

Czynniki określające zarządzanie publicznym sektorem ochrony zdrowia w regionie

Aldona Frączkiewicz-Wronka

Regionalna polityka rozwoju skupia się między innymi na zaspokojeniu potrzeb lokalnej społeczności w zakresie mieszkalnictwa, przyjaznego środowiska i wiążącego się z nim zagospodarowania terenu, jak również dostępu do oświaty i pracy, co, obok dobrej organizacji i dostępności opieki, daje podstawy do prowadzenia zintegrowanych i wszechstronnych działań na rzecz zdrowia.

Ważnym elementem podejmowania działań, których celem jest kreowanie optymalnej polityki ochrony zdrowia oraz sprawności systemu zarządzania ochroną zdrowia w regionie, jest możliwość wykorzystywania nowoczesnych narzędzi wspierających proces podejmowania decyzji takich jak system informacyjny i w jego konsekwencji stworzony system informatyczny, czyli praktyczne wykorzystanie ICT.

1. Wprowadzenie

Oczywistym jest stwierdzenie, że sfera ochrony zdrowia podlega działaniu określonych mechanizmów ekonomicznych, jednak nie w pełnym zakresie i w specyficzny sposób. A ponieważ w ograniczonym zakresie funkcjonują w niej prawa rynkowe, jest całkowicie uzasadnione poszukiwanie i ciągłe dostosowywanie mechanizmów ekonomiczno-zarządczych kształtujących wymianę między ilościową i jakościową stroną zapotrzebowania na usługi zdrowotne do obecnych realiów. Zawsze bowiem istnieje obawa, że za silny mechanizm rynkowy może doprowadzić do zbyt zróżnicowanej dostępności do świadczeń, a tym samym zmniejszyć poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, a nawet realnej ochrony zdrowia ludności. Z drugiej strony zbyt duży interwencjonizm ze strony państwa może przyczynić się do marnotrawstwa zasobów. Inwestowanie w zdrowie i jego ochronę to inwestowanie w rozwój cywilizacyjny i kapitał ludzki, który jest jednym z najważniejszych czynników wzrostu gospodarczego i rozwoju społecznego regionów i krajów.

Obszarem zainteresowania badawczego eksponowanym w niniejszej publikacji jest ta część nauk o zarządzaniu, która dotyczy organizacji należących do sektora ochrony zdrowia, w szczególności problemy podejmowania racjonalnych decyzji oraz zasoby wiedzy i informacji. Podręcznikowo rzecz ujmując (Anheirer

2005), rozważania dotyczą organizacji nieorientowanych na zysk, lecz zdefiniowanych strukturą dochodów. W szczególności w polu zainteresowania znajdują się organizacje formalne, posiadające zasoby nierynkowe, kontrolowane poza mechanizmami rynkowymi i finansowane ze strumienia środków publicznych.

Należy podkreślić, że duże znaczenie w kształtowaniu i realizowaniu polityki ochrony zdrowia ma doktryna ekonomiczna oraz głoszona i realizowana hierarchia ważności problemów związanych z rozwojem społecznym, przyjęta przez państwo, w której ochrona zdrowia coraz częściej staje się domeną innych niż tylko państwowy podmiotów. Od wielu lat rośnie rola i znaczenie władztwa samorządowego w zaspokajaniu potrzeb społecznych, w tym zdrowotnych, ludności. Mimo wzrastającej roli tych podmiotów istnieje jednak dużo problemów zarówno w sferze regulacji prawnych, jak i narzędzi kierowania systemem utrudniających efektywne i zgodne ze społecznymi oczekiwaniami realizowanie celów polityki ochrony zdrowia. Niniejszy artykuł przybliży ideę Regionalnej Sieci Ochrony Zdrowia (RHCN – *Regional Health Care Network*) jako narzędzia efektywnego zarządzania sektorem ochrony zdrowia w regionie¹ i jej możliwą implementację w struktury samorządu wojewódzkiego w Polsce. Ten ostatni problem został zweryfikowany empirycznie w trakcie badań przeprowadzonych w województwie śląskim na przełomie 2004/2005 roku.

2. Perspektywa terytorialna w zarządzaniu sektorem ochrony zdrowia

Strategia Lizbońska, dominująca droga rozwoju w Unii Europejskiej, jako jedno z najważniejszych zadań wskazuje konieczność podniesienia konkurencyjności i budowania innowacyjnej gospodarki opartej na wiedzy (Sztultka, Mackiewicz, Tamowicz, Wojnicka 2004: 7–14). Głównym walorem tego podejścia jest podkreślenie, że realizacja idei powinna odbywać się nie tylko na szczeblu krajowym, ale również regionalnym². Podstawy kształtowania Regionalnej Strategii Innowacji znajdują się w dokumentach Unii Europejskiej, gdzie między innymi czytamy: (...) *rzeczywiste bogactwo – rozumiane jako efektywność gospodarowania, konkurencyjność przemysłowa i zatrudnienie pochodzi nie tylko z produkcji dóbr materialnych, ale także z produkcji transformacji i wykorzystania wiedzy. Szczególnie w kontekście rosnącej roli odgrywanej przez sektor usług w działalności gospodarczej, wiedza posiada podstawowe i strategiczne znaczenie*(...)³. Innowacyjność gospodarki może być rozumiana jako (...) *zdolność i motywacja przedsiębiorców do ustawicznego pozyskiwania i wykorzystywania w praktyce wyników prac badawczych i rozwojowych, nowych koncepcji, pomysłów i wynalazków. Innowacyjność oznacza także doskonalenie i rozwój istniejących technologii produkcyjnych oraz eksploatacyjnych, dotyczących sfery usług, wprowadzenie nowych rozwiązań w organizacji i zarządzaniu, doskonalenie i rozwój infrastruktury, zwłaszcza dotyczącej gromadzenia, przetwarzania i udostępniania informacji, w myśl idei społeczeństwa informacyjnego*(...) (Olesiński 2005: 235–236). Posiadana wiedza i podejmowane w jej

konsekwencji działania mają decydujący wpływ na poziom rozwoju społeczno-gospodarczego i satysfakcji obywateli z rządzących nimi władz.

Region jako system ekonomiczno-przestrzenny obejmuje pewien względnie wyodrębniony z otoczenia fragment przestrzeni ekonomicznej trwale zamieszkały, zagospodarowany i kontrolowany przez określoną społeczność. Celem podejmowanych przez władze regionu działań jest osiągnięcie trwałego wzrostu społeczno-gospodarczego przy zachowaniu zasad zrównoważonego rozwoju⁴. Na znaczenie zarządzania rozwojem społeczeństwa poprzez wspieranie określonych dziedzin, które obecnie przyjęło się traktować jako szczególnie znaczące dla budowania kapitału ludzkiego w tym ochrony zdrowia, na co wiele lat temu zwrócił uwagę K. Secomski (Secomski 1970).

Nowoczesna teoria organizacji i zarządzania inspirowane kierunek ewolucji strategicznego myślenia na temat wiodącego czynnika rozwoju regionu od zarządzania zasobami materialnymi do zarządzania gospodarką opartą na wiedzy, której poziom decyduje o głębokości efektu synergii, a produktywność jego wykorzystanie pozwala na uzyskanie przewagi konkurencyjnej. Koniecznym zatem jest oparcie zarządzania w regionie na wytwarzaniu, transferze i absorpcji wiedzy jako czynnikach decydujących o generowaniu wartości dodanej (Hughes 2003: 1–16). Podejście takie oznacza wprowadzanie idei zarządzania publicznego w rzeczywistość społeczną, bowiem *zarządzanie publiczne rozumiane dynamicznie polega na realizacji programów publicznych, zaspokajających istotne potrzeby społeczne (...)* Jeśli więc mówimy o zarządzaniu publicznym, stajemy wobec problemu innowacji społecznej (...) *Innowacją nazywamy intencjonalną zmianę wprowadzoną w obrębie systemu społecznego, mającą dla tego systemu charakter nowości, będącą rezultatem procesu decyzyjnego, zmierzającego do rozwiązania problemu zrodzonego w toku funkcjonowania tego systemu i pociągającą za sobą zmianę istniejącej struktury systemu* (Górnjak 2001: 33).

Zgodnie z wytycznymi Strategii Lizbońskiej w celu zaspokojenia potrzeb nowoczesnych gospodarek państw członkowskich konieczne jest wprowadzenie określonej innowacji społecznej polegającej na przemodelowaniu zachowań społeczeństwa w taki sposób, aby było możliwe budowanie modelu gospodarczego opartego na wiedzy. Idea ta nie oznacza wyłącznie zastosowania metod informatyki do rozwiązywania problemów z zakresu telekomunikacji, chociaż właśnie Internet – sieć rozległa – pełni olbrzymią rolę w jej popularyzacji, pokazując dobitnie, jak wielkie zmiany występują w wybranej dziedzinie życia, w momencie gdy na wielką skalę zostaną w niej zastosowane ICT. Społeczeństwo informacyjne to społeczeństwo, w którym powiększanie i wykorzystywanie jego zasobów staje się powszechne i jest wspomagane szeroko stosowanymi technologiami informatycznymi we wszystkich dziedzinach życia społecznego.

Ważny dla koncepcji tej publikacji sposób pojmowania regionu jako narzędzia działania uwidacznia się w podziałach organizacyjnych, stosowanych w sprawowaniu władzy i prowadzeniu działalności społeczno-gospodarczej. Tak pojmowany region staje się obszarem zarządzania publicznego. Uważany jest za najwyższą jednostkę organizacji terytorium państwa o dużej powierzchni

i znacznej liczbie ludności. Podstawową wartością, którą uzyskuje się dzięki sprawnemu zarządzaniu w regionie, jest harmonijny rozwój społeczny i gospodarczy charakteryzowany jako zmiana, wzrost ilościowy, dyfuzja innowacji, kreowanie nowych wartości (np. nowe rodzaje działalności społecznej, administracyjnej, nowe miejsca pracy, nowe dobra i usługi, nowe oferty lokalizacyjne, środowisko życia, dostępność), co oznacza szerokie zastosowanie idei przedsiębiorczości w rzeczywistym działaniu. Ważnym walorem takiego podejścia staje się fakt, iż przedsiębiorczość wcale nie musi być działaniem przynoszącym zysk w sensie ekonomicznym. Na pierwszym miejscu stawiany jest sam proces, który przyczynia się do uwolnienia potencjału i energii tkwiących w systemie. Energia ta, wprawiona w ruch przez procesy przedsiębiorczości, oddziałuje na wszystkie elementy systemu oraz na jego otoczenie, a jej wynikiem jest pewien efekt „fali” wobec pozostałych elementów. Za pośrednictwem istniejących relacji następuje przepływ przedsiębiorczości pomiędzy elementami, które tworzą własne procesy przedsiębiorcze, występuje, więc swego rodzaju sprzężenie zwrotne (Bratnicki 2002: 179–180). Nie jest to proces nieskończony, a pojawiające się liczne bariery i czynniki opóźniające, mogą nawet go wyciszyć.

Przedsiębiorczość oznacza tworzenie własnych zasad i wprowadzanie szeroko rozumianej innowacyjności, polegającej nie tylko na wymyślaniu nowych rzeczy, lecz także – a być może przede wszystkim – na wykorzystywaniu istniejących rozwiązań w nowych zastosowaniach. Umiejętność ta staje się nieodzownym elementem funkcjonowania w rzeczywistości, gdzie innowacje od podstaw są bardzo czasochłonne i wymagają dużych nakładów pracy oraz środków finansowych (Bieniok 1997: 103–105). Nowe myślenie strategiczne o rozwoju ukierunkowane zostało przede wszystkim na kreowanie kapitału ludzkiego oraz podejmowanie działań na rzecz wzmocnienia roli partnerstwa pomiędzy wszystkimi aktorami procesów gospodarczych (biznesu, nauki oraz władz publicznych) dla rozwoju regionalnego, w szczególności w zakresie wyboru kierunków i priorytetów polityki publicznej a także definiowania jej potrzeb i oczekiwań (zob. Sztultka, Mackiewicz, Tamowicz, Wojnicka 2004). W opracowaniu przygotowanym przez Polskie Forum Strategii Lizbońskiej *Regionalne strategie i systemy innowacji. Najlepsze praktyki. Rekomendacje dla Polski* jego autorzy wskazują na potrzebę skoncentrowania wysiłków na dwóch priorytetach: poprawie dostępu przedsiębiorstw do różnego rodzaju źródeł informacji oraz podniesieniu w nich poziomu kapitału ludzkiego. W ich opinii jest to konsekwencja konieczności dostosowania się regionów do charakteru współczesnych procesów kształtujących konkurencyjność i innowacyjność, gdzie kapitał społeczny i dostęp do rynku informacji, a nie tylko do rynku zasobów materialnych, jest kluczem do sukcesu.

Jednym z obszarów kluczowych dla pomyślnego rozwoju Polski wskazanym w Narodowym Planie Rozwoju jest sanacja systemu ochrony zdrowia. Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, które wchodzi w zakres zdrowia publicznego, jawi się jako jedna z ważnych płaszczyzn rozwoju zarówno z punktu

widzenia państwa, jak i regionu. Dla samorządowego władztwa jest to kwestia niezwykle trudna, bowiem określenie, jak najlepiej lokować skromne zasoby, wychodząc naprzeciw potrzebom przyjętym do realizacji w obszarze zdrowia publicznego, jest złożone. Główna trudność wynika z mnogości uwarunkowań zdrowia i rodzajów chorób oraz szerokiego zakresu czynników społecznych mających związek z istniejącą polityką gospodarczą i społeczną, szczególnie obecnie, gdy mamy do czynienia z upadkiem społeczno-demokratycznego opiekuńczego modelu państwa zarówno w Polsce, jak i w innych państwach Unii Europejskiej (WHO 1985).

3. Zasady Regionalnej Sieci Ochrony Zdrowia (Regional Health Care Network)

Budowa społeczeństwa informacyjnego stanowiła od początku jeden z głównych celów Strategii Lizbońskiej, będąc tym samym kluczowym elementem wspierającym rozwój gospodarki opartej na wiedzy. W wachlarzu działań podejmowanych na szczeblu Wspólnoty inicjatywa: *Spółeczeństwo Informacyjne* obejmuje szereg różnych kwestii, począwszy od rozwoju infrastruktury i usług sieciowych oraz elektronicznych, przez wspieranie implementacji technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych (ICT), stymulowanie rozwoju przedsiębiorstw w celu podnoszenia ich konkurencyjności, aspekty społeczne związane ze zmniejszaniem istniejącej przepaści cyfrowej (*digital divide*), wspieraniem zdolności cyfrowych (*digital literacy*), aż do wspierania rozwoju elektronicznych usług publicznych (*eGovernment*). Ambitnym celem zapisanym w Strategii Lizbońskiej jest doprowadzenie do takiego poziomu wiedzy i umiejętności, aby wszyscy ludzie posiadali podstawowy zbiór kompetencji, by móc się uczyć, pracować i realizować się w społeczeństwie oraz gospodarce opartej na wiedzy (Murray 2004: 1–4).

Na szczycie Wspólnoty w Helsinkach w grudniu 1999 roku R. Prodi, Przewodniczący Komisji Europejskiej, sformułował zasady inicjatywy *e-Europe – Information Society for All* – dokumentu, którym formalnie zainicjowano działania związane z prawną i finansową konkretyzacją idei Społeczeństwa Informacyjnego w państwach akcesyjnych (*e-Europe+*) i we Wspólnocie (*eEurope 2002*). Program ten miał na celu przyspieszenie modernizacji ekonomicznej i społecznej krajów członkowskich oraz kandydujących, jak również zniwelowanie różnic w dostępie do informacji. Stąd między innymi uruchomienie działań mających na celu poprawę otoczenia infrastrukturalnego, a następnie rozwoju sieci szerokopasmowych i sieci transeuropejskich (*eTENS* w kontekście *Europejskiej Inicjatywy na rzecz Wzrostu*)⁵. Państwa członkowskie zobowiązały się do realizacji trzech głównych celów strategicznych, w obrębie których wskazano 10 obszarów działania. Cele strategiczne to: upowszechnienia cywilizacji informacyjnej wśród obywateli Europy, szkół, przedsiębiorstw oraz administracji publicznej, wspierania rozwoju nowych technologii informatycznych i komunikacyjnych, wzmocnienie spójności społecznej.

Realizacji celów zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej przyporządkowany jest rozwój dziesięciu obszarów tematycznych, które UE zamierza w ciągu następnych lat wspierać poprzez programy wspólnotowe⁶, tworząc podstawy prawne oraz przeznaczając na ich realizację znaczące środki finansowe⁷. Wskazane obszary to:

- wprowadzenie Internetu, środków multimedialnych do szkół i adaptacja do potrzeb edukacyjnych (*e-Edukacja – eLearning*),
- tańszy dostęp do Internetu,
- szybki Internet dla naukowców i studentów,
- karty elektroniczne dla bezpieczeństwa dostępu do informacji (*e-Bezpieczeństwo*),
- e-Handel (*e-Commerce*),
- uwzględnienie potrzeb osób niepełnosprawnych,
- e-Administracja (*eGovernment*),
- e-Zdrowie (*eHealth*),
- inteligentny transport,
- finansowanie innowacyjnych projektów z dziedziny ICT.

Podjęcie w pierwotnym planie *e-Europe* działań, których celem było wzmocnienie możliwości korzystania z Internetu przez wszystkie grupy społeczne, stanowiło warunek podstawowy dla rozwoju czterech głównych horyzontalnych inicjatyw wpływających na kształt europejskiego Społeczeństwa Informacyjnego, a mianowicie *e-biznesu*, *e-administracji*, *e-edukacji* i *e-zdrowia*, oraz możliwości pełnej realizacji założeń Strategii Lizbońskiej. Perspektywa społeczeństwa informacyjnego powoduje radykalną reorientację w relacjach i strukturach przestrzennych, a globalizacja prowadzi do umiędzynarodowienia gospodarowania i włączania regionów, a nie tylko państw, w ogólne trendy rozwojowe i globalne konkurowanie. Pozwala także na transfer technologii i innowacji, nabywanie nowych doświadczeń i umiejętności oraz kształtowanie się nowego jakościowo kapitału ludzkiego i społecznego. Region, który jako podmiot władzy działa za pomocą jednostek samorządu terytorialnego, staje się obszarem, w którym ogniskują się umiejętności kreowania wiedzy i zaczyna funkcjonować specyficzny mechanizm jej kolekcjonowania (agregowania) i przechowywania oraz budowania nowych idei (Szaban 2005: 71–84).

Ważnym czynnikiem ograniczającym rozwój regionów w chwili obecnej jest poziom dostępu przedsiębiorstw do zasobów informacji oraz świadomość i umiejętności potencjalnych użytkowników⁸. Jako jeden z priorytetów należy zatem przyjąć podejmowanie działań na rzecz rozszerzenia możliwości korzystania z regionalnych, krajowych, europejskich i światowych rynków informacji przez polskie podmioty działające zarówno w sferze kształtowania rozwoju społecznego, jak i gospodarczego. Celem tych działań powinno być zapewnienie dostępu do możliwie najpełniejszych i najświeższych informacji niezbędnych dla rozwoju nowoczesnych metod gospodarowania. Cel ten należy realizować z jednej strony poprzez gromadzenie informacji (budowa baz danych), a z drugiej strony zapewnienie dostępu do różnych źródeł informacji już

istniejących (między innymi w ramach sieci wspieranych przez UE) oraz stymulowanie efektywnego korzystania z tych informacji. Budowa baz danych powinna dotyczyć głównie regionalnych przedsiębiorstw (ofert technologii, zapotrzebowania na nowe rozwiązania technologiczne), instytucji badawczych (gotowe rozwiązania technologiczne, kluczowe kompetencje zespołów badawczych), a także regionalnych instytucji pośredniczących – doradczych, szkoleniowych – (informacje o oferowanych usługach i kompetencjach tych jednostek), i bardziej zaawansowane świadczenie usług publicznych on-line.

Stworzenie racjonalnego systemu zarządzania sektorem ochrony zdrowia stawia przed decydentami i realizatorami idei szereg problemów, wśród których jednym z głównych jest wprowadzenie drożnego systemu uzyskiwania świadczeń medycznych. Wymaga to wprowadzenia jednolitych narzędzi potwierdzających dostęp do świadczeń i ich zakres w obrębie wszystkich państw Wspólnoty, jak również stworzenie zintegrowanej elektronicznie bazy danych zawierającej informacje o statusie medycznym pacjenta (Garrido 2005)⁹. Doceniając wagę problemu racjonalnego zarządzania sektorem ochrony zdrowia w ujęciu globalnym w ramach badań realizowanych przez BISER analizowano problemy rozwoju sektora ochrony zdrowia w kontekście wykorzystania *eHealth*. Podstawową konkluzją wynikającą z podjętego procesu badawczego jest podkreślenie potrzeby dalszego umacniania działań na rzecz budowy platformy *e-Health* jako narzędzia niezbędnego dla wielu podmiotów, wśród których znajdują się jednostki rządowe, władze samorządowe, ponadnarodowe, krajowe i lokalne władze zdrowotne, instytucje ubezpieczające, kompanie farmaceutyczne, szpitale, placówki ochrony zdrowia, laboratoria, indywidualni lekarze w placówkach ochrony zdrowia i w szpitalach, zarządzający w sektorze, inni profesjonalści medyczni oraz specjaliści medycyny alternatywnej oraz pacjenci. Tworząc w oparciu o wykorzystanie nowoczesnych technologii komunikacyjnych racjonalnie zarządzany system ochrony zdrowia, którego częścią jest administracja systemu ochrony zdrowia, musimy mieć na uwadze zróżnicowane potrzeby poszczególnych użytkowników i odbiorców, jak również różną skalę ich działania (Oates, Jensen 2000).

W ujęciu preferowanym przez UE oraz WHO kluczowe znaczenie w polityce zdrowotnej ma poziom regionu. Uznając to podejście za obowiązujące, należy przyjąć, iż w polskiej administracji zasadniczym poziomem wykorzystującym informacje o określonej strukturze przydatne w podejmowaniu działań zarządczych w obszarze sektora ochrony zdrowia jest województwo. Stąd próba znalezienia systemu i instytucji zdolnej do agregowania informacji na potrzeby różnych użytkowników na tym właśnie poziomie. A obserwowany proces urynkwienia systemu ochrony zdrowia w Polsce stwarza silne podstawy do budowy regionalnych baz danych gromadzących informacje dotyczące tego właśnie obszaru po to, aby wykorzystać je jako narzędzia do tworzenia racjonalnej polityki ochrony zdrowia z jednej strony oraz źródła informacji o charakterze zarządczym z drugiej.

Nowoczesne zarządzanie ochroną zdrowia oznacza, że sektor musi być przekształcony, tak aby spełniał podstawowe kryteria racjonalnego działania, czyli

był efektywny oraz oferował pożądaną jakość i poziom dostępu do usług zdrowotnych. Wymaga to stworzenia między innymi dobrego narzędzia informacyjnego, przy pomocy którego gromadzone dane będą dystrybuowane przy wykorzystaniu najnowszych technik komunikacji. W chwili obecnej agregowanie informacji odbywa się w różnych podmiotach, jak również różny jest zakres i możliwość wykorzystania ich przez podmioty działające w sektorze oraz indywidualnych członków społeczeństwa. Podstawowe instytucje gromadzące dane to – przekształcone z Wojewódzkich Zespołów Metodycznych Opieki Zdrowotnej – Centra Zdrowia Publicznego po stronie administracji publicznej oraz oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia po stronie płatnika. Osobną grupą danych są te, które gromadzą placówki świadczące szeroko pojęte usługi medyczne, bowiem w części są one przekazywane do dwóch powyżej wymienionych podmiotów, ale również są gromadzone na własny użytek w celu usprawnienia procesu zarządzania danymi jednostkami. Mimo tak szerokiego pola zbierania danych brak jest jednorodnego systemu, który na wysokości regionu gromadziłby wszelkie istniejące informacje dotyczące ochrony zdrowia, czyniąc z niego podstawę do formułowania i realizowania racjonalnej polityki ochrony zdrowia.

Innowacje w takiej gospodarce jak polska opierają się w znacznej części na tzw. imitacji. Oznacza to wprowadzanie i adaptowanie rozwiązań już „wymyślonych” i „wynalezionych”, uszlachetnianie przedsiębiorstw na drodze drobnych, ale cyklicznych unowocześnień (procesowych, technicznych, technologicznych). Strategia innowacji powinna być otwarciem na nowoczesność, rozumianym jako budowanie przyczółków dla rozwoju i transferu zaawansowanych technologii do regionu, jak i wsparciem dla już istniejących podmiotów. Stąd po analizie możliwości Centrów Zdrowia Publicznego i oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje się właściwe zaproponowanie wdrożenia narzędzia już istniejącego w wielu krajach UE – Regionalnej Sieci Ochrony Zdrowia. Ogólnie mówiąc, są to bazy danych aktywnie wykorzystujące Internet jako nośnik informacji, umożliwiające tym samym przekazywanie ogólnych informacji znacznie bardziej efektywnie, a także docierające do większej grupy odbiorców. Rozwiązanie takie zostało z sukcesem wdrożone w wielu państwach europejskich pod ogólną nazwą: *Regional Health Care Network*. Definityjne ujęcie RHCN podkreśla, że *Regionalna Sieć Ochrony Zdrowia łączy różne podmioty medyczne w regionie, umożliwia dostęp i wymianę elektronicznych informacji pomiędzy szpitalami, lekarzami ogólnymi, pacjentami, centrami zdrowia, laboratoriami i innymi instytucjami zdrowia w regionie*. Stanowi więc doskonałe narzędzie zarządzania sektorem ochrony zdrowia w regionie, bowiem kreuje wspólną przestrzeń między wszystkimi aktorami działającymi w systemie.

Regionalna Sieć Ochrony Zdrowia stwarza możliwość bezpiecznego podziału i bezpiecznego przekazywania informacji pomiędzy podmiotami medycznymi i pacjentami, używając systemów telekomunikacyjnych w celu koordynowania systemu. Komunikacja może być strukturalna lub niestrukturalna, tekstowa lub multimedialna, zintegrowana lub pojedyncza, zależna od aktualnych potrzeb oraz możliwości organizacyjnych, finansowych czy technicznych danego państwa.

Z punktu widzenia przepływów informacji potrzebnych do kształtowania i realizowania regionalnej opieki zdrowotnej można w ramach RHCN dokonać podziału na 4 zasadnicze grupy danych niezbędnych sprawnego zarządzania systemem: codzienna, rutynowa informacja, częściowa informacja, informacja zdrowotna, informacja administracyjna (Frąckiewicz-Wronka 2005).

4. Możliwość implementacji idei Regionalnej Sieci Ochrony Zdrowia (na podstawie badań empirycznych)

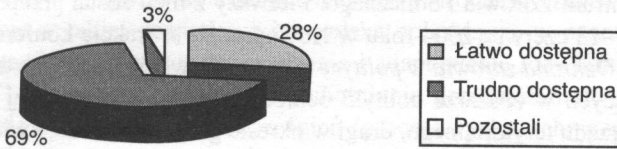
Problemy związane z poszukiwaniem nowych sposobów zarządzania w skali mezo publicznym sektorem ochrony zdrowia były przedmiotem wielopłaszczyznowych dociekań w trakcie realizacji projektu badawczego: *Regionalna polityka ochrony zdrowia*¹⁰. Podjęte jako jeden z etapów realizacji projektu badania empiryczne zostały podzielone na dwa etapy – skategoryzowany wywiad przeprowadzony techniką wywiadu swobodnego z osobami spełniającymi kryteria selekcyjne oraz badanie ankietowe zrealizowane przez Gospodarstwo Pomocnicze przy Śląskim Centrum Zdrowia Publicznego. Pierwszy z nich został przeprowadzony w dniach 17–18 czerwca 2004 roku w Nowogrodzie w trakcie konferencji szkoleniowej pt. *Ochrona zdrowia w polityce samorządu* wśród obecnych tam ekspertów działających w obszarze polityki ochrony zdrowia realizowanej przez jednostki samorządu terytorialnego, drugi w okresie grudzień 2004 – kwiecień 2005 wśród kierowników jednostek samorządu terytorialnego na poziomie powiatu działających województwie śląskim. W województwie śląskim powiatów i miast na prawach powiatów jest 36. Dlatego 72 przygotowane ankiet, których formularz składał się z 45 pytań, głównie zamkniętych, zostały rozesłane do wszystkich jednostek województwa śląskiego, których zakres zadań z obszaru ochrony zdrowia przypisany jest ustawowo administracji szczebla powiatowego (powiaty i miasta na prawach powiatu). Jako respondentów wytypowano 2 grupy focusowe:

- pierwsza grupa to starostowie powiatów lub prezydenci miast na prawach powiatu, ogółem 36 ankiet,
- grupa druga to osoby bezpośrednio odpowiedzialne za realizację zadań związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych, które stoją na czele jednostek stopnia powiatowego również 36 osób.

Ankieta została rozesłana drogą pocztową wraz z pismem przewodnim do imiennie wskazanych osób. Ogółem uzyskano 41 prawidłowo wypełnionych ankiet, wśród których 34 były to ankiety przesłane do drugiej grupy respondentów, czyli osób bezpośrednio odpowiedzialnych za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia w powiecie lub mieście na prawach powiatu (dwie jednostki odmówiły pisemnie udzielenia odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie) oraz 6 ankiet wysyłanych do pierwszej grupy respondentów. Starostowie i prezydenci niezmiernie rzadko odpowiadali indywidualnie, przekazując ankietę do wydziałów, referatów i innych jednostek w strukturze władzy samorządowej odpowiedzialnych za zdrowie. Następnie ankiet zakodowano i poddano procesowi

agregowania danych przy pomocy pakietu SPSS. Postanowiono oddzielnie dokonać analizy wszystkich właściwie wypełnionych 41 ankiet, badając proste rozkłady odpowiedzi na poszczególne pytania, a następnie wewnątrz grupy drugiej (34 ankiety) dokonać analizy wybranych zależności.

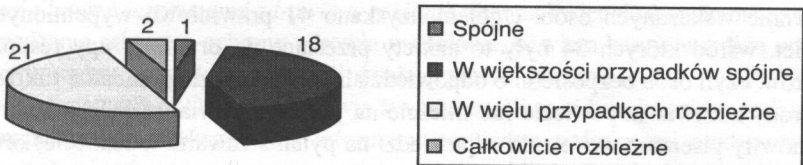
Na potrzeby niniejszego opracowania scharakteryzowano tylko proste rozkłady odpowiedzi dotyczących problemów związanych z możliwością wprowadzenia RHCN jako narzędzia zarządczego. Decydentów zajmujących się kształtowaniem i realizowaniem polityki zdrowotnej na szczeblu powiatowym zapytano o ocenę dostępu do danych mogących stać się narzędziami sprawnego zarządzania. Większość uczestników badania podkreślało, że na terenie województwa śląskiego informacje z zakresu ochrony zdrowia są dostępne z różnych źródeł. Jest to w pełni zasługa lekarza wojewódzkiego, a później dyrektora Śląskiej Kasy Chorych dr Andrzeja Sośnierz, którego pasją tworzenia zwartej i pełnego systemu informacyjnego i w jego następstwie dogłębnej informatyzacji placówek związanych z ochroną zdrowia zdecydowała o bardzo dobrej obecnie sytuacji śląska w przedmiotowej materii.



Wykres 1. Dostępność informacji z zakresu ochrony zdrowia. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

Niestety sytuacja nie była tak pozytywnie oceniana w momencie pytania o spójność informacji pochodzących z różnych źródeł. Respondenci w większości przypadków wskazywali ich wzajemne niedopasowanie, co jest często postrzeganą słabością systemu wskazywaną również we wcześniejszych pracach dotyczących tej problematyki.

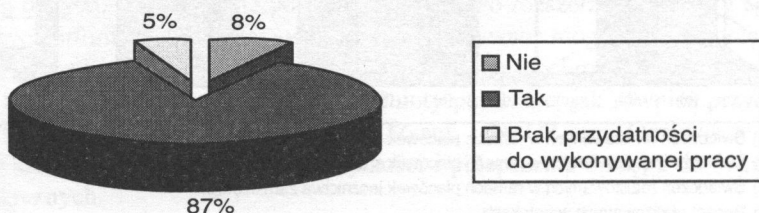
Jak oceniacie Państwo spójność informacji pochodzących z zakresu ochrony zdrowia w przypadku pozyskiwania ich z różnych źródeł



Wykres 2. Ocena spójności informacji dotyczących ochrony zdrowia. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

Sposobem na rozwiązanie powyższej dysfunkcji może być powołanie bądź rozszerzenie kompetencji obecnie funkcjonujących instytucji zajmujących się kolekcjonowaniem informacji, stąd też pytanie o potrzebę wykreowania „wojewódzkich banków danych”. Większość osób pytanych widzi pilną potrzebę budowania takiego narzędzia wspierającego możliwość racjonalnego podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia.

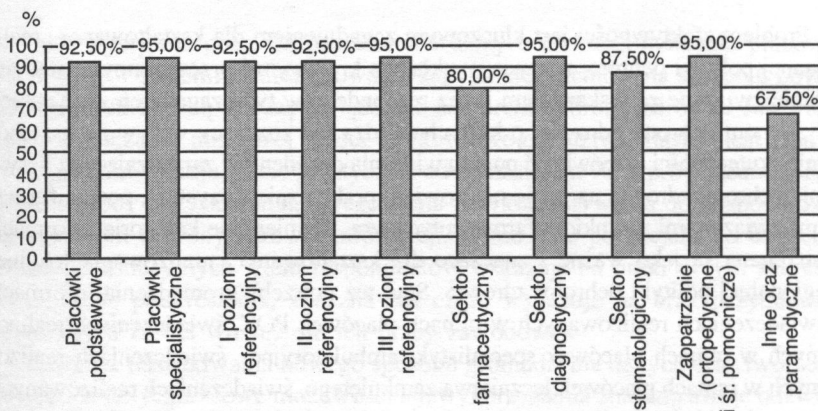
Czy widzi Pani/Pan potrzebę tworzenia wojewódzkiego banku informacji o elementach składających się na budowę i realizację polityki ochrony zdrowia?



Wykres 3. Ocena potrzeby powołania wojewódzkiego banku informacji. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

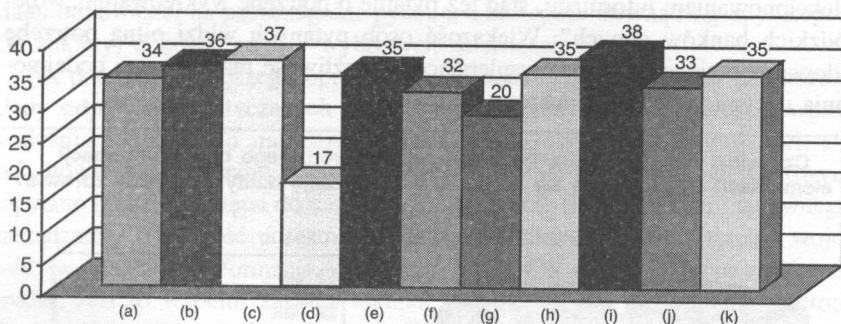
Pogłębione rozważania dotyczące zawartości hipotetycznej wojewódzkiej bazy danych zawarto w następnym pytaniu, gdzie respondencie wskazywali placówki ochrony zdrowia, które obligatoryjnie powinny dostarczać wszelkich informacji do takiej instytucji.

Czy Pani/Pan uważa, że na poziomie województwa powinny być gromadzone następujące informacje dotyczące bazy i kadry medycznej?



Wykres 4. Ocena potrzeb gromadzenia danych dotyczących bazy i kadry dostępnych w systemie. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

Czy Pani/Pan uważa, że na poziomie województwa powinny być gromadzone następujące informacje dotyczące efektywności?



- (a) Świadczeń realizowanych w ramach placówek POZ
- (b) Świadczeń realizowanych w ramach placówek specjalistyki ambulatoryjnej
- (c) Świadczeń realizowanych w ramach placówek lecznictwa zamkniętego
- (d) Recept realizowanych w aptekach
- (e) Świadczeń realizowanych w ramach placówek diagnostycznych
- (f) Świadczeń realizowanych w ramach placówek stomatologicznych
- (g) Świadczeń realizowanych w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- (h) Kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia
- (i) Realizowanych programów zdrowotnych
- (j) Ekonomiczne informacje o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w tym o kalkulacji kosztów leczenia w poszczególnych rodzajach lecznictwa
- (k) Parametrów jakości życia obywateli mających wpływ na zdrowie populacji i planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

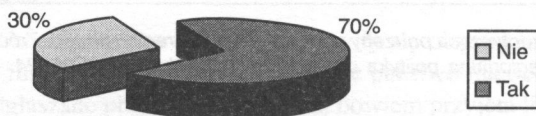
Wykres 5. Ocena potrzeb gromadzenia dotyczących efektywności. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

Problem efektywności jest kluczowym zagadnieniem dla kształtowanej i realizowanej polityki ochrony zdrowia w układzie krajowym i przestrzennym, stąd też pytanie związane ze wskazaniem przez respondentów tych zagadnień związanych z systemem ochrony zdrowia, o których wiedza ma znaczący wpływ na kształtowanie skuteczności placówki. Z punktu widzenia decydentów zarządzających w systemie ochrony zdrowia na poziomie powiatu praktycznie wszystkie, poza informacjami związanymi z rynkiem farmaceutycznym, wymienione kategorie informacji postrzegane są jako ważne i znaczące dla kształtowania i realizowania lokalnej i regionalnej polityki ochrony zdrowia. Stąd też potrzeba gromadzenia informacji o świadczeniach realizowanych w ramach placówek POZ, świadczeniach realizowanych w ramach placówek specjalistyki ambulatoryjnej, świadczeniach realizowanych w ramach placówek lecznictwa zamkniętego, świadczeniach realizowanych w ramach placówek diagnostycznych, świadczeniach realizowanych w ramach placówek stomatologicznych, świadczeniach realizowanych w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, kolejkach pacjentów oczekujących na świadczenia, realizowanych programów zdrowotnych, ekonomicznych informacjach o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym o kalkulacji kosztów

leczenia w poszczególnych rodzajach lecznictwa, parametrach jakości życia obywateli mających wpływ na zdrowie populacji i planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Postrzeganie tych wszystkich wymienionych informacji jako znaczących dla jakości prowadzonej lokalnej i regionalnej polityki ochrony zdrowia jest niezwykle cenne i symptomatyczne, bowiem wskazuje na rosnące zainteresowanie ekonomiką ochrony zdrowia jako dziedziną praktyczną, która zaczyna być „uprawiana” w jednostkach samorządu terytorialnego.

Respondenci silnie podkreślają konieczność zwiększenia wolumenu dostępnych danych, wskazując na potrzebę ustawowego rozszerzenia zakresu agregowanych informacji, które racjonalnie wykorzystywane mogą stać się narzędziem optymalizującym gospodarowanie zasobami sektora ochrony zdrowia w obszarze działań podejmowanych przez podmioty publiczne, jak również przyczynić się do efektywnego zarządzania SPZOZ-ami i NZOZ-ami. Oczywiście byłby to widoczny przykład poprawienia jakości i polepszenia dostępu do świadczeń medycznych.

Czy powinien istnieć ustawowy obowiązek gromadzenia szerszej niż dotychczasowa informacji w obszarze polityki ochrony zdrowia?



Wykres 6. Ocena potrzeb gromadzenia większego niż dotychczasowy wolumenu informacji. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

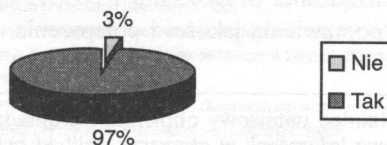
Jeśli występuje potrzeba posiadania wiedzy o efektach działania placówek i instytucji w systemie, należy również zapytać decydentów na szczeblu powiatowym o ich obecną wiedzę związaną z sektorem ochrony zdrowia. Jak wskazano na początku niniejszej części artykułu, województwo śląskie jest jednym z tych obszarów kraju, gdzie praktycznie od początku lat 90. wprowadzano różnorodne metody pozyskiwania, agregowania i wykorzystywania do gospodarowania sektorem ochrony zdrowia informacji. Mimo tego potencjalnego bogactwa źródeł informacyjnych wielu respondentów wskazuje na braki w tym zakresie, a co ważne podkreślenia, znaczna ich część wskazuje na brak przydatności określonych źródeł wiedzy dla ich pracy zawodowej.

Potrzeba poszukiwania nowego sposobu gromadzenia danych oraz tworzenia innych niż dotychczasowe możliwości ich wykorzystania znalazła swoje odzwierciedlenie w rozkładzie odpowiedzi na pytanie dotyczące rozszerzenie uprawnień Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego – instytucji statutowo przygotowanej do takich czynności.

Respondenci podkreślali konieczność rozszerzenia uprawnień tego podmiotu jednocześnie raczej sceptycznie odnosili się do propozycji powołania Regio-

nalnego Instytutu Zdrowia Publicznego jako wojewódzkiej placówki działającej w obszarze kształtowania i kontrolowania regionalnej ochrony zdrowia. Istnieje jednak potrzeba stworzenia, na wzór rozwiązań zastosowanych w wielu państwach Unii Europejskiej, rozwiązań systemowych wykorzystujących nowoczesne techniki komunikacji jako podstawowy nośnik przekazywanych informacji. Zdecydowana większość respondentów podkreślała potrzebę stworzenia regionalnego portalu gromadzącego wszelkie informacje możliwe do wykorzystania w obszarze racjonalnego gospodarowania zdrowiem, dostępne zarówno dla decydentów, świadczeniodawców, profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów.

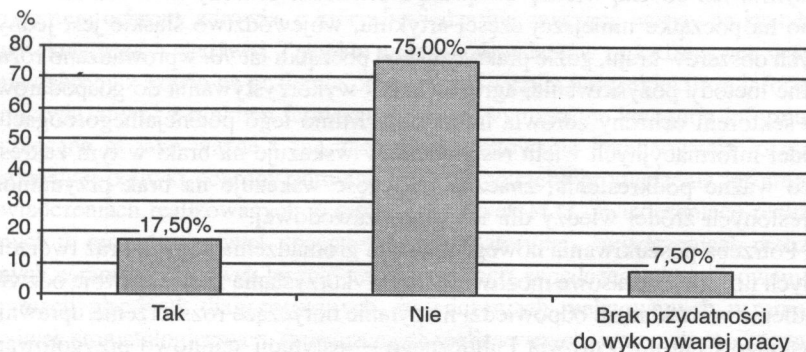
Czy należy stworzyć regionalny portal gromadzący informacje o systemie ochrony zdrowia?



Wykres 7. Opinia dotycząca potrzeby powołania portalu regionalnego. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

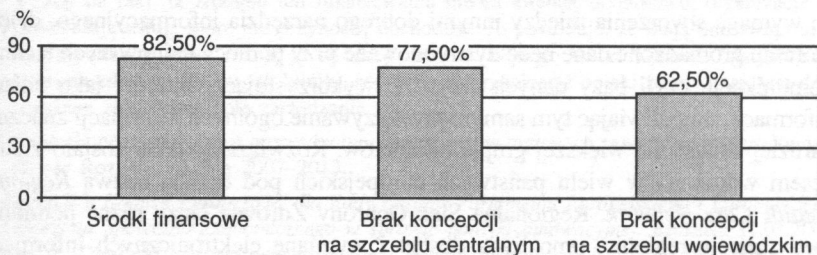
Typowym rozwiązaniem w tym zakresie dla wielu państw Unii Europejskiej jest Regionalna Sieć Ochrony Zdrowia (*Regional Health Care Networks*), stanowiąca niezwykle wydajne i efektywne narzędzie zarządzania systemem. Niestety, ani pojęcie, ani zasady funkcjonowania tego rozwiązania nie są powszechnie znane wśród tych, którzy profesjonalnie zajmują się organizowaniem regionalnej i terytorialnej ochrony zdrowia.

Czy zna Pani/Pan pojęcie Regionalna Sieć Ochrony Zdrowia?



Wykres 8. Znajomość pojęcia RHCN. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

Respondenci postrzegają szereg barier uniemożliwiających wprowadzenie Regionalnej Sieci Ochrony Zdrowia jako narzędzia efektywnego zarządzania ochroną zdrowia w regionie. Podkreślają brak środków finansowych oraz odnośnej koncepcji, zarówno na centralnym, jak i wojewódzkim poziomie.



Wykres 9. Potencjalne bariery wprowadzenia RHCN. Źródło: Raport z realizacji projektu: Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924. Katowice 2006.

5. Wnioski

W efekcie transformacji w latach 90. pojawiły się obszary gospodarowania, które przestały funkcjonować w myśl zasady, że państwo ma obowiązek zaspokoić potrzeby zgłaszane przez społeczeństwo, bowiem przyjęta liberalna doktryna gospodarcza w zasadniczy sposób ogranicza jego interwencjonizm. Niektóre dziedziny życia społecznego, na przykład system ochrony zdrowia, który przedtem był głównie administrowany, stają się obecnie sektorami zarządzanymi, co oznacza, że szuka się możliwości nie tylko zaspokajania potrzeb społecznych w ramach prostej redystrybucji, ale poprzez wprowadzanie instrumentów stymulujących działania przedsiębiorcze i innowacyjne. Oznacza to również szukanie narzędzi i instrumentów kształtowania i realizowania racjonalnej polityki ochrony zdrowia na poziomie państwa i jednostki terytorialnej.

Szczególnie ważne dla właściwego pojmowania istoty przejścia od administrowania do zarządzania w sferze publicznej, a tym samym innego spojrzenia na problem efektywności jest zrozumienie roli nowoczesnego sektora publicznego i jego znaczenia dla globalnego rozwoju społeczeństw. Celem ochrony zdrowia jest zaspokajanie i realizacja potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. System ochrony zdrowia, aby był efektywny i akceptowalny społecznie, powinien uwzględniać możliwości ekonomiczne państwa, realizowaną doktrynę społeczno-ekonomiczną oraz zagrożenia środowiskowe i medyczne zachowania ludności, zaś rolą państwa jest znalezienie konsensusu pomiędzy oczekiwaniami obywateli a możliwościami państwa i poszukiwanie takich metod gospodarowania zasobami, by dzięki ich użyciu istniejące zasoby były efektywnie wykorzystywane. Ważnym elementem podejmowania działań, których celem jest kreowanie optymalnej polityki ochrony zdrowia oraz sprawność systemu zarządzania ochroną zdrowia w regionie, jest możliwość wykorzystywania nowo-

czesnych narzędzi wspierających proces podejmowania decyzji takich jak system informacyjny i w stworzony na jego bazie system informatyczny.

Nowoczesne zarządzanie ochroną zdrowia oznacza, że sektor musi być przekształcony, tak aby spełniał podstawowe kryteria racjonalnego działania, czyli był efektywny oraz oferował pożądaną jakość i poziom dostępności usług zdrowotnych, co wymaga stworzenia między innymi dobrego narzędzia informacyjnego, dzięki któremu gromadzone dane będą dystrybuowane przy pomocy najnowszych technik komunikacji, czyli bazy danych aktywnie wykorzystującej Internet jako nośnik informacji, umożliwiając tym samym przekazywanie ogólnych informacji znacznie bardziej skutecznie większej grupie odbiorców. Rozwiązanie takie zostało z sukcesem wdrożone w wielu państwach europejskich pod ogólną nazwą *Regional Health Care Network*. Regionalna Sieć Ochrony Zdrowia łączy różne podmioty medyczne w regionie, umożliwia dostęp i wymianę elektronicznych informacji pomiędzy szpitalami, lekarzami ogólnymi, pacjentami, centami zdrowia, laboratoriami i innymi instytucjami zdrowia w regionie. Stanowi więc doskonały pomost do przekazywania informacji między świadczeniodawcami, świadczeniobiorcami, płatnikiem oraz odbiorcami produktu, czyli członkami społeczeństwa.

Informacje o autorce

Dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka, prof. AE w Katowicach – Akademia Ekonomiczna w Katowicach. E-mail: aldona@ae.katowice.pl.

Przypisy

¹ Z dyskusji dotyczącej problemów efektywności (porównaj: S. Shortell, A. Kaluźny: Podstawy zarządzania opieką zdrowotną. Fundacja Zdrowia Publicznego Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius. Kraków 2001, s. 21–48, H.K. Anheier: Nonprofit Organizations. Theory, management, policy. Routledge. Taylor and Francis Group. London and New York. 2005, Współczesna ekonomika usług. (red.) S. Flejerski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2005. s. 413–450, J. Stiglitz: Ekonomia sektora publicznego. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2004) wynika, że różne typy organizacji powinny być zorganizowane w różny sposób (struktura wewnętrzna), co z kolei implikuje konieczność dostosowania wskaźników efektywności do specyfiki konkretnej organizacji w tym również do misji jaka realizuje podejmując działania na rynku. W pierwszej kolejności należy dokonać rozróżnienia między organizacjami nastawionymi na zysk a organizacjami non-profit, czyli niekomercyjnymi. Placówkami działającymi w systemie ochrony zdrowia często zaliczane są do sektora non-profit, szczególnie w tych krajach, gdzie źródła finansowania ich działalności oparte są na środkach pochodzących z podatku lub ubezpieczeń zdrowotnych obowiązkowych i powszechnych. Sektor organizacji niekomercyjnych jest przedmiotem szerokiej dyskusji w literaturze zarządzania. Badacze i praktycy stosują różne podejścia do definiowania i segmentacji sektora organizacji non-profit. Można te rozważania rozpocząć od podania klasyfikacji podatkowej, która jest jednak niewystarczająca dla badaczy studiujących takie organizacje. Zamiast takiej klasyfikacji badacze zajmujący się obszarem nauk społecznych, ekonomicznych czy administracji publicznej stworzyli szereg definicji podkreślających czynniki, jakie powodują odmienność organizacji non-profit i podjęli szereg prób segmentacji tego sektora, jednak żadne z podejść nie jest powszechnie przyjęte. Najczęściej stosowana segmentacja oparta jest na

branży lub obszarze świadczenia usług. Zwykle wyróżnia się takie obszary tego sektora jak: sztuka, edukacja, środowisko, zdrowie czy usługi dla ludności. Niezależnie od przyjmowanego kryterium w każdej z klasyfikacji wyodrębnia się organizacje non-profit działające w obszarze opieki zdrowotnej. Mimo nieustającej debaty nad znaczeniem sektora non-profit czy kwestią jego segmentacji większość badaczy i praktyków jest zgodna co do kwestii, iż organizacje niekomercyjne różnią się od organizacji nastawionych na zysk z racji na fakt, iż źródłem ich finansowania nie są klienci; dodatkowo, organizacje te dostarczają usług, które nie przynoszą dochodów. To powoduje, że mają one swoje unikalne potrzeby, które różnią je od sfery biznesu. Dlatego też zarządzanie instytucjami ochrony zdrowia, takimi jak kliniki, szpitale czy organizacje opieki zdrowotnej, jest dziś uważane za odrębne pole zarządzania.

- ² Istotne elementy dotyczące procesów innowacyjnych w regionach zawarte są w Narodowym Planie Rozwoju na lata 2007–2013.
- ³ *Komunikat Komisji Europejskiej dla Rady Europy, Parlamentu Europejskiego i Europejskiego Komitetu Społeczno-Ekonomicznego w sprawie polityki innowacyjnej*. Bruksela 11.03.2003 za: Z. Olesiński: *Zarządzanie w regionie. Polska–Europa–Świat*. Difin. Warszawa 2005 s. 235.
- ⁴ Idea zrównoważonego rozwoju opiera się na zasadach demokracji i państwa prawa, jak również na poszanowaniu praw podstawowych, w tym wolności i równości szans dla wszystkich. Zapewnia solidarność wewnątrz- i międzypokoleniową. Służy wspieraniu dynamicznej gospodarki, pełnego zatrudnienia, wysokiemu poziomowi edukacji, ochrony zdrowia, spójności społecznej i terytorialnej, ochronie środowiska w bezpiecznym i spokojnym świecie, przy poszanowaniu różnorodności kulturowej za: Rada Unii Europejskiej–Bruksela, 18 czerwca 2005 r. Pismo przewodnie nr 10255/05, CONCL 2. Załącznik nr I.
- ⁵ Europejska Inicjatywa na rzecz Wzrostu została formalnie przyjęta na szczycie Rady Europejskiej w grudniu 2003 r. i odnosi się do transeuropejskich projektów infrastrukturalnych oraz projektów inwestycyjnych w wiodące technologie.
- ⁶ Przykładem jest 6 PR na lata 2002–2006, którego jednym z celów jest rozwój technologii społeczeństwa informacyjnego. Program finansuje inicjatywy systemów bezpieczeństwa i monitorowania środowiska naturalnego, handlu elektronicznego, bezpiecznych transakcji elektronicznych i dostępu obywatela do informacji. Program PROMISE wspiera tworzenie się europejskiego społeczeństwa informacyjnego, IDA – szybką wymianę informacji między administracjami publicznymi państwa członkowskich, ECOM-IS wykorzystanie handlu elektronicznego przez przedsiębiorstwa.
- ⁷ Inicjatywy *e-Europe* finansowane są również z funduszy strukturalnych.
- ⁸ Zobacz: BISER – *Benchmarking the Information Society: eEurope Indicators for European regions*. Final draft June 2004. Project funded by the European Community under the Information Society Technology Programme (1998–2002) oraz *Elektroniczna gospodarka w Polsce. Raport 2004*. Red. M. Kraska. Instytut Logistyki i Magazynowania. Poznań 2005.
- ⁹ Oczywiście podstawowym wymogiem formalnym jest ujednoczenie procedur tak aby istniała możliwość ich porównywania bez względu na obecne i poprzednie miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie oraz doprowadzenie do sytuacji w której istnieje możliwość korzystania z informacji przez całą dobę każdego dnia. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom Komisja Europejska od 2003 roku podjęła prace związane ze stworzeniem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (*European Health Insurance Card*). Wprowadzenie takiej karty jest jednoznaczne z faktyczną realizacją swobody przemieszczania się osób i i tworzenia systemu ochrony zdrowia bez granic co jest celem nadrzędnym idei budowy Społeczeństwa Informacyjnego.
- ¹⁰ Regionalna polityka ochrony zdrowia. Nr 2 HO2E05924 kierownik grantu: prof. AE dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka.

Bibliografia

- Anheirer, H.K. 2005. *Nonprofit organizations. Theory, management, policy*, London/New York: Routledge.
- Bieniok, H. (red.) 1997. *Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem. Pojęcia, funkcje, zasady, zasady*, Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- BISER – *Benchmarking the Information Society: Europe Indicators for European regions*. Final draft June 2004. Project funded by the European Community under the information Society Technology. Programme (1998–2002) oraz *Elektroniczna gospodarka w Polsce. Raport 2004*. Red. M. Kraska. Instytut Logistyki i Magazynowania. Poznań 2005.
- Bratnicki, M. 2002. *Przedsiębiorczość i przedsiębiorcy współczesnych organizacji*, Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Flejerski, S., Panasiuk, A., Perenc, J. i G. Rosa. (red.) 2005. *Współczesna ekonomia usług*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Frączkiewicz-Wronka, A. 2005. *Kształtowanie się koncepcji Społeczeństwa Informacyjnego i jej znaczenie dla realizacji celów ochrony zdrowia w regionie*. w: Frączkiewicz-Wronka, A. (red.) *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, s. 365–390. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Garrido, T. 2005. Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional study. *British Medical Journal*, vol. 330, nr 7491, s. 330–581.
- Górnica, J. 2001. *Innowacje społeczne a zarządzania publiczne. Glosa do debaty nad sposobami rządzenia*. w: Hausner, J. (red.) *Studia z zakresu zarządzania publicznego. Materiały seminarium naukowego nt. „Od idealnej biurokracji do współczesnego zarządzania publicznego”*, Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Hughes, O.E. 2003. *Public management and administration*, New York: Palgrave Macmillan.
- Murray, A. The Lisbon Scorecard IV, *The status of economic reform in the enlarging EU*. Centre for European Reform. Marzec 2004 s. 1–4.
- Oates, J. i H.B. Jensen. (red.) 2000. *Building Regional Health Care Networks in Europe*, Amsterdam–Berlin–Oxford–Tokio–Washington: IOS Press Ohmsha.
- Olesiński, Z. 2005. *Zarządzanie w regionie. Polska–Europa–Świat*, Warszawa: Difin.
- Rada Unii Europejskiej–Bruksela, 18 czerwca 2005 r. Pismo przewodnie nr 10255/05, CONCL 2. Załącznik nr I.
- Secomski, K. 1970. *Elementy polityki ekonomicznej*, Warszawa: PWE.
- Shortell, S.M. i A.D. Kaluźny. 2001. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius.
- Stiglitz, J.E. 2004. *Ekonomia sektora publicznego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szaban, J. 2005. *Organizacje administracji publicznej jako organizacje oparte na wiedzy*. w: Leja, K. i A. Szuwarzyński (red.) *Zarządzanie wiedzą w organizacjach niekomercyjnych*, s. 71–84. Gdańsk: Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej.
- Szultka, S., Tamowicz, P., Mickiewicz, M. i E. Wojnicka. 2004. *Regionalne strategie i systemy innowacji. Najlepsze praktyki. Rekomendacje dla Polski*. Niebieskie Księgi 2004. Rekomendacje nr 12. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową. Gdańsk 2004, s. 7–14.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 1985. *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*, Copenhagen: WHO.