

Sesja – ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE W OCHRONIE ZDROWIA

Skuteczność ekonomiczna wykorzystania zasobu łóżek – metoda obliczania

The economic efficacy of the hospital beds utilization – a method of estimating

Orest Vuyiv, Oleh Liubinetz

Lwowski Medyczny Uniwersytet Narodowy im. Danyła Hałyckoho, Katedra Organizacji i Zarządzania Ochrony Zdrowia

Wyniki przeprowadzonego teoretycznego badania wykorzystania zasobu łóżek szpitalnych udowadniają, iż drogą obliczania podstawowych wskaźników działalności szpitala wg profilów łóżek, można określić stopień skuteczności ich wykorzystania (wyrażony w procentach) – $R\%$, a także obliczyć straty ekonomiczne (wskaźnik $L_{D_{org}}$) powstałe w związku z nieracjonalną działalnością szpitali.

Ocena uzyskanych wartości wskaźnika $R\%$ i powiązanego z nim wskaźnika $L_{D_{org}}$, wskazującego na niezbędną dodatkową liczbę wolnych (niewykorzystanych) tzw. łóżko-dni albo na zbyt długi pobyt chorych w szpitalach – zawyżone wartości łóżko-dni (w zależności od uzyskanych pozytywnych lub negatywnych efektów leczenia), pozwala nie tylko na pokazanie wad organizacyjnych w gospodarowaniu szpitalnymi łóżkami, lecz wskazuje również drogi ich usunięcia poprzez m.in. skrócenie średniego czasu pobytu chorych w szpitalach – poprzez obniżenie liczby łóżko-dni; tymczasowego, okresowego zmniejszenia liczby łóżek – poprzez redukcję liczby niewykorzystanych łóżko-dni przez przeprofilowanie niezbędnej liczby łóżek itp. Praktyczne zastosowanie zaproponowanej metody pozwoli na osiągnięcie optymalnego poziomu racjonalnego gospodarowania liczbą łóżek w szpitalach.

Słowa kluczowe: zasób łóżek, straty ekonomiczne, wskaźniki wykorzystania zasobu łóżek, okresowe zmniejszenie liczby łóżek

As shown in a theoretical study on the utilization of hospital beds, estimating the main parameters of the functioning of a hospital by beds profile could help to evaluate the economic efficacy of hospital beds utilization along with determining the losses (parameter E) due to organizational drawbacks – the idle time of beds.

Analysis of the obtained values for both the parameter $R\%$ and a related parameter $L_{D_{org}}$ makes it possible not only to reveal organizational drawbacks in the functioning of hospital beds, it also points out to potential measures on how to eliminate those failings – to shorten a mean duration of the beds occupation by patients, to undertake an additional temporary deployment of beds (seasonal), to decrease the amount of bed-days as well as to deploy, reduce or re-profile the necessary amount of beds of certain profile(s) etc. A practical use of the proposed method allows achieving an optimal level of rationality in the functioning of hospitals.

Key words: hospital beds, economic losses, parameters of utilization of hospital beds, temporary deployment of beds

Śmiertelność ludności Ukrainy – poziomy i przyczyny

Ukrainian mortality – rate and causes

Oleh Liubinetz

Lwowski Medyczny Uniwersytet Narodowy im. Danyła Hałyckoho, Katedra Organizacji i Zarządzania Ochrony Zdrowia, Ukraina

Wprowadzenie. Kryzys medyczno-demograficzny, jaki trwa na Ukrainie od ponad 15 lat, powoduje nie tylko zaniepokojenie społeczeństwa, ale zwraca też uwagę ekspertów międzynarodowych. Niepokój budzi też wysoki poziom śmiertelności ludności.

Cel. Analiza poziomu i przyczyn śmiertelności ludności Ukrainy.

Materiał i metody. Dane demograficzne, statystyka medyczna.

Wyniki. W ciągu ostatnich pięciu lat (2003-2007) ogólny wskaźnik śmiertelności na Ukrainie utrzymuje się na zbyt wysokim poziomie 16,0-16,6‰. Taki poziom śmiertelności obserwuje się w warunkach przyspieszonego demograficznego starzenia się ludności i szybkiego zwiększenia się liczby osób w starszym wieku, co nie tylko strukturalnie podwyższa go, ale i wzmacnia tempo umieralności ludności. W latach 1998-2002 lat ogólny wskaźnik śmiertelności wzrósł o 3,5% z powodu faktycznego podwyższenia śmiertelności i o 4,0% z powodu starzenia się ludności, to w okresie 2002-2007 wskaźnik zmian intensywności śmiertelności stanowił 4,0%, a z powodu struktury wiekowej – 6,0%. Poziom śmiertelności niemowląt na Ukrainie 3-krotnie przekracza wskaźniki rozwiniętych państw Europy. Śmiertelność ludności wieku dojrziałym (w wieku produkcyjnym) wzrasta w dynamicznym tempie. W latach 2001-2007 ten poziom zwiększył się niemal o 5%. Znaczne zwiększenie współczynników jest widoczne u mężczyzn w przedziale wiekowym 30-44 i u kobiet w wieku 25-44 lat.

Wśród przyczyn zgonów ludności na Ukrainie w 2007 r. (jak i w poprzednich latach), pierwsze pięć miejsc zajmują: choroby narządu krążenia (63,0% ogólnej liczby zgonów), nowotwory (11,8%), zewnętrzne przyczyny śmierci (8,6%), choroby narządu trawiennego (4, 4%) i układu oddechowego (3,3%).

Wnioski. Śmiertelność ludności na Ukrainie jest wysoka, co wiąże się z koniecznością poszukiwania możliwości jej zmniejszenia.

Słowa kluczowe: Ukraina, śmiertelność, przyczyny zgonów

Background. Medico-demographic crisis in Ukraine which troubles the country for more than 15 years causes public anxiety and attracts attention of international experts. Concerns are growing because of high mortality rates of Ukrainian population.

Objective. Analysis of rate and causes of mortality in Ukraine.

Material and methods. Demographic data, medical and mathematic statistics.

Results. During the last 5 years (2003-2007) crude mortality rate in Ukraine was very high (16.0-16.6‰). Development of such death rate coincided with accelerating population ageing, which due to quick increase in number in older age groups in the population not only lead to its structural increase but also intensified the depopulation rate. Thus if during 1998-2002 crude death rate increased by 3.5% due to genuine mortality rate increase and by 4.0% due to population ageing, during 2002-2007 the impact of changes in death burden was 4.0%, and the impact of changes in age pattern amounted to 6.0%. Infant mortality rate in Ukraine is three times higher than those in developed European countries. The mortality rate of the Ukrainian population of the working age is increasing at a high rate. During 2001-2007 crude death rate increased by almost 5%. The increase of vital importance was registered among 30-44 years old males and 25-44 years old females.

In 2007, the leading causes of death in Ukraine were the same as in previous years. First five leading death causes included diseases of the circulatory system (63.0% of all death cases), neoplasms (11.8%), external causes (8.6%), diseases of the respiratory system (4.4%), diseases of the digestive system (3.3%).

Conclusions. High death rate in Ukraine generates a need to search for preventive measures.

Key words: mortality, Ukraine, causes of death

Role of family medicine in a state policy of Ukraine

G. A. Slabkij, N. P. Krizina, M. B. Shevchenko

Ukrainian Institute of Strategic Researches, Kiev, Ukraine

Last five years in Ukraine continue to be carried out actions which purpose is to order a network and final fund of hospitals with development of the common practice/family medicine (CP/FM), increase in quantity of out-patient-polyclinic establishments and stationary-equivalent forms of medical aid.

The purpose of the publication is to find out a place and a role of FM in a state policy of Ukraine in the field of public health services. The strategic purpose of a state policy in sphere of public health services is to increase level of health, to improve life quality and to preserve genetic base of Ukrainian people.

The research work took advantage of historical, statistical, the comparative analysis.

In the last years the primary medico-sanitary help engaged first of all CP and FM. The observed expansion of a network of establishments and divisions provides medical aid on the basis of CP/FM.

At the end of 2007, as compared to 2006, 3742 establishments and divisions of CP/FM were available, manifesting an increase by 12.2%. An extensive attention was given to development of CP/FM in a countryside: in the specified period 362 new establishments were created, at the end of 2007 reaching the number of 3240 establishments and divisions of CP/FM (+11.2%). In cities 58 new establishments were created, and their number increased to 502 establishments and divisions of CP/FM (+11.5%).

The above specified establishments serve 13,799,084 persons, which comprise 28.2% of the population of Ukraine.

The network of out-patient-polyclinic establishments in the last five years (2003-2007) increased due to independent polyclinics and ambulance stations for 259 establishments (11.7%), the number of hospital establishments decreased to 159 (0.9%). Hospitals are reduced and ordered due to their transformation into ambulance stations.

Key words: *Health, primary medical aid*

Development of the palliative help (hospice services) in conditions of branch reformation

N. J. Kondratjuk, B. L. Podluzhnyj

Ukrainian Institute of Strategic Studies, Kiev, Ukraine

The Program of the government "National break" in 2008 is stipulated to develop a project of Ukrainian law "On the organization of medical aid and establishment of public health services", to which it is necessary to attach hospices. Main aim - maintenance of psychological comfort that is carried out on the basis of a principally individual approach to each patient, in view of his/her condition's severity, spiritual, religious and social needs. The Problem of creating a network of hospices in all regions of Ukraine and normal maintenance of ambulances of the palliative help to corresponding contingents the population is actual. In resolution of these problems our country still lags behind the developed countries of the world. According to Association of the palliative help (the president - S.Martenjuk-Gres) in our country we practically lack an adjusted system of the palliative help, and also we lack standards of its rendering. In Ukraine, according to the same

Association, with regards to a condition of 2007, only 19 establishments of hospice services functioned, in general having just 600 beds at their disposal (8% of the demand). Progressing ageing of the population in Ukraine, increase in prevalence of chronic diseases with continuous increase in number of contingent persons which require permanent long care with necessary volume of medical services provide an additional burden. Traditionally, such help for the incurably sick, involving mainly patients with oncological diseases, takes place in conditions of stationary hospices. Patients who require such help are also those who suffer from cardiovascular insufficiency, severe forms of diabetes and also those with developed HIV/AIDS. World experience testifies that long-term hospitalization of the incurably sick in ordinary medical establishments becomes not only unreasonable in view of risk for their carry-over potential (turnover parameter of a bed), and it is economically irrational. All this testifies to the necessity of expansion of a network of hospices in regions of Ukraine.

Key words: *hospice, palliative help*

Analiza strategiczna w zarządzaniu opieką pielęgniarską i położniczą

Strategic analysis in nursing and obstetric care management

Anna Ksykiewicz-Dorota, Sylwia Gradowska-Burczyk

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Pielęgniarki naczelne są odpowiedzialne za monitorowanie i analizowanie zmian, jakie dokonują się w opiece pielęgniarskiej/położniczej. Zarządzająca kadra powinna analizować a następnie adaptować i wprowadzać do praktyki standardy, procedury i narzędzia, które pozwolą usługom pielęgniarskim/położniczym być jakościowo konkurencyjnymi. Ważne jest, aby podstawą sukcesu opieki pielęgniarskiej i położniczej, była właściwa strategia poprzedzona zastosowaniem analizy strategicznej.

Celem badań było przedstawienie mocnych i słabych stron sektora świadczeń pielęgniarskich/położniczych oraz szans i zagrożeń w otoczeniu w szpitalach trzech poziomów referencyjnych.

Materiał i metody. Metodą analizy strategicznej była analiza SWOT. SWOT jest wystandaryzowanym narzędziem opracowania danych z przeszłości i teraźniejszości oraz prognoz na przyszłość w celu identyfikacji wewnętrznych silnych i słabych stron organizacji oraz zewnętrznych szans i zagrożeń w środowisku zewnętrznym. Badania przeprowadzono techniką ankiet, zaś narzędziem był arkusz dla potrzeb analizy SWOT. Badania przeprowadzono w 13 szpitalach I poziomu referencyjnego, 8 szpitalach II poziomu referencyjnego oraz 3 szpitalach III poziomu referencyjnego. Grupę badawczą stanowiło 289 osób z kierowniczej kadry pielęgniarskiej. Badane cechy poddano analizie statystycznej: testowi jednorodności χ^2 , testowi niezależności χ^2 , przyjmując 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki. W badaniach wykazano, że mocną stroną sektora opieki pielęgniarskiej/położniczej było decydowanie o szerokim zakresie usług tych grup zawodowych, słabą – brak środków finansowych na dodatki motywacyjne, szansą – dobra współpraca z dyrekcją szpitala, zaś zagrożeniem – powiększające się różnice w dochodach ludności.

Wnioski. Kierownicza kadra pielęgniarska nie stosuje systematycznie analiz strategicznych, a spośród badanych, które korzystają z tych metod najczęściej wybierano analizę SWOT.

Słowa kluczowe: analiza strategiczna, analiza SWOT, sektor opieki pielęgniarskiej i położniczej

Introduction. Head nurses are responsible for the monitoring and analysis of changes taking place in the sector of nursing care. The managerial staff should analyse, then adapt and implement into practice, standards, procedures and tools, which would provide the nursing/obstetric services competitiveness. It is important that a basis for success including nursing and obstetric care should be an appropriate strategy preceded by the use of strategic analysis.

Objective. The objective of the study was the presentation of strengths and weaknesses of the sector of nursing/obstetric services, as well as opportunities and threats in the environment, in hospitals of three levels of reference.

Material and methods. The method of strategic analysis applied in the study was SWOT analysis. SWOT is a standardised tool for the analysis of data concerning the past and the future, in order to identify internal strengths and weaknesses of an organization, as well as opportunities and threats in its external environment. The study was carried out by the technique of a survey, the research tool was a questionnaire form designed for the needs of SWOT analysis. The study covered 13 hospitals of the first level of reference, 8 hospitals of the second reference level, and 3 hospitals of the third reference level. The study group were 289 nursing managerial staff members. The traits examined were subject to statistical analysis: 2 test for uniformity, 2 test for independence, while adopting the conclusion error of 5%, and associated with it level of significance $p \leq 0.05$.

Results. The study showed that the strength of nursing/obstetric care was making decisions concerning a wide scope of services provided by this occupational group; the weakness involved lack of financial resources for employee motivation benefits, the opportunity involved a successful cooperation with the hospital board of managers, while the risk included the increasing inequalities in population's income.

Conclusions. The nursing managerial staff does not systematically apply strategic analyses, and the respondents who use these methods, most frequently choose SWOT analysis.

Key words: strategic analysis, SWOT analysis, sector of nursing and obstetric care

Benchmarking jako narzędzie analizy strategicznej w ocenie funkcjonowania sektora opieki pielęgniarskiej i położniczej

Benchmarking as a tool of strategic analysis in evaluation of functioning of nursing and obstetric care system

Anna Ksykiewicz-Dorota, Sylwia Gradowska-Burczyk

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Zmieniająca się sytuacja na rynku świadczeń zdrowotnych oraz rosnąca konkurencja związana z ograniczonym dostępem do środków finansowych powoduje, że osoby zarządzające sektorem opieki pielęgniarskiej i położniczej szukają coraz to bardziej skutecznych metod zarządzania. W piśmiennictwie benchmarking określany jest jako metoda zarządzania instytucją, która polega na identyfikacji najlepszych sposobów realizacji procesów zarówno wewnątrz organizacji, jak i poza nią, w celu wykorzystania ich do usprawnienia działalności. Punktem porównawczym powinny być wyniki instytucji o zbliżonym profilu.

Celem pracy jest ocena funkcjonowania sektora opieki pielęgniarskiej/położniczej w szpitalach na terenie woj. lubelskiego i podkarpackiego przeprowadzona na podstawie benchmarkingu w skali graficznej i punktowej.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od 2005 do 2007 r. w 24 szpitalach trzech poziomów referencyjnych, na terenie dwóch woj.: lubelskiego i podkarpackiego. Grupę badawczą stanowiło 289 osób z kierowniczej kadry pielęgniarskiej/położniczej. Metodą badawczą była analiza strategiczna, techniką – badania ankietowe, narzędziami: benchmarking w skali graficznej i punktowej. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i statystycznej.

Wyniki. W badaniach wykazano, że kierownicza kadra pielęgniarska własne jednostki organizacyjne (skala graficzna benchmarkingu) ocenia jako porównywalne lub słabsze od wzorcowych. W odniesieniu do badań przeprowadzonych w skali punktowej, własny sektor opieki pielęgniarskiej był oceniany także jako słabszy od konkurencyjnych.

Wnioski. Część badanej pielęgniarskiej kadry kierowniczej wzoruje się na innych jednostkach, stosując narzędzia: skalę punktową i graficzną benchmarkingu. Jednostki wzorcowe były oceniane wyżej, niż własne.

Słowa kluczowe: benchmarking (skala graficzna i punktowa), analiza strategiczna, sektor opieki pielęgniarskiej i położniczej

Introduction. Due to the changing situation on the market of health services, and a growing competition associated with the limited access to financial resources, the managers of the sector of nursing and obstetric care search for increasingly more efficient methods of management. In literature, benchmarking is defined as a method of managing a company, which bases on the identification of the ways of the realization of processes, both inside and outside an organization, in order to improve its performance. A point of comparison should involve the results obtained by an organization of a similar profile.

Objective. The objective of the study was evaluation of functioning of the sector of nursing/obstetric care in hospitals in the area of two regions: Lublin and Rzeszów, performed based on the benchmarking process according to graphic and score scales.

Material and methods. The study was conducted during the period 2005-2007, and covered 24 hospitals of three levels of reference, in the area of two regions: Lublin and Rzeszów. The study group were 289 nursing/obstetric managerial staff members. The research method was strategic analysis, the technique – a survey, and the tool: benchmarking graphic and score scales. The results obtained were subject to descriptive and statistical analyses.

Results. The study showed that the nursing managerial staff estimated their own organizational units (benchmarking graphics) as comparable to or lower than the standard. With respect to the studies conducted according to the score scale, own sector of nursing care was also assessed as being weaker than the competition.

Conclusions. A part of the nursing managerial staff examined followed other units by using tools: benchmarking score and graphic scales. The standard units were evaluated in more positive terms than own ones.

Key words: benchmarking (graphic and score scales), strategic analysis, sector of nursing and obstetric care

Outsourcing usług medycznych jako metoda przekształceń własnościowych

Medical services outsourcing as a method of proprietary transition

Leszek Grochowski, Piotr Książek

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Jednym z głównych problemów zarządzania szpitalem jest określenie optymalnego zakresu funkcji realizowanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Wymóg sprostania oczekiwaniom właściciela, płatnika i pacjenta powoduje presję na stosowanie bardziej nowoczesnych metod zarządzania, które by bardziej efektywnie wykorzystywały istniejące zasoby w opiece zdrowotnej.

Jedną z takich metod jest outsourcing-dotychczas stosowany do usług niemedyceńskich, który przy wsparciu firm specjalistycznych z powodzeniem może być zastosowany w działalności podstawowej.

Próby zastosowania tego rodzaju rozwiązań w praktyce napotykać na różnego rodzaju bariery, które mogą być przewyższone przykładami udanych rozwiązań outsourcingowych. Należy dodać, że jest to łagodniejsza forma prywatyzacji, rozłożona w czasie i przy większym udziale personelu medycznego.

W pracy omówiono możliwe metody zastosowania działań outsourcingowych, ich zalety i wady a także bariery ich wprowadzenia.

Słowa kluczowe: *szpital, forma własności, ochrona zdrowia, oddział szpitalny*

The range of functions performed in the process of providing medical services is a major concern for hospital management. Since it is necessary to balance the expectations of the hospital owner, the payer, and the patient, the management is forced to introduce more modern methods of administration which use the existing health care resources more efficiently.

One such method is outsourcing. Until recently, outsourcing has been limited to non-medical services. Nevertheless, with the support of specialized firms, it can be used for primary medical services as well.

Examples of successful outsourcing illustrate how various obstacles can be overcome when introducing it as a solution. A gradual approach to outsourcing, over time, allows privatization to occur with greater involvement of the medical staff.

The article discusses the potential uses of outsourcing, its advantages, disadvantages, and possible obstacles.

Key words: *hospital, property form, health prevention, hospital ward*

Różnice w modelu zarządzania samodzielnym publicznym a niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej

The differences in management model between independent public health care centre and non-public health care centre

Ewa Warchoł-Sławińska, Krzysztof Włoch, Iwona Bojar

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zmiany systemu opieki zdrowotnej stworzyły potrzebę profesjonalnego zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Istotą zarządzania jest celowe podejmowanie przez odpowiednie osoby (kadrę zarządzającą) decyzji i działań prowadzących – dzięki wykorzystaniu posiadanych zasobów – do osiągnięcia założonych celów w sposób sprawny i skuteczny lub celowe dysponowanie zasobami. Do podstawowych funkcji zarządzania należą: planowanie, organizowanie, kierowanie i kontrolowanie. Dobre zarządzanie instytucją publiczną oznacza systematyczne osiąganie bardzo dobrych wyników przez organizację.

Celem pracy było porównanie modelu zarządzania pomiędzy SPZOZ-em a NZOZ-em.

Przeprowadzone badanie potwierdziło istnienie różnic w modelach zarządzania między publicznymi a niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Dla kadry pracowników SP ZOZ-ów kierownik odgrywa najistotniejszą rolę w procesie zarządzania, w odróżnieniu od NZOZ-ów, gdzie rola kierownika i personelu utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Wybór określonego stylu zarządzania odzwierciedla się również w strukturze rozpiętości kierowania, która funkcjonuje w porównywanych zakładach opieki zdrowotnej. W SPZOZ-ach przeważa struktura płaska charakteryzująca się znaczną rozpiętością kierowania, ale wymagającą wzmożonej kontroli, natomiast w niepublicznych zakładach przeważa struktura smukła o małej rozpiętości kierowania, dlatego nie wymagająca ścisłego nadzoru.

Kadra medyczna podejmuje działania mające na celu efektywniejsze zarządzanie placówką zarówno w publicznych jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Najistotniejszą formą zarządzania zarówno dla publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej jest planowanie.

Słowa kluczowe: *zarządzanie, jakość, publiczny, niepubliczny zakład opieki*

The changes in health care system caused the necessity to create the new professional way of management in health care centres. Management essence consists in intentional decision making by management staff as well as taking up activities leading to successful implementation of aims or purposeful resources control. Management basic functions include: planning, organizing, managing and controlling. Successful management with public institution means gaining satisfactory results.

The paper identifies, examines and compares two management models: SPZOZ-independent public health care centre and NZOZ-non-public health care centre.

Survey confirmed differences between the above mentioned two management models. For the staff of SPZOZ-independent public health care centre – manager plays the most important role in management process but as far as non-public health care centre is concerned the role of manager and personnel is similar. Management style is reflected also in managing span structure in two compared health care centres. In SPZOZ-independent ones - plane structure predominates, characterized by considerable managing span which demands a control but in NZOZ-non-public centres – slim structure predominates,

characterized by low managing span so it does not demand controlling.

Medical staff undertakes activities aimed at effective management both in the independent public and in non-public health care centres.

In both of these two management systems the most important feature involves planning.

Key words: *management, quality, public, non-public health care center*

Reorganizacja systemu ochrony zdrowia Ukrainy – mity i dzisiejsze realia

Reorganization of Ukrainian health board system – current myths and realities

Igor Soroczynskij ^{1/}, Andrij Bazylevycz ^{2/}, Myhailo Slabyj ^{3/}, B. Soroczynska ^{4/}

^{1/} Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny im. Iwana Franka we Lwowie

^{2/} Katedra Zarządzania Państwowego Ochroną Zdrowia, Lwowski Regionalny Instytut Zarządzania Państwowego Narodowej Akademii Zarządzania Państwowego przy Prezydencie Ukrainy

^{3/} Dyrektor ds. kadrowych, Uniwersytet Medyczny im. Iwana Franka we Lwowie

^{4/} Lekarz Naczelny Centrum Medycznego „Halicka Licznica”

Na dzień dzisiejszy należy stwierdzić, iż obecny stan ochrony zdrowia i ubezpieczeń medycznych na Ukrainie jest niezadowalający dla władzy, ani dla społeczeństwa, ani dla samej ochrony zdrowia.

Zgodnie z artykułem 49 Konstytucji Ukrainy udzielanie pomocy medycznej na Ukrainie jest bezpłatne, jednak wydatki ludności na usługi medyczne i leki można porównać do wysokości wydatków państwa na finansowanie ochrony zdrowia. Jednocześnie, ograniczona dostępność do pomocy medycznej doprowadziła do tego, że ludzie rzadziej zwracają się do instytucji medycznych i odpowiednio nie otrzymują we właściwym czasie odpowiedniej pomocy medycznej. Wszystko to świadczy o tym, że obecnie zarządzanie ochroną zdrowia nie jest w stanie realizować podstawowych funkcji - zapewnienia równości, dostępności oraz jakości pomocy medycznej wszystkim warstwom społecznym.

Dany problem nieraz był poruszany na szczeblach państwowych i niepaństwowych, ale przez ostatnie dziesięć lat żadnych radykalnych zmian w tej dziedzinie nie było.

Podjęto wiele prób reformowania systemu ochrony zdrowia – ogółem za ten czas przyjęto więcej niż 240 normatywnych aktów oraz prawnych dokumentów, w tym: ustawy państwowe (24); dekrety prezydenta (30); rozporządzenie prezydenta (2); uchwały Rady Ministrów (ponad 155). W ciągu 15 lat zmieniło się 13 Ministrów Zdrowia. Obecnie Parlament Ukrainy rozpatruje kilka odmiennych projektów ustawy o obowiązkowych ubezpieczeniach medycznych.

Na danym etapie reform i rozwoju medycyny na Ukrainie, stunki firm ubezpieczeniowych najlepiej układają się z prywatnymi podmiotami służby zdrowia oraz z prywatnymi przedsiębiorcami. Przy czym, zakres usług medycznych objętych ubezpieczeniem nie jest wystarczająco szeroki i w większości przypadków ogranicza się do świadczeń ambulatoryjno-poliklinicznych i pogotowia ratunkowego.

Ciągłe niedofinansowanie doprowadziło do pełnej technicznej nieprzydatności i moralnego zesterzenia się wyposażenia pla-

cówek medycznych oraz do pełnego zaniku moralno-etycznego aspektu zawodu lekarza. Jednak w obwodzie Lwowskim na wniosek Ukraińskiego Lekarskiego Towarzystwa we Lwowie od 2008 r. zaczął obowiązywać „Kodeks Etyczny Lekarza”, celem którego jest stosowna zmiana odpowiednich przepisów prawa Ukrainy.

W okresie kształtowania Ukraińskiego państwa i reorganizacji całego systemu ochrony zdrowia zaostroża się problem przygotowania i podnoszenia kwalifikacji pracowników służby zdrowia.

Słowa kluczowe: *zarządzanie ochroną zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia, ubezpieczenie medyczne, Kodeks Etyczny Lekarza, przygotowanie kadry medycznej*

It is reasonable to acknowledge today, that the situation in the Health Board System and Medical support does not suit anybody: neither government, nor public, nor even the Health Board itself.

Following 49th clause of the Ukrainian Constitution, provision of the medical aid in Ukraine is free of charge, but the amount that people spend on medical services and drugs can be compared to the amount of governmental financing of the Health Board. At the same time, the decreasing accessibility of medical services lead to the fact that people less frequently report to medical institutions and, therefore, they are not getting adequate medical aid on time. All of those facts are outlining the incapability of present Health Board to provide the main function, equal and accessible quality of medical aid to all sections of the population.

This particular problem has been raised many times on different governmental and non-governmental levels, but unfortunately during the last ten years none of the radical changes have taken place.

There were a lot of attempts to start reforms in Health Board system – 240 normative acts were passed altogether during that time; legal documents: Ukrainian Statutes and Acts (24); Decrees of the President (30); Orders of the President (2); Decisions of the Ministerial Cabinet (more than 155). But at the same time during the last 15 years, 13 Ministers of Health Board have been changed. At the moment there are some legal drafted projects waiting to be heard at the Parliament Session (4 are well known) about the compulsory medical health insurance.

At the moment, on this stage of reforms and development of Ukrainian medicine, the best relationships are seen between insurance companies and private medical centres and self-employers. At the same time the range of services which are offered by those insurance companies are not wide enough, and in many cases are limited to out-patient and first aids.

Because of constant lack of financing of the medical field, the material basis of medical field became technically unsuitable and out of date, but the worst thing involved complete negligence of moral and ethical aspects of the doctor's profession. In Lviv Region, thanks to the Ukrainian Association of Doctors, the „Code of Doctor's Ethics” was introduced in Lviv from 2008, to act until the corresponding bill will be passed in Ukraine.

In the period of formation of Ukraine as a country and reorganizing of all Health Board's system, the problem of training and improving qualification and skills of medical and pharmaceutical personnel is becoming increasingly important.

Key words: *Health Board Management, financing of the Health Board, medical health insurance, Code of Doctor's Ethics, personnel training*

Sieci Petriego jako graficzny model wnioskowania na przykładzie danych medycznych

Petri nets as graphic reasoning model on the example of medical data

Krzysztof Panczer^{1/}, Barbara Fryc^{2/}

^{1/} Samodzielny Zakład Programowania, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie; Katedra Informatyki i Inżynierii Wiedzy, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu

^{2/} Katedra Podstaw Informatyki, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Dane dotyczące diagnostyki lub sposobu leczenia określonej choroby są często zapisywane w postaci dokumentacji zwanej tablicą informacyjną lub tablicą decyzyjną. Taka tablica jest opisem poszczególnych przypadków (nazywanych obiektami) w kategoriach określonych cech (nazywanych atrybutami). Cechy te mogą odpowiadać np. obserwacjom, wynikom badań i analiz laboratoryjnych. Natomiast stawiana diagnoza może być traktowana jako tzw. decyzja. Istotnym zagadnieniem jest znalezienie zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy wartościami cech opisujących przypadki, a stawianą diagnozą (decyzją). W dziedzinie odkrywania wiedzy z danych zaproponowano w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat wiele metod wyszukiwania takich zależności. Na podstawie tych zależności generowane są różnorodne modele wnioskowania wspomagające decyzje lekarzy. Część systemów opartych jest o tzw. reguły postaci: JEŚLI określone przesłanki są spełnione TO powinna zostać podjęta odpowiednia decyzja. Przy generowaniu takich modeli istotną rolę odgrywa sposób reprezentacji wiedzy tak, aby reprezentacja ta była zrozumiała dla człowieka. Niewątpliwie, graficzne modele ułatwiają spełnienie takich wymagań. W referacie przedstawione zostanie jedno z narzędzi informatycznych, nazywane sieciami Petriego, które pozwala m.in. na budowę graficznych modeli wnioskowania. Zaletą takich modeli jest nie tylko wskazanie podjętej decyzji, ale także wyjaśnienie dlaczego dana decyzja została podjęta i jaka była ścieżka podjęcia tej decyzji. Budowa modelu wnioskowania zostanie przedstawiona na przykładzie danych medycznych.

Słowa kluczowe: *sieci Petriego, modele wnioskowania, systemy wspomagania decyzji w medycynie*

Data concerning medical diagnoses and ways of disease treatment are often stored in the form of documentation called an information or decision table. Such a table is a description of individual cases (called objects) in terms of given features (called attributes). For instance, features correspond to observations, examination results and laboratory analyses. However, diagnosis can be treated as the so-called decision. An important task is to discover some casual-effect relations between values of features and diagnoses (decisions). Many methods of finding such relations have been proposed in the area of knowledge discovery over the past two decades. On the basis of casual-effect relations, varied models supporting doctor's decision making processes can be created. Some systems are based on the so-called rules which have the form: IF conditions THEN decision. For a reasoning model, the important thing is to represent the knowledge in a way that is friendly and easily understandable for humans. Graphic models satisfy undoubtedly such a requirement. In the paper, one of the informatics tools, called Petri nets, will be presented. Such a tool enables creating, among others, graphic reasoning models. There is an advantage of using such models, they enable us to make decisions and, moreover, explain decisions and show decision making paths. Creating reasoning models will be shown on example of medical data.

Key words: *Petri nets, reasoning models, decision support systems in medicine*

Przyczyny ograniczające mieszkańcom wsi dostępność świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych

The reasons for the limited accessibility of the health and rehabilitation services for the inhabitants of the countryside

Daniel Chrzan

Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wprowadzenie. W wyniku wprowadzenia w 1998 r. reformy systemu opieki zdrowotnej, dostępność świadczeń zdrowotnych takich jak: badania diagnostyczne, podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjne, świadczenia specjalistyczne, świadczenia stomatologiczne, wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza itd. jest negatywnie oceniana nie tylko przez mieszkańców miast, ale i wsi.

Celem pracy była ocena przyczyn wpływających na ograniczenie dostępności usług medycznych i rehabilitacyjnych dla mieszkańców wsi.

Materiał i metody. Badaniami ankietowymi, przeprowadzonymi w 2007 r., objęto 190 studentów losowo wybranych w trzech krakowskich uczelniach (Uniwersytet Jagielloński, Akademia Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Rolniczy), którzy mieszkali na wsi. Oceniano: dostępność lekarza pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów, leczenia szpitalnego, korzystania z prywatnych usług medycznych, korzystania z zakresu usług fizjoterapeutycznych w poradniach i ośrodkach rehabilitacyjno-leczniczych.

Wyniki. Z analizy ankiet wynika, że największe trudności były w dostępności porad lekarzy i usług fizjoterapeutycznych. Spośród czynników ograniczających, najczęściej wymieniano: dużą odległość do lekarza pierwszego kontaktu i specjalisty oraz do zakładu fizjoterapeutycznego, odległe terminy świadczeń, niedogodne godziny przyjmowania pacjentów lub wykonywania usług, terminowa praca w rolnictwie, długie kolejki do lekarza, wcześniejsze zapisy na termin i trudności w otrzymaniu skierowania do lekarza specjalisty, a w przypadku usług fizjoterapeutycznych – niedogodny rozkład jazdy środków lokomocji lub sporadyczną komunikację oraz brak rejestracji przez telefon. Wysoki odsetek ankietowanych i członków ich rodzin, z uwagi na ponoszone koszty, nie korzystało z prywatnych usług medycznych.

Wnioski. Czynniki ograniczające dostępność świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych były najczęściej natury technicznej, organizacyjnej i finansowej.

Słowa kluczowe: *świadczenia zdrowotne, usługi, rehabilitacja, wieś*

Introduction. As a result of the introduction of the reform of the social health service in 1998, accessibility of the services such as diagnostic tests, basic health care, consultations at an outpatients' clinic, services of the specialists, dental care, highly specialist care, hospital treatment, rehabilitation, etc. has been assessed in a negative way not only by the inhabitants of the cities but in the countryside as well.

The aim of this project was to assess the factors causing the limited accessibility of the health and rehabilitation services for the inhabitants of the countryside.

Material and methods. The survey research which was conducted in 2007 covered 190 randomized students of the Jagiellonian University of Cracow, Academy of Physical Education and University of Agriculture in Cracow, all of them inhabitants of the countryside. The survey assessed accessibility of the GP, the specialists, hospital treatment, whether the inhabitants made use of the private health care or of the full-scope of the physiotherapeutic services in the clinics or the rehabilitation centres.

Results. The analyses of the survey showed that the access to the doctors' advice and physiotherapeutic services were the most difficult. Among the factors limiting the accessibility of those services the most often mentioned were: a long distance to the GP or the specialist as well as the rehabilitation centre, prolonged waiting for the services, inconvenient hours of the appointments, the agricultural works which had to be done in a very specific

time, long queues to doctors, making appointments in advance and the difficulty in obtaining referral to the specialist and, in the case of the physiotherapeutic services, inconvenient timetable of the local means of transport and lack of the possibility of being registered by phone. The high percentage of the surveyed people and members of their families did not make use of the private health care because of the expenses.

Conclusion. The factors which contributed to the limited accessibility of the health and rehabilitation services were usually the ones of the technical, organizational and financial nature.

Key words: *health services, services, rehabilitation, countryside*

Zmiany w strukturze zamówień publicznych podmiotów sektora ochrony zdrowia w latach 1996-2006

Changes in public procurement structure of health care sector in the years of 1996-2006

Hanna Lewandowska

Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

Publiczne podmioty sektora ochrony zdrowia (SPZOZ) funkcjonujące w oparciu o ustawę o Zakładach opieki zdrowotnej oraz zabezpieczające świadczenia zdrowotne zgodnie z odpowiednimi zapisami zawartymi w Konstytucji RP z 1997 r. oraz ustawie o Powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym korzystają w swojej działalności z finansowych środków publicznych. Efektywne i racjonalne zarządzanie publicznymi zasobami finansowymi pochodzącymi głównie z tytułu zawartych kontraktów z beneficjentami tych środków (Kasy Chorych/NFZ) wymaga od zarządzających dokonywania wyborów alternatywnych dla kierunków wydatkowania tych środków (infrastruktura budowlana, infrastruktura techniczna, usługi towarzyszące działalności operacyjnej). Konieczność modernizacji, adaptacji i rozbudowy posiadanej substancji budowlanej (zamówienia na roboty budowlane), zabezpieczenia podstawowej infrastruktury technicznej (aparatury i sprzętu medycznego – dostawy) oraz usług towarzyszących (catering, pralnicze, ochronny, sprzątania itp.) powodują wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów sektora ochrony zdrowia.

Wpływ na koszty SPZOZ jako podmiotów publicznych mają wartości zamówień realizowanych poprzez rynek zamówień publicznych, który w wyniku kształtowania się relacji popyt/podaż/popyt w sposób obiektywny jest w stanie zweryfikować występujące zależności.

Celem opracowania jest przedstawienie zmian w strukturze zamówień publicznych podmiotów sektora ochrony zdrowia w latach 1996-2006 oraz zidentyfikowanie przyczyn występującego zjawiska.

Przyjęte założenia pozwoliły na sformułowanie hipotezy orzekającej iż: niedostateczny zasób finansowych środków publicznych napływających do podmiotów sektora ochrony zdrowia wywiera decydujący wpływ na strukturę zamówień SPZOZ na rynku zamówień publicznych.

Do analizy i oceny występujących zależności wykorzystano obliczenia własne oraz dostępną literaturę przedmiotu z zakresu funkcjonowania zamówień publicznych. Metodami zastosowanymi do weryfikacji ww. były ogólnie stosowane metody statystyczno-ekonometryczne.

Słowa kluczowe: *zamówienia publiczne, koszty funkcjonowania publicznych podmiotów sektora ochrony zdrowia*

Public entities of health care sector (SPZOZ) operating on the basis of the Act on Health Care Units, securing any health benefits/services in line with appropriate regulations of 1997 Constitution of the Republic of Poland, and in line with the Act of Common Health Insurance, run their activities using public financial means. Efficient and rational management of public financial resources mainly, coming from contracts concluded with beneficiaries of those means (Sickness Funds/NFZ [National Health Fund]), requires that managers make alternative choices between specific directions of spending those funds (construction facilities, technical facilities, operational services). The need for modernizing, adapting and developing the existing

accommodations (orders for construction work), securing the basic technical facilities (apparatus and medical equipment – deliveries), and assisting activities (catering, laundering, security, cleaning etc.) cause rise in operating costs of health sector.

Public Entities of Health Care Sector (SPZOZ) are influenced by values of public procurement executed through public procurement market, which is capable of verifying any present dependencies shaped by results of the demand/supply/demand inter-relationships.

This study aimed at presenting changes in the structure of public procurement in health care sector within the years of 1996-2006, and at identifying reasons of the occurring phenomenon.

For the purpose of analysis and assessment of occurring dependencies my own calculations were used and literature available in the area of public procurement operation. The methods used for verifying purposes were the generally used statistical-econometric techniques.

Key words: *public procurement, operating costs of public entities of health care sector*

Rola misji w zarządzaniu organizacjami sektora usług medycznych

The role of mission statement in management the organizations of medical service sector

Krzysztof Feret^{1/}, Waław Kruk^{2/}

^{1/} Katedra Zarządzania i Marketingu, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

^{2/} Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Każda organizacja, która chce świadomie kreować własną przyszłość powinna określić i realizować misję swojej działalności. W praktyce zarządzania misja pomaga właściwie ocenić potencjał strategiczny organizacji oraz polaryzować jej wybory strategiczne w stronę osiągania przewagi konkurencyjnej, a także pozwala wykorzystać motywacje interesariuszy jako siłę napędową wzrostu i rozwoju organizacji.

Celem referatu jest dokonanie krytycznego przeglądu misji polskich organizacji sektora usług medycznych w aspekcie praktycznego związku komunikatów misji z procesem zarządzania. Analizując konteksty misji i ich tożsamość autorzy sięgają do źródeł misji organizacji biznesowych oraz non-profit, podają przykłady formułowania i realizacji misji największych oraz najbardziej innowacyjnych polskich przedsiębiorstw (z czołówki corocznych rankingów dziennika Rzeczpospolita). Na koniec autorzy dokonują oceny komunikatów misji publicznych i niepublicznych szpitali, i ZOZ, ustalają wpływ misji na decyzje i proces zarządzania w tych organizacjach oraz formułują wskazówki dotyczące niezbędnych kierunków i obszarów zmian.

Słowa kluczowe: *misja, strategia, interesariusze, proces zarządzania*

Each organization which wants to consciously create its future should formulate and implement its mission. In the theory of management, mission statement supports organization to evaluate its strategic power, and to drive its long term decisions towards attainment of competitive advantage. Mission statement also gives opportunities to exploit stakeholder's motivations as „engines” for running the organizations' growth and development.

The aim of this paper was to make a critical review of the mission statements of Polish health care organizations in terms to find the real interdependence between ideas declared and the reality of management. Making the analysis of particular mission's contexts and identities, the authors took into consideration the origins of missions in business oriented organizations and in non-profit ones, give the examples of how the missions have been formulated and executed among the biggest and the most innovative Polish enterprises (holding the leading positions in the ranks of Rzeczpospolita daily). At the ending part, the authors evaluated set of mission statements of chosen public and private hospitals, trying to recognize how mission can affect the style of management and particular performances of those kind of organizations.

Key words: *mission statement, strategy, stakeholders management process*

Gra Kierownicza jako narzędzie edukacyjne w kształceniu przyszłej kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej

Managerial game as an educational tool in training the future staff administering the health care institutions

Tomasz Pisarek ^{1/}, Waław Kruk ^{2/}, Wojciech Pitura ^{1/}

^{1/} Katedra Metod Ilościowych w Ekonomii, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

^{2/} Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

We wrześniu bieżącego roku akademickiego sfinalizowane zostaną prace związane z zaprojektowaniem nowego narzędzia dydaktycznego dla specjalności Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia na kierunku Zdrowie Publiczne w postaci gry, która będzie modelem rynkowym niepublicznego szpitala i umożliwi rozwinięcie umiejętności zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Program będzie formą gry kierowniczej, w której uczestnicy wcielą się w dyrektorów szpitali. Symulator opiera się na nieliniowych funkcjach obrazujących działalność rynku usług medycznych. Gracze będą musieli podejmować swoje decyzje w oparciu o informacje rynkowe. Celem uczestników rozgrywki jest nie tylko maksymalizacja zysku ZOZ-u, ale także zadbanie o społeczny wynik swojej działalności.

Gracze będą mieli do dyspozycji decyzje z następujących dziedzin

- Zarządzanie kapitałem ludzkim
- Zarządzanie finansami
- Zarządzanie projektami
- Zarządzanie majątkiem ZOZ
- Public relation i marketing.

Gra ma na celu przybliżenie nie tylko zasad ekonomicznych zarówno w otoczeniu wewnętrznym jak i zewnętrznym ZOZ-u, ale także wykształcenie umiejętności analizy wpływu decyzji z zakresu zarządzania czy finansów na pozaekonomiczny aspekt funkcjonowania przedsiębiorstwa.

Dodatkowym aspektem dydaktycznym tworzonego programu jest nauka umiejętności pracy w zespole, ponoszenia odpowiedzialności za swoje decyzje, oraz wykształcenie cech przywódczych, i umiejętności podejmowania decyzji w warunkach niepewności.

Słowa kluczowe: ekonomika, zarządzanie, zakład opieki zdrowotnej, szpital niepubliczny, Gra Kierownicza

Work connected with the project of a new educational tool for the specialty of Organization and health care management in Public Health Department will be completed in September, 2008. It is a managerial game reflecting a market model of a non-public hospital with the purpose to develop managerial skills in health care institution management. This particular programme will be in the form of managerial game, in which participants play role of hospital directors. Simulator reposes on unilinear functions will represent the activity of health care market. Game participants should come to decisions based on market information. Participants' purpose is not only to obtain maximum profits in health care institution, but also to gain social results of its activity. Participants will exercise control over decisions in following domains:

- human resources management
- financial management
- project management
- management of health care institution property
- public relations and marketing.

Game's purpose is not only the approximation of economic principles of internal and external health care institution surrounding, but also the development of skills in analysis of the impact of decision in the sphere of management or finance on non-economic aspect of establishment functioning.

Additional educational aspect of the created programme is training team working skills, skills of being responsible for one's own decisions, assuming a leader's character and skills of decision making in conditions of uncertainty.

Key words: economy, health care institution, non-public hospital, managerial game

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce oraz w krajach Europy Wschodniej i Środkowo-Wschodniej

Health care financing in Poland and other Eastern and Central European countries

Kazimierz Ryć, Zofia Skrzypczak

Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

Transformacja ustrojowa, która dokonała się w byłych krajach socjalistycznych doprowadziła również do zmian w sektorze ochrony zdrowia. Po odejściu od modelu Siemaszki kraje podążają różnymi drogami, realizując koncepcje systemu ochrony zdrowia zgodne z modelem Bismarcka, Beveridge'a lub łącząc ze sobą elementy obu tych modeli.

Celem opracowania jest prezentacja oraz analiza podstawowych wielkości i wskaźników makroekonomicznych wykorzystywanych w międzynarodowych porównaniach systemów ochrony zdrowia. Należą do nich: poziom wydatków na ochronę zdrowia per capita (w USD, wg PPP), relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB (%) oraz struktura finansowania ochrony zdrowia (udział wydatków prywatnych, udział wydatków bezpośrednich – tzw. „z kieszeni”).

Autorzy formułują tezę, iż nie ma jednej wyraźnej wspólnej drogi rozwojowej, którą – reformując swoje systemy ochrony zdrowia – wybrały kraje postsocjalistyczne; poziom i struktura finansowania ochrony zdrowia są w nich także różnicowane.

W opracowaniu szczególną uwagę poświęcono Polsce. Analiza struktury finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia prowadzona jest przy założeniu, że o ile ustalenie poziomu wydatków publicznych jest jednoznaczne metodologicznie, to wydatki prywatne na ochronę zdrowia można szacować opierając się na dwojakiego rodzaju źródłach, dających odmienne rezultaty – są nimi badania budżetów gospodarstw domowych i rachunki narodowe.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, międzynarodowe porównania systemów ochrony zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia

Political transformation, which occurred in post communist countries, affected health care systems. The previous Siemaszko model was replaced by various solutions, following concepts of Bismarck, Beveridge or using elements of both solutions.

The paper presents basic data and macroeconomic indicators used in international comparisons of healthcare systems, which include: yearly outlays per capita (in US dollars, according to PPP) and as a % of GDP, as well as structure of health care funding (share of private expenses and direct – „out of pocket” expenses).

The authors indicate that various options have been implemented in post communist countries: both levels of funding and health care structure show significant differences. The publication focuses on Poland. Analysis of healthcare financing is based on assumption that methodology of public financing analysis is accurate and relatively uncomplicated whereas private outlays need to be estimated using two sources – household expenditure analysis and national bill, which may result in slight discrepancies.

Key words: health care system, international comparisons of health care systems, health care financing

Fundusze Europejskie w Zdrowiu Publicznym

European Funds in the Public Health

Monika Skiba ^{1/}, Mirosław J. Wysocki ^{2/}

^{1/} Biuro Funduszy Europejskich i Programów Pomocowych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny

^{2/} Pełnomocnik Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny; kierownik Zakładu Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Wprowadzenie. Znaczenie inwestowania w ochronę zdrowia podkreślają Unia Europejska i organizacje międzynarodowe. Udział ochrony zdrowia, w odpowiedzi na wyzwania przed jakimi stoi Europa tj. m.in.: zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, starzenie się społeczeństwa, zmniejszanie się siły roboczej wieku produkcyjnego, przemiany społeczno-ekonomiczne, jest nieodzowny. Wyzwania te, stanowią o kształcie unijnej perspektywy finansowej służącej wdrażaniu strategii UE w dziedzinie zdrowia. Podstawowym instrumentem Komisji Europejskiej służącym wdrażaniu strategii UE w dziedzinie zdrowia jest drugi program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2008-2013, z budżetem o łącznej wartości 321 500 000 EUR. Jednocześnie stanowi on uzupełnienie oraz wartość dodaną w stosunku do polityki państw członkowskich zarówno w zakresie zdrowia jak i polityk z innych dziedzin życia. Ponadto instrumentami, na które warto zwrócić uwagę to m.in. 7 Program Ramowy, Szwajcarska Pomoc finansowa, czy fundusze strukturalne, a w szczególności Europejski Fundusz Społeczny, z którego współfinansowany jest Program Operacyjny Kapitał Ludzki jako obszar najbliższy behawioralnego i społecznego uwarunkowania zdrowia.

Cel. Przedstawienie źródeł finansowania projektów i programów dot. zdrowia publicznego.

Materiały i metody. – doświadczenie praktyczne autorów w pozyskiwaniu źródeł współfinansowania krajowego i zagranicznego; – strona internetowa Komisji Europejskiej, Agencji Wykonawczej Programów Zdrowia Publicznego, Krajowego Punktu Kontaktowego, Ministerstwa Rozwoju Regionalnego; – publikacje przygotowane przez ww. instytucje.

Wyniki. Informacje nt. źródeł współfinansowania krajowego i zagranicznego w zakresie zdrowia.

Wnioski. Fundusze europejskie, gdy efektywnie wdrażane, stanowią duże wsparcie w realizacji celów i kierunków polityki unijnej jak i krajowej. Fundusze nie mogą zastępować, a jedynie mają uzupełniać działania prowadzone przez państwa UE. Na poziomie krajowym, jak i ogólnoeuropejskim, należy dążyć do zwiększenia udziału ochrony zdrowia we współfinansowaniu z funduszy europejskich.

Słowa kluczowe: *program zdrowia publicznego, ochrona zdrowia, fundusze europejskie, finansowanie, fundusze, zdrowie*

Introduction. European Union and International Organizations are highlighting the importance of investing in the healthcare. Healthcare participation in answering of the Europe's challenges, i.e.: threats to the citizens' health security; ageing population; shrinking workforce; socio-economical transformation, is indispensable.

Those challenges constitute the shape of the EU financial perspective, which implements EU strategy for health. The main European Commission instrument, which implements EU strategy for health is the second programme of Community action in the field of health (2008-2013), with a overall budget of 321 500 000 EURO. At the same time, the Programme complements and gives an added value to the policy of member countries within the scope of health as well as to the policy within the other life areas. Moreover, the instruments should be also taken into consideration, i.e.: 7th Framework Programme, Switzerland Financial Support, or structural funds, in particular European Social Fund which co-finances the Human Capital

Operational Programme – as the best area, which is closest to the behavioral and social determinants of health.

Purpose. to show the possible sources of financing for projects and programmes concerning public health.

Methods and materials. – practical experience of authors in obtaining co-financing from national and international sources; – website of the European Commission, Executive Agency for Public Health, National Focal Point for Framework Programme, Ministry of Regional Development; – publications issued by aforementioned institutions.

Outcomes. Information concerning co-financing from national and international sources in the scope of health.

Conclusions. European funds, when successfully implemented, provide high support in fulfillment of goals and directions of national and EU policy. Funds cannot substitute, but only have to complement activities run by the EU member countries. On the national and European level, it should be the aim to increase participation of health care in co-financing from European funds.

Key words: *public health program, health care, European funds, financing, funds, health*

Polskie systemy finansowania leczenia szpitalnego oparte o metodologię Jednorodnych Grup Pacjentów: historia i propozycje na przyszłość

Polish systems of financing hospital treatment based on methodology of uniform patient groups: history and suggestions for the future

Barbara Misińska ^{1/}, Paweł Nawara ^{2/}

^{1/} Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia; Zastępca Dyrektora ds. medycznych

^{2/} Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoły Głównej Handlowej

W historii polskiej reformy systemu ochrony zdrowia pojawiały się różne modele finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w rodzaju: leczenie szpitalne. Autorzy, aktywnie uczestnicząc w pracach analitycznych dotyczących tworzonego przez NFZ systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) mają doświadczenie z systemem wprowadzanym w latach 2000-2003 w woj.: podkarpackim i dolnośląskim, co pozwala na wieloaspektową analizę propozycji aktualnie tworzonej.

Celem artykułu jest analiza genetyczno-historyczna polskich wersji finansowania leczenia szpitalnego od 1999 r., zobrazowanie systemu wprowadzonego w 2000 r. oraz zaprezentowanie założeń proponowanego przez Centralę NFZ w Warszawie systemu opartego o brytyjską odmianę Diagnosis-Related Groups.

Artykuł, poza warstwą genetyczno-historyczną, pokazuje wieloaspektowe problemy związane z tworzeniem systemów opartych o DRG oraz motyw, jakie powodują konieczność wprowadzenia zmian w obecnie obowiązującym systemie finansowania leczenia szpitalnego.

Celem artykułu jest wskazanie konieczności wprowadzenia metodyki JGP do finansowania wszystkich świadczeń realizowanych w warunkach opieki stacjonarnej, co obrazowane jest analizą realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii, ze szczególnym uwzględnieniem roli wczesnej rehabilitacji kardiologicznej.

Konkluzję artykułu stanowi wskazanie możliwości takiej konstrukcji JGP, która będzie uwzględniać wieloaspektowość leczenia, począwszy od fazy zabiegowej, poprzez rehabilitację do psychoterapii.

Słowa kluczowe: *Jednorodne Grupy Pacjentów, rehabilitacja kardiologiczna, osobowość typu D, koronaroplastyka, Payment By Results*

In the history of the reform in the Polish health protection system various systems appeared of financing health care services involving hospital treatment. The authors actively participated in analytical works pertaining the National Health Fund (NHF)-formed system of uniform groups of patients and have experience with introduction of the system in years 2000-2003 in Podkarpackie and Dolnośląskie voivodships, which allows for a multi-aspect analysis of the currently formed system.

The study aimed at a genetic-historical analysis of Polish versions of financing hospital treatment starting at the year of 1999, presentation of the system introduced in 2000 and of principles suggested by NHF centre in Warsaw, based on British variety of Diagnosis-Related Group system.

Apart from its genetic-historical layer, the paper presented multiple aspects linked to formation of DRG-related systems and the motives which require that changes should be introduced to the currently binding system of financing hospital treatment.

Present study aimed at demonstration of the need to introduce DRG technique to financing of all services implemented in conditions of stationary care, as illustrated by analysis of health care services in the range of cardiology, with particular attention paid to the role of early cardiological rehabilitation.

The paper is concluded with indication of such a potential construction of DRG approach that multiple aspects of treatment are taken into account, beginning at the procedure phase, through rehabilitation and ending at psychotherapy.

Key words: *diagnosis-related groups, payment by results, cardiology rehabilitation, type D personality, coronary angioplasty*

Zmiany sposobu finansowania usług medycznych w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

Changes in the way of financing medical service within common health insurance system in Poland

Natalia Stec, Dariusz Zieliński

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia

Finansowanie ochrony zdrowia jest problemem ekonomiczno-społecznym. Reforma sektora ochrony zdrowia, wspierająca kontrolę kosztów i wyższą efektywność, jest szansą na poprawę finansowania usług medycznych. Celem pracy jest przedstawienie zmian alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2007 oraz procesu finansowania i kontraktowania usług medycznych. Przedstawiono proces reformowania systemu ochrony zdrowia, zapoczątkowany w 1999 r. wraz ze zmianami sposobu jego finansowania. Dokonano analizy porównawczej zasad kontraktowania i finansowania usług medycznych. Badania oparto na samodzielnie opracowanych materiałach Kas Chorych oraz NFZ. Wykorzystano dane Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego. W 1999 r. w Polsce zapoczątkowano proces przechodzenia w przedmiotowe finansowanie świadczeń medycznych z zastosowaniem metody kosztów uśrednionych. Istnieje szereg odmian tej metody, od najprostszycych polegających na płaceniu stałej sumy np. kapitacja do bardziej złożonych, jak finansowanie case-mix. Brak rzetelnego rachunku kosztów, a zatem realnej wyceny procedur medycznych niekorzystnie wpływa na przyjęty poziom finansowania świadczeń zdrowotnych. Obecnie najważniejsze zadania to: zapewnienie odpowiednich źródeł finansowania w oparciu o rzetelną wycenę kosztów procedur medycznych, wzrost efektywności systemu opieki medycznej oraz prawidłowe kształtowanie polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: *finansowanie, koszty, usługi medyczne, analiza porównawcza*

Financing health protection presents a socio-economic problem. Reform within the sector of health protection, supporting costs' control and higher effectiveness, increasing the chance for financial improvement of medical services. The aim of the paper was presentation of changes in allocation of financial means in the health protection system in years 1999-2007 as well as the process of financing and contracting medical services. The presentation included the process of reforming health protection system, introduced in 1999 and the changes in ways of its financing. The comparative analysis was conducted of the rules of contracting and financing medical services. The study was based on self-compiled data coming from Patients Society and National Health Fund as well as from Health Ministry and General Statistical Department. In 1999, the process was started of financing objective medical benefits using methods of averaged costs. However, the multiple varieties of the method are known, including the easiest one, i.e. charging the constant amount, that is capitation, and more diversified forms, including the so-called case-mix financing. Lack of reliable expenses' evaluation and, therefore, lack of real valuation of medical procedures, makes it that the influence on set level of financing health benefit is not necessarily beneficial. Currently, the most important goals include delivering suitable financing sources, based on reliable costs' valuation of medical procedures, rise of effectiveness in the system of medical care and correct shaping of health policy.

Key words: *financing, costs, medical services, comparative analysis*

Ocena usług medycznych oferowanych przez Zakłady Podstawowej Opieki Zdrowotnej w opinii pacjentów

Overall view of medical services offered by Units of the Basic Health Care in opinion of patients

Piotr Książek, Iwona Bojar, Katarzyna Książek, Krzysztof Pyra

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Celem pracy było określenie ogólnej oceny usług medycznych oferowanych w Zakładach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (ZPOZ) w oparciu o opinię badanych pacjentów.

Dane do pracy zostały zebrane przy pomocy ankiety przeprowadzonej na 114 pacjentach podstawowej opieki zdrowotnej w kilku miejscowościach.

Większość ankietowanych ma utrudniony dostęp do ZPOZ. Pacjenci nie są umawiani na określoną godzinę, skutkiem tego jest długi czas oczekiwania na przyjęcie. Ponad połowa badanych (55%) uważa, że czas ten wynosi ponad godzinę. Pacjenci nie korzystają z wizyt domowych. Wszystkie te fakty wywołują u chorych frustracje, niezadowolenie oraz stres. Negatywne emocje rzutują na ocenę jakości usług medycznych, która jest zaledwie dobra (79% pacjentów). Respondenci ponadto mają utrudniony dostęp do usług specjalistycznych. Ankietowani uznali, iż promocja zdrowego stylu życia poprzez lekarzy nie jest wystarczająca. Podniesienie jakości i dostępności usług medycznych oferowanych przez ZPOZ-y poprawiłoby sprawność samych organizacji jak również stan psychofizyczny pacjentów. Zmianie uległaby także ogólna ocena usług medycznych, która nie należy do najwyższych.

Słowa kluczowe: *jakość usług, podstawowa opieka zdrowotna*

The purpose of the paper was to evaluate the medical services provided by Basic Healthcare Units (ZPOZ) on the basis of patients' opinion. The data has been collected by questionnaire

method on the sample of 114 patients of ZPOZ in several towns. Most of the interviewed patients have limited access to ZPOZ. Patients have no specific appointments, which results in long waiting time for admission. More than a half of interviewed patients (55%) say that the waiting time is over an hour. Patients do not use the option of house visits. All these facts cause frustration, dissatisfaction and stress. These negative emotions affect the rating of the services which in opinion of 79% of patients is good (4 on scale of 2 to 5). Moreover, the enquired patients have limited access to specialist services. The patients expressed opinion that the promotion of healthy lifestyle by doctors was inadequate. An increase in quality and accessibility of medical services provided by ZPOZ would increase the efficiency of these organizations and improve patients' psychophysical status. This would affect the evaluation of medical services, not very high at the moment.

Key words: *quality of health services, Basic Health Care*

Jakość opieki medycznej w ocenie pacjentów i pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Medical care quality according to opinion of patients and staff of Independent Public Health Care Centre

Ewa Warchoł-Sławińska, Iwona Bojar, Krzysztof Włoch, Leszek Grochowski

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Jakość w opiece zdrowotnej oznacza pełne zaspokojenie zapotrzebowania na usługi medyczne, przy możliwie najniższych kosztach własnych świadczeniodawców, w ramach obowiązujących regulacji i limitów ustanowionych przez władze administracyjne i instytucje finansujące usługi.

Pacjenci oceniają jakość przez pryzmat kwalifikacji i kultury personelu medycznego, subiektywnie oceniają skutek ich działań, dostępność do zabiegów zwłaszcza wysokospecjalistycznych diagnostycznych i leczniczych, bezpieczeństwo, terminowość oraz warunki udzielania świadczeń, wyposażenie i obsługę hotelową jak również dostęp do mediów. Pacjenci zwracają również uwagę na wyrażoną opinię o placówce i jej pracownikach.

Z perspektywy kierownika placówki jakość może przejawiać się w sprawności zaopatrzenia, skutecznym komunikowaniu się, co wiąże się w znacznym stopniu we współpracy z podmiotami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

Celem pracy było poznanie obiektywnej opinii pacjentów i pracowników samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dotyczącej jakości opieki medycznej.

W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że poziom świadczonych usług przez 60% ankietowanych został oceniony jako bardzo dobry, a 23,3% za dobry. Ponad połowa badanych (66,7%) pracowników uważa, że uzyskanie przez szpital akredytacji ma wpływ na jakość świadczonych usług. Zdaniem 43,3% respondentów poziom poszanowania praw pacjentów jest wysoki.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie wniosków potwierdzających, że jakość świadczonych usług przez pracowników szpitala jest na bardzo dobrym poziomie, a wpływ na jej stałe podnoszenie mają stosowane procedury medyczne, sprzęt diagnostyczny oraz atmosfera sprzyjająca właściwemu poziomowi pracy.

Słowa kluczowe: *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jakość opieki medycznej, zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*

Quality is of the greatest importance in health care system and it means a supply of medical services at a possibly the lowest cost for health centre within obligatory regulations and limits established by administration and financing institutions.

Patients assess the quality of services regarding the qualifications and culture of medical staff, they assess subjectively the result of medical staff services, accessibility of treatments, especially those specialized, diagnostic and therapeutic ones as well as safety, punctuality, conditions, hotel staff and access to media.

Patients pay also attention to opinions about a given health care centre and its staff. From the perspective of centre manager, service quality means supply efficiency, successful communication, connected with cooperation among internal and external entities.

The study aimed at examination of objective opinions of patients and staff on independent public health care centre related to medical care quality.

The survey showed that the level of medical care in the opinion of 60% of respondents was estimated as very good, by 23.3% as good. Gaining accreditation by hospital had great impact on services quality in the opinion of 66.75% of staff. According to 43.3% of respondents - the level of respecting patients rights was high.

Survey allowed to formulate conclusions confirming the high quality of services rendered by hospital staff as well as constant growth of the quality influenced by medical procedures, diagnostic equipment and atmosphere enhancing good work level.

Key words: *independent public health care centre, medical care quality, management with health care centre*

Jakość pracy lekarzy ambulatoryjnej opieki medycznej na Podkarpaciu, w ocenie pacjentów

Patients' assessment of the quality of work of outpatient medical service doctors in Podkarpacie

Wacław Kruk

Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Jakość pracy lekarza ma znaczący wpływ na to jak pacjent postrzega cały proces udzielania określonych świadczeń medycznych.

Celem pracy było przedstawienie opinii pacjentów nt. poziomu zaspokojenia ich oczekiwań wynikających z bezpośredniego kontaktu z lekarzem w ramach porady lekarskiej.

Metodologia badania. Badaniem objęto 577 pacjentów, 40 przychodni zlokalizowanych na Podkarpaciu, z którymi przeprowadzono wywiad standaryzowany. Dla celów badania autor dokonał podziału zakładów opieki ambulatoryjnej na cztery warstwy (po 10 przychodni): przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej oraz publiczne i niepubliczne. Przychodnie wyłoniono na podstawie doboru warstwowego spośród wszystkich zakładów ambulatoryjnych na Podkarpaciu posiadających kontrakt z NFZ a pacjentów dobierano wg określonego klucza zapewniającego reprezentatywność badanej populacji.

Ocena jakości pracy lekarzy obejmowała następujące aspekty: a) poziom obsługi lekarskiej (dostosowanie godzin przyjęć lekarza do oczekiwań pacjentów, punktualność, czas porady, uprzejmość, zapewnienie pacjentowi poczucia intymności w trakcie

badania); b) jakość udzielanej informacji lekarskiej dotyczącej problemu zdrowotnego pacjenta – odnosiła się do tego czy lekarz w tej przychodni informuje pacjenta w sposób dla niego zrozumiały i udziela mu wszystkich niezbędnych informacji; c) możliwość uzyskania przez pacjenta skierowań na procedury diagnostyczno-terapeutyczne oraz do innych lekarzy.

Wnioski. Wybór przez pacjenta określonego lekarza najczęściej był przypadkowy (30% wskazań) lub na podstawie rekomendacji rodziny (27%), a najrzadziej wynikał z oddziaływania reklamy (0,9%). Generalnie zdecydowanie przeważały oceny pozytywne (od 73 do 96% przypadków), ale zaobserwowano istotne statystycznie różnice w ocenie poszczególnych elementów jakości świadczeń udzielanych przez lekarzy przychodni publicznych i niepublicznych oraz opieki podstawowej i specjalistycznej. Największa różnica dotyczyła jakości udzielanej informacji lekarskiej, która znacznie wyżej była oceniana w odniesieniu do lekarzy przychodni niepublicznych (zwłaszcza opieki specjalistycznej) aniżeli lekarzy przychodni publicznych (zwłaszcza PÓZ).

Słowa kluczowe: *jakość, zakład opieki ambulatoryjnej, porada lekarska, pacjent*

The quality of doctors' work has a significant influence on how the patient perceives the whole process of providing particular medical services.

The aim of the paper was to present the patients' opinions on the level of fulfilment of their expectations resulting from direct contact with a doctor when taking medical advice.

Methodology of research. The research included 577 patients from 40 clinics in Podkarpacie, with whom a standardized interview was carried out. For the sake of the research, the author divided the out-patient clinics into four layers (10 clinics each): basic and specialist healthcare clinics, and public and non-public ones. The clinics were selected through layered sampling from all out-patient clinics in Podkarpacie which have a contract with the National Health Fund, and patients were chosen according to a specific key (instruction) ensuring the interviewed population to be representative.

Doctors' work quality assessment covered the following aspects: a) level of doctor's service (adjusting the doctor's working hours to the patients' expectations, punctuality, time of consultation, politeness, assuring a sense of intimacy to the patient during examination); b) quality of the doctor's information concerning the patient's health problem – concerning whether the doctor in the clinic gives the patient information that is understandable and whether the advice contains all necessary information; c) possibility of the patient obtaining referrals to diagnostic and therapeutic services and to other doctors.

Conclusions. The patients most often chose their doctor randomly (30% respondents) or basing on family recommendation (27%), and the least often indicated reason was the influence of advertising (0.9% of opinions). Generally, positive opinions were definitely prevailing (from 73 to 96% of cases), but there were statistically important differences in opinions on particular elements of the quality of services provided by doctors in public and non-public clinics and in basic and specialist healthcare clinics. The greatest difference concerned the quality of the doctor's information, which was evaluated significantly higher in the case of doctors in non-public clinics (particularly those providing specialist healthcare) than in the case of doctors in public clinics (particularly those providing basic healthcare).

Key words: *quality, out-patient clinic, medical advice, patient*

Ocena elementów jakości świadczeń medycznych realizowanych w przychodniach woj. podkarpackiego, na podstawie opinii pacjentów

Assessment of elements of quality of medical services conducted in the clinics of the Podkarpacie region, basing on the patients' opinions

Wacław Kruk

Katedra Zdrowia Publicznego, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Celem pracy było poznanie oceny pacjentów dotyczącej różnych elementów jakości świadczeń medycznych udzielanych w podkarpackich przychodniach.

Metodologia badań. W badaniu zastosowano warstwowo dobór przychodni. W czterdziestu tak wylosowanych podkarpackich przychodniach (publicznych i niepublicznych) przeprowadzono wywiad bezpośredni standaryzowany z 577 losowo dobranymi pacjentami.

Wyniki badań. Najczęściej pozytywnie ocenianym przez pacjentów elementem jakości była estetyka (wygląd) personelu przychodni (94,8% ocen pozytywnych) oraz grzeczność i uprzejmość lekarzy (90%). Nieco niżej oceniana była kompleksowość i jakość informacji udzielanych pacjentowi przez lekarza oraz czas trwania porady lekarskiej (78% ocen pozytywnych). Gorzej ocenianymi elementami jakości były warunki sanitarne i estetyka (wygląd) przychodni (po 76% ocen pozytywnych). Elementem ocenianym najslabiej była możliwość w uzyskiwaniu przez pacjentów skierowań na różnego rodzaju badania (68,8%), zabiegi (68,1%) oraz konsultacje do innych lekarzy (64,8% ocen pozytywnych). Wg opinii pacjentów największy wpływ na wybór przez nich właśnie tej przychodni, jako miejsca leczenia, miała bliskość od miejsca zamieszkania (62%) oraz „nazwisko” lekarza (22,2%). Znacznie rzadziej pacjenci kierowali się informacją o dobrej obsłudze przez personel przychodni (8,1%) i dobrych warunkach lokalowych (1,4%). Reklama miała decydujący wpływ na wybór przychodni zaledwie u 0,7% pacjentów. Ok. 80% pacjentów było zadowolonych ze swojej przychodni i deklarowało chęć rekomendowania jej swojej rodzinie lub innym pacjentom. Istotny statystycznie wpływ na taką opinię pacjentów miało to, że przychodnia dysponowała aparatem EKG, pacjenci mieli łatwość w uzyskiwaniu skierowań na zabiegi pielęgniarstwa oraz do innych lekarzy, a także to iż mogli na miejscu realizować zabiegi fizykoterapii oraz skoryzystać w tej przychodni z porad innych lekarzy.

Słowa kluczowe: *pacjenci, jakość świadczeń medycznych, przychodnia*

The aim of the paper was to find out patients' assessment of various elements of the quality of medical services provided by Podkarpacie clinics.

Methodology of research. Layered sampling of clinics was used in the research. In 40 so selected clinics in Podkarpacie (public and non-public ones) a direct standardized interview was carried out with 577 randomly selected patients.

Research results. Quality elements assessed the most positively by the patients were: appearance of the clinic staff (94.8% of positive opinions) and politeness of doctors (90%). Slightly lower opinions were given to comprehensiveness and quality of information given to the patient by the doctor and time of consultation (78% of positive opinions). Lower ranked were such quality elements as sanitary conditions and appearance of the clinic (76% of positive opinions each). The lowest ranking element was the possibility of the patient obtaining referrals to various examinations (68.8%), treatments (68.1%) and consultations of other doctors (64.8% of positive opinions). Accord-

ding to the patients' opinions, their choice of the particular clinic for treatment was influenced mostly by closeness to their home (62%) and the "name" (reputation) of a doctor (22.2%). It was much more rare for patients to choose their clinic basing on information about good service by the clinic staff (8.1%) and good lodging conditions in the clinic (1.4%). Advertising had the deciding influence on the choice of a clinic with as few as 0.7% of patients. About 80% of patients were satisfied with their clinics and claimed to be willing to recommend them to their families or other patients. A statistically important influence on such opinions had the fact that the clinics had ECG equipment, it was easy for patients to obtain referrals to nursing treatment and to other doctors, as well as that they could have their physiotherapy treatment on the clinic's premises and get advice from other doctors in the same clinic.

Key words: *patients, medical services quality, clinic*

Oczekiwania pacjentów i ich opiekunów wobec opieki nad przewlekle chorymi realizowanej w warunkach domowych

Expectations of patients and their attendants concerning nursing care provided to chronically ill patients at home

Anna Tasak^{1/}, Michał Marczak^{2/}

^{1/} Instytut Promocji Zdrowia, WSTH filia w Łodzi

^{2/} Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp. Współczesna medycyna i pielęgniarstwo dążą do objęcia holistyczną opieką każdego chorego w celu przywrócenia zaburzonych funkcji organizmu, a jeśli schorzenie jest przewlekłe, do uzyskania takiego przystosowania pacjenta, aby mógł osiągnąć maksymalną sprawność, samodzielność i niezależność.

Cel pracy. Poznanie zakresu opieki, jej oceny oraz oczekiwań pacjentów (i ich opiekunów) objętych pielęgniarstwem długoterminowym w warunkach domowych.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 100 pacjentów pozostających pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej. W badanej grupie oceniano zakres i częstotliwość usług. Istotnym elementem badania było poznanie rodzajów pomocy najbardziej oczekiwanej przez pacjentów i ich opiekunów.

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem specjalnie w tym celu skonstruowanego kwestionariusza ankietowego.

Wyniki. Zdecydowaną większością badanych opiekowali się członkowie najbliższej rodziny zamieszkujący wspólnie. Na występowanie problemów opiekuńczych wskazało ponad 60% badanych, a wśród przyczyn problemów opiekuńczych najczęściej wskazywano brak wiedzy i umiejętności oraz brak możliwości zapewnienia opieki ciągłej. Pielęgniarka opieki długoterminowej była najczęstszym źródłem informacji medycznych. Ponad 90% badanych najbardziej oczekuje pomocy w zakresie nauczania wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjnych oraz otrzymaniu konkretnych informacji i zaleceń.

Wnioski. Pielęgniarska opieka długoterminowa realizowana w miejscu zamieszkania pacjenta jest oceniana wysoko zarówno przez pacjentów jak i ich opiekunów. Zadania realizowane przez pielęgniarki obejmują czynności pielęgnacyjne, instrumentalne, edukację pacjentów i ich opiekunów. Stwierdzono istnienie deficytów w zakresie opieki wobec pacjentów zamieszkujących samotnie lub z jednym członkiem rodziny. Opiekunowie osób niesprawnych najbardziej oczekują na pomoc w zakresie nauczania wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjnych oraz zaleceń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta

Słowa kluczowe: *usługi opiekuńcze, opieka długoterminowa*

Background. The aim of contemporary medicine and nursing is to provide holistic care to each patient in order to restore the disturbed function of the organism, and, if the disease is chronic, to obtain such adaptation of the patient that could ensure his/her maximal fitness, self-sufficiency and independence.

Aim of the study. Determination of the scope of care, its assessment and expectations of the patients receiving long-term nursing care at home (and their attendants).

Material and method. The study was carried out on a group of 100 patients receiving long-term care provided by a nurse at home. The scope and frequency of nursing services was assessed. Identification of the types of assistance most expected by the patients and their attendants was an important element of the study.

The study was carried out using a special questionnaire devised for this purpose.

Results. A vast majority of the patients included in the study received everyday care from the family members living in the same household. Care-related problems, involving most frequently the lack of knowledge and skills and impossibility to provide continuous care, were reported by over 60% of the respondents. Long-term care nurses were most frequently the source of medical information. Over 90% of the respondents expected most to be helped to learn basic nursing activities and to obtain specific information and recommendations.

Conclusions. Long-term nursing care provided to patients at their homes is highly appreciated both by the patients and by their attendants. The tasks realized by nurses include nursing and instrumental activities, as well as education of the patients and their attendants. Care deficits have been detected in case of patients living alone or with only one family member. Attendants of disabled patients expected most to be helped to learn basic nursing activities and to receive specific recommendations related to the patients' condition.

Key words: *nursing services, long-term care*

Przegląd narzędzi do badania poziomu satysfakcji pacjentów

Review of tools for the study of the level of patient satisfaction

Lidia Sierpińska

Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie; Naczelna Pielęgniarka, Pełnomocnik Komendanta ds. Systemów Zarządzania Jakością

Wstęp. Wprowadzenie zasad gospodarki rynkowej w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce jest wyzwaniem dla pracowników w zakresie podwyższania standardów świadczeń medycznych i racjonalizacji kosztów. Świadczenie usług zdrowotnych winno być monitorowane przez kryteria, aby ocenić jak dany zakład spełnia oczekiwania pacjenta. Monitorowanie jakości usług należy rozpatrywać w kategoriach obiektywnych udzielanych świadczeń, przy pomocy oceny wystandaryzowanymi narzędziami poziomu opieki, oraz w kategoriach oceny subiektywnej, czyli badań poziomu satysfakcji pacjentów.

Celem pracy jest przedstawienie narzędzi do badania poziomu satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu na podstawie piśmiennictwa światowego.

Wnioski. Rozpoznawanie wymagań pacjentów, jako klientów, przy pomocy zaprezentowanych narzędzi może dostarczać kierowniczej kadry wiele cennych przesłanek do ustalania priorytetów w dziedzinie zarządzania jakością opieki nad chorym. Wyniki badań poziomu satysfakcji pacjentów i ich opinie także mogą być podstawą do opracowywania standardów i procedur opieki pielęgniarstwa, jak też promujących wizerunek szpitala

i umacniania jego pozycji na rynku. Jednocześnie systematyczne badanie poziomu satysfakcji pacjentów warunkują, między innymi, otrzymanie certyfikatu akredytacyjnego lub certyfikatu ISO, co w dobie konkurencji szpitali jest istotnym atutem.

Słowa kluczowe: *jakość opieki, narzędzia oceny poziomu satysfakcji pacjentów*

Introduction. The implementation of the principles of market economy in health care units in Poland is a challenge for the staff with respect to the increasing standards of medical services and rationalisation of costs. The provision of health services should be monitored by criteria in order to evaluate whether a given unit satisfies patients' expectations. The monitoring of the quality of services should be considered in objective terms of the services provided, by means of evaluation by standardised tools of the level of care, and in terms of subjective assessment, i.e. patient satisfaction level.

Objective. The recognition of patients' requirements as clients, with the use of the presented tools, may provide for the management staff many valuable premises to establish priorities in the area of care quality management of patients.

Conclusions. The results of the studies of the level of patient satisfaction and their opinions may also be a basis for the development of standards and procedures of nursing care, as well as promote the image of the hospital, and strengthen its position on the market. Simultaneously, systematic examination of the level of patient satisfaction is conditioned, among other things, by the obtaining of the Accreditation Certificate or ISO Certificate, which is a trump card in this day and age of competition between hospitals.

Key words: *quality of care, tools for evaluation of patient satisfaction level*

niektórych elementów organizacji pracy zespołów terapeutycznych mogłoby przynieść wymierne korzyści w zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym w zakładach opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: *zdarzenia niepożądane w szpitalu, opieka pielęgniarska, bezpieczeństwo pacjenta*

More often than before, the attention of management in the hospital is focused on the issue of undesirable situations, as they have a great influence on the patients' safety and satisfaction as well as on the economical effects of the institutions. A significant role in creating safe environment of the hospital care as well as in preventing undesirable situations is played by nurses. It is their professionalism and conscious behaviour upon which the occurrence limitation depends.

The work is aimed to recognize the level of knowledge about the occurrence of undesirable situations among nurses and their opinions about the reasons for the situations appearance and preventing methods. The questionnaire survey were carried out among 200 nurses working in a various hospital wards of Lubelszczyzna region.

The study results indicate possibilities for various undesirable situations related to people mistakes or both organizational and technical conditions in which the hospital care is carried out. The situations often listed are mistakes, errors, infections or accidents that cause injuries or other damages.

Studies indicate many organizational factors the improvement of which might limit or eliminate at least some of the undesirable situations.

Studies show that giving more attention to nurses' participation in developing hospital care environment as well as improvement of some elements of the therapeutic teams work organization could result in notable effects in prevention of undesirable situations in health care institutions.

Key words: *undesirable situations in hospital, nursing care, patient's safety*

Zdarzenia niepożądane w praktyce szpitalnej

Undesirable events in hospital practice

Anna Piątek

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie

Zdarzenia niepożądane są coraz częściej przedmiotem zainteresowania kierownictwa szpitali, ze względu na ich znaczenie dla bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów oraz dla efektów ekonomicznych zakładów. Poważny udział w tworzeniu bezpiecznego środowiska opieki oraz zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym mają pielęgniarki. Od ich profesjonalizmu i świadomego działania zależy w dużym stopniu możliwość ograniczenia tego zjawiska.

Celem pracy jest rozpoznanie stopnia znajomości zjawiska zdarzeń niepożądanych wśród kadry pielęgniarskiej szpitali oraz poznanie ich opinii na temat przyczyn występowania tego zjawiska oraz sposobów zapobiegania mu.

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 200 pielęgniarek zatrudnionych w różnych oddziałach szpitalnych woj. lubelskiego.

Wyniki badań wskazują, że w opiece szpitalnej istnieje możliwość występowania różnorodnych zdarzeń niepożądanych związanych z błędami ludzi, bądź warunkami organizacyjno-technicznymi, w których opieka jest wykonywana. Często wymienianym zjawiskiem są pomyłki, błędy, zakażenia oraz wypadki powodujące urazy i uszkodzenia.

Badani wskazują na wiele czynników organizacyjnych, których usprawnienie mogłoby zmniejszyć i wyeliminować występowanie przynajmniej niektórych zdarzeń niepożądanych.

Badania wskazują, że zwrócenie większej uwagi na udział pielęgniarek w kształtowaniu środowiska opieki oraz usprawnienie

Doświadczenia Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego wynikające z nadzoru merytorycznego nad realizacją przez pielęgniarki i położne profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowiskach: rodzinnym oraz nauczania i wychowania

Lower Silesia Centre for Public Health experiences secondary to substantial supervision of children and youths prophylactic medical care performed by nurses and midwives in the environment of family and educational institutions

Barbara Smektała, Iwona Stasiak, Piotr Kollbek

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu; Dział Nadzoru i Koordynacji Polityki Zdrowotnej

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu sprawuje nadzór merytoryczny nad podmiotami, realizującymi opiekę profilaktyczną w środowisku nauczania i wychowania oraz w ochronie matki i dziecka w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez kontrole, szkolenia i analizę danych statystycznych dotyczących tej opieki.

Pielęgniarki i położne sprawują opiekę profilaktyczną nad dziećmi w wieku od 0 do 19 r.ż. Od urodzenia do końca drugiego miesiąca życia opiekę nad dzieckiem w środowisku domowym

sprawuje położna, a następnie do ukończenia przez dziecko 1 r.ż. – pielęgniarka środowiskowo/rodzinna. Dalsza profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi kontynuowana jest dopiero od szóstego roku życia w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Niedostatki, także prawne, w opiece profilaktycznej realizowanej przez pielęgniarkę, dotyczą dzieci od 2. do 6. r.ż.

W wyniku przeprowadzonych latami 2005-2007 – 695 kontroli różnych podmiotów realizujących opiekę profilaktyczną nad dziećmi i młodzieżą, stwierdzono, że najczęstsze nieprawidłowości to:

- zatrudnianie pielęgniarek i położnych rodzinnych, zwłaszcza położnej/środowiskowej, niezgodnie z posiadanymi przez nie kwalifikacjami i w niepełnym wymiarze czasu pracy, potrzebnym do realizacji rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę
- nie wykonywanie określonej przepisami liczby wizyt patronażowych u noworodków i niemowląt
- nie prowadzenie procesu pielęgnowania i nie oznaczanie środowiska epidemiologicznego rodziny
- obejmowanie opieką przez jedną etatową pielęgniarkę/higienistkę szkolną zbyt dużej od ok. 900-1200 liczby uczniów
- brak w szkołach gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej i nierozwiązany problem z opieką stomatologiczną nad uczniami
- niedostateczna współpraca pomiędzy podmiotami sprawującymi opiekę nad dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza z dyrekcjami szkół
- niedostateczne finansowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- ograniczony dostęp do kursów kwalifikacyjnych czy specjalizacji.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, położna, higienistka, profilaktyka, środowisko, medycyna szkolna

The function of Lower Silesia Center for Public Health in Wrocław is to substantially supervise activities of institutions responsible for carrying out preventive care in family and educational institutions environment, as well as primary care medicine institutions active in the in mother and child care field. This task is being fulfilled by controlling, educational courses and statistical analysis of applicable data.

Nurses and midwives preventive care object are people up to 19 years old. A midwife is responsible for preventive care at home from the child's birth up to the end of 2nd month of life, later up to the end of 1st year of life the care is carried out by a environmental and home nurse. Next stage of children preventive health care starts from 6th year of life in educational environment and is carried out by school nurses and hygienists. There is a gap, also because of law regulations, in preventive medical care fulfilled by nurses applied to children from 2nd to 6th year of life.

The 695 controls of various children and youth preventive care institutions, carried into effect by Lower Silesia Center for Public Health in years 2005-2007, indicated several faults, and the most common are:

- employing of family nurses and midwives, especially the environmental ones, without checking their qualifications and for no full time, which would be necessary to fulfill the really existing needs for care
- lower than set by law rules number of preventive care visits per a neonate or infant
- lack of nursing care process documentation and family epidemiologic environment assessment
- too many children – from 900 to 1200 – being cared for by a single full-time employed school nurse or hygienist
- lack of preventive medicine and primary medical help rooms in schools, as well as of dentist care
- unsatisfactory cooperation of many institutions fulfilling the children and youth care, the problem is most distinct in the

case of school directors

- preventive medicine procedures are underpaid by National Health Fund
- limited access of the medical personnel to additional qualifications and specializing courses.

Key words: nurse, midwife, hygienist, prevention, environment, school medicine

Mechanizmy rynkowe w systemie ochrony zdrowia

Market mechanisms in health care system

Leszek Grochowski, Krzysztof Włoch, Ewa Warchoła-Sławińska

Katedra i Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Postępujące procesy integracyjne z gospodarką światową coraz bardziej wpływać będą na system opieki zdrowotnej w Polsce. To z kolei wymusza poszukiwanie bardziej efektywnych rozwiązań funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w warunkach stale rosnących kosztów usług zdrowotnych. Zwiększone zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną wynika ze wzrostu dochodów jak i oczekiwań pacjenta.

Ekonomia traktuje usługi medyczne jako dobro luksusowe przy którym popyt rośnie szybciej niż dochody. Czy zatem preferencje rynkowe czy też jego ograniczenia wynikające z roli rynku w ochronie zdrowia winny dominować w tendencjach rozwojowych systemu opieki zdrowotnej w Polsce? Autorzy niniejszej pracy podjęli próbę odpowiedzi na to pytanie, a także na ile, i w jakim stopniu uwarunkowania towarzyszące usługom medycznym jak i rozwiązaniom rynkowym mogą stworzyć spójność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Zwiększającej się presji na wzrost wydatków na ochronę zdrowia, towarzyszy niemal wszędzie ograniczona zdolność do finansowania wydatków ze środków publicznych. Jest możliwy wzrost wydatków publicznych w warunkach stale rosnącego wzrostu gospodarczego, natomiast wolniejszy wzrost PKB oznacza wolniejszy przyrost środków i znaczne ograniczenia budżetowe. Pojawiające się tendencje do zmniejszania się solidaryzmu społecznego objawić się mogą presją na wprowadzenie w większym stopniu niż dotychczas rozwiązań rynkowych.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie ograniczeń i barier w zakresie rozwiązań rynkowych w opiece zdrowotnej. Autorzy wskazują na tego rodzaju bariery i konsekwencje tego typu rozwiązań.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, rynek, wzrost gospodarczy, budżet

The ongoing processes of integration with the world economy will exert an increasingly greater effect on the system of health care in Poland. This, in turn, induces the search for more effective solutions in the functioning of health care system in conditions of constantly increasing costs of health services. An increased demand for health care results from both growing income and patients' expectations.

Economics approaches medical services as a luxurious good, with demand growing more rapidly than income. Therefore, should the market preferences or limitations resulting from the role of the market in health care dominate in the development tendencies in the Polish health care system? The authors of the presented study undertook an attempt to provide an answer to this question, and to establish to what extent the conditioning accompanying medical services and market solutions may contribute to coherence in the functioning of the health care system.

A growing pressure on an increase in expenditures for health care is accompanied by the capability for financing expenditures from public resources, which is limited almost everywhere. An increase in public expenditures is possible in conditions of constant economic development, while a slower growth of GDP means a slower increase in resources and considerable budget limitations. The tendencies towards a decrease in social solidarity may be manifested by the demand for implementation of market solutions to a degree greater than today.

The objective of the presented study was presentation of limitations and barriers in the area of market solutions in health care. The authors indicated these barriers and the consequences of solutions of this type.

Key words: *health care, market, economic growth, budget*

Odpowiedzialność zawodowa pracowników ochrony zdrowia

Professional responsibility of health protection workers

Teresa B. Kulik, Jolanta Pacian, Anna Pacian, Mariola Janiszewska-Grzyb

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkowym trybem odpowiedzialności. Podstawowymi trybami odpowiedzialności powszechnej są postępowanie cywilne i karne. Pracownicy ochrony zdrowia mogą również ponosić odpowiedzialność w trybie postępowania dyscyplinarnego. Każdy z wymienionych trybów jest niezależny, rządzi się własnymi prawami i postępowanie może być prowadzone równolegle. Zakres podmiotowy odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest jasno określony. Obejmuje ona członków samorządów lekarzy. Lekarze posiadający dyplom, ale nie mający prawa wykonywania zawodu temu trybowi nie podlegają. Zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest określony dość ogólnie, a czyny zabronione nie są dokładnie opisane. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za cały zakres działalności zawodowej, w tym także za sferę relacji pielęgniarka-pacjent - członkowie zespołu terapeutycznego. Odpowiedzialność prawna oznacza konieczność ponoszenia konsekwencji przewidzianych przez przepisy prawne.

Słowa kluczowe: *odpowiedzialność zawodowa, personel medyczny, system ochrony zdrowia*

The professional responsibility is the additional type of responsibility. They are two basic modes of general responsibility: civil and penal. The workers of protection of health have also to obey additionally the responsibility to disciplinary rules. Every of types listed above is independent, has its own rights, and its' execution could be conducted simultaneously. Subjective range of the doctors' professional responsibility is clearly defined. It concerns all the members of the doctors' chamber. The doctors possessing diploma, but not having the full professional rights are not subject to this law. Objects of doctors' professional responsibility range are defined only in general, and illicit acts are not described exactly. The nurse and the midwives bear the responsibility for whole range of professional activity, among other also for patient- nurse relations, the nurse and the patient being the members of therapeutic team. The legal responsibility equals to the necessity of bearing the consequences provided for by the law.

Key words: *professional responsibility, medical staff, system of protection of health*

Postawy lekarzy wobec odpowiedzialności prawnej typu „no-fault”

Doctors' attitudes towards no-fault legal liability

Igor Szwiec, Beata Pawka, Piotr Dreher, Jolanta Herda

Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie

Wprowadzenie. Badanie dotyczyło poznania postaw lekarzy wobec nowej instytucji odpowiedzialności prawnej (typu „no-fault”), alternatywnej do dominującej obecnie, opartej na zasadzie winy.

Cel. Wyodrębnienie grupy respondentów, preferujących zasady odpowiedzialności jurydycznej typu „no-fault” w medycynie, oraz poznanie czynników psychospołecznych, koincydujących z obecnością stwierdzonej aprobowanej postawy wobec tej instytucji prawa.

Materiał i metody. Etap gromadzenia materiału empirycznego trwał dwa lata – od kwietnia 2004 r. do kwietnia 2006 r. Ogólna liczba 355 wypełnionych kwestionariuszy anonimowych ankiet stanowiła bazę empiryczną do dalszych analiz. Zastosowano klasyczną metodę badania kwestionariuszowego, opartego, m.in. na ustosunkowaniu się respondenta do przedłożonych przykładowych sytuacji. Z uwagi na możliwość uzyskania odpowiedzi nieprawdziwych, określono „próg wiarygodności” podawanych przez respondentów odpowiedzi – na podstawie stwierdzonego wskaźnika Atrakcyjności Społecznej (AS). Badania statystyczne wykonano, wykorzystując przede wszystkim moduł interakcyjnego drażenia danych pakietu StatSoft STATISTICA.

Wyniki. Co czwarty lekarz z grupy respondentów popiera zasady odpowiedzialności obiektywnej, alternatywnej do tradycyjnej w polskim porządku prawnym odpowiedzialności na zasadzie winy. Stwierdzono szereg cech natury psychospołecznej, wspólnych dla lekarzy, zwolenników tego typu odpowiedzialności.

Wnioski. W sytuacji obecnej (Polska 2008 r.) zwolennicy odpowiedzialności „no-fault” (uznawanej na świecie za postępową) są bardziej narażeni na konflikt z systemem prawnym, funkcjonującym według klasycznego paradygmatu opartego na zasadzie winy subiektywnej. Stwierdzenie cech, charakterystycznych dla tej grupy lekarzy pozwoli objąć ich dodatkową opieką asekuracyjną, uprzedzając przejawy postaw, potencjalnie penalizowanych przez prawo pozytywne.

Słowa kluczowe: *lekarz, postawy, odpowiedzialność „no-fault”, uwarunkowania psychospołeczne*

Introduction. The study concerned doctors' attitudes towards the new legal institution – „no-fault” liability, alternative to actually predominant schemes.

Aim. Identification the respondents group, preferring the principles of the no-fault juridical liability in the medicine, and identification the psychosocial factors, which are present simultaneously with the positive attitude towards mentioned above legal institution.

Material and methods. The stage of accumulation of an empirical material proceeded for two years – from April, 2004 to April, 2006. The total number (355) of the filled anonymous questionnaires made an empirical base to further analyses. In the studies the classical method of questionnaire investigation was applied. Statistical analysis was performed using spreadsheet application of STATISTICA StatSoft.

Results. Every fourth respondent supports the principles of the objective no-fault liability, alternative to the traditional (subjective) one. The row of the features of the psychosocial nature was affirmed, common for doctors, who accept this type of the liability.

Conclusions. The followers of the „no-fault” liability are more subject to the conflict with the legal system. Nowadays (Poland, 2008), a person functioning according to classical paradigm leaning on the principle of the subjective fault legally is more safe. Identification of features characteristic for the group of doctors-protagonists of the no-fault liability principles will make possible their additional protection.

Key words: *medical doctor, attitudes, „no-fault” liability, psychosocial conditionings*

Prawa pacjenta w zakresie transplantacji

The rights of the patient in the field of transplantation

Małgorzata Paszkowska

Katedra Prawa, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Prawa pacjenta są szczególnym rodzajem praw człowieka. W prawie polskim prawa pacjenta są rozproszone w wielu aktach prawnych i z tego powodu są przez pacjentów oraz personel medyczny nie zawsze znane, czy w należyty sposób rozumiane. W żadnym akcie prawnym w Polsce nie znajdziemy definicji praw pacjenta a jedynie wymienione są ich rodzaje oraz uregulowana treść. Jednym z mniej znanych rodzajów praw pacjenta są jego prawa w zakresie transplantacji. Prawa te stanowią jednocześnie obowiązki personelu medycznego a szczególnie lekarzy. Pod pojęciem przeszczepu (transplantacji) rozumieć należy metodę leczenia za pomocą wymiany tkanek lub całych organów. Przeszczepy stały się rewolucją w medycynie i wymusiły wprowadzenie regulacji prawnych w przedmiotowym zakresie. W Polsce powyższa problematyka nie była uregulowana zasadniczo aż do 1995 r., kiedy to uchwalono pierwszą ustawę transplantacyjną. Konieczność harmonizacji prawa polskiego z prawem Unii Europejskiej spowodowała, uchwalenie nowej ustawy transplantacyjnej w Polsce. Od 31 grudnia 2006 r. obowiązuje w całości nowa ustawa regulująca problematykę transplantacji w Polsce – Ustawa z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa powyższa i wydane na jej podstawie rozporządzenia wykonawcze regulują status prawny dawcy i biorcy przeszczepu. Celem referatu jest przedstawienie i analiza praw dawcy i biorcy w zakresie transplantacji zarówno ex mortuo jak i ex vivo. Z analizy obowiązujących przepisów wynika, że dawca i biorca poza powszechnie przysługującymi im prawami pacjenta (a w szczególności do informacji o stanie zdrowia i wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne) mają uprawnienia specyficzne związane bezpośrednio z transplantacją. Powszechne prawa pacjenta są zasadniczo takie same dla dawcy, jak i dla biorcy natomiast istotniejsze różnice występują pomiędzy nimi w zakresie praw specyficznych oraz związane są z rodzajem transplantacji. Generalnie należy wyodrębnić dwa podstawowe prawa pacjenta w zakresie przeszczepów tj.: 1. prawo biorcy do leczenia metodą transplantacji, 2. prawo potencjalnego dawcy do dysponowania swoim ciałem dla celów przeszczepiania.

Brak znajomości praw dawcy i biorcy należy uznać za jedną z podstawowych barier upowszechnienia dawstwa organów a co za tym idzie malejącej liczby przeszczepów. Reasumując, legalne przeszczepy muszą być zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przepisami prawa.

Słowa kluczowe: *transplantacja, dawca, biorca, prawa pacjenta, zgoda, informacja*

The rights of the patient constitute a special sort of human rights. In Polish law the rights of the patient are regulated by many different legal acts. As a result, they are not always known and understood both by patients and medical personnel. No legal act provides a definition of the rights of patients. Legal acts present a catalogue of the rights of a patient and their contents. Rights of a patient in the field of transplantation belong to less known rights. The rights constitute obligations for medical personnel and doctors in particular. The term transplantation means a medical treatment consisting of tissue or whole organ exchange. Transplantations revolutionized medicine and caused the necessity of legal regulations in that field. The first Polish law concerning transplantation was passed in 1995. The necessity to harmonize Polish law with the EU law led to passing on July the 1st 2005 of a new law concerning collection, storage, grafting of cells, tissues and organs. The law came into force on December the 31st 2005. The above mentioned law and respective ordinances regulate the legal status of the donor and the recipient. The aim of the paper is to

present and analyze the rights of the donor and the recipient in the field of transplantation both ex mortuo and ex vivo. They both are vested with the general rights of the patient especially concerning the information about the state of health and the right to give consent to treatment. Moreover, they possess specific rights connected with transplantation. These rights are different for the donor and for the patient being subjected to transplantation. The rights also vary depending on the sort of transplant. Two most important rights of the patient in the field of transplantation include: 1. the right of the patient to decide on the fate of his or her body.

The lack of knowledge concerning the rights of the donor and the patient subjected to transplantation is one of the most important reasons for decreasing number of organ donations and transplants. On the whole, legal transplants should be carried out in accordance with medical knowledge and the law.

Key words: *transplantation, donor, recipient, rights of patient, consent, information*

Wiedza studentów ostatniego roku studiów niektórych kierunków Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o prawach pacjenta

Knowledge of last year students of selected faculties of Medical University in Białystok, Poland, concerning patients' rights

Katarzyna Sobolewska, Jacek A. Piątkiewicz, Andrzej Szpak

Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Znajomość praw pacjenta jest istotnym elementem właściwej realizacji praktyki zawodowej w zawodach medycznych. Studenci uczelni medycznych powinni być w tym zakresie przygotowani do przyszłej pracy.

Głównym celem pracy było zebranie danych dotyczących wiedzy studentów ostatnich lat kierunków uczelni medycznej na temat praw pacjenta.

Badanie zostało przeprowadzone wśród 194 studentów ostatnich lat kierunków: lekarskiego, farmacji, pielęgniarstwa oraz zdrowia publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wybrano tych respondentów ze względu na fakt, iż w niedługim czasie rozpoczynają pracę zawodową. Narzędzie badawcze stanowiła ankieta autorska. Składała się ona z 27 pytań – 7 otwartych i 20 zamkniętych (2 – wielokrotnego wyboru i 18 – jednokrotnego wyboru). Konstrukcja ankiety opierała się na trzech zasadniczych częściach. Pierwsza zawierała pytania socjometryczne, druga dotyczyła znajomości praw pacjenta ogólnie, natomiast trzecia uszczegóławiała znajomość jednego z najważniejszych praw pacjenta – prawa do informacji.

Znajomość praw pacjenta wśród studentów jest zdecydowanie niewystarczająca. W podziale na poszczególne kierunki największą wiedzę w tej dziedzinie wykazali studenci pielęgniarstwa, natomiast gorzej wypadli studenci wydziału lekarskiego. Najważniejszym źródłem informacji na temat praw pacjenta są w opinii badanych studia, przy czym ilość przekazywanych w trakcie zajęć informacji jest ich zdaniem niewystarczająca. Zwraca uwagę fakt, że informacje o prawach pacjenta studenci wydziału lekarskiego uzyskują na ostatnich latach studiów, a studenci pielęgniarstwa – już na pierwszym roku studiów.

Badani wykazali braki wiedzy z zakresu podstawowych dokumentów i aktów prawnych regulujących prawa pacjenta, takich jak Karta Praw Pacjenta czy ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Wśród studentów pielęgniarstwa znajomość praw pa-

cjenta deklarowało 97,4% osób, a wśród studentów wydziału lekarskiego – 78,3% osób. Większość ankietowanych (53,6%) wymieniała prawo pacjenta do informacji wśród istotnych praw, z tym że nie wymieniało tego prawa 2,6% studentów pielęgniarstwa i 46,7% studentów wydziału lekarskiego.

Konieczna jest intensyfikacja kształcenia studentów (zwłaszcza wydziału lekarskiego) w zakresie praw pacjenta.

Słowa kluczowe: *prawa pacjenta, studenci wyższych uczelni medycznych*

The knowledge of patients' rights is a crucial element of proper realization of professional practice in medical professions. The future work demands students' preparedness.

Main aim of this study was to collect the data concerning Medical University last year students' knowledge of patients' rights. The study was performed among 194 last year students from faculties of medicine, pharmacy, nursing and public health from Medical University in Białystok, Poland. The respondents were selected by the short period before the beginning of their professional work. The research tool was author's questionnaire. The questionnaire consisted 27 questions – 7 opened and 20 closed ones (2 with multiple answers and 18 with a single answer). The construction of the questionnaire was based on three parts. First part was composed of sociometric questions, the second was concerned with common knowledge of patients' rights and third part was concerned with the patients' right to information in detail.

The knowledge of patients' rights among students was definitely limited. Among the faculties, the most extensive knowledge was presented by nursing students and the most limited knowledge of patients' rights was presented by medicine students. The most important source of information concerning patients' rights was in the opinion of students the teaching programme, although the amount of transmitted information was in their opinion very limited. It has to be underlined that the information about patients' rights was gained by medicine students during the last year of study and by nursing students during the first year of study.

The examined students showed the lack of knowledge concerning the main documents and legal acts which present patients' rights, such as Patients' Rights Chart or Healthcare Facilities Act. Among nursing students the knowledge of patients' rights was declared by 97.4% students and among medicine students - by 78.3%. Most of students (53.6%) placed the right to information among significant rights, although 2.6% of nursing students and 46.7% of medicine students did not mentioned this right at all.

Intensification of students' education (especially medicine students) concerning the knowledge of patients' rights is urgently needed.

Key words: *patients' rights, medical university students*

Regulacje prawne dotyczące specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia realizowanych przez osoby posiadające określone zawody niemedyczne

Legal regulations concerning specialization in the areas of study used by healthcare, accomplished by certain non-medical professionals

Dorota Huzarska, Jacek A. Piątkiewicz, Andrzej Szpak, Piotr Nowacki, Joanna Huzarska

Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony zdrowia ma zasadnicze znaczenie w dobie szybkiego rozwoju nauk medycznych. Szczególną formą kształcenia poddyplomowego jest szkolenie specjalizacyjne, zarówno osób wykonujących zawody medyczne np. lekarz, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, jak i osób posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodów niemedycznych określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Celem pracy jest analiza przepisów prawnych regulujących uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przez osoby wykonujące określone zawody niemedyczne oraz próba odpowiedzi na pytanie, co oznacza tytuł specjalisty oraz czy osoba, która odbyła specjalizację na podstawie ww. rozporządzenia posiada odpowiednią wiedzę i wysokie kwalifikacje, aby uznać ją za eksperta kompetentnego do podejmowania rozstrzygnięć w danej dziedzinie i zajmowania stanowisk, na których wymagane są określone uprawnienia.

Tytuł specjalisty powinien gwarantować posiadanie kwalifikacji, uzyskanych i potwierdzonych w drodze odpowiedniej procedury. Szkolenie specjalizacyjne osób wykonujących określone zawody niemedyczne nie kończy się egzaminem państwowym weryfikującym uzyskaną wiedzę. Powstaje zatem problem, który należy wyjaśnić, czy kwalifikacje uzyskane w tym trybie specjalizacji odpowiadają kwalifikacjom tych samych specjalizacji realizowanych przez osoby wykonujące zawody medyczne. Sposób doboru zawodów niemedycznych do określonych specjalizacji z dziedzin medycznych, a także dostosowanie programu specjalizacji do określonych zawodów niemedycznych budzi poważne zastrzeżenia. Przepisy dotyczące odbywania specjalizacji zawarte w rozporządzeniu z 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia są niespójne i niejednoznaczne.

Słowa kluczowe: *specjalizacje medyczne, zawody niemedyczne, prawo ochrony zdrowia*

Qualifications improvement in healthcare is crucial during the time of rapid changes in the development of medical science. Specialization training is one of particularly widespread post-graduate training of medical professionals, such as doctors, pharmacists, laboratory diagnosticians, as well as non-medical professionals; it is described by the Minister of Health in the ordinance from the 30th of September 2002, concerning the way of specialist title obtaining in the areas used by healthcare.

The aim of this paper was to analyse the legal regulations concerning the way of obtaining the title of specialist in the areas of study used by healthcare by non-medical professionals and the answer to the question, what the title of „specialist” means and does the person who gained the title after the specialization training based on the above mentioned ordinance demonstrate adequate knowledge and high qualifications to be an expert, who can decide in this area and takes posts that need certain authorization.

The title of „specialist” should guarantee qualifications, gained and certified through the proper procedure. Specialization training of non-medical professionals does not end with the state examination, verifying the knowledge gained. Are the qualifications obtained as a result of this specialization training comparable to qualifications of specialized medical professionals? The way medical professions are selected for specialization and the adjustment of the training programme for non-medical professionals are of great concern. The legal regulations concerning specialization and presented in the ordinance of 2002, concerning the way of obtaining the title of specialist in the areas used by healthcare, are incoherent and ambiguous.

Key words: *health care law, medical specialisations, non-medical professions*

Aktualne problemy kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyków

Current problems of specialist medical practitioner and dentist education

Anna Krzesińska-Nowacka

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu; Dział Doskonalenia Wyższych Kadr Medycznych

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Publicznego we Wrocławiu – Dział Doskonalenia Wyższych Kadr Medycznych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków bierze udział w systemie kształcenia specjalizacyjnego na terenie woj. dolnośląskiego. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne dwa razy w roku. Przekazuje liczbę wolnych miejsc szkoleniowych w poszczególnych dziedzinach medycyny na terenie woj. dolnośląskiego dla lekarzy, którzy mogą rozpocząć specjalizację w danej specjalności na podstawie liczby wolnych miejsc w jednostkach uprawnionych do prowadzenia specjalizacji, po uzyskaniu akceptacji konsultanta wojewódzkiego.

W 1999 r. nastąpiły zmiany prawne dotyczące specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. W wyniku przeprowadzonej analizy zmian prawnych w latach 1999-2007 pojawiły się następujące problemy dotyczące kształcenia specjalizacyjnego:

- ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych w stosunku do zapotrzebowania spowodowana brakiem miejsc w jednostkach uprawnionych
- zbyt mała liczba obowiązkowych, bezpłatnych kursów specjalizacyjnych
- częste zmiany programów specjalizacji (dezinformacja i dezorganizacja szkolenia lekarzy)
- brak nadzoru merytorycznego nad programami specjalizacji
- brak przepływu informacji z jednostek szkolących o zaprzestaniu przez lekarza odbywania specjalizacji (problem z uaktualnianiem danych dot. miejsc akredytacyjnych)
- mimo wolnych miejsc szkoleniowych w jednostkach akredytowanych – odmawianie przez dyrektorów przyjęcia na specjalizację
- trudności w uzyskaniu zgody pracodawcy na odbycie obowiązkowych stażów, kursów (blokowanie miejsc szkoleniowych)
- zmniejszenie liczby miejsc szkoleniowych na terenie woj. dolnośląskiego (likwidacja oddziałów, reorganizacja jednostek)
- ograniczona ilość miejsc szkoleniowych w jednostkach dla lekarzy dentyków (NZOZ-y nie są zainteresowane uzyskaniem uprawnień do kształcenia i prowadzenia specjalizacji dla lekarzy dentyków).

Słowa kluczowe: lekarz, lekarz dentyśta, kształcenie specjalizacyjne, formy prawne

The Lower Silesia Center for Public Health in Wrocław, Section of Training of High Grade Medical Personnel represents a part of the specialist education system in the Lower Silesia region, based on Health Minister regulation on medical practitioner and dentist specialization. Lower Silesia Center for Public Health is responsible for carrying out the qualification procedure twice a year. It also reports how many vacant educational places in particular medical disciplines are available in the region to medical practitioners who can start the specialization process in particular discipline, on the basis of the vacant places count available in institutions allowed to perform the specialist education, after it has been accepted by the regional consultant. In the year of 1999 the law concerning specialization of medical practitioners and dentists has been subjected to major changes.

The analysis of changes in law in years 1999-2007 has shown that the following problems in the field of specialist education emerged:

- the number of educational places in institutions allowed to perform specialist education is low and it is limiting the number of medical practitioners who are able to start the education to values far below the needed level
- the number of obligatory specialist courses which are free of charge is too low
- the frequent changes in specialization programmes lead to disinformation and disorganization in the educational process
- lack of substantial supervision in specialization programs
- lack of information from institutions performing the specialist education in cases of stopping or ending the course by a medical practitioner, which causes problems with keeping up to date the data on available free educational places
- the directors of institutions performing the specialist education refuse to start education of a new medical practitioner although there are vacant educational places available in the institutions
- the employers do not allow the medical practitioners to attend obligatory practical and theoretical parts of specialist education course and, in turn, cause blocking of educational places because of prolonged specialization period
- the number of educational places in the Lower Silesia region has dropped because of shutting down or changes in organization of some units and whole medical institutions
- the number of educational places available to dentists is limited, because medical institutions do not profit from allowing the candidates to take part in dentist specialist education process.

Key words: medical practitioner, dentist, specialist education, law forms

Prawne uwarunkowania tworzenia programów zdrowotnych w dziedzinie profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce na przykładzie „Polskiego Projektu 400 Miast”

Legal conditions of creating health programs in the field of prevention and treatment of cardiovascular system diseases in Poland based on the example of „Polish 400 Cities Project”

Piotr Popowski^{1/}, Lubomira Wengler^{2/}, Tomasz Zdrojewski^{3/}, Marzena Zarzeczna-Baran^{1/}, Tadeusz Jędrzejczyk^{1/}

^{1/} Akademia Medyczna w Gdańsku, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

^{2/} Akademia Medyczna w Gdańsku, Zakład Prawa Medycznego

^{3/} Akademia Medyczna w Gdańsku, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii

Jednym z wyzwań współczesnych państw demokratycznych jest zapewnienie społeczeństwu sprawiedliwego dostępu do opieki medycznej. Obecnie za szczególnie skuteczne oraz ekonomicznie efektywne uznaje się tworzenie programów zdrowotnych w dziedzinie profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego.

W prezentowanym artykule autorzy przedstawiają prawne uwarunkowania utworzenia Polskiego Programu 400 Miast, jednego z największych polskich wieloletnich programów zdrowotnych, których podstawowym celem jest zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w określonych, szczególnie zaniedbanych i narażonych na zachorowania segmentach populacji.

Rozpoczynając od przesłanek zawartych w polskiej konstytucji, przynajmniej wszystkim obywatelom prawo do ochrony zdrowia oraz nakładającej na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, autorzy kolejno wskazują ustawowe regulacje dotyczące tworzenia programu zdrowotnego. Sformułowanie ustawowej definicji programu zdrowotnego oznaczającego zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców jest wstępem do przełożenia ustalonej strategii interwencji medycznej w procedury funkcjonowania państwa prawa. Autorzy prezentują, w omawianym zakresie, sposób stosowania prawa medycznego przez organy władzy wykonawczej prowadzący do powstania Polskiego Projektu 400 Miast.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, program zdrowotny, regulacje prawne, Polski Projekt 400 Miast, choroby układu krążenia

One of the challenges of modern democratic countries is the assurance for societies of equitable access to medical services. Nowadays one of the most efficient and economically effective ways which make health care system work is constructing health programmes in the field of prevention and treatment targeted at diseases of cardiovascular system.

In the presented article authors describe legal conditions of creating Polish 400 Cities Project, one of the biggest Polish long-term health program, the main aim of which is a decrease of death rate resulting diseases of cardiovascular system in specified, particularly neglected and exposed to risk factors segments of population.

Starting with premises contained in Polish constitution, awarding all citizens with the right to health care and obligating public authorities to ensure equitable access to services financed from public funds, authors successively demonstrate legal regulations concerning construction of a health programme. First, we have to create the legal definition of health programme which is described as a group of planned and intended activities in the field of health care, estimated as effective, safe and justified, which in specified time allow to achieve planned aims concerning revealing and realizing particular health needs as well as improving state of health of a specified group of patients. Formation of this definition involves transfer of the settled strategy of medical intervention into procedures within which the legal state works. In the discussed range, the authors presented the way of medical law employment by of executive organs which resulted in creation of the Polish 400 Cities Project.

Key words: health care, health program, medical law regulations, Polish 400 Cities Project, cardiovascular diseases

Geneza i rys historyczny akredytowanych szkół zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych*

The genesis and history of the accredited schools of public health in the United States of America

Marek Bryła, Irena Maniecka-Bryła

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

* praca wykonana w ramach tematu własnego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 502-16-656

Wprowadzenie. Akredytowane szkoły zdrowia publicznego prowadzą kształcenie podyplomowe w zakresie zdrowia publicznego na najwyższym z możliwych poziomie i proponują modelowe rozwiązania szkolenia kadr.

Cel. Dotychczas w literaturze polskiej nie ma prac poświęconych przyczynom powstania akredytowanych szkół zdrowia publicznego i przedstawienia ich rozwoju w chronologicznej perspektywie czasowej. Niniejsza praca ma na celu przynajmniej częściowe wypełnienie tej luki, tym bardziej, że za kilka lat minie 100 rocznica założenia pierwszej z tych szkół.

Materiał i metody. Materiały do analizy uzyskano bezpośrednio w drodze wymiany korespondencji z wzmiankowanymi szkołami. Materiały te uzupełniono w drodze krytycznej analizy piśmiennictwa tematu.

Wyniki. W kwietniu 2008 r. funkcjonowało 40 akredytowanych szkół zdrowia publicznego. Dla potrzeb niniejszego opracowania oparto się na klasyfikacji M. I. Roemera, przydatnej dla wyodrębnienia okresów przygotowywania kadr dla potrzeb zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych. W pierwszym okresie, obejmującym lata 1912-1929, rozpoczęło działalność 5 szkół, w drugim, w latach 1930-1944, powstały dalsze 4 szkoły, w trzecim, tj. w latach 1945-1964, utworzono kolejne 3 szkoły, zaś w ostatnim okresie, obejmującym lata 1965-2007, powołano do istnienia 29 szkół, w tym w drugiej połowie lat 60. ub. wieku – 3, w latach 70. – 6, w latach 80. – 7, w latach 90. – 5, a w latach 2000-2007 – 8. Jedną ze szkół, po 36 latach funkcjonowania, utraciła akredytację w 2000 r.

Wnioski. Powstanie akredytowanych szkół zdrowia publicznego na kontynencie amerykańskim było logiczną konsekwencją procesów historycznych w obrębie organizacji opieki zdrowotnej jakie miały miejsce na przestrzeni wielu dziesiątków lat, co wykazano na podstawie periodyzacji, wnikającej z charakterystyki okresów przygotowywania kadr dla potrzeb zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: szkoły zdrowia publicznego, geneza, Stany Zjednoczone

Introduction. The accredited schools of public health offer top-level post-graduate courses in the field of public health and propose model solutions in training of professionals.

Aim. The Polish bibliography lacks any works on the origin of the accredited schools of public health and on their development from a chronological perspective. This paper aims to fill his gap, as we will soon celebrate the century of the first school of public health.

Material and methods. The analysed documents were obtained directly from the schools under study. These materials were supplemented by a critical analysis of the available bibliography.

Results. There were 40 accredited schools of public health in April 2008. This paper is based on the classification proposed by M. I. Roemer, which we found particularly useful for distinguishing the stages of training public health professionals in the U.S.A. The first stage covers the period 1912-1929, when 5 schools were established, 4 schools were founded in the second stage (1930-1944), 5 in the third stage (1945-1964). The last stage, which covers the period 1965-2007, witnessed the creation of 28 schools of public health. It may be subdivided into shorter periods. 3 schools were established in the second half of 1960s, 6 in 1970s, 7 in 1980s, 5 in 1990s and 8 from 2000 to 2007. One school lost its accreditation in 2000 after 36 years of its activity.

Conclusion. The establishment of accredited schools of public health on the American continent was a logical consequence of historical developments in the field of health care organisation. They took place over several decades, which were subject of our analysis based on the classification of training of public health professionals.

Key words: schools of public health, genesis, United States of America