most effective mode to prevent corruption in an organisation, including healthcare entities. Viewing the system from the patient's point of view we can conclude that its objective should be assuring such conditions in the management system of an entity so that the probability of providing the patient with a service non-compliant with their requirements, needs or expectations is minimized. Moreover, health services are a particular form of services, the quality of which has a direct influence both on the patient's life and health, and the risk of committing an error should be minimized, tending towards zero probability [Kowalczyk 2012, p. 44].

System for Counteracting Corruption Threats

The requirements of the System for Counteracting Corruption Threats have been complementary to the requirements stipulated in the PN-EN ISO 9001:2001 norm – Quality management systems – Requirements. They were prepared by the Ministry of Justice, Polish Centre for Testing and Certification and Polish Chamber of Commerce in mid 2006 as a base for the implementation of solutions which should boost trust in the organizations in terms of reliability and impartiality of the decision-taking process, both towards their customers as well as regarding the use of funds that the organizations have at their disposal.

System for counteracting corruption threats is connected with the quality management system in an integrated management system. In case when an organisation already has a certified quality management system in line with ISO 9001, the implementation and certification of the System consists only in proving that the additional requirements have been fulfilled. Whereas in case when an organisation has not introduced quality management system yet, the implementation and certification of the System is done together with these of the quality management system.

Fulfilling the requirements of the System and confirming them by an independent third party in the certification process should not be treated as a confirmation of honesty and reliability of a given organisation, but as a confirmation of the previously declared will to act accordingly and of the awareness of the consequences deriving from it. An expression of this should be creating solutions that eliminate or significantly limit the possibility of any corruption-related threats, and subsequently implementing, maintaining and continuously streamlining those solutions, in line with the norms of the System [System 2017].

BS 10500

The response to the prolonging problem of corruption was BS 10500 norm prepared by BSI (British Standards Institution). It defined requirements for Anticorruption Management System in an organisation. BS 10500 was used in various organisations of public and private sector which want to minimise the risk of corruption within their structures. This tool was meant to help to adjust the mode of functioning of a entity to the requirements of the British Act on counteracting corruption (UK Bribery Act 2010). The implementation of the Management System based on BS 10500 norm was tantamount to informing other subjects functioning in the market about the introduction of a zero tolerance policy towards corruption, which has a positive influence on the organisation's image [System Zarządzania 2017].

ISO 37001

Many organisations have been waiting for the creation of this norm. Until now, we have dealt with two documents which concern anti-corruption actions – SB 10500 standard and an ISO 9001 “supplement”, i.e. System for Counteracting Corruption Threats.

In ISO 37001 bribery was defined as offering, promising, giving, accepting or gaining independent benefits of whatever value (both financial and non-financial), directly or indirectly, irrespective of the localisation, in breach of the law in force, as an incentive or reward for an act or omission in connection with the duties of the person involved.

The management system for counteracting corruption is designed in such a way as to instil in an organization an anti-bribery culture and implement adequate controls, which in turn increase the chances of detecting a case of corruption, but, above all, diminish the chances of its occurrence. ISO 37001 norm includes requirements and indications for creating, implementing, maintaining and streamlining management system for anti-corruption actions. The system can be independent or integrated with the principal management system. It encompasses fighting corruption in public, private and non-profit sector, both within an organisation and among its employees. Corruption can happen everywhere and can lead to financial and non-financial benefits.

ISO 37001 has been prepared in such a way as to help an organisation in implementing the anti-corruption management system or in increasing its control over the problem. It requires introducing a number of means, such as: adopting an anti-corruption policy, appointing a person responsible for supervising compliance with this policy, monitoring and training the employees, evaluating project and business partners risk, carrying out financial controls, and also instigating report and investigation procedures. The implementation of the corruption counteracting system requires leadership and en-

agement of the senior managers, and the policy and programme have to be let know to all the employees as well as external parties – executors, suppliers and partners. This way it helps to diminish the risk of corruption. It also allows to demonstrate the managers, employees, owners, investors, customers and other business partners that an internationally renowned praxis concerning anti-corruption control has been implemented. In the case of penal proceedings, it is also possible to provide evidence confirming that adequate anti-corruption means have been taken [ISO 37001 2017, p. 15].

The norm defines requirements and indications concerning the settlement, implementation, maintenance, control and streamlining of the anti-corruption management system. It can be implemented within an integrated management system or separately. ISO 37001 norm refers to the following types of events within an organisation:

- Corruption in public, private and non-profit sector;
- Corruption carried out by the organisation;
- Corruption carried out by the personnel acting on behalf of or for the benefit of the organisation;
- Corruption carried out by business partners acting on behalf of or for the benefit of the organisation;
- Corruption with respect to the organisation;
- Corruption with respect to the personnel in connection with the functioning of the organisation;
- Corruption with respect to business partners in connection with the functioning of the organisation;
- Direct and indirect corruption (e.g. a bribery offered or received directly or through an intermediary).

The requirements included in the norm are general and can be applied in all organisations (or parts of an organisation), irrespective of their type, size or business profile, as well as whether they function in public, private or non-profit sector.

The regulations are not enough to solve the problem of corruption. The organisations have the duty to actively participate in corruption counteracting. It can be reached thanks to a bribery prevention system, which ISO 37001 norm is to ensure, and also thanks to following the culture of honesty, transparency, openness and compliance by the persons in charge. The organisation's culture is crucial for the success or failure of bribery management system. A well managed organisation should have a compliance policy in line with adequate management systems, so as to aid to fulfil its legal obligations and devotion to justice. The anti-corruption policy is a part of a general compliance policy. The anti-corruption policy and its assisting management system help the organisation to avoid or mitigate costs, risks and damages related to corruption, promote trust in business partners and improve the reputation. The norm reflects international

good practices and can be applied in all jurisdictions. It can be applied in small, medium and big organisations of all sectors – public, private and non-profit. The risk of corruption with respect to the organisation depends on such factors as its size, localisation and sectors in which it functions, as well as its character, scale and complexity of activities.

The norm assumes that the senior management team shows leadership and involvement in the works of anti-corruption management system by ensuring the formulation, implementation, maintenance and control of the system, including its policy and objectives, in order to counteract corruption in the organisation adequately.

Anti-corruption actions in an organisation – the implementation of anti-corruption procedure in Jan Paweł II Provincial Hospital in Bełchatów

The aim of the anti-corruption procedure in Jan Paweł II Provincial Hospital in Bełchatów was to define the rules of action in the case of a potentially corruptive or corruptive events in the hospital, related to the performance of task of the entity and the mode of informing competent authorities in the hospital and in public administration. The procedure defines procedures regarding gifts, potentially corruptive or corruptive situations and the rules which the employees of the Hospital have to comply with while taking part in seminars, conferences or courses organised by private entities, pharmaceutical companies and others.

Basic terms used during the procedure have been defined in the glossary. For example, corruption is defined as an act or omission, as well as a promise thereof, in order to obtain by any person or for the benefit of another person an independent benefit, given, promised or assumed, both material and non-material, directly or indirectly. Whereas anti-corruption is defined as a set of actions taken in order to eliminate or diminish the probability of a case of corruption. A corruptive incident is defined as any action as a result of which law or internal regulations have been violated, having the characteristics of an abuse of a function, leading to obtaining independent benefits, material or personal. A corruptive event is defined as an event which increases the probability of corruption. Employees are defined as all persons working for the Hospital, regardless the type of their job and its legal basis. In the case of a corruptive event occurring in connection with the activity of the Hospital, the procedure encompasses all those persons, as well as other subjects.

Persons responsible for supervision over the personnel are defined as managers of the organisational units, and all the employees and other people providing health services for the benefit of the Hospital are obliged to comply with the rules and to carry out the dispositions of the procedure.

Patients, their relatives and third persons as well as entities cooperating with the Hospital can report potentially corruptive incidents/events to the Hospital Director or their Deputies. Also, each employee who witnesses an event which in their opinion may influence the fulfilment of Hospital's objectives and tasks is obliged to report it.

Such information can be delivered in written form, by e-mail, personally or by telephone. The Deputies are obliged to immediately inform the Director about the information received. The Director consults a legal advisor in order to confirm or dismiss a corruptive event and to find out whether the law was violated, and then by means of a directive appoints Commission of Inquiry. The Commission should include 3–5 employees of the Hospital who have an impeccable reputation as well as a representative of Ethics Group and the Management Representative for Quality. In case when the claim of corruption is deemed valid, the Commission has to initiate explanatory actions. If the claim needs to be assessed by persons with the capacity to evaluate its validity, including a legal advisor, the Commission asks such opinion. If it is necessary to get into contact with persons from outside the Hospital, such decision is made jointly by the Director and the Head of the Commission. In case when the Commission concludes that the incident violated the law, the Hospital Director is informed and they decide as to the further actions. If the incident is classified as a corruptive event prosecuted *ex officio*, the Director immediately informs the law enforcement agencies. The works of the Commission are minuted, especially the information concerning the evidence, its assessment, and the Commission's decision about the validity of the claim. The Head of the Commission presents the minutes to the Hospital Director, who confirms it or ask to complement it. Moreover, an employee appointed by the Director maintains a record of all corruptive events.

The procedure defines the rules of dealing with gifts. It is defined that conditioning a health service on any financial gain, act or omission is unacceptable. What is more, the Hospital's employees must not demand or accept gifts (benefits of any value, i.e. money, material things, as well as a promise of getting job, obtaining certain documents etc.) from the patients, their families and third persons. It is acceptable to receive a gift (e.g. flowers) as a token of gratitude of the patient after the treatment, nevertheless, in every such situation its adequacy should be evaluated. The circumstances of giving and receiving the gift should not raise any suspicions as to it not being a corruptive, unethical or illegal deed.

The procedure also defines the rules which the employees have to comply with while taking part in seminars, conferences or courses organised by private entities, e.g. pharmaceutical companies. The employees of the Hospital may take part in conferences, seminars or courses organised by private entities only if the objectives of those are in line with the objectives stipulated in the Hospital's Statutes, and if it is impossible for the employer to organise a course on the same subject and at the same level. It is not accepta-

ble that an employee of the Hospital take part in seminars, conferences or courses organised by private entities of the medical sector, during which the hospitality exceeds the main objective of the meeting. An employee who is planning to take part in a conference, seminar or course as a representative of the Hospital is obliged to inform their superior about it within 14 days from the scheduled date of the event and to obtain their written consent. After the course the employee evaluates it according to the general rules in force in the Hospital [*Procedura antykorupcyjna* 2017].

Summing up

The implementation of the anti-corruption policy and procedures guarantee that the task will be performed in a reliable and honest way, the risk of corruptive events is minimized, and the social trust towards the hospital increases, which influences the building of its positive image. The anti-corruption procedure in Jan Paweł II Hospital in Bełchatów will be the basis to apply for ISO 37001 certificate.

References

Kowalczyk J. (2012), *Przeciwdziałanie korupcji w ochronie zdrowia*, Wydawnictwa Fachowe Ce-DeWu, Warszawa.

Procedura antykorupcyjna Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie (2017), Bełchatów.

System przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym, [online], <https://www.pbsg.pl/project/system-przeciwdzialania-zagrozeniom-korupcyjnym/>, access date: 20.11.2017.

System Zarządzania Antykorupcyjnego zgodny z BS 10500, [online] <https://www.iso.org.pl/uslugi-zarzadzania/wdrazanie-systemow/zarzadzanie-ryzykiem/bs-10500/>, access date: 18.11.2017.

Systemy zarządzania działaniami antykorupcyjnymi. Wymagania i wytyczne stosowania. Norma Międzynarodowa ISO 37001:2016. Anti-bribery management systems. Requirements with guidance for use (2017), Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa.

Marcin Kautsch

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

mxkautsc@wp.pl

Kazimierz Cięciak

Comarch Healthcare

kazimierz.cieciak@gmail.com

Systemy identyfikacji aparatury medycznej a problemy kadrowe polskich szpitali – szanse i perspektywy

Medical Equipment Identification System and Staffing Problem of Polish Hospitals – Opportunities and Perspectives

Abstract: This article presents typical hospitals' problem – medical equipment management (most of all – identification of this equipment) and the estimated costs associated with these problems. Systems that enable the identification of medical equipment in hospitals and the benefits that hospitals may obtain due to the use of these systems are also presented. The above issue was presented in relation to staffing shortages, especially among nurses. Staff shortages begin to be visible in the Polish health care system. The projections of the changes concerning the number of nurses were presented as well as their impact on the applicability of the RFID system (*Radio-Frequency Identification*) in combination with RTLS system (*Real-Time Locating Systems*) to assist in the management of medical equipment in hospitals. Application of the above systems would in fact increase patient safety and reduce the burden on the staff related to unnecessary work of the identification and search for medical devices and thus would result in substantial financial savings.

Key words: RFID System, RTLS, hospitals, medical equipment, nurses, labour costs

Wprowadzenie

Postęp technologiczny sprawia, że w szpitalach pojawia się coraz więcej różnorodnych aparatów, zwiększających możliwości ludzi w pracy lub zastępujących ich. Aparaty te wspomagają proces diagnozowania i terapii, a także działania o charakterze nieklinicznym (aparatura techniczna, zwiększająca się liczba komputerów itp.). Są to urządzenia coraz mniejsze i bardziej mobilne, co pozwala je przenosić, a więc umożliwia ich zastosowanie na różnych oddziałach. Te nowe możliwości przyczyniają się jednak do powstania trudności w zarządzaniu posiadanym majątkiem ze względu na konieczność lokalizowania jego mobilnych składowych, co z kolei prowadzi do problemów z lokalizowaniem i efektywnym zarządzaniem rosnącą liczbą aparatury. To, że duża część tych aparatów może być przemieszczana pomiędzy pomieszczeniami i budynkami, powoduje utrudnienia w zapewnieniu właściwego nadzoru właścicielskiego, a także w ciągłym utrzymaniu urządzeń w stanie zgodnym z obowiązującymi przepisami oraz zaleceniami producentów.

Postępujące zmniejszanie się rozmiarów i rosnąca liczba aparatów sprawiają, że problem zarządzania nimi będzie narastał. W niniejszym artykule podjęto próbę oszacowania jego skali w systemie ochrony zdrowia w Polsce i możliwości podjęcia działań wpływających na jego zmniejszenie. Przedstawiono także zalety nowoczesnych systemów wspomagania zarządzania. Odniesiono się przy tym do zapotrzebowania na pracę pielęgniarek, jako grupy zawodowej, której, w największym stopniu, dotyczy kwestia lokalizowania aparatury.

Aparatura medyczna w szpitalach i dostęp do niej

Charakter usług medycznych, często ratujących życie, które muszą być wykonywane bez zwłoki, powoduje konieczność zapewnienia dostępu do aparatury medycznej stosunkowo szerokiemu spektrum oddziałów szpitalnych. Trudności z dostępem do potrzebnego aparatu powodują powstanie błędnego koła – personel nierzadko tworzy sekretne schowki na urządzenia, by móc skorzystać z nich, kiedy będą potrzebne, co blokuje możliwość użycia tych aparatów do realizacji świadczeń dla pacjentów innych komórek organizacyjnych szpitala. Działania takie stwarzają jednocześnie wrażenie, że w jednostce cały czas występują braki niezbędnej aparatury, bo dostęp do tej już posiadanej zostaje ograniczony. Wywołuje to sztuczny popyt na aparaty, których wciąż jest za mało i stałą presję na zakupy kolejnych „niezbędnych” urządzeń dla innych pracowników czy oddziałów. Prowadzi to do zakupów takich urządzeń, które nie są potrzebne, a generują straty szpitala, nazywane zwykle wysokimi kosztami.

Wspomniana presja na zakup dodatkowego sprzętu występuje nie tylko w Polsce. Kłopoty z odnalezieniem pomp strzykawkowych w jednym z brytyjskich szpitali spra-

wiły, że rozważano w nim możliwość zakupu 10 dodatkowych urządzeń, których koszt znacznie przekraczał koszt zastosowania systemu RFID, a więc specjalnego systemu identyfikacji (szczegółowo zostanie on omówiony w dalszej części artykułu) pozwalającego monitorować to, gdzie znajdują się aparaty będące własnością szpitala (a nie tylko wspomniane strzykawki). W efekcie zdecydowano się na rozwiązanie polegające na otągowaniu 85 urządzeń. Koszt przedsięwzięcia wyniósł 3000 funtów, co pozwoliło uzyskać roczne oszczędności w wysokości 31 500 funtów [Booth 2013].

Sposób prowadzenia statystyki publicznej nie pozwala na publiczny dostęp do danych na temat aparatury w szpitalach w Polsce, zwłaszcza na temat takich aparatów, które mogą być przenoszone, co ma związek z ich stosunkowo niską ceną jednostkową. Tego typu statystyki można prowadzić wyłącznie na poziomie jednostek. Dostępne publicznie dane dotyczą jedynie takich dużych i kosztownych rodzajów aparatów, jak tomografy komputerowe czy systemy do rezonansu magnetycznego. Wśród baz danych zawierających informacje na temat wspomnianej drogiej aparatury medycznej można wymienić np. bazę OECD [2016]. Nie ma jednak analogicznych zestawień dla takich aparatów, jak: ultrasonografy, pompy infuzyjne, defibrylatory itp., które faktycznie są mobilne, w przeciwieństwie do wyżej wymienionych. Trudno jest więc oszacować, ilu i jakich aparatów (będących w posiadaniu polskich szpitali) dotyczy omawiany problem. Doświadczenia autorów wskazują, że dublowanie się aparatury jest w polskich placówkach ochrony zdrowia zjawiskiem powszechnym. W jednym ze szpitali autorzy spotkali się z sytuacją, w której było ono wyjątkowo nasilone. I tak, w tej jednostce, liczącej 621 łóżek, m.in. było (zgodnie ze spisem inwentarzowym):

- 31 sztuk aparatów do EKG,
- 17 aparatów do znieczulenia ogólnego,
- 16 aparatów rentgenowskich,
- 7 ciemni automatycznych,
- 3 mammografy,
- 83 pojemniki siatkowe do sterylizacji,
- 42 pompy infuzyjne,
- 18 respiratorów,
- 11 ultrasonografów (w tym ultrasonografy specjalistyczne).

Jeden aparat EKG przypadał więc na około 20 łóżek szpitalnych, a jeden aparat rentgenowski na około 38 łóżek, co nawet w przypadku szpitala zlokalizowanego w kilku budynkach jest sytuacją co najmniej mało racjonalną.

Podany przykład pokazuje skalę oczywistego niewykorzystania (marnotrawstwa) aparatury w wybranej jednostce i nie jest odosobniony. Nie sposób podać przybliżonej wartości aparatury przenośnej, której dotyczyć może problem lokalizacji. Można jedynie odnotować, że wartość pozycji *Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia* w ochro-

nie zdrowia i pomocy społecznej wynosiła 8,6 mld zł w 1999 r. [GUS 2001], a w 2014 r. – 32 mld zł [GUS 2015, s. 50]. Przyrost ten jest więc imponujący, bo wynosi 274%, zwłaszcza, jeśli weźmie się pod uwagę, że w omawianym okresie sporo aparatów zostało wycofanych ze względu na ich wiek. Przywoływane dane pokazują zatem w sposób jednoznaczny, że jednostki ochrony zdrowia są coraz lepiej wyposażone. Ten, tak szybko, zwiększający się majątek powinien skłaniać omawiane jednostki do zwiększonego zainteresowania tym, jak jest wykorzystywany. Ma to szczególnie znaczenie w zestawieniu z powszechnymi narzekaniami na niskie kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz stałym zadłużeniem szpitali wynoszącym miliardy złotych [Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzo>, dostęp: 13.11.2016.].

Lepsze zarządzanie majątkiem (jak pokazano to na przykładzie wspomnianego wcześniej brytyjskiego szpitala) może bowiem przynieść znaczące oszczędności. Warto także odnotować, że oszczędności te można określić mianem relatywnie łatwych do wprowadzenia, gdyż nie dotyczą one sposobu udzielania świadczeń, nie wiążą się też ze zwolnieniami personelu.

System RFID

Opisywane problemy z aparaturą medyczną można starać się rozwiązać na różne sposoby. Jedną z możliwości jest zastosowanie, pozwalającego na lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów, systemu wykorzystującego technologie oparte na RFID (ang. *Radio-Frequency Identification*) czyli automatycznej identyfikacji za pomocą fal radiowych, w połączeniu z RTLS (ang. *Real-Time Locating Systems*) czyli systemami lokalizowania w czasie rzeczywistym. Rozwiązanie to pozwala na sprawną realizację procesów terapeutycznych, w których stosowana jest aparatura medyczna [Stępniewski, Karniej, Kęsy 2011, s. 212], a także tych, które nie dotyczą działań klinicznych, ale muszą być podejmowane dla efektywnego funkcjonowania organizacji. Zastosowanie takich rozwiązań umożliwia zidentyfikowanie, potwierdzenie tożsamości oraz wskazywanie lokalizacji wybranego aparatu objętego działaniem RFID/RTLS. Wynik (w formie graficznej) przedstawia bieżącą lokalizację i całą historię przemieszczania się urządzenia. Aparat nie tylko może być szybko odnaleziony przez personel jednostki, można też dokonać analizy jego wykorzystania przez poszczególnych użytkowników wskutek powiązania danych z innymi, dotyczącymi liczby procedur wykonanych za pomocą analizowanego urządzenia.

Technologia RFID jest jeszcze niezmiernie rzadko spotykana w sektorze ochrony zdrowia w Europie, a w Polsce w praktyce nieznana. Znajduje się ona natomiast na opracowanej przez RAND Europe [2009] liście dziesięciu najbardziej innowacyjnych technologii ostatnich 25 lat. System znalazł szerokie zastosowania choćby w handlu detalicz-

nym, logistyce czy transporcie. Już w 2010 r. IdTechEx przewidywał, że łączny rynek dla różnych systemów RFID oraz rynek tagów, czyli znaczników, w sektorze ochrony zdrowia będzie gwałtownie rósł – od blisko 121 mln USD w 2008 r. do przeszło 2 mld w 2018 r. [RAND Europe 2010]. Ma to być więc wzrost ponad piętnastokrotny. Wśród głównych przyczyn takiego znacznego wzrostu należy wymienić kwestie kliniczne (zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta/ jakości opieki) i ekonomiczne. RAND Europe [2010] uważa, że lokalizowanie urządzeń medycznych jest jednym z najbardziej obiecujących zastosowań technologii RFID w sektorze zdrowia.

Zasady działania RFID¹

RFID składa się z dwóch podstawowych komponentów – tagu i czytnika. Tagi mogą być pasywne i aktywne. Tag pasywny musi być zasilony przez czytnik, by wyemitować sygnał. Tagi pasywne używane są w wielu gałęziach przemysłu do zabezpieczeń i zarządzania aktywami. Wydaje się, że wykorzystanie tagów pasywnych do bieżącej lokalizacji kosztownego sprzętu medycznego nie przyniesie korzyści przewyższających nakłady niezbędne do ich wprowadzenia. Urządzenie wyposażone w tag pasywny, informuje bowiem o zmianie lokalizacji, tylko wtedy, gdy przemieszcza się w strefie odczytu sygnału przez czytnik. W przypadku potrzeby zdobycia wiedzy o tym, gdzie wybrany aparat się znajduje, taka informacja jest niewystarczająca. Na istotne korzyści można by natomiast liczyć, jeżeli odczyt sygnału dokonywany byłby w sposób ciągły (tag aktywny).

Tag aktywny (wyposażony w baterię o długim czasie działania) przesyła sygnał zawierający m.in. takie podstawowe informacje, jak: czas przesłania, lokalizacja tagu oraz stan baterii go zasilającej. Można jednak rozszerzać zakres tych informacji, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części artykułu.

Wyposażenie systemu w bazy danych i oprogramowanie przetwarzające dane pozwala na pełne wykorzystanie możliwości, jakie daje omawiane narzędzie. By w pełni efektywnie zarządzać urządzeniami medycznymi, oprogramowanie to powinno być zintegrowane z innymi systemami informatycznymi istniejącymi w szpitalu [Maliff 2013]. Korzyści z takiej integracji są wielorakie, w tym miejscu wymieńmy więc tylko możliwość niezwykle szczegółowych analiz, mogących przyczynić się do poprawy zarządzania majątkiem objętym działaniem systemu, a przez to do poprawy efektywności funkcjonowania całej organizacji.

Sygnał z tagów aktywnych może być transmitowany przez sieć Wi-Fi i odczytywany przez czytniki stacjonarne. Choć sieci Wi-Fi charakteryzują się dużą elastycznością, jeżeli chodzi o możliwość ich wykorzystania (jak choćby dostęp do sieci szpitalnej i dokumen-

¹ W tej części artykułu wykorzystano dane według: [Booth 2013] oraz [Swedberg, <http://www.rfidjournal.com/articles/view?10916/2>, dostęp: 5.07.2014].

tacji medycznej, publiczny dostęp do Internetu, komunikacja VoIP), z doświadczeń autorów wynika, że większość szpitali w Polsce nie posiada wystarczającej infrastruktury sieci bezprzewodowej, która mogłaby w pełni współpracować z systemem RFID. Łączyć to można z małą przepustowością istniejących sieci oraz zwiększającą się liczbą użytkowników wśród pracowników, a także pacjentów. Należy też odnotować, że liczba takich pacjentów będzie rosła, w związku z pojawianiem się nowych możliwości oferowanych przez Internet oraz zmieniającą się populacją pacjentów (do szpitali będzie trafiać więcej osób, które na co dzień korzystają z Internetu). Wybudowanie infrastruktury, będącej w stanie poradzić sobie ze wzmożonym „ruchem w sieci”, wiąże się z istotnymi nakładami. Według kosztorysu sporządzonego dla największego szpitala w Polsce – koszt stworzenia infrastruktury Wi-Fi w celu wykorzystania jej m.in. przez system RFID dla jednego z wielu budynków, w którym prowadzona jest działalność lecznicza, wyniosłby blisko 2,3 mln zł. Baza łóżkowa wspomnianego budynku to zaledwie 137 łóżek. Biorąc pod uwagę, że średnia wielkość publicznego szpitala w Polsce w 2011 r. wyniosła 312 łóżek, według obliczeń własnych autorów na podstawie danych według Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia [2012, s. 58]², koszt pełnej instalacji dla średniej wielkości szpitala wyniosłby zapewne kilka milionów złotych. Bliższe szacunki wielkości nakładów nie są możliwe ze względu na różnice infrastrukturalne między szpitalami, jednak z pewnością byłby to koszt znacznie przekraczający dwa, a być może i trzy miliardy złotych, w skali całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Dlatego, mając na względzie obecny poziom cen zakupu i użytkowania systemu, rozwiązanie oparte na połączeniu czytników stacjonarnych i mobilnych wydaje się być rozsądnym kompromisem między tym, co daje w pełni wdrożony system, a możliwościami finansowymi szpitali.

Korzyści z zastosowania systemu RFID/RTLS w zarządzaniu majątkiem

W dostępnej literaturze przedmiotu wymieniane są następujące korzyści wynikające z zastosowania technologii do lokalizacji oraz zarządzania medycznymi urządzeniami [RAND Europe 2010, Booth 2013, James 2013, s. 87–89]:

- ograniczenie kosztów organizacji: redukcja kosztów związanych z pracą, zmniejszenie wydatków inwestycyjnych, minimalizacja wydatków związanych z opłatami czynszowymi, ograniczenie wydatków operacyjnych, uniknięcie zagubienia sprzętu, ograniczenie składek ubezpieczeniowych majątku;
- poprawa jakości świadczonych usług: pewność, że dane urządzenie jest dostępne

² Ze względu na to, że późniejsze dane nie uwzględniają podziału na szpitale publiczne i niepubliczne (a liczba tych drugich rośnie, są przy tym znacząco mniejsze i zaniżają wartość średniej wielkości szpitala), zdecydowano się podać dane za 2012 r.

nie tylko tam, gdzie jest potrzebne, ale i we właściwym czasie, że sprzęt jest sprawny oraz spełnia odpowiednie wymogi epidemiologiczne, a także: ograniczenie opóźnień w przeprowadzeniu czynności klinicznych;

- poprawa zarządzania ryzykiem: zwiększenie skuteczności działań zapobiegawczych i korygujących, usprawnienie procesów związanych z audytem urządzeń, pełniejsza realizacja wymogów prawa, dostarczanie kompletnych danych ułatwiających podejmowanie decyzji, dokładniejszy nadzór nad podmiotami świadczącymi usługi w zakresie sprzętu medycznego;
- zwiększenie efektywności funkcjonowania jednostki: poprawa efektywności klinicznej, efektywności pracy personelu zajmującego się aparaturą medyczną, skrócenie czasu przeglądu, generowanie raportów zarządczych, skuteczniejsze planowanie prowadzonych działań klinicznych.

Wskazuje się też na oszczędności związane z zastosowaniem RFID, które miały miejsce po wprowadzeniu systemu np. w Peninsula Regional Medical Center [Stanley Healthcare 2013]:

- w pierwszym roku korzystania z systemu uniknięto dodatkowych zakupów pomp infuzyjnych za 250 tys. USD;
- poprawiono lokalizowanie monitorów parametrów życiowych, co ograniczyło koszt ich zakupu do 36 tys. USD rocznie;
- ograniczono koszty dzierżawy sprzętu;
- zaoszczędzono pełne 2 tygodnie czasu pracy 4 pracowników dokonujących przeglądu sprzętu;
- zdalny odczyt temperatury w lodówkach wyposażonych w specjalne tagi RFID pozwolił zaoszczędzić 1700 godzin rocznie pracy personelu, dokonującego wcześniej odczytów.

Kolejne potencjalne zyski dla organizacji ochrony zdrowia, możliwe do uzyskania dzięki implementacji opisywanego systemu, to także usprawnienie procesu opieki nad pacjentem i eliminacja jego „wąskich gardeł”, jak również pomoc w utrzymaniu optymalnych poziomów zapasów magazynowych [Lorenzi 2011].

Szacowane korzyści z wprowadzenia systemów RFID w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Prognozy na przyszłość

Lepsza identyfikacja posiadanych urządzeń, a przez to poprawa ich dostępności, to także ograniczenie strat czasu w pracy personelu, wynikających z konieczności odnalezienia wyposażenia. Badania wskazują, że 44% amerykańskich pielęgniarek traci do 30 minut, a 41% aż 30–60 minut, podczas jednej zmiany, na poszukiwanie potrzebnych zasobów,

natomiast 10% pielęgniarek marnuje na to 1–3 godziny [Dare 2009]. Mając na względzie, że w Stanach Zjednoczonych w 2016 r. było prawie 4 mln czynnych zawodowo pielęgniarek [Kaiser Family Foundation 2016], liczba pieniędzy traconych w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej na odnalezienie sprzętu jest wręcz astronomiczna.

Autorzy mają świadomość, że amerykański system ochrony zdrowia różni się od polskiego, inaczej też zatrudniane są pielęgniarki. W Polsce można mówić o większym przypisaniu zatrudnionych do komórek organizacyjnych, istotnym ograniczeniu rotacji personelu, a przez to i ograniczonej konieczności „uczenia się” przez wciąż nowe kadry tego, gdzie znajduje się w danej chwili potrzebny aparat. Można jednak spróbować odnieść dane z przywoływanych badań do sytuacji w Polsce. W 2015 r., w Polsce, w szpitalach ogólnych zatrudnionych było 118 432 pielęgniarek na podstawie stosunku pracy i 15 880 w ramach umowy cywilno-prawnej [Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2016, s. 58]. Przy założeniu, że część z nich zatrudniona była w niepełnym wymiarze godzin, można przyjąć, że było to 90 000 osób pracujących w pełnym wymiarze. W uproszczeniu (odliczając dni wolne, święta, urlopy) można założyć, że w Polsce jest 220 dni roboczych. Przyjmijmy założenie, że średnio polska pielęgniarka dziennie traci tylko 10 minut na poszukiwanie aparatury (a więc znacznie mniej niż jej amerykańska odpowiedniczka). Przy tym założeniu strata ta w systemie polskim wynosiłaby 3,3 mln roboczogodzin rocznie, to jest 435 165 dniówek (przy założeniu, że pielęgniarka pracuje 7 godzin 35 minut). W systemie ochrony zdrowia jest to więc 1979 etatów, jakie poświęcane są wyłącznie na poszukiwanie aparatury. Biorąc pod uwagę, że w 2014 r. pielęgniarki w publicznym sektorze, z tytułu umowy o pracę zarabiały średnio 3309 zł [Pulanecki 2014], w skali roku prawie 78,6 mln zł byłoby, przy powyższych założeniach, tracone na poszukiwanie „zaginionych” aparatów³.

Przy szacowaniu korzyści możliwych do osiągnięcia, należy brać pod uwagę koszt uruchomienia całego systemu, jak też i koszty jego użytkowania. Kłopot z wyliczeniem stopy zwrotu z inwestycji w omawianą technologię polega również na niezwykle dużej różnicy kosztów w zależności od wybranego rozwiązania. I tak na przykład (ponownie dla rynku amerykańskiego), dla szpitala o 300 łóżkach, przy założeniu, że otagowanych zostanie 3000 urządzeń, przy wymaganej dokładności lokalizacji do jednego pomieszczenia, koszty te mogą wynosić od 100 tys. do 2 mln USD [Maliff 2013].

Nie są dostępne kompletne analizy obejmujące porównanie kosztów uruchomienia i użytkowania systemu w zestawieniu z zyskami wynikającymi z jego użytkowania, jednak znalezione pozycje w literaturze przedmiotu wskazują na liczne dodatkowe korzyści przy rozszerzeniu systemu o dodatkowe funkcjonalności, związane z możliwością zbierania danych o procesie diagnostyki i leczenia pacjenta, personelu klinicznym biorącym udział w tym procesie, jak i interakcjach pomiędzy składowymi całego systemu [RAND

³ W powyższych wyliczeniach wzięto pod uwagę 12 wypłat w roku, bez „trzynastki”.

Europe 2009, Maliff 2013]. Właśnie kompleksowe wykorzystanie potencjału tej technologii pozwala osiągnąć maksimum korzyści, choć wiąże się z większymi kosztami.

Różnice między rynkiem polskim i amerykańskim utrudniają też próbę oszacowania oszczędności związanych z wprowadzeniem omawianych systemów. Różnice te obejmują koszty pracy (niższe w Polsce) i koszty zakupu i instalacji systemu (niższe w USA). Można jednak przyjąć, że różnice te będą się zmniejszać, i to już w nieodległej przyszłości. Wynika to ze spadających kosztów technologii oraz rosnących zarobków pielęgniarek w Polsce. Wzrost ten będzie zapewne coraz szybszy, w związku z pojawiającymi się brakami kadrowymi wśród personelu pielęgniarskiego. W Polsce liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek przypadająca na 1000 mieszkańców jest bardzo niska. Dla europejskich krajów OECD wskaźnik ten w 2014 r. (lub najbliższym dostępnym) wynosił 9,94, a dla Polski jedynie 5,24 [OECD 2016]. Omawiana grupa zawodowa starzeje się też bardzo szybko, dużo szybciej niż społeczeństwo, co jest efektem niskiego zainteresowania tym zawodem. W latach 2010–2020 do systemu trafić ma 19 954 pielęgniarek [Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz>, dostęp: 13.11.2016.], przy czym dane te są zawyżone w związku z ponownie wzrastającą ich skłonnością do emigracji. Natomiast opuścić go (z powodu nabywania prawa do emerytury) ma 80 814 osób (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2010, s. 18]. Nawet więc, jeśli wszystkie absolwentki będą pracować w zawodzie w Polsce, na jedną nową pielęgniarkę przypadać będą 4, które odejdą. Jest to (w związku ze wspomnianą skłonnością do emigracji) założenie huraoptymistyczne. Według prognoz w 2035 r. wskaźnik pielęgniarek na 1000 osób ma wynieść 2,60 [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2013, s. 155]. W tych okolicznościach wzrost zapotrzebowania na pracę pielęgniarek wymusi znaczny wzrost zarobków tej grupy zawodowej. Na cenę, jaką przyjdzie w Polsce płacić za pracę pielęgniarek, wpływ będzie także miało starzenie się społeczeństwa powodujące wspomniany wzrost potrzeb zdrowotnych, w tym, w dużym stopniu, potrzeb pielęgnacyjnych (starsze osoby wymagają większej opieki). Nie do przecenienia jest też zmiana modelu rodziny, w której osoby młodsze coraz mniej chętnie opiekują się swoimi starszymi krewnymi. To wszystko zmieni relacje między kosztami uruchomienia i utrzymywania systemów omawianych w niniejszym artykule a kosztami pracy osób, które obecnie zajmują się poszukiwaniem aparatury niezbędnej do świadczenia usług zdrowotnych.

Podsumowanie i wnioski

Jak wskazano w artykule, obecnie występuje kilka zjawisk, które powinny skłaniać do podejmowania działań mających na celu usprawnienie zarządzania przenośną aparaturą medyczną, a wręcz wymuszać takie kroki. Jest to zmniejszanie się rozmiarów aparatury

medycznej i możliwość jej przemieszczania, rosnąca liczba aparatów, zwiększające się zapotrzebowanie na pracę ludzką i braki kadrowe wśród personelu pielęgniarskiego. Braki te – zapewne – będą uzupełniane przez zatrudnianie innych grup zawodowych, mogących przejąć pewne zadania wykonywane obecnie przez pielęgniarki, najprawdopodobniej także w coraz większym stopniu stosowane będą rozwiązania polegające na korzystaniu z różnych rozwiązań pracy tymczasowej dla pielęgniarek. Powyższe fakty, wraz z rosnącymi zarobkami tej grupy zawodowej oraz coraz niższymi kosztami instalacji i użytkowania technologii typu RFID, powinny skłaniać do wprowadzania tych właśnie technologii w coraz szerszym stopniu. Dodatkowe zastosowanie systemu wiąże się z coraz silniej występującym w Europie trendem świadczenia usług medycznych w domu pacjenta z wykorzystaniem telemedycyny [Pedersen, http://www.renewinghealth.eu/c/document_library/get_file?uuid=a9918a2b-bf3f-4f2f-a6d3-23e62f1de0c3&groupId=28946, dostęp: 13.07.2014, Dyrvig, http://www.renewinghealth.eu/c/document_library/get_file?uuid=b61ac4ba-f43a-4469-9504-3f3d9f02464c&groupId=28946, dostęp: 13.07.2014.]. W tych rozwiązaniach wiedza o tym czy dany aparat znajduje się na terenie jednostki, czy u pacjenta, jest kluczowa, jeśli chodzi o nadzór nad sprzętem, efektywne zarządzanie nim, a przede wszystkim – możliwość udzielania skutecznej pomocy/opieki osobie jej potrzebującej.

Na podstawie niewielkiej bazy dowodów, nie sposób jednoznacznie ocenić skali korzyści, jakie związane są z wprowadzeniem omawianych systemów. Przytoczone przypadki pokazują jednak, że oszczędności mogą – i to znacząco – przewyższać nakłady potrzebne na wdrożenie i utrzymanie omówionych w artykule systemów. Ich prognozowany rozwój i symulacje dotyczące kosztów zdają się wskazywać, że w systemie ochrony zdrowia można mówić o kilku miliardach złotych rocznie. Kwota ta jest więc nie do przecenienia, jeżeli weźmie się pod uwagę, że budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. wyniósł 69,8 mld zł, a wydatki na świadczenia szpitalne – 33,2 mld zł [Narodowy Fundusz Zdrowia 2014].

Należy mieć także świadomość, że coraz większe wykorzystywanie różnego rodzaju aparatów i elektroniki prowadzić będzie do odhumanizowania procesów leczenia i opieki. Przy słusznej krytyce takiego zjawiska, truizmem będzie stwierdzenie, że nie da się go uniknąć, bo taka jest cena postępu. Dlatego też należy się zastanowić, jak wprowadzać omawiane systemy, a nie, czy je stosować, żeby – zgodnie z najważniejszą zasadą obowiązującą w medycynie – po pierwsze nie szkodzić.

Bibliografia

Booth C. (2013), *The Role of RFID in Managing Mobile Medical Devices*, [online] http://www.harlandsimon.com/downloads/White%20Paper_The%20Role%20of%20RFID%20in%20Managing%20Mobile%20Medical%20Devices%20160713.pdf, dostęp: 5.05.2014.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2016), *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.

Dare F. (2009), *The High Costs of Nurses' Communication Challenges*, „Cisco”, [online] http://www.cisco.com/web/strategy/docs/healthcare/Nurses_Survey_Report.pdf, dostęp: 6.07.2014.

Dyrvig A.K. (niedatowane), *Transferability of Results of Multidisciplinary Evaluations of Telemedicine – COPD Briefcase as Study Case*, [online] http://www.renewinghealth.eu/c/document_library/get_file?uuid=b61ac4ba-f43a-4469-9504-3f3d9f02464c&groupId=28946, dostęp: 13.07.2014.

GUS (2001), *Inwestycje i środki trwałe w gospodarce narodowej. Część II. Wartość środków trwałych w gospodarce narodowej*, GUS, [online] www.stat.gov.pl, dostęp: 13.07.2010.

GUS (2015), *Środki trwałe w gospodarce narodowej w 2014 roku*, Warszawa.

James A. (2013), *RFID Solution Benefits Cambridge Hospital*, „Health Estate Journal”, Vol. 67, No. 9.

Kaiser Family Foundation (2016), *Total Number of Professionally Active Nurses*, [online] <http://kff.org/other/state-indicator/total-registered-nurses/?currentTimeframe=0>, dostęp: 25.11.2016.

Lorenzi N. (2011), *Tracking changes*, „Health Facilities Management”, [online] http://www.hfm-magazine.com/display/HFM-news-article.dhtml?dcrPath=/templatedata/HF_Common/News-Article/data/HFM/Magazine/2011/Aug/0811HFM_FEA_Marketplace, dostęp: 23.07.2014.

Maliff R. (2013), *Working in Real Time. Selecting a Cost-effective Location System*, „Health Facilities Management”, [online] http://www.hfmmagazine.com/display/HFM-news-article.dhtml?dcrPath=/templatedata/HF_Common/NewsArticle/data/HFM/Magazine/2013/Jun/0613HFM_FEA_technology%20, dostęp: 6.07.2014.

Ministerstwo Zdrowia (niedatowane), *Zadłużenie SP ZOZ*, [online] <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz>, dostęp: 13.11.2016.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (niedatowane), *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01-05-2004 do 31-12-2013, dla poszczególnych grup*, [online] http://www.nipip.pl/attachments/article/2622/Wydane_za%C5%9Bwiadczenia_2004-2013.pdf, dostęp: 13.07.2014.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Warszawa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2013), *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015-2035*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia (2014), *Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie, za okres 1.01-31.12.2015 r.*, [online] <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp: 25.11.2016.

OECD (2016), *Health Statistic 2016*, [online] http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, dostęp: 20.11.2016.

Pedersen C. D. (niedatowane), *Virtual Nurse Consultations for Patients with COPD – the Patient Briefcase*, [online] http://www.renewinghealth.eu/c/document_library/get_file?uuid=a9918a2b-bf3f-4f2f-a6d3-23e62f1de0c3&groupId=28946, dostęp: 13.07.2014.

Pulanecki M. (2014), *Wynagrodzenia w służbie zdrowia. Ile zarabiają lekarze, a ile pielęgniarki?*, [online] <http://www.regiopraca.pl/portal/rynek-pracy/zarobki/wynagrodzenia-w-sluzbie-zdrowia-ile-zarabiaja-lekarze-ile-pielegnarki>, dostęp: 14.07.2014.

RAND Europe (2009), *Study on the Requirements and Options for Radio Frequency Identification (RFID) Application in Healthcare, Final Report*, [online] http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR608.1.pdf, dostęp: 5.07.2014.

RAND Europe (2010), *Policy Options for Radio Frequency Identification (RFID) Application in Healthcare; A Prospective View*, [online] http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR767-1.pdf, dostęp: 5.07.2014.

Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (2011), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Stanley Healthcare (2013), *Case Study: Peninsula Regional Medical Center*, [online] http://img.en25.com/Web/AeroScout/%7B05388c3f-599c-4539-8c8e-e843b2caba42%7D_DOC-12-85009-AA_AeroScout_PPMC_Case_Study.pdf, dostęp: 19.07.2014.

Swedberg C., *RFID Boosts Medical Equipment Usage at U.K. Hospital*, „RFID Journal”, [online] <http://www.rfidjournal.com/articles/view?10916/2>, dostęp: 5.07.2014.

Ewa Mojs

Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ewa_mojs@poczta.onet.pl

Rafał Staszewski

Zakład Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Włodzimierz Samborski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital
Kliniczny im. W. Degi, Katedra Reumatologii i Rehabilitacji

Coaching menedżera w ochronie zdrowia jako element idei społecznej odpowiedzialności biznesu

Coaching as a Part of Managerial Education as a Part of Social Responsibility in Health Care Organizations

Abstract: Healthcare and its organization remain one of the most important and difficult sectors of economy. Every year the health sector consumes more and more money but increasing healthcare spending is not fully reflected in better quality and availability of healthcare services.

The study focuses on showing the need for developing managerial skills in healthcare. It also points to the fact that continuing education should include psychological skills training which entails trainee's active involvement in the educational process such as working with a coach or workshops. Development of managerial skills fits in the idea of social responsibility of business. Mindful and responsible managers take care not only of the financial results of their work but also actively create internal and external image of the organization and raise competitiveness of the organization on the healthcare market. Thanks to the effective coping the manager fulfills the principle of balanced development of the organization, which promotes well-being of both its patients and employees.

Key words: Coaching, health care system, social responsibility in business

Wprowadzenie

Ochrona zdrowia i jej organizacja jest jednym z najważniejszych i najtrudniejszych sektorów w gospodarkach, zwłaszcza tych, w których mocno rozwinięta jest strefa opieki socjalnej państw. Kraje rozwinięte w ramach opieki nad chorymi indywidualizują programy terapeutyczne, uwzględniając w nich zarówno aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Wiąże się to z sukcesywnym podnoszeniem wydatków na ochronę zdrowia, ale celem nadrzędnym jest przywrócenie pełnej sprawności chorego i jego powrót do pracy, zaś w dalszej perspektywie „zwrot” nakładów na jego powrót do zdrowia. Nakłady rosną także z tego powodu, iż państwa wzmacniają opiekę socjalną, przeciwdziałając wykluczeniu z powodów choroby lub przyczyn społecznych – biedy, bezrobocia itp.

Zwiększające się nakłady na ochronę zdrowia oraz doskonalenie regulacji prawnych sprzyjają rozwojowi rynku usług medycznych, tworzeniu wielu nowych podmiotów realizujących strategiczne cele w ochronie zdrowia w: opiece szpitalnej, ambulatoryjnej, praktyce lekarza ogólnego i opieki specjalistycznej (szpitale, poradnie), a to w konsekwencji wzmacnia konkurencyjność na rynku. Problematyka budowy przewagi konkurencyjnej w ochronie zdrowia nabiera obecnie istotnego znaczenia, zwłaszcza w kontekście potrzeby podnoszenia jakości usług, budowania zaufania do podmiotów oraz zrównoważenia rozwoju w szybko zmieniającym się otoczeniu. Dodatkowym czynnikiem przemawiającym za rozwojem konkurencyjności jest zwiększenie zapadalności na choroby przewlekłe w społeczeństwie, co wymaga wysokich nakładów, wyskospecjalistycznego sprzętu i opieki. Ta opieka nad chorym trwa jednak wiele lat, co powoduje, iż pacjent „zostawia” w wybranej przez siebie placówce znaczne środki finansowe – czy to w ramach refundacji przez NFZ, czy też środki prywatne. „Przewaga konkurencyjna staje się krytycznym czynnikiem sukcesu rynkowego, pozwala podwyższać rentowność działalności, działać w skali globalnej i »docierać do przyszłości przed innymi«. W procesie budowy przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa mogą wykorzystywać różnorodne czynniki i kombinacje zachodzące między nimi” [Nogalski, Rybicki 2007].

Społeczna odpowiedzialność biznesu

Teoria społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) zakłada, że rozwijające się przedsiębiorstwa dobrowolnie, na etapie budowania strategii, uwzględniają aspekty społeczne i ekologiczne podczas prowadzenia działań usługowych i kontaktów z różnymi grupami interesariuszy. Oznacza to, oprócz spełniania przez przedsiębiorstwo wszystkich wymogów formalnych i prawnych, że jego zarządzający podejmują się dobrowolnych działań, inwestycji w zasoby ludzkie, także w szkolenia kadry zarządzającej, w ochronę środowi-

ska, w relacje z interesariuszami, którzy wpływają na efektywność działalności gospodarczej oraz innowacyjność firm [Stefańska, Jaros 2014].

Organizacje działające na rynku usług zdrowotnych, przychodnie, szpitale publiczne i niepubliczne, apteki i firmy farmaceutyczne mogą zwiększać swoją konkurencyjność na rynkach, a równocześnie zagwarantują przestrzeganie zasad wynikających z Global Compact z zakresu praw człowieka. Organizacje zatem mogą – i powinny – podejmować działania zmierzające do przeciwdziałania korupcji, zapewnić wysokie standardy pracy, także w aspekcie warunków pracy, jak i stwarzania możliwości rozwoju dla pracowników. Organizacje powinny (powinność jest tu rozumiana jako standard społecznej odpowiedzialności) prowadzić działania pro publico bono w formie filantropii, mecenatu, sponsoringu profilaktyki chorób społecznych, organizować wsparcie przedsięwzięć edukacyjnych czy społecznie użytecznych [Stefańska, Jaros 2014, Wojtasiewicz 2008]. Zaangażowanie w działania społeczne i uwzględnienie ich w prowadzonej działalności wpływa na pozytywne postrzeganie firm przez społeczeństwo. Wydaje się to szczególnie istotne w odniesieniu do organizacji działających na rynku usług zdrowotnych, gdzie organizacja jest spostrzegana przez pryzmat respektowania wartości jaką jest zdrowie i dobro pacjenta, a nie tylko prowadzenia działalności dla zysku [Makowska 2010].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż społeczna odpowiedzialność biznesu może być rozpatrywana w wymiarze wewnętrznym firmy, jak i zewnętrznym. W zewnętrznym mamy do czynienia z działaniem na otoczenie: wpływ na społeczności lokalne, grupy pacjentów i stowarzyszenia chorych, na osoby znajdujące się w grupie ryzyka zachorowania na określone choroby, oddziaływanie na partnerów biznesowych, dostawców, instytucje publiczne, przestrzeganie praw człowieka i troskę o środowisko naturalne [Wojtasiewicz 2008]. W wymiarze wewnętrznym CSR dotyczy dbałości o rozwój pracowników, warunki pracy, ochronę zdrowia pracowników, zapewnienie możliwości rozwoju, stosowanie praktyk przeciwdziałających dyskryminacji, na przykład ze względu na płeć. CSR będzie się przejawiał także w stworzeniu środowiska wspierającego pracowników znajdujących się w trudniejszym położeniu, na przykład matki samotnie wychowujące dzieci, przy wystąpieniu chorób przewlekłych w rodzinie pracownika, stworzeniu narzędzi wsparcia finansowego dla osób przejściowo znajdujących się w trudniejszej sytuacji finansowej (utrata pracy przez współmałżonka, jego przewlekła choroba, zdarzenia losowe – utrata miejsca zamieszkania itp.).

Na społeczną odpowiedzialność biznesu w działalności podmiotów gospodarczych składają się takie obszary, jak:

- otoczenie rynkowe, czyli dostawcy, odbiorcy, kooperanci, konkurenci,
- sfera zatrudnienia, czyli zarządzanie zasobami ludzkimi,
- ochrona środowiska, czyli działania przedsiębiorstwa związane z użytkowaniem zasobów środowiska,

- relacje z inwestorami,
- otoczenie publiczne, czyli administracja publiczna, instytucje pożytku publicznego, organizacje społeczne i mieszkańców.

W obszarze otoczenia publicznego możliwe są działania i aktywności w formach sponsoringu, mecenatu, partnerstwa publiczno-prywatnego, a także w innych rodzajach współdziałania przedsiębiorstw ze sferą publiczną.

Ciekawą formą realizacji idei CSR w tym obszarze jest wolontariat pracowniczy, który może być realizowany w formie działań edukacyjnych w grupach zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Działania CSR organizacji wpływają na naukę i szkolnictwo, sport i kulturę oraz ochronę zdrowia. Obserwując zmiany na rynku organizacji ochrony zdrowia można zauważyć szereg działań CSR w otoczeniu zewnętrznym, szczególnie akcji edukacyjnych, profilaktycznych, wspierania organizacji pacjentów z chorobami przewlekłymi przeciwdziałających wykluczeniu chorych. Można zatem postawić tezę, iż działania CSR podnoszą świadomość prozdrowotną oraz poziom zdrowia społeczeństwa. Na tym polu, na przestrzeni ostatnich 10 lat dominującą rolę spełniają właśnie firmy farmaceutyczne, które w swojej działalności kierują się ideami CSR. Odgrywają szczególną rolę w działaniu na rzecz poprawy stanu zdrowia Polaków. Skupiają one swoje działania na edukacji zdrowotnej. W ostatnich latach na edukację zdrowotną firmy farmaceutyczne przeznaczyły 20 mln PLN [Makowska 2010]. Do 2010 r. przeprowadzono ponad 60 kampanii edukacyjnych, z których skorzystało ok. 620 tys. osób [Makowska 2010]. Przykładem takiego projektu jest „Ciśnienie na życie”, którego celem było uświadomienie Polakom, jakie ryzyko niesie za sobą brak profilaktyki chorób układu krążenia. Odbiorcy byli edukowani na temat szkodliwości nadciśnienia, zachęcano ich także do regularnych pomiarów ciśnienia. Kolejnym celem kampanii było wykonanie 200 tys. bezpłatnych pomiarów ciśnienia tętniczego. Za każdy wykonany pomiar Polfa Warszawa przekazała złotówkę na rzecz Kliniki Zdrowego Serca w Zabrze (<http://konkurs.kampaniespoleczne.pl>). Innym przykładem dobrych praktyk CSR jest Centrum Informacji o Przeziębieniu i Grypie. Jego celem jest podniesienie świadomości wszystkich osób w zakresie powszechnie występujących chorób. Centrum swoją misję realizuje głównie poprzez stronę internetową www.centrumgrypa.pl oraz współpracę z ekspertami medycznymi i przedstawicielami mediów (<https://www.uspzdrowie.pl/pl/spoleczna-odpowiedzialnosc-biznesu>).

Warto również podkreślić, iż innowacyjne przedsięwzięcia farmaceutyczne uczestniczą w ok. 150 inicjatywach w obszarze społecznej odpowiedzialności biznesu [Makowska 2010]. Firmy organizują tzw. białe soboty promując badania o charakterze przesiewowym i profilaktycznym. Dobrze prowadzona aktywność w ramach CSR organizacji staje się częścią strategii firmy oraz jest najczęściej dostrzegana i odczuwana przez społeczeństwo [Makowska 2010].

W literaturze przedmiotu wyróżnia się cztery poziomy zaangażowania społeczne-
go firm [Rok 2004]: pierwszy – poziom podstawowy, który dotyczy zasadniczej działal-
ności firmy i obejmuje efekty tej działalności wobec wszystkich zainteresowanych stron.
Wszelkie działania w tym obszarze podlegają regulacji prawnej i są obligatoryjne. Mówi-
ąc o organizacjach w ochronie zdrowia, mamy więc tworzenie, dostarczanie nowych
procedur leczniczych, algorytmów opieki nad daną grupą pacjentów, opracowywanie
nowych technologii i patentów, tworzenie i utrzymywanie nowych miejsc pracy, dbanie
o pracowników, ich edukację, wynagrodzenia itd. Drugi z poziomów to przedsięwzięcia
komercyjne w środowisku społecznym – działania, które mają na celu wspieranie rozwo-
ju firmy i jej sukces komercyjny, np. poprzez promocję wizerunku firmy. Najczęściej są
one podejmowane w postaci sponsoringu, edukacji lekarzy, farmaceutów i wreszcie sa-
mych pacjentów, należą do nich także opisywane wspomniane kampanie społeczne czy
białe soboty. Trzeci poziom to działania długoterminowe, podejmowane we współpra-
cy z przedstawicielami społeczności, którą firma chce wspierać i rozwiązywać zdefinio-
wane w jej obrębie określone problemy społeczne. Działania te mają wzmacniać pozy-
cję firmy i jednocześnie poprawiać jej wizerunek [Rok 2004]. Czwartym, ostatnim z po-
ziomów, jest działalność filantropijna, czyli dotacje (w różnej postaci). Są one odpowie-
dzią na prośby i apele organizacji dobroczynnych, organizacji i stowarzyszeń pozarzą-
dowych, osób indywidualnych, np. poprzez darowizny rzeczowe, pieniężne [Rok 2004].

Można stwierdzić, iż rozwój organizacji poprzez wprowadzanie idei CSR w ochronie
zdrowia zwiększa ich konkurencyjność na rynku poprzez budowanie zarówno pozytyw-
nego wizerunku zewnętrznego, wewnętrznego, jak i zmianę filozofii działania skoncen-
trowanej na jakości usług, pracy i zrównoważonym rozwoju. Przedsiębiorstwo CSR-owe
wyróżnia się, w porównaniu z konkurencją na rynku, także poprzez rozwijane zasoby
ludzkie – menedżerskie i pracownicze („rozwój talentów”). Zasoby ludzkie w organiza-
cji w ochronie zdrowia powinny uwzględniać ich rozwój, a dotyczy to zarówno mene-
dżerów – kadry zarządzającej, jak i unikatowości profilu działania oraz oferty dedykowa-
nej pacjentom. Zatrudnieni lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i inni profesjonaliści po-
przez idee edukacji ustawicznej rozwijają swoje kompetencje, często o charakterze wy-
jątkowym, wysokospecjalistycznym. Zatem zasoby czy też kapitał intelektualny organi-
zacji zajmującej się ochroną zdrowia bardzo często charakteryzuje się niepowtarzalno-
ścią. Często ma również charakter oryginalny i trudny do powielania oraz niekiedy ni-
sko lub wysoko elastyczny (długi czas edukacji jest tu walorem –trening umysłu to także
większa efektywność uczenia się), który pozwoliłby na szybką reakcję na zmiany w oto-
czeniu. Z drugiej strony wysoka specjalizacja może budować przekonanie, iż pracownik
może zajmować się tylko „wyjątkowymi” sprawami czy pacjentami. Nie ulega wątpliwo-
ści, iż zasoby kompetencyjne powinny być nieustannie rozwijane i przez pracowników,
i przez kadrę zarządzającą. Zasoby ludzkie nieustannie doskonalone zarówno w obsza-

rze kompetencji profesjonalnych jak i miękkich komunikacyjnych, powinny zapewniać tworzenie trwałej przewagi konkurencyjnej organizacji. Edukujący się menedżer tworzy atmosferę rozwoju, buduje postawę otwartości na zmiany i aktywizuje zespół do szkolenia się. Obecnie w organizacjach zajmujących się ochroną zdrowia kapitał ludzki powinien stanowić podstawę zarządzania, jak również budowania strategii, która miałaby za zadanie zwiększać i wzmacniać jego pozycję na rynku. Zadaniem przedsiębiorstwa staje się pozyskanie i kształtowanie odpowiednich zasobów kapitału ludzkiego menedżerskiego i specjalistycznego zaangażowanego w profilaktykę, leczenie i opiekę nad pacjentem. Zatem to nie tylko firmy farmaceutyczne powinny realizować dobre praktyki w postaci kampanii edukacyjnych czy białych sobót. To także zadania dla publicznych i niepublicznych szpitali czy poradni. Umiejętne wykorzystanie zasobów ludzkich pozwoli przedsiębiorstwom na wypracowanie trwałej przewagi konkurencyjnej na rynku [Haromszki 2014]. Dlatego należy podkreślić, iż rozwijanie kapitału intelektualnego organizacji stanowi jedno z zadań menedżera (tabela 1). Zatem coaching menedżera może być tutaj rozpatrywany jako jeden z przejawów wewnętrznej działalności CSR organizacji, która wzmacnia jej wizerunek wewnętrzny, jak i zewnętrzny. Rozwój kadry menedżerskiej to również budowanie strategii otwartości na zmiany, gotowości do uczenia się moderowanej przez kadrę zarządzającą. Rozwój talentów pracowniczych następuje tylko wtedy, kiedy kadra menedżerska się doskonali, jest gotowa na zmiany, wspiera i motywuje do rozwoju innych pracowników realizując w ten sposób idee CSR w organizacji. Bez coachingu menedżera, doskonalenia jego umiejętności komunikacyjnych, budowania postaw ukierunkowanych na rozwój i doskonalenie niemożliwe będzie tworzenie kultury organizacji nastawionej na rozwój kapitału intelektualnego pozostałych pracowników.

Tabela 1. Elementy kapitału intelektualnego organizacji

Kapitał intelektualny		
Wiedza pracowników	Wiedza organizacji	
	wiedza metodyczna	wiedza techniczna
- wykształcenie - doświadczenie - własność intelektualna (utwory, wynalazki, wzory, wiedza ukryta)	wiedza o : - strukturach - procedurach - metodach - technikach - normach prawnych	wiedza o : - konstrukcjach - technologiach - chronionych prawem wynalazkach - wzorach użytkowych

Wykorzystanie tej wiedzy zależy od kształtowania takich cech osobowości jak: - chęć działania	- systemach doskonalenia wiedzy i kompetencji - stylach kierowania i motywowania - kontaktach z otoczeniem	- wzorach przemysłowych - know-how
- podatność na innowacje	- elementach chronionych (know-how, znaki towarowe)	
- przedsiębiorczość		

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Moszkowicz 2005].

W specyfice działalności organizacji zajmujących się ochroną zdrowia warto dostrzec, iż często funkcje zarządcze i realizacji usług specjalistycznych są łączone. Często lekarz specjalista i dyrektor to jedna i ta sama osoba, która musi sprostać zobowiązaniom płynącym z obu tych funkcji. To kolejne wyzwanie, w którym kompetencje z zakresu zarządzania czasem będą niesłychanie przydatne [Bugaj 2012].

W doskonaleniu pracowników w ochronie zdrowia – kadry menedżerskiej i specjalistycznej lekarzy i pielęgniarek – zwraca się uwagę na konieczność posiadania oprócz kompetencji twardych związanych z wiedzą kliniczną także rozwijania kompetencji społecznych, komunikacyjnych, tak potrzebnych podczas kontaktu z pacjentem oraz kierowaniem instytucją medyczną.

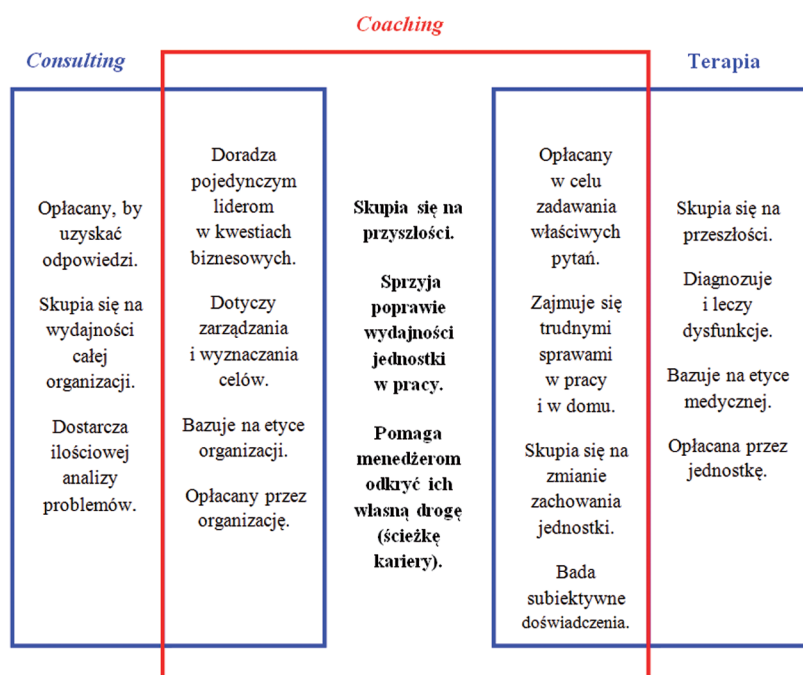
W badaniach dotyczących kształcenia lekarzy oraz potrzeb związanych z pełnieniem obowiązków zawodowych uwzględnia się:

- umiejętność zarządzania (prowadzenia organizacji medycznej: praktyki lekarskiej, gabinetu, oddziału, przychodni, kliniki, szpitala, apteki itd., budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług zdrowotnych, motywowania pracowników, budowania marki, komunikacji zewnętrznej itd.);
- zachowania organizacyjne (współpraca z pracownikami i pacjentami, w tym komunikacja interpersonalna, umiejętność przekazywania trudnych informacji dotyczących diagnozy, postępów w leczeniu, rokowania itp., współpraca z pacjentem przewlekle chorym, odpowiednie przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, a także zmiana postaw pacjentów w procesie leczenia);
- świadome kierowanie karierą (kompetencjami zawodowymi, wybór ścieżki kształcenia, specjalizacji, kariery naukowej).

W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentyistów rozwój kompetencji społecznych następuje przez samokształcenie lub udział w specjalistycznych kursach organizowanych przez firmy szkoleniowe lub coraz częściej przez firmy farmaceutyczne realizujące własne strategie CSR. Kompetencje zawodowe są określone zapisami w rozporządzeniu, z którego wynika, że: „doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplo-

mowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego (...) nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (...) oraz doskonalenie w innych formach kształcenia” [Dz. U. z 2004 r. Nr 231, poz. 2326]. Tak jak najłatwiej jest realizować samokształcenie w zakresie umiejętności twardych, tak kształcenie w zakresie umiejętności miękkich dla kadry menedżerskiej i specjalistycznej musi odbywać się w formie zajęć praktycznych, coachingowych i warsztatowych (rysunek 1).

Rysunek 1. Coaching a consulting i terapia



Źródło: [Grant 2009, s. 32].

Coaching powinien obejmować kształtowanie takich postaw i umiejętności jak: skupienie się na realizacji celów i funkcji firmy dzięki wykorzystaniu zdolności (kompetencji), skupienie się na potrzebach rynku, budowanie gotowości do uczenia się, otwartość na innowacje, szybkie wprowadzanie innowacji i ich weryfikowanie na rynku czy elastyczne dostosowanie celów firmy do potrzeb zmieniającego się otoczenia. Kolejnym ważnym elementem kształcenia menedżera jest budowanie świadomości wagi podno-

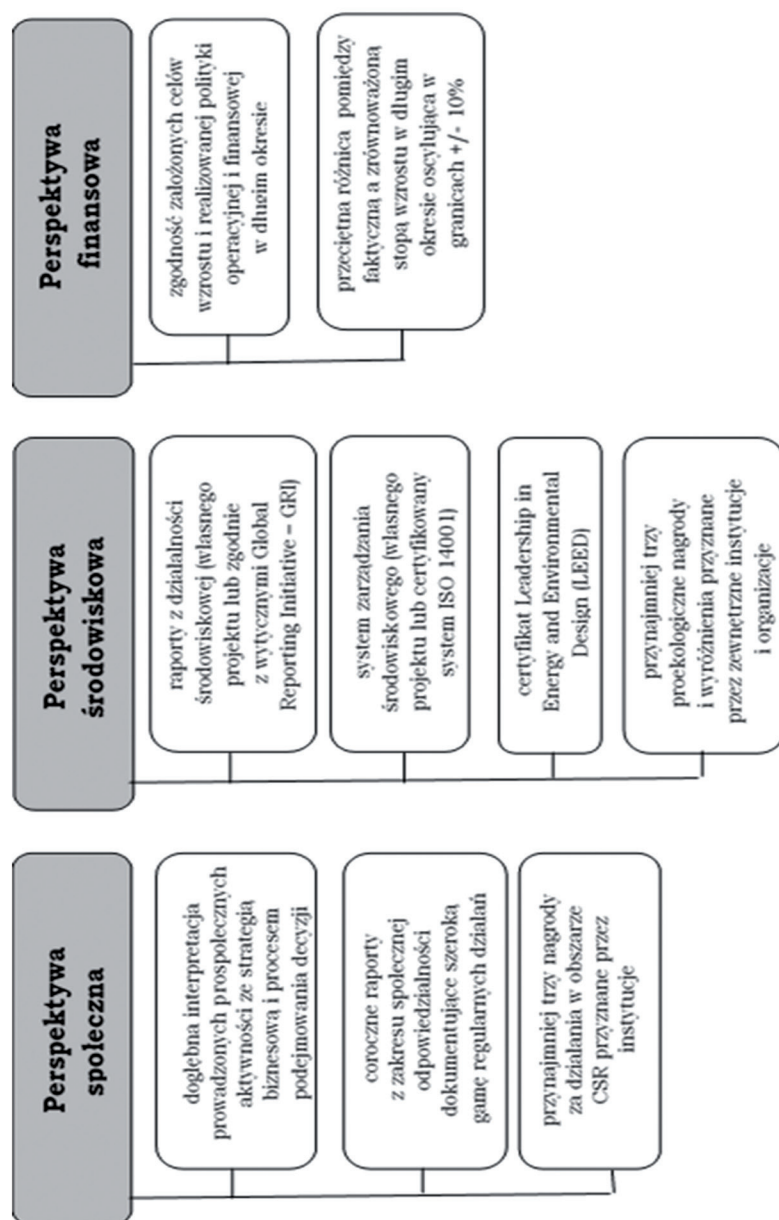
szenia jakości życia personelu w pracy i ochrony jego zdrowia psychicznego. Dzięki coachingowi kadra menedżerska powinna zbudować przekonanie, iż pracownicy powinni czerpać korzyści z sukcesu firmy, włożyć wkład w budowanie wizerunku firmy jako przedsiębiorstwa budzącego zaufanie i szacunek, o dużym kapitale reputacji i autentycznej tożsamości. Kadra zarządzająca powinna dążyć do pokonania konkurencji przewagą wartości dla pacjenta, zapewnić współudział pracowników w podejmowaniu decyzji. Dzięki rozbudowaniu umiejętności komunikacyjnych możliwe jest także utrwalenie stosunków partnerskich i stymulowanie zaangażowania pracowników w podejmowane przedsięwzięcia oraz tworzenie układu optymalizującego osiągnięcia zespołów ludzkich i organizacji [Penc 2010].

Warto podkreślić, iż w coachingu menedżera w ochronie zdrowia ważnym celem byłoby rozwijanie perspektywy społecznej – osiągania celów biznesowych w sposób zgodny ze standardami etycznymi i mający na uwadze kreowanie wartości dla pacjenta.

Wydaje się, że rozwój umiejętności menedżerskich lekarza pełniącego równocześnie rolę menedżera stanowi absolutną konieczność naszych czasów. Dzięki temu możliwy będzie rozwój organizacji w ochronie zdrowia, pozwoli to również na przystosowanie się do zmian i zwiększy konkurencyjność na rynku. Doskonalenie umiejętności menedżerskich w sytuacji dużej konkurencji na rynku pozwala na zbudowanie pozytywnej atmosfery w organizacji, stwarza klimat do kształcenia się specjalistów, a także pozwala na utrzymanie najlepszej kadry.

Z innej perspektywy kształcenie menedżera w ochronie zdrowia zwiększa kompetencje umożliwiające dopasowanie się do zmian, a zarządzanie dynamiczne pozwala na podążanie w kierunku zrównoważonego rozwoju. Menedżer opanowując kompetencje psychologiczne i te związane z zarządzaniem może przeciwdziałać pojawieniu się trudności i stresu związanego między innymi z pracą w pojedynkę, szczególnie przy opiece nad pacjentami, niezadowolającymi relacjami interpersonalnymi w zespole terapeutycznym, nieefektywną komunikacją. Zatem z jednej strony efekty coachingu jako nowe kompetencje menedżerskie zwiększają konkurencyjność na rynku, a z drugiej zapewniają budowanie warunków zrównoważonego rozwoju (rysunek 2).

Rysunek 2. Kwantyfikacja koncepcji zrównoważonego przedsiębiorstwa



Źródło: [Przychodzeń 2013, s. 140].

Podsumowanie

Kształcenie menedżera w ochronie zdrowia w kierunku nowoczesnego zarządzania pozwala na budowanie strategii CSR, a szczególnie wartości dla pacjenta i jego zaufania do poradni, szpitala w którym realizowane są świadczenia zdrowotne. Aktywność menedżera ukierunkowana na rozwój wzmacnia i tworzy kulturę nieustannego doskonalenia się kadry ale także wzmacnia wizerunek zewnętrzny organizacji.

Bibliografia

Bugaj J. (2012), *Rozwój kompetencji zawodowych pracowników medycznych* [w:] Bugdol M., Bugaj J, Stańczyk I., *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*, Wyd. Continuo, Wrocław, s. 75–90.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. z 2004 r. Nr 231, poz. 2326).

Grant A.M. (2009), *Coach or Couch?* [w:] C. Kauffman, D.Coutu, *The Realities of Executive Coaching*, Harvard Business Review Research Report, Harvard Press, s. 32.

Haromszki Ł. (2014), *Expectations towards global organisational leaders*, „Zeszyty Naukowe UEK”, nr 9, s. 933.

<http://konkurs.kampaniespoleczne.pl>, [online], dostęp: 27.02.2017.

Makowska M. (2010), *Koncepcja odpowiedzialności społecznej firm farmaceutycznych*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym”, vol. 13, nr 2, ss. 95–104.

Moszkowicz M. (red.) (2005), *Zarządzanie strategiczne. Systemowa koncepcja biznesu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, ss. 93–95.

Nogalski B., Rybicki J. (red.) (2007), *Kształtowanie konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw*, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, ss. 33–44.

Penc J. (2010), *Humanistyczne wartości zarządzania. W poszukiwaniu sensu działań menedżerskich*, Wyd. Difin SA, Warszawa, s. 86.

Przychodzeń W. (2013), *Zrównoważone przedsiębiorstwo*, Wyd. Poltex, Warszawa.

Rok B. (2004), *Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Warszawa, ss. 34–52.

Stefańska M., Jaros E. (red.) (2014), *Rola społecznej odpowiedzialności w tworzeniu przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstw handlu detalicznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań, ss. 15–38.

<https://www.uspzdrowie.pl/pl/spoleczna-odpowiedzialnosc-biznesu>, [online], dostęp: 27.02.2017.

Wojtasiewicz L. (red.) (2008), *Spółeczna odpowiedzialność biznesu. Raport z badania działalności firm należących do Klubu Partnera Akademii Ekonomicznej w Poznaniu*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań, ss. 5–35.

Maciej Jewczak

Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny

jewczak@uni.lodz.pl

Willingness-to-pay for Additional Health Benefits in Poland – Analysis of Spatial Diversity

Abstract: In different areas of everyday life, discussions arise on necessary spending cuts or better use of expenditures incurred with respect to their rational distribution, hence the decision-making regarding the management of business entities at the regional level force decision-makers to use economic calculation, in particular to take into account analysis of costs. This problem is important in relation to the health sector, which is considered as one of the most important sectors of the economy, while many of adopted solutions for the functioning of the health care system do not take into account the diversity of risks and adverse events.

The purpose of this article was the application of the willingness-to-pay function for additional health insurance for Polish households. In accordance to households' economic and social conditions, the similarities and differences in the spatial distributions of the levels of probabilities of purchases were demonstrated. The probabilities of willingness-to-pay for the supplementary health insurance were determined on the basis of multinomial logit models, whereas spatial differences/similarities were verified with global and local indicators of spatial association and multivariate statistics techniques. The research was conducted for both macro level and sub-regions for period 2003–2015.

Key words: spatial diversity, health care, willingness to pay, logit regression, spatial autocorrelation.

JEL Classification/Indeks JEL: C130, C830, I120, I130, J100

Introduction

The assumptions of equal access to health services indicate that each individual requiring care receives it in the most advantageous form, regardless of social status or the determinants of this access. Therefore adopted health policy should contribute to the reduction of disparities in access to health services between different groups, in such a way that any health incident should be considered as the most privileged. As a result, the decisions made for the health care system at the macro level, can force situations in which health services, provided in a greater or lesser extent, are not appropriate for certain groups or individuals are in a disadvantaged position in comparison with others (those better-off).

Poor health may have many adverse economic and social consequences, e.g. contributes to the loss of profits, ability to work, or leads to social exclusion. Moreover, people in sickness, experience additional constraints, related mainly to the finances, resigning from necessary benefits for which they would have to pay, or are simply not financially efficient to be able to buy prescribed medicines. Poor health leads to socio-economic degradation, resulting in poverty and as a consequence, contributes to further deterioration of the health of individuals or groups [Zweifel, Breyer, Kifmann 2009, p. 75].

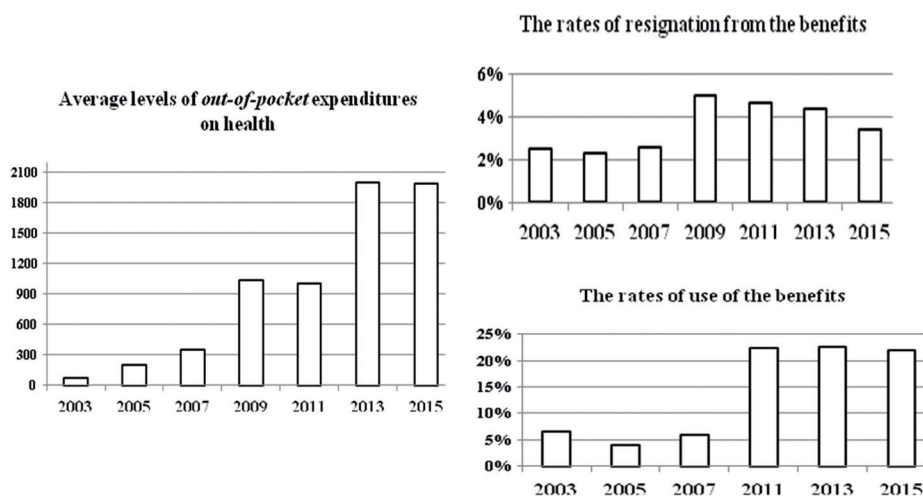
Conducting analyses in the health care requires, therefore, taking into account the social conditions and the participation of various types of existing inequalities. Every health intervention should be evaluated, both in terms of its implementation (whether it is financially efficient), but also in terms of adverse effects (including those beyond the health effects). The changes, especially in the health policies and their consequences, should be widely considered with the public, because not every improvement is acceptable by the majority. For the functioning of the health care system, not only making a decision on implementing the programme is important, but also the mode of the implementation. It is believed that the shortcomings of the authorities' activity in the health sector are often resulting from intervening in improper way or with incorrect guidelines/information to support the decisions.

Since public funding requires public resources, choosing the right health policy appears crucial in the activity of the state. Therefore, it is required to conduct economic evaluation for any health intervention to compare health benefits with costs, which enables considering mixed methods of financing health care. In Poland, an important and widely discussed issue was the economic and social transformation and reform of the health system. It has led to the commodification of the public health care sector by introducing private funding of medical services. As a result, the importance of co-payment increased, e.g. by introducing supplementary health insurance [Suchecka 2016, pp. 42–53]. Determining the range of services that would be offered within the public

and private financing, firstly required defining the scope of services financed from incurred contributions, in which the individual would be guaranteed from the public health care. This range of benefits of course could be defined in different ways, although it is not possible to create a space for additional health insurance, if the list of guaranteed benefits is not specified [Suchacka (ed.) 2015, pp. 242–253]. The more properly the guaranteed benefits list is constructed, the more accurate for a single patient is the understanding of the significance of having a supplementary health insurance, financed mainly out-of-pocket. Only then, the level of willingness to incur expenses for that purpose can be observed among individuals' behaviour. If the individual or a household perceive a need or a reason to provide an extra health insurance, it is possible to indicate the consciously defined needs. Rationalism of consumers expressing willingness to purchase the additional benefits in the form of a health insurance results mainly from their negative experiences, caused by the imperfections of the health care system, i.e.: waiting lists for services and resigning from benefits, restrictions in benefits' contracting, conditions resulting from the place of residence.

As fig. 1 shows, there was some evidence that justify the assumption that a household should be willing to support their health security with additional benefit, e.g. the supplementary health benefit. Data indicated that for Polish households, the average levels of out-of-pocket expenditures on health increased significantly in time. The rates of resignation from health benefits and the rates of use of the services also increased – the findings allowed constructing some research hypothesis that an additional health protection is needed for household, and because the families already pay extra, this should result in the higher willingness for different, more comprehensive methods of health protection.

Figure 1. The summary of selected characteristics used in the main research



Source: developed by Author, on basis of Social Diagnosis. Integrated database.

Main focus, while conducting the research on the willingness-to-pay relies on the price variable. Taking into account the act of selection – deciding on the different alternatives and finally paying a certain price for a benefit or services, enables determining units' preferences and on the basis of collected information allows estimating the line – the amount of a money, when individual or a household would be or is interested in purchasing a certain product. The price would depend on the amount of consumed product/service – research indicate that the price of a single supplementary health insurance should decrease, when a household is including another its' member in the health package. The willingness-to-pay also depends on the importance of the product: on one hand, households/individuals are willing to pay higher rates in order to survive, and on the other hand, the price decreases with lesser importance of the product/service [Jewczak 2015, pp. 152–153].

It is important to emphasise that in an economy based on the money exchange, willingness to pay of an individual, reflects the maximum amount of money possible to be spend on a product/service, however research presented in this article shows the willingness to pay in terms of probabilities levels of selecting different alternatives.

Methodology

While modelling the willingness-to-pay (*WTP*), the phenomenon should be tightly linked with the preferences of the individual: if the benefit was to ensure the survival, and therefore would be important from the point of view of the patient/consumer, in that case, the individual would be willing to pay higher rates without a thought. From the other point of view, the accepted price of benefit decreases with the lesser significant use of a service – if there is no need, then the act of purchase is irrelevant. As it was already mentioned, a rationally behaving consumer would also like to take advantage of the amount of benefits needed, pressure the insurer to provide benefits on preferential rates. Determining attributes or levels of services gives the opportunity to present the respondents some (many) alternative scenarios that describe the valuation of differently constructed product. Numerous approaches can be applicable to assess preferences, e.g. rating, ranking or experiments based on the acts of choice – but not all of these methods are consistent with the framework of health economics [Jewczak 2015, pp. 152–153].

Approaches based on the act of selection require from the respondents to decide which of the alternatives is most preferred. The question itself defining the choice can be posed in a different way. If a so-called single approach (a binary choice) is implemented, it is connected with the necessity of presenting respondents with multiple scenarios with: alternatives precisely described, different attributes' levels, and for each scenario, a question is asked whether this option would be preferable, with acceptable answers yes/no only [Suchecka (ed.) 2015, pp. 160–167]. This scheme was subjected in designing question that underlies in conducted empirical analysis.

The extension of this scheme proposed Luce [1959] and Szeinbach et al. [1999, pp. 849–858], by the addition in the method the possibility of scaling of specific attributes – respondents, in addition to indicating the preferred options, could determine which of the alternatives' characteristics correspond with their preferences the most/least. This additional information allows indicating the favourable component's attributes, and at the same time, avoids the problem of interpreting of marginal utility of attribute levels measured on different scales.

Another, frequently encountered in the literature, technique for revealing preferences is to present consumer with multiple numbers of choices. In such a scheme, there are also many ways to define the question about preferences. The individuals may be persuaded to choose between two or more options (i.e.: selecting option A, B, C, or, ..., *n*) and/or are being given the opportunity to respond negatively that none of the options is preferred or the decision on purchasing a benefit would be postponed¹ [Jewczak 2014, pp.

¹ Such a research scheme for fundamental question on supplementary health insurance (*SHI*) was used in the first years of the questionnaire of the Social Diagnosis, where five alternatives for the benefit were distinguished, with additional options, such as: lack of interest and lack of funds for the purchase.

245–246]. Alternatively, respondents are given the possibility to determine the strength of preferences for the option and to express the preferences on a scale defined from “I definitely prefer B” to “I definitely prefer A”). The main part of techniques based on discrete choice experiments (DCE) is making a selection, which of the scenarios should be presented to respondents. The number of possible scenarios is multiplied by attributiveness for both the number of characteristics and their levels. Rarely, it is possible to present all of the scenarios, and as a result the DCE aims to reduce their number².

Searching for preferences

Completing the research aim of the paper the use of techniques for assessing probabilities of choice for multivariate variable is required; hence it becomes impossible to assess the likelihood of a purchase of benefits using general binary logit approach. In this research, the approach has been expanded to multinomial (MNL). The probability of willingness-to-pay for supplementary health insurance of j -th level for i -th household was described as follows [Gruszczyński 2010]:

$$\Pr(y_i = j | x_i) = p_{ij} \quad (1)$$

where: x_i is a vector of exogenous variables independent from category of $(k + 1) \times 1$ dimensions. Hence, the estimated probability embodiment has the form [McFadden & Train 2000, pp. 447–470]:

$$p_{ij} = \frac{\exp(x_i' \hat{\beta}_j)}{\sum_{k=1}^K \exp(x_i' \hat{\beta}_k)}, \quad j = 1, \dots, J \quad (2)$$

Base model assumptions

Estimating the multinomial logit model requires the standardisation process. A reference point is created and further used in the interpretation of the categories' parameters of choice – the reference category is being called the base category and the results (here, changes in probabilities of willingness-to-pay) are interpreted in relation to the reference point. The analyses carried out in this paper assumed as the base category the lack of willingness-to-pay for *SHI*. This allowed forming the output as two-equational multinomial logit model:

² These guidelines have also been implemented in the study of the Social Diagnosis, where for more appropriate reflecting of actual patterns of choice and levels of alternatives' utility, the number of possible scenarios was reduced [Czapiński, Panek (eds.) (2015)].

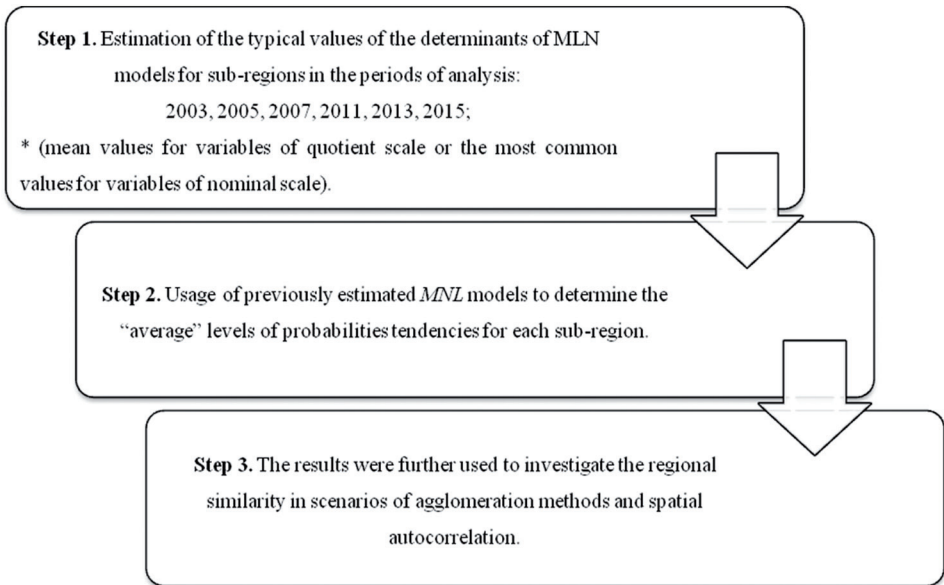
$$\ln \left(\frac{P_{SHI_1}}{P_{SHI_0}} \right) = \beta_{10} + \beta_{11} * X_{i1} + \beta_{12} * X_{i2} + \dots + \beta_{1k} * X_{ik}$$

$$\ln \left(\frac{P_{SHI_2}}{P_{SHI_0}} \right) = \beta_{20} + \beta_{21} * X_{i1} + \beta_{22} * X_{i2} + \dots + \beta_{2k} * X_{ik} \quad (3)$$

where: $\beta_{10}, \dots, \beta_{1k}$ – are structural parameters of equation 1, $\beta_{20}, \dots, \beta_{2k}$ – are structural parameters of equation 2, $X_{i1}, \dots, X_{ik}$ – stated for exogenous variables, *options*: 0, 1, 2 – variants of supplementary health insurance.

Spatial (sub-regional) diversification of WTP levels

The research scheme followed a certain pattern:



Source: developed by Author.

The probabilities to incur expenditure for the supplementary health insurance were estimated on the basis of multinomial logit models and further transferred to the sub-regional level. Further, for the data located in the geographical space, the spatial differences/similarities have been verified on the basis of:

- global and local indicators of spatial association (Moran's I and LISA) [see: Anselin 1988; Suchecky (ed.) 2010; Fischer & Wang 2011],
 - multivariate techniques of comparison – clustering for Ward's method [see: Stanisław 2007].
- The results of the analyses were presented for both macro and sub-regional level.

Aim of the analysis. Research hypotheses

The core of the research consisted of defining a *WTP* function of Poles for health benefits on the example of supplementary health insurance and for that purpose *MNL* modelling was adopted. The specification, estimation and evaluation of *WTP* models allowed establishing the determinants of preferences (and their significant influence) towards health behaviour in relation to the various economic, social and spatial factors. The most important part of the analysis demonstrated similarities and spatial differentiation in distributions of the levels of probability of *WTP*.

Moreover, it was assumed that:

- probabilities of willingness-to-pay levels varied with respect to the economic and social characteristics of households – the *MNL* models allowed indicating the influence of selected determinants;
- the levels of *WTP* probabilities were spatially and temporally diverse – in terms of spatial autocorrelation and spatial clustering.

Answering the research questions is highly important for several reasons: firstly, the results could indicate similar places/or similar clusters of *WTP* probabilities for launching a type of *SHI* that would be purchased; secondly, the results generate information on the strength of impact of different determinants.

Data bank

The analysis was conducted for the years 2005–2015³ and was based on the databank of the Social Diagnosis on Objective and Subjective Quality of Life in Poland. The sample consisted of more than 8 000 households, located in the 66 Polish sub-regions. As it was already mentioned, the levels of willingness-to-pay for the supplementary health insurance have been estimated as a probability of purchase (not the amount that household would be willing to spend on *SHI*).

The most important issue in the construction of any econometric model is determining the list of exogenous variables affecting the changes in the dependent variable. In order to distinguish the factors that may determine, in the case of the questionnaire research, the *WTP* of a particular variant, the dependency testing was performed⁴. Using

³ For *MNL* modelling and spatial distribution analyses no relevant data for 2009 were available.

⁴ The analysis was conducted in SPSS ver. 24.0.

χ^2 independency test it was possible to form a list of candidates for MNL modelling (the WTP determinants). The variables have been selected from the database and used in the construction of models (see: Tab. 1).

Table 1. Summary of variables used for MNL modelling

Endogenous variable	Exogenous variables
Option of the additional health insurance – three variant variable; respondents specified whether they would be willing to buy additional health insurance at the indicated amount: up to 100 PLN (<i>option 1</i>); for more than 100 PLN (<i>option 2</i>); or they did not show such desire (<i>option 0</i> – indicated the lack of interest in buying any of the options – this option has been adopted in the considerations, as a referential category).	The level of household's savings; Socio-economic group; Number of household's members; Size and class of place of residence; The rate of use of health services; The rate of resignation from the health benefits; Health-related <i>out-of-pocket</i> expenses; Average income <i>per capita</i> ; The level of satisfaction of health needs; Type of the household.

Source: developed by Author, on basis of Social Diagnosis. Integrated database.

Estimation of multinomial logit model is followed by maximum likelihood method, which allows using the Wald's statistics to assess the significance of model's structural parameters. Constructed MNL models were investigated further for the goodness of fit, and here, the McFadden's [1986, pp. 7–297] pseudo- R^2 was used⁵.

Results

To simplify the application and at the same time to enhance practicality of the results, in table below (Tab. 2) only the percentage change in the selection probabilities of each option in relation to the base category were presented – the estimates result directly from the values of odds ratios. This systematised approach indicated clearly, how the level of influence (or the absence) of each attribute, and preferences changed in the following years of the analyses.

⁵ The results of MNL odds ratio estimates were presented in next section of the paper.

Table 2. Summary of *MNL* models for each period of analysis

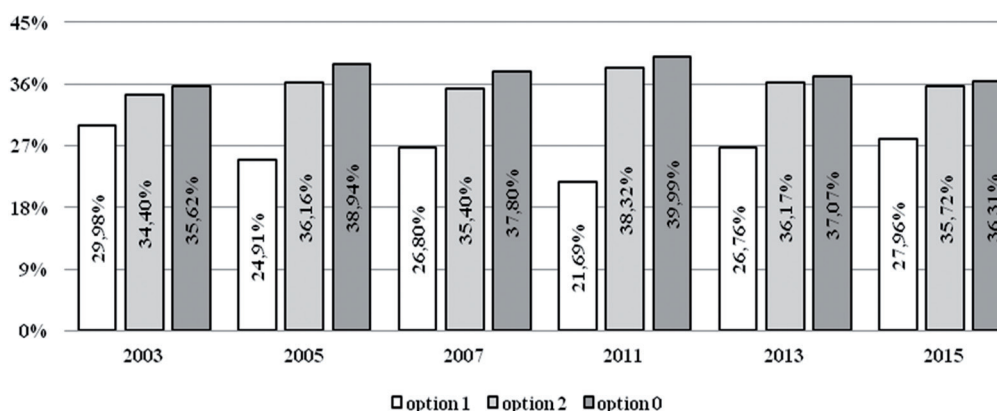
Estimates of odds ratios [% change] ⁶							
Variant	Variable	2003	2005	2007	2011	2013	2015
supple- menta- ry health insuran- ce up to 100 PLN – option 1	const						
	income <i>per capita</i>	0.001	0.004	0.014	0.009	0.010	0.011
	socio-economic group	-15.965	-17.727	-7.985	-8.468	-10.009	
	size and class of place of residence	0.967		-8.173	-9.944	-6.512	-11.092
	number of household's members				6.510	-0.594	
	the level of satisfaction of health needs				19.604	17.698	9.999
	the level of household's savings		9.761		6.687	9.350	18.335
	the rate of use of health services	515.099		289.949	148.788	341.223	417.303
	the rate of resignation from the health benefits	146.893		-72.668	-67.435	-68.041	-34.272
	type of the household						-3.130
	health-related out-of-pocket expenses		0.005		0.003		
supple- menta- ry health insuran- ce for more than 100 PLN – option 2	const						
	income <i>per capita</i>	0.020	0.027	0.034	0.024	0.027	0.014
	socio-economic group	-13.070	-4.772	-15.549	-13.526	5.174	
	size and class of place of residence	-21.228		-4.185	-10.530	-10.584	-18.088
	number of household's members				-12.909	-17.824	
	the level of satisfaction of health needs				37.276	-2.840	0.391
	the level of household's savings		-10.902		25.170	31.766	44.729
	the rate of use of health services	357.073		207.924	155.657	463.408	1268.767
	the rate of resignation from the health benefits	-100.000		-98.214	-99.929	-99.841	-99.018
	type of the household						-0.225
	health-related out-of-pocket expenses		0.014		0.006		
Referential (base) category: not willing to pay – option 0							

Source: developed by Author, on basis of Social Diagnosis. Integrated database.

Assuming the purchasing behaviour, preferences and characteristics of an average household, it was possible to determine the *WTP* probabilities for *SHI* at the macro level (Fig. 2). Results indicated that:⁶

- households would be more likely to purchase supplementary health insurance for more than 100 PLN – in this category: probability amounted between **34.40%** in 2003, **38.32%** in 2011; to **35.72%** in 2015;
- the values of the probabilities of an average household *WTP* for a benefit up to 100 PLN, levelled between: **21.69%** (the lowest, estimated for 2011) and **29.98%** (the highest, recorded in 2003).
- the lack of *WTP* for supplementary health insurance ranged between: **35.62%** (in 2003) and **39.99%** (in 2011).

Figure 2. The probabilities of *WTP* for *SHI* at the macro level – a typical household case



Source: developed by Author, on basis of Social Diagnosis. Integrated database.

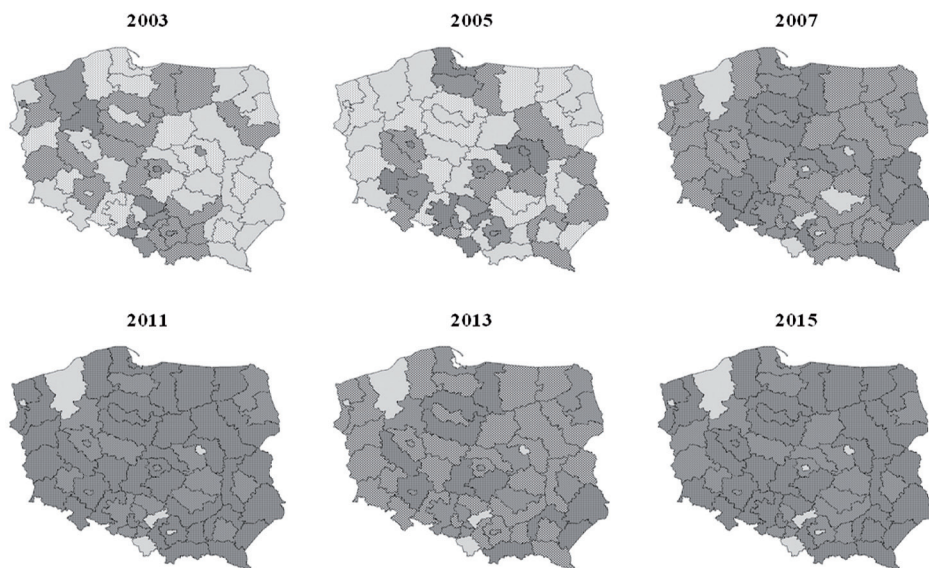
The results of *MNL* models were further transferred on the sub-regional level⁷. The general estimates were used to establish probabilities of *WTP* for a typical household in a sub-region. In sequence, the results were standardised and Euclidean's distances were

⁶ Interpretation of the models' parameters coefficients should be made in correspondence to the base category. As an example, considering the impact of income on willingness to pay for supplementary health insurance for 1st and 2nd options, it affected the most the levels of *WTP* probabilities in 2007; i.e.: when the net income would have increased by 100 PLN, the probability of *WTP* for *SHI* in a specified period of analysis and options benefits would increase in relation to the base category (option 0 – not willing to pay) by about 1.4% for the option 1st; up to 100 PLN and by about 3.4% for options 2nd; *SHI* for more than 100 PLN.

⁷ It should be noted that the analysis did not follow a panel data approach (calculating a different form of *MNL* model for each sub-region in every period of analysis).

estimated. On the basis of estimates, the sub-regions were clustered in accordance with Ward's method of biding indicating spatial similarities of *WTP* distributions (Fig. 3).

Figure 3. The spatial distribution of sub-regional similarity in terms of levels of willingness-to-pay for *SHI*



Note: colour sets indicate the same concentration, and thus the spatial similarity. The binding distance was set at 20% in each analysed period.

Source: developed by Author in SPSS and GeoDa.

As it is possible to observe the most diverse periods of analysis were the years: 2003 and 2005. In mentioned cases, it was possible to identify five clusters and none of the clusters was a single-element. The lowest diversified periods of analysis were: 2011 and 2015 – in those cases sub-regions were grouped in three homogeneous clusters. Analysis of similarities gave the opportunity to evaluate spatial units, and at the same time, indicated locations where the level of *WTP* for *SHI* is similar, taking into account the specific features of the sub-regions characteristics.

Identification of spatial similarities allowed proposing tests on spatial dependency. For that purpose, global values of Moran's *I* statistics were calculated⁸, and (if the dependency indicated statistical significance) the structure of this dependency was investiga-

⁸ For testing spatial autocorrelation, the scheme of adjacency was based on spatial weight matrix **W** of 1st order queen contiguity [see: Suchecki 2010, pp. 105–126].

ted deeper using local indicators of spatial association *LISA* (Tab. 3 and Fig. 4). Results showed that the sub-regional *WTP* levels, only in 2005 indicated the spatial autocorrelation of similar values in geographical space.

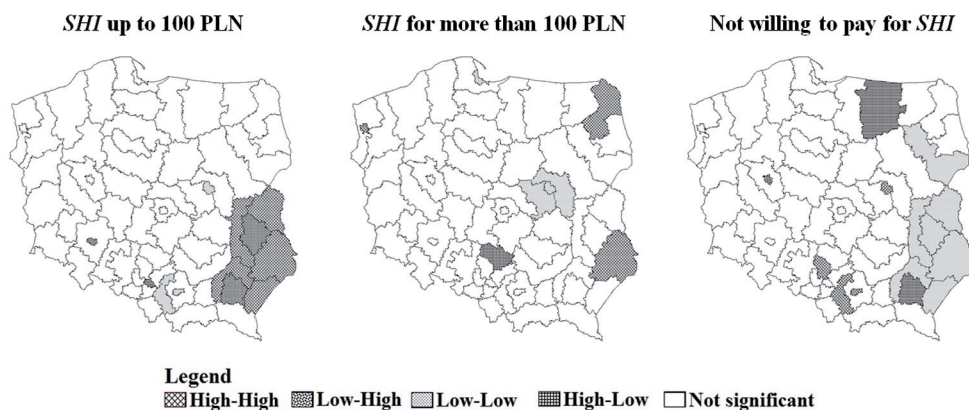
Table 3. Summary statistics of global Moran's *I* for *WTP*

Moran's <i>I</i>	Option 1	Option 2	Option 0
2003	0,0469	0,0426	0,0504
2005	0,190**	0,179**	0,201**
2007	0,0407	0,0643	0,0494
2011	0,01699	0,0547	0,0229
2013	0,0665	0,108	0,0744
2015	-0,0035	0,0061	-0,0025

Note: ** significant for p-value=0.05.

Source: developed by Author in GeoDa.

Figure 4. Cluster maps for *LISA* of *WTP* for *SHI* in 2005



Source: developed by Author in GeoDa.

Conclusions

Considerations for the conditions of the functioning of public health determine its analytical framework on the three dimensions of action: analysis, intervention and measurement, among which the Solar and Irwin [2007] distinguished five categories: the highest level refers to the society's structure, the second to the environmental issues, and

the middle one to population grouping; the last two define the categories of individual needs. Authors claim further that social position exerts a powerful influence on the type, size and distribution of health services in the community. While social stratification is often seen as a responsibility, the reduction in health inequalities results from determinants, such as: societal class, gender, education, occupation and income level. It is important to understand the importance of these factors, especially with the development of appropriate investment strategies that are oriented on health improvement. It has become a necessity to conduct research aimed at grouping of the individuals according to the impact of risk factors, i.e.: limited access to health services, or rate of resignation from benefits.

Empirical studies confirmed the benefits derived from the use of multinomial logit techniques in supporting decision making. This objective was achieved by identifying the functions of the willingness-to-pay for supplementary health insurance in three scenarios. *WTP* models showed its usefulness in evaluating the possibility of co-payment for health services – the conclusion indicated considering in health policy the variability of health preferences at individual, as well as at higher level of data aggregation.

The study also allowed demonstrating the similarities between Polish sub-regions in terms of the levels of the probabilities of willingness-to-pay for additional health insurance, both in terms of spatial autocorrelation (however significant values were obtained only for 2005), and Ward's grouping.

Not only beneficial were the conclusion about diversification of *WTP* levels spatially, also an important point of the research was indicating the changes observed due time. Expanding the data sample in direction of panel approach would definitely improve and adjust the *MNL* willingness-to-pay odds ratio estimates. Further investigation on spatial factor (in terms of spatial autocorrelation or multivariate clustering) may lead to conclusions (most desirable from the point of the *NHS* insurer), which locations/places/regions are willing to pay for a certain supplementary health benefit.

References

Anselin L. (1988), *Spatial econometrics: methods and models*, Kluwer, Dordrecht.

Czapiński J., Panek T. (eds.) (2015), *Social Diagnosis 2015*, reports, [online] www.diagnoza.com, 5th January 2017.

Fischer M., Wang J. (2011), *Spatial Data Analysis. Models, Methods and Techniques*, Springer, Heidelberg Dordrecht, London, New York.

Gruszczyński M. (ed.) (2010), *Mikroekonometria. Modele i metody analizy danych indywidualnych*, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warsaw.

Jewczak M. (2014), *Spatial distribution of willingness to pay for health services of households in Poland*, "Folia Oeconomica", vol. 3, no. 302, pp. 241–266.

Jewczak M. (2015), *Sklonność do płacenia za dodatkowe usługi zdrowotne – analizy czasowo-przekrojowe*, "Management Issues", vol. 13(2), no. 2, Warsaw, pp. 150–164.

Luce R.D. (1959), *Individual Choice Behaviour: a Theoretical Analysis*, Wiley, New York.

McFadden D. (1986), *The Choice Theory Approach to Market Research*, "Marketing Science", vol. 5(4), pp. 257–297.

McFadden D., Train K. (2000), *Mixed Multinomial Logit Models for Discrete Response*, "Journal of Applied Econometrics", 15, pp. 447–470.

Social Diagnosis. Objective and Subjective Quality of Life in Poland, integrated database, [online] www.diagnoza.com, 5th January 2017.

Solar O., Irwin A. (2007), *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva.

Stanisz A. (2007), *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny*, StatSoft Polska, Cracow.

Suchecką J. (2016), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, 2nd edition, Wolters Kluwer SA, Warsaw.

Suchecką J. (ed.) (2015), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, 2nd edition, Wolters Kluwer SA, Warsaw.

Sucheckí B. (ed.) (2010), *Ekonometria przestrzenna. Metody i modele analizy danych przestrzennych*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warsaw.

Szeinbach S.L., Barnes J.H., McGhan W.F., Murawski M.M., Corey R. (1999), *Using conjoint analysis to evaluate health state preferences*, "Drug Information Journal", vol. 33, pp. 849–858.

Zweifel P., Breyer F., Kifmann M. (2009), *Health Economics*, 2nd edition, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

danuta.kunecka@pum.edu.pl

Wybrane determinanty satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek. Część I – praca a życie osobiste i społeczne

Selected Determinants of Professional Satisfaction of Polish Nurses. Part I – Work, Personal and Social Life

Abstract: Professional satisfaction is one of the most important elements influencing the quality of life of every person. Its level depends on many factors. The aim of the study has been to investigate selected factors determining the professional satisfaction of Polish nurses. The examined group consisted of 1066 professionally active Polish nurses. The study has been conducted with the use of diagnostic survey method, where the standardized questionnaire survey had been used as a main tool. The group of factors classified in the area of work, personal and social life is the third among 5 groups of factors most strongly influencing the professional satisfaction of Polish nurses in the occupational satisfaction survey. The most influential factor in respondents' opinion in this group of factors is the "workplace". The results show that in the group of Polish nurses, the factors that are characterized as actual motivators are significantly influencing the level of job satisfaction. Therefore, they should be used in daily management practice in nursing teams, especially in the process of skillful motivation and employee engagement.

Key words: professional development, life values, workplace, quality of care, quality of life

Wprowadzenie

Różne dyscypliny inaczej postrzegają rolę pracy zawodowej w naszym życiu [Wilsz 2009, s. 15], jednak niezależnie od reprezentowanego obszaru naukowego badacz zjawiska musi uznać, że praca jest dla każdego człowieka procesem ściśle powiązanym z jego egzystencją. Obecnie powszechne jest już przekonanie, że praca powinna być każdorazowo źródłem satysfakcji, a stwierdzenie, że troska o uzyskiwany przez pracowników poziom satysfakcji zawodowej przynosi każdej organizacji wymierne korzyści, stało się truizmem. W odniesieniu do środowiska pielęgniarskiego w dobie zmian demograficznych, starzenia się społeczeństwa [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2015] troska ta nabiera jednak szczególnego znaczenia. Poziom satysfakcji zawodowej przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, z uwagi na charakter pracy tej grupy zawodowej, może w sposób istotny wpływać nie tylko na osiągnięte wyniki i efektywność pracy pielęgniarki/pielęgniarza (pracownika), ale przede wszystkim może mieć duże znaczenie w kształtowaniu poziomu opieki świadczonej pacjentowi. Tym samym staje się istotną składową w procesie budowania satysfakcji pacjentów. Aktualnie dbałość o optymalny poziom satysfakcji i zadowolenia z pracy uzyskiwany wśród przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w Polsce powinien stanowić jedno z najważniejszych wyzwań stojących przed kadrą zarządzającą.

Zainteresowanie problematyką satysfakcji z pracy sięga lat 30. ubiegłego wieku [Białas, Litwin 2013, s. 161] i ma swoje źródła we wczesnych koncepcjach *human relations*, koncentrujących się przede wszystkim na analizie czynników ją kształtujących [Andrałojć, Szambelańczyk 2009, s. 183]. Współcześnie z uwagi na to, że praca przestaje mieć już wartość instrumentalną, a staje się wartością autoteliczną, nieco odmienne znaczenie nadaje się również badaniom tej problematyki [Juchnowicz 2013, ss. 101–110]. Temat satysfakcji zawodowej cieszy się dużym zainteresowaniem, jednak mimo wielu prób usystematyzowania definicyjnego [Kunecka 2015, ss. 18–19] sama kategoria pozostaje złożona [Wudarzewski 2013, s. 324], a przez to trudna do jednoznacznego określenia (problemem jest również zdefiniowanie pojęć podstawowych – zadowolenia i satysfakcji, które dość często traktowane są zarówno w powszechnym przekazie, jak i w literaturze przedmiotu jako synonimy). Autorka opracowania proponuje ich rozgraniczenie z kilku powodów, między innymi ze względu na różnice w opisie czynników je wywołujących, ich odmienne skutki oraz po prostu nieco inne znaczenie [Juchnowicz 2014, s. 12]. Podstaw teoretycznych do rozdzielenia obu pojęć dostarcza jednak przede wszystkim teoria motywowania pracownika F. Herzberga [Herzberg, Mausner, Snyderman 1959, ss. 113–119], w której wyodrębniono wymiary niezadowolenia i satysfakcji na dwóch różnych kontinuuach. Należy przyjąć, że odczuwanie przez człowieka zadowolenia nie jest jednoznaczne z odczuwaniem przez niego satysfakcji. Ponadto elementem bezsprzecz-

nie różnicującym oba pojęcia jest czas ich występowania. Zadowolenie może być chwilowe, natomiast satysfakcja, rozumiana jako „silne uczucie zadowolenia” [Olechnicki, Załęcki 1997, ss. 184–185], odczuwana jest zazwyczaj dopiero po długotrwałym okresie zadowolenia [Kunecka, Kamińska, Karakiewicz 2007, s. 193]. „Satysfakcję zawodową można więc określić jako wyższy poziom zadowolenia z pracy” [Juchnowicz 2014, s. 15]. Satysfakcja zawodowa to szersza kategoria, nie tylko z perspektywy czasowej, ale także ze względu na zdecydowanie obszerniejszy kontekst zewnętrzny, wykraczający poza bezpośrednie środowisko organizacji [Wudarzewski 2013, s. 338]. Chodzi bowiem o to, że satysfakcja nie jest już jedynie skutkiem zaspokajania sfery materialnej pracowników, ale dotyczy również, a może przede wszystkim, kwestii zaspokajania ich potrzeb wyższego rzędu: przynależności, uznania (prestiżu) czy samorealizacji [Bartkowiak 2009, s. 123]. Według M. Juchnowicz „satysfakcja zawodowa oznacza pozytywny stosunek pracowników do powierzonych im zadań, warunków pracy oraz przełożonych i współpracowników, wymagający, by praca stwarzała intelektualne wyzwania, poczucie sukcesu, radości z rozwoju zawodowego i samorealizacji oraz pełnej identyfikacji z wykonywaną pracą i/lub organizacją” [Juchnowicz 2014, s. 16]. Zatem satysfakcję zawodową osiąga się w związku z wykonywaniem danego zawodu w dłuższej perspektywie czasu, dopiero wówczas, gdy jest możliwe skonfrontowanie swoistych uwarunkowań wykonywanego zawodu z możliwościami, jakie stwarza nam dana organizacja w swojej strukturze i poza nią [Wudarzewski 2013, s. 340].

Opisując zagadnienie zadowolenia oraz satysfakcji zawodowej, warto podkreślić subiektywny charakter obu pojęć, który zależy od indywidualnej percepcji podmiotu je odczuwającego [Sowińska 2014, s. 46]. Stąd takie same okoliczności mogą przyczynić się u jednej osoby do odczuwania zadowolenia z pracy i satysfakcji zawodowej, u innej zaś wywołać uczucie niezadowolenia i braku satysfakcji zawodowej [Wudarzewski 2013, s. 325].

Satysfakcja zawodowa może być determinowana przez szereg różnorodnych czynników, które w literaturze przedmiotu grupowane są według jednego z czterech modeli [Zalewska 2007, s. 90]: opierającego się na cechach danej osoby, determinowanego przez czynniki środowiskowe, warunkowanego dopasowaniem danej osoby do środowiska pracy lub tzw. modelu trójczynnikowego [Kunecka 2015, ss. 22–30], obecnie najczęściej stosowanego, który wykorzystano również w badaniach będących przedmiotem opracowania.

Badania w zakresie tematyki satysfakcji zawodowej i/lub zadowolenia z pracy w odniesieniu do środowiska pielęgniarskiego w Polsce były prowadzone dość często. Niemniej w momencie podejmowania badań autorka opracowania nie dotarła do badań zrealizowanych w wymiarze pozwalającym na uznanie ich reprezentatywności dla całego środowiska, a tym samym umożliwiającym interpretację wyników w odniesieniu do

grupy zawodowej polskich pielęgniarek/pielęgniarzy. Zazwyczaj stanowiły one jedynie cząstkowe ujęcie problematyki, w zależności od przyjętego przez autora konstruktów narzędzia, przez co nie pozwalały na skonstruowanie swego rodzaju modelu, umożliwiającego w sposób świadomy kształtowanie optymalnego poziomu satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek/pielęgniarzy. Dlatego autorka zaprojektowała, a następnie zrealizowała badania pozwalające na skonstruowanie właśnie takiego modelu empirycznego, który pozwoli na jego wykorzystanie w codziennej praktyce zarządczej. Prezentowany materiał badawczy stanowi jedynie fragment większego projektu badawczego, którego celem było zbadanie zjawiska satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek/pielęgniarzy w sposób kompleksowy, umożliwiający skonstruowanie ww. modelu [Kunecka 2015, s. 157]. Materiał będący podstawą poniższego opracowania może stanowić jego uzupełnienie/uszczegółowienie.

Stosowane metody i cel pracy

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, narzędziem autorski kwestionariusz ankiety, przygotowany na podstawie polskiej wersji Indeksu Satysfakcji i Motywacji Pracowników – ISMP [Skowron 2011, ss. 90–98]. Kwestionariusz ISMP oparto na American Customer Satisfaction Index – ACSI [American Customer Satisfaction Index 2017], European Performance Satisfaction Index – EPSI [European Performance Satisfaction Index 2017] oraz The European Employee Index [Ennova Consulting Agency 2017].

Kwestionariusz ankiety w wersji papierowej składał się z trzech zasadniczych części [Kunecka 2015, Aneks], wśród których część II zawierała pytania dotyczące poszczególnych elementów mogących stanowić czynnik warunkujący poziom satysfakcji zawodowej respondenta, a związanych z wykonywaną pracą (w ujęciu zawodu oraz samego miejsca pracy). Zostały one podzielone na 5 płaszczyzn problemowych, wśród których wyodrębniono łącznie 15 obszarów tematycznych, opisanych w łącznie 67 stwierdzeniach mogących stanowić potencjalne czynniki warunkujące poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej. Ponadto w kwestionariuszu uwzględniono dodatkowy obszar tematyczny *satysfakcja z pracy*, w ujęciu ogólnym rozumiany jako stosunek pracownika – respondenta – do firmy i pracy (15 pytań/stwierdzeń badawczych stanowiących składowe zjawiska satysfakcji z pracy oraz dodatkowo 2 pytania/stwierdzenia podsumowujące).

Elementem kompleksowej diagnozy satysfakcji zawodowej, poza oceną jej poziomu, najczęściej staje się ustalenie znaczenia dla indywidualnych pracowników (lub ich grup) czynników, które ją determinują. Wśród pięciu głównych płaszczyzn problemowych zawartych w konstrukcie narzędzia badawczego, zastosowanego w badaniu, znalazła się między innymi płaszczyzna opisująca wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne respondenta.

Celem pracy jest zbadanie, jakie elementy sklasyfikowane w wyżej wymienionej płaszczyźnie w opinii środowiska polskich pielęgniarek/pielęgniarzy mają największy wpływ na uzyskiwany w tej grupie zawodowej poziom satysfakcji zawodowej.

Mając na uwadze pełną charakterystykę badanych zjawisk, w analizie statystycznej zastosowano metody opisowo-wyjaśniające, z których istotne dla osiągnięcia założonego celu badań były: Structural Equation Modelling – SEM przy użyciu Partial Least Squares – PLS [Abdi 2007, s. 740–744], analiza współczynnika determinacji – R² oraz wskaźników: Average Variance Extracted – AVE/Communality, Composite Reliability – CR, Alfa Cronbacha, a także wyniki analizy z zastosowaniem regresji liniowej; rozpoczynając od uporządkowania zgromadzonego materiału badawczego oraz opracowania go w formie zestawień tabelarycznych, ilustrujących uzyskane w poszczególnych grupach rozkłady procentowe udzielanych odpowiedzi. Badanie zrealizowano w 2015 roku. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny Statsoft, Inc. (2010) STATISTICA 9.1.

Materiał badawczy stanowiły uzyskane zwrotnie kwestionariusze ankiet. Autorka, bazując na posiadanej wiedzy o badanej populacji pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, zdecydowała się na dobór próby w drodze celowo-przypadkowej, z zachowaniem zasad poprawności metodologicznej każdej z nich. Uzyskano 1066 kwestionariuszy ankiet (co stanowi 75,6% ogółu badanych zakwalifikowanych do badania, określonego listami obecności uczestników różnorodnych form kształcenia podyplomowego, w czasie których realizowano badania). Uczestnikami badania w zdecydowanej większości były kobiety (prawie 97% ogółu badanych) w wieku 31–45 lat (ok. 42% ogółu badanych), pracujące w zawodzie ponad 16 lat (ponad połowa ogółu badanych), posiadające dyplom licencjata (prawie połowa ogółu badanych). W większości były to osoby będące w stałym związku i posiadające dzieci (przeszło 50% ogółu badanych), zatrudnione w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony (przeszło 50% ogółu badanych). Jako miejsce pracy wskazywano najczęściej placówki opieki stacjonarnej (ponad 80% ogółu badanych), zaś jako zajmowane stanowisko – pielęgniarkę/pielęgniarza odcinkową/odcinkowego (prawie 70% ogółu badanych). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Struktura socjodemograficzna uczestników badania (N=1066)

Zmienna	Charakterystyka zmiennej	wartość N	wartość %
Wiek	30 lat i poniżej	272	25,5
	31–45 lat	447	41,9
	46 lat i powyżej	341	32,0
	Brak odpowiedzi	6	0,6
Staż pracy	5 lat i poniżej	257	24,1
	6–15 lat	165	15,5
	16–25 lat	310	29,1
	26 lat i powyżej	283	26,5
	Brak odpowiedzi	51	4,8
Wykształcenie	Liceum medyczne	327	30,7
	Studium medyczne	113	10,6
	Licencjat	514	48,2
	Magister	125	11,7
	Brak odpowiedzi	1	0,1
Status rodzinny	Wolna/wolny bez dzieci	192	18,0
	Wolna/wolny z dziećmi	91	8,5
	W związku bez dzieci	145	13,6
	W związku z dziećmi	623	58,4
	Brak odpowiedzi	15	1,4
Forma zatrudnienia	UoP*, czas określony oraz inne	399	37,4
	UoP*, czas nieokreślony	568	53,3
	Brak odpowiedzi	99	9,3

Gdzie: „UoP” oznacza „umowa o pracę”.

Źródło: opracowanie własne.

Rozkłady procentowe uzyskane w badanej grupie odzwierciedlają zbliżone proporcje ogółu pracowników zatrudnionych w szpitalach w Polsce [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2015]. Nieznaczące odstępstwa odnotowano w zakresie zmiennej wiek oraz staż pracy respondenta, co należałoby tłumaczyć przyjętą w realizacji badań formułą, ograniczając je do osób aktualnie realizujących obowiązek ustawodawczy [Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej 2011] w różnorodnych, instytucjonalnych formach kształcenia podyplomowego, realizowanych na terenie Polski.

Wybrane czynniki determinujące satysfakcję zawodową polskich pielęgniarek w płaszczyźnie problemowej odnoszącej się do pracy względem życia osobistego i społecznego – wyniki badań własnych

Satysfakcja zawodowa może być determinowana szeregiem różnorodnych czynników. Jest ona kategorią heterogeniczną. Powstaje, gdy pomiędzy czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi zachodzą wzajemne interakcje [Juchnowicz 2014, s. 19]. Klasyfikacje te budowane są zarówno na koncepcji strukturalistycznej [Encyklopedia PWN 2017], jak i personalistycznej [Encyklopedia PWN 2017], są też takie, które łączą oba te podejścia. Podział tego typu umożliwia dokonanie klasyfikacji determinant satysfakcji zawodowej w najprostszy z możliwych sposobów.

Zdaniem autorki dla celów poniższego opracowania istotna jest klasyfikacja czynników warunkujących satysfakcję zawodową, której podstawę stwarza przegląd głównych założeń/idei koncepcji strukturalistycznych oraz personalistycznych. Ujmuje ona czynniki satysfakcji w nieco inny niż dotychczas opisany sposób, identyfikując trzy główne grupy czynników [Andrałojć, Szambelańczyk 2009, s. 186]: ekonomiczne, zadaniowe, społeczne.

Obecnie w praktyce badawczej w klasyfikowaniu czynników determinujących satysfakcję zawodową najczęściej stosowany jest model trójczynnikowy, w którym przyjmuje się złożoność zjawiska satysfakcji zawodowej, które rozumiane jest jako wynik relacji zachodzących pomiędzy człowiekiem a otoczeniem, w którym on funkcjonuje [Bańka i in. 2002, s. 12]. Model ten zakłada, że dla uzyskania optymalnego poziomu satysfakcji zawodowej jednakowo ważne są wszystkie jej źródła. Zarówno czynniki wewnętrzne (czyli cechy osoby – czynniki osobiste), jak i czynniki zewnętrzne (związane z pracą – czynniki organizacyjne i niezwiązane z pracą – czynniki z życia pozazawodowego) [Jaros 2005, s. 95].

Ze względu na ograniczenia redakcyjne dotyczące objętości publikacji przedmiotem poniższego opracowania jest charakterystyka jedynie wybranych elementów/czynników warunkujących poziom satysfakcji zawodowej uzyskiwany w grupie polskich pie-

lęgniarek/pielęgniarzy, sklasyfikowanych w płaszczyźnie problemowej: praca a życie osobiste i społeczne, tj.: rozwój zawodowy, stanowisko pracy, zgodność z wartościami. W konstrukcie kwestionariusza ankiety w jej zakresie znalazł się również obszar sklasyfikowany jako miejsce w organizacji, pominięty w opracowaniu z uwagi na jego wcześniejsze wykorzystanie.

By umożliwić czytelnikowi odniesienie wyników analiz statystycznych uzyskiwanych w obrębie poszczególnych obszarów, przywołano również wyniki uzyskane w najwyższej punktowanej determinancie satysfakcji zawodowej w badanej grupie zawodowej, tj. wizerunku firmy/placówki zatrudniającej respondenta. Uzyskane wyniki w formie zbiorczego zestawienia dla opisywanego obszaru zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki analiz statystycznych dla elementów sklasyfikowanych w obszarze *praca a życie osobiste i społeczne* (N=1066)

Obszar	Indeksy obszarów	Wartości zależności ścieżkowych	Miary dopasowania dla poszczególnych obszarów			Wyniki analizy regresji liniowej	
			AVE / Communality	Composite Reliability	Cronbachs Alpha	B	Istotność
Rozwój Zawodowy	5,54	0,029	0,695	0,872	0,782	0,011	0,522
Stanowisko Pracy	7,36	0,085	0,481	0,821	0,727	0,096	0,000
Zgodność z Wartościami	6,47	0,112	0,59	0,878	0,824	0,042	0,124
Wizerunek	6,20	0,369	0,602	0,883	0,835	0,242	0,000
SATYSFAKCJA ZAWODOWA	7,07	---	0,424	0,912	0,896	---	---

Źródło: opracowanie własne.

Z danych zaprezentowanych powyżej wynika, że najsilniej determinującym poziomem satysfakcji zawodowej wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce, w płaszczyźnie problemowej, zatytułowanej praca a życie osobiste i społeczne, jest obszar *zgodność z wartościami oraz stanowisko pracy*.

Ponadto warto podkreślić, iż wartość $R^2=0,666$ uzyskana dla obszaru *satysfakcja zawodowa* dla skonstruowanego modelu satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, w którym jedną z 5 płaszczyzn była płaszczyzna opisywana jako praca a życie osobiste i społeczne, świadczy o jego rzetelności i dokładności.

Obszar tematyczny rozwój zawodowy – wyniki badań własnych

Wybór tego obszaru w konstrukcie narzędzia badawczego, jak i samej tematyki opracowania w odniesieniu do środowiska, które zobligowano ustawowo do systematycznego dokształcania się [Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej 2017], nie wymaga raczej uzasadnienia. Wśród czynników organizacyjnych mających wpływ na poziom uzyskiwanej satysfakcji zawodowej obszar *rozwój zawodowy* w literaturze pojawia się nader często, stąd i jego wybór w badaniach autorki. Wyniki analiz statystycznych uzyskane w tym obszarze przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki uzyskane dla zagadnień opisujących obszar *rozwój zawodowy* (N=1066)

Lp.	OBSZAR	Liczba odp.	Braki odp.	Wartość średnia	Wartość odchylenia standardowego	Waga (PLS)
RZ1	Praca w tej firmie sprawia, że rozwijam się zawodowo	1029	3,5%	6,26	2,67	0,445
RZ2	Moja firma umożliwia mi rozwój osobisty	1005	5,7%	5,12	2,93	0,428
RZ3	Mam zapewnione niezbędne kursy, szkolenia, staże	1023	4,0%	5,15	3,11	0,321

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki zaprezentowane w tabeli 3 pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków: grupę zagadnień o największym wpływie (w opinii badanych osób) na ostateczny poziom indeksu analizowanego elementu tworzą w głównej mierze kwestie dotyczące rozwoju zawodowego oraz osobistego. Dla wszystkich analizowanych zagadnień wskaźniki odchylenia standardowego przekraczają poziom 2,6, co w przypadku wykorzystywanej skali 1–10 wskazuje na bardzo wysoki stopień rozbieżności wyrażanych przez respondentów opinii. W przypadku RZ3 jego wartość sugeruje skrajnie niski stopień jednomyślności respondentów co do wyrażanych opinii. Można domniemywać, iż podmioty, które zatrudniają respondentów w bardzo odmienny sposób realizują politykę rozwoju kadr. Dane dotyczące braków odpowiedzi pozwalają na stwierdzenie, że wszyst-

kie spośród poruszanych kwestii są dobrze znane respondentom i nie sprawiają problemów z udzielaniem odpowiedzi.

Obszar tematyczny *stanowisko pracy* – wyniki badań własnych

Obszar definiowany jako *stanowisko pracy*, podobnie jak obszar poprzedni, zaliczany jest do grupy czynników organizacyjnych, uwzględniających aspekt strukturalistyczny, przez co mających związek z szeregiem czynników sytuacyjnych. Wyniki analiz statystycznych uzyskanych w obrębie obszaru *stanowisko pracy* zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki uzyskane dla zagadnień opisujących obszar *stanowisko pracy* (N=1066)

Lp.	OBSZAR	Liczba odp.	Braki odp.	Wartość średnia	Wartość odchylenia standardowego	Waga (PLS)
SP1	Zadania, które realizuję, są zgodne z moimi kwalifikacjami	1028	3,6%	7,79	2,48	0,340
SP2	Moje zadania są dla mnie proste, realizuję je bez problemów	1007	5,5%	8,11	2,17	0,216
SP3	Nie odczuwam stresu związanego z moją pracą/zadaniami	1027	3,7%	5,78	2,99	0,290
SP4	Efekty mojej pracy są adekwatne do mojego wysiłku	1014	4,9%	6,88	2,79	0,331
SP5	Moje zadania są zróżnicowane	1006	5,6%	7,94	2,26	0,260

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki zaprezentowane w tabeli 4 pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków: grupę zagadnień o największym wpływie, w opinii badanych osób, na ostateczny poziom indeksu analizowanego obszaru tworzą odpowiednie kwestie dotyczące zgodności realizowanych zadań z posiadanymi kwalifikacjami oraz oceny adekwatności efektów pracy do wkładanego wysiłku. Kolejną grupę zagadnień pod względem wyznaczonego poziomu istotności tworzą odpowiednie kwestie problemowe opisujące ocenę odczuwania stresu związanego z pracą/zadaniami oraz poziomu zróżnicowania wykonywanych zadań. Zagadnieniem, które charakteryzuje się najmniejszym poziomem istotności w perspektywie uzyskanych ocen respondentów (choć jest wciąż istot-

ne ze statystycznego punktu widzenia) jest opinia o poziomie skomplikowania i trudności wykonywanych zadań. Dla wszystkich analizowanych zagadnień wskaźniki odchylenia standardowego przekraczają poziom 2,15, co w przypadku wykorzystywanej skali 1–10 wskazuje na bardzo niski poziom jednorodności opinii wyrażanych przez respondentów. Prezentowane w tabeli 4 dane pozwalają na stwierdzenie, że wszystkie poruszane kwestie są dobrze znane respondentom i nie sprawiają problemów z udzielaniem odpowiedzi, o czym świadczą bardzo niskie poziomy braków odpowiedzi (nieprzekraczające 5,6%).

Obszar tematyczny *zgodność z wartościami* – wyniki badań własnych

Dla zachowania poprawności zastosowanego w badaniach trójczynnikowego modelu w konstrukcie narzędzia należało uwzględnić również czynniki koncentrujące się na aspekcie personalistycznym, co pozwoliło na uwzględnienie również wyznawanych przez respondentów wartości. Stąd pojawienie się obszaru *zgodność z wartościami*. Wyniki analiz statystycznych uzyskanych w jego obrębie w badanej grupie zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki uzyskane dla zagadnień opisujących obszar *zgodność z wartościami* (N=1066)

Lp.	OBSZAR	Liczba odp.	Braki odp.	Wartość średnia	Odchylenie standardowe	Waga (PLS)
ZzW1	Moja praca jest dla mnie ciekawa i interesująca	1037	2,7%	7,98	2,31	0,285
ZzW2	Moja firma działa uczciwie i rzetelnie wobec pracowników	1017	4,6%	5,27	2,98	0,251
ZzW3	Akceptuję sposób działania moich przełożonych	1044	2,1%	5,55	2,89	0,267
ZzW4	Akceptuję sposób działania moich współpracowników	1035	2,9%	6,53	2,47	0,247
ZzW5	Akceptuję wytyczne przełożonych dotyczące sposobu wykonywania powierzanych zadań	1028	3,6%	6,84	2,63	0,257

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki (patrz tabela 5) pozwalają na sformułowanie następujących wniosków: wszystkie poruszane w ramach omawianego obszaru kwestie problemowe w porównywalnym oraz istotnym ze statystycznego punktu widzenia stopniu wpływają na

kształtowanie opinii respondentów odnośnie do całego analizowanego obszaru. Dla wszystkich analizowanych zagadnień wskaźniki odchylenia standardowego przekraczają poziom 2,3, co w przypadku stosowanej skali 1–10 wskazuje na bardzo niski poziom jednorodności wyrażanych przez respondentów opinii. Dane dotyczące braków odpowiedzi pozwalają na stwierdzenie, że wszystkie spośród poruszanych w obszarze kwestii są dobrze znane respondentom oraz stosunkowo łatwe do interpretacji i oceny.

Charakterystyka czynników warunkujących satysfakcję zawodową pielęgniarek/pielęgniarzy zdefiniowanych w płaszczyźnie problemowej *praca a życie osobiste i społeczne*, w odniesieniu do wybranych zmiennych socjo-demograficznych – wyniki badań własnych

Ta część opracowania koncentruje się na opisywanej w literaturze przedmiotu grupie czynników osobistych warunkujących uzyskiwany poziom satysfakcji zawodowej [Juchnowicz 2014, ss. 20, 23, 25, Bartkowiak 2009, s. 105, Gros 2003, s. 116], szczególnie popularnych wśród autorów pracujących na modelu opartym na cechach osoby. W przypadku badań autorki grupa czynników koncentrujących się na aspekcie personalistycznym jednocześnie stanowiła zmienne socjo-demograficzne, charakteryzujące badaną populację. Wśród zmiennych znalazły się nie tylko te, które zdiagnozowano w oparciu o analizę literatury przedmiotu, ale również zmienne wskazane po uwzględnieniu specyfiki badanej grupy. Finalnie zdecydowano o wyborze takich zmiennych, jak: wiek, staż pracy, wykształcenie, status rodzinny oraz forma zatrudnienia.

By umożliwić czytelnikowi przeprowadzenie analizy wpływu aktualnej pracy respondentów na ich życie osobiste i społeczne, z perspektywy podziału uczestników badania na poszczególne grupy wiekowe, wyniki uzyskanych rozkładów zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6. Wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne a wiek respondentów

Zagadnienie	Do 30 lat		31–45 lat		46 lat i powyżej	
	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.
Rozwój zawodowy						
RZ1	6,43	2,35	5,33	2,64	4,95	2,78
RZ2	5,97	2,79	4,88	2,95	4,92	3,15

RZ3	6,49	2,73	5,25	3,14	5,60	3,28
Stanowisko pracy						
SP1	7,17	2,51	7,86	2,54	8,22	2,26
SP2	7,48	2,06	8,23	2,15	8,46	2,20
SP3	5,36	2,70	5,89	3,12	5,94	3,04
SP4	6,57	2,59	6,81	2,90	7,22	2,78
SP5	7,53	2,27	7,88	2,35	8,34	2,09
Zgodność z wartościami						
ZzW1	7,96	2,17	7,78	2,45	8,26	2,18
ZzW2	5,66	2,83	5,17	3,00	5,08	3,04
ZzW3	5,72	2,72	5,37	2,95	5,66	2,96
ZzW4	6,47	2,31	6,36	2,56	6,80	2,50
ZzW5	6,92	2,35	6,64	2,79	7,03	2,63

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku obszarów *stanowisko pracy* oraz *zgodność z wartościami* najwyższe wartości indeksów uzyskano w grupie wiekowej 46 lat i powyżej, natomiast w obszarze *rozwój zawodowy* – w grupie osób najmłodszych. Prawdopodobnie jest to przede wszystkim wynikiem nabywanego z wiekiem doświadczenia zarówno zawodowego, jak i osobistego respondenta. Z kolei w przypadku obszaru *rozwój zawodowy* wynik ten można dodatkowo tłumaczyć malejącym w miarę upływu lat zainteresowaniem rozwojem, na co wpływ mogą mieć nie tylko względy osobowościowe, ale również już zdobyta wiedza i umiejętności, oscylujące wokół najwyższego poziomu. Niemniej należy odnotować, że wszyscy uczestnicy badania stosunkowo nisko oceniają możliwości zarówno rozwoju zawodowego, jak i osobistego. Ponadto wartości odchylenia standardowego mogą świadczyć o występujących w poszczególnych grupach wiekowych różnicach w postrzeganiu poszczególnych kwestii, sklasyfikowanych w obszarach tematycznych: *rozwój zawodowy*, *stanowisko pracy* oraz *zgodność z wartościami*. Być może jest to wynikiem zróżnicowanego podejścia do tych zagadnień wśród pracodawców.

By umożliwić czytelnikowi przeprowadzenie analizy wpływu aktualnej pracy respondentów na ich życie osobiste i społeczne, z perspektywy podziału uczestników badania na poszczególne grupy stażowe, wyniki uzyskanych rozkładów zaprezentowano w tabeli 7.

Tabela 7. Wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne a staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza

Zagadnienie	Do 5 lat		6–15 lat		16–25 lat		26 lat i powyżej	
	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.
Rozwój zawodowy								
RZ1	6,41	2,42	6,04	2,80	6,04	2,75	6,51	2,72
RZ2	5,33	2,63	4,97	2,93	4,85	3,02	5,23	3,12
RZ3	4,98	2,83	4,78	3,14	4,99	3,14	5,63	3,30
Stanowisko pracy								
SP1	7,22	2,54	7,78	2,58	8,04	2,43	8,19	2,29
SP2	7,59	2,03	8,11	2,12	8,39	2,12	8,41	2,29
SP3	5,50	2,74	5,33	2,98	6,15	3,19	5,95	3,05
SP4	6,66	2,59	6,48	2,91	7,04	2,88	7,24	2,79
SP5	7,64	2,27	7,73	2,33	8,09	2,32	8,36	2,06
Zgodność z wartościami								
ZzW1	7,87	2,27	7,60	2,44	7,99	2,39	8,32	2,14
ZzW2	5,73	2,83	5,16	2,89	5,16	3,09	5,01	3,06
ZzW3	5,80	2,74	5,11	2,64	5,55	3,09	5,51	2,92
ZzW4	6,53	2,38	6,25	2,54	6,52	2,56	6,73	2,44
ZzW5	6,94	2,41	6,28	2,66	6,86	2,79	7,01	2,65

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki dotyczące zróżnicowania opinii respondentów w odniesieniu do długości stażu pracy częściowo potwierdzają wyniki zaprezentowane powyżej (z uwzględnieniem wieku respondentów). Na uwagę zasługuje fakt, że w przypadku zmiennej *staż* grupę osób z najkrótszym stażem charakteryzują niższe wartości wskaźnika odchylenia standardowych, a tym samym większa jednorodność udzielanych odpowiedzi. Być może podobnie jak w przypadku zmiennej *wiek* należy to tłumaczyć istotnym wpływem komponenty sytuacyjnej, w której ważne dla oceny są nadzieja i pozytywne myślenie, traktowane jako sposoby radzenia sobie z rzeczywistością [Czerw i wsp. 2010, ss. 70–72], tak charakterystyczne dla osób młodych.

By umożliwić czytelnikowi przeprowadzenie analizy wpływu aktualnej pracy respondentów na ich życie osobiste i społeczne, z perspektywy posiadanego przez uczestników badania wykształcenia, uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne a wykształcenie

Zagadnienie	Liceum medyczne		Studium medyczne		Licencjat		Magister	
	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.
Rozwój zawodowy								
RZ1	6,37	2,83	6,45	2,55	6,20	2,61	6,00	2,60
RZ2	5,34	3,07	5,32	2,86	5,04	2,89	4,62	2,75
RZ3	5,51	3,25	5,80	2,93	4,91	3,01	4,62	2,75
Stanowisko pracy								
SP1	8,35	2,26	8,08	2,25	7,37	2,57	7,77	2,58
SP2	8,66	2,03	8,24	2,08	7,80	2,19	7,83	2,25
SP3	6,23	3,10	6,05	2,97	5,52	2,91	5,32	2,90
SP4	7,33	2,88	7,05	2,86	6,64	2,72	6,54	2,66
SP5	8,34	2,16	7,89	2,08	7,74	2,32	7,70	2,35
Zgodność z wartościami								
ZzW1	8,26	2,29	7,88	2,37	7,78	2,34	8,16	2,05
ZzW2	5,08	3,13	5,79	3,17	5,22	2,82	5,50	3,01
ZzW3	5,60	3,07	6,26	3,01	5,39	2,75	5,36	2,79
ZzW4	6,76	2,60	7,31	2,34	6,32	2,40	6,08	2,33
ZzW5	7,00	2,87	7,06	2,53	6,71	2,53	6,75	2,45

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli 8 wskazują, iż poziom wykształcenia ma niewielki wpływ na zróżnicowanie opinii respondentów w odniesieniu do zagadnień sklasyfikowanych w opisywanych obszarach tematycznych. Niemniej należy zwrócić uwagę, że nader często najwyższa wartość indeksu średniego odnotowywana jest w przypadku najniższego poziomu wykształcenia. Nie dziwi zatem opinie respondentów, że oceny przydzielanych zadań i ich ocena jako prostych jest popularniejsza w opiniach absolwentów liceum medycznego. Warto podkreślić, że w opinii badanych wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spada poziom stresu związanego z pracą i realizowanymi zadaniami oraz ocena stosunku uzyskiwanych efektów do włożonego wysiłku. Niemniej wysokie wartości odchylenia standardowego każdorazowo świadczą o znacznym zróżnicowaniu opinii wśród badanych.

By umożliwić czytelnikowi przeprowadzenie analizy wpływu aktualnej pracy respondentów na ich życie osobiste i społeczne, z perspektywy podziału uczestników badania na poszczególne grupy w zależności od ich statusu rodzinnego, uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli 9.

Tabela 9. Wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne a status rodzinny

Zagadnienie	Stan wolny bez dzieci		Stan wolny z dziećmi		W związku bez dzieci		W związku z dziećmi	
	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.
Rozwój zawodowy								
RZ1	6,32	2,31	6,02	2,83	6,23	2,63	6,25	2,75
RZ2	5,09	2,77	4,89	3,18	5,31	2,56	5,08	3,01
RZ3	4,82	2,86	5,25	3,44	4,88	2,93	5,29	3,15
Stanowisko pracy								
SP1	7,36	2,52	8,20	2,29	7,32	2,53	7,95	2,46
SP2	7,48	2,19	8,56	2,19	7,52	2,16	8,36	2,11
SP3	4,92	2,88	6,09	3,03	5,46	2,62	6,04	3,07
SP4	6,40	2,64	7,14	2,82	6,53	2,69	7,04	2,86
SP5	7,63	2,26	8,15	2,34	7,95	2,25	7,99	2,26
Zgodność z wartościami								
ZzW1	7,58	2,26	7,79	2,39	8,24	2,09	8,03	2,36
ZzW2	5,42	2,92	5,20	3,14	5,28	2,90	5,21	2,98
ZzW3	5,24	2,86	5,52	2,99	5,53	2,71	5,62	2,90
ZzW4	6,10	2,34	6,78	2,81	6,43	2,47	6,62	2,43
ZzW5	6,53	2,53	6,80	2,87	7,03	2,37	6,86	2,69

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki zaprezentowane w tabeli 9 można interpretować w następujący sposób: status rodzinny nie wpływa w istotnym statystycznie stopniu na postrzeganie przez respondentów kwestii w omawianych obszarach tematycznych. Niemniej w przypadku niektórych elementów warunkujących poziom satysfakcji zawodowej korzystna jest ustabilizowana sytuacja rodzinna. Dotyczy to na przykład kwestii związanych z realizo-

wanymi w pracy zadaniami, takich jak zgodność zadań z kwalifikacjami i łatwość ich realizacji. Ponadto osoby takie nieco wyżej oceniają adekwatność efektów pracy do włożonego wysiłku w porównaniu z osobami bezdzietnymi oraz w nieco większym stopniu akceptują sposób działania współpracowników i przełożonych w zakresie dotyczącym sposobu wykonywania zadań. Natomiast osoby stanu wolnego bez dzieci w najwyższym stopniu odczuwają poziom stresu z tytułu pracy/zadań, a także najrzadziej spośród ogółu badanych oceniają swoją pracę jako ciekawą.

By umożliwić czytelnikowi przeprowadzenie analizy wpływu aktualnej pracy respondentów na ich życie osobiste i społeczne, z perspektywy podziału uczestników badania na poszczególne grupy w zależności od formy zatrudnienia, uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli 10.

Tabela 10. Wpływ aktualnej pracy na życie osobiste i społeczne a forma zatrudnienia

Zagadnienie	Umowa o pracę czas określony		Umowa o pracę czas nieokreślony	
	Wartość średnia	Odch. Stand.	Wartość średnia	Odch. Stand.
Rozwój zawodowy				
RZ1	6,31	2,53	6,21	2,72
RZ2	5,09	2,68	5,08	3,00
RZ3	4,72	2,86	5,30	3,19
Stanowisko pracy				
SP1	7,21	2,54	8,05	2,37
SP2	7,55	2,13	8,31	2,15
SP3	5,53	2,83	5,76	3,13
SP4	6,65	2,75	6,91	2,91
SP5	7,82	2,16	8,01	2,30
Zgodność z wartościami				
ZzW1	7,95	2,21	8,00	2,36
ZzW2	5,40	2,90	5,05	2,99
ZzW3	5,65	2,84	5,39	2,89
ZzW4	6,67	2,29	6,43	2,55
ZzW5	6,94	2,52	6,72	2,71

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 10 wskazuje, iż forma zatrudnienia w badanej grupie nie wpływa w istotny sposób na większość analizowanych elementów sklasyfikowanych w obszarach *rozwój zawodowy*, *stanowisko pracy* oraz *zgodność z wartościami*, poza postrzeganiem zgodności realizowanych zadań z kwalifikacjami i łatwości ich wykonywania. Wyżej oceniają je osoby zatrudnione na umowę na czas nieokreślony.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Spośród znaczeń przypisywanych satysfakcji zawodowej, opierając się na empirycznych dowodach, dotychczas w literaturze przedmiotu najliczniej przywoływano te, które odnosiły się do wzajemnych zależności zachodzących pomiędzy uzyskiwanym poziomem satysfakcji zawodowej a kolejno: efektywnością pracownika, wydajnością/produktywnością pracownika, jej wpływem na zmiany zachowań pracownika, czy też motywowaniem pracownika [Kunecka 2015, ss. 30–42]. Autorka uznaje, że z racji specyfiki badanego środowiska oraz obecnej, tak trudnej sytuacji gospodarowania zasobem ludzkim, z jaką mamy do czynienia w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, racjonalny wydaje się kierunek działania stosujący w praktyce rozwiązania oparte na nowym paradygmacie – troski o uzyskiwany przez pracownika poziom satysfakcji zawodowej. Staje się on nie tylko merytoryczną, ale i obiektywną koniecznością.

W oparciu o uzyskane wyniki sformułowano wnioski końcowe:

1. W grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy na uzyskiwany poziom satysfakcji zawodowej największy wpływ spośród 15 sklasyfikowanych w badaniach czynników mają aspekty wizerunkowe, ujęte w płaszczyźnie problemowej *wizerunek*.
2. W grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy na uzyskiwany poziom satysfakcji zawodowej w grupie czynników sklasyfikowanych w opisywanej płaszczyźnie problemowej *praca a życie osobiste* największy wpływ mają elementy sklasyfikowane w obszarze tematycznym *stanowisko pracy*.
3. W grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy na uzyskiwany poziom satysfakcji zawodowej istotny wpływ mają elementy charakteryzowane jako rzeczywiste motywy. Wbrew obiegowym opiniom nie wymagają one znacznych nakładów finansowych, a jedynie wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności oraz, co chyba najtrudniejsze, niekiedy zmiany mentalności kadry zarządzającej, która musi chcieć je wykorzystywać w codziennej praktyce zarządczej w zespołach pielęgniarskich, zwłaszcza w procesie umiejętnego motywowania i budowania zaangażowania pracowników.

Bibliografia

Abdi H. (2007), *Partial Least Square Regression (PLS Regression)* [w:] N.J. Salkind (ed.), *Encyclopedia of Measurement and Statistics*, Sage Publications, doi.org/10.4135/9781412952644.

American Customer Satisfaction Index – ACSI, <http://www.theacsi.org>, dostęp: 2 lipca 2017.

Andrałojć M., Szambelańczyk J. (2009), *Satysfakcja z pracy w zarządzaniu zasobami ludzkimi*. [w:] M. Juchnowicz (red.), *Kulturowe uwarunkowania zarządzania kapitałem ludzkim*, Wolters Kluwer Polska, Kraków.

Bańka A., Łącała Z., Noworol C., Ratajczak Z. (2002), *Zarządzanie uczelniami. Efektywność i satysfakcja w pracy administracyjnej*, Wyd. UJ, Kraków.

Bartkowiak G. (2009), *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu organizacji*, PWE, Warszawa.

Białas S., Litwin J. (2013), *Kierunki badań nad satysfakcją z pracy*, „Organizacja i Kierowanie”, nr 3, ss. 161–170.

Czerw A., Borkowska A. (2010), *Rola optymizmu i inteligencji emocjonalnej w osiąganiu satysfakcji z pracy. Implikacje dla tworzenia programów rozwojowych pracowników*, „Współczesne Zarządzanie”, nr 1, ss. 69–82.

Dz. U. 2011 Nr 174, poz. 1039, Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Encyklopedia PWN, hasło „personalizm”, [online] <http://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/personalizm.html> dostęp: 02 lipca 2017.

Encyklopedia PWN, hasło „strukturalizm”, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/strukturalizm;3980525.html> dostęp: 2 lipca 2017.

Ennova Consulting Agency (2017), *The European Employee Index, Attract, retain, and develop engaged and talented people*, [online] <http://int.ennova.com/home.aspx>, dostęp: 2 lipca 2017.

European Performance Satisfaction Index – EPSI, [online] <http://www.epsi-rating.com/en/>, dostęp: 2 lipca 2017.

Gros U. (2003), *Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania*, PWN, Warszawa.

Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. (1959), *The Motivation to Work*, John Wiley (ed.), New York.

Jaros R. (2005), *Zadowolenie z pracy* [w:] L. Golińska (red.), *Skuteczniej, sprawniej, z większą satysfakcją*, Wyd. Naukowe WSK, Łódź.

Juchnowicz M. (2014), *Istota zadowolenia z pracy i satysfakcji zawodowej* [w:] M. Juchnowicz (red.), *Satysfakcja zawodowa pracowników kreator kapitału ludzkiego*, Wyd. PWE, Warszawa.

Juchnowicz M. (2013), *Satysfakcja z pracy determinantą jakości kapitału ludzkiego oraz kapitału relacyjnego*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 4(1), ss. 101–110.

Kunecka D. (2015), *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce*, Difin, Warszawa.

Kunecka D. (2013), *Dylematy etyczne w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie sektora zdrowia*, „Współczesne zarządzanie”, nr 2, ss. 100–107.

Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. (2007), *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2–3(15), ss. 192–196.

Olechnicki K., Załęcki P. (1997), *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń.

Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (2015), *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnych*, [online] http://arch.nipip.pl/attachments/article/3368/Raport_2015_NiPiP.pdf dostęp: 02 lipca 2017.

Skowron Ł. (2011), *Indeks ISMP jako nowoczesna metoda pomiaru poziomu satysfakcji i motywacji pracowników*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu”, nr 223, ss. 90–98.

Wilsz J. (2009), *Teoria pracy*, Impuls, Kraków.

Sowińska A. (2014), *Zadowolenie z pracy – problemy definicyjne*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 197, ss. 45–56.

Wudarzewski G. (2013), *Satysfakcja z pracy-konceptualizacja pojęcia w świetle badań literaturowych*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu”, nr 5(37), ss. 323–344.

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
adam.rzeznicki@umed.lodz.pl

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Zarządzania Ochroną Zdrowia,
Wydział Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Sawczuk

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Zarządzania Ochroną Zdrowia,
Wydział Nauk o Zdrowiu

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wypalenie zawodowe pielęgniarek – analiza zjawiska w wybranych placówkach medycznych

Professional Burnout Among Nurses – Analysis of the Phenomenon at the Selected Medical Facility

Abstract: Occupational burnout is characterized by experiencing fatigue, emotional exhaustion, bad mental and physical well-being and feelings of failure and disappointment in the area of professional activity.

The aim of the study was to identify factors conditioning the occupational burnout and to determine the severity of individual symptoms among nurses employed within the admission centers of selected medical facilities in the Lodz region.

The study was conducted between March and April 2017 among 80 nurses employed at the admission centers of selected medical facilities in the Lodz region.

An anonymous questionnaire was used to collect the empirical material. The questionnaire included questions about experiencing the symptoms of occupational burnout, in-

terpersonal relations with colleagues and supervisors, and assessing work-related burdens. The analysis of the collected empirical material showed that the majority of respondents had symptoms suggestive of occupational burnout. The most common include physical exhaustion, depressed mood and frustration.

Key words: professional burnout, nurse, medical facility

Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe charakteryzuje się doświadczaniem nieprzemijającego zmęczenia, wyczerpania emocjonalnego, złego samopoczucia psychicznego i fizycznego oraz uczucia niepowodzenia i rozczarowania w obszarze działalności zawodowej [Sokołowska 2007]. Wypalenie zawodowe rozpatrywane jest z wykorzystaniem różnych koncepcji psychologicznych, a długoletnie badania tego zjawiska spowodowały oddzielenie go od takich stanów jak nerwica czy depresja [Jakubowska-Winecka, Włodarczyk 2007, s. 168].

Pierwsze próby definiowania wypalenia zawodowego opierały się na dwóch wymiarach: emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji. Jednak na podstawie danych z badań kwestionariuszowych prowadzonych przez Christinę Maslach i Susan Jackson na grupie pracowników socjalnych, ochrony zdrowia i szkolnictwa wprowadzono dodatkowo niezależny wymiar wypalenia, który uwzględnia brak satysfakcji zawodowej. Opierając się na wynikach badań, Maslach zdefiniowała wypalenie jako „syndrom emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i braku satysfakcji zawodowej, które może wystąpić u osób wykonujących zawody oparte na kontaktach z ludźmi”. Wypalenie powoduje doświadczanie stresu wynikającego z relacji społecznych [Tucholska 2001, ss. 301–317].

Marianne Borritz wykazała, że na pojawienie się objawów wypalenia istotny wpływ wywierają takie czynniki, jak nadmierne obciążenie pracą, brak możliwości rozwoju zawodowego oraz brak ściśle sprecyzowanej roli i obowiązków. Autorka oprócz przytoczonych determinantów wypalenia wymienia czynniki emocjonalne: skrywanie uczuć, konflikt roli zawodowej, powodujące duże obciążenie emocjonalne [Borritz 2006, s. 48].

Według Herberta Freudenbergera i Geraldine Richelson wypalenie zawodowe definiuje się jako „stan zmęczenia czy frustracji, wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody”. Autorzy, oprócz przemęczenia, wymieniają wiele objawów, takich jak bóle głowy, bezsenność, złość [Głowacka, Nowakowska 2006, s. 126].

Ayala Pines i Elliot Aronson opisują wypalenie zawodowe jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuację, które są obciążające pod względem emocjonalnym”. Jest to perspektywa egzystencjonalna, ukazująca poszukiwanie sensu życia, oczekiwania wobec

wykonywanej pracy. Według Pines wypalenie jest problemem społecznym wynikającym z trudnych i stresujących warunków pracy. Podkreśla specyficzną cechę wypalenia, jaką jest utrata złudzeń dotycząca znalezienia sensu wykonywanego zawodu [Wilczek-Rużycka 2008].

Wyróżnia się pięć stadiów zjawiska wypalenia zawodowego [Sapilak, Kurpas, Steciwko, Melon 2006, ss. 81–83]:

1. fizjologiczne – doświadczanie takich objawów, jak bóle, utrata apetytu, bezsenność,
2. społeczne – poczucie niepewności w kontaktach z innymi, drażliwość,
3. intelektualne – zaburzenia procesów poznawczych,
4. psychoemocjonalne – zmiany behawioralne, takie jak nadużywanie alkoholu, narkotyków, leków,
5. duchowe – utrata wiary w zasoby i wartości.

Syndrom wypalenia zawodowego powstaje wtedy, gdy pracownik przestaje odczuwać satysfakcję z wykonywanej pracy, nie może rozwijać swoich kompetencji, doświadcza zmęczenia i spadku motywacji [Chirkowska-Smolarek 2009]. Wpływ mają również relacje między pracownikami, obciążenie pracą, brak osiągniętych sukcesów, prowadzące do poczucia porażki.

Syndrom wypalenia zawodowego podzielono na trzy fazy [Pietrzak, Tarkowski 2013, ss. 203–206]:

I faza określona jako stadium ostrzegawcze dotyczy odczuwania zniechęcenia, wyczerpania emocjonalnego wynikającego z intensywnego i długotrwałego obciążenia pracą. Dodatkowo opisywane jest pojawienie się objawów takich, jak bóle głowy, zaburzenia snu, osłabienie. Na tym etapie dzięki szybkiej reakcji i wyeliminowaniu czynników powodujących syndrom wypalenia można łatwo powrócić do prawidłowego funkcjonowania.

II faza powstaje przez przedłużające się działanie fazy ostrzegawczej. Charakteryzuje się pogorszeniem stanu emocjonalnego widocznego w relacjach ze współpracownikami, pacjentami, okazywaniem zniechęcenia, dystansu, co wpływa negatywnie na jakość pracy pracownika. Działania mające na celu wyeliminowanie i postępowanie opisywanych objawów na tym etapie wymagają podjęcia radykalnych zmian, przykładem może być urlop, skupienie się na swoich zainteresowaniach.

III faza obejmuje rozwój wszystkich objawów zarówno fizycznych, psychicznych, jak i psychosomatycznych, które mają negatywny wpływ na środowisko zawodowe pracownika, ale również na rodzinę i otoczenie prywatne. Osoba, której dotyczy wypalenie zawodowe, odczuwa depresję, uciążliwości ze strony organizmu – wrzody, nadciśnienie, migreny. W tej fazie wymagana jest specjalistyczna pomoc lekarza i terapeuty.

Z wyników badań opublikowanych przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy wynika, że doświadczanie stresu w miejscu zatrudnienia zajmuje dru-

gie miejsce wśród najczęściej zgłaszanych problemów zdrowotnych w pracy [European Agency for Safety and Health at Work 2000]. Statystyki utraconych dni roboczych wskazują, że są one w dużym stopniu związane ze stresem zawodowym. Taka sytuacja skłania naukowców do tworzenia programów profilaktycznych w kierunku wypalenia zawodowego [Bliska 2013, ss. 49–56]. Temat stresu podejmowany jest również w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracujących poprzez kształtowanie odpowiedniego klimatu pracy, prawa, instrumentów ekonomicznych. Pracodawca ma obowiązek podejmowania działań ograniczających lub eliminujących ryzyko występowania skutków zdrowotnych związanych z nadmiernym stresem zawodowym [Waszkowska, Merecz, Drąbek 2009, ss. 523–529].

Wyniki badań na temat wypalenia zawodowego pokazują, że obciążenie zawodowe wynika z presji czasu, dużej odpowiedzialności, monotonii pracy, zmęczenia [Dębska, Pasek 2014]. Wysoki stopień obciążenia pielęgniarek pracą potwierdzają również wyniki badań J. Ogińskiej, która wskazuje czynniki najbardziej obniżające wydajność, satysfakcję z pracy, takie jak nadmiar obowiązków związanych z dokumentacją medyczną, niskie zarobki, zła organizacja pracy [Ogińska, Żuralska 2010, ss. 435–442]. Na powstawanie wypalenia zawodowego istotny wpływ mają czynniki socjodemograficzne. Wśród najczęściej wymienianych są: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, staż pracy [Nowakowska, Rasińska 2015, s. 125].

Cel

Celem badania była identyfikacja czynników warunkujących powstawanie wypalenia i określenie nasilenia poszczególnych objawów wśród pielęgniarek zatrudnionych w ramach izb przyjęć wybranych placówek medycznych województwa łódzkiego.

Metodologia badania

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do kwietnia 2017 roku wśród pielęgniarek zatrudnionych w izbach przyjęć wybranych placówek medycznych w województwie łódzkim. Zbierając materiał empiryczny, posłużono się anonimowym kwestionariuszem ankiety, zawierającym pytania dotyczące doświadczania objawów wypalenia zawodowego, stosunków interpersonalnych ze współpracownikami i przełożonymi oraz oceny obciążeń występujących w miejscu pracy. Do udziału w badaniu zostały zaproszone wszystkie pielęgniarki pracujące na izbach przyjęć wybranych placówek medycznych województwa łódzkiego. Do dobrowolnego badania przystąpiło 85 osób. Kompletnie wypełnione ankiety zwróciło 80 badanych.

Dane zawarte w ankietach zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego programu MS Excel, a następnie zebrany materiał empiryczny poddano analizie statystycznej i opisowej. Dla potrzeb opisu całej grupy badanych i wyodrębnionych podgrup ze względu na cechy jakościowe obliczono wskaźniki struktury. Wskaźniki struktury wyrażano w postaci frakcji (f). Do porównywania częstości występowania poszczególnych kategorii cech ilościowych w analizowanych grupach zastosowano test niezależności chi-kwadrat lub test niezależności chi-kwadrat z poprawką Yatesa. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p=0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 2 mężczyzn i 78 kobiet (tab. 1). Najliczniejszą grupę badanych, złożoną z 26 osób ($f=0,33$), stanowiły pielęgniarki pomiędzy 41 a 50 rokiem życia. Najmniej było respondentów w wieku do 25 lat ($f=0,11$) i w wieku 26–30 lat ($f=0,11$) (tabela 1). Wśród ankietowanych najliczniej ($f=0,41$) reprezentowana była grupa osób legitymujących się wykształceniem wyższym magisterskim (tabela 1). Wśród badanych najwięcej, to jest 29 osób ($f=0,36$), stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie powyżej 20 lat (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

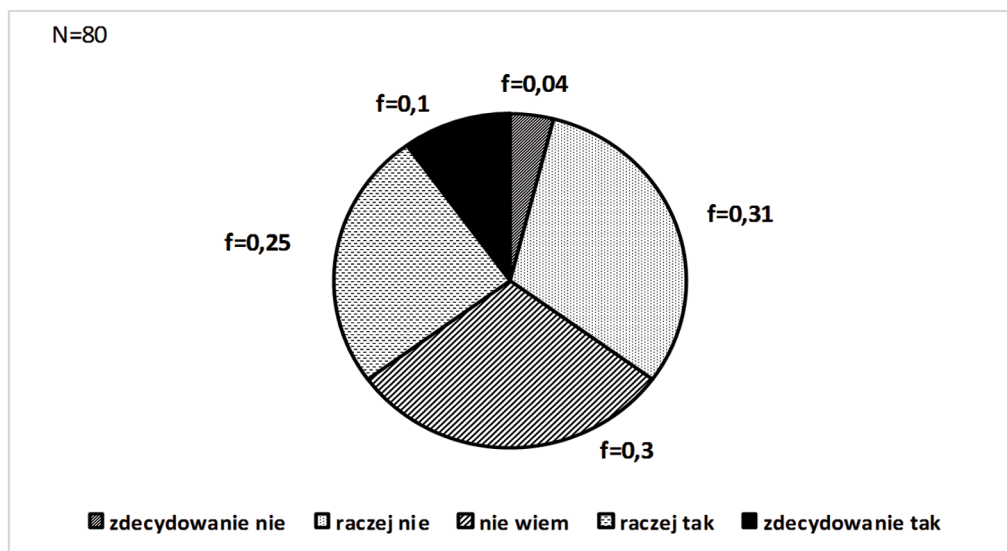
Płeć	N	f
Kobieta	78	0,03
Mężczyzna	2	0,97
Wiek	N	f
<25	9	0,11
26–30	9	0,11
31–40	18	0,22
41–50	26	0,33
>50	18	0,23
Wykształcenie	N	f
Średnie	27	0,34
Wyższe licencjackie	20	0,25
Wyższe magisterskie	33	0,41

Staż pracy w zawodzie	N	f
<5 lat	14	0,18
6–10 lat	10	0,13
11–15 lat	6	0,07
16–20 lat	21	0,26
>20 lat	29	0,36

Źródło: opracowanie własne.

W grupie ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy najliczniejszą grupę, to jest 28 osób ($f=0,35$), stanowili respondenci, którzy przyznali, że nie odczuwają satysfakcji z wykonywanej pracy (wykres 1).

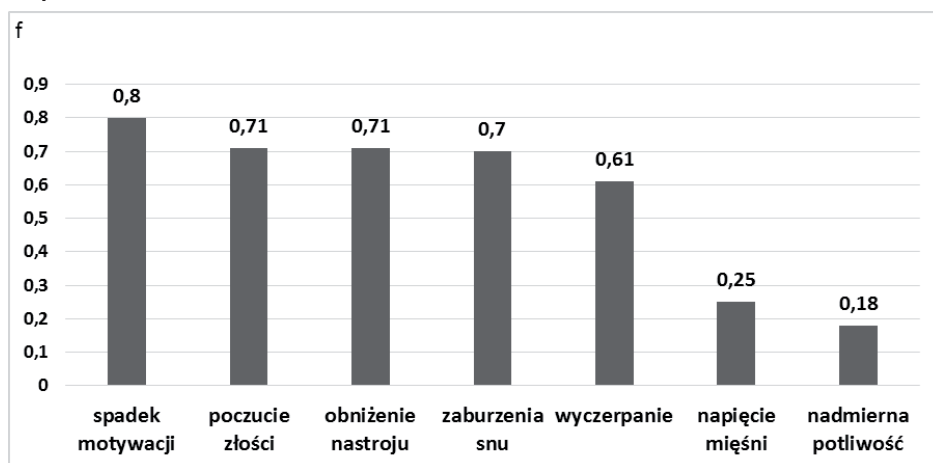
Wykres 1. Odczuwanie satysfakcji z pracy przez badanych



Źródło: opracowanie własne.

Badanym zadano pytanie o odczuwanie objawów psychosomatycznych wypalenia zawodowego. Najwięcej respondentów wskazało spadek motywacji ($f=80$), poczucie złości ($f=0,71$) oraz obniżenie nastroju ($f=0,71$) (wykres 2).

Wykres 2. Odczuwanie objawów psychosomatycznych wypalenia zawodowego przez respondentów



Źródło: opracowanie własne.

Wśród najmłodszych respondentów, to jest w wieku do 30 lat, jako najczęściej występujące objawy wypalenia zawodowego ankietowani wskazywali poczucie złości ($f=0,83$) i spadek motywacji ($f=0,72$). W grupie respondentów w wieku 31–40 lat najczęściej wskazywanymi objawami były spadek motywacji ($f=0,78$), zaburzenia snu ($f=0,72$) oraz obniżenie nastroju ($f=0,72$). Natomiast wśród respondenci w wieku 41–50 lat najczęściej wskazywano: spadek motywacji ($f=0,88$), zaburzenia snu ($f=0,77$) oraz obniżenie nastroju ($f=0,77$). Najstarsi respondenci, to jest w wieku powyżej 50 lat, również najczęściej wskazywali: spadek motywacji ($f=0,78$), zaburzenia snu ($f=0,72$) oraz obniżenie nastroju ($f=0,72$) ($p>0,05$).

Wśród ogółu ankietowanych najwięcej, to jest 39 osób ($f=0,49$), przyznało, że często odczuwa zmęczenie w miejscu pracy. Wśród respondentów w wieku do 30 lat najliczniejszą grupę ($f=0,61$) stanowiły osoby, które twierdziły, że zmęczenie w miejscu pracy odczuwają rzadko. Większość badanych ($f=0,62$) w wieku 41–50 lat przyznało, że często odczuwa zmęczenie w miejscu pracy. Wśród najstarszych respondentów, to jest w wieku powyżej 50 lat, jedynie co dziesiąta pielęgniarka przyznała, że rzadko odczuwa zmęczenie w miejscu pracy. Zaobserwowane różnice okazały się istotne statystycznie – $p<0,001$, $\chi^2=23,588$ (tabela 2).

W grupie wszystkich respondentów większość ($f=0,64$) stanowiły osoby, które przyznały, że często odczuwają frustrację w miejscu pracy. W grupie najmłodszych pielęgniarek takiej odpowiedzi udzieliła ponad połowa badanych ($f=0,55$). Wśród ankietowanych w wieku 31–40 lat zdecydowana większość ($f=0,72$) odczuwała frustrację w miejscu

pracy. Podobny rozkład odpowiedzi zaobserwowano w grupie ankietowanych w wieku 41–50 lat. Wśród najstarszych respondentów połowa badanych przyznała, że często odczuwa frustrację w miejscu pracy ($p>0,05$) (tabela 2).

Tabela 2. Objawy wypalenia zawodowego wśród badanych według wieku

Najczęściej występujące objawy wypalenia zawodowego	Ogółem		Do 30 lat		31–40 lat		41–50 lat		Pow. 50 lat		p
	N	f	N	f	N	f	N	f	N	f	
Zaburzenia snu	56	0,70	10	0,55	13	0,72	20	0,77	13	0,72	$p>0,05$
Obniżenie nastroju	57	0,71	11	0,61	13	0,72	20	0,77	13	0,72	
Spadek motywacji	64	0,80	13	0,72	14	0,78	23	0,88	14	0,78	
Wyczerpanie	49	0,61	12	0,66	11	0,61	15	0,58	11	0,61	
Poczucie złości	57	0,71	15	0,83	12	0,67	18	0,69	12	0,67	
Samooce- na częstości odczuwa- nia zmęcze- nia w miej- scu pracy	N	f	N	f	N	f	N	f	N	f	p
rzadko	17	0,21	11	0,61	3	0,17	1	0,04	2	0,11	$p<0,001$ Chi2=23.588
często	39	0,49	5	0,28	9	0,50	16	0,62	9	0,50	
zawsze	24	0,30	2	0,11	6	0,33	9	0,35	7	0,39	
Samooce- na częstości odczuwa- nia frustra- cji w miej- scu pracy	N	f	N	f	N	f	N	f	N	f	p
rzadko	15	0,19	7	0,39	3	0,17	2	0,08	3	0,17	$p>0,05$
często	51	0,64	10	0,55	13	0,72	19	0,73	9	0,50	
zawsze	14	0,27	1	0,06	2	0,11	5	0,19	6	0,33	

Źródło: opracowanie własne.

Prawie co czwarta osoba ankietowana ($f=0,22$) oceniła swoje stosunki interpersonalne z przełożonymi jako złe. Oceniając swoje stosunki interpersonalne ze współpracownikami, najwięcej osób ($f=0,44$) uznało, że są neutralne (tabela 3). Ponad połowa badanych ($f=0,56$) oceniła atmosferę panującą w miejscu pracy jako neutralną (tabela 3).

Tabela 3. Ocena stosunków interpersonalnych i atmosfery panującej w pracy dokonana przez respondentów

Stosunki interpersonalne z przełożonymi	N	f
dobrze	15	0,19
neutralne	46	0,58
złe	18	0,22
Stosunki interpersonalne ze współpracownikami	N	f
dobrze	33	0,41
neutralne	35	0,44
złe	12	0,15
Ocena atmosfery panującej w miejscu pracy	N	f
dobra	22	0,28
neutralna	45	0,56
zła	13	0,16

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Przeprowadzone badanie nie diagnozowało wypalenia zawodowego, a jedynie miało na celu identyfikację czynników warunkujących powstawanie wypalenia i określenie nasilenia poszczególnych objawów.

Kadra pielęgniarska szczególnie obciążona jest ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego. Przyczyniają się do tego następujące czynniki:

- czynniki zawodowe – zmienność pracy, nieregularny tryb życia, zagrożenie zarażeniem [Rusnak, Zmysłona 2013];
- obciążenie psychiczne – kontakt z pacjentami cierpiącymi, konieczność szybkiego reagowania, odpowiedzialność za zdrowie i życie innego człowieka, pokonywanie bariery intymności pacjenta [Mróz 2014];
- nieodpowiednie warunki pracy – nieprzystosowane miejsca pracy, zbyt mało pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów [Nowak-Starz, Kozak, Ździebko 2013];
- niskie zarobki – niewspółmierne wynagrodzenie do obowiązków [Rusnak, Zmysłona 2013];
- niski status zawodowy [Włodarczyk, Tobolska 2011];
- zła współpraca zespołu medycznego – problemy w relacjach z innymi pracownikami, brak ściśle określonego systemu przekazywania informacji [Włodarczyk, Tobolska 2011];

- nieodpowiednia współpraca w relacji pielęgniarka-pacjent i rodzina pacjenta [Włodarczyk, Tobolska 2011].

Podsumowując wyniki przeprowadzonych analiz, jednoznacznie można stwierdzić, że w badanym środowisku pielęgniarskim występują objawy wypalenia zawodowego. Ankietowani najczęściej zgłaszali takie objawy jak: zaburzenia snu, obniżenie nastroju, spadek motywacji, wyczerpanie, poczucie złości. Wszystkie z wymienionych objawów występujących u pracowników ochrony zdrowia przekładają się na ryzyko gorszej jakości usług, tym samym na bezpieczeństwo pacjentów. Konsekwencje wypalenia zawodowego mierzone są także w aspekcie utraty zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników, niższej jakości życia osobistego i zawodowego, obniżonych możliwości adaptacyjnych oraz utraty zaangażowania, co również w efekcie powoduje spadek jakości wykonywanych usług [Lubrańska 2013].

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu powinno opierać się na profilaktyce poprzez formułowanie konkretnych zadań, np.:

- dbanie o siebie, zachowanie równowagi pomiędzy pracą a relaksem, zadbanie o aktywność fizyczną,
- pozytywne myślenie, efektywne zarządzanie swoim czasem, wyciąganie wniosków z wykonywanych działań,
- wyznaczanie celów, koncentracja na ich realizacji [Erenkfeit, Dudzińska, Indyk 2012].

Do kolejnych czynników zapobiegających powstawaniu wypalenia zalicza się: działania edukacyjne w celu zapoznania pracowników z tym zjawiskiem, osobowościową selekcję do zawodów lub na wybrane stanowiska pracy, opiekę psychologiczną polegającą na stworzeniu umiejętności właściwego radzenia sobie z trudnościami. Przeciwdziałać może również ukształtowanie poczucia kompetencji zaradczej, dokładne sprecyzowanie obowiązków zawodowych, dzięki czemu można właściwie ocenić jakość wykonywanej pracy [Mojs, Głowacka 2005, ss. 238–243].

Wprowadzenie odpowiednich rozwiązań w organizacji pracy, prowadzenie działań edukacyjnych, a także wsparcie ze strony specjalistów może przyczynić się do zmniejszenia rozpowszechnienia czynników ryzyka wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Często pracownicy, a także osoby odpowiedzialne za zarządzanie w podmiotach leczniczych nie posiadają odpowiedniego przygotowania do identyfikacji czynników ryzyka wypalenia zawodowego i tym samym odpowiednich umiejętności do ograniczenia rozpowszechnienia tego niekorzystnego zjawiska wśród osób wykonujących zawody medyczne.

Wnioski

1. Rozpowszechnienie występowania objawów wypalenia zawodowego w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy było wysokie. Do najczęstszych należy zaliczyć: wyczerpanie fizyczne, obniżenie nastroju, a także frustrację.
2. Brak satysfakcji z wykonywanego zawodu może być spowodowany poczuciem nieadekwatności wynagrodzenia do wymagań stawianych przez pracodawcę, nadmiarem pracy związanym z wypełnianiem dokumentacji medycznej oraz brakiem prawidłowej organizacji pracy.
3. W celu poprawy jakości oferowanych usług oraz zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa wszystkim pacjentom istotne jest podjęcie pilnych działań ukierunkowanych na eliminowanie czynników przyczyniających się do powstawania wypalenia wśród pielęgniarek zatrudnionych w badanych placówkach.

Bibliografia

Bliska E. (2013), *Wsparcie społeczne i wypalenie zawodowe pracowników ośrodków pomocy społecznej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, , tom XIV, zeszyt 5, część I, Łódź.

Borritz M. (2006), *Burnout In human service work – causes and consequences*, National Institute of Occupational Health, Denmark.

Chirkowska-Smolak T. (2009), *Organizacyjne czynniki wypalenia zawodowego*, „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny”, Rok LXXI, zeszyt 4, Poznań.

Dębska G., Pasek M., Wilczek-Rużyczka R. (2014), *Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalności zawodowych*, „Hygeia Public Health”, 49(1), Poznań.

Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A. (2012), *Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego*, *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, Sosnowiec.

European Agency for Safety and Health at Work, *Research on work-relates stress 2000*.

Głowacka M.D., Nowakowska I. (2006), *Wypalenie zawodowe pielęgniarek – niebezpieczeństwa, koszty i sposoby zapobiegania*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2, Poznań.

Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (2007), *Psychologia w Praktyce Medycznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Lubrańska A. (2013), *Emocjonalna charakterystyka miejsca pracy a doświadczanie wypalenia zawodowego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 5, część I, Łódź.

Mojs E., Głowacka M. (2005), *Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek*, „Nowiny Lekarskie-Medical News”, 74(2), Poznań.

Mróz J. (2014), *Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek*, „Hygeia Public Health”, 49(4), Poznań.

Nowakowska I., Rasińska R. (2014), *Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 1(51), Poznań.

Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K. (2013), *Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych*, „Studia Medyczne”, 29(1), Kielce.

Ogińska J., Żuralska R. (2010), *Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych*, „Problemy pielęgniarstwa”, 18(4), Gdańsk.

Pietrzak B., Karkowski T., *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych*, Wydawnictwo ABC, Warszawa.

Rusnak Z., Zmyślona B. (2013), *Statystyka i ryzyko. Jakość życia a zrównoważony rozwój*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Sapilak B.J., Kurpas D., Steciwko A.F., Melon M. (2006), *Wypalenie zawodowe personelu medycznego – problem wciąż aktualny. Metody i przeciwdziałanie w ramach oddziałów dializacyjnych*, „Problemy Lekarskie”, 45(3), Warszawa.

Sokołowska E. (2007), *Jak rozpoznać pierwsze objawy wypalenia zawodowego*, „Przegląd Edukacyjny”, 2(56), Łódź.

Tucholska S. (2001), *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*, „Przegląd Psychologiczny”, tom 44, nr 3, Warszawa.

Waszkowska M., Merecz D., Drabek M. (2009), *Programy prewencji stresu zawodowego – strategie, techniki, ocena skuteczności. Część I. Narodowe i Międzynarodowe działania na rzecz przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy*, „Medycyna Pracy”, 60(6), Łódź.

Wilczek-Rużycka E. (2008), *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie I, Kraków.

Włodarczyk D., Tobolska B. (2011), *Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarza, pacjenta, pielęgniarki*, „Medycyna Pracy”, 62(3), Łódź.

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Zarządzania Ochroną Zdrowia
dominika.cichonska@umed.lodz.pl

Marlena Seliwiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Zarządzania Ochroną Zdrowia

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Medycyny Społecznej

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Medycyny Społecznej

Ocena systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego przez wybranych czynnych zawodowo ratowników medycznych zatrudnionych na terenie województwa łódzkiego

Assessment of the Emergency Medical Services by Selected Paramedics Employed in the Lodz Voivodship

Abstract: The evolving Emergency Medical Services provides the opportunity to create a well-organized structure that will effectively ensure medical assistance to any person in a state of urgent health threat.

The main purpose of this article is to know the opinion of paramedics on the Emergency Medical Services in Poland.

The studies have been conducted among paramedics work in rescue teams in seven emergency medical stations: in Kutno, Żychlin, Łowicz, Zduny, Opoczno, Sochaczew Gostynin.

The study was also attended by employees of Emergency Department of Hospital District in Sochaczew. It was examined 104 respondents who answered on the 23 questions contained in an anonymous survey.

The study shows that, according to paramedics EMS works well but it has disadvantages and problems in particular financial issues. Polish EMS is rated positively by Polish paramedics in terms of legal organization. Paramedics are satisfied with the legal form which was surrounded by their professional group. Most believe that the Act of 8 September 2006 on EMS protect them adequately, and the scope of their duties and powers are clearly presented.

Key words: paramedics, emergency medical services (EMS), opinion survey

Wstęp

Medycyna ratunkowa to stosunkowo młoda dyscyplina medycyny zajmująca się leczeniem chorych w nagłym stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Członkowie zespołu ratownictwa medycznego zobowiązani są do posiadania rzetelnej wiedzy teoretycznej i praktycznej na temat poszczególnych schorzeń, a także umiejętności szybkiego rozpoznawania i oceny stopnia nagłego zagrożenia życia. Wdrożenie odpowiednich działań diagnostycznych i znajomość zasad leczenia przy użyciu dostępnego sprzętu medycznego pozwalają nie tylko na podtrzymanie życia pacjenta w drodze do szpitala, ale również zwiększają jego szanse na przeżycie i uniknięcie powikłań pourazowych oraz kaleczeń. Właśnie celem ochrony najważniejszej wartości jaką jest życie i zdrowie człowieka został powołany system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Jest to złożony system, od lat borykający się z trudnościami organizacyjnymi i dążący do wprowadzenia zmian udoskalających jego funkcjonowanie. Ważnym elementem usprawniania organizacji i funkcjonowania systemu PRM są opinie i doświadczenia zawodowe pracujących w nim ratowników medycznych.

Cel pracy

Głównym celem niniejszego artykułu jest poznanie opinii ratowników medycznych na temat działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego

Definicja stosowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) określa systemy ratownictwa medycznego (*Emergency Medical Service system* – EMS system) jako takie rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane

działanie systemu w zakresie prewencji oraz zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof czy klęsk żywiołowych. Zadaniem systemów EMS jest zapewnienie:

- przedszpitalnych świadczeń intensywnej opieki medycznej (*pre-hospital EMS* lub *out-of-hospital emergency medical services* – O-H-EMS), realizowanych na miejscu zdarzenia i w czasie transportu;
- szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej (*in-hospital EMS* – IN-H-EMS) realizowanych na oddziałach ratunkowych i stanowiących kontynuację wcześniejszych działań ratowniczych [WHO Regional Office for Europe 2008].

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) został stworzony, aby zapewnić pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, w myśl Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku, nazywamy stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pogorszeniu się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia [Bem 2013]. Potrzeba utworzenia systemu odpowiedzialnego za szybkie niesienie pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynika między innymi z faktu, że w Polsce rocznie obrażeniom ciała ulega około 3 mln osób. Spośród nich 300 tys. wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera. W Polsce śmiertelność po urazach wynosi 75/100 tys. rocznie – o połowę więcej niż USA i Europie Zachodniej [Furtak-Niczyporuk, Drop 2013].

Zadaniem dysponentów jednostek systemu PRM jest zapewnienie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych. Jednostki te, czyli:

- szpitalne oddziały ratunkowe (SOR),
- zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LPR),

udzielają świadczeń wyłącznie w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego – nie realizują planowych wizyt i zabiegów oraz nie istnieje w nich możliwość zapisów na świadczenia medyczne.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego poprzez swoją zorganizowaną strukturę ma skutecznie nieść pomoc potrzebującym. Analizując przemiany dokonujące się na przestrzeni lat w polskim systemie ratownictwa można dostrzec ogrom wysiłku i zmian prowadzących do unowocześnienia i efektywniejszego funkcjonowania PRM. Wdrażanie systemu rozpoczęto w 1999 roku w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata 1999–2003” przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Był to czas, kiedy nie obowiązywały jeszcze żadne przepisy regulujące opisywany system. W trakcie trwania programu, 25 lipca 2001 roku, Sejm RP po raz pierwszy uchwalił usta-

wę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zainicjowało to ukierunkowanie ratownictwa medycznego i ewolucje form organizacyjnych systemu. Od tego czasu PRM znajduje się w fazie ciągłego rozwoju, zmian i dopracowywania [Dz. U. z 2017 r., poz. 1620].

Do najważniejszych aktów prawnych zawierających regulacje usprawniające działanie systemu PRM należą:

- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.];
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.];
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654].

Wiele innych regulacji prawnych dotyczących ratownictwa medycznego znajduje się w innych ustawach. Wśród nich warto wymienić:

1. Ustawę z dnia 26 czerwca 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym [Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 z późn. zm.];
2. Ustawę z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych [Dz. U. z 2013 r., poz. 611];
3. Ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.];
4. Ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [Dz. U. z 2013 r., poz. 947];
5. Ustawę z dnia 18 sierpnia 2011 r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich [Dz. U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1241].
6. Ustawę z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych [Dz. U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1240];
7. Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia [Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm.].

System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce działa na podstawie planów sporządzanych przez wojewodów. Takie plany zawierają między innymi:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze danego województwa (analiza ryzyka katastrof naturalnych lub awarii technicznych),
- liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu ratownictwa na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań,
- obszary działania i rejonów operacyjnych poszczególnych jednostek systemu ratownictwa,
- informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego,
- kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego na terenie danego województwa,

- sposoby współpracy z organami administracji publicznej zapewniające sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granicy województw,
- zasady współpracy z jednostkami wspierającymi system PRM,
- dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie,
- informacje o centrach urazowych, ich liczbie i rozmieszczeniu na terenie województwa.

Wojewódzkie plany działania systemu PRM, po zatwierdzeniu ich przez ministra zdrowia, publikowane są w Biuletynie Informacji Publicznej urzędów wojewódzkich i na stronie internetowej danego urzędu wojewódzkiego. Zatwierdzone plany dają podstawę do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ umów na realizację medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) udziela świadczeń medycznych w warunkach pozaszpitalnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym pozwoliła utworzyć spójny system ratownictwa medycznego charakteryzujący się jednakowymi standardami personalnymi i sprzętowymi. Art. 32 ustawy o PRM wyróżnia zespoły ratownictwa medycznego, które możemy podzielić na :

- **Zespoły specjalistyczne (S)**, w skład których wchodzi co najmniej 3 osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu, pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W przypadku wodnego specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w skład zespołu wchodzi osoba posiadająca co najmniej patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej, wystawiony na podstawie Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 20 listopada 2014 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych i składu załóg statków żeglugi śródlądowej [Dz. U. z 2014 r. poz. 1686, z późn. zm.]. Wymagane jest również posiadanie łącza radiowego umożliwiającego przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym [Szarpak 2012].

- **Zespoły podstawowe (P)**, w skład których wchodzi co najmniej 2 osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

W przypadku wodnego podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w skład zespołu wchodzi osoba posiadająca co najmniej patent żeglarski stermotorzysty żeglugi śródlądowej, wystawiony na podstawie Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 20 listopada 2014 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych i składu załóg statków żeglugi śródlądowej [Dz. U. z 2014 r. poz. 1686, z późn. zm.].

Wymagane jest również posiadanie łączu radiowego umożliwiającego przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym [Szarpak 2009].

Organizacyjnie rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego musi zapewnić następujące parametry czasu przybycia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez centrum powiadamiania ratunkowego:

- mediana czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- trzeci kwartyl czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców [Jarosławska-Kolman, Ślęzak, Żuratyński i in. 2016].

Ustawa o PRM zniósła podział zespołów ratownictwa medycznego na zespoły reanimacyjne i wypadkowe. W przypadku nie posiadania przez członków zespołu prawa jazdy kategorii B i nie spełniania warunków art. 95a ust. 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym, do zespołu dołącza dodatkowa osoba – kierowca [Dz. U. z 2017 r., poz. 1260]. Zespoły ratownictwa medycznego, aby należycie wypełniać powierzone im zadania, wyposażone są sprzęt medyczny i dysponują specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego, które są zgodnie z jakościowymi i technicznymi normami polskimi opartymi na przepisach europejskich [Dz. U. z 2007 r. Nr 55, poz. 365].

ZRM docierając na miejsce zdarzenia ocenia stan osoby poszkodowanej, wykonuje najpotrzebniejsze i niezbędne świadczenie zdrowotne, po czym, jeśli to potrzebne, transportuje chorego w celu dalszej diagnostyki do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego bądź szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Ratownicy Medyczni

Ratownik medyczny jest stosunkowo nowym zawodem w dziedzinie medycyny – po raz pierwszy pojawił się w akcie rangi ustawowej w Ustawie z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207]. Według jej zapisów ratownik medyczny samodzielnie podejmuje medyczne czynności ratunkowe, które wcześniej były zarezerwowane tylko dla lekarza systemu i pielęgniarki systemu [Szarpak 2012]. Zgodnie z art. 10 rzeczonyj ustawy, zawód ratownika medycznego może wykony-

wać osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, posiadająca bardzo dobry stan zdrowia oraz wykazująca się znajomością języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu. Jednakże głównym warunkiem wykonywania zawodu jest ukończenie 3-letnich studiów wyższych I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne bądź ukończenie 2-letniej szkoły policealnej i uzyskanie tytułu ratownika medycznego. Kształcenie w szkołach policealnych zostało zakończone przez Ministerstwo Edukacji Narodowej – ostatnim rokiem naboru był 2012/2013 [Szarpak 2012].

Wiedza i umiejętności zdobyte w trakcie kształcenia, potrzebne są ratownikom do wykonywaniu takich czynności, jak:

- zabezpieczenie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia, a także podejmowanie działań zapobiegających zwiększeniu liczby poszkodowanych i degradacji środowiska;
- dokonanie oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz podejmowanie medycznych czynności ratunkowych;
- transportowanie poszkodowanych;
- komunikowanie się z poszkodowanym i udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych [Hartmann-Sobczyńska 2012].

Ratownik medyczny wchodzi w skład każdego zespołu ratownictwa medycznego, ale może również pracować w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Zgodnie z art. 11 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zmieniono uprawnienia ratowników medycznych, dając im możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielonych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza [Jarosławska-Kolman, Ślęzak, Żuratyński i in. 2016].

Metodologia

W ramach realizacji celu niniejszego artykułu przeprowadzono badanie sondażowe z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety wśród czynnych zawodowo ratowników medycznych wybranych jednostek pogotowia w województwie łódzkim.

Badania zostały przeprowadzone wśród ratowników medycznych pracujących w zespołach ratownictwa medycznego w siedmiu stacjach ratownictwa medycznego w: Kutnie, Żychlinie, Łowiczu, Zdunach, Opocznie, Sochaczewie i Gostyninie. W badaniu wzięli również udział pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Sochaczewie. Łącznie przebadano 104 respondentów, którzy odpowiedzieli na 23 pytania zawarte w anonimowej ankiecie. Siedemnaście spośród wszystkich pytań miało charakter zamknięty, cztery półotwarte, a dwa otwarte.

W ramach pracy postawiono następujące tezy:

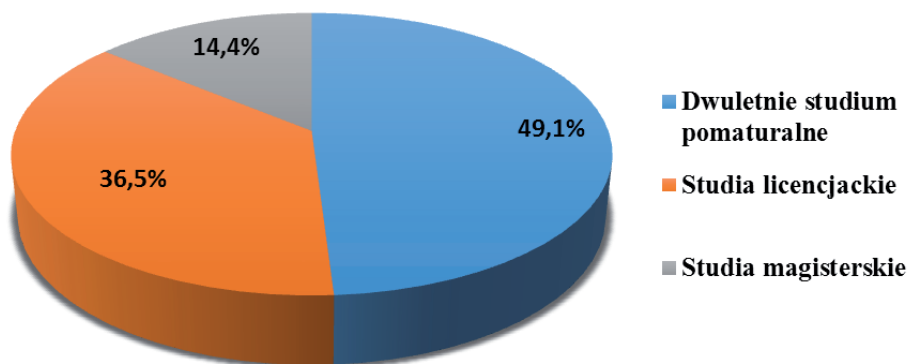
1. Ratownicy medyczni dobrze oceniają system Państwowego Ratownictwa Medycznego ze względu na prawnie sprecyzowany zakres obowiązków i uprawnień ratownika medycznego.
2. Największe zastrzeżenia ratowników medycznych dotyczące systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego wynikają:
 - ze zbyt niskiego wynagrodzenia, nieadekwatnego do wykonywanej pracy,
 - ze złego systemu szkoleń,
 - z braku odpowiedniej komunikacji między poszczególnymi jednostkami,
 - z niewystarczającego finansowania PRM.

Analiza wyników badań

Średni wiek respondentów wynosił 36 lat. Wśród ogółu badanych (104 osoby) zdecydowaną większość stanowili mężczyźni – 85,6% (89 osób) (wykres 1).

Najwięcej ankietowanych, to jest 49,1% (51 osób), ukończyło dwuletnie studium podyplomowe w specjalności ratownictwo medyczne, 36,5% (38 osób) stanowiły osoby, które ukończyły studia licencjackie, natomiast 14,5% (15 osób) to absolwenci studiów magisterskich (wykres 2).

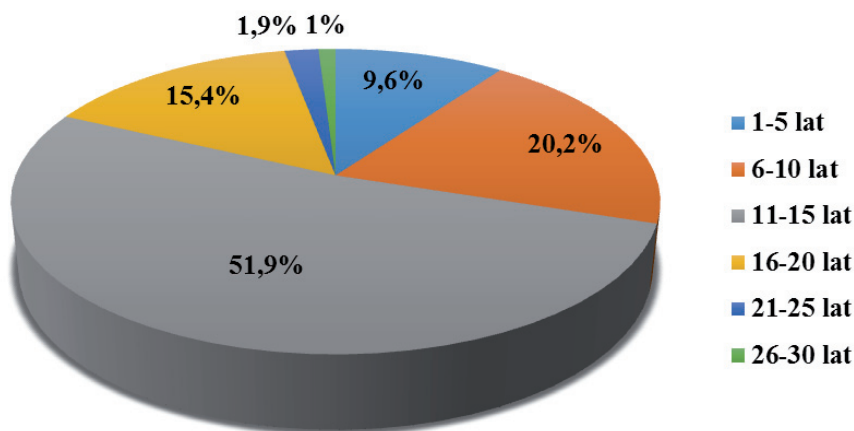
Wykres 2. Wykształcenie respondentów



Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej ankietowanych, to jest 51,9% (54 osoby), pracowało w zawodzie ratownika medycznego 11–15 lat. Co piąty respondent (20,2%, to jest 21 osób) pracował od 6 do 10 lat, natomiast 15,4% (16 osób) ankietowanych posiadało staż pracy w przedziale 16–20 lat (wykres 3).

Wykres 3. Staż pracy respondentów

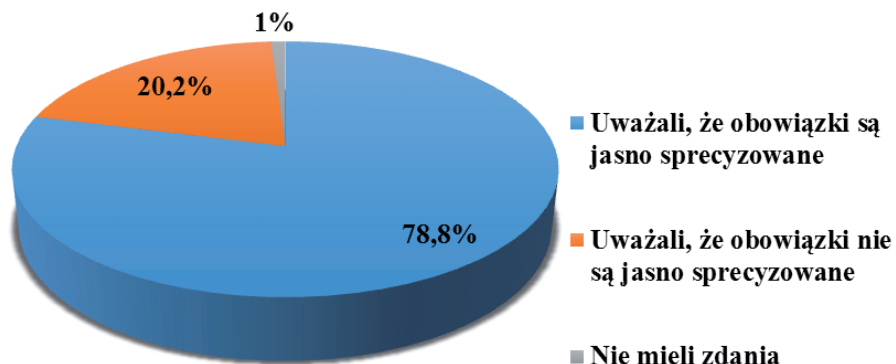


Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych 82,7% (86 osób) ratowników medycznych pracowało w zespołach wyjazdowych (ZRM), 15,4% (16 osób) w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR), a 1,9% (3 osoby) było zatrudnionych w centrum powiadamiania ratunkowego (CPR) (wykres 4).

Zdecydowana większość badanych, to jest 78,8% (82 osoby), uważa, że zakres obowiązków ratownika medycznego jest jasno sformułowany w aktach prawnych, natomiast 20,2% badanych (21 osób) było odmiennego zdania (wykres 5).

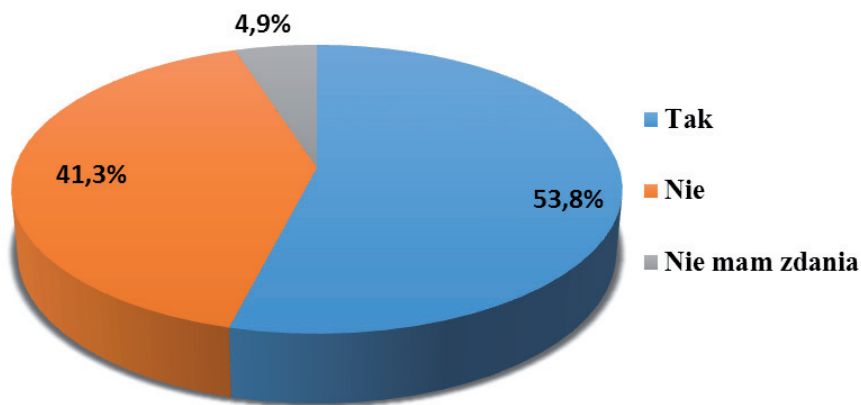
Wykres 5. Opinie respondentów dotyczące jasności i sprecyzowania obowiązków ratownika medycznego w aktach prawnych



Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa ratowników, to jest 53,8% (56 osób), twierdziła, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym odpowiednio chroni ratowników medycznych wykonujących swoje obowiązki zawodowe, natomiast 41,3% (43 osoby) było innego zdania (wykres 6).

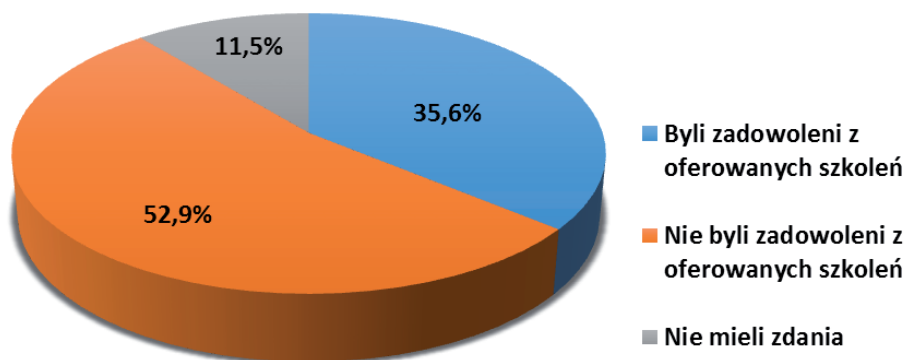
Wykres 7. Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie "Czy ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym odpowiednio chroni ratownika medycznego?"



Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa ratowników medycznych, to jest 52,9% (55 osób), odpowiedziała, że obecny system szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe w ratownictwie medycznym jest dla nich niewystarczający, natomiast 35,6% badanych (37 osób) było zadowolonych z oferowanych szkoleń (wykres 7).

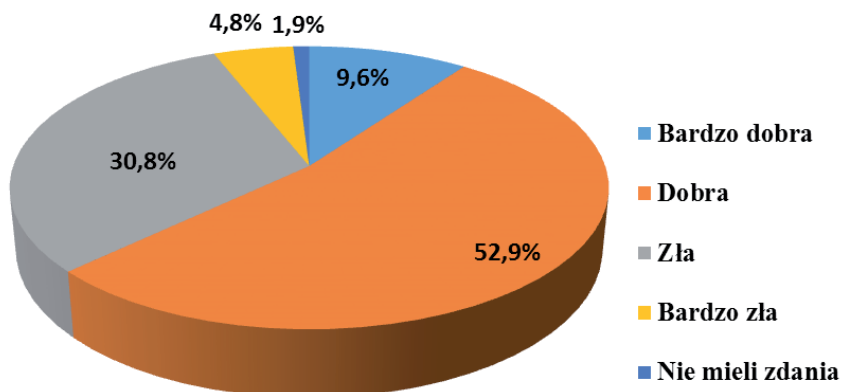
Wykres 7. Opinia respondentów na temat szkoleń oferowanych ratownikom medycznym



Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa badanych, to jest 62,5% (65 osób), twierdziła, że współpraca między zespołami ratownictwa medycznego a pracownikami szpitalnych oddziałów ratunkowych jest na bardzo dobrym lub dobrym poziomie, natomiast 35,6% (42 osoby) ankietowanych oceniało omawianą współpracę jako złą lub bardzo złą (wykres 8).

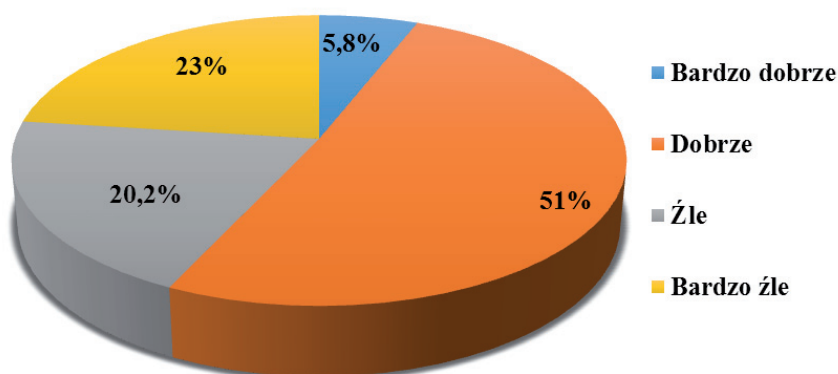
Wykres 8. Ocena współpracy między zespołami ratownictwa medycznego a pracownikami szpitalnych oddziałów ratunkowych



Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa badanych, to jest 56,8% (59 osób) uważała, że system Państwowego Ratownictwa Medycznego funkcjonuje bardzo dobrze lub dobrze (wykres 9).

Wykres 9. Opinie respondentów na temat funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce



Źródło: opracowanie własne.

Połowa badanych (52 osoby) uznała, że najważniejszym mankamentem Państwowego Ratownictwa Medycznego są zbyt małe zasoby finansowe, 13,5% (14 osób) jako podstawowy problem systemu wskazało niewystarczającą współpracę pomiędzy jednostkami systemu, 10,6% (11 osób) wskazało nieodpowiedni przepływ informacji, 9,6% (10 osób) jako główny problem uznało braki kadrowe, natomiast 7,7% (8 osób) badanych uważało, że nieprawidłowe działanie systemu związane jest ze złą organizacją wewnętrzną (wykres 10).

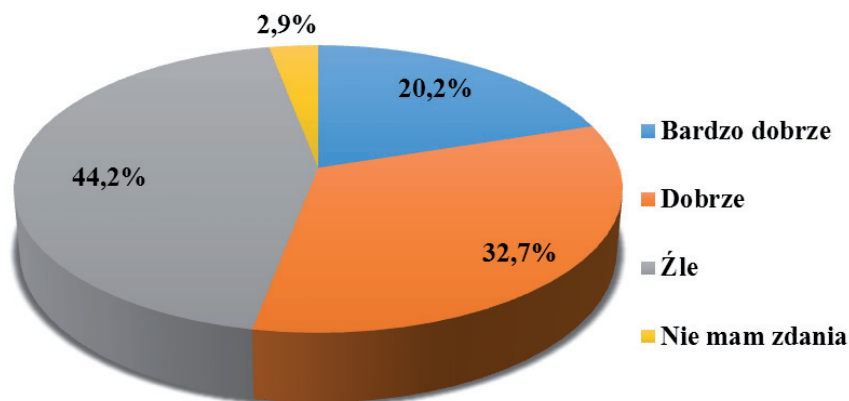
Wykres 10. Najważniejsze problemy funkcjonowania ratownictwa medycznego w Polsce wskazywane przez badaczy



Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych ratowników medycznych o ocenie funkcjonowania polskiego systemu ratownictwa medycznego na tle innych krajów UE. Ponad połowa ankietowanych, to jest prawie 53% (55 osób), była zdania, że ratownictwo medyczne w Polsce funkcjonuje bardzo dobrze lub dobrze w porównaniu z tożsamymi służbami w innych krajach UE, natomiast ponad 44% badanych (46 osób) oceniło, że polski system ratownictwa medycznego w porównaniu z innymi państwami UE funkcjonuje źle (wykres 11).

Wykres 11. Opinie ankietowych na temat funkcjonowania ratownictwa medycznego w Polsce na tle innych krajów UE



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Obserwując przemiany polskiego systemu ratownictwa na przestrzeni ostatnich lat nie sposób nie dostrzec ogromu wysiłków włożonych w jego unowocześnienie. Nie zawsze były ukierunkowane właściwie, a ewolucja form organizacyjnych nie nadążała za zmianami regulacji prawnych, technologii oraz samej koncepcji zintegrowanego systemu ratownictwa. Z biegiem czasu zmieniało się nie tylko prawo i medyczne wytyczne postępowania z pacjentem, ale również nastawienie i oczekiwania ratowników medycznych wobec systemu PRM.

Rozwijający się system PRM daje szansę na stworzenie dobrze zorganizowanej struktury, która będzie zapewniała efektywną realizację podstawowych celów, czyli udzielenie w jak najkrótszym czasie osobie w stanie nagłego zagrożenia życia świadczeń medycznych w koniecznym zakresie oraz transport pacjenta do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej. Dla sprawnego funkcjonowania systemu istotne jest odpowiednie organizowanie i planowanie, które są kluczowymi elementami PRM. Pozwala to na udoskonalenie funkcjonowania ratownictwa medycznego w Polsce spełniając bądź zbliżając nas do spełnienia standardów Unii Europejskiej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ratownictwie przedszpitalnym.

Opinie ratowników medycznych na temat funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w naszym kraju stanowią bardzo istotny element w przygotowywaniu zmian w ochronie zdrowia i są szczególnie przydatne dla decydentów odpo-

wiedzialnych za ewolucje systemu ochrony zdrowia w Polsce. Analiza zebranego materiału empirycznego wykazała, że zdaniem ankietowanych ratowników medycznych system Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce działa dobrze, jednak w niektórych obszarach wymaga udoskonalenia. Szczególną uwagę respondenci zwracali na niewystarczający system szkoleń oferowanych ratownikom medycznym. Problem wydaje się szczególnie istotny, ponieważ kompetencje ratowników przekładają się bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjentów. Powtarzającym się problemem było również niedostateczne finansowanie systemu. Zabezpieczenie odpowiednich środków finansowych zagwarantuje modernizację technologiczną, a także zapewni odpowiedni poziom wynagrodzeń dla pracowników. Tym samym przyczyni się do zwiększenia poziomu satysfakcji z pracy i podniesienia jakości oferowanych pacjentom usług.

Wnioski

1. Istnieje potrzeba implementowania dalszych zmian i usprawnień w funkcjonowaniu systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce. Prawie co drugi badany uważa, że Ratownictwo Medyczne w naszym kraju funkcjonuje źle lub bardzo źle.
2. W opinii większości respondentów organizacja prawna Państwowego Ratownictwa Medycznego jest na zadowalającym poziomie. Uważają, że Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym daje ratownikom odpowiednią ochronę, a zakres ustawowych obowiązków i uprawnień jest jasno określony.
3. W celu kontynuowania pozytywnych zmian zachodzących w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce należy rozważyć zwiększenie zasobów finansowych przeznaczanych na PRM w naszym kraju. Zdaniem połowy ankietowanych ratowników największym problemem z jakim boryka się system Państwowego Ratownictwa Medycznego jest właśnie zbyt niski poziom dofinansowania.
4. Należy poszerzyć ofertę bezpłatnych kursów doskonalących skierowanych do ratowników medycznych. Ponad połowa ankietowanych ratowników była niezadowolona ze szkoleń i kursów dostępnych dla ich grupy zawodowej.

Bibliografia

Bem A. (2013), *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego*, „Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 319, ss. 158–167.

Furtak-Niczyporuk M., Drop B. (2013), *Efektywność organizacji systemu państwowego ratownictwa medycznego*, „Studia Ekonomiczne/Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach”, nr 168, ss. 53–67.

Hartmann-Sobczyńska R. Ślęzak D. Żuratyński P. (2012), *Zasady transportu pacjenta z obrażeniami wielonarządowymi*. PWSZ, Piła.

Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żuratyński P. i in. (2016), *System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP”, Nr 60(4), ss. 167–183.

Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 20 listopada 2014 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych i składu załóg statków żeglugi śródlądowej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1686, z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2007 r. Nr 55, poz. 365).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 sierpnia 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1620).

Szarpak Ł. (2012), *Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce*, Wydawnictwo Promotor, Kraków.

Szarpak Ł. (2009), *Organizacja szpitalnego oddziału ratunkowego*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, nr 12, ss. 22–26.

Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1260).

Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207).

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).

Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1240).

Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1241).

Ustawa z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 611).

Ustawa z dnia 26 czerwca 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.).

WHO Regional Office for Europe (2008), *Emergency Medical Services Systems in the European Union*, World Health Organization.

Andrzej Panasiuk

University Białystok, Faculty of Law

andrzej.panasiuk@nik.gov.pl

Dominik Panasiuk

Medical University Białystok

Maria Woźniak

Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration in Warsaw

Irena Walecka

Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration in Warsaw

Alternative Possibilities for the Implementation of Tasks in the Health Care Sector in Poland

Abstract: The health care sector in Poland is still struggling with financial problems. Therefore, in this article the authors try to present alternative methods of public tasks implementation in health care. Despite the current limited practice, in the health care sector, several projects are currently being implemented in the form of public-private partnership. On the basis of previous experience, the authors analyze the possibilities of using public-private partnerships in projects related to health protection, and try to define the reasons for the weak use of public-private partnership instruments in this area.

Key words: health care sector, public-private partnership, cooperation, public services, efficiency

Introduction

The meaning and possibilities of public-private partnership have been discussed in Europe and beyond for over 30 years [Osborne 2000, ss. 20–34]. The role that public-private

te partnership can play in shaping the policy of the public sector has been particularly enormous in these discussion [Falconer, McLaughlin 2000, ss. 104–128]. The importance that the public-private partnership may have in the absence of public resources for the effective implementation of public tasks, is specially worth notice. Even the European Union at some point, began to notice functions that public-private partnership may fulfil and its role in the development of the public sector [Klijn, Tejsman 2000, ss. 168–188].

It is often stressed that the main reason for establishing cooperation between the public sector and the private sector is ability to use the knowledge of the latter, and the use of its financial resources [Delmon 2010, ss. 1–3, Sadka 2006, ss. 3–4]. Therefore, public-private partnership is regarded as a legal instrument for the implementation of public tasks in the absence of public funds sufficient for their implementation. This is because the policy of welfare state does not always bring the same benefits to the public authority, and the effect of higher social expectations is mostly higher inflation and difficulties in maintaining a balanced budget, which is the result of a disproportionate increase in the range of public tasks in relation to the budgetary resources available.

Therefore, public authorities are increasingly seeking alternative methods of implementation of public tasks. The health sector, on one hand, requires large financial investment in development, and on the other hand, it is socially aware. The use of public-private partnership in this sector seems to be a natural thing. However, as shown by the past practice, in the health sector, just a few PPP projects, have been carried out.

In the later part of the study on analysis of the possibilities of using PPP in projects related to health will be carried out, and the causes of rare use of the PPP instruments in this area will be defined.

The possibility of using Public-Private Partnership in the area of health care

Health care in each country is an area very sensitive socially. Limited access to health services, long queues to see specialist physicians, or lack of access to the modern medical equipment, causes discontent of society and at the same time a loss of confidence in government. Therefore, public authorities (both central and local government) are looking for new opportunities for the implementation of tasks in the area of health care. Allowing private partners to carry out tasks in the health care sector can contribute to the improve of this area. The private sector is more efficient and effective than the public sector as shown in the available literature [Foster 2006, ss. 85–88, Panasiuk 2013, ss. 270–278, Jacobs 1992, s. 32, Simon 1990, ss. 3–4]. The effectiveness of this sector is primarily due to the possibility of achieving the potential profits from the projects implemented. This is because private sector salaries will not be paid for efficient service, but for achieving the

aim of the project as specified in the contract. At the same time, the public sector must be flexible to adapt to a number of specific regulations and rules specific to this sector, not applicable in area of private sector. In contrast to the classical procurement, which is quite a formal legal instrument aimed at realization of purchases by public sector entities, cooperation in the model of public-private partnership can contribute to more effective meeting the needs of that sector. The private sector will mostly seek to make a quick profit and involve its capital for the shortest possible period. The public sector, in turn, must look at the long-term perspective and the need to meet social needs, which generally imposes advance the long-term nature of the potential actions. The conservative attitude of the public sector is also affected by the lack of sufficient financial and organizational autonomy. This is mainly due to the hierarchical structure of the public sector based on the number of instruments and tools enabling the control and supervision of the parent entities of the subordinates. Lack of financial autonomy results from the rules of public finances. The main feature of the public sector is that the implemented public tasks are financed from public funds. These measures are not fully sufficient for the effective and efficient performance of the public sector entities. In fact, the public sector is not excessively developed, as it grows in proportion to emerging new areas for development. However it is overburdened with more social money transfers, than provisions for the maintenance of the administrative apparatus of the sector [Karpiński, Paradyś 2005, s. 106].

While the classic public procurement tools are well effective in buying assets related to the processes of implementation of short-term public tasks, for the public administration public-private partnership is the most preferred form of realization of complex and long-term investments in health care. This is due to the fact that the public focuses on safety, the supplier on the implementation of the system, and most importantly budgetary resources for investment, are not required.

The biggest problem of the health care sector is the lack of sufficient financial resources to implement all the required tasks. In a situation where the public sector does not have sufficient financial resources to carry out all the tasks of public using the potential of the private sector, these tasks can be realized by appropriate sector. In fact, the entire cost of the project will be ultimately paid for by the public entity, but the nature of expenditure charges for investment to availability chargers.

Public-private partnership is a tool that enables cooperation between the parties of the undertaking to reach agreement on the scope of responsibility and risk of individual parties. This cooperation at the project design stage should focus on finding the best solutions for the division of tasks and responsibilities between individual project participants, so that the project would ultimately be beneficial for both the public and private parties. Therefore, it will be important how the parties will try to establish coopera-

tion. The prerequisites for establishing partnerships in the health sector, are: optimal allocation of risk between the partners and an acceptable level of charges for health services with appropriately tailored payment mechanism. Projects implemented in the public-private partnership model, as they are based on co-operation in the implementation of joint plans and optimum risk sharing between cooperating sectors, must include a well prepared financial plan with defined mechanisms of payment for the public service. Payment mechanism should be closely related to the phase of the service. If the service continues to be provided, payments should always be automatically suspended. Also, in the case of restriction of access to services or lowering the quality of services on appropriate payment mechanism for a reduction in the amount of payment, must be specified. For example, time-limited access to diagnostic equipment, should result in a corresponding reduction in payment on the public side. In the area of implementation of tasks related to the protection of health, the best kind of payment will be the availability charges for the medical services. The mechanism of availability charges will be used every time when both public and private sides do not have any control or influence on the risk of demand. For example, hospitals built and operated by a private party can not fully operate commercially, because the private party has no influence on the level of demand for the service. In such a situation a public entity bears, the risk of demand, at the same time reducing negative effects of the risk demand through the mechanism of availability charges. An important element in this type of mechanism is the control carried out by the public of the actual readiness of a private party to provide a given service.

The greatest difficulty in establishing cross-sectoral cooperation between many representatives of the doctrine sees the difficulties of changing the thinking that prevails among people managing the public and private sectors [Ham, Koppenjan 2002, ss. 123–135, Klijn, Teisman 2003, ss. 137–146]. Differences in thinking and differentness of goals cause that we are dealing with a completely different approach of people on one side and the other. However, the most difficult thing will be to break these mutual differences, habits and stereotypes that are in the private and public sectors. J. Jacobs describes an area managed by public and private authorities as two separate domains that are more different than they are closer together. The public side focuses more on preserving the status quo, avoiding free competition and market rules in its operation, using a hierarchical structure and using authoritative powers. The private website is based on free market principles, competitiveness and focus on achieving the assumed goal [Jacobs 1992, s. 32].

Another important element of the acceptability of the use of the PPP model in health sector will be a greater possibility to adjust the amount of fees for medical services for patients. By joining the project in the PPP model must first estimate the acceptable level of acceptability of charges for public service. Such fees can be seen as politically or so-

cially easier to introduce PPPs, rather than regulated public charges. Thus, payment mechanisms should be based on objective and credibly measured results of public services provided, and not on the basis of incurred expenditures and costs. They should provide in their design incentives for the private sector linked to the quality and performance of the services provided, and take into account the risk allocation between the parties and the possibilities to control and manage it.

Barriers to effective use of Public-Private Partnership in health care

Despite the undoubted benefits offered by the PPP, there is not a method commonly used in the area of operation of the health service. The analysis of projects in the PPP model in Poland over the past seven years in the health sector was implemented only a few projects¹. The main cause of the low popularity of the use of PPPs in the health sector, indicating a lack of sufficient knowledge of both the public and private sectors and the treatment of PPP as a hidden form of privatization [Cieślak 2014, s. 23]. PPP is often seen as a hidden form of privatization, for sure it is a new model of public management, which consists in establishing cooperation based on identifying a number of benefits for both cooperating sectors. The privatization of public services is currently considered as a “magic cure” for the problems of today’s administration. Since the eighties of the last century many industrialized and developing countries began the process of separation of certain public services, from the domain of public entities. The main factor of such changes was the need to increase the efficiency of delivery of public services and the ever increasing social needs, which the public sector was unable to cope [Bronckers 1997, s. 243].

The public sector often uses legal forms of transfer of public tasks to perform private entities, due to the cost reduction and public debt. In addition, the privatization of public tasks may constitute liberalization and opening markets for new technologies, competition and the development of cooperation between the partners. The public sector using the capabilities of the implementation of tasks in the health sector which gives the PPP model, will not make the immediate privatization of the sector but will begin the process of privatization perform these tasks. In this sense, the partnership will not change strictly privatization but only form of cooperation in the implementation of a specific task. The ownership of a particular infrastructure may remain throughout the period of performance of the task in the hands of a public entity. It can also happen and this situation when as a result of cooperation established private entity will acquire ownership of built assets, it will not mean privatizing and transition to the entity an obligation to the public tasks of the public entity. PPP is thus the instrument for indirect privatization has appro-

¹ http://www.ppp.gov.pl/Wspierane_projekty/Ochrona_zdrowia/Strony/default.aspx.

appropriate areas for the public sector. It is an instrument with relatively soft borders as opposed to direct privatization. While the privatization of the most common causes strong ideological opposition of various social groups, whereas the PPP no longer produces such diverse social emotions.

As one of the barriers to the involvement of the public entity projects in public-private partnership in the area of health, you can indicate a lack of political acceptance for this type of projects. One must agree with the views of the doctrine that the PPP requires constant support political circles, the lack of such support usually turns into an increased risk of the project, which may no longer be so beneficial to the public sector [Byers 2003 ss. 4–15, Parker 2001, s. 28, Corry 2006, s. 214]. This is all evidence of the existence of a mental barrier against the widespread use of legal instruments public tasks based on consensus between the two sectors. An important element, therefore, well-run PPP project will be appropriate to educate the public on the scope of its public services and legal possibilities in how these services are provided. This will allow you to reflect on how society needs that public authorities and in what manner must pursue. This may be a step to overcome the mental barriers limiting the development of social partnership in the health sector. Of course, an essential element of the whole system must also be an element enabling the understanding of the needs assessments and end-users of public services provided by the public sector [Gray 1998, s. 48, Chandler 2000, ss. 3–14]. Only this knowledge will help the public sector to efficiently and effectively meet the needs of society.

Conclusions

Summarizing, the PPP can be a very good legal instrument for the effective implementation of public tasks in the field of health care. You only need to comprehensively deal with the popularization of its use in the public sector, especially among local government units. Popularization of knowledge the subject and presentation of good PPP practices will help in overcoming mental barriers, as the partnership is most often associated with irregularities, suspicions and accusations of corruption, which does not help achieve the social and political acceptance of this model of public tasks. Public entities often recognize that the traditional formula of public tasks is from their point sufficient in a situation where there is an additional funding stream from EU funds. In turn, private partners will be able to use their business experience and financial capabilities in the implementation of joint ventures with public entities.

As shown by our Polish experience², the main benefit of implementing this type of projects in the PPP model is certainly no need to pay fees for hospital accommodation, before it starts to function and an innovative approach to the design of the facility itself and subsequent services it will provide often using the modern medical equipment. In addition, projects of this type are characterized by a greater certainty of meeting the deadline of the investment, and a greater certainty of meeting the assumed costs of construction of a hospital. Not without significance is also maintaining a high level of medical services with a clear and a simple way of determining their costs.

References

Bronckers P. (1997), *Privatised Utilities under the WTO and E. U. Procurement Rules* [in:] B.M. Hokenman, P.C. Mavrodís (eds.), *Law and policy in public purchasing*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

Byers S. (2003), *Public Private Partnership and PFI* (Speech to the Social Market Foundation), 3 June 2003 r., London.

Chandler D. (2000), *Active citizens and the therapeutic State: the role of democratic participation in local government reform*, "Policy and Politics", vol. 29, nr 1.

Cieślík R. (2014), *Raport. PPP w sektorze ochrony zdrowia*, Warszawa.

Corry D. (2006), *New Labour and PPPs* [in:] A. Chobadin, D. Gallear, N. Oregan i in., *Public Private Partnerships. Policy and Experience*, Palgrave Macmillan, New York.

Delmon J. (2010), *International Project Finance and Public Private Partnership*, London.

Falconer K.P., McLaughlin K. (2000), *Public Private Partnership and The New Labour government in Britain* [in:] P.S. Osborne (ed.), *Public Private Partnership, theory and practice in international perspective*, London.

² Projects Construction of a Poviát Hospital in Żywiec, and construction of a new hospital headquarters for a mother and child in Poznań, available on the website, http://www.ppp.gov.pl/Wspierane_projekty/Ochrona_zdrowia/Strony/default.aspx.

Foster C. (2006), *Finding the Right Partner* [in:] A. Chobadin, D. Gallear, N. Oregan, i in., *Public Private Partnerships. Policy and Experience*, Palgrave Macmillan, New York.

Gray A. (1998), *Management, accountability and public sector reform* [in:] R. Boyle, T. MacNamara, *Governance and Accountability: Power and Responsibility in the Public Sektor*. Dublin Institute of Public Administration.

Ham H., Koppenjan M.F.J. (2002), *Publiek-private samenwerking bij transportinfrastructuur, een kijkend of wijkend perspectief*, Utrecht Lemma.

Jacobs J. (1992), *Systems of survival: A dialogue on moral foundations of commerce and politics*, Random House.

Karpiński A., Paradysz S. (2005), *Sektor publiczny w krajach Unii Europejskiej* [in:] J. Kleer (red.), *Sektor publiczny w Polsce i na świecie między upadkiem a rozkwitem*, Warszawa.

Klijn H.E., Tejsman R.G. (2000), *Governing Public Private Partnership, analyzing land managing the procesem nad institutional characteristics of public private partnership* [in:] P.S. Osborne (ed.), *Public Private Partnership, theory and practice in international*.

Klijn E.H., Teisman G.R. (2003), *Institutional and strategic barriers to public – private partnership: an analysis of Dutch cases*, "Public Money and Management", z. 23, nr 3, ss. 137–146.

Osborne P.S. (2000), *Public Private Partnership, theory and practice in international perspective*, London.

Panasiuk A. (2013), *System zamówień publicznych. Zarys wykładu*, Public Procurement Legal Publisher, Warszawa.

Parker S. (2001), *Bleir promises more radical reform of public services*, "The Guardian", 16 May.

Sadka E. (2006), *Public-Private Partnership. A. Public economics perspective*, New York.

Simon M. (1990), *Strategic Function Typology*, The Hague.

Agnieszka Kolmaga

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Higieny Żywnienia i Dietetyki
agnieszka.kolmaga@umed.lodz.pl

Anna Gawron-Skarbek

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Higieny i Promocji Zdrowia
anna.gawron-skarbek@umed.lodz.pl

Barbara Różga-Obrębska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Higieny Żywnienia i Dietetyki
barbara.różga-obrębska@umed.lodz.pl

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Higieny i Promocji Zdrowia
franciszek.szatko@umed.lodz.pl

Organizacja edukacji żywieniowej w szkole.

Część IV – bierne spędzanie czasu wolnego jako
element nieprawidłowego stylu życia młodzieży

Organization of Nutrition Education at School.

Part IV – Passive Leisure Time as a Part of the Wrong Youth
Lifestyle

Abstract: The aim of this study was to evaluate both passive leisure time of young people in Lodz (internet usage, TV viewing, computer games) and trends in sedentary activities in youth over the last 15 years. The study group was school youth aged 12–19 attending primary, middle and secondary schools in 4 districts of Lodz. The study involved 622 students: 309 girls (49,7%) and 313 boys (50,3%). Sedentary activities were analyzed based on the author's interview questionnaire modeled on the one used in the international studies (HBSC – Health Behaviour In School-aged Children). In this study, age was a differentiating factor in the frequency of TV viewing: the highest in the youngest, the lowest in the oldest, while the reverse trend was observed with using the computer: Internet, computer games – the highest in the oldest, the lowest among the youngest. As far as gender is concerned, more frequent use of computer games by boys has been found. It is particularly important for school health education to raise the awareness and knowledge of the dangers of sitting in front of TV and computer, as well as to encourage active leisure for young people and their parents.

Key words: education, school children, sedentary activities

Wstęp

W ciągu ostatnich dekad wzorce aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży znacząco się zmieniły. Telewizja, technologie informacyjne (zabawy i gry na siedząco, oglądanie programów telewizyjnych powyżej 30 minut dziennie) [Platta i Martul 2012, ss. 1087–1091], niewielka dostępność placów zabaw, rozbudowane programy zajęć szkolnych przyczyniły się do zmniejszenia aktywności fizycznej, a w konsekwencji do zwiększenia poziomu otyłości wśród polskiej młodzieży [Jarosz i in. 2011, ss. 770–777, Mazur i in. 2012, ss. 503–508]. Wszelkie udogodnienia cywilizacyjne, środki komunikacji, automatyzacja zmniejszają do minimum aktywność ruchową, a środki masowego przekazu zabierają młodemu człowiekowi coraz więcej czasu i skłaniają do pasywnego trybu życia. Ponadto postępujący proces urbanizacji i uprzemysłowienia powoduje zmniejszenie się terenów zielonych, zanieczyszczenie gleby, wód i powietrza oraz kurczenie przestrzeni naturalnie wykorzystywanych do rekreacji [Dybińska i Stasik 2013, ss. 29–52]. Niedostatek ruchu – hipodynamia – w negatywny sposób odbija się na zdrowiu, co zostało udowodnione w wielu badaniach naukowych [Jodkowska i in. 2007, ss. 149–156]. Według wielu autorów najważniejszą (obok nieprawidłowego sposobu odżywiania) przyczyną epidemii otyłości w wielu krajach jest właśnie niedostateczna aktywność fizyczna oraz spędzanie zbyt dużej ilości czasu przed ekranem telewizora czy komputera [Giugliano and Carneiro 2004, ss. 17–22, Stettler et al. 2004, ss. 896–903, Drygas 2010, s. 5]. Zachowania związane z siedzącym trybem życia (tzw. zajęcia sedenteryjne) to zajęcia, które charak-

teryzują się małą ilością wydatkowanej przez organizm energii. Najczęściej są połączone z unieruchomieniem, głównie w pozycji siedzącej [Jodkowska i in. 2013, ss. 165–173].

Rozpowszechnienie siedzącego trybu życia w krajach uprzemysłowionych ma charakter niemal epidemiczny. Odsetek osób nieaktywnych ruchowo niejednokrotnie przekracza 30% ogółu społeczeństwa danego kraju. Tymczasem badania wykazują, że aktualne wskaźniki zachorowalności i umieralności kształtowane są przez choroby przewlekłe wynikające właśnie z biernego trybu życia [Kwaśniewska i in. 2006, ss. 53–56, Ruszkowska-Majzel i Drygas 2006, ss. 57–62].

Sedenteryjny tryb życia wymieniany jest często jako determinanta nadwagi i otyłości [Crespo et al. 2000, ss. 360–365]. Szacuje się, że wzrost odsetka osób otyłych wynika w dużej mierze z wydłużania się czasu spędzanego na oglądaniu telewizji, graniu w gry wideo i korzystaniu z Internetu [Ebbeling et al. 2002, ss. 473–482, Giugliano and Cameiro 2004, ss. 17–22, Maziak et al. 2007, ss. 35–42]. Przesiadywanie przed ekranem telewizora czy komputera może prowadzić również do powstawania wad postawy [Kratenowa et al. 2007, ss. 131–137, Andrzejewska i in. 2013, ss. 181–202], niekorzystnie wpływać na psychikę młodego człowieka, obniżając jego kreatywność [American Academy of Pediatrics 2001], zaburzać wzrok oraz sprzyjać częstemu podjadaniu (zwymie wysokokalorycznych przekąsek) [Blass et al. 2006, ss. 597–604, Platta i Martul 2012, ss. 1087–1091].

W efekcie nadmiar zachowań sedenteryjnych i związane z nimi niewłaściwe nawyki żywieniowe stanowią jeden z powodów narastającej epidemii otyłości u dzieci i młodzieży [Jodkowska i in. 2013, ss. 165–173]. Wyniki badania Nurses' Health Study wykazały, że oglądanie telewizji przez 2 godziny dziennie zwiększa ryzyko rozwoju otyłości o 23% i ryzyko zachorowania na cukrzycę o 14% [Hu et al. 2003, ss. 1785–1791].

W USA młodzież szkoły podstawowej więcej czasu spędza przed ekranem telewizora niż na edukacji w szkole. We Włoszech 81% dzieci w wieku od 4 do 10 lat nałogowo ogląda telewizję. Telewizja w XXI wieku stała się sposobem na „zabicie czasu”, powszechnym sposobem na „nude”. Przeciętnie nastolatki spędzają przed telewizorem w ciągu tygodnia ok. 3 godzin dziennie, a w soboty, niedziele i święta ok. 5 godzin [Bryła i in. 2011, ss. 224–229].

Oprócz oglądania telewizji i gier komputerowych wymienić można inne aktywności związane z małym wydatkowaniem energii, które są atrakcyjne i obecnie bardziej dostępne dla młodego pokolenia (surfowanie w Internecie, korzystanie z aplikacji na smartfony, użytkowanie innych przenośnych urządzeń w pozycji siedzącej lub leżącej). Rozwój technologii i metod komunikacji ogranicza liczbę powodów, dla których trzeba lub warto wyjść z domu [Mazur i in. 2012, ss. 503–508].

Czas wolny polskiej młodzieży coraz częściej wypełniają formy bierne. W ostatnich dekadach obserwuje się zmianę rozpowszechniania wzorców spędza-

nia wolnego czasu, co może częściowo tłumaczyć nasilającą się epidemię otyłości wśród polskich uczniów. Bardziej prawdopodobna wydaje się być świadoma rezygnacja z atrakcyjnych zajęć ruchowych na rzecz komputera [Mazur i in. 2012, ss. 503–508]. Sprzyjają temu zarówno zafascynowanie nowymi mediami cyfrowymi, upodobanie do biesiadnych spotkań towarzyskich (np. relacje telewizyjne wydarzeń sportowych itp.), jak i brak odpowiedniej infrastruktury. W badaniu Eurobarometru z 2008 roku Polska w ocenie lokalnej oferty sportowo-rekreacyjnej zajęła w grupie państw UE trzecie miejsce od końca. Trudno zatem powiedzieć, co było pierwsze – brak ukształtowanych potrzeb i nawyków czy braki w infrastrukturze. Inicjatywa budowy orlików, boisk sportowych dla dzieci i młodzieży oraz zainteresowanie nimi ze strony młodzieży pokazuje, jak ważna dla kształtowania określonych nawyków i potrzeb jest dostępność tego rodzaju obiektów, a także akcje propagujące aktywność fizyczną wśród młodego pokolenia [Boni 2011, ss. 241–242].

Cel i stosowane metody

Celem IV części pracy była ocena biernego spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież z łódzkich szkół (korzystanie z Internetu, oglądanie telewizji, gry komputerowe) oraz zbadanie tendencji zmian zajęć sedenteryjnych u młodzieży na przestrzeni 15 lat. Grupę badaną stanowiła młodzież szkolna w wieku 12–19 lat uczęszczająca do szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na terenie 4 dzielnic Łodzi. W badaniach uczestniczyło 622 uczniów: 309 dziewcząt (49,7%) i 313 chłopców (50,3%). Dokładną charakterystykę grupy badanej i zastosowane metody (wywiad kwestionariuszowy), opracowanie statystyczne przedstawiono w I części pracy autorstwa Agnieszki Kolmagi i in. pt. *Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część I – struktura spożywania posiłków* („Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2016, t. XVII, z. 10. cz. 3, ss. 195–210).

Wyniki badań

Codziennie około połowa ankietowanych korzysta z Internetu przez 2–3 godziny dziennie, a co piąte dziecko aż 4 godziny dziennie lub więcej. 38% badanej młodzieży ogląda przez 2–3 godziny dziennie programy telewizyjne, a 15% gra w gry komputerowe (tabela 1). Na oglądanie programów telewizyjnych 2–3 h dziennie przeznaczają ok. 37% dziewcząt i 40% chłopców; tyle samo czasu (2–3h) 53% dziewcząt i 46% chłopców poświęca na korzystanie z Internetu (tabela 2).

Tabela 1. Zajęcia sedenteryjne uczniów według grup wiekowych i w całej grupie (w %)

	12		16		18		RAZEM		Wartość testu χ^2
	n=142	%	n=242	%	n=238	%	n=622	%	
Oglądanie telewizji									
<1 h lub wcale	39	27,5	132	54,5	159	66,8	330	53,1	66,2
2–3 h	76	53,5	97	40,1	67	28,2	240	38,6	
>4 h	27	19,0	13	5,4	12	5,0	52	8,4	
Korzystanie z Internetu									
<1 h lub wcale	52	36,6	64	26,4	45	18,9	161	25,9	18,41
2–3 h	53	37,3	127	52,5	129	54,2	309	49,7	
>4 h	37	26,1	51	21,1	64	26,9	152	24,4	
Gry komputerowe									
<1 h lub wcale	81	57,0	197	81,4	211	88,7	489	78,6	59,2
2–3 h	38	26,8	33	13,6	22	9,2	93	15,0	
>4 h	23	16,2	12	5,0	5	2,1	40	6,4	

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano istotne różnice w zależności od wieku ($p < 0,001$). Im starszy wiek badanych, tym rzadsze kilkugodzinne oglądanie telewizji. Oglądanie telewizji przez 2–3 godziny deklaruje ponad połowa 12-latków (53,5%), 40,1% 16-latków i 28,2% najstarszych. Podobna tendencja występuje w przypadku spędzania przed telewizorem ponad 4 godzin dziennie – odsetek ten wynosi odpowiednio: 19%, 5,4% i 5%. Korzystanie z Internetu przez uczniów także różni się istotnie w zależności od ich wieku ($p < 0,01$). 2–3 godziny dziennie istotnie częściej korzystają osoby w wieku 18 lat (54,2%) i mający 16 lat (52,5%), a rzadziej najmłodsi (37,3%). Natomiast na gry komputerowe istotnie częściej więcej czasu poświęcają osoby najmłodsze ($p < 0,001$): ok. 2–3 godzin dziennie gra 26,8% 12-latków w stosunku do 13,6% 16-latków i 9,2% najstarszych. Podobnie w przypadku ponad 4-godzinnej gry komputerowej – odpowiednie odsetki w tym przypadku to: 16,2%, 5% oraz 2,1%.

Tabela 2. Zajęcia sedenteryjne dziewcząt i chłopców (w %)

	Dziewczęta		Chłopcy		Wartość testu χ^2
	n=309	%	n=313	%	
Oglądanie telewizji					
<1 h lub wcale	171	55,3	159	50,8	1,318
2–3 h	114	36,9	126	40,3	
>4 h	24	7,8	28	8,9	
Korzystanie z Internetu					
<1 h lub wcale	77	24,9	84	26,8	3,131
2–3 h	164	53,1	145	46,3	
>4 h	68	22,0	84	26,8	
Gry komputerowe					
<1 h lub wcale	282	91,3	207	66,1	59,048
2–3 h	21	6,8	72	23,0	
>4 h	6	1,9	34	10,9	

Źródło: opracowanie własne.

Dziewczęta i chłopcy nie różnią się istotnie oglądaniem telewizji i korzystaniem z Internetu ($p>0,05$), natomiast istotną statystycznie różnicę odnotowano w przypadku gier komputerowych, które istotnie częściej dotyczą chłopców niż dziewcząt ($p<0,001$). 2–3 godziny dziennie poświęca im 23% chłopców i tylko 6,8% dziewcząt, natomiast ponad 4 godziny – 10,9% chłopców i jedynie 1,9% dziewcząt.

Pytano uczniów, ile godzin w ramach biernego spędzania czasu poświęcają na oglądanie telewizji, korzystanie z Internetu czy gry komputerowe. Niżej zaprezentowano bardzo niepokojące informacje na temat sumy czasu (godzin) przeznaczanej przez statystycznego ucznia w określonym przedziale wiekowym na trzy wyżej wymienione formy; w wieku 12 lat jest to 6,5 h, w wieku 16 lat – 5,4 h, w wieku 18 lat – 5,3 h.

Podsumowanie i wnioski

Zajęcia z wykorzystaniem komputera i Internetu (słuchanie muzyki, Gadu-Gadu, Skype, filmy video, gry komputerowe) stają się coraz bardziej popularnymi formami spędzania wolnego czasu, zastępującymi dotychczasowe zajęcia na powietrzu [Jodkowska i in. 2013, ss. 165–173]. Czas spędzany na różnych zajęciach sedenteryjnych (oglądanie

telewizji, korzystanie z komputera, odrabianie lekcji) kumuluje się. Rekomendacje dotyczące bezpiecznej ilości czasu spędzanego przez młodzież przed ekranem wskazują na 4 godziny dziennie [Mark and Janssen 2008, ss. 153–169], jednak Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca młodzieży spędzanie przed ekranem maksymalnie 2 godzin dziennie [American Academy of Pediatrics 2001, ss. 423–426]. W niniejszym badaniu wiek okazał się czynnikiem różnicującym częstość oglądania telewizji (najczęściej najmłodszy versus najstarsi) i korzystania z komputera – odwrotna tendencja (najstarsi versus najmłodszy), natomiast ze względu na płeć – stwierdzono częstsze korzystanie z gier komputerowych przez chłopców.

Wyniki pracy własnej są zbieżne z wynikami wielu autorów zajmujących się tą tematyką, co wykazano poniżej w badaniach ogólnokrajowych, międzynarodowych i w różnych ośrodkach badawczych. Według badań w ramach HBSC z 1998 r. 76% polskich nastolatków 11–15-letnich oglądało telewizję ≥ 2 godz. dziennie, w tym 34% poświęcało na telewizję w ciągu dnia ≥ 4 godz. [Mazur i Woynarowska 2001, ss. 74–76]. W tym czasie Polska, Estonia, Walia i Litwa należały do krajów o największym odsetku młodzieży oglądającej telewizję 2 godz. dziennie lub dłużej, przy najniższym odsetku młodzieży w Szwajcarii, Francji (ok 50%). Częstość oglądania telewizji w Polsce była większa w przypadku chłopców niż dziewcząt (np. >4 godz. dziennie – 18,6% chłopców versus 13,1% dziewcząt) oraz spadała z wiekiem. W większości krajów oglądanie telewizji było nieco częstsze wśród chłopców niż dziewcząt (podobna tendencja jak w badaniu własnym). Z kolei korzystanie z komputera w Polsce nie było tak popularne jak w Europie Zachodniej, prawdopodobnie z powodu mniejszej dostępności. W 1998 r. 25% chłopców i 5% dziewcząt spędzało przed komputerem ≥ 4 godz. tygodniowo [Mazur i Woynarowska 2001, ss. 74–76]. W tabelach 3, 4 i 5 przedstawiono wyniki polskiej edycji badań HBSC wśród nastolatków 11–15-letnich, którzy spędzali w bezruchu przed ekranem telewizora lub komputera 2 lub więcej godzin dziennie w dni szkolne według płci i wieku na przestrzeni kilkunastu lat.

Tabela 3. Korzystanie z telewizji ≥ 2 godz. dziennie w dni szkolne przez młodzież 11–15-letnią w Polsce (w %)

lp.	Autorzy i źródło danych	Wiek	Cała grupa (%)	Dziewczęta (%)	Chłopcy (%)
1	Mazur i Woynarowska (2001) – wyniki badań HBSC – 1998	11 13 15	76	70,6	82,2
2a	Woynarowska (2012) – wyniki badań HBSC – 2002	11 13 15	75,0 78,6 74,8	72,5 77,7 71,2	77,5 81,1 78,7

2b	Wojnarowska (2012) – wyniki badań HBSC – 2006	11 13 15	64,7 73,7 65,9	63,3 72,9 63,6	66,2 74,6 68,4
3	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC – 2010	11 13 15	63,5 67,9 66,4	62,0 66,4 65,2	65,0 69,7 66,5
4	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014	11 13 15	52,9 62,8 63,0	49,0 65,3 63,6	56,5 60,4 62,2

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Korzystanie z komputera [Internet, odrabianie lekcji] ≥ 2 godz. dziennie w dni szkolne przez młodzież 11–15-letnią w Polsce (w %)

lp.	Autorzy i źródło danych	Wiek	Cała grupa (%)	Dziewczęta (%)	Chłopcy (%)
1	Wojnarowska (2012) – wyniki badań HBSC – 2006	11 13 15	30,2 41,2 50,5	24,5 38,0 43,6	36,1 44,7 58,2
2	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC – 2010	11 13 15	45,7 55,7 65,4	43,3 55,9 66,4	48,2 55,5 64,3
3	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014	11 13 15	34,7 59,4 70,3	33,7 68,2 75,0	35,6 50,7 65,0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Korzystanie z gier komputerowych ≥ 2 godz. dziennie w dni szkolne przez młodzież 11–15-letnią w Polsce (w %)

lp.	Autorzy i źródło danych	Wiek	Cała grupa (%)	Dziewczęta (%)	Chłopcy (%)
1	Wojnarowska (2012)– wyniki badań HBSC – 2006	11 13 15	36,9 39,3 31,8	22,8 21,3 11,0	51,3 58,3 55,0
2	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC – 2010	11 13 15	46,0 45,9 40,3	34,1 27,0 20,4	58,0 66,0 61,5
3	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014	11 13 15	32,9 36,7 32,5	21,7 22,7 17,2	43,5 50,5 49,6

Źródło: opracowanie własne.

Spędzanie wielu godzin dziennie w bezruchu przed ekranem jest determinowane przez wiek i płeć badanej młodzieży. Obserwując zmiany czasu spędzanego biernie przed ekranem telewizora czy komputera przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 1998, 2002, 2006, 2010, 2014, można zauważyć tendencję spadkową w odniesieniu do oglądania telewizji (2002–2014) i czasu spędzonego na grach komputerowych (szczególnie można zaobserwować spadek na przestrzeni ostatnich 4 lat: 2010–2014). Natomiast w latach 2006–2014, jeśli chodzi o długie spędzanie czasu przed komputerem w celu odrabiania lekcji czy korzystania z Internetu, zauważa się tendencję wzrostową w starszych grupach wiekowych – u 13 i 15-latków obu płci. Chłopcy częściej spędzają czas, korzystając z gier komputerowych, a dziewczęta wykonując inne zajęcia na komputerze [Mazur i Małkowska-Szkutnik 2011, ss. 109–121, Woynarowska 2012, ss. 39–50, Mazur 2015, ss. 126–137].

Z danych międzynarodowych z 2009/2010 r. [Currie et al. 2012, ss. 111–114] wynika, że w 2010 r. 2 i więcej godzin dziennie przed telewizorem spędzało 56% 11-latków (54% dziewcząt i 58% chłopców), 65% 13-latków (64% dziewcząt i 65% chłopców) oraz 63% 15-latków (62% dziewcząt i 64% chłopców). Największy odsetek (ok. 70%) 15-latków deklarujących oglądanie telewizji 2 i więcej godzin dziennie występował w Armenii, Grecji, na Słowacji i na Litwie. Według danych międzynarodowych [Currie et al. 2012, ss. 111–114] z komputera 2 i więcej godzin korzystało 29% 11-latków (28% dziewcząt i 29% chłopców) oraz 55% 15-letniej młodzieży (57% dziewcząt i 53% chłopców). Największą częstość (powyżej 65%) korzystania z komputera stwierdzono wśród 15-latków w Wale, Szwecji, Polsce, Estonii, Anglii, Norwegii i Islandii. Badania HBSC z ostatnich lat (2014 r.) wykazały [Inchley et al. 2016, ss. 139–142, 261–262], że 50% 11-latków, 62% 13-latków i 63% 15-latków spędzało ≥ 2 godz. dziennie przed ekranem telewizora. Największe odsetki (powyżej 70%) dziewcząt i chłopców 15-letnich oglądających telewizję zaobserwowano w Bułgarii, Mołdawii, Albanii. Do długiego korzystania z komputera (≥ 2 godzin dziennie) w dni szkolne w badanych grupach wiekowych przyznawało się 33% 11-latków, 52% 13-latków i 63% 15-latków. Największy odsetek (powyżej 78%) długo korzystających z komputera występował wśród dziewcząt ze Szkocji, Holandii i Norwegii. Porównując dane z dwóch ostatnich edycji badań międzynarodowych (2010–2014 r.), obserwuje się tendencję obniżania się odsetka młodzieży 11–15-letniej długo siedzącej przed ekranem telewizora oraz odwrotną tendencję – wzrostową – odsetka dziewcząt i chłopców długo korzystających z komputera (≥ 2 godzin dziennie) w dni szkolne.

Wyniki wielu polskich badań oraz badań pochodzących z innych krajów wskazują, że młodzież (12–18 lat) większość swego czasu wolnego przeznacza na zajęcia sedentaryjne i spędza od 4 do 8 godzin dziennie, siedząc [Gorely et al. 2009, 289–298, Pate et al. 2011, ss. 529–534, Obuchowicz i in. 2005, ss. 50–54, Wołowski i Jankowska 2007, ss. 69–73, Czajka i Kochan 2012, ss. 551–557, Dybińska i Stasik 2013, ss. 29–52]. Potwierdza-

ją to również wyniki własnego badania oraz wielu innych [Chabros i in. 2008, ss. 58–61; Jodkowska i in. 2013, ss. 165–173, Chęcińska i in. 2013, ss. 780–785, Kędra i Czaprowski 2015, ss. 143–148]. Z kolei z badań Stankiewicz i in. [Stankiewicz i in. 2010, ss. 59–66] wynika, że dzieci i młodzież spędzają średnio 2 godziny przed ekranem telewizora, a około 1,5 godziny przed ekranem komputera (łącznie ok. 3,5 godziny dziennie). W badaniach tych i innych szczególnie dużo czasu przed ekranem komputera lub TV spędzają chłopcy [Świdarska-Kopacz i in. 2008, ss. 246–250, Witana i Szpak 2009, ss. 42–46, Wolnicka i Jaczewska-Schuetz 2010, ss. 255–265, Czaprowski i in. 2011, ss. 248–252]. Podobne tendencje obserwuje się wśród starszej młodzieży, która częściej korzysta z komputera niż młodsze dzieci; z kolei młodszy uczniowie więcej czasu poświęcają na oglądanie programów telewizyjnych [Stankiewicz i in. 2010, ss. 59–66, Sławińska i in. 2010, ss. 165–169].

Wnioskiem końcowym/podsumowującym cztery części opracowania jest propozycja – wzorem krajów skandynawskich – aktywnego włączania rodziców w zagadnienia edukacji zdrowotnej/żywieniowej swoich dzieci. Przed zebraniem (np. wywiadówką, obowiązkowymi konsultacjami) powinny odbywać się spotkania z dietetykiem, podczas których byłyby przekazywane ważne informacje (wcześniej przekazywane dzieciom na zajęciach z edukacji żywieniowej), czy odbywałyby się również warsztaty żywieniowe.

Wnioski końcowe

1. Bierne spędzanie czasu: oglądanie telewizji, gry komputerowe, korzystanie z Internetu jest determinowane przez wiek i płeć młodzieży.
2. Obserwuje się korzystne zmiany w zakresie zmniejszania odsetka nastolatków długo przesiadujących przed ekranem telewizora i grających w gry komputerowe, natomiast zwiększyła się liczba dziewcząt i chłopców długo korzystających z innych zajęć na komputerze.
3. Szczególnego znaczenia nabiera edukacja zdrowotna prowadzona w szkole zwiększająca świadomość i wiedzę na temat zagrożeń związanych ze zbyt długim przesiadywaniem przed ekranem telewizora i komputera oraz zachęcanie do aktywnego spędzania wolnego czasu młodzieży i jej rodziców.

Bibliografia

American Academy of Pediatrics (2001), *Committee of Public Education. Children, adolescents, and television*, „Pediatrics”, t. 107.

Andrzejewska M., Szark-Eckardt M., Żukowska H. i in. (2013), *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie młodzieży w I Liceum Ogólnokształcącym w Nakle nad Notecią*, „Journal of Health Sciences”, t. 3, nr 12.

Blass EM., Anderson DR., Kirkorian HL. et al. (2006), *On the road to obesity: Television viewing increases intake of high – density foods*, „Physiol Behav”, t. 88, nr. 4-5.

Boni M. (red.) (2011), *Młodzi 2011*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.

Bryła M., Kulbacka E., Maniecka-Bryła I. (2011), *Rola telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Cz. I. Wprowadzenie do problematyki*, „Hygeia Public Health”, t. 46, nr 2.

Chabros E., Charzewska J., Rogalska-Niedźwiedz M. i in. (2008), *Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 89, nr 1.

Chęcińska Z., Krauss H., Hajduk M. i in. (2013), *Ocena sposobu żywienia młodzieży wielkomiejskiej i obszarów wiejskich*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 94, nr 4.

Currie C., Zonotti C., Morgan A. et al. eds. (2012), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents), No. 6.

Crespo C, Smit E, Troiano R. et al. (2000), *Television watching, energy intake and obesity in US children*, „Arch Pediat Adolesc Med.”, t. 155.

Czaprowski D., Stoliński Ł., Szczygiel A., Kędra A. (2011), *Sedentary behaviours of girls and boys aged 7–15*, „Zdrowie Publiczne”, t. 121, nr 3.

Czajka K., Kochan K. (2012), *BMI a wybrane zachowania zdrowotne uczniów szkół podstawowych i gimnazjów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 93, nr 3.

Drygas W. (2010), *Niedostateczna aktywność fizyczna jako czynnik ryzyka chorób serca i naczyń u dzieci i młodzieży*, „Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”, t.1, nr 15, www.pfp.edu.

Dybińska E., Stasik N. (2013), *Zainteresowania aktywnościami ruchowymi w wolnym czasie dzieci i młodzieży w wieku od 12–18 lat z regionu Małopolski w odniesieniu do uwarunkowań osobniczych i społeczno-środowiskowych*, „Zdrowie i Dobrostan”, t. 3.

Ebbeling CB., Pawlak DB., Ludwig DS. (2002), *Childhood obesity: public health crisis, common sense cure*, „Lancet”, t. 360.

Giugliano R., Carneiro E. (2004), *Factors associated with obesity in school children*, „J Pediatr (Rio J)”, t. 80, nr 1.

Gorely T., Bidlle S.J., Marshall S.J. et al. (2009), *The prevalence of leisure time sedentary behavior and physical activity in adolescent boys: an ecological momentary assessment approach*, „Int. J. Pediatr. Obes.”, t. 4, nr 4.

Hu FB., Li TY., Colditz GA. et al. (2003), *Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women*, „JAMA”, t. 289.

Inchley J., Currie D., Young T. et al. eds. (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents), No. 7.

Jarosz M., Wolnicka K., Kłosowska J. (2011), *Czynniki środowiskowe związane z występowaniem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży*, „Postępy Nauk Medycznych”, t. 9.

Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A. (2007), *Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne gimnazjalistów z nadwagą i otyłością w Polsce 2005 r.*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 88, nr 2.

Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A., Stalmach M. (2013), *Siedzący tryb życia polskich 13-latków i jego powiązania z wybranymi zachowaniami zdrowotnymi, praktykami rodzicielskimi oraz masą ciała*, „Dev. period med.”, t. 17, nr 2.

Kędra A., Czaprowski D. (2015), *Zachowania sedenteryjne uczniów z bólem i bez bólu kręgosłupa w wieku 10–19 lat*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 96, nr 1.

Kwaśniewska M., Kaleta D., Ruszkowska-Majzel J. i in. (2006), *Promocja aktywnego stylu życia: od promocji do praktyki*, „Kardiadiabetologia”, t. 1.

Kratenowa J., Zejglicova K, Maly M, et al. (2007), *Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic*, „Journal of School Health”, t. 77.

Mark A., Janssen I. (2008), *Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents*, „Journal of Public Health”, t. 30.

Maziak W., Ward KD., Stockton M.B. (2007), *Childhood obesity: are we missing the big picture?*, „Obesity Reviews”, t. 9, nr 1.

Mazur J. (red.) (2015), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, Wyniki badań HBSC 2014, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.) (2011), *Wyniki badań HBSC 2010, Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Mazur J., Tabak I., Gajewski J. i in. (2012), *Nadwaga i otyłość wśród uczniów gimnazjum w zależności od wybranych czynników behawioralnych. Zmiany w latach 2006 – 2010*, „Przegląd Epidemiologiczny”, t. 66.

Mazur J., Woynarowska B. (2001), *Zagrożenia zdrowotne młodzieży szkolnej w świetle badań ankietowych* [w:] P. Januszewicz., J. Szymborski (red.), *Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania. Zagrożenia i problemy. Kierunki rozwiązań systemowych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Obuchowicz A., Kniaziewicz M., Pietrzak J. i in. (2005), *Profilaktyka chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży*, „Lek. Pol.”, nr 7–8.

Pate R., Mitchell J., Byun W. et al. (2011), *Sedentary behaviour in youth*, „British Journal of Sports Medicine”, t. 59.

Platta A., Martul A. (2012), *Ocena wiedzy rodziców w zakresie wpływu nieprawidłowych zachowań żywieniowych na rozwój otyłości prostej u dzieci*, „Bromatologia Chemia Toksykologiczna”, t. 45, nr 3.

Ruszkowska-Majzel J., Drygas W. (2006), *Effective methods of promoting an active lifestyle and hope for the prevention of non-infectious chronic illnesses [Skuteczne metody promowania aktywnego trybu życia nadzieją dla profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych]*, „Kardiometabolologia”, t. 1.

Sławińska T., Kochan K., Krynicka I. i in. (2010), *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w wieku 7 – 16 lat*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”, t. 61, nr 2.

Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A. i in. (2010), *Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast*, „Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, t. 6, nr 2.

Stettler N., Signer T.M., Suter P.M. (2004), *Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland*, „Obesity Research”, t. 12, nr 6.

Świderska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K. (2008), *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. V. Aktywność fizyczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 89, nr 2.

Witana K., Szpak A. (2009), *Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 90, nr 1.

Wolnicka K., Jaczewska-Schuetz J. (2010), *Zachowania żywieniowe dziewcząt i chłopców klas V–VI szkół podstawowych z losowo wybranych szkół warszawskich*, „Żywność. Człowieka i Metabolizm”, t. 37, nr 4.

Wołowski T., Jankowska M. (2007), *Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Cz. II. Aktywność fizyczna oraz formy spędzania czasu wolnego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 88, nr 1.

Woynarowska B. (2012), *Zachowania sedenteryjne w czasie wolnym [w:] B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.

Magdalena Lewicka

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
m.lewicka@umlub.pl

Justyna Rycerz

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie

Magdalena Sulima

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

Artur Wdowiak

Pracownia Technik Diagnostycznych Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Lublinie

Wybrane aspekty korzystania przez kobiety z poradni ginekologicznej

Selected Aspects of the Use of the Gynecological Clinic by Women

Abstract: Admission: Health services provided in gynecological clinics include caring for a woman at any age.

Aim of the job: Evaluation of selected aspects of the use of gynecological clinic by women.
Material and method: The study included a group of 150 non-pregnant women. The research was conducted by the diagnostic survey method using a self-generated questionnaire. The results obtained were analyzed statistically.

Conclusions: Women with higher education, working professionally and having very good or good economic conditions, are more likely to benefit from gynecological counseling than women with primary or secondary education, non-working and having average economic conditions. The factors that determine the choice of gynecological clinic include:

the fact that the doctor was referred by another person, a sense of intimacy, the possibility of telephone registration, the provision of reliable health information.

Key words: gynecology, clinic

Wstęp

Ochrona zdrowia stanowi jedno z podstawowych zadań współczesnych państw, a zagadnienia z nią związane są przedmiotem zainteresowania różnych dyscyplin naukowych. Uczestników systemu zdrowotnego dzieli się na: świadczeniobiorców (pacjentów), świadczeniodawców (lekarze, Zakłady Opieki Zdrowotnej – ZOZ) i płatnika, czyli ubezpieczyciela finansującego świadczenia [Kolwitz 2010, ss. 131–143].

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP z 1997 roku wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sektor usług medycznych powinien wzbudzać zaufanie obywateli, budować solidne podstawy polityki zdrowotnej państwa, a także gwarantować powszechny i nieodpłatny dostęp do usług medycznych [Rutkowska, Skonieczna, Olejniczak 2015, ss. 251–261].

Zgodnie z uchwałą zatwierdzoną pod koniec lat siedemdziesiątych przez Europejski Region Światowej Organizacji Zdrowia system opieki zdrowotnej winien być scentralizowany na podstawowej opiece zdrowotnej (poz). Do poz zaliczamy: opiekę medyczną i społeczną, która jest sprawowana w sposób dostępny, ciągły, zespołowy, ukierunkowany na jednostkę, rodzinę i społeczeństwo, niezależnie od wieku i płci [Kosiek, Godycki-Ćwirko 2014, ss. 327–330].

Jakość świadczonej usługi łączy się z czasem, który poświęca się pacjentowi oraz jego problemom, skutecznością leczenia oraz organizacją pracy nad różnymi grupami chorób. Głównym zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest promocja i umacnianie zdrowia – profilaktyka nieswoista, a także zapobieganie chorobom – profilaktyka swoista. Kolejnym ważnym zadaniem jest diagnostyka, leczenie zapobiegające rozwojowi choroby, rehabilitacja i opieka medyczno-społeczna [Najwyższa Izba Kontroli 2011, ss. 5–33, Barawski, Windak 2012, ss. 10–13].

Pojęcie przychodni specjalistycznej (*out-patient department*) pojawiło się po raz pierwszy w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Poradnia ginekologiczna jest poradnią specjalistyczną, udzielającą ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006, Dz. U. z 2006 r. Nr. 56, poz. 397, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011, Dz. U. z 2011 r. Nr. 31, poz. 158, Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039].

Świadczenia zdrowotne realizowane w poradni ginekologicznej obejmują sprawowanie opieki nad kobietą w każdym okresie życia, w tym: edukację w zakresie planowania rodziny, profilaktykę chorób kobiecych, udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych, konsultacje i porady lekarskie, wykonywanie ultrasonografii narządu rodowego, piersi, innych badań według wskazań lekarskich oraz rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej [Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039].

Pozytywna opinia kobiet korzystających z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologicznych może gwarantować utrzymanie długotrwałego kontaktu z pacjentką. Wśród czynników pozytywnie wpływających na ocenę funkcjonowania poradni ginekologicznych wymienia się: jakość personelu medycznego, określone standardy, normy, kwalifikacje zespołu medycznego, doświadczenie w postępowaniu z podobnymi przypadkami, regularne i dokładne dostarczanie informacji analitycznych, aktywne zarządzanie. Znaczenie mają także czynniki, które stanowią przyczynę niezadowolenia i negatywnych opinii pacjentek o poradniach ginekologicznych. Należą do nich między innymi: odległe terminy wizyt, długie oczekiwanie w kolejce przed gabinetem lekarskim, nieproporcjonalność przyjmowanych pacjentek do godzin przyjęć, brak dogodnych godzin przyjęć lekarza, dostosowanych do potrzeb pacjentek [Grywalska, Derkacz, Chmiel-Perzyńska, Radomska, Makuch 2010, ss. 194–198, Grywalska, Derkacz, Chmiel-Perzyńska, Radomska, Makuch 2010, ss. 190–193, Dyk, Gutysz-Wojnicka 2010, ss. 190–194, Bojar, Woźnica, Holecki, Diatczyk 2010, ss. 152–161].

A. Rutkowska, J. Skonieczna, D. Olejniczak [2015, ss. 251–261] stwierdzają, że podstawowa opieka zdrowotna stanowi mocną stronę polskiego systemu zdrowia. Pozytywna ocena funkcjonowania poradni ginekologicznej przez pacjentki jest szczególnie ważna z uwagi na brak możliwości uniknięcia konkurencji pomiędzy poszczególnymi jednostkami służby zdrowia w zakresie jakości świadczonych usług medycznych [Wdowiak, Guz, Lewicka, Sulima, Krakowiak 2013, ss. 123–132].

Celem pracy była ocena wybranych aspektów korzystania przez kobiety z poradni ginekologicznej.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Poradni Ginekologiczno-Położniczej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bychawie. Badaniami objęto grupę 150 kobiet nie będących w ciąży.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa opracowanego dla potrzeb ni-

niejszej pracy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto 5% ryzyko błędu wnioskowania, $p < 0,05$ uznano za istotne statystycznie. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

W objętej badaniami grupie kobiet średnia wieku wynosiła $38,43 \pm 13,27$ lat. Ankietowane w wieku do 25 lat stanowiły 17,33% ($n=26$), 17,33% ($n=26$) badanych było w wieku od 26 do 30 lat, 25,34% ($n=38$) w wieku 31–40 lat i 40,00%, ($n=60$) w wieku powyżej 40 lat. Badane w 53,33% ($n=80$) mieszkały na wsi, zaś 46,67% ($n=70$) mieszkało w mieście. Respondentki w 56,67% ($n=85$) posiadały wykształcenie średnie, natomiast 20,66% ($n=31$) badanych miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, a 22,67% ($n=34$) wyższe. W większości ankietowane były zamężne (76,67%, $n=115$), jedynie 23,33% ($n=35$) badanych stanowiły kobiety niezamężne. Pracę zawodową deklarowało 56,67% ($n=85$) badanych, zaś 43,33% ($n=65$) kobiet nie pracowało. Respondentki najczęściej miały bardzo dobre lub dobre warunki ekonomiczne (82,67%, $n=124$), natomiast 17,33%, ($n=26$) badanych miało przeciętne warunki.

Wyniki

Tabela 1. Częstość wizyt w poradni ginekologicznej a zmienne socjodemograficzne

Wiek	Częstość wizyt			Ogółem
	Co trzy lata	Przynajmniej raz w roku	W przypadku wystąpienia dolegliwości	
	N %	N %	N %	N %
Do 30 lat	25	11	16	52
	48,08%	21,15%	30,77%	100,00%
31–40 lat	15	13	10	38
	39,47%	34,21%	26,32%	100,00%
Powyżej 40 lat	34	12	14	60
	56,67%	20,00%	23,33%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,23$; $p=0,38$				
Wykształcenie	N %	N %	N %	N %
Podstawowe/ zawodowe	13	2	16	31
	41,94%	6,45%	51,61%	100,00%

Średnie	42	22	21	85
	49,41%	25,88%	24,71%	100,00%
Wyższe	19	12	3	34
	55,88%	35,29%	8,83%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=17,97$; $p=0,001$				
Miejsce zamieszkania	N %	N %	N %	N %
Miasto	41	14	25	80
	51,25%	17,50%	31,25%	100,00%
Wieś	33	22	15	70
	47,14%	31,43%	21,43%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,50$; $p=0,11$				
Stan cywilny	N %	N %	N %	N %
Zamężna	60	25	30	115
	52,17%	21,74%	26,09%	100,00%
Niezamężna	14	11	10	35
	40,00%	31,43%	28,57%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,92$; $p=0,38$				
Praca zawodowa	N %	N %	N %	N %
Pracuje	43	27	15	85
	50,59%	31,76%	17,65%	100,00%
Nie pracuje	31	9	25	65
	47,69%	13,85%	38,46%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=10,97$; $p=0,004$				
Warunki ekonomiczne	N %	N %	N %	N %
Bardzo dobre/dobre	67	32	25	124
	54,03%	25,81%	20,16%	100,00%
Przeciętne	7	4	15	26
	26,93%	15,38%	57,69%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=15,53$; $p=0,0004$				

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 1 przedstawiono współzależność pomiędzy częstością wizyt w poradni ginekologicznej a zmiennymi socjodemograficznymi. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że badane w wieku 31–40 lat nieznacznie częściej chodziły do lekarza ginekologa – przynajmniej raz w roku (34,21%) – w porównaniu z badanymi w wieku do 30 lat (21,15%) lub ponad 40 lat (20,00%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,38$). Na podstawie analizy badań własnych wykazano ponadto, że ankietowane posiadające wykształcenie wyższe korzystały z wizyt u lekarza ginekologa przynajmniej raz w roku istotnie częściej (35,29%) w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim (25,88%), podstawowym bądź zawodowym (6,45%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,001$). Natomiast nie stwierdzono istotnie statystycznej zależności pomiędzy częstością wizyt w poradni ginekologicznej a miejscem zamieszkania i stanem cywilnym ($p>0,05$). Z kolei analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy aktywnością zawodową ankietowanych kobiet a częstością wizyt u ginekologa ($p=0,004$). Stwierdzono, że ankietowane pracujące zawodowo częściej chodziły do lekarza ginekologa – przynajmniej raz w roku (31,76%) – aniżeli badane, które nie pracowały (13,85%). Stwierdzono także istotny związek pomiędzy warunkami ekonomicznymi a częstością wizyt u lekarza ginekologa ($p=0,0004$). Badane, które miały bardzo dobre lub dobre warunki ekonomiczne, częściej – przynajmniej raz w roku – chodziły do lekarza ginekologa (25,81%) aniżeli badane posiadające przeciętne warunki ekonomiczne (15,38%).

Tabela 2. Czynniki wpływające na wybór poradni ginekologicznej

Czynniki	Tak		Nie	
	n	%	n	%
Możliwość telefonicznej rejestracji	129	86,00%	21	14,00%
Nowoczesny sprzęt medyczny	100	66,67%	50	33,33%
Płeć lekarza	112	74,67%	38	25,33%
Kobieta	104	69,33%	46	30,67%
Mężczyzna	15	10,00%	135	90,00%
Stosunek lekarza do pacjentki	126	84,00%	24	16,00%
Stopień naukowy lekarza	70	46,67%	80	53,33%
Lekarz medycyny	26	17,33%	124	82,67%
Doktor nauk medycznych	24	16,00%	126	84,00%
Doktor habilitowany nauk medycznych	7	4,67%	143	95,33%

Profesor	16	10,67%	134	89,33%	
Staż pracy lekarza	89		59,33%	61	40,67%
Do 10 lat	25	16,67%	125	83,33%	
Do 20 lat	38	25,33%	112	74,67%	
Powyżej 20 lat	27	18,00%	123	82,00%	
Lekarz został polecony przez inną osobę	133	88,67%	17	11,33%	
Leczę się u tego specjalisty po raz kolejny	132	88,00%	18	12,00%	
Zapewnienie poczucia intymności	129	86,00%	21	14,00%	
Przekazanie rzetelnych informacji o stanie zdrowia	126	84,00%	24	16,00%	

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2 przedstawia czynniki wpływające na wybór poradni ginekologicznej w opinii badanych kobiet. Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej przy wyborze poradni ginekologicznej ankietowane brały pod uwagę takie czynniki, jak: fakt, że lekarz został polecony przez inną osobę (88,67%), zapewnienie poczucia intymności (86,00%), możliwość telefonicznej rejestracji (86,00%), przekazanie rzetelnych informacji o stanie zdrowia (84,00%), stosunek lekarza do pacjentki (84,00%), zaś rzadziej: płeć lekarza (74,67%), nowoczesny sprzęt medyczny (66,67%), staż pracy (59,33%). Natomiast najczęściej nie były brane pod uwagę: płeć męska lekarza ginekologa (90,00%), stopień naukowy lekarza (53,33%).

Tabela 3. Powody wizyty u lekarza ginekologa

Powody	N*	%
Badanie kontrolne	49	32,67%
Badanie cytologiczne	38	25,33%
Ból	25	16,67%
Krwawienie z dróg rodnych	20	13,33%
Świąd	14	9,33%
Złe samopoczucie	5	3,33%
Założenie wkładki domacicznej	4	2,67%
Inne	4	2,67%

*wartości nie sumują się do 100% ze względu na podanie kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 3 przedstawiono powody korzystania z wizyty u lekarza ginekologa przez badane kobiety. Z badań własnych wynika, że najczęściej ankietowane jako powód wizyty u lekarza ginekologa podawały: badanie kontrolne (32,67%), cytologiczne (25,33%), ból (16,67%) oraz krwawienie z dróg rodnych (13,33%), zaś rzadko świąd (9,33%), złe samopoczucie (3,33%), założenie wkładki domacicznej (2,67%) lub inne powody (2,67%).

Tabela 4. Oczekiwania ankietowanych podczas wizyty w poradni ginekologicznej

Oczekiwania	Tak		Nie	
	n	%	n	%
Wykonanie badania ginekologicznego	149	99,33%	1	0,67%
Wykonanie badania cytologicznego	125	83,33%	25	16,67%
Wykonanie badania piersi	104	69,33%	46	30,67%
Wykonanie badania ultrasonograficznego	79	52,67%	71	47,33%
Edukacja	73	48,67%	77	51,33%
Wystawienie recepty	62	41,33%	88	58,67%
Oceny pH wydzieliny pochwowej	54	36,00%	96	64,00%
Otrzymanie skierowania na badania dodatkowe	51	34,00%	99	66,00%
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	33	22,00%	117	78,00%
Otrzymanie zwolnienia lekarskiego	28	18,67%	122	81,33%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4 przedstawia oczekiwania ankietowanych podczas wizyty w poradni ginekologicznej. Przeprowadzone badania wykazały, że najczęściej podczas wizyty w poradni ginekologicznej respondentki oczekiwały: wykonania badania ginekologicznego (93,33%), cytologicznego (83,33%) oraz badania piersi (69,33%) lub badania ultrasonograficznego (52,67%). Natomiast najczęściej nie oczekiwały zwolnienia lekarskiego (81,33%), pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (78,00%), skierowania na badania dodatkowe (66,00%), oceny pH wydzieliny pochwowej (64,00%), wystawienia recepty (58,67%) lub edukacji (51,33%).

Tabela 5. Ocena zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej a zmienne socjodemograficzne

Wiek	Ocena zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej			Ogółem
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie/ raczej nie	
	N %	N %	N %	
Do 30 lat	13	26	13	52
	25,00%	50,00%	25,00%	100,00%
31–40 lat	13	13	12	38
	34,21%	34,21%	31,58%	100,00%
Powyżej 40 lat	6	35	19	60
	10,00%	58,33%	31,67%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=10,15$; $p=0,04$				
Wykształcenie	N %	N %	N %	N %
Podstawowe/ zawodowe	4	12	15	31
	12,90%	38,71%	48,39%	100,00%
Średnie	14	53	18	85
	16,47%	62,35%	21,18%	100,00%
Wyższe	14	9	11	34
	41,18%	26,47%	32,35%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=21,35$; $p=0,0003$				
Miejsce zamieszkania	N %	N %	N %	N %
Miasto	17	42	21	80
	21,25%	52,50%	26,25%	100,00%
Wieś	15	32	23	70
	21,43%	45,71%	32,86%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,90$; $p=0,64$				
Stan cywilny	N %	N %	N %	N %
Zamężna	17	62	36	115
	14,78%	53,92%	31,30%	100,00%
Niezamężna	15	12	8	35
	42,86%	34,28%	22,86%	100,00%

Analiza statystyczna: $\chi^2=12,66$; $p=0,002$				
Praca zawodowa	N %	N %	N %	N %
Pracuje	20	37	28	85
	23,53%	43,53%	32,94%	100,00%
Nie pracuje	12	37	16	65
	18,46%	56,92%	24,62%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=2,65$; $p=0,26$				
Warunki ekono- miczne	N %	N %	N %	N %
Bardzo dobre/ dobre	4	18	4	124
	15,38%	69,23%	15,39%	100,00%
Przeciętne	28	56	40	26
	22,58%	45,16%	32,26%	100,00%
Analiza statystyczna: $\chi^2=5,13$; $p=0,08$				

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 5 przedstawiono współzależność pomiędzy oceną zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej a zmiennymi socjodemograficznymi. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że badane w wieku 31–40 lat istotnie częściej oceniały, że są zdecydowanie zadowolone z wyboru poradni ginekologicznej (34,21%) niż badane w wieku do 30 lat (25,00%) lub ponad 40 lat (10,00%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,04$). Ponadto stwierdzono, że ankietowane z wykształceniem wyższym były istotnie częściej zdecydowanie zadowolone z wyboru poradni ginekologicznej (41,18%) niż badane z wykształceniem średnim (16,47%), podstawowym bądź zawodowym (12,90%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,0003$). Natomiast przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej pomiędzy ankietowanymi z miasta i ze wsi ($p=0,64$). Na podstawie analizy statystycznej przeprowadzonych badań stwierdzono również, że ankietowane stanu wolnego istotnie częściej ($p=0,002$) były zdecydowanie zadowolone z wyboru poradni ginekologicznej (42,86%) niż mężatki (14,78%). Natomiast analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy aktywnością zawodową ankietowanych kobiet a oceną zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej ($p=0,26$). Stwierdzono również brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy warunkami ekonomicznymi a oceną zadowolenia z wyboru poradni ginekologicznej ($p=0,08$).

Dyskusja

Uczęszczanie do poradni ginekologicznej jest jednym z ważnych elementów zachowania zdrowia kobiety. Wizyta w poradniach ginekologiczno-położniczych nie wymaga skierowania lekarskiego od lekarza pierwszego kontaktu. Treść wizyt u ginekologa i ich częstotliwość powinny być indywidualnie dostosowane do każdej kobiety i jej potrzeb. Kobieta powinna kontrolować swój stan zdrowia profilaktycznie przynajmniej raz w roku [Łepek-Klusek 2003, ss. 20–24].

Z badań I. Ulman-Włodarz i in. [2011, ss. 22–25] wynika, że jedna trzecia badanych kobiet dokonuje badań ginekologicznych raz w roku, co 6 miesięcy lub częściej, natomiast 13% ankietowanych raz na 2–3 lata. W grupie badanych kobiet 11% zgłaszało się do lekarza ginekologa tylko wtedy, gdy zaobserwowało niepokojące dolegliwości. Zaledwie 2% badanych kobiet badało się ginekologicznie co pięć lat lub rzadziej. Z kolei z badań A. Słopieckiej [2013, ss. 47–54] wynika, że 58,1% badanych korzystało z poradni ginekologicznej rzadziej niż raz w roku lub nigdy. Pozostała część badanych kobiet, czyli 41,9%, do poradni ginekologicznej zgłaszała się systematycznie, co najmniej raz w roku. Natomiast wyniki badań przeprowadzonych przez K. Szymoniak i in. [2013, ss. 397–399] wskazują, że 50,0% kobiet zgłasza się na badanie ginekologiczne raz na 6 miesięcy, 27,7% raz na 12 miesięcy, zaś 13,6% rzadziej niż raz na 24 miesiące. Inne badania Szymoniak [2014, ss. 52–59] przeprowadzone w grupie 1200 losowo wybranych kobiet mieszkających na terenie województwa zachodniopomorskiego i łódzkiego wskazują, że 40,2% kobiet zgłasza się na badania ginekologiczne raz na 6 miesięcy, 29,6% raz na 12 miesięcy, 10,9% raz na 24 miesiące, zaś 19,3% rzadziej. Z badań tych wynika także, że raz na 6 miesięcy zgłaszały się respondentki w przedziale wiekowym 20–40 lat, raz na 20 miesięcy kobiety w wieku 41–60 lat, natomiast rzadziej niż raz na 2 lata ankietowane powyżej 61 lat. Analizując zależność miejsce zamieszkania a częstotliwość zgłaszania się na badania ginekologiczne, autorka stwierdziła, że raz na 6, 12, 24 miesiące istotnie częściej zgłaszały się kobiety zamieszkałe w mieście aniżeli na wsi. Z badań własnych wynika, że 34,21% kobiet chodziło do lekarza przynajmniej raz w roku i były to kobiety w przedziale wiekowym 31–40 lat. Wśród badanych w wieku do 30 lat odsetek wynosił 21,15%, natomiast w wieku ponad 40 lat stwierdzono 20% badanych. Uwzględniając rodzaj wykształcenia, z wizyt u lekarza ginekologa przynajmniej raz w roku korzystało 35,29% badanych kobiet, z czego 25,88% respondentek posiadało wykształcenie średnie, a 6,45% podstawowe lub zawodowe. Przeprowadzone badania wykazały, że respondentki mieszkające na wsi nieznacznie częściej były u lekarza ginekologa przynajmniej raz w roku (31,43%) niż badane z miasta (17,50%).

Ulman-Włodarz i in. [2011, ss. 22–25] w swoich badaniach wykazali, że 56% respondentek zgłaszało się do lekarza ginekologa na badania kontrolne, 31% ankietowanych

zgłaszało się z dolegliwościami, natomiast 13% zgłaszało się na wizytę w związku ze stosowaniem antykoncepcji. Słopiecka [2013, ss. 47–54] na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziła, że 21% badanych zgłosiło się do lekarza ginekologa w celu zasięgnięcia porady, a 9% respondentek z powodu odczuwanych dolegliwości. Powodem zgłoszenia na badanie były zaburzenia krwawienia miesięczkowego (42,1%), ból brzucha (31,6%), upławy, swędzenie oraz pieczenie (15,8%), problemy z płodnością (10,5%). Z badań własnych wynika, że najczęściej ankietowane jako powód wizyty u lekarza ginekologa podawały: badanie kontrolne – 32,67%, badanie cytologiczne – 25,33%, a 48% badanych kobiet zgłosiło się do poradni ginekologicznej z powodu niepokojących dolegliwości.

Dla kobiet badanie ginekologiczne pozostaje jedną z najbardziej intymnych procedur medycznych. W związku z tym należy przeprowadzać je profesjonalnie, szanując prywatność i preferencje pacjentki. Szymoniak i in. [2013, ss. 397–399] podali, że aż 66% badanych kobiet woli, by badał je mężczyzna, a 28% preferuje badanie przez kobietę. Według respondentek lekarz ginekolog powinien być miły, rozmowny, spokojny, uśmiechnięty i w wieku dojrzałym. Odmienne wyniki przedstawiają K. Widzowska-Mączyńska i in. [2004, ss. 185–189]. Według nich zaledwie 14,9% kobiet wybierało lekarza płci męskiej. Z badań własnych wynika, że 69,33% badanych kobiet wołało, by badała je kobieta, 10% ankietowanych kobiet preferuje wykonanie badania ginekologicznego przez mężczyznę. W przeprowadzonych badaniach dla 74,67% kobiet płeć lekarza ginekologa miała znaczenie, zaś dla 25,33% ankietowanych kobiet płeć lekarza nie miała znaczenia.

Z badań Szymoniak i in. [2013, ss. 397–399] wynika, że kobiety oczekują od lekarza ginekologa zachowania intymności, poczucia bezpieczeństwa i informowania o kolejnych procedurach badania. Z badań własnych wynika, że respondentki oczekiwały między innymi wykonania badania cytologicznego i badania piersi.

W społeczeństwie funkcjonują określone normy i oczekiwania dotyczące usług medycznych w poradni ginekologicznej. Kobiety cenią sobie powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, możliwość wyboru różnorodnych usług medycznych wykonywanych na wysokim poziomie jakości. Każdy gabinet ginekologiczno-położniczy dąży do tego, aby kobiety, które korzystają z usług medycznych, były zadowolone z działań podjętych w poradni.

Wnioski

- Kobiety legitymujące się wykształceniem wyższym, pracujące zawodowo i posiadające bardzo dobre lub dobre warunki ekonomiczne istotnie częściej korzystają z poradni ginekologicznej niż kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym i średnim, nie pracujące oraz posiadające przeciętne warunki ekonomiczne.

- Czynniki, które decydują o wyborze poradni ginekologicznej, to: fakt, że lekarz został polecony przez inną osobę, zapewnienie poczucia intymności, możliwość telefonicznej rejestracji, przekazanie rzetelnych informacji o stanie zdrowia. Natomiast stopień naukowy i staż pracy lekarza nie mają wpływu na wybór poradni ginekologicznej przez kobiety.
- Kobiety podczas wizyty w poradni ginekologicznej najczęściej oczekują wykonania badania ginekologicznego, cytologicznego oraz badania piersi. Natomiast nie oczekują otrzymania zwolnienia lekarskiego, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi czy skierowania na badania dodatkowe.
- Wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, praca zawodowa i warunki ekonomiczne nie mają wpływu na zadowolenie kobiet z wyboru poradni ginekologicznej. Natomiast wykształcenie i stan cywilny warunkują zadowolenie kobiet z wyboru poradni ginekologicznej. Kobiety posiadające wykształcenie wyższe i niezamężne są istotnie częściej zadowolone z wyboru poradni ginekologicznej aniżeli kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym i średnim oraz będące małżonkami.

Bibliografia

Kolwitz M. (2010), *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 56, 3, ss. 131–143.

Rutkowska A., Skonieczna J., Olejniczak D. (2015), *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów z funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i we Włoszech. Analiza porównawcza*, „Journal of Education, Health and Sport”, 5, 10, ss. 251–261.

Kosiek K., Godycki-Ćwirko M. (2014), *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 12, 4, ss. 327–330.

Barawski J., Windak A. (2012), *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Sprawne Państwo, Warszawa, ss. 10–13.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Kraków, ss. 5–33.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 56, poz. 397).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. Nr. 31, poz. 158).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarke i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039).

Grywalska E., Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Radomska K., Makuch A. (2010), *Kompetencje zawodowe lekarza w opinii pacjentów*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 12, 2, ss. 194–198.

Grywalska E., Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Radomska K., Makuch A. (2010), *Jak postrzegana jest dostępność do opieki medycznej wśród pacjentów Lubelszczyzny?*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 12, 2, ss. 190–193.

Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. (2010), *Satysfakcja chorego z opieki medycznej* [w:] E. Krajewska-Kulać, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, ss. 190–194.

Bojar I., Woźnica I., Holecki T., Diatczyk J. (2010), *Dostępność, jakość i sprawność funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w opinii pacjentek korzystających i niekorzystających z prywatnej opieki ginekologicznej*, „Medycyna Ogólna”, 16, 2, ss. 152–161.

Rutkowska A., Skonieczna J., Olejniczak D. (2015), *Badanie poziomu satysfakcji pacjentów z funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i we Włoszech*, „Journal of Education, Health and Sport”, 5, 10, ss. 251–261.

Wdowiak A., Guz A., Lewicka M., Sulima M., Krakowiak J. (2013), *Funkcjonowanie poradni ginekologiczno-położniczej w systemie ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, 2013, t. XIV, z. 10, red. J. Krakowski, D. Ciechońska, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź, ss. 123–132.

Łepecka-Klusek C. (2010), *Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia* [w:] C. Łepecka-Klusek (red.), *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, ss. 41–47.

Słopiecka A. (2013), *Korzystanie przez kobiety z porad lekarza ginekologa*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 21, 1, ss. 47–54.

Ulman-Włodarz I., Nowosielski K., Romanik M., Pozowski J., Jurek M. (2011), *Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K*, „Ginekologia Polska” 82, ss. 22–25.

Szymoniak K. (2014), *Oczekiwania kobiet wobec badań ginekologicznych*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 60, 1, ss. 52–59.

Szymoniak K., Malinowski W., Ćwiek D. (2013), *Oczekiwania kobiet wobec badań ginekologicznych w gabinetach prywatnych*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 15, 3, ss. 397–399.

Widzowska-Mączyńska K., Wilczak M., Rzymiski P. (2004), *Wpływ wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia na podejście pacjentek do badania ginekologicznego i na częstość ich wizyt u ginekologa*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy”, 4, ss. 185–189.



SPOŁECZNA AKADEMIA NAUK

Studia I i II stopnia

(LICENCJACKIE, INŻYNIERSKIE, MAGISTERSKIE,
JEDNOLITE MAGISTERSKIE)

SPOŁECZNE I HUMANISTYCZNE

- Bezpieczeństwo narodowe
- Dziennikarstwo i komunikacja społeczna
- Europeistyka
- Filologia angielska
- Japonistyka
- Pedagogika
- Pedagogika specjalna
- Pedagogika resocjalizacyjna
- Psychologia
- Socjologia
- Socjokryminologia
- Stosunki międzynarodowe
- Turystyka i rekreacja

EKONOMICZNE

- Finanse i rachunkowość
- Logistyka
- Zarządzanie
- Ekonomia

ARTYSTYCZNE

- Film i sztuki audiowizualne
- Grafika

MEDYCZNE

- Fizjoterapia
- Kosmetologia
- Zdrowie publiczne

PRAWNE

- Prawo
- Administracja

TECHNICZNE

- Architektura i urbanistyka
- Geodezja i kartografia
- Informatyka

Studia podyplomowe

www.podyplomowe.san.edu.pl

PAO: Studia przez internet

www.pao.pl

Studia III stopnia

(SEMINARIUM DOKTORANCKIE)

- Informatyka
- Zarządzanie
- Językoznawstwo

www.san.edu.pl



Studia w języku angielskim:

* Bachelor & Master

- International Business Management
- International Business Communication
- International Tourism and Hospital Management
- IT Management

* American Master from Clark University

- Master of Science in Professional Communication
- Master of Public Administration
- Master of Science in Information Technology

* MBA@SAN z dyplomem Master Clark University Ma

www.clarkuniversity.eu