



Competences in Health Network Management

Profil kompetencji

Państwo: Polska
Autorzy: Piotr Romaniuk, Klaudia Alcer, Krzysztof Kaczmarek, Katarzyna Brukało
Instytucja: Medical University of Silesia in Katowice
Projekt-ID: 2019-1-DE01-KA203-005025
Data: Wrzesień 2020

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Podstawowe zadania i działania (od menedżera sieci opieki zdrowotnej)	Kompetencje i kwalifikacje wymagane do wykonywania tych zadań / czynności (Możliwe są podwójne wpisy)
Zdrowie (zdrowie publiczne, promocja zdrowia, organizacja ochrony zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia) (Procentowy udział w całości edukacji: 35%)	
<ul style="list-style-type: none"> Opracowanie programów zdrowotnych dostosowanych do potrzeb zdrowotnych ludności w danym regionie 	<ul style="list-style-type: none"> Określanie potrzeb zdrowotnych populacji Tworzenie map potrzeb zdrowotnych Epidemiologia: podstawowe pojęcia i metody Demografia: podstawowe pojęcia i metody Procesy i prognozy epidemiologiczne i demograficzne Spółeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, profilaktyka zdrowotna: pojęcia i metody Tworzenie programów zdrowotnych: cele, interwencja, ocena Teoretyczne modele zmiany zachowań Komunikacja z grupą docelową
<ul style="list-style-type: none"> Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne 	<ul style="list-style-type: none"> Znajomość infrastruktury i zasobów ludzkich w danym regionie Definiowanie potrzeb zdrowotnych populacji Tworzenie map potrzeb zdrowotnych Źródła finansowania w regionalnym systemie ochrony zdrowia Znajomość rozwiązań organizacyjnych i finansowych stosowanych w systemach ochrony zdrowia innych krajów Umiejętność pracy przy ograniczonych środkach finansowych - metody lub racjonalizacja kosztów
<ul style="list-style-type: none"> Promowanie udziału w działaniach profilaktycznych wśród społeczności lokalnej/regionalnej 	<ul style="list-style-type: none"> Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, profilaktyka zdrowotna: pojęcia i metody Opracowywanie programów zdrowotnych: cele, interwencja, ocena Procesy i prognozy epidemiologiczne i demograficzne Marketing społeczny Public relations Psychologia społeczna Wiedza na temat organizacji non-profit działających w danym regionie
<ul style="list-style-type: none"> Wyrównanie dostępu do opieki zdrowotnej, w szczególności dla grup wykluczonych lub na obszarach zaniedbanych 	<ul style="list-style-type: none"> Określanie potrzeb zdrowotnych populacji Tworzenie map potrzeb zdrowotnych Procesy i prognozy epidemiologiczne i demograficzne Wykluczenie społeczne w aspekcie teoretycznym i praktycznym Wiedza na temat organizacji non-profit działających w danym regionie

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Podstawowe zadania i działania (od menedżera sieci opieki zdrowotnej)	Kompetencje i kwalifikacje wymagane do wykonywania tych zadań / czynności (Możliwe są podwójne wpisy)
Zarządzanie (Procentowy udział w całości edukacji: 35%)	
<ul style="list-style-type: none"> Tworzenie żywej sieci współpracy 	<ul style="list-style-type: none"> Umiejętności negocjacyjne Umiejętności zarządzania zespołem Umiejętności zarządzania projektami zarządzanie funduszami zdolność do współpracy z instytucjami multidyscyplinarnymi
<ul style="list-style-type: none"> Generowanie środków finansowych dla regionalnego systemu opieki zdrowotnej i racjonalizacja kosztów 	<ul style="list-style-type: none"> Teoretyczna i praktyczna wiedza o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej <ul style="list-style-type: none"> o wiedza o cenach usług i sprzętu medycznego o metody wyceny kosztów usług o wiedza o metodach płatności o metodach oceny efektywności kosztowej o źródła finansowania w regionalnym systemie ochrony zdrowia Znajomość infrastruktury w danym regionie Umiejętność pracy przy ograniczonym finansowaniu - metody lub racjonalizacja kosztów Outsourcing Prawo pracy i przepisy dotyczące zawodów medycznych
<ul style="list-style-type: none"> Opracowanie jasnych struktur zarządzania systemem opieki zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> Umiejętność planowania i organizacji Orientacja na cele długoterminowe Znajomość istniejącej struktury <ul style="list-style-type: none"> Znajomość przepisów prawa określających system ochrony zdrowia na poziomie regionalnym Wiedza na temat zasobów infrastrukturalnych i ludzkich w regionalnym systemie ochrony zdrowia Wiedza na temat organizacji i instytucji działających w danym regionie Wiedza na temat ostatnich i historycznych wydarzeń i przemian w polskim systemie ochrony zdrowia Znajomość rozwiązań organizacyjnych stosowanych w systemach ochrony zdrowia innych krajów Systematyczne planowanie zatrudnienia

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Podstawowe zadania i działania (od menedżera sieci opieki zdrowotnej)	Kompetencje i kwalifikacje wymagane do wykonywania tych zadań / czynności (Możliwe są podwójne wpisy)
Umiejętności społeczne i komunikacja (Procentowy udział w całości edukacji: 30%)	
<ul style="list-style-type: none"> Stworzenie mechanizmów wymiany informacji wewnątrz i na zewnątrz sieci 	<ul style="list-style-type: none"> Komunikacja strategiczna Marketing Public relations Komunikacja do poszczególnych grup docelowych
<ul style="list-style-type: none"> Przekonanie innych o zasadności działania osób zarządzających siecią zdrowotną 	<ul style="list-style-type: none"> Zdolności przywódcze Umiejętności motywacyjne Psychologia Znajomość technik prezentacji Orientacja na cele długoterminowe
<ul style="list-style-type: none"> Komunikacja z decydentami 	<ul style="list-style-type: none"> Zdolności przywódcze Umiejętności motywacyjne Umiejętności negocjacyjne Psychologia Podstawy tłumaczenia wiedzy Umiejętności komunikacji nieformalnej

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Co-funded by
the European Union



Competences in Health Network Management

Okoliczności, struktury i wyzwania

Państwo:	Polska
Autorzy:	Piotr Romaniuk, Klaudia Alcer, Krzysztof Kaczmarek, Katarzyna Brukało
Instytucja:	Medical University of Silesia in Katowice
Projekt-ID:	2019-1-DE01-KA203-005025
Data:	Wrzesień 2020

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Treść

1. Circumstances, Structures and Challenges in Poland	3
1.1. Main health challenges/Główne wyzwania zdrowotne.	3
1.2. Key institutions/ Kluczowe instytucje.....	5
1.3. Key policies / Kluczowe zasady.....	7
1.4. Health Care System / System ochrony zdrowia	9
1.5. Health targets/ Cele zdrowotne	10

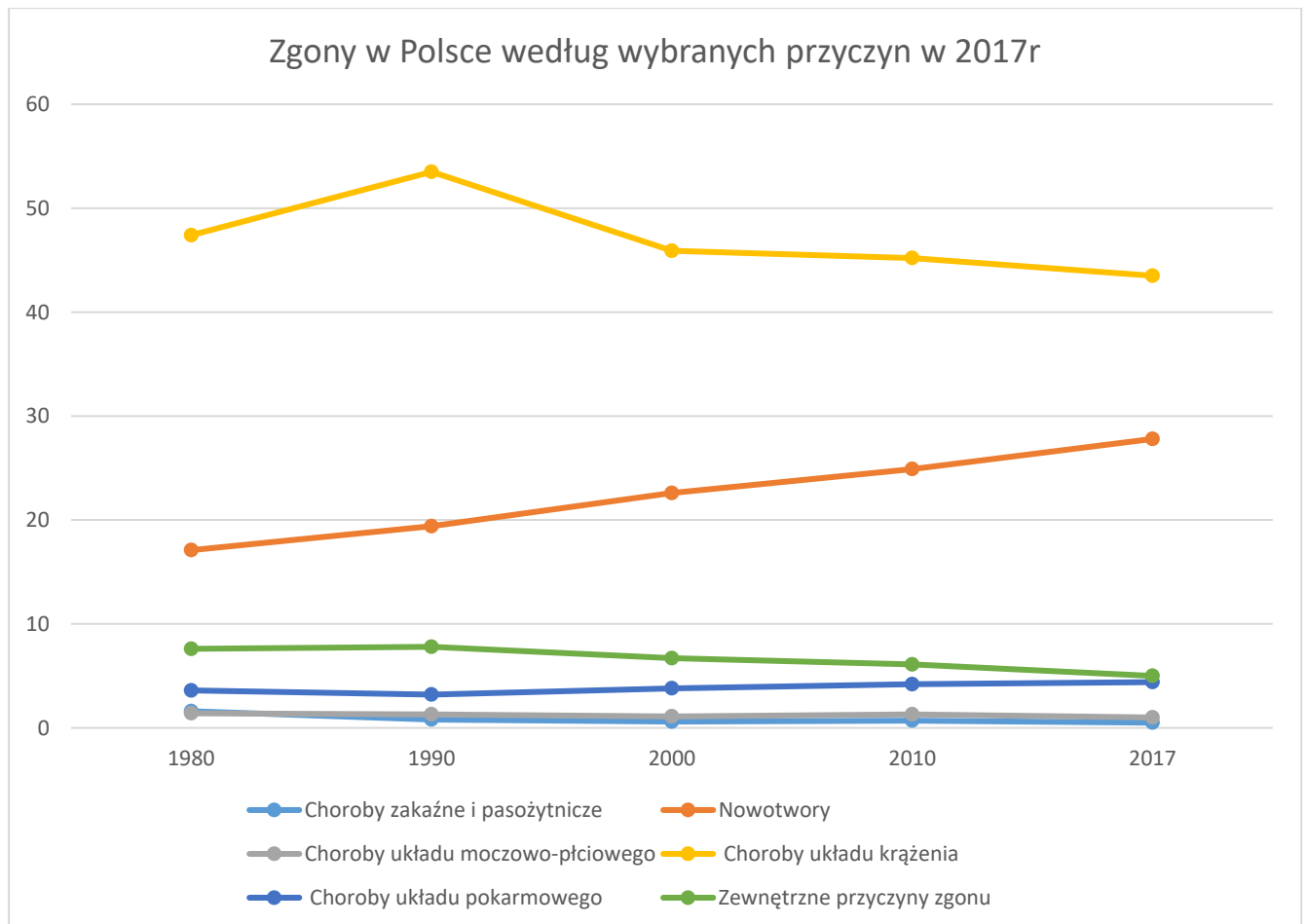


1. Circumstances, Structures and Challenges in Poland

1.1. Main health challenges/Główne wyzwania zdrowotne.

Zgodnie z trendami ogólnoeuropejskimi również w Polsce problemy takie jak starzenie się społeczeństwa czy zmiany na poziomie zamożności ludzi stanowią duży problem, który zapoczątkowany został już w czasie transformacji postkomunistycznej i w dalszym ciągu przybiera na sile. Aktualnie szacuje się że odsetek osób starszych to 18% społeczeństwa a w ciągu 30 lat wzrośnie nawet do 35%. Dodając obserwowalny od 1980 roku spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie przeciętnego dalszego trwania życia daje mamy o czynienia z wieloma nowymi wyzwaniami dla systemu ochrony zdrowia. Osoby starsze w konsekwencji stanowią głównych beneficjentów ochrony zdrowia co rodzi dodatkowe potrzeby finansowe[WALIGÓRSKA M. I IN. (2009) PROGNOZA LUDNOŚCI NA LATA 2008-2035.] [MICHAŁSKI T (2010) SYTUACJA ZDROWOTNA W EUROPEJSKICH KRAJACH POSTKOMUNISTYCZNYCH W DOBIE TRANSFORMACJI STR.37-43; ROCZNIK STATYSTYCZNY GUS]

Dodać należy również wszechobecny wysoki poziom zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne które stanowią duże obciążenie dla systemu. W 2017 roku najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia - 43,5 na 10 tys. mieszkańców. Z kolei na drugim miejscu znalazły się nowotwory w liczbie 27,8 na 10 tys. Mieszkańców (tab.). Wspomnieć należy, że wskaźniki pierwszej przyczyny zgonów w ubiegłych latach uległy zmniejszeniu co jest wynikiem wielu programów zdrowotnych prowadzonych w ramach polityki zdrowotnej. Niestety znacznemu pogorszeniu uległy statystyki dotyczące zachorowalności na nowotwory. W ostatnich dwudziestu latach zachorowalność wzrosła o ponad 5 %. Według Krajowego Rejestru Nowotworów liczba ta będzie wzrastać pomimo stabilizacji współczynnika umieralności. Problemem w przypadku nowotworów jest również fakt, iż przyczyny wielu nie zostały dostatecznie poznane a poszczególne przypadki znacznie różnią się okresem latencji. Umieralność i zachorowalność na nowotwory w znaczny sposób determinuje średnią długość życia w Polsce. Alarmującym wydaje się być wskaźnik przeżyć 5-letnich który w Polsce jest bardzo niski na tle innych krajów. Nasz kraj również niekorzystnie wyróżnia się stosunkowo niską zapadalnością, ale dużą liczbą zgonów szczególnie osób w młodym i średnim wieku. [MAZUREK J (2018) ZAGROŻENIE NOWOTWORAMI ZŁOŚLIWYMI W POLSCE JAKO ZASADNICZY CZYNNIK DETERMINUJĄCY ŚREDNIĄ DŁUGOŚĆ ŻYCIA. OCHRONA ZDROWIA, ZDROWIE PUBLICZNE, ZARZĄDZANIE.]



Pomimo ogromnych wymagań które wspomniane statystyki niosą dla systemu nie stanowią one głównego wyzwania zdrowotnego dla Polski. Na tle tych problemów najbardziej znaczący dla kraju wydaje się być dylemat dobrego zarządzania ochroną zdrowia. W Polsce jest to od wielu lat element obfitujący w niedostatki. Na arenie międzynarodowej pozycja polskiego systemu opieki zdrowotnej od dłuższego czasu utrzymuje się na niekorzystnym poziomie. Na pierwszym planie postawić należy problemy związane z finansowaniem. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce wynoszą 4,6% PKB, czyli połowę mniej niż wydają europejscy liderzy. Oszczędności widoczne są również w kwestiach kadrowych gdzie wielokrotnie podnoszono problem niedostatecznych wynagrodzeń ale i również niedoinwestowanego szkolnictwa medycznego. Liczba praktykujących lekarzy na 1.tys. mieszkańców od 2000 roku utrzymuje się tu na stałym niskim poziomie (w 2017 roku wskaźnik wyniósł 2,3 co daje ostatnie miejsce wśród odnotowanych krajów UE) [POLAKOWSKI M, GOLINOWSKA S, BALICKI M (2019) OCHRONA ZDROWIA W POLSCE. WARSZAWSKIE DEBATY O POLITYCE SPOŁECZNEJ / OECD DATA]. Kolejnym wyzwaniem dobrego zarządzania jest stworzenie nowoczesnej struktury organizacyjnej. Istniejące instytucje nie mają jasno wytyczonych granic co rodzi niejasności we współpracy oraz nie pozwala w pełni wykorzystać potencjału specjalistów Zdrowia Publicznego. [GOLINOWSKA S, KOWALSKA-BOBKO I, SOWADA C, i in. (2020) ALERT ZDROWOTNY.]

W Polsce rozwarstwienie społeczny widoczne również jako różnice stanu zdrowia między jednostkami w populacji również stanowi duży problem zdrowotny. Pomimo iż brak pełnych i



całościowych analiz tego problemu to już w samym ujęciu dynamicznym wiek XIX sprzyja rozwojowi terytorialnych nierówności w zdrowiu Polaków. [ŁYSZCZARZ B (2014) DYNAMIKA REGIONALNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W POLSCE. NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNE A WZROST GOSPODARCZY] Kluczowym wyzwaniem jest dobre i sprawne identyfikowanie problemów zdrowotnych kraju, a działania podjęte w tym obszarze w ostatnich czasach nie osiągnęły zamierzonych sukcesów. Nie podejmuje się działań które mogłyby zmniejszyć różnice społeczne w zdrowiu jak np. redukcja liczby łóżek szpitalnych w placówkach całodobowej opieki stacjonarnej na korzyść opieki ambulatoryjnej – trend popularnie stosowany w krajach Unii Europejskiej. [DYMYT T (2018) MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH W PROCESIE NIWELOWANIA 2 NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU]

1.2. Key institutions/ Kluczowe instytucje

Ministerstwo Zdrowia – urząd administracji rządowej na czele którego stoi Minister Zdrowia powołany przez Premiera czyli Prezesa Rady Ministrów. Jest to główna instytucja inicjująca i kontrolującą politykę zdrowotną kraju. W swoim zakresie prac zajmuje się między innymi refundacją leków i innych wyrobów medycznych czy środków spożywczych, nadzorem nad zawodami medycznymi, Państwowym Ratownictwem Medycznym czy leczeniem uzdrowiskowym. Sprawuje również nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia. W ramach obowiązków ministerstwa leży również tworzenie programów zdrowotnych czyli bezpiecznych, uzasadnionych, skutecznych, szeroko zakrojonych działań z zakresu opieki zdrowotnej. Finansowanie programów oparte jest na środkach publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną będącą podstawowym płatnikiem w polskim systemie ochrony zdrowia. Dysponuje środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne finansując nimi świadczenia zdrowotne czy refundacje. Określa również jakości i dostępności oraz analizuje koszty świadczeń. Jest odpowiedzialny za przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Finansuje i organizuje wspólne postępowanie na zakup leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** są jednostkami polityki społecznej, jednak w ochronie zdrowia pełnią rolę pośrednika który odpowiedzialny jest za wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenie zdrowotne które z kolei następnie przekazywane są do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest centralnym organem administracji rządowej działającym w dziedzinie zdrowia publicznego i zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 poz. 59) podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Jej misją to nadzór i kierowanie działań mających na celu dobro i zdrowie publiczne obywateli oraz minimalizowanie skutków zdarzeń niekorzystnych. Zajmują się takimi problemami jak:

- Jakość żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków.
- Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia, wody w pływalniach, kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpiele.

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



- Zapobiegawczy nadzór sanitarny.
- Odpady medyczne.
- Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej.
- Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami.
- Higiena radiacyjna.
- Ocena stanu sanitarnego placówek dla dzieci i młodzieży.
- Oświata zdrowotna i promocja zdrowia.
- Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety.
- Zabezpieczanie sanitarno-epidemiologicznego granic kraju.

Na jej czele stoi Główny Inspektor Sanitarny. Do pomocy powoływana jest Rada Sanitarno-Epidemiologiczna jako organ doradczy i opiniodawczy w skład której wchodzi specjaliści naukowcy oraz osoby z wybitną wiedzą praktyczną z dziedziny sanitarno-epidemiologicznej. Główny Inspektor Sanitarny zarządza również szeroką siecią placówek - najpierw Wojewódzkich a później Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych jak również oddziałem granicznym.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, kolejna centralna instytucja której misją jest znajdowanie rozwiązań, dzięki którym ludzie mogą żyć zdrowo, długo i aktywnie. Utworzona została na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz. U. z 1936 r. Nr 45, poz. 336). PZH jest instytutem badawczym, będącym państwową jednostką organizacyjną nad którą nadzór sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Organizacja ta zajmuje się prowadzeniem badań naukowych, prac rozwojowych i prac usługowo-badawczych z zakresu zdrowia publicznego, prowadzi działalność opiniodawczą w różnych obszarach badań, monitoruje sytuację zdrowotną kraju oraz prowadzi ocenę ochrony zdrowia, określa kierunki i zakres promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz wydaje atesty.

Za realizację zadań statutowych odpowiada Dyrektor który do pomocy ma Radę naukową, która jest organem stanowiącym, inicjującym, opiniodawczym i doradczym PZH.

Jednostki Samorządu Terytorialnego – od 1999 roku w Polsce prowadzone są reformy administracji publicznej które w stopniowy sposób decentralizują uprawnienia decyzyjne na poziom jednostek samorządu terytorialnego w tym także obowiązków z zakresu ochrony zdrowia. Samorządy terytorialne zobowiązane zostały do tworzenia nowych strategii rozwojowych jako podmioty które w dokładniejszy sposób są w stanie definiować problemy swojej społeczności. Z uwagi na utrzymanie zasady niezależności poszczególnych stopni samorządu stworzenie spójnego planu rozwojowego jest jednak trudne dodając do tego ich brak wyposażenia w odpowiednie instrumenty realizacyjne oraz fundusze.

Aktualne JST w odniesieniu do ochrony zdrowia są organizatorem, podmiotem tworzącym jednostki zdrowotne oraz publicznym płatnikiem a ich zadania dotyczą bieżącego i nieprzerwanego zaspokajania zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Jednostki zobowiązane są do opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów zdrowotnych wprowadzanych zgodnie z rozpoznanymi problemami zdrowotnymi mieszkańców. Promocja i edukacja zdrowotna również leży w gestii samorządów. Dla świadczeniobiorców innych niż ubezpieczonych JST wydają decyzje potwierdzające prawo do świadczeń. Aktualnie regulacje nakazują również ingerencje w gospodarkę finansową jednostek zdrowotnych w sytuacji poważnych problemów finansowych. W takim przypadku samorząd powinien pokryć deficyt finansowy jednostki, zmienić sposób zarządzania gospodarką finansową bądź nawet zlikwidować podmiot. [SZETELA P



(2015) ROLA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA:
ORGANIZATOR, PODMIOT TWORZĄCY ORAZ PŁATNIK. ZDROWIE PUBLICZNE I ZARZĄDZENIE]

Wojewoda- terenowy organ administracji rządowej w województwie i zwierzchnik zespolonej administracji rządowej na terenie województwa. Jego kompetencje to zespolenie działań organów administracji rządowej i samorządowej w rejonie w tym również w zakresie ochrony zdrowia, zapobiegania zagrożeń życia i zdrowia. Jest również zwierzchnikiem nad Jednostkami Samorządu Terytorialnego. Kieruje, kontroluje i koordynuje ich działalność zapewniając tym samym warunki skutecznego działania.

1.3. Key policies / Kluczowe zasady

Kluczowe zasady i podstawy prawne systemu ochrony zdrowia w Polsce zawierają się w ustawach:

1. Ustawa o Zdrowiu Publicznym.

Określa ona zadania zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące, ich obowiązki i sposób finansowania tych zagadnień.

Do głównych zadań z zakresu Zdrowia Publicznego należy:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa,
- edukacja zdrowotną,
- promocja zdrowia,
- profilaktyka chorób,
- działania z zakresu poprawy środowiska zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji,
- analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- inicjowanie i prowadzenie działalności naukowej i współpracy międzynarodowej,
- rozwój kadr,
- ograniczanie nierówności w zdrowiu.

Koordynację na zadaniach sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia przy pomocy Rady do spraw Zdrowia Publicznego jako organu opiniodawczo-doradczego. Do zadań ministra należy monitorowanie zadań i sprawdzanie ich spójności, sygnalizowanie problemów odpowiednim instytucjom, zbieranie raportów oraz tworzenie raportu zbiorczego. Jednym z istotniejszych zadań jest również stworzenie Narodowego Programu Zdrowia jako dokumentu ustanowionego w celu realizacji polityki zdrowia publicznego. W ramach niego ustanawia się cel strategiczny, cele operacyjne oraz poszczególne zadania i podmioty odpowiedzialne z ich wykonanie. Program sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat. Aktualny obejmuje lata 2016-2020. Nad bieżącą koordynacją działań i rozwiązywaniem problemów związanych z realizacją NPZ czuwa Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia.

2. Ustawa o działalności leczniczej

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Określa ona zasady wykonywania działalności leczniczej wraz z zasadami funkcjonowania podmiotów które ją wykonują. Dodatkowo określa zasady prowadzenia rejestrów i nadzoru oraz reguluje czas pracy kadry.

Według ustawy działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych czy innych systemów łączności. Może polegać również na działaniach promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych czy badawczych.

Podmiotami leczniczymi mogą być:

- Przedsiębiorcy
- Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej,
- Jednostki Budżetowe, W Tym Państwowe Jednostki Budżetowe
- Instytuty badawcze
- Fundacje I Stowarzyszenia
- Osoby Prawne I Jednostki Organizacyjne Działające Na Podstawie Przepisów O Stosunku Państwa Do Kościoła Katolickiego W Rzeczypospolitej Polskiej, O Stosunku Państwa Do Innych Kościołów I Związków Wyznaniowych Oraz O Gwarancjach Wolności Sumienia I Wyznania,
- Jednostki Wojskowe

Rodzajami działalności leczniczej są:

1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:

- szpitalne,
- świadczenia całodobowej opieki obejmujące pielęgnacje i rehabilitacje,
- mające na celu przywracanie i oprawę zdrowia,
- polegające na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów,

2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

3. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ordynacja określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z zasadami finansowania, trybem kwalifikowania oraz nadzorem nad tymi świadczeniami. Normuje ona również zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa oraz zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Określa również zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

4. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Przepisy określają prawa pacjenta oraz wynikające z nich obowiązki podmiotów udzielających świadczenia. Opisują również prace Rzecznika Praw Pacjenta oraz postępowanie w sprawach praktyk naruszających prawa pacjentów wraz z systemem odszkodowań.

5. Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym

Ustawa określa zasady oraz warunki prowadzenia i finansowania i nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym wraz z ustaleniem kierunków leczenia.

6. Prawo farmaceutyczne

*The creation of these resources has been (partially) funded by the ERASMUS + grant program of the European Union under grant no. 2019 1 DE01 KA203 005025. Neither the European Commission nor the project's national funding agency DAAD are responsible for the content or liable for any losses or damage resulting from the use of these resources.



Ustawa normuje zasady obrotu, wytwarzania, nadzoru, badania oraz reklamowania produktów leczniczych. Ustala wymagania dotyczące aptek, hurtowni farmaceutycznych i placówek obrotu pozaaptecznego.

7. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz lekarza i lekarza dentysty

Akty prawne które ustalają zasady wykonywania i uzyskiwania prawa do wykonywania tych zawodów wraz z określeniem norm kształcenia dla tych specjalności.

8. Ustawa o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, o samorządzie gminnym

Ustawy szczebla samorządowego które regulują obowiązki samorządców oraz wojewody w kwestii ochrony zdrowia

1.4. Health Care System / System ochrony zdrowia

System opieki zdrowotnej w Polsce to zespół osób oraz instytucji zapewniających opiekę zdrowotną ludności. Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Dodatkowo Konstytucja zapewnia, zgodnie z światowymi trendami promocji zdrowia, możliwość podtrzymania lub poprawy indywidualnego potencjału zdrowotnego i kształtowanie odpowiednich postaw. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym jednak z trendem traktowania ubezpieczeń zdrowotnych jako sfery odrębnej od pozostałych rodzajów ubezpieczenia społecznego. [ROMANIUK P, BRUKAŁO K (2015) OCHRONA ZDROWIA JAKO OBOWIĄZEK PAŃSTWA. ROCZNIKI NAUK SPOŁECZNYCH]

Głównym źródłem finansowania są źródła publiczne (składki na ubezpieczenie publiczne, budżet państwa oraz budżet samorządów terytorialnych). Systemem ubezpieczeń społecznych objętych jest około 98% populacji, a składki w głównej mierze odejmowane są od podatku dochodowego (dla niektórych grup składki pokrywane są przez budżet państwa). Pobierane są one przez instytucje pośrednie takie jak ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) oraz KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego), a następnie trafiają do centralnego funduszu ubezpieczeń społecznych czyli Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Jest on odpowiedzialny za zawieranie umów ze świadczeniodawcami zarówno publicznymi jak i niepublicznymi. Nad jego działalnością finansową kontrolę sprawuje minister właściwy do spraw finansów, a nad działalnością merytoryczną minister właściwy do spraw zdrowia.

Pierwszym kontaktem świadczeniobiorcy z ochroną zdrowia są placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) z których na drodze skierowania (w przypadku większości specjalności) można przejść na wyższy poziom czyli Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS). Są to usługi świadczone w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej czyli takiej która nie wymaga trybu stacjonarnego czy całodobowego. W jej ramy wpisuje się również rehabilitacja lecznicza oraz badania diagnostyczne. Opieką na osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi czy starszymi w głównej mierze zajmuje się rodzina. Istnieje system pomocy w postaci czysto materialnej, ale także i w formach stacjonarnej opieki całodobowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczym. Są to np. Domy Pomocy Społecznej zapewniające usługi bytowe, edukację oraz pomoc osobom wymagającym całodobowej opieki. Mogą być prowadzone przez instytucje niepubliczne jak i jednostki samorządu



terytorialnego. [SAGAN A., PANTELI D., GOLINOWSKA S I IN. (2012) POLSKA: ZARYS SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.]

W ostatnich latach w Polsce dokonuje się wiele zmian i reform mających na celu usprawnienie systemu ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem najnowszych technologii. Informatyzacja wielu dziedzin życia w tym także opieki zdrowotnej zrodziła nowe pojęcie e-zdrowia. W ramach niego pojawiają się liczne usprawnienia w sektorze zdrowotnym. Jednym z pierwszych wprowadzonych w Polsce były e-zwolnienia działające od 2016 roku ale obowiązkowo używanie od 2018 roku.

Współpraca międzyorganizacyjna pozwoliła na przyspieszenie procesu przekazywania zwolnień zdrowotnych z pracy które z formy papierowej przeszły na dużo szybszą formę elektroniczną. Kolejnym krokiem w stronę cyfryzacji było wprowadzenie e-dokumentacji.

Od 1 stycznia 2020 roku funkcjonuje e-Polsce e-recepta dzięki której zlecenie prosto od lekarza trafia do farmaceuty. System ten zwiększa czytelność recept oraz niweluje ewentualne błędy w ich wystawianiu. Wprowadzenie takiego rozwiązania zbiegło się z wybuchem pandemii COVID-19 które okazało się być bardzo pomocne podczas telewizyt udzielanych przez lekarzy pierwszego kontaktu i w konsekwencji pozwoliło minimalizować jakkolwiek kontakt przychodnia-pacjent zmniejszając tym samym ryzyko zakażenia.

W styczniu 2021 roku planowane jest wprowadzenie e-skierowań zarówno na badania jak i do AOS'ów. Sugeruje się, że dzięki nim skrócony zostanie czas oczekiwania na wizytę jak i zniweluje to problem powielania skierowań oraz wielokrotnego zapisywania się jednocześnie do kilku specjalistów. Wdrożony ma być również system IKP (Internetowe Konto Pacjenta) który pozwoli na wgląd do historii chorobowej pacjenta, świadczeń mu udzielanych oraz dostarczy samemu pacjentowi informacji w sprawie zalecanej profilaktyki. [CZERSKA I, TROJANOWSKA A, KORPAK T (2019) PRZYSZŁOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE – NOWE HORYZONTY.]

1.5. Health targets/ Cele zdrowotne

Cele zdrowotne w Polsce określone są głównie przez ministerstwo zdrowia w swoim własnym planie działalności ustalonym na każdy rok oraz w ramach Narodowego Program Zdrowia. Zaczynając kolejno od planu rocznego ministerstwo na rok 2020 ustaliło następujące cele do realizacji:

- Zwiększenie liczby studentów kierunku lekarskiego.
- Poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie ochrony zdrowia.
- Informatyzacja obszaru ochrony zdrowia.
- Poprawa dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób z orzeczoną niepełnosprawnością.
- Rozwój działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych.

Narodowy Program Zdrowia jest dokumentem strategicznym Zdrowia Publicznego. Jego powstanie wynika z założeń Ustawy o Zdrowiu Publicznym. Główne cele NPZ to wydłużenie życia Polaków,



poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.
Do osiągnięcia głównych założeń na lata 2016-2020 przyjęto następujące cele strategiczne:

1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
2. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Na kolejne lata opracowany powinien być nowy Narodowy Program Zdrowia uwzględniający aktualnie problemy w tym istniejącą pandemię COVID-19. Zarówno Polska, ale także i cały świat w swoich dążeniach do maksymalizacji działań promocji i profilaktyki zdrowotnej pominął kwestie chorób zakaźnych, co w konsekwencji sprawiło duże problemy w radzeniu sobie z zaistniałą sytuacją. W przypadku Polski niedoceniając zdrowia publicznego z brakiem instytucjonalnego zaplecza oraz brakiem odpowiednich zdefiniowanych ścieżek kształcenia w tym zakresie przy deficycie odpowiedniego zaplecza finansowego rodzi większe problemy do przezwyciężenia niż w innych krajach.

Polscy specjaliści proponują szereg rekomendacji ogólnosystemowych które należy podjąć aby do aktualnego stanu rzeczy nie doprowadzić kolejny raz. Wymieniają między innymi: [GOLINOWSKA S, KOWALSKA-BOBKO I, SOWADA C, i in. (2020) ALERT ZDROWOTNY.]

- Podjęcie działań prowadzących do utworzenie nowoczesnej struktury zdrowia publicznego.
- Przygotowanie ram prawnych, organizacyjnych i instytucjonalnych prowadzących do przygotowania strategii walki z ewentualnym zagrożeniem epidemicznym.
- Utworzenie niezależnego ośrodka badawczo-konsultacyjnego.
- Zainicjowanie dążenia do wzmocnienia pozycji zdrowia publicznego jako dyscypliny naukowej i zawodowej.
- Zwiększenie nakładów na badania naukowe dotyczące zagrożeń zdrowia populacji.
- Podjęcie prac nad skutecznym wdrożeniem w szkołach wszystkich typów nowoczesnej edukacji zdrowotnej.
- Unowocześnienie systemu ochrony zdrowia w miejscu pracy.
- Przygotowanie nowej ustawy o zdrowiu publicznym.



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	01
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	05.06.2020
Czas	10:30
Czas trwania	45 minut
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input checked="" type="checkbox"/> <u>Telefonicznie</u> <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

O Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

1. W jakiej branży Pani/i Pracuje?
Ochrona Zdrowia
2. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?
Zastępcą dyrektora szpitala, profesor na uczelni.
3. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?
Rozwój szpitala.

Część B: Ocena regionalna: Polska

4. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony?
*W Polskiej opiece zdrowotnej najlepsze są kompetencje lekarzy, a najgorsze to organizacja, zarządzanie finansowaniem i jakość usług. Wiele pacjentów korzysta wielokrotnie z tych samych badań – nikt tego nie kontroluje. Nikt również nie kontroluje liczby zdarzeń niepożądanych, a system kontroli i zarządzania jest nieefektywny i zamiast być pomocy to generuje więcej kosztów niepotrzebnych które mogły by być przeinaczone na inne cele. Wymaga się tworzenia obszernej dokumentacji jednak nie widać efektów i celu tego procesu. Brak tu sprzężenia zwrotnego.
Nie ma przejrzystości struktur organizacyjnych – np. wiele osób niepotrzebnie trafia na SOR z drobnymi problemami które nie zostały naprawione u lekarza rodzinnego bądź w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. W przeświadczeniu pacjentów SOR jest lepszym miejscem na szukanie pomocy przez co najczęściej jest niepotrzebnie zapchany.
Z kole osoby wykluczone społecznie z powodu braku informacji nie wiedzą do kogo ani gdzie się zgłosić co jest tym bardziej widoczne w innych dziedzinach jak na przykład opieka psychiatryczna. OCENA: 2*
5. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce?
Jeżeli chodzi o promocję i profilaktykę na poziomie regionalnym to jej nie ma. Organizacje pozarządowe działają w tym temacie ale w odniesieniu do głównych problemów zdrowotnych jak np. otyłość, jednak inne zagadnienia w tym problemy zdrowia psychicznego są pomijane. Jednostki świadczące usługi zdrowotne boją się wdrażać programy profilaktyczne, bo boją się nadmiernego obciążenia ich placówek, kolejek pacjentów itd. OCENA:3 jednak w zależności od działu np.: psychiatria 0 ale średnią dźwiga kardiologia.



6. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce? *Poziom zarządzania szpitalami w Polsce jest zatrważająco niski co wynika ze złego doboru kadr. Kryteria doboru personelu są pozamerytoryczne. W samej infrastrukturze jeżeli spojrzeć na budynki bywa różnie gdyż wiele szpitali z uwagi na swój wiek wymaga renowacji, jeżeli jednak spojrzeć na sprzęt, szczególnie w placówkach wielospecjalistycznych, to w wielu przypadkach możemy mówić o wysokim europejskim poziomie. Jednak znów zależy to od specjalizacji. Przykładowo psychiatria w regionie Śląska to XIX wiek. Z wykorzystanie sprzętu też różnie bywa. Często nie wykorzystuje się potencjału. Wpłynęła na to wieloletnia polityka, że każdy szpital powinien zajmować się wszystkim oraz wymogi dyktowane przez NFZ który niejednokrotnie decyzje o refundacji całego oddziału opiera na posiadanym sprzęcie który nie zawsze jest konieczny. Nie obserwuje niestety poprawy tego zjawiska (naprawy błędów systemu).*
- Z pozyskiwaniem funduszy też różnie bywa. Wykorzystuje się chętnie fundusze na infrastrukturę np. termomodernizację, natomiast wśród dotacji podwyższających kwalifikacje kadr jest rozrzut od bardzo dobrego i częstego korzystania z nich w jednej jednostce po praktycznie zerowe w drugiej. Różnice najczęściej wynikają z braku kompetencji osób zarządzających tym jednostkami i brak motywacji odgórnej np. ze strony funduszu który nie zwraca uwagi na kwestie np. poziomu wykwalifikowania kadr placówki świadczącej usługi zdrowotne. Pomimo widocznych w skali kraju braków personelu medycznego sytuacja ta mogłaby wyglądać zdecydowanie lepiej. Stworzenie centrów diagnostycznych czy kontrola powtórnych hospitalizacji pacjenta z tych samych przyczyn mogłaby poprawić jakość świadczonych usług i dać możliwość wpływu na lepszy poziom kompetencji kadr.*
- Np. w Izraelu każdy szpital zatrudnia osobę (ktoś z branży medycznej) który zajmuje się czasem po wyjściu ze szpitala (osobiście, on-line, w postaci telemedycyny). Taki pacjent czuje się bezpieczniej. My w Polsce wypuszczamy osobę i nic o niej nie wiemy, czy trzyma się zaleceń. Taki zabieg pozwoli zmniejszyć ilość powrotów do szpitala.*
7. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować?
- Nie a szanse wprowadzenia są niskie. Kiedyś próbowano wprowadzić klastry (w innych dziedzinach nie koniecznie medycznej) jednak do dziś niewiele z nich dalej funkcjonuje.*
8. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce?
- Powstanie takich struktur poprawiłoby efektywność działania systemu zdrowotnej w Polsce. Zamysł jest fajny, jednak Polska nie jest jeszcze na takim poziomie kompetencji.*



Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

9. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce?

Po narzuceniu gorsetu obowiązków i przepisów, swoboda działania takiego menadżera będzie mocno ograniczona. Regionalnemu menadżerowi jednak będzie jednak łatwiej negocjować pomiędzy grupami które w skład sieci wejdą. Menadżer powinien zwrócić uwagę na zróżnicowanie potrzeb poszczególnych regionów.

10. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować?

Menadżer przede wszystkim powinien zająć się strukturą wewnętrzną, podziałem zadań wewnątrz sieci. Aktualnie niepotrzebnie w jednym obrębie jest np. wiele oddziałów wewnętrznych działających na podobnych zasadach. Powinien również być negocjatorem pomiędzy różnymi grupami nawet w ramach jednego szpitala. Aktualnie kryteria powoływania menadżerów pracujący w szpitalach są nie merytoryczne. Menadżer powinien również mieć wpływ na wymagane wykształcanie i doświadczenie podczas zatrudniania na stanowiskach medycznych w takiej sieci. Powinien również wykorzystywać wszelkie organizacje dodatkowe działające w ramach ochrony zdrowia i z nimi współpracować. Do tej pory istotne dla poziomu zdrowia regionalnej społeczności okazywały się stowarzyszenia pacjenckie.

11. Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce?

12. Jakie rodzaje problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy?

Podstawowym problemem będzie opór społeczny we wszystkich grupach związanych z ochroną zdrowia, od lekarzy, pielęgniarki po pracowników administracji gdzie z kolei jest problem z brakiem odpowiedniej wiedzy i kompetencji.

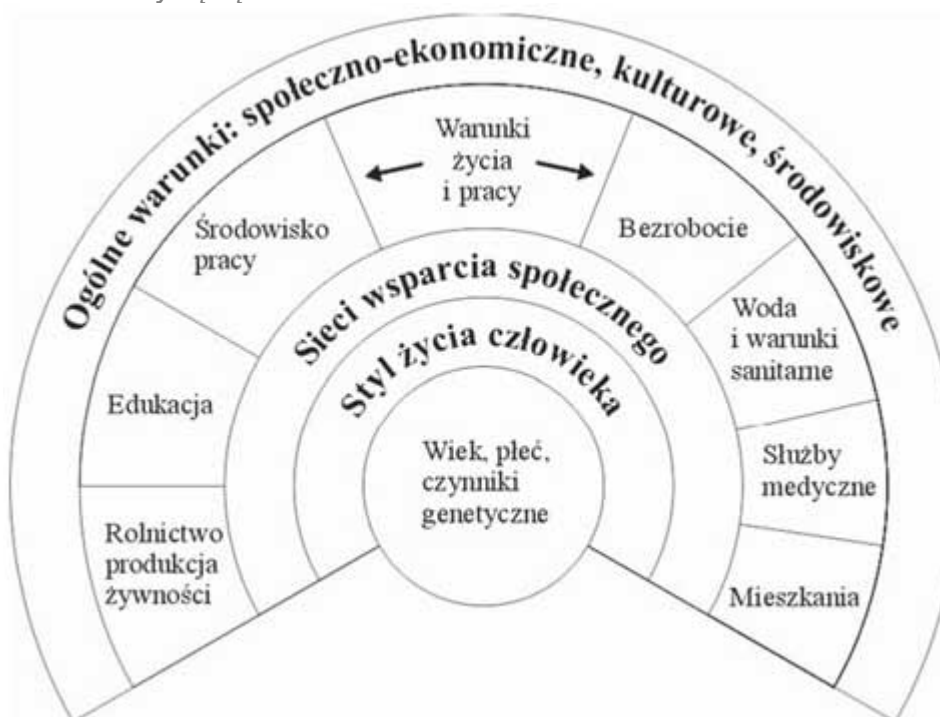
13. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować?

Menadżerowie powinni być zewnętrzną, suwerenną jednostką która nie tylko będzie współpracować z już istniejącymi jednostkami samorządowymi czy wojewódzkimi ale także z frakcjami politycznymi który w znacznym stopniu kształtują politykę zdrowotną nawet na poziomie regionalnym. Do tego współpracą z organizacjami pozarządowymi oraz z instytucjami takimi jak banki czy nawet lokalne przedsiębiorstwa czy korporacje.

14. Jakie kompetencje i kwalifikacje powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania?

Powinni to być ekonomiści, specjaliści od zarządzania, specjaliści zdrowia publicznego jednak nie lekarze którzy kształceni są w innych celach.

15. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? *Jestem zwolennikiem podejścia holistycznego więc menadżer powinien odnosić się zarówno do problemów somatycznych jak i psychicznych.*
16. Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? *Zgodnie z podejściem holistycznym wszystkie determinanty będą ważne.*



Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menadżerów ds. zdrowia?

17. Jakie wymagania są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menadżer regionalnej sieci zdrowia?
Nie szkolenie a minimum studia pierwszego stopnia
18. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menadżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?
Aktualnie nie ma, jednak są kierunki edukacyjne które można by przebudować aby stworzyć możliwości do wykształcenia menadżerów zdrowia.
19. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia? *Zidentyfikowany właściciel, zarządzanie na podstawie krajowego prawa, jasny podział ról z przypisanymi obowiązkami. Zarządzanie nie koniecznie powinno skupiać się tylko na podziale terytorialnym ale również na np. branżach, łączeniu grup o podobnych problemach zdrowotnych. W kwestii finansowania powinno się dopuścić wszystkie formy finansowania.*



20. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce?

Menadżerowie sieci zdrowia w Polsce mogliby być najważniejszą jednostką w opiece zdrowotnej.

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

21. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia?

a) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?

b) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?

c) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?

Oprogramowanie już istniejące jest mocno rozproszone jednak wiele instytucji jest informatyzowanych. Niektóre szpitalne są dość dobrze rozwinięte w kwestii informatyzacji swojej pracy. Wiele programów jest kompatybilnych ze sobą lecz brakuje możliwości wglądu do sieci innych szpitali w określonych celach. Wiele modułów po drobnych korektach mogłaby być użyteczna w zarządzaniu sieciami zdrowia.

Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?

Nie.



Dane demograficzne

- Wiek: __62__
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☒ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: __Ruda Śląska (miasto powyżej 100tys.)__
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☒ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____11:15_____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	02
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	08.06.2020
Czas	9:00
Czas trwania	40 minut
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input checked="" type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

O Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

22. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Ochrona zdrowia

23. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Zarządzanie placówką ochrony zdrowia na poziomie POZ, medycyny pracy oraz opieki specjalistycznej oraz wykładowca na uczelni.

24. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Organizowanie, kierowanie, kontrolowanie procesu dostarczania świadczeń medycznych na poziomie podstawowej opieki medycznej oraz koordynowanie pracy specjalistów.

Część B: Ocena regionalna: Polska

25. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony?

System opieki zdrowotnej to dość skomplikowana struktura, jest niejednorodny i można go oceniać pod różnymi kątami. Jakby wziąć pod uwagę dostępność to różni się ona w POZ inna w lecznictwie szpitalnym a jeszcze inna w lecznictwie specjalistycznym gdzie czas oczekiwania jest najdłuższy. Inna kwestia to finansowanie gdzie POZ finansowany ze stawki kapitałowej i ma dość łatwy do przewidzenia poziom przychodów. Łatwy do przewidzenia poziom przychodów mają też szpitale z sieci szpitali aczkolwiek wiele z tych szpitali w Polsce się silnie zadłuża ze względu na warunki rynkowe i w moim przekonaniu prezentuje dalece błędną ideę budowania finansowania retrospektywnego. Organizacyjnie mamy problemy głównie kadrowe, gdyż ciężko kierować zespołami i motywować ludzi do pracy gdy ich na rynku nie ma lub trzeba płacić stawki które są nieproporcjonalne do kompetencji. Do mocnych stron w Polsce mamy dość dużo pozytywnego kapitału społecznego i ludzkiego i w zasadzie system dzięki temu funkcjonuje, mamy również dość dobrą infrastrukturę i rozproszenie dostępności nie tylko placówek ale również sprzętu. Problem jest, że pomimo posiadania sprzętu nie zawsze dysponujemy środkami aby finansować użytkowanie tego sprzętu. Dla grup wykluczonych jest wiele udogodnień jednak w praktyce te rozwiązania kiepsko działają.

OCENA: W skali świata jako Państwo europejskie wysoka ocena, jednak w odniesieniu do innych wysokorozwiniętych Państw dość nisko. Średnia 5

26. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce?



Programy profilaktyki mają największy sens z punktu widzenia organizacji na poziomie regionalnym gdyż jest to obszar który można stosunkowo łatwo i szybko skoordynować. Tego typu programy mogłyby być programami centralnymi ale do tej pory tak zarządzane projekty się nie udawały. Wczytując się w idee sieci zdrowia która sama w sobie jest bardzo dobra i jeżeli miałyby być realizowana to z poziomu regionalnego. Aktualnie włączenie się do programu profilaktyki czy promocji z punktu widzenia małej jednostki jest ciężkie. To są dość skomplikowane procedury i np. skorzystanie z programów unijnych zarządzanych przez instytucje regionalne jest ciężki dla małych jednostek z powodu braku kadry wyspecjalizowanej do obsługi tego typu programu – najpierw uzyskania, potem przeprowadzania a na końcu rozliczenia. Lepiej będą sobie radzić jednostki duże. W kwestii promocji zdrowia kontakt powinien być bezpośredni, regionalny jednak powinna być jednostka koordynująca aby programy nie były chaotyczne lecz wieloletnie i sieci zdrowia mogłyby temu posłużyć.

27. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce?

Infrastruktura, zasoby ludzkie, wiedza to elementy które w Polskiej ochronie zdrowia bardzo punktuja i podnoszą go w rankingach. Biorąc pod uwagę liczbę wysokospecjalistycznego sprzętu w regionie śląskim, małopolskim czy mazowieckim to Polska jest na poziomie unijnym. Potencjał ludzi, poziom wykształcenia też nie odbiega od standardów światowych.

28. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować?

Istnieją takie struktury np. w biznesie to sieci klastrowe gdzie podmioty o podobnej charakterystyce łączą się w zespoły po to aby uzyskiwać większą efektywność. W ochronie zdrowia przykładem próby budowania sieci jest pakiet onkologiczny włącznie z ideą koordynatora tego pakietu na poziomie szpitali.

29. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce?

Sieci zdrowia mogłyby być celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowia jednak musiałby być odpowiednio ulokowanie w polskim systemie prawnym i mieć środki finansowane. Koordynator musiałby mieć narzędzia wywierania wpływu żeby jego praca nie była tylko fasadą.

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

30. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce?

Podstawowym problemem osoby czy instytucji która zarządzałaby sieciami zdrowia to będzie zdolność oddziaływania na otoczenie. Takie stanowisko musiałoby być silnie ulokowane w polskim systemie prawnym czyli musiałby być możliwość podejmowania



decyzji i wpływania na działanie innych podmiotów czy to poprzez decyzje nadzorcze czy kontrolne. Musiałaby być również silna dźwignia finansowa – musiałyby się to po prostu podmiotom włączonym opłacać gdyż jest to jeden z najsilniejszych motywatorów jaki aktualnie funkcjonuje.

31. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować?

Zadania menadżera są hybrydą zarządzania, komunikacji, posługiwania się umiejętnościami społecznymi, negocjacyjnymi, analitycznymi. Również ważne jest wykorzystywanie nadarzających się szans które pojawiają się w poszczególnych regionach. Pomimo że Polska jest dość homogenicznym krajem to szanse i potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach mogą być dość różne. Taka osoba czy podmiot powinna mieć możliwość do elastycznego reagowania.

Łoby

32. Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce?

Regionalni menadżerowie sieci powinni stworzyć sieć podmiotów kooperujących, żywo zainteresowanych współpracą gdyż w nich jest siła. Takie podmioty dobrowolnie wchodzące do sieci bądź z jakiegoś powodu zachęcane później efektywnie się w tą sieć angażują. Jeżeli stworzymy instytucje która oprócz strony internetowej i stanowisk nie będzie miała żadnych realnych przełożeń na życie mieszkańców to przedsięwzięcie jest bezsensu.

33. Jakie rodzaje problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy?

Każdy kto robi coś nowego musi przekonać otoczenie, że jego działania mają sens a w przypadku promocji i profilaktyki wysiłki podjęte dzisiaj dają efekty w przyszłości. Taka osoba musi mieć dar przekonywania do tego że to co ludzie pod jego hospicjami będą robić będzie miało sens i zdoła innych zachęcić do podjęcia wysiłku. Dodatkowe zadania dla pracowników opieki zdrowotnej (już mocno zajętych) muszą być odpowiednio lukratywne i nie chodzi tu o prymitywnie rozumiany zarobek, ale muszą być lukratywne społecznie - dawać satysfakcje tak żeby było widać że praca ma sens.

34. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować?

Katalog organizacji jest szeroki i sami menadżerowie powinni decydować z kim współpracować. Standardowo przyjmuje się że włączają się wszyscy decydenci (polityczni, administracyjny) oraz dodatkowo reprezentanci wszystkich interesariuszy w systemie zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Również należy się zastanowić kto jest użyteczny tak żeby nie pominąć żadnej grupy społecznej tak aby tworząc coś dla grup określonych nie zrobić tego bez ich akceptacji. Trzon, rdzeń organizacji współpracujących musi być standardowy jednak do tego powinny być dobierane osoby, instytucje adekwatne do aktualnie podejmowanych problemów

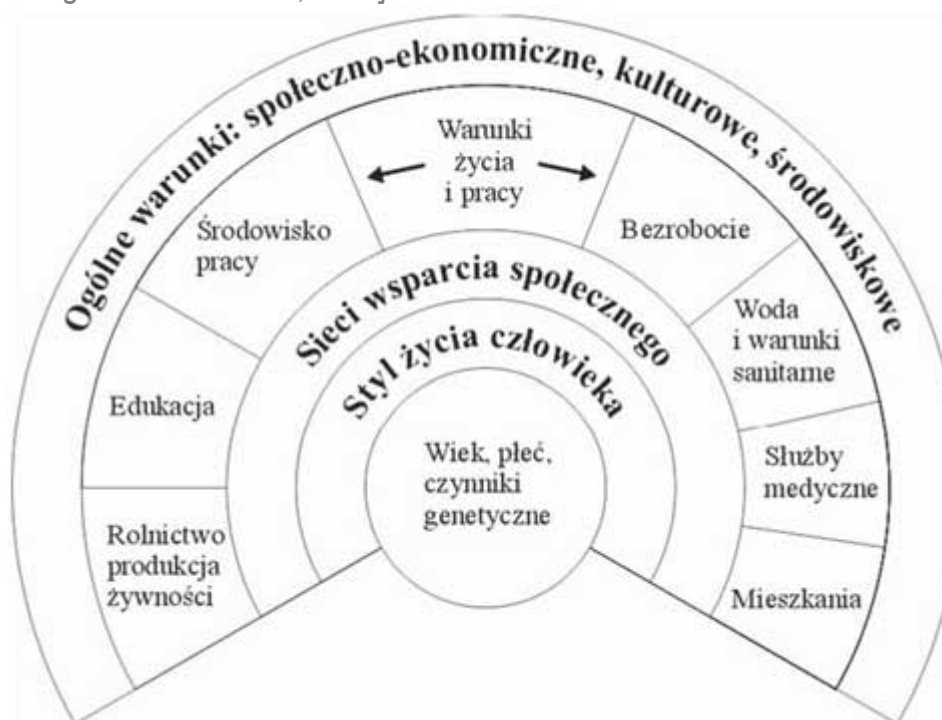
35. Jakie kompetencje i kwalifikacje powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania?

Powinien mieć kompetencje takie jak każdy menadżer czyli zdolność do syntetycznej analizy sytuacji, kooperacji z różnymi osobami czy podmiotami, zdolności interpersonalne i szeroką wiedzę branżową z ochrony zdrowia. Odpowiedni byłby specjalista który ma wyobrażenie o rynku zdrowia. Być może użyteczna będzie wiedza z zarządzania, być może z ekonomii czy z prawa ale musi to być nadbudowane znajomością funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Mógłby to być przykładowo lekarz, doświadczona pielęgniarka, ratownik czy absolwent zdrowia publicznego.

36. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce?

Sama idea sieci zdrowia jest dobra w kontekście regionalizmu który powinien spływać na społeczności lokalne jednak nie warto stosować akademickich podziałów na potrzeby społeczeństwa czy determinanty zdrowia gdyż nie zawsze są adekwatne. Osoba mieszkająca w dużym mieście może mieć błędne wyobrażenie o potrzebach innych społeczności.

37. Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? [np. w nawiązaniu do determinantów zdrowia Dahlgren & Whitehead, 1991]



Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menedżerów ds. zdrowia?

38. Jakie wymagania są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menedżer regionalnej sieci zdrowia?

Zbudowanie specjalizacji menadżera sieci zdrowia byłoby w Polsce możliwe aczkolwiek zawężanie możliwości zatrudniania osób na określonym stanowisku do posiadania zawodu byłoby niewskazane. Należałoby jednak weryfikować



kompetencje które mogą być uzyskiwane na różnej drodze – poprzez studia I czy II stopnia np. na zdrowiu publicznym czy przez wieloletnie studia medyczne bądź przez studia podyplomowe. Ważniejszy jest katalog umiejętności, doświadczenia i predyspozycji niż konkretny dyplom.

39. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Aktualnie nie spotkałem się z jakimiś możliwościami edukacyjnymi dla menadżerów sieci zdrowia.

40. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia?

Trudno ocenić jednoznacznie czy sieci zdrowia powinny być apolityczne czy być może należałoby je wrzucić w już istniejący system polityczny gdzie mamy już całe zaplecze zgodne ze struktura państwa. Z drugiej strony instytucje oderwane od tych konstrukcji, ponadrzędowe będą miały pewną niezależność – pytanie czy będą miały też źródła finansowania? Sieci zdrowia powinny być funkcjonalnie silnie zdekoncentrowane jednak ale jeśli chodzi o kwestie finansowania to muszą być twardo wpisane w ustawę. Tylko jeśli w systemie prawnym będzie zabezpieczone finansowanie sieci zdrowia będą mogły działać. W kwestii ewentualnego prywatnego finansowania w Polsce nie ma takiego potencjału który mogłyby udźwignąć finansowanie takich sieci. Być może warto zastanowić się na sensowności istnienia innych organizacji które konsumują pieniądze w zamian za sieci zdrowia.

41. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce?

Jeżeli będą skuteczni i będą mieli fundusze do dyspozycji to mogą być bardzo skuteczni. Jeżeli będą bardzo zaangażowani w zmienianie rzeczywistości na lepszą to wierze że mogliby wywierać pozytywny wpływ na zdrowotność populacji rozumianą długofalowo.

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

42. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia?

Osobiście nie posługuje się takim oprogramowaniem na co dzień poza klasycznym oprogramowaniem dedykowanym do konkretnych zadań w jednostkach ochrony zdrowia. Należałoby zaadoptować oprogramowanie które pochodzi z tak zwanego zarządzania projektami gdyż one mają ewentualne funkcjonalności które można wykorzystać przy sieciach zdrowia.

- a) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?
- b) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?
- c) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?



Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?



Dane demograficzne

- Wiek: 45
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☒ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: miast do 100 tys
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☒ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: 9.40

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	03
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	15.06.2020
Czas	11:00
Czas trwania	30
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input checked="" type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

☒ **Tak**

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

43. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Opieka zdrowotna

44. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Dyrektor szpitala

45. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Jestem odpowiedzialna za zarządzanie szpitalem, za jego reprezentację, również organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, administrowanie jednostką a także gospodarowanie finansami szpitala, zasobami kadrowymi, infrastrukturą. Ponadto do moich obowiązków należy również organizowanie pracy w szpitalu w taki sposób, aby zapewnić osiągnięcie celów a także możliwości realizacji zadań zgodnie ze statutem szpitala. Do moich kompetencji należy także wytyczanie kierunków strategii rozwoju oraz czuwanie nad ich realizacją.

Część B: Ocena regionalna: Polska

46. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony?

Nasz system opiera się głównie na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym co jest oczywiście dla osób ubezpieczonych wysoce komfortowe i to stanowi niekwestionowaną mocną stroną dla ubezpieczonych. Niestety to ubezpieczenie zdrowotne realnie tylko w pewnym procencie obciąża podatnika, gdyż każdy podatnik odlicza 7,75 % od podatku jednak to niestety wiąże się z tym, że ludzie korzystający z systemu mają znacznie wyższe oczekiwania uznając że to oni finansują i to powoduje, że mają większe roszczenia. Mocną stroną naszego systemu jest udzielanie świadczeń (uważam na bardzo wysokim poziomie) bo mamy wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną o wysokich kompetencjach i to jest niewątpliwie zaletą. Zaletą także jest to, że istnieją liczne programy które poprawiają koordynację opieki np. nad określonymi schorzeniami lub grupami populacji jak np. pacjenci chorzy na nowotwory itd., wszystkie programy pilotażowe psychiatryczne. Natomiast mankamenty oczywiście też są i jest to np. kontraktowanie ponieważ stawia się zakładom opieki zdrowotnej zbyt wysokie (w stosunku do wyceny procedur, zasobów kadrowych i sprzętowych) wymagania. Wymogi płatnika w stosunku do świadczeniodawcy są nieadekwatne do przekazywanych środków i ekonomicznie nieuzasadnione a czasem odbiegające od rzeczywistości (np. oczekuje się posiadania specjalistów których na rynku w Polsce jest np. pięciu albo jakiegoś sprzętu który nie każdy ma i trzeba sztucznie

pomiędzy szpitalami tworzyć umowy aby móc te wymogi spełniać). Brak jest również regulacji i przejrzystych zasad dla podmiotów publicznych i prywatnych. Często podmioty prywatne konkurują z publicznymi i niestety wypadają dużo lepiej jeżeli chodzi o infrastrukturę. Mankamentem jest zbyt duża dywersyfikacja podmiotów oraz różnorodność kompetencji powodująca że funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej rozdzielono pomiędzy różne podmioty - chodzi mi tu o gminy, powiaty, województwa, NFZ, ministerstwo zdrowia. Uważam że w wyniku takiego podziału zadania dublują się a wydatki się powielają co doprowadza do nie efektywnego wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na leczenie. W zakresie dostępności mamy problem z kolejkami i listami oczekujących. Często zdarza się że np. pacjent niestety zdąży umrzeć zanim doczeka się hospitalizacji. Inną wadą to również problem dostępności do badań. Już się troszeczkę poprawiło z rezonansem tomografią ale jeszcze ta dostępność do opieki specjalistycznej, ambulatoryjnej jest bardzo trudna z powodu tych kolejek. Oczywiście problemem systemu jest brak specjalistów, niedobór pielęgniarek i lekarzy. Ostatnia wada to roszczenia pacjentów o których już wcześniej wspominałam, ponieważ kwoty roszczeń przekraczają racjonalną granicę która wynika z możliwości zakładu opieki zdrowotnej. Zakłady otrzymują środki z NFZ na leczenie a nie na roszczenia i uważam że te kwestie powinny zostać uregulowane w inny sposób np. za odszkodowania powinien odpowiadać skarb państwa jeżeli chodzi o szpitale publiczne.
Ocena: 5

47. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce?

Muszę przyznać, że chętnie korzystam z takich programów w mojej pracy chociaż czasem bywa tak że trudno się wpiąć w jakieś wymogi bo jesteśmy w jakiś sposób wykluczeni ale to się poprawiło i często nawet jako szpital staramy się tam gdzie możemy brać udział w takich projektach promocji. Ocena: 7

48. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce?

Uważam że poziom infrastruktury, zasobów jest różny w zależności od regionu. Jest to troszeczkę na naszym rynku zróżnicowane - tam gdzie podmioty tworzące są zasobniejsze ten poziom jest wyższy. Na pewno z roku na rok ten stan infrastruktury jednostek opieki zdrowotnej się polepsza ponieważ wykorzystuje się np. środki europejskie ale jeszcze dużo w tym zakresie jest do zrobienia. Mamy większy dostęp do wiedzy, technologii czy badań.

49. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować?

Zaobserwowałam coś takiego, że się tworzy dużo struktur analogicznych do sieci zdrowia, ale funkcjonuje to w ramach wsparcia małych i średnich przedsiębiorstw. Nie wiem jak sobie przedsiębiorstwa z tym radzą i na ile ich to rozwija ale wiem, że funkcjonuje. Wiem też, że są próby tworzenia takich klastrów medycznych bo np. taki funkcjonuje w Knurowie jednak też nie wiem na ile i w jakim zakresie działa. Wiem też, że jest śląski klaster na przykład leczenia niepłodności czy



śląska sieć wyrobów medycznych. Myślę że już jakieś próby są podejmowane, ale jeszcze wiele o nich nie słyhać, jest to jeszcze w fazie rozwoju i dopiero przyniesie jakieś efekty.

50. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce?

Uważam że takie struktury - sieci zdrowia zapewne przyczyniłyby się do rozwoju branży, dostępu do technologii. Uważam że również byłaby zwiększona możliwość wymiany doświadczeń, wdrażania nowych rozwiązań czy chociażby realizacji badań naukowych, które miałyby określone cele i więcej podmiotów mogłoby brać w tym udział i przyda się to do kooperacji pomiędzy jednostkami. Myślę że ogólnie przyczyniłoby się to do rozwoju ochrony zdrowia.

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

51. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce? / Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować?

Po pierwsze wydaje mi się, że do tematu sieci zdrowia nie wiadomo jakie podejście będzie miała władza a to też jest ważne jak oni się będą zapatrywać. Instytucje raczej takie sieci traktują fakultatywnie, jako jakieś narzędzie a nie jako coś kluczowego. Wyzwaniem będzie również to, aby kooperować wiele podmiotów, połączyć je w świadomy sposób aby te działania które będą podejmowane, będą mogły być trwałe i dawać określone cele. Ważnym wyzwaniem będzie szerzenie świadomości potrzeby funkcjonowania takich struktur. Nie każdy te potrzeby czuje. Układ sił w sieci kooperowania też może być wyzwaniem dla takiego menadżera jak i koordynowanie działań pomiędzy różnymi instytucjami, podmiotami takiej sieci. Istotnym problemem może też być sieć wymiany informacji - jak to zrobić żeby to wszystko funkcjonowało aby obieg informacji był dobry i dawał jak największe możliwości dla uczestników. Na pewno wyzwaniem będzie efektywność działania takich klastrów. Wyzwaniem mogą też być zasoby ludzkie, zasoby finansowe i infrastrukturalne, brak uwarunkowań prawnych. Ważne też będzie kształtowanie postaw współpracy, wzajemnych celów i efektów. Takim ogólnym wyzwaniem będzie całe otoczenie klastra - przychylność nie tylko tych władz lokalnych, instytucji ale świata nauki, dostępu do finansowania, obecność instytucji otoczenia biznesu. Ważnym wyzwaniem w tego typu przedsięwzięciach będzie też budowa atmosfery wzajemnego zaufania.

52. Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce?

Myślę że regionalni menadżerowie zdrowia powinni zajmować się problemami lokalnymi, dotyczącymi funkcjonowania ochrony zdrowia na danym rynku, powinni porównywać się z innymi regionami, analizować przyczyny np. odstępstw, czy istnieją inne efekty leczenia aniżeli na naszym rynku aby móc przyczyniać się do



zwiększenia efektywności swojego regionu a także rozwoju usług zdrowotnych z możliwością zastosowania najnowszych technologii w branży.

Uważam że tacy menadżerowie powinni także przeprowadzać konsultacje, badania społeczne aby znać oczekiwania świadczeniobiorców i wdrażać ciekawe pomysły albo inicjatywy które wiążą się z rozwojem zdrowia i usług w danym regionie. Winni też podejmować współpracę na szczeblu regionalnym krajowym nawet międzynarodowym, aby wyłapywać trendy które będzie można na rynku lokalnym zaadoptować.

Powinni także umieć kształtować modele zachowań które będą wpływały na poprawę zdrowotności w regionie. Również powinni inicjować zadania z zakresu profilaktyki zdrowia.

53. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować?

Urzędy i instytucje które są podmiotami tworzącymi jednostki opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia, sanepid, instytucje naukowe i jednostki opieki zdrowotnej zarówno te publiczne i prywatne (aby wymieniać się doświadczeniami), uczelnie, podmioty branży farmaceutycznej i jednostki opieki społecznej, przedsiębiorcy lokalni, społeczność lokalna. Dobór podmiotów powinien wynikać z potrzeby danego projektu i powinno się dostosowywać otoczenie do potrzeb realizacji jakiegoś zadania.

54. Jakie kompetencje i kwalifikacje powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania?

Myślę że poza wiedzą specjalistyczną i umiejętnościami komunikacyjnymi czyli technikami prezentacji, negocjacji, mediacji, prowadzeniem spotkań, menadżer powinien cechować się także inteligencją emocjonalną. Powinien posiadać zdolności analityczne, być zorientowany na cele i wyniki. Taki menadżer powinien umieć koncentrować się na celach, posiadać umiejętności pracy w grupie, zdolności przywódcze, charyzmę żeby przyciągać do klastra wartościowe osoby i instytucje do współpracy. Winien być bardzo dobrym planistą i organizatorem. Powinien cechować się znajomością rynku zdrowia, nauki i technologii. Powinien odznaczać się łatwością dostosowywania się i adoptowania do zmian na rynku. Powinien dbać o rozwój wszystkich członków klastra, rozwiązywać problemy a przede wszystkim mieć pomysły i wykazywać inicjatywę w podejmowaniu wszelkich działań.

55. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? / Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce?

Uważam że wszystko to trzeba łączyć, wyczuwać aby umiejętnie później tym pokierować. Wykorzystać trzeba wszystkie czynniki które można aby lokalną opiekę zdrowia rozwijać. Wszystkie elementy związane z jakością życia powinny się tu łączyć.



Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menedżerów ds. zdrowia?

56. Jakie wymagania są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menedżer regionalnej sieci zdrowia?

Taka funkcja menadżera regionalnej sieci zdrowia to funkcja bardzo odpowiedzialna i będzie wymagała posiadania wielu różnych zdolności i często od trafności decyzji, umiejętności i kompetencji menadżera sieci zdrowia i wdrożonych przez niego działań będzie zależeć regionalny sukces branży i jej rozwój. Menadżer powinien szkolić się w szerokim zakresie, aby oprócz wiedzy specjalistycznej posiadać kompetencje społeczne na wysokim poziomie, umiejętności interpersonalne, analityczne, zdolności szybkiego myślenia i działania i być może jakieś studia ukierunkowane na ten cel też byłyby dobrym pomysłem.

57. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Są studia podyplomowe dla menedżerów ochrony zdrowia i tutaj można byłoby ten aspekt wykorzystać. Może odbywać się to na przykład tak, jak w tej chwili szkolenia organizowane są przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości która przeprowadzają różne dodatkowe szkolenia dla klastrów małych i średnich przedsiębiorstw. Na tej bazie można stworzyć platformę rozwojową dla menadżerów sieci zdrowia.

58. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia?

Myślę że dobrze byłoby, gdyby takie inicjatywy klastrowe miały możliwości mieszanego finansowania swoich działań czyli część z jakiegoś funduszu celowego (państwowego), natomiast część ze źródeł prywatnych. Myślę że taki model mieszany jest jak najlepszy i może przyczynić się do tego, że efektywność działania będzie lepsza. Im lepszy będzie menadżer regionalny tym lepiej region będzie się rozwijał i będzie miał większe możliwości pozyskiwania finansów ze źródeł zewnętrznych. Warto ustalić model mieszany który będzie stwarzał większe możliwości pozyskiwania środków a to spowoduje zwielokrotnienie możliwości podejmowania działań i inicjatyw a tym samym osiągnięcia sukcesów.

59. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce?

Może okazać się, że będą kluczowi w kwestii rozwoju opieki zdrowotnej ale także z punktu widzenia korzyści makroekonomicznych i społecznych ze względu na znajomość problemów danego rynku a także możliwość wykorzystania już posiadanej wiedzy do działań praktycznych i do tworzenia bazy rozwoju właściwej dla takiej sieci Zdrowia.

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

60. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia?

Myślę że warto byłoby stworzyć coś nowego, coś co będzie działać sprawnie dynamicznie co będzie miało dobrze rozbudowaną bazę i lepiej aby to było coś nowego, coś innego.



- d) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?
- e) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?
- f) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?

Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?



Dane demograficzne

- Wiek: _____
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ____
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	04
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	24.06
Czas	10:00
Czas trwania	
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input checked="" type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

☐ Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

61. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Ochrona zdrowia

62. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Kierownik projektu

63. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Organizacja całości pracy placówki: od organizacji pracy placówki przez realizację projektów unijnych po rozliczenia.

Część B: Ocena regionalna: Polska

64. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony?

Z racji tego czym się zajmujemy właśnie w tej chwili realizujemy projekt skoordynowane usługi zdrowotne dla osób chorych na stwardnienie. I to czym my się zajmujemy to świadczymy usługi które są niedostępne bądź trudno dostępne w ramach NFZ u i największe bolączki które dostrzegamy no to właśnie niedostępność niezbędnych usług dla osób niepełnosprawnych, brak koordynowania tych usług. To co boli najbardziej, że z jednej strony osoby czekają bardzo długo do specjalisty to dodatkowo ci specjaliści wzajemnie ze sobą nie współpracują i diagnozy są skrajne i niespójne. Komplikacje związane z przyjmowaniem leków są traktowane jako inna choroba co jest efektem braku tego skoordynowana. Innym problemem jest niewłaściwa wycena. Myślę że największym problemem naszej służby zdrowia jest to, że te usługi nie są konkurencyjne i dobrze wycenione. Jak coś nie ma określonej ceny i nie wiadomo ile kosztuje to też nie jest cenione i nie jest konkurencyjne. Niedoceniane są niezbędne usługi, a z drugiej strony niektóre są przeceniane i przepłacane. Pozytywy to kompetencje kadry. Jeżeli już mamy pracowników medycznych to w większości są to bardzo dobrze wykształcone osoby i kompetentne. Ocena:6

65. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce?

Nie jest źle, dobrze też nie - tak na poziomie średniej. Pojawiają się programy natomiast są dosyć ogólne i wybiórcze. Przez działania stowarzyszenia, poprzez spotkania i przez edukację wiedza społeczeństwa na temat chorób rzadkich jest lepsza, nawet lepiej wypada to wśród naszych chorych niż ogólni w społeczeństwie. Chorzy jednak jeżeli chcą brać udział



*w programach lekowych czy się po prostu leczyć tą wiedzę muszą mieć większą.
Ocena:6*

66. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce?

My aktualnie walczymy o każdą złotówkę. Natomiast inne podmioty medyczne w kwestii infrastruktura paradoksalnie aktualnie dzięki pandemii rozwijają się lepiej. Regionalnie rozwiązało się kilka dużych konkursów i myślę że to pomogło poprawić infrastrukturę.

Część naszych projektów które realizujemy trzeba było zawiesić na czas pandemii ale otrzymaliśmy zgodę na przeznaczenie tych oszczędności na zakup innych sprzętów co paradoksalnie poprawiło troszkę naszą infrastrukturę.

Na chwilę tworzymy ośrodek, budujemy go więc działamy na bazie funduszy europejskich ale docelowo kiedy jak skończymy inwestycje i otworzą się miejsca pobytu to mamy plan żeby również współpracować z NFZ co też jest pozytywna opcją.

67. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia?

Aktualnie biorę udział w kursie MBA w ochronie zdrowia więc słyszałam o istnieniu na różnych sieci natomiast to nie są żadne konkretne informacje. Nie jest w stanie podać jakiegoś przykładu

68. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce?

Od pomysłu do realizacji daleka droga. Teoretycznie myślę że byłoby to istotne. Zawsze ktoś kto jest bardziej wyspecjalizowany i ma głębszą wiedzę np. o SM będzie w stanie lepiej pomóc niż ktoś ogólnie zajmujący się neurologią. Sami doświadczyliśmy tego tworząc nasz projekt Skoordynowane Usługi Zdrowotne który działa na terenie województwa śląskiego lokalnie. My współpracujemy z wszystkimi lekarzami mającymi doświadczenie w SM i mamy bezpośrednie kontakty z naszymi podopiecznymi i lepiej znamy ich potrzeby. Natomiast w momencie kiedy spotykamy się z innymi stowarzyszeniami czy organizacjami czy nawet z firmami na poziomie ogólnopolskim w Warszawie oni sytuacja nie wygląda tak dobrze. Patrząc na ich działania to oni zatrzymują się na pewnym poziomie struktury i nie dochodzą bezpośrednio do uczestników. Natomiast obawiam się, że mogą się zmienić opisy struktur, wszelka dokumentacja i formalnie będziemy coś wprowadzać natomiast dla samego pacjenta to niewiele się zmieni. Musieli byśmy zacząć od zmiany mentalności. Wszystko się opiera na ludziach, na ich przyzwyczajeniach i jeżeli nie zmienimy ich świadomości to obawiam się że takie działania nie wniosą nic.

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?



69. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce?

Czynnik ludzki i przyzwyczajenia kadry to jeden z głównych problemów. Kolejny to biurokratyzacja służby zdrowia oraz to co jest zawsze problemem czyli komunikacja. Jeżeli mówimy o specyficznych problemach menadżerów to są to kwestie zarządzania, komunikacji i organizacji.

70. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować? / Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce?

Z mojego punktu widzenia tematy które są najistotniejsze to zapewnienie wsparcia tym osobom które „wypadają” z systemu i np. nie trafiają jeszcze do opieki paliatywnej ale już wypadają z opieki zdrowotnej. To są osoby których żaden program lekowy już nie obejmuje bo są zbyt chore żeby mieć na to szansę. Do lekarzy rodzinnych nie są w stanie już dotrzeć więc zostają po prostu w domach. Kwestia równego dostępu do usług zdrowotnych i takiej sprawiedliwości dla wszystkich osób ubezpieczonych to jest priorytet. Współpraca z NFZ też wymaga poprawy. Obostrzenia i wymagania stawiane przez fundusz często nie mają nic wspólnego z dobrem pacjenta, natomiast przysparza dodatkowe koszty. Drugi problem z którym trzeba się zmierzyć to jest kwestia informatyzacji, dostępu do danych, ochrony danych, pracy nad danymi i przekazywanie informacji.

71. Jakie rodzaje problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy?

Z jednej strony to jest zderzenie z tym co powiedziałam, z pewnymi wyuczonymi przyzwyczajeniami, a z drugiej strony z drugiej strony jest to stworzenie wszystkich wytycznych. Chcąc wprowadzić jakąś zmianę z każdej strony spotka się jakiś mur ze względu na to, że aktualne wytyczne i przepisy będą ograniczały.

72. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować?

Teoretycznie z wszystkim. Natomiast myślę że to kwestia dobrego skoordynowania organizacji z trzech różnych typów: publicznych, prywatnych i organizacji pożytku publicznego.

73. Jakie kompetencje i kwalifikacje powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania?

im dłużej pracuję tym bardziej przekonuje się, że niekoniecznie trzeba mieć kierunkowe wykształcenie natomiast trzeba mieć wiedzę z zakresu ochrony zdrowia. Myślę że przede wszystkim trzeba mieć miękkie kompetencje pozwalające na właściwą komunikację i umiejętność współpracy a przy okazji organizacji pracy. Menadżer musi mieć kompetencje lidera aby móc przeforsować swoje pomysły i żeby móc w jakiś sposób być autorytetem dla tych z którymi z którymi chce współpracować

74. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? / Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce?



Myślę że musi wziąć pod uwagę te wszystkie wymiary i determinanty.

Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menedżerów ds. zdrowia?

75. Jakie wymagania są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menedżer regionalnej sieci zdrowia?

Najistotniejsze jest to aby nie stawiać warunków jedynie w kwestii zdobytych dyplomów bo wtedy zamiast doceniać kompetencje i kwalifikacje skupimy się na tym, żeby ktoś zyskał tytuł nie kładąc nacisku na jakość tej nauki. Jeżeli możemy zaoferować jakąś edukację to w takim kierunku w którym będą elementy zarządzania, komunikacji, psychologii, organizacji pracy w ochronie zdrowia. Położyłabym nacisk na kompetencje miękkie i podejście do ludzi, nie tyle na formalne kwalifikacje.

76. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Myślę że nie ma takich kompleksowych możliwości edukacyjnych które poruszałyby wszystkie istotne kwestie: komunikacyjne, psychologiczne, prawne, administracyjne i organizacyjne. Natomiast pojedyncze szkolenia już na rynku edukacyjnym znaleźć można.

77. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia?

Moim zdaniem, jeżeli coś jest nadzorowane państwowo to cele tego bardzo szybko mogą zmienić pierwotny sens. Proponowała raczej, żeby to zarządzanie było przez jakąś grupę albo jakiś komitetem sterujący składający się z przedstawicieli różnych branż. Potrzebna byłaby jakaś sieć współpracy podmiotów wszystkich sektorów

78. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce?

Bardzo ważni

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

79. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia?

Osobiście sami nie znaleźliśmy takiej która byłaby odpowiednia gdyż wszystkie dostępne po pierwsze przekraczały budżet i tak nie mogliśmy ich dostosować do swoich potrzeb. Natomiast zastanowić się należy, czy warto tworzyć coś od zera gdyż tworzenie czegoś od podstaw zabierze czas który warto poświęcić na faktyczne tworzenie sieci.

g) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?

h) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?

i) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?



Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?



Dane demograficzne

- Wiek: _____
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ____
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	05
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	30.06
Czas	11.30
Czas trwania	20
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

☐ Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

80. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Administracja w samorządzie terytorialnym

81. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Kierownik biura zdrowia i spraw społecznych.

82. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Do kompetencji i obowiązków należy w szczególności analiza stanu zdrowotnego mieszkańców, opracowanie działań profilaktycznych oraz organizacja miejskich akcji profilaktyki zdrowotnej, ocena i kontrola dostępności do poziomu usług świadczonych przez lokalnych podmioty lecznicze w tym przedkładanie raportów działania z publicznymi i niepublicznymi jednostkami ochrony zdrowia, opracowanie projektów programów polityki zdrowotnej, uzyskiwanie opinii agencji oceny technologii medycznych, koordynowanie programów polityki zdrowotnej w tym organizacja konkursów ofert na ich realizację, współpraca w zakresie promocji, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, przyjmowanie zgłoszeń od osób uzależnionych od alkoholu i środków psychoaktywnych, organizacja lokalnych imprez profilaktycznych dla dzieci i młodzieży szkolnej o charakterze kulturalnym i sportowo rekreacyjnym. Organizacja szkoleń z zakresu przeciwdziałania uzależnieniu. Organizacja otwartych konkursów ofert na realizację zadań wynikających z ustawy o pożytku publicznego i wolontariacie, organizacja wypoczynku dla dzieci i młodzieży, monitorowanie problemów uzależnień.

Część B: Ocena regionalna: Polska

83. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony? *Ocena:5*

Na przykładzie naszego szpitala: mamy bardzo dobrze wyposażony szpital, jest najlepszy w województwie względem wyposażenia, wyspecjalizowaną kadrę medyczną a pomimo to jest bardzo niski kontrakt, niedoszacowany. Moglibyśmy więcej wykonywać badań w szpitalu, hospitalizacji ale nie jest to zakontraktowane na takim poziomie jak powinno to wyglądać.

Każdy mieszkaniec który chce się dostać do podstawowej opieki zdrowotnej jest przyjmowany na bieżąco nie ma jakichś większych utrudnień. Większe problemy są do poradni specjalistycznych tam jest dłuższy okres oczekiwania ale akurat na terenie miasta nie jest to jeszcze aż taki długi okres



Jeżeli chodzi o struktury to mamy ustawę która dzieli jasno co może samorząd, co może województwo, co może gmina, co może szpital a co może inny podmiot leczniczy. My jako gmina generalnie bazujemy na promocji zdrowia i na samych programach polityki zdrowotnej, a same przychodnie na terenie miasta działają w ramach kontraktu ewentualnie publicznych usług.

84. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce? *Na poziomie całego województwa i na poziomie całej gminy to myślę że to dobrze funkcjonuje. Ja akurat zajmuję się profilaktyką uzależnień od alkoholu lub narkotyków i jest jasno określone w ustawach co może a co nie możemy. Mamy jasny podział obowiązków.*

Jeżeli chodzi o dostęp zgłaszanie się do projektów profilaktycznych to na przykładzie naszego miasta: Prezydent podjął decyzję o przystąpieniu programu szczepień przeciw grypie które nie są zakontraktowane w ramach funduszu. Następnie zostaje opracowany program „Szczepienia Przeciwko Grypie” które jest poddany ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i został pozytywnie zaopiniowany. Rada miasta przyjmuje budżet na ten cel i ogłaszany jest konkurs do których przystępują podmioty lecznicze i potem wybrany podmiot leczniczy szczepi nam wybrane osoby. Myślę, że większy jest opór ze strony mieszkańców i nie chcą np. się szczepić pomimo dużego nacisku na promocję szczepień i na różnego typu akcje. Na siłę nikogo nie zaszczepimy. Myślę że trzeba duży nacisk kłaść na edukację mieszkańców pomimo, że już wiele się w tym zakresie robi. ocena:6

85. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce? *Zależy od kontraktowania w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia na co już nie mamy wpływu. Sam dostęp dla mieszkańca jest łatwy. Są strony internetowe, jest nacisk na media więc każdy ma dostęp. Można łatwo poszukać usług i nawet informacje o średnim czasie oczekiwania na przyjęcie do danej przychodni są łatwo dostępne na stronie internetowej. Wiadomo że czas oczekiwania do poradni bardzo wyspecjalizowanych czeka się dłużej niż do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy przyjęcie do lokalnego szpitala. Jeżeli chodzi o pozyskiwanie funduszy to przychodnie mają okrojone możliwości z uwagi na refundacje w stawki kapitałowej. W ramach szpitali z kolei zawsze można było więcej wykonywać i więcej pozyskać funduszy*

86. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować? *W pewnym sensie według kontraktowania i według usług zdrowotnych to podobnym tworem systemu opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia i jego odpowiednie regionalne oddziały. Natomiast poza tym to nie*

87. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce? *Istnienie takich struktur wiązałoby się z dużym nakładem środków finansowych których w Polsce brak. Dodatkowe struktury według mnie nie wiem czy są konieczne. Opcją mogłoby być*



gdyby te zadania przejął np. Narodowego Funduszu Zdrowia i zajmował się nie tylko kontraktowaniem ale też całą resztą promocji i innych problemów zdrowotnych z danym regionie.

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

88. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce? *Brak finansowania i brak podstaw prawnych jakie powinny być jego zadania.*

89. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować? /Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce?

Podstawowe zadania w ochronie zdrowia są realizowane np. w zakresie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, długoterminowej, opieki lekarskiej ale bywają niewystarczająco finansowane. Świadczeniami profilaktyki zdrowotnej też już zajmuje Fundusz Zdrowia czy Wydział Polityki Zdrowotnej. Takim menadżerem ogólnopolskim z kolei jest już minister zdrowia człowiek który zajmuje się całością zagadnień związanych ze zdrowiem. Myślę że nie ma konieczność tworzenia następnego menadżera a usprawnienie struktur już istniejących.

90. Jakie rodzaje problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy? *Braku źródeł finansowania i odpowiednich rozwiązań prawnych. Odbiór społeczny też może być negatywny dla takiego menadżera. Znając nasze społeczeństwo będzie problem że nie ma funduszy na szpitale i na świadczenia zdrowotne a tutaj mamy na finansowanie następnej osoby.*

91. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować? *Na pewno z osobami z samorządów gmin, powiatów, województwa i co za tym idzie z oddziałami Funduszu, uniwersytetami medycznymi (jak kształtowana jest kadra) potem dopiero oświata z programami profilaktycznymi a później ewentualnie dodatkowe organizacje w zależności od problemów*

92. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? / Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? *Może takie polityczne podejście do całości bo w każdej dziedzinie jest coś do naprawy.*

Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menedżerów ds. zdrowia?

93. Jakie wymagania są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menedżer regionalnej sieci zdrowia? / Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś



możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Najpierw określenie typowych zadań dla tylko menedżera i według nich określić szkolenie. Na naszym polskim rynku jest multum studiów np. podyplomowych w zakresie ochrony zdrowia i do nich trzeba byłoby ewentualnie dodać zagadnienia dla menadżerów. Na początku mogłoby to być samo zarządzanie jak podstawa a później ewentualnie dodatkowo studia podyplomowe czy to szkolenia

94. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia? *Jeżeli sieci zdrowia będą dobrowolne to myślę że będzie się to wiązało z oporem bo dużo zadań jest już nałożonych na samorządy które nie są finansowane od góry i tutaj już nie ma środków nawet osobowych czy finansowych żeby takie zadania wypełnić. Jeżeli będą uregulowania prawne od góry że będzie to obligatoryjne i będą środki publiczne to dopiero możemy rozmawiać o tym co dalej.*

95. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce? *Na pewno byłiby ważni jeżeli zajęliby się kompleksowym naprawianiem ochrony zdrowia i całością tych zadań.*

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

96. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia? *W pracy nie używam dedykowanego oprogramowania jedynie co to korzystam podczas tworzenia programów i opracowań ze stron ministerialnych czy statystycznych.*

- j) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?
- k) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?
- l) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?

Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?



Dane demograficzne

- Wiek: _____
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ____
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	06
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	03.07
Czas	13:00
Czas trwania	
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input checked="" type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

☐ Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

97. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Edukacja wyższa

98. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Profesor

99. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Praca dydaktyczno-naukowa.

Część B: Ocena regionalna: Polska

100. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony? *Ocena: 6.*

Zmiany dostrzegalne ale niewystarczające. Mocne strony to jakość usług zdrowotnych i dostępność za wyjątkiem usług specjalistycznych. Słabe strony to dostępność dla osób ubezpieczonych których nie stać na usługi prywatnej służby zdrowia. I oczywiście patologie nadal występujące: niestety jest to np. różnica zaangażowania lekarza w gabinecie prywatnym i państwowym

101. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce? *Ocena: 6. Zmiany dostrzegalne ale niewystarczająca. Należy docenić programy badań przesiewowych i ich popularyzację w mediach choć są one bardzo ograniczone. Również bolączką jest brak gabinetów stomatologicznych w szkołach, dostęp do usług uzdrowiskowych. Długie kolejki dla osób ubezpieczonych żeby dostać się na leczenie uzdrowiskowe.*

102. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce? *Dostrzegam różnicę występującą na poziomie lokalnym ale ogólnie dostęp do wiedzy i aparatury jest podobny w całym kraju. Dostęp do tych zasobów czy pozyskiwanie tych zasobów jest raczej zrównoważone. Natomiast zdarza się, że w regionach mniej zurbanizowanych poziom ochrony zdrowia jest gorszy. Natomiast moje doświadczenia bazują na regionie śląska i nie wiem w gruncie rzeczy jak to dokładnie jest gdzie indziej. Obserwując doświadczenia dotyczące pandemii to podobnie jest w przypadku np. rozwiązań stosowanych w ratowaniu pacjentów zarówno tych na Lubelszczyźnie jak i tych na śląsku.*



103. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować?

Coś co mogłoby się z tym utożsamić przynajmniej w zakresie leczenia uzdrowiskowego to jest Polska Grupa Uzdrowisk. To jest spółka zrzeszająca 5 spółek uzdrowiskowych które wzajemnie się promują i razem realizują programy zdrowotne. Akurat te 5 spółek które są zebrane w jedną spółkę: Polska Grupa Uzdrowisk to są spółki których właścicielem jest KGHM Polska. To są 4 spółki stricte uzdrowiskowe natomiast jedna jest bardziej z branży turystycznej, hotelarskiej z domieszką usług.

Takie rozwiązanie się rzeczywiście sprawdza bo duży może więcej. Współpraca między nimi sprawia że nie jest to pięć małych spółek ale jedna spółka.

104. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce?

Oczywiście myślę że przemyślane struktury ośrodków zdrowia mogą być znacznie lepszym rozwiązaniem niż obecnie. Należy jednak dobrze przemyśleć sposoby tworzenia takich sieci zdrowia. Myślę że rozwiązanie jest bardzo fajne i trafne ale wszystko zależy od tego w jaki sposób się do tego podejrze i jakim sposobem zorganizuje się działanie takiej sieci.

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

105. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce?

Informatyzacja to będzie pierwszy problem czyli stworzenie jednolitego zsięciowanego oprogramowania które ułatwiłoby życie tym jednostkom i pacjentom. Myślę że czasy kiedy pacjent chodził z kompletem dokumentów od jednego lekarza do drugiego już minęły. Po drugie konieczność transportu pacjenta nawet samodzielnego, żeby to nie było tak że sieć będzie wymagała podróżowania od jednego lekarza do drugiego w obrębie 50 kilometrów. To będzie uciążliwe szczególnie dla chorego pacjenta. Kolejny problem to interes lekarzy. Lekarze jako ten element decydujący tego systemu mogą mieć pewne roszczenia. Ostatnie wyzwanie to podział kosztów i dochodów. To oczywiście będzie trudne bo dotyczy pieniędzy.

106. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować?

Szczególny nacisk powinien być kładziony na zarządzanie projektami, komunikację.

107. Jaka problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce? *Tak jak powiedziałem koordynowanie. Powinien kłaść nacisk na to żeby koordynować działania które się dzieją wewnątrz sieci bo to będzie najbardziej*



newralgicznym punktem. Również badanie opinii pacjentów bo często się tego niestety nie robi. Zapomina się o tym że te pieniądze pochodzą od tego pacjenta i on ma prawo otrzymać rzetelną usługę i tak jak np. w uzdrowiskach mamy rozwarstwienie pacjentów. Za tych których płaci NFZ czy ZUS traktuje się zupełnie inaczej niż pacjentów którzy przyjeżdżają i opłacają pobyt sami.

108. Jakiego rodzaju problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy? *Moim zdaniem to będzie zrównoważenie decyzji wielokryterialnych. Mamy wiele sprzecznych celów i trzeba będzie je pogodzić. To jest np. utrzymanie wysokich standardów przy niskich dochodach bo jeżeli to będzie finansowane przez NFZ no to wiadomo te dochody będą niższe. To jak utrzymać wysokie standardy w takiej sytuacji trzeba będzie dobrze zrównoważyć. Następnie kreowanie programów zdrowotnych. Konieczna będzie diagnostyka dotycząca jakie problemy dominują w danym regionie i na co powinno się zwrócić uwagę.*
109. Z jakimi organizacjami/instytucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować? *Menadżer raczej nie będzie miał wyboru i będzie musiał współpracować zarówno z NFZ jak i z Rzecznikiem Praw Pacjenta, POZ, przychodniami specjalistycznymi które będą wchodzić w skład tej sieci. Pytanie raczej z kim musi pracować czyli wszystkie aktualne struktury trzeba byłoby wziąć pod uwagę.*
110. Jakich kompetencji i kwalifikacji powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania? *Z pewnością umiejętności organizacyjne i komunikacyjne jak wcześniej wspomniałem. Koordynacja działań wewnątrz sieci. Badanie zadowolenia pacjentów czyli badania bardziej marketingowe niż medyczne w związku z tym adekwatne umiejętności. Moim zdaniem nie powinien to być lekarz. Niestety u nas bardzo często tak się przyjęło że takie funkcje pełnią lekarze. Ja oczywiście mam duży szacunek do wiedzy lekarzy ale do wiedzy medycznej. Czasem widzę, że lekarze mają skłonności do wywyższania swojej grupy zawodowej.*
111. Pani/Pana zdaniem, do jakich wymiarów zdrowia odnosić się powinna praca regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? / Które determinanty zdrowia są ważne w odniesieniu do pracy regionalnych menadżerów zdrowia w Polsce? *Wymiar fizyczny i psychiczny byłby kluczowy. Kwestie seksualne czy emocjonalne wchodziły w skład psychicznych. Jeżeli chodzi o determinanty to powinien raczej zająć się naprawą strukturą i systemu opieki zdrowotnej.*

Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menadżerów ds. zdrowia?

112. Jakich wymagań są potrzebne do ukończenia szkolenia jako menadżer regionalnej sieci zdrowia? *Umiejętności zarządzania natomiast nie podparte jedynie szkoleniem czy studiami podyplomowymi a pełnymi studiami wraz z doświadczeniem w tej branży.*



113. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Myślę że jak najbardziej tak. Są studia na kierunkach zarządzania, zarządzania projektem, analityki biznesowej

114. W jaki sposób należy zarządzać regionalnymi sieciami zdrowia? [Zarządzanie

powinno być zgodne z opracowaną strategią i założeniami które należałoby opracować. Improwizowane zarządzanie takimi placówkami źle się kończy. W konsekwencji są źle skoordynowane i nie funkcjonują tak trzeba. Sprawność całego systemu zależy od najsłabszego ogniwa. Wystarczy że jedno z ogniw będzie zbyt słabe i będzie to rzucać na całość sieci.

W temacie finansowania, jeżeli skupimy się na systemie krajowym to finansowanie państwowe. Przykład sieci o którym mówiłem akurat finansowany jest ze spółek KGHM, natomiast rozumiem też, że nie każdego będzie stać na takie rozwiązanie.

115. Jak ważni są menedżerowie sieci zdrowia dla regionalnej opieki zdrowotnej w Polsce?

Myślę że bardzo ważni. Koordynacja umożliwiłaby pozbycie się kilku problemów z którymi aktualny system zdrowia się boryka. Między innymi z kolejkami czy z dostępem do specjalistów.

Part E: Ocena oprogramowania używanego w Polsce?

116. Czy zna/używa Pani/Pan oprogramowania które mogłoby być użyteczne w zarządzaniu sieciami zdrowia?

Nie

m) Jakiego rodzaju ważne informacje można pozyskać dzięki temu oprogramowaniu?

n) Czy oprogramowanie wykorzystuje dane z zewnętrznych baz danych w celu pozyskania potrzebnych informacji?

o) Jakie dodatkowe informacje (które nie są obecnie gromadzone i przetwarzane) byłyby przydatne w regionalnych sieciach zdrowia?

Dodatkowe pytania

- Czy chciałaby Pani/Pan coś dodać, czego nie poruszyliśmy w wywiadzie?



Dane demograficzne

- Wiek: _____
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ____
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Co-funded by
the European Union





Wytyczne do wywiadu

Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia

Metadane

Kod wywiadu	07
Przeprowadzający wywiad	Klaudia Alcer
Data	17.07
Czas	11.30
Czas trwania	15
Metoda	Wywiad częściowo ustrukturyzowany <input type="checkbox"/> Osobiście <input type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Internetowo

Uwagi wstępne / wprowadzenie

Czy zgadza się Pan/Pani do nagrania wywiadu?

☐ Tak

☐ Nie

Dzień dobry, nazywam się....., i pracuję jako..... I jestem zaangażowany w projekt „Kompetencje w zarządzaniu siecią zdrowia” finansowany z funduszy europejskich w ramach programu Erasmus+.

W związku z tym mam kilka pytań dla Pani/Pana i cieszyłbym się gdyby poświęcił/a Pani/Pan około 20 minut by na nie odpowiedzieć. Informacje zebrane w tym kwestionariuszu będą mieć ogromną wagę dla dalszej pracy nad projektem. Wywiad jest anonimowy. Wyniki posłużą do stworzenia profilu kompetencji regionalnych menedżerów ds. Zdrowia w Polsce



Regionalne sieci zdrowia można zdefiniować jako geograficznie zdefiniowane klastry, których celem jest zapewnienie skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej ludności poprzez sieć interesariuszy zaangażowanych w ten proces.



Czy do tej pory pojawiły się jakieś pytania?

Informacje dla przeprowadzającego wywiad:

Dodatkowe informacje dla ankietera są zapisane kursywą.

Część A: Pytania dotyczące działalności zawodowej.

117. W jakiej branży Pani/i Pracuje?

Administracja państwowa

118. Na jakim stanowisku Pani/Pan aktualnie pracuje?

Z-ca Dyrektora Wydziału Zdrowia.

119. Jakimi zadaniami zajmuje się Pani/Pan na aktualnym stanowisku pracy?

Kieruję pracą wydziału w sposób zapewniający wykonanie nałożonych na wydział zadań zgodnie z przepisami prawa w szczególności w obszarach:

- organizacji badań statystycznych na terenie województwa śląskiego w zakresie zdrowia i ochrony zdrowia,*
- specjalizacji kadr medycznych (lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, specjalistów w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia),*
- współpracy z konsultantami wojewódzkimi w ochronie zdrowia,*
- prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, mających siedzibę na terenie województwa śląskiego i spraw z tym związanych,*
- wydawania opinii o celowości inwestycji w sektorze zdrowia,*
- wykonywania zadań kontrolnych w zakresie wynikającym z ustawy o działalności leczniczej oraz nadzorczych w zakresie prawidłowości prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów,*
- prowadzenia spraw związanych z zagrożeniem epidemicznym na terenie województwa,*
- prowadzenia postępowań egzekucyjnych w zakresie przymusowego wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego, w tym wydawanie postanowień o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia,*
- prowadzenia spraw związanych z działalnością Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Katowicach*
- współpracy z Naczelnym Lekarzem Uzdrowiska w zakresie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.*

Część B: Ocena regionalna: Polska



120. Proszę ocenić aktualny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wskazać jego najważniejsze mocne i słabe strony?

Słabe strony systemu to:

- *braki kadrowe;*
- *brak umocowania prawnego dla zawodów medycznych regulowanych*
- *nieefektywne finansowanie systemu ochrony zdrowia;*
- *nieadekwatna do kosztów wycena ustanowionych jednostek rozliczeniowych (procedur medycznych);*
- *brak koordynacji opieki nad pacjentem;*
- *niewystarczająca dostępność do świadczeń zdrowotnych w szczególności do lekarzy specjalistów czy rehabilitacji.*

Mocne strony systemu to:

- *możliwość wyboru lekarza przez pacjenta, dzięki odejściu od rejonizacji;*
- *polepszenie jakości świadczeń poprzez zwiększenie konkurencyjności;*
- *skuteczne zarządzanie poprzez listy oczekujących;*
- *prawodawstwo chroniące prawa pacjenta;*
- *dostęp do dokumentacji medycznej;*
- *ogólnopolski program szczepień ochronnych;*
- *dostęp do świadczeń gwarantowanych pacjentom bez względu na ich status społeczny i poziom zamożności.*

121. Jak ocenia Pani/Pan kwestię promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w Polsce?

Do zadań służb wojewody w tym zakresie należą między innymi: propagowanie idei i celów Narodowego Programu Zdrowia, w tym, w szczególności organizowanie konferencji z zakresu promocji i profilaktyki zdrowotnej dla poszczególnych grup odbiorców z terenu województwa śląskiego. Tematyka spotkań porusza najczęstsze problemy zdrowotne, przyczyniając się do poprawy stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Organizowanie spotkań edukacyjno-promocyjnych w ramach profilaktyki zdrowotnej ma na celu podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej HIV/AIDS związanej z realizacją Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.



Na podstawie informacji przesłanych przez jednostki samorządu terytorialnego najczęściej realizowane i podejmowane zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2018 r. dotyczyły:

Profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi;

Poprawy sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.

Najmniej zadań dotyczyło poprawy zdrowia prokreacyjnego.

Niewątpliwie bardzo istotnym problemem stają się choroby cywilizacyjne, które występują globalnie i są bardzo powszechne także w naszym kraju. Należałoby ustalić listę badań profilaktycznych, w tym populacyjnych kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzyć system zachęt do ich realizacji. Badania powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności, przede wszystkim wynikających z chorób cywilizacyjnych. Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie bazy danych, które pozwoli ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych. Bardzo duże znaczenie w profilaktyce zdrowotnej odgrywa skuteczna edukacja kształtująca poczucie osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, a także powszechna świadomość, że zdrowie stanowi fundament rozwoju społeczeństwa.

122. Co Pani/Pan myśli o zasobach w ochronie zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce?

Pełną wiedzę na temat infrastruktury w ochronie zdrowia na poziomie regionu posiadają tylko właściciele (podmioty tworzące) i zarządzający podmiotami leczniczymi. Administracja państwowa (województwo) nie jest organem tworzącym, ani nie zarządza żadnym z podmiotów leczniczych (za wyjątkiem Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych).

Należy, że infrastruktura podmiotów w ochronie zdrowia w regionie jest wystarczająca do prowadzenia działalności w zgłoszonym do organu rejestrowego rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na fakt, że województwo śląskie należy do dobrze rozwiniętych gospodarczo regionów, ilość tych podmiotów jest duża, z silnym nagromadzeniem w miastach.

Wiedza i informacja w sektorze ochrony zdrowia

Uczestnicy procesów w ochronie zdrowia tworzą, a jednocześnie mogą korzystać z coraz szerszej bazy systemów elektronicznych nadzorowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (np. system e-recepta, e-skierowanie, Indywidualne Kontro Pacjenta) czy z platformy rejestrów medycznych (np. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Rejestr Aptek, Rejestr Produktów Leczniczych, Rejestr Hurtowni Farmaceutycznych, itp..)

123. Czy Pani/Pana zdaniem w Polsce istnieją struktury analogiczne do sieci zdrowia? Czy miał/a Pani/Pan styczność z podmiotami, które można w ten sposób zakwalifikować? Z tematyką regionalnych sieci zdrowia koresponduje proces



mapowania potrzeb zdrowotnych w ujęciu regionalnym (od 2021 roku zadanie wojewodów) oraz ustalanie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej ustala wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych (dokonuje także ich aktualizacji) – mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie najwyższej wartości efektów zdrowotnych.

Per analogia (z obszaru ochrony zdrowia), do takich sieci można zaliczyć grupy zakupowe szpitali. Grupa zakupowa łączy zapotrzebowanie kilku szpitali, uzyskując wolumen zamówienia na tyle atrakcyjny dla dostawcy by mógł zaoferować niższą cenę lub wyższą jakość. Dzięki grupie szpital ma szansę oszczędzić czas i środki na inne, niż konieczne zakupy, cele.

124. Czy istnienie/powstanie takich struktur byłoby celowe z punktu widzenia poprawy efektywności działania systemu zdrowotnego w Polsce? *Każde działanie, które ma na celu poprawę efektywności działania systemu zdrowia w Polsce jest właściwe i zasługuje na aprobatę.*

Część C: Ocena kompetencji menedżerów sieci zdrowia w Polsce?

125. Jakie są/mogą być kluczowe wyzwania i problemy (dla menadżerów sieci zdrowia) podczas tworzenia lokalnych sieci zdrowia w Polsce? *Zasada tworzenia takiej funkcji i sieci oraz zyski z ich istnienia muszą być określone w sposób czytelny i szczegółowy, aby mogły zaistnieć w środowiskach medycznych i pacjenckich oraz by stały się rzeczywistym uczestnikiem i partnerem obszaru ochrony zdrowia.*
126. Jakie podstawowe zadania i działania menadżer sieci zdrowia w Polsce powinien realizować? *Głównym wyzwaniem menadżerów sieci zdrowia powinno być dążenie do koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu regionalnym, w celu wyeliminowania nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie.*
127. Jaką problematyką powinni się zajmować regionalni menadżerowie zdrowia w Polsce? *Priorytetem powinno tu być podjęcie działań mających na celu spowodowanie abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni jego obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej. Niektóre ze środków do osiągnięcia tego celu to między innymi, wprowadzenie instrumentów motywujących pacjentów do działań prozdrowotnych, rozwiązanie problemów zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa poprzez łatwy dostęp do profilaktyki i leczenia oraz pomoc w opiece nad osobami starszymi czy inicjowanie działań w zakresie zaspokajania potrzeb osób niepełnosprawnych.*
128. Jakie rodzaje problemów i wyzwań mogą mieć regionalni menadżerowie zdrowia w swojej pracy? *Zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału diagnostyczno-leczniczego do potrzeb społeczeństwa, nowych technologii*



medycznych oraz informatycznych, co stwarza konieczność przede wszystkim stałego zapewniania środków inwestycyjnych. Problematyczne mogą być także rozbieżne „ambicje”, dążenia i wizje właścicieli podmiotów leczniczych czy to publicznych czy też prywatnych

129. Z jakimi organizacjami/institucjami i interesariuszami powinni regionalni menadżerowie zdrowia współpracować? *Regionalni menadżerowie zdrowia powinni współpracować ze wszystkimi instytucjami, podmiotami, które mają za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną*

Part D: Ocena szkolenia i pracy regionalnych menedżerów ds. zdrowia?

130. Jakie kompetencje i kwalifikacje powinien mieć regionalny menadżer zdrowia w Polsce aby wypełnić powierzone zadania?

Takie same jak innych menadżerów regionów czy sieci w pozostałych obszarach gospodarki. Przede wszystkim ważne są determinacja, przedsiębiorczość oraz zaradność. Jeśli lider ma być skuteczny, nie może się poddawać. Nie powinien też tracić z oczu długofalowego celu. Skuteczny lider musi też umieć rozróżnić cele strategiczne od operacyjnych. Oczywiście do tego dochodzą kwestie związane z umiejętnością prowadzenia zespołu oraz zarządzaniem efektywnością.

Sieć nie jest organizacją monokulturową, zatem regionalny menadżer zdrowia musi się wykazać znajomością branży (systemu ochrony zdrowia w Polsce), doświadczeniem w zarządzaniu grupą, tworzeniem jednolitych standardów działania, a także dokonaniem innowacyjnymi w poprzednich miejscach pracy (sieć z zasady jest tworem nowym, innowacyjnym).

131. Wedle Pani/Pana wiedzy, czy istnieją już jakieś możliwości edukacyjne dla menedżerów sieci zdrowia (lub ich odpowiedników) w Polsce?

Jeżeli menadżerem regionalnej sieci zdrowia zostanie osoba, która będzie posiadała wykształcenie wyższe medyczne to będzie mogła ona uzyskać specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego. Celem ogólnym szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zdrowia publicznego jest uzyskanie przez lekarza wiedzy, umiejętności i różnego rodzaju kompetencji związanych z działaniami umacniającymi i promującymi zdrowie populacji oraz zapobiegającymi zachorowaniom. Specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego otrzymuje kompetencje potrzebne do pełnienia funkcji kierowniczych wyższego szczebla w administracji rządowej i samorządowej oraz w innych podmiotach systemu ochrony zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym. Specjalista przygotowujący jest do wypełniania swoich zadań niezależnie od zmieniających się warunków politycznych, gospodarczych, ekologicznych i technologicznych.

Dla menadżerów sieci zdrowia adekwatne wydają się studia Master of Business Administration. W polskim systemie nauczania studia MBA mają charakter studiów podyplomowych i przeznaczone są dla osób aspirujących do piastowania



kierowniczych stanowisk w średnich i dużych firmach, dla menedżerów, członków rad nadzorczych oraz zarządów przedsiębiorstw.



Dane demograficzne

- Wiek: _____
- Płeć:
 - ☐ kobieta
 - ☐ mężczyzna
- Miejsce zamieszkania: ____
- Wykształcenie:
 - ☐ Podstawowe
 - ☐ Zawodowe
 - ☐ Średnie
 - ☐ Wyższe
 - ☐ Inne

Zakończenie

Thank you very much for taking the time for the interview! If you have any further questions, please do not hesitate to contact me at any time.

Koniec wywiadu: _____

[Wyłączyć urządzenie do nagrywania]

Protokół obserwacyjny:

Subiektywna ocena rozmowy:

Problemy/ przeszkody (np. telefon, hałas):

Dodatkowe komentarze:



Co-funded by
the European Union

