

**Benedykt Bober**

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości

Poznań

benedykt.bober@wp.pl

**BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE JAKO ISTOTNY  
KOMPONENT BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA  
HEALTH SECURITY AS AN IMPORTANT  
COMPONENT OF THE SECURITY OF THE STATE**

**Zarys treści:** W artykule zaprezentowano wybrane czynniki determinujące bezpieczeństwo zdrowotne. Na bazie przeprowadzonych rozważań stwierdzono, że bezpieczeństwo zdrowotne zależy zarówno od czynników wewnętrznych, jak i uwarunkowań egzogenicznych, a w szczególności jakości polityki zdrowotnej, determinantami której są m.in. czynniki społeczno-kulturowe, demograficzne oraz jakość rozwiązań prawnych. Niniejsze opracowanie przedstawia diagnozę obszarów o zasadniczym wpływie na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Infrastruktura ochrony zdrowia, informacja oraz technologie diagnostyczno-terapeutyczne przedstawione zostały jako istotne elementy budowania materialnej równowagi wewnętrznej systemu w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego.

**Słowa kluczowe:** bezpieczeństwo zdrowotne, zarządzanie, polityka zdrowotna, choroba, jakość, czynniki ryzyka

**Key words:** health security, management, health policy, disease, quality, risk factors

**Wprowadzenie**

Bezpieczeństwo zdrowotne jest jedną z kluczowych sfer życia człowieka. Warto podkreślić, że bezpieczeństwo wymienia się wśród podstawowych funkcji państwa i uznaje się je za dobro publiczne stanowiące przesłankę dla interwencjonizmu władz publicznych. Implikacje przeobrażeń dokonujących się w różnych sferach życia społeczno-gospodarczego powodują, że konieczne staje się przeprowadzenie zmian w zarządzaniu bezpieczeństwem zdrowotnym. Odpowiedzią na turbulentne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia powinna być przede wszystkim poprawa funkcjonowania szpitali publicznych – stworzenia organizacji sieciowej, warunkującej przetrwanie, a nade wszystko rozwój. Zarówno procesy twórcze, jak i innowa-

cyjne zdeterminowane są przez całą rozbudowaną konstelację uwarunkowań zewnętrznych oraz wewnętrznych, które można ponadto rozpatrywać w kategorii stymulatorów, a także barier kreatywności i innowacyjności. Główny przedmiot zainteresowań badawczych autora (ze względu na ograniczone ramy niniejszego opracowania) stanowią wybrane czynniki bezpieczeństwa zdrowotnego. Przesłanki wyboru tematyki niniejszego opracowania uwzględniają w szczególności:

- aktualność oraz znaczenie omawianej problematyki z punktu widzenia rozwoju bezpieczeństwa zdrowotnego w skali kraju w odniesieniu do procesów rozwojowych szpitali publicznych,
- niedostatek opracowań w literaturze przedmiotu traktujących o społeczno-gospodarczych ograniczeniach bezpieczeństwa zdrowotnego, co implikuje konieczność przeprowadzania wnikliwych badań funkcjonowania podmiotów publicznych stanowiących główne źródło zaspokajania potrzeb zdrowotnych, oraz
- powszechność akceptowania twierdzenia, że miarą konkurencyjności sieci szpitali publicznych jest jej zdolność do budowania organizacji opartej na wiedzy.

Akcesja do Unii Europejskiej spowodowała konieczność nie tylko implementacji, ale i respektowania wspólnotowych standardów. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja wybranych czynników determinujących system bezpieczeństwa zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem obszaru poprawy jakości infrastruktury szpitali publicznych oraz wykorzystania i rozmieszczenia kadr medycznych wraz z charakterystyką ich determinant. Dostosowanie sieci szpitali publicznych (środowiska medycznego) to wieloetapowy oraz długotrwały proces, łączący się z koniecznością pokonywania szeregu barier występujących zarówno w samych podmiotach, jak i w ich otoczeniu.

W niniejszej pracy przyjęto, że istotną determinantą subsystemu zintegrowanego bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce jest sieć szpitali publicznych. Badania przeprowadzone w województwach warmińsko-mazurskim, pomorskim oraz wielkopolskim, oznaczonych w dalszych rozważaniach jako A, B oraz C, za pomocą ustrukturyzowanych, indywidualnych wywiadów – *individual in-depth interview* (IDI) – dostarczyły asumptu na rzecz przyjętego założenia. Przeprowadzono je w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. w przyjętych rocznych cyklach badawczych. Ze względu na ograniczone rozmiary artykułu trudno było przedstawić zasygnalizowane tu problemy z większą szczegółowością, stąd autor odsyła zainteresowanych problematyką do pozycji wskazanych w bibliografii. W referacie podjęto próbę zweryfikowania hipotezy, że wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga inicjowania koniecznych przekształceń struktur organizacyjno-funkcjonalnych sieci szpitali publicznych w kierunku stymulowania indywidualnych oraz zespołowych procesów uczenia się. Źródłem innowacyjności w procesach diagnostyczno-terapeutycznych jest kapitał intelektualny, dlatego też zasoby ludzkie należy traktować jako najcenniejszy kapitał szpitali publicznych i systemu ochrony zdrowia. Dla udowodnienia tezy przedstawiona została również geneza aktualnej sytuacji szpitali publicznych, zarysowano główne determinanty i uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego oraz sformułowano i uzasadniono istotnymi argumentami postulat badawczy.

## Określenie bezpieczeństwa zdrowotnego

W tytule znalazły się terminy mające obszerną literaturę oraz wiele stanowisk teoretycznych w opisie i wyjaśnianiu. Na potrzeby tego artykułu konieczne było syntetyczne przybliżenie przyjętego przez autora sposobu rozumienia pojęcia „zdrowie” oraz „bezpieczeństwo”, ponadto wpisanie w ogólne ramy konkretnych treści umożliwiających powiązanie kontekstu socjoekonomicznego z bezpieczeństwem zdrowotnym.

Zdrowie jest wartością podstawową, a prawo do niego należy do podstawowego katalogu praw, których respektowanie w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne<sup>1</sup> powinno być wspierane skuteczną polityką państwa. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wpisała pojęcie zdrowia w holistyczną koncepcję zakładającą, że całość jest czymś więcej niż sumą części. Istotą holizmu jest właśnie to „więcej niż...”, które musi być dodane, by poszczególne części złożyły się na całość. Są to stosunki, połączenia, związki oraz zależności, które z mutacji możliwych relacji tworzą „coś więcej” dla części lub całości. Owe prawidłowe stosunki części i całości określa się mianem synergii (współdziałania).

William Beveridge<sup>2</sup> uważał, że na drodze postępu społecznego stoją m.in.: ubóstwo, bezdomność, niewiedza, bezczynność i... choroba. O ile od pierwszych zagrożeń można się w pewien sposób uchronić, o tyle zjawisko choroby, które jest pewnego rodzaju ryzykiem, staje się wręcz nieuniknione. Zdrowie jest antynomią choroby, a wymienione przyczyny mogą być sklasyfikowane w następujące grupy istotnych determinant o udowodnionym wpływie na zdrowie:

- **środowisko społeczne oraz ekonomiczne** – równy start życiowy od dzieciństwa, status społeczny, dochód, edukacja, świadczenia zdrowotne, ochrona socjalna;
- **środowisko fizyczne;**
- **indywidualna charakterystyka osobnicza** – zachowania, zadatki genetyczne, wiek, płeć, umiejętności.

W programie „Zdrowie w XXI wieku – Health 21” zdefiniowano je jako:

- **całkowity dobrostan** fizyczny, psychiczny oraz społeczny, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności;
- **zmniejszanie** umieralności, chorobowości oraz niepełnosprawności (*disability*) wynikające z dających się wykryć chorób i zaburzeń;
- **zwiększanie** postrzeganego poziomu zdrowia.

Definicja ta jest również podstawą pomiaru zdrowia (poprzez wykorzystanie czynników negatywnych, np. statystyk chorobowych), gdzie im mniej występuje zgonów, chorób lub urazów oraz ich skutków, tym wyższy jest stan zdrowia danej populacji wyrażany przez:

- *Disability Adjusted Life-Years* (DALY) – lata życia skorygowane niepełnosprawnością oraz
- *Healthy Life-Years* (HLY) – lata życia w zdrowiu.

<sup>1</sup> Pełną redukcję tego uczucia możemy traktować jako osiągnięcie swego rodzaju dobrostanu – poczucia pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego. J. Ruszkowski, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010, s. 6.

<sup>2</sup> Brytyjski ekonomista żyjący na przełomie XIX i XX wieku, twórca systemu emerytalnego Wielkiej Brytanii.

Zdrowie (satisfakcja zdrowotna) jest dobrem specyficznym, stanowi element kapitału ludzkiego. Zagadnieniem nadrzędnym w niniejszych rozważaniach jest nie to, o ile i za pomocą jakich zdobyczy medycyny oraz osiągnięć farmakologii można wydłużyć życie prosumenta, ale według autora to, jaka jakość życia jest możliwa do osiągnięcia i za pomocą jakich środków finansowych (realne koszty usług zdrowotnych). Zdrowie postrzegane jest również jako zasób życiowy, a nie cel życia. Jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne.

Korzyści z posiadania satysfakcjonującego stanu zdrowia odnoszą zarówno pacjent, jak i otoczenie. Styl życia, zachowania zdrowotne, genetyka oraz warunki socjoekonomiczne są istotniejszymi determinantami zdrowia niż sam dostęp do podmiotów ochrony zdrowia. Już Adam Smith uważał, że każdy człowiek może być traktowany jako swoista forma kapitału – umiejętności nabywane przez wszystkich obywateli kraju można uznać za część jego kapitału<sup>3</sup>. Efekty zdrowotne mogą stać się elementem wartości dodanej<sup>4</sup>. Jakość stanu zdrowia rośnie monotonicznie wraz ze wzrostem statusu socjoekonomicznego. Określanie potencjału, a zwłaszcza prognozy bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności (jego elementów składowych) nie jest możliwe bez uwzględnienia kontekstu demograficznego, zdrowotnego *sensu stricto*, instytucjonalnego, a także sytuacji ekonomicznej społeczności. Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem, jest wyrażane poprzez:

- **zmiany demograficzne** – proces starzenia się społeczeństw, wpływając na zmianę struktury chorób, zwiększa koszty ochrony zdrowia;
- **warunki środowiskowe** – zwiększają sferę nierówności społecznych oraz przemieszczanie się całych grup ludności;
- **rozwój nowych technologii** – rewolucjonizuje procesy diagnostyczno-terapeutyczne.

Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, determinowany poprzez system ochrony zdrowia (m.in. szpitale publiczne) jest pochodną procesu dostępności do usług zdrowotnych. Włodzimierz Cezary Włodarczyk uważa, że dostępność do usług zdrowotnych jest interpretowana jako: osiągalność, dostępność przestrzenna (geograficzna), dostępność organizacyjna, dostępność kosztowa (ekonomiczna) oraz akceptowalność<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Za: K. Cichy, *Kapitał ludzki w modelach i teorii wzrostu gospodarczego*, „Zeszyty Studiów Doktoranckich – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Wydział Ekonomii” 2005, nr 23, s. 54.

<sup>4</sup> I. Rydlewska-Liszkowska, *Podstawy ekonomiki zdrowia. Wybrane zagadnienia ekonomiczne ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Łódź 2006, s. 21–22.

<sup>5</sup> W teorii dostępność traktowana jest jako relacja między wielkością i strukturą zasobów znajdujących się w dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji, liczbą pracowników medycznych określonych kategorii (lekarzy, pielęgniarek) i jednostek infrastruktury (łóżek szpitalnych, jednostek aparatury) przypadającą na określoną liczbę ludności danego obszaru. Jest to zależność między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń. Podstawą oceny tego aspektu dostępności jest odległość między miejscem, gdzie znajduje się osoba, która ma uzyskać świadczenie, a miejscem, gdzie świadczenie może być udzielone. Oprócz odległości należy uwzględnić także możliwość przemieszczania się, a więc warunki komunikacyjne, łatwość korzystania ze środków transportu oraz koszt pokonania odległości do placówki ochrony zdrowia. W praktyce cele tej grupy definiuje się jako liczbę minut, w ciągu których możliwe jest dotarcie do określonej placówki, stopień dopasowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań. Warunki, o których tu

Bezpieczeństwo, podobnie jak wiele innych kategorii teoretycznych w naukach społecznych, nie ma jednej, spójnej definicji. Zarówno potoczne, jak i naukowe rozumienia przedstawiają ogólne oraz charakterystyczne dla niego cechy. Dopiero wskutek uzupełnienia przedmiotowego i podmiotowego bezpieczeństwa staje się pojęciem, natomiast po zdefiniowaniu staje się terminem, czyli określeniem o precyzyjnie ustalonym znaczeniu<sup>6</sup>. Wielość definicji wiąże się z faktem, że przedstawiciele poszczególnych dziedzin nauki postrzegają oraz opisują bezpieczeństwo w świetle wiedzy oraz terminologii z zakresu swojej dyscypliny<sup>7</sup>. W nauce panuje przekonanie, że potrzeba bezpieczeństwa stanowi motywację do działania oraz rozwoju<sup>8</sup>. To znaczy, że nie jest możliwe osiąganie celów społecznych, jeśli nie jest zaspokojona potrzeba bezpieczeństwa zdrowotnego. Kolejne podejścia badawcze wskazują, że bezpieczeństwo należy traktować jako stan lub proces. Stan, czyli coś trwałszego, zaś proces jako zjawisko zmienne w czasie<sup>9</sup>. Wielość definicji oraz podejść prowadzi do kilku wniosków, w tym tego, że bezpieczeństwo zdrowotne ma bezpośredni wpływ na inne rodzaje bezpieczeństwa.

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego jest bardzo szerokie – obejmuje istotne czynniki wpływające na stan zdrowia populacji. Ich współdziałanie jest determinantą procesu uzyskiwania efektów zdrowotnych w skali społecznej. Odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów oraz ich rodziny w sytuacji choroby<sup>10</sup>, ponadto wiąże się ściśle z kwestiami dostępności w zakresie zaspokajającym potrzeby zdrowotne. Można bowiem precyzyjnie wymieniać instytucje i regulacje oraz określać cechy, cele i rezultaty polityk, które tworzą subsystem bezpieczeństwa zdrowotnego. Jednym z istotnych zadań bezpieczeństwa zdrowotnego jest właściwe zapewnienie ochrony zdrowotnej społeczeństwu zdolnemu do efektywnego tworzenia

---

mowa, to czas pracy zarówno całej placówki, jak i poszczególnych pracowników, zasady rejestracji i ustalania wizyt, możliwość kontaktu telefonicznego i zakres spraw, które mogą być przy jego pomocy załatwione, możliwość uzyskania nieumówionej wizyty. Cele związane z tą formą dostępności wyrażane są zwykle poprzez wskazanie godzin otwarcia i wyliczenie określonych cech organizacyjnych. Ważna jest infrastruktura techniczna, np. telefony czy wzorce korzystania ze świadczeń; powinna być analizowana na poziomie makro i na poziomie mikro. W skali makro dotyczy zasad przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń. Na poziomie mikro jest to postrzegana przez pacjenta jego zdolność do poniesienia kosztu związanego z kontaktem. W niektórych systemach głównym przedmiotem troski na poziomie jednostkowym jest wysokość opłaty, jeśli występuje, ale możliwe są także inne postaci kosztu: przede wszystkim czas, a także utracone zarobki, opłaty nieformalne, wreszcie koszt psychiczny. Poziom relacji między oczekiwaniami pacjenta obejmujących techniczne, psychologiczne i kulturowe aspekty warunkuje spełnienie prozdrowotnych potrzeb w kontakcie z określonym podmiotem ochrony zdrowia. Odnosi się to do postrzeganego przez pacjentów poziomu wiedzy i fachowej biegłości lekarza oraz innych pracowników medycznych. W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków 1996.

<sup>6</sup> M. Brzeziński, *Kategoria bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, red. S. Sułowski, M. Brzeziński, Warszawa 2009, s. 30.

<sup>7</sup> M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2009, s. 9.

<sup>8</sup> K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań 2007, s. 111.

<sup>9</sup> Tamże, s. 129.

<sup>10</sup> J. Ruskowski, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010, s. 33.

dóbr materialnych oraz kulturalnych. Zdrowie ma więc istotne znaczenie ekonomiczne w kontekście rozwoju społeczno-gospodarczego.

Ponadto wymaga budowania odpowiednich stosunków z regionalnymi interesariuszami (*stakeholders*) oraz graczami globalnymi. Członkostwo w UE wymaga ściślejszej współpracy oraz realizacji zadań podejmowanych w ramach bezpieczeństwa globalnego. Wychodząc od ogólnych definicji pojęcia bezpieczeństwa, bezpieczeństwo zdrowotne można określić jako stan gwarantujący brak zagrożeń mogących powodować pogorszenie lub utratę zdrowia. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego to przekonanie o braku (lub niskim prawdopodobieństwie) zagrożeń powodujących utratę (uszczerbek) zdrowia. Aby można było w sposób celowy i racjonalny wpływać na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, musi być możliwość pomiaru jego zagrożeń<sup>11</sup>. W niniejszych rozważaniach przyjęto, że istnieje szansa pomiaru poprzez stan infrastruktury ochrony zdrowia – szpitali publicznych, rozmieszczenie kadr medycznych oraz aparatury i urządzeń diagnostycznych. Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, w zależności od potrzeb (celu), można definiować na wiele sposobów, np. poprzez podejście:

- społecznościowe (makroskopowe),
- techniczne (parametryczne).

W definicji społecznościowej stan zdrowia społeczeństwa jest określony zbiorem wskaźników makroskopowych, takich jak:

- średni wiek obywatela,
- wskaźnik umieralności,
- wskaźnik zapadalności na choroby cywilizacyjne,
- stosunek liczby obywateli zdolnych do pracy do ogólnej liczby ludności w wieku produkcyjnym,
- wielkość przyrostu naturalnego,
- średnia długość życia.

Reasumpcja zaprezentowanych poglądów, popartych wynikami autorskich badań, prowadzi do konkluzji, którą w syntetycznym ujęciu można przedstawić w następujących słowach: „Zdrowie to skarb największy. Z niego płynie radość życia, energia, wiara w siebie, pogoda i zadowolenie. Ono jest bronią dającą nam możliwość owocnej pracy i służby dla najbliższych, dla społeczeństwa i dla ludzkości”<sup>12</sup>. Natomiast choroba jest to takie wydarzenie, o którym K. Brandys pisze w *Miesiącach 1978–79*:

Tryb dnia i pory nocy, obyczaje codzienności, terminy kalendarza, posiłki i sen, wszystko wyleciało w powietrze od jednej eksplozji. Choroba, jak wybuch wojny, rozwała konstrukcję czasu, porządek rzeczywistości i myśli. Z tą jedynie różnicą, że wojna jest katastrofą powszechną, choroba natomiast wybiera jednostkę niejako przez upatrzenie i robi z nią to samo, ale pokątnie, na boku<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> A. Ameljańczyk, *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, Warszawa 2011, s. 57.

<sup>12</sup> M. Demel, *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, Warszawa 2000, s. 77.

<sup>13</sup> K. Brandys, *Miesiące 1978-79*, Warszawa 1987, s. 7.

## Polityka zdrowotna determinantą poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego

Dokonujący się rozwój społeczno-gospodarczy na przełomie XX/XXI wieku wpłynął w istotny sposób na zmiany w strukturze ludności, demografii oraz epidemiologii. Proces przemian miał, i nadal ma, bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne oraz koszty ponoszone w systemie pomocy społecznej. Szczęólnego znaczenia nabiera koszt<sup>14</sup> oraz dostępność do usług zdrowotnych, których efekt w postaci satysfakcji zdrowotnej przekłada się na aktywność zawodową. Jednak możliwości procesu realizacji zdrowia nie zależą jedynie od działań samej jednostki, ale od wielu innych uwarunkowań zewnętrznych, formułowanych poprzez prowadzoną przez państwo aktywność w wybranych obszarach, wymagających realizacji określonych nakładów finansowych, determinujących zarówno pozytywne, jak i negatywne zjawiska<sup>15</sup>.

Kształtowanie poziomu integracji kompleksowego bezpieczeństwa państwa wpływa również z konieczności prowadzenia odpowiedniej, wewnętrznie spójnej polityki zdrowotnej, celem której jest dążenie do wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, przy zachowaniu zasad zrównoważonego rozwoju. Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto, że politykę zdrowotną państwa determinującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego rozumie się jako zespół zaleceń oraz dyrektywy i określone regulacje, a także rozwiązania organizacyjno-prawne kształtujące aspekty zdrowotne jednostek i populacji. Szerzej rzecz ujmując, należy stwierdzić, że polityka zdrowotna jest aktywną w formach ochroną zdrowia, tworzeniem podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego we współpracy ze wszystkimi podmiotami operującymi w obszarach odpowiedzialnych pośrednio i bezpośrednio za zdrowotne warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczeniem usług zaspokajających potrzeby zdrowotne. Jest to działalność oparta na:

- potrzebach i oczekiwaniach oraz potencjale społeczności,
- aktualnej wiedzy medycznej i standardach leczenia,
- dostępnych zasobach,
- partycypacji oraz kooperacji.

Natomiast do priorytetów polityki zdrowotnej państwa kształtującej satysfakcjonującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego ludności zaliczyć należy m.in.:

- eliminowanie istotnych zagrożeń zdrowotnych oraz ich skutków poprzez rozwijanie infrastruktury ochrony zdrowia – w tym opieki długoterminowej oraz hospicyjnej – wdrażanie procedur, standardów medycznych zgodnie z regułami gospodarności i skuteczności;
- tworzenie infrastruktur: prawno-instytucjonalnej, organizacyjnej, finansowej oraz badawczo-dydaktycznej, umożliwiających dostęp podmiotów publicznych i pacjentów do najnowszych osiągnięć nauki i technologii medycznej;
- harmonizowanie polityki zdrowotnej z działaniami sektorów współodpowiedzialnych za kształtowanie warunków zdrowotnych lokalnych społeczności poprzez tworzenie warunków oraz infrastruktury służącej edukacji prozdrowotnej, przyczyniającej się do tworzenia zachowań prozdrowotnych.

<sup>14</sup> A. Kister, *Rachunek kosztów i jego rola w zarządzaniu szpitalem*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Warszawa 2011, s. 281–293.

<sup>15</sup> J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Poznań 2005, s. 33.

Prognoza kierunku, w którym powinna podążać polityka zdrowotna determinująca bezpieczeństwo zdrowotne, wyznaczana jest poprzez iloraz<sup>16</sup>:

$$\text{Polityka zdrowotna} = \frac{4P \text{ (protekcja–prewencja–promocja–partycypacja)}}{4I \text{ (idee–interesy–instytucje–informacje)}}$$

Racjonalność oraz skuteczność strategii i programów polityki zdrowotnej (4P) są funkcjami siły wpływu grup interesu, za którymi stoją określone koncepcje ochrony zdrowia oraz struktury organizacyjno-funkcjonalne i zasady finansowania. W procesie dążenia do celów polityki zdrowotnej autor proponuje wdrażać (w zależności od warunków) strategie<sup>17</sup>: interwencyjne, asekuracyjne, kompensacyjne, partycypacyjne oraz integracyjne. Na potrzeby niniejszych rozważań przyjęto, że monopolistyczna pozycja środowiska medycznego w procesie określania priorytetów zdrowotnych determinuje rozbieżność interesów w systemie ochrony zdrowia (wśród publicznych oraz prywatnych świadczeniodawców). Ponadto niedostosowanie istniejącej infrastruktury do potrzeb jednostek i zbiorowości oraz dominacja interwencji medycznej (leczenia) zamiast szeroko pojmowanej profilaktyki prozdrowotnej są istotnymi czynnikami ryzyka bezpieczeństwa zdrowotnego oraz wzrostu kosztów ochrony zdrowia. Natomiast gdy większy zasób informacji na temat społeczno-ekonomicznych czynników satysfakcji zdrowotnej jest udziałem obywateli oraz decydentów, to większa jest szansa na:

- wzięcie przez społeczeństwo współodpowiedzialności za własne zdrowie;
- partycypację jednostek i grup społecznych w procesie podejmowania istotnych decyzji z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności.

Na potrzeby niniejszych rozważań przyjęto, że istotne jest racjonalne prowadzenie polityki w dziedzinie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz właściwe kształtowanie poszczególnych elementów w układzie morfologicznym. Elementami każdej polityki, w tym również polityki kształtującej bezpieczeństwo zdrowotne, w tej relacji są jej podmioty i przedmiot, cele oraz zadania, determinanty (uwarunkowania), zasady, narzędzia, efekty (rezultaty).

## Rynek farmaceutyczny

Rynek leków nie spełnia kryteriów rynku doskonale konkurencyjnego – regulowany jest bowiem poprzez system refundacji. Najważniejszym elementem różniącym rynek leków od rynku doskonale konkurencyjnego jest świadomość szeroko

<sup>16</sup> Z. Woźniak, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, R. LXVI, z. 1, s. 186.

<sup>17</sup> Strategia to działanie związane z podejmowaniem decyzji – wzory działania z punktu widzenia celów organizacji, co pociąga za sobą dyslokację (rozmieszczenia) zasobów, by osiągnąć cel. Strategia ma dystans perspektywiczny, odzwierciedla środki, za pomocą których cele określonej polityki będą osiągnane, wskazuje drogę wprowadzania polityki i osiągania celów w danych warunkach i z wykorzystaniem posiadanych zasobów.



rozumianego pacjenta w sensie jego wiedzy w odniesieniu do kupowanego dobra (leku, procedury terapeutycznej lub diagnostycznej), zarówno w aspekcie korzyści oraz zagrożeń związanych z jego użytkowaniem, jak i opłacalnością zakupu. Leki generyczne przed wprowadzeniem na rynek UE muszą zostać zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków (European Medicines Agency – EMA) oraz agencje krajowe. Podobnie jak leki oryginalne, generyki są produkowane w zakładach działających zgodnie ze standardami Good Manufacturing Practice (GMP). W krajach unijnych generyki określa się nazwą spółki i Międzynarodową Nazwą Niezatrzeżoną (International Non-proprietary Name – INN) lub nazwą własną produktu i nazwą INN.

Polski rynek farmaceutyczny cechują m.in.: postępująca erozja cen w zakresie leków generycznych<sup>18</sup>, wzrost zjawiska współpłacenia przez pacjentów<sup>19</sup>, ponadto obliżuje środowisko medyczne do stosowania się do wytycznych postępowania klinicznego oraz standardów leczenia w celu redukcji zjawiska pozarejestacyjnego stosowania leków (*off label use*) poprzez wprowadzenie systemu monitorowania preskrypcji wskazań w procesie stosowania leków<sup>20</sup>. Wdrożenie systemu monitoringu ordynowania oraz stosowania leków poprzez wprowadzenie mechanizmu pokrywania kosztów leczenia powikłań i wprowadzanie systemu ubezpieczeń:

- **substytucyjnych** – pokrywających świadczenia w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych,
- **komplementarnych** – dostęp do nier refundowanych leków ze środków publicznych (innovacyjnych o udowodnionej skuteczności), oraz
- **współpłacenia** – objęcie ubezpieczeniem leków najtańszych w przypadku usunięcia ich z list refundacyjnych,

są determinantami satysfakcjonującego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego interesariuszy. Zważywszy na powyższy rachunek, należy stwierdzić, że brak skutecznej polityki lekiem prowadzi do istotnego ograniczenia procesu dostępności, a to powoduje wzrost ryzyka. Natomiast systematyczne (procesowe) wdrażanie regulacji unijnych oraz poprawa jakości i kultury stanowionego prawa przyczynią się do wzrostu transparentności procesów decyzyjnych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego.

<sup>18</sup> Polska jest na 6. miejscu w Europie pod względem wartości sprzedanych leków, w 2010 r. wynosiła ona 20,1 mld zł. Firmy farmaceutyczne w 2010 roku dostarczyły na polski rynek produkty o wartości 9,4 mld zł, co stanowi 58% wartości rynku leków na receptę i leków szpitalnych. Produkują one ponad 70% leków stosowanych w szpitalach, a w przypadku rynku aptecznego udział ten wynosi 55%. *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki*, raport PWC, wrzesień 2011, [www.pwc.pl/pl/publikacje/2011/wklad-innowacyjnego-przemyslu-farmaceutycznego-w-rozwoj-polskiej-gospodarki.html](http://www.pwc.pl/pl/publikacje/2011/wklad-innowacyjnego-przemyslu-farmaceutycznego-w-rozwoj-polskiej-gospodarki.html) (dostęp: 1.12.2016).

<sup>19</sup> Współpłacenie za leki w Polsce wynosi aż 65% – powyżej 40% stanowi to istotne ograniczenie dostępności usług zdrowotnych. Preskrypcja *off-label* wynosi: 7,5–15% w typowych ambulatoryjnych wskazaniach internistycznych, 30–50% u pacjentów onkologicznych oraz nawet 90% w przypadku oddziałów neonatologii i onkologii pediatricznej. Działy medycyny, w których *off-label use* jest szczególnie częste, to: pediatria, onkologia, dermatologia, hematologia, medycyna paliatywna. *Raport na temat ustawy o refundacji leków. Implementacja oraz wpływ na uczestników rynku*, raport IMS, listopad 2011, [www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/IMS\\_raport\\_06.12.2011.pdf](http://www.farmacja-polska.org.pl/cms/uploads/IMS_raport_06.12.2011.pdf) (dostęp: 1.12.2016).

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2013, poz. 1245, z późn. zm.).

## Rola informacji w procesie zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym

Jednym z kluczowych czynników kształtujących proces bezpieczeństwa zdrowotnego jest rewolucja informacyjna. Systemy generowania, przesyłania oraz przetwarzania danych w ramach sieci szpitali publicznych mają istotny wpływ na skuteczność oraz jakość procesu zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym. Analizując determinanty bezpieczeństwa zdrowotnego, nie sposób nie odnieść się do technologii informacyjno-komunikacyjnych (*Information and Communication Technologies – ITC*) oraz systemów wspomaganie decyzji (SWD)<sup>21</sup>, których implementacja w procesy kompleksowego zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym staje się koniecznością.

W ramach niniejszego opracowania przyjęto również założenie, że narzędzia ITC oraz SWD mają istotne znaczenie w zintegrowanych procesach zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym będących implikacją jakościową kapitału intelektualnego środowiska medycznego. Ponadto przyczyniają się nie tylko do zwiększania poziomu bezpieczeństwa, ale również do istotnego wzrostu zaufania pomiędzy środowiskiem medycznym a interesariuszami. Zapewniając wymianę wiedzy, przyczyniają się równocześnie do identyfikacji skutecznych praktyk umożliwiających rozpoznawanie istotnych zagrożeń w procesie zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym.

Determinantą bezpieczeństwa zdrowotnego jest wiedza środowiska kadr zarządzających na temat kształtowania się procesów demograficznych, zachorowalności, chorób cywilizacyjnych, zagrożeń epidemiologicznych, wydatków oraz zasobów kadrowych ochrony zdrowia. Kluczowym czynnikiem kształtującym jakość danych jest system klasyfikacji procedur medycznych, specjalności lekarskich, słowników leków, badań laboratoryjnych<sup>22</sup>. Istotnymi problemami dotyczącymi systemu informacyjnego ochrony zdrowia są rozproszenie procesów informacyjnych oraz regionalna agregacja gromadzonych informacji. Z autonomią procesów informacyjnych wiąże się problem redundancji danych. Rozproszenie procesów analitycznych utrudnia znacząco zarządzanie wiedzą oraz prowadzenie na jej podstawie skutecznej polityki zdrowotnej. Proces informatyzacji ochrony zdrowia jest pochodną autonomizacji oraz rozproszenia procesów informacyjnych – tworzenia wielu autonomicznych, niewspółpracujących ze sobą systemów teleinformatycznych. Uwzględniane są potrzeby gestorów, natomiast pozostałych interesariuszy są uwzględniane szczątkowo lub pomijane.

Postęp technologiczny umożliwia wdrażanie zintegrowanego systemu wprowadzania danych za pośrednictwem bezpiecznego połączenia internetowego i podpisu elektronicznego. Podniesienie jakości danych medycznych zaś poprzez wprowadzenie jednolitego systemu kodowania problemów oraz procedur dokumentacji medycznej, zgodnie z normą EN 1068:2005, daje sposobność przeniesienia kompetencji w zakresie kodowania dokumentacji medycznej ze środowiska medycznego na statystyków medycznych, co powoduje wzrost bezpieczeństwa oraz aktualizację da-

<sup>21</sup> B. Bober, *Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*, Poznań 2013, s. 162–172.

<sup>22</sup> M. Olkiewicz, B. Bober, *Jakościowe czynniki efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych*, „Zeszyty Naukowe UP–H” 2013, nr 98, seria: „Administracja i Zarządzanie”, nr 25, s. 269–278.

nych w jednym centralnym ośrodku (redukcję kosztów administracyjnych). Rola ośrodka regionalnego oraz lokalnego sprowadza się jedynie do monitorowania i weryfikacji procesu wprowadzania danych – zatwierdzenia, poprawienia bądź odrzucenia. W procesie centralizacji systemów informatycznych ochrony zdrowia istnieje jednak granica – jest nią prawo do ochrony prywatności. Dane wrażliwe, jak np. dokumentacja medyczna, powinny być gromadzone tam, gdzie powstają – w podmiotach szpitalnych.

### **Rola oraz zadania sieci szpitali publicznych w kształtowaniu procesu bezpieczeństwa zdrowotnego**

Poziom rozwoju sieci szpitali publicznych zależy zarówno od czynników zewnętrznych (egzogogenicznych), wynikających z otoczenia, jak i czynników wewnętrznych (endogogenicznych), których źródłem są poszczególne podmioty w ramach sieci. Ponadto jeżeli rozpatrujemy poszczególne uwarunkowania w aspekcie pozytywnym, mówimy o stymulatorach, a jeśli negatywnym – o barierach. Uwzględniając zmienność otoczenia oraz środowiska wewnętrznego podmiotów publicznych, należy również zwrócić uwagę na dynamiczny charakter (zmienny w czasie) uwarunkowań aktywności rozwoju.

Oddziaływanie tych determinant jest najczęściej złożone i niejednokrotnie ma charakter sprzężeń zwrotnych – z jednej strony procesy restrukturyzacyjne są uzależnione od różnorodnych zjawisk ekonomiczno-społecznych, z drugiej natomiast kształtowane są właśnie przez procesy restrukturyzacyjne. Wzrost aktywności procesów przemian wymaga zaistnienia sprzyjających czynników wewnętrznych, a także zewnętrznych. Współcześnie to ludzie oraz niematerialne składniki majątkowe (*intangibles*) stanowią zasób kreujący wartość sieci szpitali publicznych oraz całej gospodarki. Kapitał intelektualny opiera się przede wszystkim na procesach uczenia się, kapitalizowania oraz rozpowszechniania wiedzy. Informacja i wiedza stanowią strategiczny zasób, decydujący o pozycji konkurencyjnej, przetrwaniu, a nade wszystko rozwoju.

Warunkiem koniecznym zapewnienia wiedzy wymiaru strategicznego jest systematyczne aktualizowanie, zatem szczególnego znaczenia nabiera rozwój pracowników (kompleksowy i spójny system szkolenia oraz doskonalenia kadr), a także budowanie poczucia przynależności i lojalności pracowników, działania na rzecz eliminowania nadmiernej fluktuacji. Istotnego znaczenia nabiera zwłaszcza świadome oraz usystematyzowane zarządzanie wiedzą odnoszące się do identyfikacji jej poziomów w szpitalach publicznych (kadr zarządzających), jej pozyskiwania (tworzenia wewnątrz szpitala/oddziału i poza nimi), akumulowania i wykorzystywania (rozpowszechniania, dyfuzji).

Rekapitulując dotychczasowe rozważania, należy zauważyć, że procesy restrukturyzacyjne zależą nie tylko od czynników wewnętrznych, ale również uwarunkowań zewnętrznych, a w szczególności polityki zdrowotnej. Ponadto, jak wynika z przeprowadzonych badań, na kształtowanie się liczby oraz struktury szpitali publicznych mają wpływ czynniki strukturalne oraz geograficzne. W celu weryfikacji została wy-

korzystana klasyczna analiza przesunięć udziałów; i tak na efekt strukturalny mogą mieć wpływ: *public relations*, liczba szpitali publicznych oraz czynniki mikroekonomiczne (takie jak zmiany struktur organizacyjno-funkcjonalnych podmiotów publicznych, wzrost konkurencji). Na efekt geograficzny natomiast mogą mieć wpływ czynniki demograficzne i makroekonomiczne. Do pierwszej grupy można zaliczyć liczbę ludności, strukturę wieku ludności, obciążenie ekonomiczne oraz współczynnik zgonu według przyczyn. Jako czynniki makroekonomiczne można wskazać bezrobocie w danym województwie, inwestycje czy liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych.

Podstawą funkcjonowania sieci szpitali publicznych – ochrony zdrowia – jest zapewnienie dostępności do usług zdrowotnych oraz jej składników na satysfakcjonującym poziomie – zgodnie z przyjętą koncepcją bezpieczeństwa zdrowotnego. Jest to, jak wskazują na to przeprowadzone badania, uzależnione od uwarunkowań demograficznych – rozmieszczenia kadr medycznych, infrastruktury oraz kadry zarządzającej. Dysproporcje między potrzebami a możliwościami organizacji sieciowej ochrony zdrowia przekładają się na jakość oraz kompleksowość świadczonych usług zdrowotnych. Dynamiczny rozwój wiedzy oraz technologii medycznych (nowe leki, transplantacje, zabiegi rekonstrukcyjne) zwiększa dystans między potrzebami zdrowotnymi oraz możliwościami ich zaspokajania. Według autora nie można uniknąć pewnych form racjonowania usług zdrowotnych – uzyskanie skutecznych relacji między kosztami a korzyściami zdrowotnymi w skali populacyjnej. Leczenie w szpitalach publicznych w odczuciu społecznym jest najbardziej istotną składową systemu ochrony zdrowia, ponieważ decyduje o indywidualnym poziomie bezpieczeństwa zdrowotnego wobec zdarzeń chorobowych oraz wypadków zagrażających życiu lub jego jakości.

Według Katarzyny Tymowskiej<sup>23</sup> wprowadzenie systemu dopłat do świadczeń w systemie publicznym determinuje zachowania pacjentów – redukuje popyt. Dlatego też kluczem do rozwiązania dylematu pełnej dostępności świadczeń jest zatem według autora próba przeniesienia części kosztów na użytkowników, co ma również zapobiegać zjawisku tzw. moralnego hazardu, a więc nadużywania niektórych świadczeń oraz braku współpracy z lekarzem i innych zachowań typowych dla sytuacji, gdzie własna odpowiedzialność materialna jest żadna. Zintegrowany proces zarządzania szpitalami publicznymi XXI wieku musi być skierowany na zewnątrz (*an outward directed management*) poprzez definiowanie celów w kontekście projakościowych potrzeb prosumentów, a nie samego podmiotu publicznego.

Pacjent nie posiadając wiedzy, jak i na jakich zasadach funkcjonują podmioty publiczne, oczekuje przede wszystkim skuteczności świadczonych usług zdrowotnych. Ocenia poziom oraz jakość z punktu osobistych doświadczeń – często niepełnej wiedzy. Dlatego stwierdzenie, że:

Gdy zmniejsza się autorytet państwa, jego organów i instytucji, zmniejsza się skuteczność działania w zakresie zaspokajania potrzeb społecznych i indywidualnych obywateli, zwiększa się zakres wynaturzeń społecznych, a wraz z tym zagrożenie porządku prawnego oraz wartości etyczno-moralnych<sup>24</sup>

<sup>23</sup> K. Tymowska, *Na więcej nas nie stać*, „Gazeta Wyborcza” 22 września 2003 r.

<sup>24</sup> B. Jastrzębski, *Obywatel a demokratyczne państwo prawa*, [w:] *Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, red. J. Filipek, Bielsko-Biała 2003, s. 203.

ma w tym miejscu swoje uzasadnienie. Widoczne jest to również w zakresie informacji przekazywanej społeczeństwu oraz kwestii odpowiedzialności ze strony głównych aktorów środowiska medycznego: „Troska o jakość informacji jest dzisiaj ważnym problemem i jednocześnie postulatem”<sup>25</sup>. Ponadto ci, którzy przekazują, powinni odznaczać się odpowiednimi cechami, takimi jak: kompetencje, bezstronność, odpowiedzialność, dokładność, wiarygodność<sup>26</sup>. Istotny problem infrastrukturalny stanowi również proces amortyzacji aparatury oraz wyposażenia szpitali publicznych. Rozwiązaniem może być sieć szpitali publicznych, zgodna z kryteriami zdrowotnymi, demograficznymi, ekonomicznymi oraz rozmieszczeniem terytorialnym, determinowana rozmieszczeniem kadr medycznych oraz aparaturą i urządzeniami medycznymi. Wyzwania te są konsekwencją sprzężonych ze sobą procesów ekonomiczno-społecznych oraz demograficznych.

System jest „zdrowy”<sup>27</sup>, gdy wszystkie jego części pozostają we właściwych, prawidłowych relacjach wzajemnych oraz wobec systemu jako całości. Określenie potencjału, a zwłaszcza prognozy bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności oraz elementów składowych nie jest możliwe bez uwzględnienia kontekstu demograficznego, zdrowotnego *sensu stricto*, instytucjonalnego, kulturowego, a także sytuacji ekonomicznej społeczeństwa.

### **Jakość usług szpitalnych determinantą bezpieczeństwa zdrowotnego**

Usługi zdrowotne mają specyficzny charakter zarówno ze względu na uwarunkowania działalności usługowej, jak i samej specyfiki branży. Tym samym usługa zdrowotna, jak każdy inny rodzaj działalności usługowej, definiowana jest jako: „Użyteczne działanie człowieka, proces lub praca, niedająca w efekcie nowego materialnego przedmiotu, lecz zaspokajająca określoną potrzebę”<sup>28</sup>. W przypadku usług zdrowotnych potrzeba ta wiąże się dodatkowo z zachowaniem satysfakcjonującego stanu zdrowia, natomiast występujące w definicji użyteczne działanie będzie w tym przypadku wiązało się z rolą środowiska medycznego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Uściślając zatem pojęcie usług zdrowotnych, można przyjąć, że są to: „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących

<sup>25</sup> L. Dyczewski, *Terroryzm w mediach, sensacja i spektakl, odpowiedzialność i informacja*, [w:] *Polityka medialna instytucji państwowych w obszarze zagrożeń terrorystycznych. Materiały z II edycji konferencji z cyklu przeciwdziałanie terroryzmowi*, Warszawa, 18 listopada 2008, red. B. Perkowska, „Biblioteka Bezpieczeństwa Narodowego” t. 9, Warszawa 2009, s. 127.

<sup>26</sup> B. Bober, *Rola informacji w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, red. R. Walkowiak, R. Lewandowski, Olsztyn 2010, s. 7–18.

<sup>27</sup> Angielski wyraz *health* (zdrowie) wywodzi się z tego samego pnia, co termin *whole* (całość) – ze słowa *wholesome* (zdrowy, korzystny).

<sup>28</sup> R. Kolman, *Zastosowania inżynierii jakości. Poradnik*, Bydgoszcz 2003, s. 248.

zasady ich wykonywania<sup>29</sup>. W przypadku tej definicji widoczne jest wskazanie konkretnych potrzeb, jakie ma na celu zaspokoić usługa zdrowotna. Należy jednak pamiętać o dość dużym stopniu różnorodności oraz złożoności usług zdrowotnych. Ta kwestia znajduje swoje odzwierciedlenie m.in. w definicji B. Bulanowskiej oraz M. Kautscha, którzy twierdzą, że:

Usługa medyczna ma charakter procesualny [...] rozgrywa się w konkretnym czasie. [...] cechuje się znacznym poziomem pracochłonności wymagającym wysokich kwalifikacji [...] stałej obecności i maksymalnego zaangażowania zespołu specjalistów<sup>30</sup>.

W przypadku tej definicji warto zwrócić uwagę na wiele istotnych aspektów związanych z ich specyfiką. Ważną cechą staje się uwzględnienie bardzo wysokich kwalifikacji środowiska medycznego. Wiąże się to z wykształceniem oraz doświadczeniem, ale też doprowadza do pewnego rodzaju dużej dysproporcji wiedzy fachowej pomiędzy lekarzem a pacjentem. Stąd też niezwykle istotne stają się relacje pomiędzy chorym a środowiskiem medycznym oraz stopień zaufania w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych. Poziom zaufania wiąże się z dość dużym ograniczeniem stopnia suwerenności podejmowania decyzji związanych ze stanem zdrowia pacjenta. Kolejną kwestię stanowi złożoność procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zaangażowanie personelu. Wynika to bezpośrednio z dużego stopnia zróżnicowania, ale także ze złożoności samego procesu. To z kolei powiązane jest z omawianymi wcześniej niezbędnymi kwalifikacjami, a z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego – z ustawicznym kształceniem kadr medycznych oraz zdobywaniem nowej, aktualnej wiedzy.

Analiza przytoczonych definicji oraz literatury przedmiotu z zakresu zarządzania pozwala tym samym na dokonanie identyfikacji cech charakterystycznych dla usług zdrowotnych wyróżniających je wśród innych usług. Łączą one w sobie zarówno cechy charakterystyczne dla usług dowolnego rodzaju, ale też uszczegóławiające, które wiążą się ze specyfiką samej branży. Istotnym aspektem, który pojawia się szczególnie przy usługach związanych ze zdrowiem oraz życiem ludzkim, jest to, jak tę specyficzną formę świadczonych usług doskonalić<sup>31</sup>.

Ważne jest również to, jakimi metodami, technikami poprawiać jakość zarówno samego procesu świadczenia usług zdrowotnych, jak i wyniku końcowego, jakim jest bezpośrednie oddziaływanie na zdrowie pacjenta. Zidentyfikowane powyżej elementarne obszary poprawy jakości wraz z uwzględnieniem hierarchii ważności dla pacjenta, mogą przyczynić się do podjęcia przez kadrę zarządzającą działań zmierzających do doskonalenia procesu jakości świadczonych usług zdrowotnych. Należy przy tym stwierdzić, że hierarchizacja oczekiwań prosumentów może być

<sup>29</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005, s. 192–193.

<sup>30</sup> B. Bulanowska, M. Kautsch, *Marketing usług zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Kraków 2001, s. 150.

<sup>31</sup> G. Zieliński, *Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej jako uwarunkowanie sukcesu usług medycznych*, [w:] *Źródła sukcesu organizacji*, red. J. Rybicki, W. Machel, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” nr 4/2, Sopot 2011, s. 115.

niezwykle istotna ze względu na podejmowanie działań doskonalących w warunkach dość istotnie ograniczonych zasobów. Pozwoli to również na określenie obszarów, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, tak aby zwiększać poziom jakości tych, które stają się kluczowe z perspektywy interesariuszy.

Ponadto Polska będąc członkiem North Atlantic Treaty Organization (NATO), a zarazem sygnatariuszem systemów zapewnienia jakości w zakresie wyrobów obronnych<sup>32</sup>, uczestniczy w procesach kształtowania globalnego bezpieczeństwa. Istniejący monitoring w strukturach paktu północnoatlantyckiego obejmuje również funkcjonujące u dostawców systemy jakości. Wymagania w tym zakresie zawarte są w dokumentach normalizacyjnych NATO – STANAG (*Standardization Agreement* 4107), AQAP (*Allied Quality Assurance Publication*), amerykańskich normach MIL-STD (*Military Standard*) czy brytyjskich normach BS (*British Standard*), jako zbiór wymagań jakościowych do umieszczenia przez zamawiającego w zawieranych umowach. Implementacja wymogów AQAP 2000:2003 umożliwia ubieganie się o świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów będących w strukturach wojskowych NATO<sup>33</sup>. Ponadto zawiera również niezbędne wymagania do procesu sterowania jakością poprzez podmioty publiczne dla danego kontraktu oraz identyfikację obszaru do nadzorowania przez przedstawiciela zapewnienia jakości QAR (*Quality Assurance Representative*). Dokumentacja kontraktowa AQAP serii 2000 oparta jest na normie ISO serii 9001:2008 i omawia wymagania typu kontrakt. Spełnienie wymagań AQAP serii 2000 dostarcza obiektywnych dowodów, że system dostawcy – szpitala publicznego – świadczy usługi zgodnie z warunkami kontraktu. Determinantą tego systemu jest:

- zarządzanie konfiguracją (*Configuration Management* – CM), zgodnie z normą ISO 10007:2005 jest to zapewnienie zgodności własności funkcjonalnych i cech fizycznych wyrobu z ustaloną dla tego wyrobu dokumentacją odniesienia oraz wyeliminowanie możliwości wprowadzania do wyrobów nienadzorowanych zmian<sup>34</sup>;
- zarządzanie ryzykiem – wymagane jest dla każdego kontraktu.

W celu nadzorowania oraz monitorowania systemu zarządzania jakością dostaw dodatkowo w państwach NATO obowiązuje:

- STANAG 4107<sup>35</sup> – ustala zasady nadzorowania systemu zarządzania jakością dostaw, zwanego procesem Rządowego Zapewnienia Jakości GQA (*Government Quality Assurance*) oraz wprowadza publikację AQAP<sup>36</sup>;

<sup>32</sup> Decyzja nr 97/MON z dnia 28 marca 2011 r. w sprawie funkcjonowania w resorcie obrony narodowej systemu zapewnienia jakości wyrobów obronnych, (Dz.Urz. MON 2011, nr 7).

<sup>33</sup> M. Kozłowski, E. Gancarz, S. Wojciechowski, *Rynek NATO – wymagania jakościowe*, „Problemy Jakości” 2004, nr 4, s. 10–11.

<sup>34</sup> STANAG 4159 w AQAP 110 dotyczą zapewnienia jakości projektowania prac rozwojowych i produkcji oraz potrzebnych organizacji w standardzie ISO 10007:2003, *Quality management systems – Guidelines for configuration management*, poprzednie wydanie ISO 10007:1995 (PN ISO 10007:2005, Systemy zarządzania jakością. Wytyczne dotyczące zarządzania konfiguracją). Spełnienie wymagań standardu ISO 10007 jest jednym z elementów wytycznych AQAP.

<sup>35</sup> Decyzja nr 427/MON z dnia 29 października 2014 r. w sprawie określenia zasad funkcjonowania systemu zapewnienia jakości wyrobów obronnych, obowiązków zamawiającego, rejonowego przedstawicielstwa wojskowego, gestora sprzętu wojskowego i centralnego organu logi-

- AQAP 2000 – określa politykę NATO dotyczącą zintegrowanego systemowego podejścia do jakości w cyklu życia wyrobu;
- AQAP 2070 – (*NATO Mutual GQA Process*) – wytyczne NATO do delegowania wzajemnego procesu Rządowego Zapewnienia Jakości GQA;
- AQAP 160 – wymagania NATO dotyczące zapewnienia jakości oprogramowania w ciągu cyklu życia (specyfikuje wymagania do zarządzania jakością oprogramowania w procesach cyklu życia oraz wyrobów i usług będących wynikiem tych procesów);
- AQAP 169 – przewodnik NATO do AQAP 160 typ kontraktowy.

Uczestnictwo w strukturach NATO wymaga od podmiotu, który ma system jakości obejmujący standardy AQAP, aby wdrożył też niezbędne procesy zarządzania ryzykiem, a co za tym idzie, każda umowa zgodnie z wymogami AQAP musi przejść proces zarządzania ryzykiem<sup>37</sup>. Jakość systemów bazodanowych zależy zarówno od jakości zaimplementowanej bazy danych, jak i od jakości oprogramowania. W celu zapewnienia wysokiej jakości wytwarzanego oprogramowania opracowano wiele norm, standardów oraz zaleceń ISO/IEC:

- 9126 – określa standard opisu wymagań (charakterystyk jakościowych) dla oprogramowania. Ponadto przez jakość rozumie się wszystkie charakterystyki jednostki, które dostarczają jej zdolności do spełnienia założonych i przewidywanych potrzeb, a przez model jakości – zbiór charakterystyk i współzależności między nimi. Wyróżnia się również model jakości wewnętrznej (postrzeganej na etapie wytwarzania produktu), zewnętrznej (postrzeganej po wytworzeniu produktu) i użytkowej. Jakość użytkowa to ocena systemu przez klienta, o której decyduje możliwość wykorzystania go do planowanych zadań<sup>38</sup>;
- 14598 – opisuje proces oceny jakości produktów programowych;

---

stycznego oraz Wojskowego Centrum Normalizacji, Jakości i Kodyfikacji w zakresie zapewnienia jakości wyrobów obronnych. Porozumienie standaryzacyjne NATO STANAG 4107, wyd. 8, z 6 lipca 2007 r. (Dz.Ur. MON 2014, poz. 343).

<sup>36</sup> Stosowanie zasad określonych przez ten dokument zapewnia:

- wykorzystanie systemu jakości dostawcy (szpitala) jako narzędzia do nadzorowania umowy,
- ujednoczenie zasad nadzorowania i odbioru przez wojskowych przedstawicieli we wszystkich państwach NATO,
- wzajemny nadzór wśród członków NATO.

<sup>37</sup> Szpital powinien udokumentować wdrożenie procedur zarządzania ryzykiem. Stanowią one istotny element Rządowego Procesu Zapewnienia Jakości GQA. Podstawowe zadania w zakresie zarządzania ryzykiem dla umów z wymogami typu AQAP obejmują:

- oszacowanie ryzyka związanego z kontraktem,
- opracowanie planów zarządzania ryzykiem,
- działania zapobiegawcze w celu zredukowania ryzyka,
- ustanowienie i utrzymanie bazy danych zarządzania ryzykiem,
- sterowanie ryzykiem na etapie realizacji,
- dostarczenie do Przedstawiciela Zapewnienia Jakości informacji dotyczących ryzyka związanego z wyborem, procesem lub szpitalem,
- informację zwrotną o ryzyku na zakończenie realizacji kontraktu.

<sup>38</sup> E. Bilski, I. Dubielewicz, *Cykl życia oprogramowania – modele, procesy, jakość w normach ISO*, Wrocław 2007, s. 61.



- 15939 – dotyczy oceny jakości oprogramowania;
- 25000 (SQuaRE) – zawiera wymagania jakości oraz oceny produktów programowych<sup>39</sup>;
- 15504 (SPICE) – opisuje szczegółowo czynności, jakie należy wykonać przy ocenianiu, czy proces produkcji oprogramowania przebiega poprawnie.

W wielu dziedzinach określa się dodatkowe wymagania dostarczanych produktów, na przykład w policji, służbie zdrowia, energetyce. Wymagają one odrębnych standardów:

- AQAP 2110 (*Allied Quality Assurance Publication*) – określa wymagania dotyczące systemu jakości dostaw dla wojska lub innych instytucji narodowych. Przewidziany jest dla dostawców projektujących, prowadzących prace rozwojowe oraz produkujących/ świadczących usługi w ramach kontraktu z wojskiem.

Implementacja rozwiązań organizacyjno-funkcjonalnych modyfikuje kompleksowe zarządzanie procesami świadczonych usług interesariuszy paktu północnoatlantyckiego, jednocześnie jest również istotną determinantą czynników subprocesu bezpieczeństwa zdrowotnego zintegrowanego systemu zarządzania bezpieczeństwem danego kraju.

## Wybrane aspekty demograficzno-społeczne bezpieczeństwa zdrowotnego

Prowadzenie racjonalnej i skutecznej polityki bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga posiadania jakościowej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz jej determinantach. Wiedza ta pozwala na proces monitorowania stanu zdrowia populacji za pomocą mierników adekwatnych do wymagań subsystemu bezpieczeństwa zdrowotnego, i tak:

- liczba ludności Polski systematycznie zmniejszała się po 1996 roku aż do 2007 roku, po którym powoli wzrastała i w końcu 2010 roku wynosiła 38,2 mln osób;
- kobiety stanowią ponad połowę ogółu ludności, ale niedobór liczebny mężczyzn w stosunku do kobiet w populacji ogólnej ujawnia się dopiero w grupie wiekowej 45–49 lat i następnie powiększa się gwałtownie. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet, zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 277 kobiet, natomiast
- aktualny (2011 r.) Wskaźnik Rozwoju Społecznego (*Human Development Index* – HDI) plasuje Polskę na dosyć odległym, 22. miejscu w Unii Europejskiej i na 39. miejscu w świecie;
- długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej – mężczyzn o 4,8 roku, a kobiet o 2,1 roku. O ile nie zostaną podjęte bardziej intensywne działania na rzecz poprawy zdrowia naszego

<sup>39</sup> I. Dubielewicz, B. Hnatkowska, Z. Huzar, L. Tuzinkiewicz, *Quality-driven software development within MDA approach*, „International Review on Computers and Software (I.RE.CO.S.)” 2007, vol. 2, no. 6, s. 573–580.

społeczeństwa i tempo wzrostu długości życia ludności Polski będzie nadal takie, jak w ostatnich latach, to obecną średnią długość życia dla krajów UE osiągniemy w przypadku mężczyzn dopiero w latach 2021–2022, a w przypadku kobiet 15 lat wcześniej tzn. w latach 2016–2017, ponadto

- na leczenie szpitalne przeznaczonych jest 43% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Jest to najwięcej spośród analizowanych krajów UE należących do OECD. Jednakże w przeliczeniu tych wydatków na jednego mieszkańca (400 \$) Polska jest na jednej z niższych pozycji;
- w Polsce tylko 1,5% bieżących wydatków przeznaczane jest na ośrodki zajmujące się opieką długoterminową i jedynie Portugalia wydaje na ten cel mniej – 1,4%. Najwięcej na ten cel przekazują Holandia i Dania, odpowiednio 23,4% oraz 13,4%;
- całkowite wydatki na leczenie i rehabilitację w warunkach szpitalnych w Polsce wynoszą 35% bieżących wydatków na zdrowie i należą do średnich w UE;
- hospitalizowano (w 2010 r.) 3041 tys. mężczyzn. (1721,6 na 10 tys.) i 37121 tys. kobiet (1760,8 na 10 tys.). Pacjenci szpitali byli leczeni najczęściej z powodu chorób układu krążenia (15% hospitalizowanych), urazów i zatruc (9,6% hospitalizowanych), nowotworów ogółem (9%) oraz chorób układu moczowo-płciowego i trawiennego po około 8%;
- w Polsce (stan na 31.12.2010 r.) trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów jest zespół przyczyn niedokładnie określonych a więc takich, gdzie przyczyna zgonu zawiera opis objawów, odwołuje się do nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, jest niedokładnie określona lub wręcz nieznaną (ICD-10 R00-R99). Na szczególną uwagę zasługuje niepokojąca sytuacja w przypadku wojewódzkiego zróżnicowania zgonów z tych przyczyn. Zróżnicowanie to w latach 2009–2010 było ponadczterokrotne. Tak znaczne rozbieżności w częstości zgonów z przyczyn nieznanych i niedokładnie określonych mogą świadczyć o występujących w województwach istotnych różnicach w rozpoznawaniu przyczyn zgonów oraz pewnych rozpoznań. Wskazuje to na niezadawalającą jakość systemu orzekania o przyczynach zgonów oraz na to, że
- w 2010 r. wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił 2,1, co sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów UE. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 osób w roku 2010 wynosił 4,87 i był blisko o  $\frac{1}{3}$  niższy niż średnia dla wszystkich państw Unii Europejskiej<sup>40</sup>.

Analiza zaprezentowanych wybranych danych (tabele 1–2 oraz 4–6) wskazuje na istotne zmiany w zakresie struktury demograficznej, determinującej poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Powstaje „luka pokoleniowa”, będąca wynikiem niskiej liczebności ludzi młodych (0–19 lat) stanowiących tylko 22%. Aktywność zawodowa społeczeństwa zamyka się w przedziałach 20–29 oraz 40–59 lat, które razem reprezentują blisko 60% całej populacji<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2012, s. 21–45.

<sup>41</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011, s. 38.

**Tabela 1****Dzietność oraz trwanie życia do 2030 r.****Table 1****The birth rate and the life span until 2030**

<b>Dzietność i trwanie życia</b>	<b>2002</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
Dzietność (średnio na 1 kobietę)	1,25	1,10	1,20	1,20
Dzietność ogółem	74,50	76,90	78,70	80,00
Trwanie życia-mężczyźni	70,40	73,30	75,80	77,60
Trwanie życia-kobiety	78,80	80,60	81,80	83,30

Źródło: opracowano na podstawie prognozy ludności do roku 2030 według danych GUS-u.

Dostęp do innowacyjnych rozwiązań w procesach diagnostyczno-terapeutycznych, propagowanie prozdrowotnego trybu życia i odżywiania oraz uczestnictwa w badaniach profilaktycznych są w konsekwencji decydującymi czynnikami, dzięki którym społeczeństwo dłużej pozostaje zdrowe oraz sprawne, a tym samym w większym stopniu może przyczynić się do rozwoju społeczno-ekonomicznego. Wzrost liczby osób starszych, przy jednoczesnym rozwoju nowych, kosztownych technologii medycznych, determinuje z jednej strony stabilność bezpieczeństwa zdrowotnego, a z drugiej wpływa na system finansowania ochrony zdrowia. Bilans działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie 2007–2010 zawarto w tabeli 2.

**Tabela 2****Zestawienie działalności NFZ****Table 2****The statement of the National Health Fund activity**

<b>Zestawienie finansowe</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Przychody rzeczywiste	43 602 326	52 448 578	56 811 491	57 816 389
Przychody planowane	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 456 879
Koszty rzeczywiste	44 311 271	55 181 824	58 480 490	60 032 753
Koszty planowane	41 505 057	48 943 784	56 543 994	57 456 879
<b>Strata</b>	<b>-708 945</b>	<b>-2 733 246</b>	<b>-1 668 999</b>	<b>-2 216 364</b>

Źródło: opracowano na podstawie sprawozdań z działalności NFZ za lata 2007, 2008, 2009, 2010.

Zestawienie to pokazuje, że w budżecie NFZ brakuje wystarczających środków na pokrycie kosztów usług zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców. Wykazane w powyższym zestawieniu koszty rzeczywiste nie odzwierciedlają realnych kosztów ochrony zdrowia, brakuje tu tzw. nadwykonań – wykonanych, uznanych, ale niezapłaconych przez NFZ kosztów usług zdrowotnych, obciąża-

jących budżety podmiotów publicznych (co powoduje powolny proces zadłużania się szpitali publicznych).

Starzenie się organizmu jest naturalnym, fizjologicznym procesem, niekoniecznie wiążącym się z niekorzystnym bilansem zdrowia – wielonarządowość oraz niesprawność prowadząca do niedołęstwa występują znacznie częściej w starszych niż w młodszych grupach wiekowych. Populacja osób starszych powyżej 65. roku życia stanowi grupę liczącą prawie 5 mln ludzi. Wśród nich około 2% to osoby obłożnie chore stale pozostające w łóżku, a 17% to ludzie mający poważne problemy w zakresie poruszania się w obrębie mieszkania. Osoby starsze przeciętnie chorują na 3–4 choroby przewlekłe i zażywają przewlekłe 4–5 leków. Zaledwie 7% osób w wieku powyżej 75. roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Potrzeby ludzi w wieku podeszłym zazwyczaj mają charakter złożony. Szczyt obciążeń kosztami leczenia zarówno w opiece specjalistycznej, jak i szpitalnej osiągają pacjenci w przedziale wieku 65–80 lat; mężczyźni w wieku 72 lat (5368,40 zł) oraz kobiety w wieku 75 lat (4356,61 zł)<sup>42</sup>.

Oprócz strony finansowej należy także zwrócić uwagę na organizację ochrony zdrowia. Opieka geriatryczna w Polsce jest świadczona jedynie przez około 80 lekarzy geriatrów. Daje to wskaźnik 0,3 lekarza geriatry na 100 tys. ogółu mieszkańców. Analogiczne dane dla Szwecji to 7,8, Austrii – 7,4, Islandii – 5,9, W. Brytanii – 4,9, Belgii oraz Słowacji – po 2,5, Czech – 1,5. W Polsce są tylko 34 oddziały geriatryczne, 307 poradni geriatrycznych oraz 728 łóżek geriatrycznych. Należy przy tym zaznaczyć, że dysponujemy większą liczbą specjalistów (około 120), jednak dla części z nich brakuje bazy geriatrycznej – pracują niezgodnie ze swą specjalizacją<sup>43</sup>.

Umowy z NFZ nie umożliwiają płacenia za całościową ocenę stanu pacjentów w starszym wieku. To powoduje, że oddziały geriatryczne są deficytowe. Autor, wskazując na potrzebę kompleksowej opieki nad osobami starszymi oraz proces prawidłowej wyceny świadczeń, zwraca również uwagę na fakt, iż pacjent szukając pomocy w zakresie wielu chorób, korzysta z usług wielu specjalistów, stwarzając koszty związane nie tylko z kolejnymi wizytami, ale także z nadmiernym zażywaniem leków.

Syntetyczna, a zarazem prosta analiza porównawcza ukazująca dynamikę procesu przemian jest potrzebna, żeby usprawnić proces decyzyjny w kształtowaniu scenariuszy bezpieczeństwa zdrowotnego. Odpowiednie dane statystyczne oraz towarzyszące im analizy są niezbędne w procesie kompleksowej oceny wdrażania działań naprawczo-zapobiegawczych determinujących poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

<sup>42</sup> *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. oraz rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń*, oprac. D. Dzielak, J. Włodarczyk, J. Karaś, K. Czach, M. Sierakowski, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2010, s. 4–7.

<sup>43</sup> J. Derejczyk, B. Bień, J. Kokoszka-Paszkot, J. Szczygieł, *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3.

## Omówienie celu oraz wyników przeprowadzonych badań

Wieloaspektowość oraz wielowymiarowość bezpieczeństwa zdrowotnego stanowią przedmiot interdyscyplinarnych badań. Zgodnie z przyjętą w metodologii badań zasadą triangulacji dane wtórne pozyskano w wyniku:

- **analizy literatury** – publikacji i opracowań teoretycznych dotyczących bezpieczeństwa zdrowotnego oraz
- **badania dokumentów** – analizy istotnych dokumentów w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego oraz rozwiązań prawnych w tym zakresie.

Ponadto w celu poszerzenia danych przeprowadzono ustrukturyzowane, indywidualne wywiady (*individual in-depth interview* – IDI) z celowo wybranymi respondentami ze względu na ich powiązanie z tematyką badań zawartą w blokach tematycznych autorskiego kwestionariusza. Chcąc udowodnić tezę, że **istotną rolę w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego odgrywają szpitale publiczne**, przeprowadzono badania w losowo wybranych województwach: warmińsko-mazurskim, pomorskim oraz wielkopolskim (18,75% ogółu województw), oznaczonych w dalszych rozważaniach, analogicznie jako **A, B, C**. Wyniki, które zostały częściowo zaprezentowane w niniejszej pracy, łącznie z wcześniej przeprowadzonymi badaniami<sup>44</sup>, dostarczyły eksplikacji na potwierdzenie tak postawionej tezy.

Operat badawczy N<sub>3</sub> obejmujący 540 uczestników oparto na próbie celowej z 36 wybranych szpitali publicznych w województwach A – 12, B – 12 oraz C – 12. Wytypowano grupy po 15 osób, w skład których wchodził m.in. dyrektorzy ds. medycznych, dyrektorzy wojewódzkich wydziałów zdrowia oraz zatrudnieni w szpitalach publicznych profesorzy i ordynatorzy pięciu analizowanych oddziałów (chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa, neurologii, ortopedii, kardiologii)<sup>45</sup> oraz wojewódzcy konsultanci medyczni. Proces wywiadu oparto na zestawie 9 identycznych pytań, które uporządkowano w odpowiedniej kolejności pozwalającej na grupowanie w przyjęte, tematyczne bloki. Badanie odbyło się w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. (w przyjętych cyklach rocznych), dane operatu zawarło w tabeli 3.

<sup>44</sup> Autorski projekt badawczy: *Spoleczno-ekonomiczne uwarunkowania zarządzania procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*. Badania przeprowadzono w przyjętych cyklach rocznych, w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. na terenie trzech województw w 104 szpitalach publicznych. Objęto nimi: N<sub>1</sub> – 8975 przedstawicieli środowiska medycznego, uczestników grupy pilotażowej N<sub>2</sub> – 120, 540 uczestników indywidualnych wywiadów – N<sub>3</sub>, N<sub>4</sub> – 93 600 hospitalizowanych pacjentów i 1000 uczestników grupy pilotażowej – N<sub>5</sub>.

<sup>45</sup> Kryterium wyboru oddziałów w szpitalach publicznych (wewnętrznego, ginekologii i położnictwa, neurologii, ortopedii oraz kardiologii) były dane o ilości skarg wnoszonych do Rzecznika Praw Obywatelskich (Ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich – Dz.U. 2001, nr 14, poz. 147, z późn. zm.) i Rzecznika Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417), Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelnego Sądu Lekarskiego o składzie, którego, zgodnie z treścią art. 38 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o Izbach Lekarskich, decyduje Krajowy Zjazd Lekarzy.

Tabela 3

## Struktura uczestników IDI

Table 3

## The structure of participants IDI

Województwo	Szpital	Liczba	Dyrektor do spraw medycznych	Profesor	Ordynator	Dyrektor wojewódzkiego wydziału zdrowia	Konsultant wojewódzki
A	średni	7	2	1	2	1	1
	duży	4	2	1	2		
	b. duży	1	1	1	2		
B	średni	6	1	1	2	1	1
	duży	3	2	2	2		
	b. duży	3	2	2	1		
C	średni	5	2	1	1	1	1
	duży	4	2	2	2		
	b. duży	3	1	1	1		
<b>Suma</b>		<b>36</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Źródło: opracowano na podstawie badań w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r.

Analiza wypowiedzi respondentów, pozwoliła na sklasyfikowanie postawionej tezy: **Stan wiedzy środowiska medycznego w zakresie wpływu istotnych czynników szpitali publicznych na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego jest zadowalający.**

Tabela 4

## Rozmieszczenie kadry medycznej w analizowanych województwach

Table 4

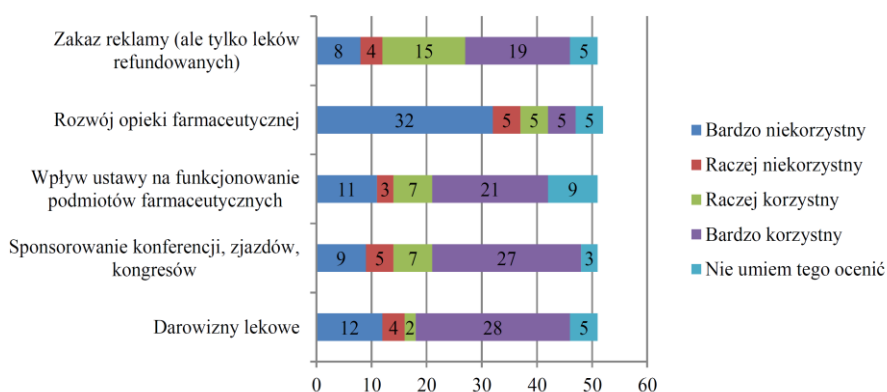
## The medical staff distribution in analysed provinces

Województwo	Lekarze			Dentyści		Farmaceuci	
	liczba	liczba/10 tys. osób	podwójnie wykonujący zawód	liczba	liczba/10 tys. osób	liczba	liczba/10 tys. osób
A	3333	23,3	2	857	6,0	484	3,4
B	7544	34,5	8	2174	9,9	1848	8,4
C	9475	28,2	52	2677	8,0	1893	5,6

Źródło: opracowano na podstawie GUS oraz danych Ministerstwa Zdrowia.

Zsumowanie ocen w poszczególnych aspektach, pozwoliło na syntetyczne oszacowanie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego w analizowanych województwach A, B oraz C. Problem w tym, że nie ma ustalonych jednolitych kryteriów, które aspekty należy uwzględniać w ramach ocen. Różny zakres pojęciowy może być

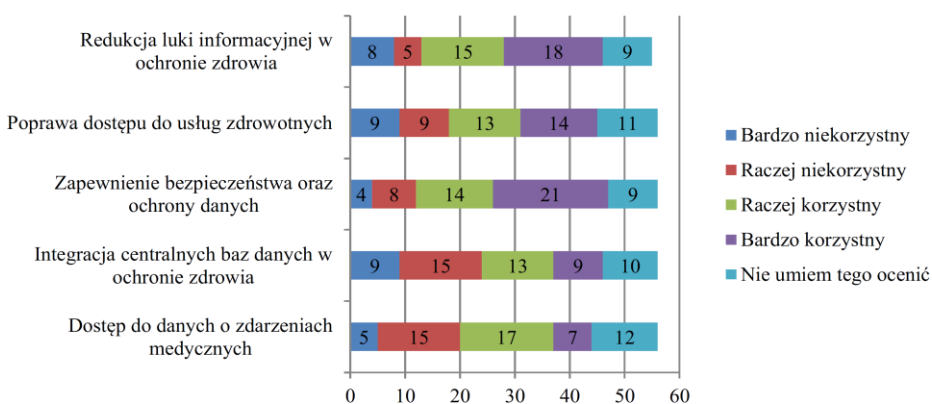
w pełni uzasadniony celami analizy, ale aspekty uwzględnione w ramach oceny poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego powinny być zawsze przejrzysto wymienione, a nie pozostawiane domysłem. Dlatego też w niniejszych rozważaniach przyjęto, iż zapewnienie satysfakcjonującego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego można uzyskać poprzez równomierne rozmieszczenie kadr medycznych (tab. 4), utworzenie sieci szpitali publicznych, urzędów oraz aparatury medycznej (tab. 5–6) proporcjonalnie do danych demograficzno-społecznych. Natomiast uzyskane informacje w procesie IDI umożliwiły stratyfikację istotnych czynników w zakresie jakości, dokładności oraz czasu dostępu do informacji i działalności podmiotów farmaceutycznych. Wy- powiedzi respondentów zawarto w poniższych rycinach 1 i 2.



Ryc. 1. Działalność podmiotów farmaceutycznych

Fig. 1. The activity of pharmaceutical entities

Źródło: opracowano na podstawie badań w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r.



Ryc. 2. Dostępność do istotnych informacji

Fig. 2. The availability of essential information

Źródło: opracowano na podstawie badań w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r.

Tabela 5

## Wybrane elementy kapitału strukturalnego w analizowanych województwach

Table 5

## Selected elements of structural capital in analysed provinces

Województwo	Rok	Ludność	Liczba pacjentów	Gamma kamera <sup>1</sup>	Akcelerator liniowy	RTG z torem wizyjnym	Tomograf komputerowy	MRI
A	2007	1 426 883	265 059	2/0,1	0/0,0	35/2,5	4/0,3	0/0,0
	2008	1 426 155	263 607	1/0,1	0/0,0	38/2,7	4/0,3	0/0,0
	2009	1 427 073	285 201	2/0,1	0/0,0	33/2,3	4/0,3	0/0,0
	2010	1 427 118	270 100	2/0,1	0/0,0	30/2,1	6/0,4	0/0,0
	2011	1 427 241	265 975	3/0,2	0/0,0	33/2,3	6/0,4	0/0,0
B	2007	2 203 595	359 646	5/0,2	7/0,3	53/2,4	18/0,8	3/0,1
	2008	2 210 920	340 109	5/0,2	7/0,3	51/2,3	19/0,9	3/0,1
	2009	2 219 512	399 360	5/0,2	7/0,3	56/2,5	17/0,8	4/0,2
	2010	2 230 099	416 795	4/0,2	7/0,3	60/2,7	19/0,9	6/0,3
	2011	2 240 319	406 568	7/0,3	8/0,4	46/2,1	19/0,9	6/0,3
C	2007	3 378 502	691 356	6/0,2	5/0,1	84/2,5	20/0,6	3/0,1
	2008	3 386 882	705 756	6/0,2	5/0,1	82/2,4	23/0,7	2/0,1
	2009	3 397 617	765 273	5/0,1	7/0,2	82/2,4	27/0,8	2/0,1
	2010	3 408 281	781 568	5/0,1	7/0,2	73/2,1	31/0,9	3/0,1
	2011	3 419 426	786 807	5/0,1	7/0,2	81/2,4	34/0,1	6/0,2

<sup>1</sup> Wskaźnik na 100 tys. osób

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. oraz danych MZ.

Respondenci zwracali również uwagę na brak wystarczającej pomocy ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wyjaśnieniu wątpliwości dotyczących stosowania ustawy refundacyjnej<sup>46</sup>.

Ponadto przyjęto, że istotną determinantą bezpieczeństwa zdrowotnego jest również liczba zakażeń szpitalnych<sup>47</sup> (ryc. 3–4), które definiowane są jako zdarzenia niepożądane, do których dochodzi w trakcie lub w efekcie świadczenia usług szpitalnych, ale nie są związane z naturalnym przebiegiem choroby<sup>48</sup>. Częstość zdarzeń pozostaje w ścisłej korelacji z rodzajem świadczonych usług szpitalnych.

Analizę sytuacji epidemiologicznej w okresie 2007–2011 przeprowadzoną w 104 szpitalach publicznych w województwach A, B oraz C oparto m.in. na dokumentacji szpitalnej oraz danych stacji sanitarno-epidemiologicznych, co pozwoliło ocenić rozmiar problemu zakażeń szpitalnych (tab. 6, ryc. 3–4). Większość analizowanych podmiotów publicznych (56,73%) odnotowała niski odsetek zakażeń, w granicach 0–3%. Ale jak wynika z przeprowadzonych analiz, poziom zakażeń wewnątrzszpitalnych ma tendencję rosnącą, według autora jest to rezultat procesu ich rozpozna-

<sup>46</sup> Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696).

<sup>47</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

<sup>48</sup> A. Grochowska, *Procesy kategoryzacji i zniekształcenia pamięciowe w reklamie*, Gdańsk 2008, s. 545.



walności, rosnącej świadomości pacjentów w sferze przysługujących im praw oraz zwiększającej się liczby skarg<sup>49</sup>. Ponieważ to na szpitalach publicznych ciąży obowiązek udowodnienia, że do zakażenia nie doszło na jego terenie (posiadane zaplecze medyczne), to istotną rolę w procesie identyfikacji tych zdarzeń odgrywają dokumentacja medyczna oraz wykonywane pacjentowi przed przyjęciem do szpitala (np. na planowaną operację) badania mikrobiologiczne (ryc. 4).

Z przeprowadzonych wywiadów IDI oraz analizy dokumentacji podmiotów publicznych wynika interesujący wniosek, że obecnie największą wiedzą o zakażeniach wewnątrzszpitalnych dysponują mikrobiolodzy, natomiast środowisko medyczne świadczące usługi szpitalne cechuje się ich relatywnie niską znajomością. Dlatego też, według autora, należy dokonać zmian w procesie kształcenia przyszłych adeptów medycyny i wdrożyć obowiązkowe procedury mikrobiologiczne przyjmowanych pacjentów na wszystkie zabiegi chirurgiczne (ponieważ mogą być już osobami zakażonymi).

Średnio w województwie A, co 2,45 pacjenta poddawano badaniu przy przyjęciu do szpitala publicznego, w województwie B już co 3,49, natomiast w województwie C wykonywano badania w tym zakresie aż co 4,34 osoby.

Tabela 6

### Liczba pracowni diagnostycznych w analizowanych szpitalach publicznych

Table 6

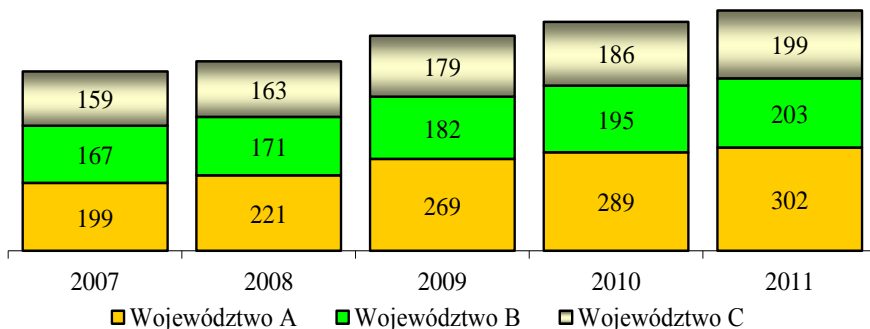
#### The number of diagnostic studio in analysed public hospitals

Województwo	Rok	Pracownie diagnostyki laboratoryjnej	Pracownie diagnostyki bakteriologicznej	Pracownie diagnostyki wirusologicznej
A	2007	27	18	0
	2008	25	17	4
	2009	26	19	5
	2010	27	19	5
	2011	29	20	6
B	2007	27	18	6
	2008	28	18	4
	2009	29	19	5
	2010	27	18	6
	2011	30	19	8
C	2007	50	41	7
	2008	52	37	6
	2009	49	38	7
	2010	46	37	7
	2011	50	37	9

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. oraz danych z urzędów marszałkowskich.

<sup>49</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2011, nr 113, poz. 660).

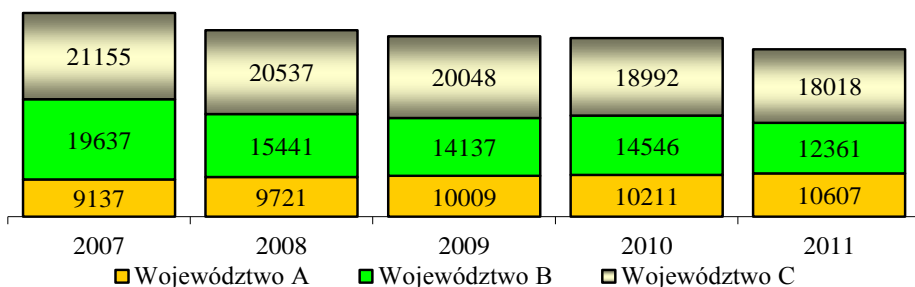
Brak standardów oraz zaleceń wykonywania badań mikrobiologicznych w procesie przyjmowania planowanych pacjentów jest determinantą redukującą poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.



Ryc. 3. Liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych  
Fig. 3. The number of hospital infection

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r.

Niezwykle istotne jest uzyskanie informacji zwrotnej z poszczególnych obszarów poprawy jakości oraz bezpieczeństwa w procesach diagnostyczno-terapeutycznych. Środowisko medyczne powinno być na bieżąco informowane o wynikach analiz związanych ze wszystkimi negatywnymi zdarzeniami. Wiąże się to z procesem doskonalenia jakości i pozwala na unikanie w przyszłości zdarzeń, które są możliwe do wyeliminowania dzięki prawidłowo przeprowadzonej analizie zdarzeń przeszłych.



Ryc. 4. Liczba wykonanych badań mikrobiologicznych w analizowanych szpitalach publicznych  
Fig. 4. The number of microbiological tests in analysed public hospitals

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r.

Kategorią pomocniczą w określeniu poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego jest proces korzystania ze usług zdrowotnych – oceniany w odniesieniu do parametrów demograficznych, terytorialnych oraz społecznych. Ponadto źródłem subiektywnego

poczucia braku bezpieczeństwa zdrowotnego są częste zmiany w systemie organizacji świadczenia usług zdrowotnych. W niniejszych założeniach przyjęto, że zarządzanie procesem bezpieczeństwa zdrowotnego to usystematyzowany sposób myślenia oraz postępowania, oparty na standardach, procedurach, instrukcjach zgodnych z zasadami **medycyny opartej na faktach** (*evidence based medicine* – EBM). Umożliwia to m.in. środowisku medycznemu utrzymanie istotnych wiązek ryzyka na akceptowanym poziomie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Uogólniając dotychczasowe rozważania, należy stwierdzić, że styl życia, zachowania zdrowotne, genetyka oraz warunki socjoekonomiczne okazują się dużo bardziej istotnymi determinantami zdrowia<sup>50</sup> niż sam dostęp do opieki zdrowotnej i jej jakość<sup>51</sup> – status socjoekonomiczny antycypuje stan zdrowia jednostek oraz populacji. Ponadto wzrasta świadomość „deficytu demokracji” w ochronie zdrowia<sup>52</sup>, stanowiącego barierę autentycznego wzrostu udziału lokalnych społeczności w procesach decyzyjnych w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego. Środowisko medyczne ma nadal trudności z zaakceptowaniem roli pacjenta jako eksperta w sprawach własnego zdrowia. W kontekście poczynionych dotychczas rozważań niezwykle trafna jest teza Charlesa Everetta Koopa mówiąca: „Opieka zdrowotna jest nam potrzebna czasami, zdrowie publiczne jest niezbędne każdemu i zawsze”<sup>53</sup>, a także spostrzeżenie Fiony Sim oraz Petera Mackiego, że: „Zdrowie publiczne i podstawowa opieka zdrowotna są jeszcze nadal bardziej w wolnym związku niż w relacjach charakterystycznych dla zaaranżowanego związku małżeńskiego”<sup>54</sup>.

## Podsumowanie

Wykorzystanie paradygmatów nauk o organizacji i zarządzaniu pozwoliło na rozszerzenie zakresu badań o analizę czynników determinujących jakość zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym na podstawie norm ISO. Czynniki skoncentrowane wokół kapitału ludzkiego oraz strukturalnego opisującego jakość kapitału intelektualnego, uzupełnione o warstwę organizacyjno-funkcjonalną pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi w zakresie zjawisk, jakie w obszarze zarządzania bezpieczeństwem zdrowot-

<sup>50</sup> Przeprowadzone badania dowiodły, że połowa czynników odpowiedzialnych za zdrowie to styl życia i związane z nim zachowania (użytki, dieta, wzory aktywności, substancje i czynniki toksyczne), 20% ma pochodzenie socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe, kolejne 20% to uwarunkowania genetyczne, a tylko 10% związane jest z opieką zdrowotną.

<sup>51</sup> J.M. McGinnis, W.H. Foege, *Actual causes of death in the United States*, „Journal of American Medical Association” 1993, nr 270 (18), s. 207–212.

<sup>52</sup> R.F. Heller, T.D. Heller, S. Pattison, *Putting the public back into public health. Part II. How can public health be accountable to the public?*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117, s. 66.

<sup>53</sup> Za: W. El Ansari, J. Russel, W. Spencer, E. Ryder, C. Chambers, *New skills for a new age: leading the introduction of public health concepts in healthcare curricula*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117, s. 81.

<sup>54</sup> F. Sim, P. Mackie, *Editorial: public health and primary care; arranged marriage or free love?*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2002, nr 116, s. 67.

nym można zaobserwować. Zebrane dowody oraz przeprowadzone obserwacje pozwoliły m.in. na:

- diagnozę organizacji sieciowej w zakresie zarządzania infrastrukturą szpitalną oraz zjawisk determinujących kompleksowość procesu zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym, a także
- procedury, standardy oraz zalecenia obowiązujące w podmiotach publicznych są odpowiednie. Brak jest natomiast zakresu osobowej odpowiedzialności środowiska medycznego, ponadto
- opinia o funkcjonowaniu szpitali publicznych, jako determinant bezpieczeństwa zdrowotnego ulega relatywnej poprawie. W dodatku środowisko medyczne kładzie istotny nacisk na
- wypracowanie jednolitych procedur, zaleceń w procesach diagnozowania (procesu opisywania przyczyn zgonów) oraz na
- jakość procesów diagnostyczno-terapeutycznych, co jest determinantą kreowania pozytywnego wizerunku oraz wzrostu zaufania społecznego w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego.

Zgodnie z postawionymi celami badania wyniki mogą stać się inspiracją dla interesariuszy do wdrażania działań naprawczo-zapobiegawczych w procesie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz stanowić istotne źródło informacji dla kadr zarządzających, kształtujących politykę zdrowotną w ramach sieci szpitali publicznych. Przyjęta koncepcja badań pozwala również na identyfikację związku podmiotów publicznych w zakresie realizacji polityki zdrowotnej z jakością procesu bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce.

Uzyskane wnioski pozwalają ponadto na określenie, że istotnymi czynnikami determinującymi kompleksową jakość procesu zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym, postrzeganą z perspektywy interesariuszy, są m.in. świadomość, postawa oraz wartości środowiska medycznego. W kontekście tego efektu możliwe jest również postawienie tezy, że na potrzeby kompleksowego zarządzania jakością bezpieczeństwa zdrowotnego (siecią szpitali publicznych), powinny być rekomendowane standardy oparte na rodzinie norm ISO, metodzie *Common Assesment Framework* (CAF) oraz *Investors in People* (IiP), wspieranych technologiami informacyjno-komunikacyjnymi (*Information and Communication Technologies* – ITC). Stają się one w tej perspektywie istotnymi narzędziami wspomagającymi pożądane kierunki rozwoju jakości bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Akcentują również potrzebę cyklicznego pomiaru dokonań sieci szpitali publicznych w zakresie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego oraz doskonalenia procesów pozyskiwania informacji i zarządzania nimi. Ponadto są istotnymi narzędziami procesu planowania zmian w turbulentnym otoczeniu organizacji sieciowej.

Wyniki przeprowadzonych badań, uzupełnione jakościowymi danymi pozyskanymi w procesie IDI, potwierdziły również, że w procesie budowania potencjału bezpieczeństwa zdrowotnego determinantami są również procesy szkoleń oraz działalność informacyjna promująca wiedzę i kształtująca platformę zrozumienia. Diagnoza zarządzania procesem wzmacniania bezpieczeństwa zdrowotnego na przykładzie szpitali publicznych została postawiona również na podstawie analizy jakości kapitału ludzkiego, wynikającej z poziomu zaangażowania środowiska medycznego oraz jakości

środowiska pracy determinującego rozwój organizacji inteligentnej. Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego będzie tym wyższy, im sprawniejszy będzie system ochrony zdrowia. W praktyce powodzenie tego systemu jest związane z cząstkowymi sukcesami, niezależnie odnoszonymi na danych obszarach podmiotów publicznych. Można więc dokonać uogólnienia, że bezpieczeństwo zdrowotne jest pochodną sukcesu szpitali publicznych – publicznej ochrony zdrowia.

Istnieje także potrzeba opracowania jednolitych oraz spójnych zasad dostosowania (w tym finansowania) szpitali publicznych do potrzeb wykonywania zadań również dla służb mundurowych. Implementacja systemów informatycznych umożliwi m.in. badanie oraz analizę objawów chorobowych wskazujących na możliwość użycia np. broni biologicznej, monitorujących zachowania w czasie rzeczywistym, spełniających funkcję wspomaganie decyzji.

Konieczne jest również stworzenie warunków do pełnego wykorzystania w sytuacji kryzysowej potencjału diagnostycznego, m.in. poprzez wzmacnianie zdolności identyfikacyjnych laboratoriów – system lokalizacji laboratoriów (dostosowywanych do szybkiej diagnostyki) powinien odpowiadać potrzebom aglomeracji miejskich. Proces planowania bazy szpitalnej natomiast powinien uwzględniać bazę łóżkową szpitali ogólnych, specjalistycznych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów i zakładów uzdrowiskowych. Ponadto przygotowanie podmiotów publicznych do zdarzeń o charakterze masowym, powołanie szpitalnych zespołów reagowania kryzysowego, regularne przeprowadzanie szkoleń i ćwiczeń oraz określenie zasad finansowania takich przedsięwzięć determinuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Kluczowym zadaniem przygotowawczym jest doskonalenie zasad, procedur oraz zdolności współdziałania tworzących go ogniw z podmiotami publicznymi odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo zdrowotne. Istotnym elementem systemu edukacji dla subsystemu bezpieczeństwa zdrowotnego są publiczne oraz niepubliczne uczelnie wyższe<sup>55</sup>. Autor zdaje sobie sprawę z tego, że zawarte tu oceny kształtowania środowiska bezpieczeństwa zdrowotnego charakteryzują się – typowym dla prognoz o stonunkowo długim horyzoncie czasowym – istotnym stopniem niepewności. Przyjęta na potrzeby niniejszych rozważań wielowariantowość scenariuszy jest determinantą procesu redukcji ryzyka, pozwala również na zaprojektowanie alternatywnych scenariuszy rozwoju systemu ochrony zdrowia – zintegrowanego systemu bezpieczeństwa Państwa.

Przedstawiona w niniejszych rozważaniach na podstawie analizy literatury oraz badań empirycznych, lista czynników nie jest zamknięta – ulega zmianom wraz ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu prawno-instytucjonalnym sieci szpitali publicznych. Obok struktur organizacyjno-funkcjonalnych i skutecznego systemu finansowania ochrony zdrowia (szpitali publicznych) należy stworzyć rzetelną rachunkowość kosztów medycznych opartą na rachunku kosztów ABC<sup>56</sup>. Ponadto wdrożenie

<sup>55</sup> Według danych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego studia na tych kierunkach prowadzą 83 uczelnie.

<sup>56</sup> B. Bober, *Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym*, [w:] *Zarządzanie kosztami, informacją i jakością w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, nr 4, Łódź 2012, s. 71–88.

procesów audytu finansowo-medycznego umożliwi urealnienie kosztów poszczególnych świadczeń oraz procedur zapewniających przejrzystość wykorzystywania posiadanych środków, a skuteczny system monitoringu będzie gwarantem powtarzalnej jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiotach publicznych.

### Bibliografia

- Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. oraz rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń*, oprac. D. Dziełak, J. Włodarczyk, J. Karaś, K. Czach, M. Sierakowski, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2010.
- Ameljańczyk A., *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, Warszawa 2011.
- Bilski E., Dubielewicz I., *Cykl życia oprogramowania – modele, procesy, jakość w normach ISO*, Wrocław 2007.
- Bober B., *Rola informacji w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, red. R. Walkowiak, R. Lewandowski, Olsztyn 2010.
- Bober B., *Uwarunkowania implementacji rachunku kosztów ABC w przedsiębiorstwie medycznym*, [w:] *Zarządzanie kosztami, informacją i jakością w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, nr 4, Łódź 2012.
- Bober B., *Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*, Poznań 2013.
- Brandys K., *Miesiące 1978-79*, Warszawa 1987.
- Brzeziński M., *Kategoria bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, red. S. Sułowski, M. Brzeziński, Warszawa 2009.
- Bulanowska B., Kautsch M., *Marketing usług zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Kraków 2001.
- Cichy K., *Kapitał ludzki w modelach i teorii wzrostu gospodarczego*, „Zeszyty Studiów Doktoranckich – Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Wydział Ekonomii” 2005, nr 23.
- Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Siedlce 2009.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3.
- Demel M., *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*, Warszawa 2000.
- Dubielewicz I., Hnatkowska B., Huzar Z., Tuzinkiewicz L., *Quality-driven software development within MDA approach*, „International Review on Computers and Software (I.RE.CO.S.)” 2007, vol. 2, no. 6.
- Dyczewski L., *Terroryzm w mediach, sensacja i spektakl, odpowiedzialność i informacja*, [w:] *Polityka medialna instytucji państwowych w obszarze zagrożeń terrorystycznych. Materiały z II edycji konferencji z cyklu przeciwdziałanie terroryzmowi*, Warszawa, 18 listopada 2008, red. B. Perkowska, „Biblioteka Bezpieczeństwa Narodowego”, t. 9, Warszawa 2009.
- El Ansari W., Russel J., Spencer W., Ryder E., Chambers C., *New skills for a new age: leading the introduction of public health concepts in healthcare curricula*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117.

- Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.
- Grochowska A., *Procesy kategoryzacji i zniekształcenia pamięciowe w reklamie*, Gdańsk 2008.
- Heller R.F., Heller T.D., Pattison S., *Putting the public back into public health. Part II. How can public health be accountable to the public?*, „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2003, nr 117.
- Horney K., *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań 2007.
- Jastrzębski B., *Obywatel a demokratyczne państwo prawa*, [w:] *Jednostka w demokratycznym państwie prawa*, red. J. Filipek, Bielsko-Biała 2003.
- Kolman R., *Zastosowania inżynierii jakości. Poradnik*, Bydgoszcz 2003.
- Kozłowski M., Gancarz E., Wojciechowski S., *Rynek NATO – wymagania jakościowe*, „Problemy Jakości” 2004, nr 4.
- Kister A., *Rachunek kosztów i jego rola w zarządzaniu szpitalem*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Warszawa 2011.
- McGinnis J.M., Foegen W.H., *Actual causes of death in the United States*, „Journal of American Medical Association” 1993, nr 270 (18).
- Olkiewicz M., Bober B., *Jakościowe czynniki efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych*, „Zeszyty Naukowe UP-H” 2013, nr 98, seria: „Administracja i Zarządzanie” nr 25.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005.
- Orczyk J., *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Poznań 2005.
- Ruszkowski J., *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.
- Rydlowska-Liszkowska I., *Podstawy ekonomiki zdrowia. Wybrane zagadnienia ekonomiczne ochrony zdrowia w miejscu pracy*, Łódź 2006.
- Sim F., Mackie P., *Editorial: public health and primary care; arranged marriage or free love?* „Public Health – Journal of the Royal Institute of Public Health” 2002, nr 116.
- Tymowska K., *Na więcej nas nie stać*, „Gazeta Wyborcza” 22 września 2003 r.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2012.
- Woroniecki J., *Wykreowanie polskiego systemu innowacji a budowa gospodarki opartej na wiedzy*, [w:] *Rola polskiej nauki we wzroście innowacyjności gospodarki*, red. E. Okoń-Horodyńska, Warszawa 2004.
- Woźniak Z., *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, R. LXVI, z. 1.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków 1996.
- Zieliński G., *Akredytacja zakładów opieki zdrowotnej jako uwarunkowanie sukcesu usług medycznych*, [w:] *Źródła sukcesu organizacji*, red. J. Rybicki, W. Machel, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” nr 4/2, Sopot 2011.
- Akt przystąpienia do Traktatu Północnoatlantyckiego podpisany przez Prezydenta RP w dniu 26 lutego 1999 r. (Dz.U. 2000, nr 87, poz. 970).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18.01.2010 w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz.Urz. MZ 2010, nr 2, poz. 24).

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym oraz Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2011, nr 113, poz. 660).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696).
- Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2013, poz. 1245, z późn. zm.).
- Decyzja nr 97/MON z dnia 28 marca 2011 r. w sprawie funkcjonowania w resorcie obrony narodowej systemu zapewnienia jakości wyrobów obronnych (Dz.Urz. MON 2011, nr 7).
- Decyzja nr 427/MON z dnia 29 października 2014 r. w sprawie określenia zasad funkcjonowania systemu zapewnienia jakości wyrobów obronnych, obowiązków zamawiającego, rejonowego przedstawicielstwa wojskowego, gestora sprzętu wojskowego i centralnego organu logistycznego oraz Wojskowego Centrum Normalizacji, Jakości i Kodyfikacji w zakresie zapewnienia jakości wyrobów obronnych. Porozumienie standaryzacyjne NATO STANAG 4107, wyd. 8, z 6 lipca 2007 r. (Dz.Urz. MON 2014, poz. 343).

## Summary

This article presents selected determinants of health security. Consideration is based on the literature as well as source documents. Critical analysis of the literature, induction, observation and deduction is used. On the basis of deliberations conducted it is found that health security depends on both internal factors and exogenous conditions, and in particular the quality of health policy determinants, which include socio-cultural, demographic and quality legal solutions. Among the endogenous conditions, factors such as socio-culturally stimulating, creative and innovative behavior should stress the importance of projects aimed at creating a network of public hospitals – a knowledge-based organization, the formation of a pro-innovation culture, establish a system of personnel development, generating changes in the system to stimulate creative thinking (creativity) and action (innovation), as well as entering into synergistic systems of innovative cooperation – building a “knowledge network” with the external environment. The last section presents the conclusions from the analysis of literature and documentation on the activities of public entities and knowledge of health safety, based on the results of individual interviews conducted between January 2007 to December 2011.

In such an adopted framework, this paper presents a diagnosis of areas of major impact on health security. Health care infrastructure, information and diagnostic and therapeutic technologies are presented as essential elements in building an internally balanced system in the development of health security.