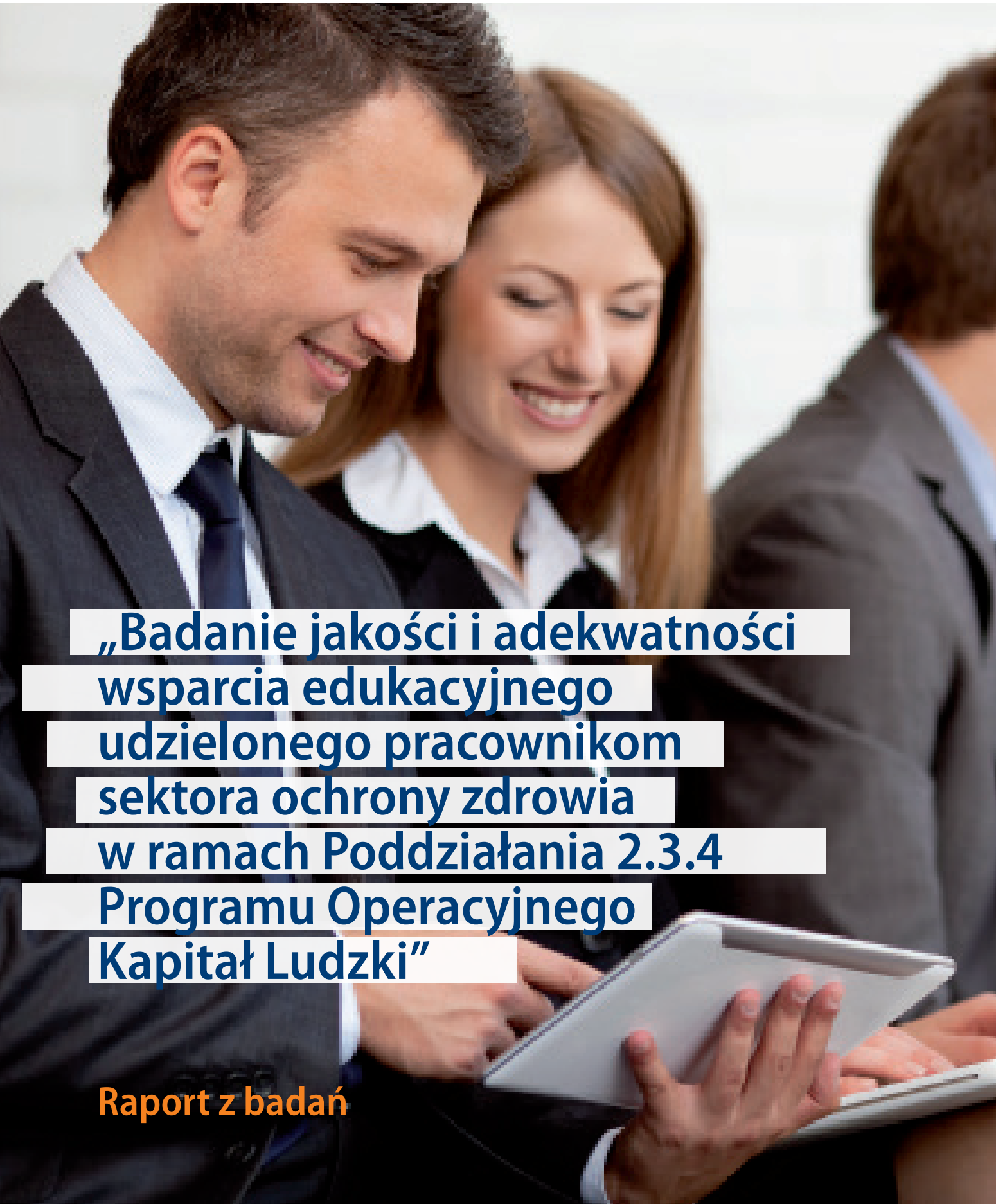
KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Ministerstwo Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Człowiek - najlepsza inwestycja



„Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki"

Raport z badań

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Ministerstwo Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Człowiek - najlepsza inwestycja

„Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki"

Raport z badań

Warszawa 2014

Zamawiający:

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
www.mz.gov.pl

Wykonawca:

EU-CONSULT Sp. z o.o.

ul. Wały Piastowskie 1
80-855 Gdańsk

Autorzy badania:
dr Tomasz Holecki
dr Martyna Wronka-Pośpiech
dr Joanna Woźniak-Holecka
Krzysztof Gutta
Agata Płatek
Michał Dominik

Współpraca przy opracowaniu narzędzi i raportu ze strony Ministerstwa Zdrowia:
Krzysztof Górski

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE 5
SUMMARY 9
1. WPROWADZENIE 13
1.1. Kontekst badania 13
1.2. Cel oraz zakres tematyczny badania ewaluacyjnego 14
1.3. Zakres i struktura badania 19
1.4. Kryteria ewaluacyjne 20
2. METODOLOGIA BADANIA 21
2.1. Analiza danych zastanych (desk research) 22
2.2. Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo (CATI) 28
2.2.1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 28
2.2.1.1. Wyniki badań terenowych 29
2.2.2. CATI z przedstawicielami beneficjentów 129
2.2.2.1. Wyniki badań terenowych 129
2.2.3. CATI z przedstawicielami społeczeństwa 141
2.2.3.1. Wyniki badań terenowych 142
2.3. Tradycyjny wywiad bezpośredni (PAPI) 151
2.4. Indywidualny wywiad pogłębiony (IDI) 160
2.4.1. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych 160
2.4.1.1. Wyniki badań terenowych 161
2.4.2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 166
2.4.2.1. Wyniki badań terenowych 166
2.4.3. IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 171
2.4.3.1. Wyniki badań terenowych 172
2.5. Panel ekspertów 175
2.6. Metodyka wyboru najlepiej realizowanego programu studiów podyplomowych 178
2.6.1. Założenia ogólne 178
2.6.2. Ocena realizacji najlepiej i najgorzej realizowanych projektów studiów 180
2.6.3. Modelowy projekt studiów – propozycja autorska zespołu ewaluacyjnego 187
2.7. Wnioski i rekomendacje 189
3. ANEKS 197
3.1. Spis ilustracji 197
3.1.1. Rysunki 197
3.1.2. Tabele 204

STRESZCZENIE

W 2012 roku Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3 *„Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia"*, Poddziałanie 2.3.4 – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia".

Celem konkursu było wyłonienie uczelni, które przygotują i zrealizują wsparcie edukacyjne dla pracowników podmiotów leczniczych. W ramach konkursu mogły być wybrane te projekty, które oferowały uczestnikom wsparcie edukacyjne w formie studiów podyplomowych o profilu zarządzanie w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Zgodnie z założeniami, uczestnicy projektów mieli możliwość zdobycia wiedzy ułatwiającej im dostosowanie się do zmian systemowych związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Konkurs był odpowiedzią na potrzeby zdiagnozowane w ramach badania ewaluacyjnego pn. *„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce"*, które zostało przeprowadzone w lipcu 2011 r., jako element przeglądu śródokresowego Działania 2.3 PO KL. W ramach badania zidentyfikowano potrzeby szkoleniowe w zakresie szeroko rozumianego zarządzania podmiotami leczniczymi, obejmujące takie obszary tematyczne jak: (1) prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, w tym w szczególności stosowanie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. *o działalności leczniczej*, (2) ekonomia menedżerska, (3) organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej.

W ramach ww. konkursu zostało wybranych 29 projektów, które były realizowane przez 24 beneficjentów (warunki konkursu dopuszczały złożenie przez uczelnie więcej niż jednego wniosku). Ich uczestnikami mogły być osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę i należące do kadry zarządzającej podmiotów leczniczych (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy komórek organizacyjnych, w tym ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe, ich zastępcy etc.).

Po zakończeniu realizacji projektu przeprowadzono badania ewaluacyjne, których zadaniem była ocena stopnia realizacji postawionych celów oraz wybranie najlepiej ocenionego przez uczestników i ekspertów programu studiów i realizującej go uczelni. Na podstawie analizy wyników badań zaprojektowano warunki brzegowe modelowych studiów podyplomowych dla zarządzających w podmiotach leczniczych, które zamierzają podjąć prace nad przekształceniem się w spółkę prawa handlowego. Badaniem zostały objęte następujące grupy respondentów:

- Uczestnicy studiów podyplomowych,
- Przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych,
- Przedstawiciele beneficjentów,
- Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia,
- Przedstawiciele Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- Pacjenci lub rodziny pacjentów korzystający z usług medycznych,
- Społeczeństwo,
- Eksperci z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia/eksperci z zakresu zdrowia publicznego.

Badanie objęło w zależności od zastosowanej techniki badawczej od 2 do 2500 respondentów:

- CATI z uczestnikami studiów podyplomowych N=1200,
- CATI z przedstawicielami beneficjentów N=25,
- CATI z przedstawicielami społeczeństwa (ogólnopolskie badanie opinii publicznej) N=1000,
- Tradycyjny wywiad bezpośredni (PAPI) wśród osób korzystających z usług medycznych (badanie prowadzono na terenie podmiotów leczniczych, wśród osób, które deklarowały, że oni sami lub członkowie ich rodzin w ostatnich 3 miesiącach korzystali z usług medycznych świadczonych przez podmiot leczniczy, na terenie, którego się znajdowali. Badanie przeprowadzono na terenie 25 podmiotów leczniczych, które przeszły proces przekształceń oraz 25, które działały w formule SPZOZ) N=2500
- IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych N=25,
- IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia N=2,
- IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia N=2,
- Panel ekspercki N=4.

Podmiot realizujący badanie zapewnił wszystkim uczelniom realizującym studia podyplomowe możliwość uczestniczenia w badaniach ewaluacyjnych poprzez wysłanie zaproszenia do badania z wykorzystaniem kontaktu telefonicznego, kontaktu mailowego oraz przesłania listu popierającego. Ewaluacja przebiegała w terminie od 17.07.2014 r. do 15.09.2014 r. Wykorzystano dla celów badania ewaluacyjnego dane pozyskane z następujących źródeł:

- Badanie ewaluacyjne pn. *„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”,* Warszawa 2011,
- Wnioski o dofinansowanie – 29,
- Umowy o dofinansowanie – 29,
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007 – 2013 oraz Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Kapitał Ludzki w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia,
- Dokumentacja konkursowa (Konkurs dla uczelni wyższych na organizację studiów podyplomowych dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi),
- Dokumenty/materiały dotyczące programów studiów podyplomowych zawarte w dokumentacji konkursowej oraz faktycznie realizowane programy studiów.

Podstawowe ustalenia poczynione w konsekwencji analizy zebranego w trakcie ewaluacji materiału:

1. Wszystkie źródła wiedzy oraz wykorzystane metody badawcze, w tym w szczególności analiza planów studiów i poziomu kadry realizującej zajęcia, wywiady z przedstawicielami beneficjentów oraz panel ekspercki dowiodły, że zaprojektowane przez starające się uczelnie programy studiów wykorzystały przesłanki zawarte w dokumencie przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia nt. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.

2. Lista przedmiotów przyjętych dla realizacji w poszczególnych uczelniach pozwala na uznanie zgodności z założeniami dokumentacji konkursowej. Tym samym na podstawie przedstawionych planów i programów nauczania można stwierdzić, że stworzono podstawy do osiągnięcia wyznaczonych celów kształcenia. Wniosek taki nasuwa się zarówno w wyniku analizy dokumentów źródłowych (desk research), jak również w wyniku badań ankietowych przeprowadzonych z uczestnikami studiów, organizatorami (beneficjentami) oraz ekspertami.

3 Specyfika pracy i codziennej praktyki uczestników projektu została w pełni uwzględniona w programie studiów podyplomowych. Dotyczyło to w szczególności: warsztatowego charakteru zajęć, budowania programu w oparciu o uwagi praktyków, koncentracji na problemach zgłaszanych przez słuchaczy i ich bieżące rozwiązywanie. Zwrócić należy uwagę, że użyteczność studiów podyplomowych realizowanych w wyniku projektu w dużej mierze zależna była od stanowiska, które zajmowali uczestnicy programu (akcentowano przydatność przedmiotów, które mogą być wykorzystywane natychmiast w codziennej praktyce zarządczej np. elementy zarządzania zasobami ludzkimi czy public relations) oraz obszaru systemu zdrowia, w którym wykonywali swoje zadania (pracownicy podmiotów publicznych np. szpitali samorządowych czy SPZOZ-ów byli bardziej zainteresowani możliwościami, jakie niesie za sobą przekształcenie własnościowe niż pracownicy podmiotów prywatnych np. NZOZ-ów albo związanych ze sferą budżetową jak np. pogotowie ratunkowe).

4. Wszystkie jednostki biorące udział w projekcie realizowały program zawierający treści związane z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego, z czego większość realizowała je w odrębnym module nauczania. Niemalże wszystkie ośrodki wzbogacały program o ogólne treści wchodzące w skład kanonu nauk o zarządzaniu.

5. Efekty kształcenia i warunki ich uzyskania zostały przez poszczególne ośrodki zdefiniowane, a następnie zrealizowane według własnego uznania w oparciu o branżową praktykę. Stosowano m.in. testy wiedzy, egzamin końcowy oraz ankiety monitorujące i testy kompetencyjne. Dowolność w tym zakresie nie stanowiła zagrożenia dla jakości programów edukacyjnych i sprawdziła się w praktyce.

6. Właściwa relacja pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych została zachowana. W trakcie realizacji projektu organizatorzy kursów z części ośrodków uzyskiwali sygnały płynące ze strony słuchaczy, iż oczekiwanym byłoby zwiększenie godzin zajęć praktycznych, w tym warsztatowych i seminaryjnych. Efektem powziętej wiedzy były modyfikacje programów na rzecz zwiększenia liczby godzin praktycznych kosztem zajęć teoretycznych.

7. Dla realizacji produktu edukacyjnego na wysokim poziomie, poza odpowiednim programem, konieczna jest zdolność do pozyskania wysoko wykwalifikowanej kadry wykładowców, w tym posiadających doświadczenie praktyczne. Zdecydowana większość realizujących studia podyplomowe uczelni zdołała zatrudnić zarówno wysokiej klasy specjalistów z obszaru teorii, jak i praktyki.

8. Według zarówno beneficjentów, jak i przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych efekty osiągnięte dzięki realizacji programu są wykorzystywane przez nich w codziennej pracy.

9. Wpływ procesu przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego, na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi jest trudny do oszacowania zarówno w opinii beneficjentów, jak i przedstawicieli kadry zarządzającej placówkami leczniczymi. Niemniej jednak nie budzi wątpliwości sens inwestowania w kapitał ludzki i konkretne umiejętności profesjonalistów, w obliczu zmiany, którą mogą zainicjować. Tym bardziej, że na podstawie wywiadów przeprowadzonych z ekspertami możemy sformułować tezę, że jakość zarządzania finansowanego poprawia się.

10. Jakkolwiek niewątpliwie proces wspierania studiów podyplomowych dedykowanych zarządzającym przekształceniami podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego należy uznać za zasadny i mający wpływ na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz polepszenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce w perspektywie długofalowej, to jednak trzeba brać pod uwagę również obawy społeczne związane z ograniczeniem dostępności w wyniku komercjalizacji jednostek.

Jako najlepiej realizowane programy studiów podyplomowych wybrano na podstawie zaproponowanych kryteriów następujące:

- Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego, realizowane przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie,
- Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych, realizowane przez Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania,
- Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, realizowane przez Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach,
- Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi, realizowane przez Państwową Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy.

Przeprowadzona ewaluacja pozwoliła na zaprojektowanie modelowego programu studiów.

SUMMARY

In 2012, the Ministry of Health announced a competition within the frames of Human Capital Operational Programme, Measure 2.3 "*Strengthening the capacity of health care professionals and improvement of the quality of health care system*", submeasure 2.3.4 – "Development of skills aiming at quality of healthcare management".

The objective of that competition was to select universities that will afterwards prepare and implement educational support for employees in the medicine field. One of the criterions was that projects had to offer educational support to participants in the form of postgraduate studies in the field of management in healthcare units, including issues related to the transformation of the healthcare facility into a commercial company. Therefore, participants had the opportunity to gain knowledge in order to facilitate transformation of healthcare facility into a commercial company, resulting from system changes. This competition was a response to the needs diagnosed by means of evaluation conducted in July 2011, as part of the mid-term review of the Measure 2.3 HC OP ("*Analysis of educational needs of healthcare professionals and non-medical professions within the health care system in Poland*"). The study had identified the educational needs in the field of management in healthcare units, covering such themes as: (1) legislation in health care, including in particular the Act on medical activity (18 March 2011), (2) managerial economics, (3) the organization and management of healthcare facilities. As the result of above-mentioned competition, 29 projects were selected for the implementation by 24 beneficiaries (the conditions of the competition allowed for submission more than one application by the universities). The project participants had to be a person employed under a contract of employment and belonging to so-called management staff (i.e. directors, chief accountants, heads of organizational units including head of a hospital departments, ward nurses, their deputies, etc.).

After the project was completed, evaluation study had been carried out in order to assess the degree of objectives realization, as well as to choose the best project and university according to participants and experts. The best projects could therefore serve as a kind of template or draft model for future post-graduate studies in this area. The evaluation study covered the following groups of respondents:

- Participants of postgraduate studies,
- Representatives of management executives in health care units, in which participants of postgraduate studies are/ were employed,
- Representatives of the beneficiaries,
- Representatives of the Ministry of Health,
- Representatives of the Centre for Quality in Health Care,
- Patients and families of patients who use medical services,
- Representatives of the society,
- Experts in the field of healthcare management/experts in the field of public health.

The study, depending on the used research technique, included from 2 to 2500 respondents:

- CATI with participants of postgraduate studies N=1200,

- CATI with representatives of the beneficiaries N = 25,
- CATI with representatives of society (nationwide public opinion survey) N = 1000,
- Traditional direct interview (PAPI) conducted among users of medical services (research was conducted in the medical entities, among those who declared that either they or a member of their family used within the last 3 months medical services provided by this entity. The research was conducted in 25 units that have undergone a process of transformation, and 25 operating in the of independent public healthcare) N = 2500,
- IDI with representatives of management executives in health care units, in which participants of postgraduate studies are/ were employed N = 25,
- IDI with representatives of the Ministry of Health N = 2,
- IDI with representatives of the Centre for Quality in Health Care N = 2,
- Expert panel N = 4.

The subject conducting research provided to all universities opportunity to participate in the evaluation study by sending an invitation (by letter, e-mail and telephone). The process of evaluation took place in the period of time from 17.07.2014 to 15.09.2014. For the purposes of evaluation, the data from the following sources have been used:

- The evaluation report "Analysis of educational needs of healthcare professionals and non-medical professions within the health care system in Poland", Warsaw 2011,
- Applications for funding – 29,
- Funding agreement – 29,
- Human Capital Operational Programme 2007-2013, as well as the Detailed Description of the Human Capital Programme priorities related to health,
- Documentation for the competition (competition for universities to organise postgraduate studies),
- Documents/data related to postgraduate programs included in the competition documentation and actually implemented study programs.

Key findings being a result of the evaluation process:

1. All sources of knowledge and research methods used in the evaluation process, particularly analyses of study programmes, competences of teaching staff, interviews with representatives of the beneficiaries and the expert panel, prove that study programmes designed by universities have been based on the information contained in document prepared by the Ministry of Health "*Analysis of educational needs of healthcare professionals and non-medical professions within the health care system in Poland*".

2. List of subjects accepted for implementation in the various universities allows for recognition of compliance with the competition documentation. Thus, based on the submitted plans and curricula, it can be assumed that foundation for the achievement of the educational objectives has been set. The same conclusion stems both from the analysis of source documents (desk research), as well as from surveys conducted with the participants of postgraduate studies, the organisers (beneficiaries) and experts.

3. Specificity of the work and the daily practice of project participants have been fully included in the postgraduate studies programmes. This concerns mainly the workshop nature of lectures and classes, designing study programmes basing on experts and practitioners comments, concentrating on problems reported by students and finding solutions for it. Also, the vast majority of participants of postgraduate studies have the same opinion. It should also be noted, that the usefulness of postgraduate studies carried out as a result of the project, largely depended on the position occupied by the participant (usefulness of subject such human resource management and public relations has been emphasized), as well as the health system area, in which they carry out their tasks (i.e. employees of public units such as local state hospitals or independent public healthcare units seemed more interested in the possibilities resulting from the transformation of ownership than employees of private entities non-public health care institutions or emergency ambulance service).

4. All of the study programmes designed by universities covered content on transformation of the healthcare facility into a commercial company. In majority of cases, presented in a separate teaching module. Almost every university had enriched study programmes with general content on management science.

5. Learning outcomes and conditions have been defined and then realized by various universities. The most frequently used were, among others, knowledge tests, final examination, monitoring survey and competency tests. Freedom given in this respect did not constitute a threat to the quality of educational programs and has proven itself in practice.

6. The proper relationship between different forms of teaching has been preserved. During the project, the organizers of postgraduate studies in some universities have been notified by students that it would be beneficiary to increase the hours of practical classes, including workshops and seminars. This resulted in study programmes modification in order to increase the number of hours of practical classes. This is confirmed by the interviews with each group of researched people.

7. In order to run such educational product at a high level, what is needed – apart from corresponding curricula – is an ability to recruit highly qualified and competent teachers, including those with practical experience.

8. Both in the opinion of the beneficiaries, as well as representatives of management executives in health care units, in which participants of postgraduate studies are/were employed, knowledge acquired during studies is used in their daily work.

9. The impact of the process of transformation of the healthcare facility into a commercial company on the quality of management is difficult to assess whether, in the opinion of the beneficiaries or representatives of management executives in health care units. However, there is no doubt that investing in human capital as well as specific skills of health care professionals makes sense as it may lead to initiating such a change. What is more, as interviews with experts shows, that quality of management is improved.

10. Process of supporting postgraduate studies dedicated to managers in healthcare is undoubtedly great initiative as – especially in the long term – it has an impact on the improvement of both quality and accessibility of health services, as well as it develops functioning of the health care system in Poland. However, it should also be taken into account that there exist public concerns associated with limited availability being result of commercialization of units.

The best postgraduate studies programmes are as follows:

1. Managing healthcare entities in the process of transformation into a commercial company, Warsaw School of Economics,

2. Post-graduate management studies – management of healthcare entities in the era of privatization, University of Warsaw, Faculty of Management,

3. Managerial support for executives managing healthcare entities, University of Economics in Katowice,

4. Effective management of healthcare entities, Witelon State University Of Applied Sciences In Legnica.

Conducted the evaluation helped to design a model curriculum.

1. WPROWADZENIE

1.1. Kontekst badania

W 2012 roku Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3 *„Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”,* Poddziałanie 2.3.4 – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia”.

Celem konkursu było wyłonienie uczelni, które przygotują i zrealizują wsparcie edukacyjne dla pracowników podmiotów leczniczych. W ramach konkursu mogły być wybrane te projekty, które oferowały uczestnikom wsparcie edukacyjne w formie studiów podyplomowych o profilu zarządzanie w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Zgodnie z założeniami, uczestnicy projektów mieli możliwość zdobycia wiedzy ułatwiającej im dostosowanie się do zmian systemowych związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Konkurs był odpowiedzią na potrzeby zdiagnozowane w ramach badania ewaluacyjnego pn. „*Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*”, które zostało przeprowadzone w lipcu 2011 r., jako element przeglądu śródokresowego Działania 2.3 PO KL. W ramach badania zidentyfikowano potrzeby szkoleniowe w zakresie szeroko rozumianego zarządzania podmiotami leczniczymi, obejmujące takie obszary tematyczne jak: (1) prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, w tym w szczególności stosowanie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. *o działalności leczniczej*, (2) ekonomia menedżerska, (3) organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej.

Jedna z rekomendacji ww. badania dotyczyła konieczności organizowania przez Ministerstwo Zdrowia szkoleń/studiów podyplomowych dla personelu zarządzającego podmiotami leczniczymi (np. dla dyrektorów, ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych) z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia i zarządzania.

W ramach ww. konkursu zostało wybranych 29 projektów, które były realizowane przez 24 beneficjentów (warunki konkursu dopuszczały złożenie przez uczelnie więcej niż jednego wniosku). Ich uczestnikami mogły być osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę i należące do kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy komórek organizacyjnych, w tym ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe, ich zastępcy etc.). Zgodnie z dokumentacją konkursową katalog osób zajmujących stanowiska pracy, które możliwe były do objęcia wsparciem nie był katalogiem zamkniętym. Do udziału w studiach podyplomowych mogły być kwalifikowane osoby należące do szeroko rozumianej kadry zarządzającej. 27 lipca 2012 r. Departament Funduszy Europejskich opublikował na stronie internetowej www.zdrowie.gov.pl komunikat, zgodnie, z którym, jeżeli stanowisko pracy kandydata na studia podyplomowe nie wskazuje jednoznacznie na zajmowanie przez niego stanowiska kierowniczego, personel projektu mógł podjąć decyzję o jego zakwalifikowaniu na podstawie dodatkowych dokumentów (np.: pisemnego opisu stanowiska pracy), które jednoznacznie będą wskazywały przesłanki dla możliwości udziału danej osoby w projekcie.

Projekty składane w odpowiedzi na konkurs miały zakładać takie działania jak:

- Realizacja wsparcia edukacyjnego w formie studiów podyplomowych zakończonych egzaminem końcowym lub obroną pracy dyplomowej,

- Wsparcie dodatkowe dla uczestników w postaci zapewnienia wyżywienia uczestnikom podczas zjazdów na studiach podyplomowych, zwrot kosztów dojazdów uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca prowadzenia zajęć studiów podyplomowych i z powrotem, zwrot kosztów zakwaterowania uczestników podczas zjazdów,

- Zapewnienie materiałów szkoleniowych oraz innych materiałów edukacyjnych,

- Opracowanie i udostępnienie studiów podyplomowych w formie e-learningu.

Niniejszy dokument pn. „Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki", zawiera omówienie koncepcji metodologicznej oraz wyniki przeprowadzonych zgodnie z przyjętymi założeniami badań zrealizowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez firmę EU-CONSULT Sp. z o.o.

1.2. Cel oraz zakres tematyczny badania ewaluacyjnego

Głównym celem badania ewaluacyjnego była:

Ocena jakości wsparcia edukacyjnego udzielonego w ramach Podziałania 2.3.4 PO KL i jego wpływ na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi w procesie przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Cel główny badania został zrealizowany poprzez zbadanie obszarów badawczych, uzupełnionych o konkretne pytania badawcze.

Tabela 1. *Obszary i pytania badawcze*

Obszar I: ocena jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych[1]
1) Czy program studiów został przygotowany w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce"? 2) Czy program jest zgodny ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów, tj. przewiduje określone treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów? 3) Czy opracowano szczegółowy program studiów z uwzględnieniem przedmiotów/modułów zajęć praktycznych w poszczególnych okresach kształcenia? 4) Czy lista przedmiotów do realizacji programu pozwala na osiągnięcie celu kształcenia? 5) W jaki sposób program uwzględnia specyfikę pracy i codziennej praktyki kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych? 6) Czy przeanalizowano wartość programu pod względem nabycia przez absolwentów kompetencji managerskich? 7) W jaki sposób uwzględniono moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego? 8) W jaki sposób zdefiniowano efekty kształcenia i warunki ich uzyskania? 9) Czy sposób oceny studentów pozwala stwierdzić, że uzyskali oni założony poziom efektów kształcenia? 10) W jaki sposób zapewniono właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych np. wykładami, ćwiczeniami, itp.? 11) Czy uczelnia prowadzi politykę oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych, jako narzędzia służącego poprawie tej jakości (jeżeli tak, to jak oceniane jest funkcjonowanie uczelni)? 12) Jak z punktu widzenia konieczności osiągnięcia efektów programu oceniane są poszczególne narzędzia wsparcia (pod warunkiem, że są przewidziane w projekcie), tj.: • e – learning; • podręczniki (czy były, czy były przekazywane, czy tylko udostępniane); • wizyty studyjne; • konferencje; • wykłady/warsztaty/ćwiczenia z nauczycielami akademickimi; • wykłady/warsztaty/ćwiczenia z praktykami; • inne (jakie?)? 13) Jakie są mocne i słabe strony realizowanych/zrealizowanych programów?

[1] Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce", Warszawa 2011.

Obszar II: modelowy program studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi
1) Czy na podstawie wdrożonych programów studiów można wskazać jak powinien wyglądać modelowy program studiów, realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL– *„Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia"*. 2) Które wśród wdrożonych projektów najlepiej realizują cele Poddziałania 2.3.4 PO KL i dlaczego? Należy wskazać 3 projekty oraz uzasadnić ich wybór oraz wskazać, co zdecydowało o ich wyborze (jakie kryteria?).
Obszar III: ocena wpływu udzielonego wsparcia w ramach poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego
1) Czy efekty osiągnięte dzięki realizacji programu są wykorzystywane przez uczestników studiów podyplomowych w codziennej pracy w podmiotach leczniczych (jeśli tak to w jakim stopniu)? 2) Czy i w jaki sposób zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? 3) Czy efekty osiągnięte dzięki realizacji programu studiów wpływają pozytywnie lub negatywnie na jakość zarządzania w podmiotach leczniczych? 4) Czy i w jaki sposób zdobyta w trakcie studiów wiedza miała wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych?
Obszar IV: ocena wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi[2] i dostępność do usług medycznych
1) Czy podmioty lecznicze, w których pracują/pracowali uczestnicy studiów podyplomowych przekształciły się w spółkę prawa handlowego? Należy wskazać i uzasadnić przyczyny wdrożenia lub rezygnacji z przekształcenia podmiotów leczniczych w spółki. 2) Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? 3) Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej podmiotu leczniczego? 4) Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych? 5) Jak pacjenci lub ich rodziny[3] oceniają jakość świadczonych usług przez podmioty lecznicze w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? 6) Jak oceniana jest przez personel podmiotów leczniczych oraz pacjentów lub ich rodziny oraz ogół społeczeństwa dostępność do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? 7) Czy forma prawna podmiotu leczniczego wpływa na ocenę jakości i dostępności usług medycznych w ocenie pracowników tych podmiotów, pacjentów i ich rodzin oraz ogół społeczeństwa? 8) Jak oceniane są przez personel podmiotów leczniczych oraz pacjentów lub ich rodziny oraz ogół społeczeństwa jakość i dostępność świadczonych usług na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej? 9) Jaka jest społeczna ocena zachodzących procesów komercjalizacji usług szpitalnych?

Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU-CONSULT Sp. z o.o. na podstawie SOPZ

Przedstawione obszary diagnozy w procesie badawczym traktowane były jako cele szczegółowe. Do przyjętych obszarów/celów oraz uzupełniających ich pytań badawczych zastosowano konkretne metody i techniki badań.

[2] Ocenie podlegały jedynie te podmioty lecznicze, w których pracują / pracowali uczestnicy studiów podyplomowych realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia".

[3] Badaniem zostały objęte osoby, które deklarują, że w ostatnich 3 miesiącach oni sami lub ich bliscy skorzystali z usług medycznych.

Tabela 2. *Przyporządkowanie pytań badawczych do metod/technik wykorzystanych w badaniu*

Cel szczegółowy badania	Pytanie badawcze lub grupa pytań z celu szczegółowego badania	Metoda/technika badawcza
Ocena jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych	a. Czy program studiów został przygotowany w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce"?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) Panel ekspercki
	b. Czy program jest zgodny ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów, tj. przewiduje określone standardy treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia
	c. Czy opracowano szczegółowy program studiów z uwzględnieniem przedmiotów/modułów zajęć praktycznych w poszczególnych okresach kształcenia?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych
	d. Czy lista przedmiotów do realizacji programu pozwala na osiągnięcie celu kształcenia?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) Panel ekspercki 4) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 5) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ
	e. W jaki sposób program uwzględnia specyfikę pracy i codziennej praktyki kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia
	f. Czy przeanalizowano wartość programu pod względem nabycia przez absolwentów kompetencji managerskich?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia
	g. W jaki sposób uwzględniono moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia
	h. W jaki sposób zdefiniowano efekty kształcenia i warunki ich uzyskania?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia
	i. Czy sposób oceny studentów pozwala stwierdzić, że uzyskali oni założony poziom efektów kształcenia?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) Panel ekspercki
	j. W jaki sposób zapewniono właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych np. wykładami, ćwiczeniami, itp.?	1) Desk research 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) Panel ekspercki

	k. Czy uczelnia prowadzi politykę oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych jako narzędzia służącego poprawie tej jakości (jeżeli tak, to jak oceniane jest funkcjonowanie uczelni)?	1) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów
	l. Jak z punktu widzenia konieczności osiągnięcia efektów programu oceniane są poszczególne narzędzia wsparcia (pod warunkiem, że są przewidziane w projekcie) i. e – learning; ii. podręczniki (czy były, czy były przekazywane czy tylko udostępniane); iii. wizyty studyjne; iv. konferencje; v. wykłady/warsztaty/ćwiczenia z nauczycielami akademickimi; vi. wykłady/warsztaty/ćwiczenia z praktykami; vii. inne (jakie?).	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 4) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 5) Panel ekspercki
	m. Jakie są mocne i słabe strony realizowanych/zrealizowanych programów?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 4) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 5) Panel ekspercki
Modelowy program studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi	a. Czy na podstawie wdrożonych programów studiów można wskazać jak powinien wyglądać modelowy program studiów, realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL– *„Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia”*.	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) CATI z przedstawicielami beneficjentów 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 4) Panel ekspercki
	b. Które wśród wdrożonych projektów najlepiej realizują cele Poddziałania 2.3.4 PO KL i dlaczego? Należy wskazać 3 projekty oraz uzasadnić ich wybór oraz wskazać co zdecydowało o ich wyborze (jakie kryteria?).	1) Desk research 2) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 3) Panel ekspercki
Ocena wpływu udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	a. Czy efekty osiągnięte dzięki realizacji programu są wykorzystywane przez uczestników studiów podyplomowych w codziennej pracy w podmiotach leczniczych (jeśli tak to w jakim stopniu)?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ
	b. Czy i w jaki sposób zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ
	c. Czy efekty osiągnięte dzięki realizacji programu studiów wpływają pozytywnie lub negatywnie na jakość zarządzania w podmiotach leczniczych?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 3) Panel ekspercki
	d. Czy i w jaki sposób zdobyta w trakcie studiów wiedza miała wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 3) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 4) Panel ekspercki

Ocena wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczym i dostępność do usług medycznych	a. Czy podmioty lecznicze, w których pracują / pracowali uczestnicy studiów podyplomowych przekształciły się w spółkę prawa handlowego? Należy wskazać i uzasadnić przyczyny wdrożenia lub rezygnacji z przekształcenia podmiotów leczniczych w spółki.	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ
	b. Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 3) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 4) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 5) Panel ekspercki
	c. Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej podmiotu leczniczego?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 3) Panel ekspercki
	d. Czy i w jaki sposób proces przekształceń miał wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) CATI z przedstawicielami społeczeństwa 3) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 4) IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia 5) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 6) Panel ekspercki
	e. Jak pacjenci lub ich rodziny oceniają jakość świadczonych usług przez podmioty lecznicze w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?	1) PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych
	f. Jak oceniana jest przez personel podmiotów leczniczych oraz pacjentów lub ich rodziny oraz ogół społeczeństwa dostępność do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych 3) CATI z przedstawicielami społeczeństwa 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
	g. Czy forma prawna podmiotu leczniczego wpływa na ocenę jakości i dostępności usług medycznych w ocenie pracowników tych podmiotów, pacjentów i ich rodzin oraz ogół społeczeństwa?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych 3) CATI z przedstawicielami społeczeństwa 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
	h. Jak oceniane są przez personel podmiotów leczniczych oraz pacjentów lub ich rodziny oraz ogół społeczeństwa jakość i dostępność świadczonych usług na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej?	1) CATI z uczestnikami studiów podyplomowych 2) PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych 3) CATI z przedstawicielami społeczeństwa 4) IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych, wskazanych w pkt III.2 SOPZ 5) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
	i. Jaka jest społeczna ocena zachodzących procesów komercjalizacji usług szpitalnych?	1) PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych 2) CATI z przedstawicielami społeczeństwa 3) IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 4) Panel ekspercki

Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU-CONSULT Sp. z o.o. na podstawie SOPZ

1.3. Zakres i struktura badania

ZAKRES PODMIOTOWY

Badaniem zostały objęte następujące grupy respondentów:

- Uczestnicy studiów podyplomowych,
- Przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych,
- Przedstawiciele beneficjentów,
- Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia,
- Przedstawiciele Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- Pacjenci lub rodziny pacjentów korzystający z usług medycznych,
- Społeczeństwo,
- Eksperci z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia/eksperci z zakresu zdrowia publicznego.

ZAKRES PRZEDMIOTOWY

Badanie objęło w zależności od zastosowanej techniki badawczej od 2 do 2500 respondentów (tabela 3).

Tabela 3. *Wielkości prób zrealizowanych w poszczególnych badaniach realizowanych w ramach ewaluacji*

Typ badania	Wielkość próby zaakceptowanej do analizy
CATI z uczestnikami studiów podyplomowych	N=1200
CATI z przedstawicielami beneficjentów	N=25
CATI z przedstawicielami społeczeństwa (ogólnopolskie badanie opinii publicznej)	N=1000
Tradycyjny wywiad bezpośredni (PAPI) wśród osób korzystających z usług medycznych (badanie prowadzono na terenie podmiotów leczniczych, wśród osób, które deklarowały, że oni sami lub członkowie ich rodzin w ostatnich 3 miesiącach korzystali z usług medycznych świadczonych przez podmiot leczniczy, na terenie którego się znajdowali. Badanie przeprowadzono na terenie 25 podmiotów leczniczych, które przeszły proces przekształceń oraz 25, które działały w formule SPZOZ).	N=2500
IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych	N=25
IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia	N=2
IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	N=2
Panel ekspercki	N=4

Źródło: Desk research z raportów cząstkowych realizowanych w ramach ewaluacji

Realizator ewaluacji zapewnił możliwość udziału w badaniu wszystkim interesariuszom, którzy albo brali bezpośrednio udział w realizowanych projektach (np. beneficjenci, uczestnicy studiów etc.), albo mogą być zainteresowani jego efektami (np. społeczność lokalna), albo z uwagi na zajmowaną pozycję profesjonalną traktowani są jako eksperci, którzy mają wiedzę, kwalifikacje i umiejętności predestynujące ich do wypowiedzi na temat potencjalnych zmian wynikających

z implementacji innowacji społecznej jaką jest nowa forma kształcenia. Okres realizacji projektów Poddziałania 2.3.4 PO KL mieści się w przedziale czasowym od 01.07.2012 r. do 31.01.2015 r.

Podmiot realizujący badanie zapewnił wszystkim uczelniom realizującym studia podyplomowe możliwość uczestniczenia w badaniach ewaluacyjnych poprzez wysłanie zaproszenia do badania z wykorzystaniem kontaktu telefonicznego, kontaktu mailowego oraz przesłania listu popierającego. Ewaluacja przebiegała w terminie od 17.07.2014 r. do 15.09.2014 r.

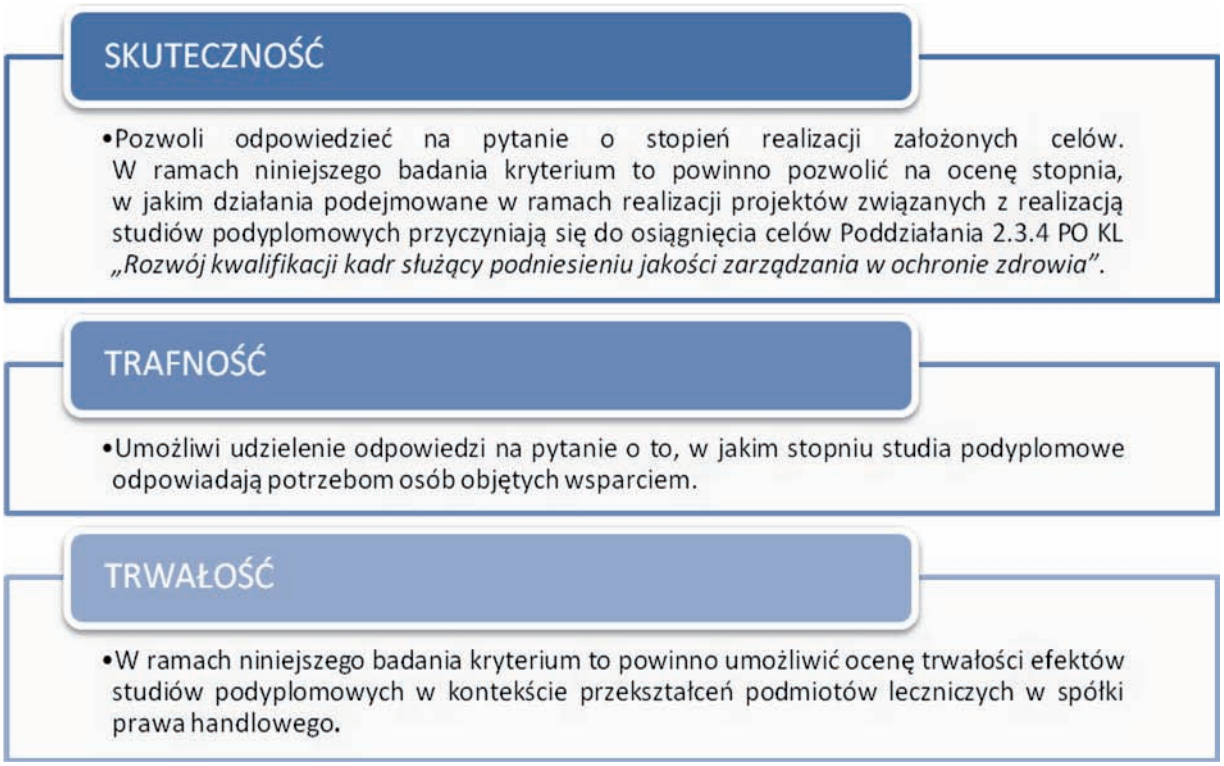
ZAKRES TERYTORIALNY

Badanie objęło swoim zasięgiem obszar całego kraju.

1.4. Kryteria ewaluacyjne

Podczas realizacji badania uwzględnione zostały trzy podstawowe kryteria ewaluacyjne: skuteczność, trafność oraz trwałość (Rysunek 1).

Rysunek 1. *Kryteria badania ewaluacyjnego*

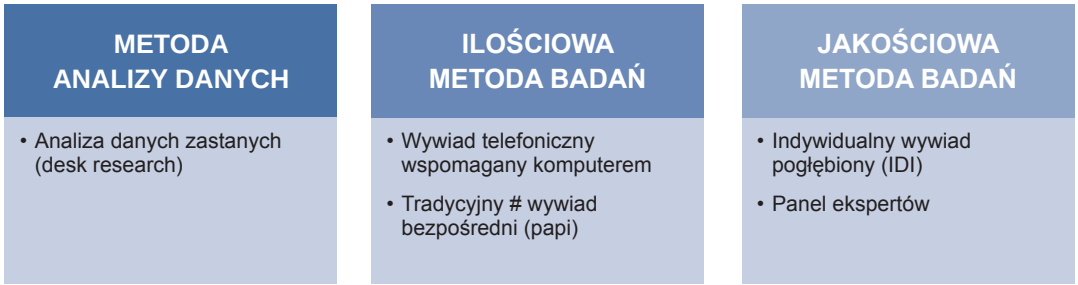


Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU-CONSULT Sp. z o.o. na podstawie SOPZ

2. METODOLOGIA BADANIA

Cel i zakres badania wymagają zastosowania wielowymiarowego podejścia do problemu badawczego. Wykonawca ewaluacji zastosował w badaniu metody i techniki zarówno ilościowe, jak i jakościowe (Rysunek 2), czyli triangulację metod badawczych – tzw. mieszane metody badawcze. Ostatnio naukowcy coraz częściej sięgają po tzw. mieszane metody badawcze (mixed research), które łączą zarówno ilościowe, jak i jakościowe metody badań[1]. Określane są one, jako *„(…) badania, w których badacz gromadzi, analizuje, miesza i wskazuje połączenia na podstawie zarówno ilościowych, jak i jakościowych danych, w jednym badaniu lub programie badawczym"*[2]. Mieszane metody badawcze stają się coraz ważniejsze i popularniejsze i wymieniane są jako trzecie najważniejsze podejście badawcze lub paradygmat badawczy na równi z badaniami ilościowymi i jakościowymi[3]. Jak pisze S. Stańczyk *(...) w celu urzetelniania badań dobrze jest stosować triangulację metod badawczych, co pozwala na uzyskanie szerszego kontekstu badanego zjawiska, zapewnia wyższą jakość prowadzonych badań i ogranicza błędy pomiaru wynikające ze stosowania jednej metody. Triangulacja oznacza ujmowanie rzeczywistości z wielu perspektyw, pozyskiwanie danych różnymi metodami i wykorzystywanie zarówno jakościowych, jak i ilościowych metod ich interpretowania. Takie połączenie ujęcia idiograficznego z nomotetycznym nazywane jest w literaturze kompleksowym*[4], komplementarnym[5], polimetodycznym[6] lub hybrydowym[7]. Jak pisze Ł. Sułkow*ski (...) procedurę triangulacji metodologicznej należy lokować w optyce pluralizmu metodologicznego, który zakłada możliwość stosowania metod z różnych paradygmatów i podejść, zależnie od dyscypliny. Jest to oczywiste odejście od fundamentalizmu metodologicznego, w którym nie można mieszać różnych metod badawczych, lecz nie jest to też eklektyzm, pełen swobody poznawczej, zakładający możliwości łączenia metod z różnych dyscyplin, czy w pełni nieskrępowany anarchizm pozbawiony metod naukowych i utrzymany w konwencji „wszystko ujdzie"(…)*[8]. Przy doborze próby, konstruowaniu narzędzi oraz ich stosowaniu Zespół Ewaluacyjny kierował się standardami naukowymi, tak by zapewnić reprezentatywność otrzymanych wyników.

Rysunek 2. *Podsumowanie metod i technik badawczych*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU-CONSULT Sp. z o.o.

---

1 J.W. Creswell: *Research design – qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Sage, UK 2009, s. 4.

2 R. Cameron: *Mixed methods in management research: Has the phoenix landed?*. Proceedings of managing the pacific Century: 22nd annual Australian and New Zeland conference, Auckland 2008.

3 R.B. Johnson, A.J. Onwuegbuzie, L A. Turner: *Toward a definition of mixed methods research*. "Journal of Mixed Methods Research" 2007, nr 1, s. 111–133.

4 S. Gertsmann: *Podstawy psychologii konkretnej*. PWN, Warszawa 1987.

5 A. Szałkowski: *Kształtowanie funkcjonalnych stosunków pracy*. Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1997.

6 P. Płoszajski: *Między refleksją a działaniem. Dylematy praktycznej teorii zarządzania*. Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1985.

7 S. Chełpa: *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych. Kierunki i dynamika zmian*. „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2003, nr 996, „Monografie i Opracowania" nr 155, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, s. 66–75.

8 Por. Ł. Sułkowski: *Epistemologia w naukach o zarządzaniu*. PWE, Warszawa 2005; Ł. Sułkowski: *Epistemologia i metodologia zarządzania*, PWE, Warszawa 2012.

2.1. Analiza danych zastanych (desk research)

Analiza danych zastanych to metoda badań społecznych, która zakłada szczegółową analizę istniejących już i dostępnych danych. W jej wyniku następuje scalanie, przetwarzanie i analiza danych rozproszonych dotychczas wśród rozmaitych źródeł. Analiza danych zastanych zapewniła pozyskanie informacji, które można otrzymać w konsekwencji badania dokumentów organizacyjnych oraz socjo-ekonomicznego kontekstu funkcjonowania organizacji.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

Analiza desk research wolna jest od większości obciążeń charakterystycznych dla badań reaktywnych, takich jak efekt ankieterski. Pozwala tym samym na uzyskanie wysoce obiektywnych informacji. Ponadto stanowi doskonały wstęp do dalszych badań. Wyniki uzyskane w trakcie analizy desk research posłużyły do realizacji dalszych etapów badania przede wszystkim nakierowując zespół badawczy na pewne konkretne problemy, które pogłębiono i wyjaśniono w wyniku realizacji badań reaktywnych.

PRZEZNACZENIE TECHNIKI BADAWCZEJ

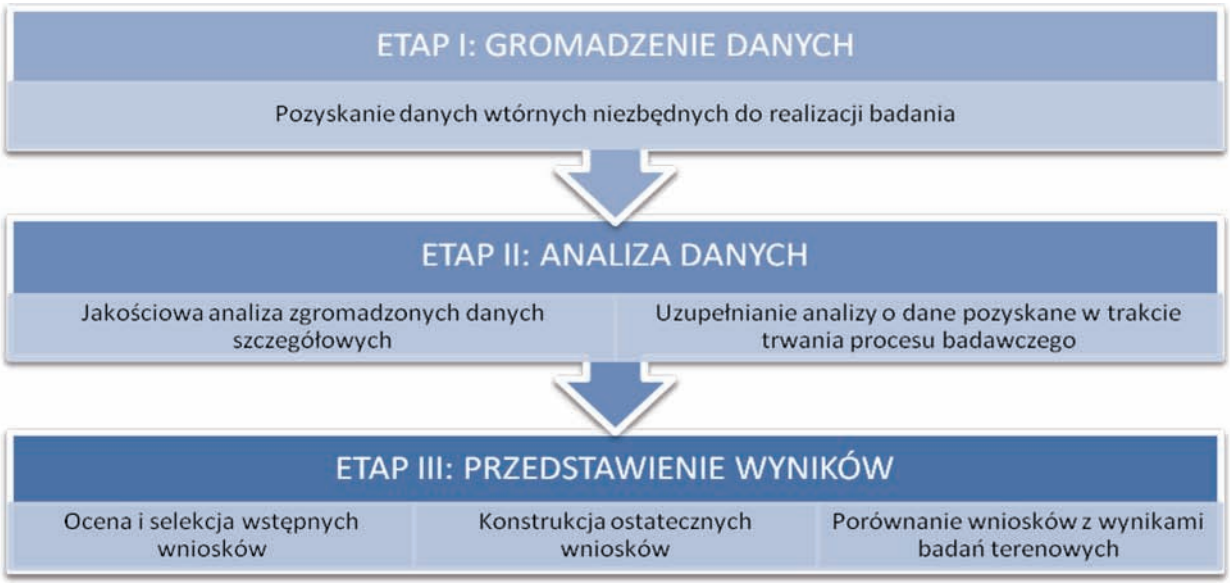
Analiza danych zastanych została wykorzystana do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Ocena jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,
- Modelowy program studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi.

SPOSÓB ZASTOSOWANIA

Analiza desk research została przeprowadzona w kilku etapach obejmujących: gromadzenie oraz analizę danych, a następnie przedstawienie uzyskanych wyników (Rysunek 3).

Rysunek 3. *Schemat analizy danych wtórnych*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU-CONSULT Sp. z o.o.

ŹRÓDŁA DANYCH

Dokumenty zawierające istotne z punktu widzenia celów badania dane, to:

- Badanie ewaluacyjne pn. *„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”,* Warszawa 2011,
- Wnioski o dofinansowanie – 29,
- Umowy o dofinansowanie – 29,
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007 – 2013 oraz Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Kapitał Ludzki w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia,
- Dokumentacja konkursowa (Konkurs dla uczelni wyższych na organizację studiów podyplomowych dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi),
- Dokumenty/materiały dotyczące programów studiów podyplomowych zawarte w dokumentacji konkursowej oraz faktycznie realizowane programy studiów.

W tabeli nr 4 wskazano tytuł projektu, nazwę projektodawcy, typ projektu, skrót używany do identyfikowania projektu na rysunkach, okres jego realizacji, ilość uczestników, budżet oraz formy wsparcia.

Tabela 4. *Tytuł projektu, projektodawcy, typ projektu, okres jego realizacji, ilość uczestników, budżet oraz formy wsparcia wykorzystane przez daną uczelnię*

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Okres realizacji		Liczba uczestników określona we wniosku	Budżet projektu (PLN)	Szczegóły wsparcia			
				Od	Do			e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna
1	Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia	Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu	EUHE w Elblągu	01.02.2013	31.05.2014	24	131.414,76	-	224	+	-
2	Nowoczesne zarządzanie	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	WSBiP w Ostrowcu Św. – Nowoczesne zarządzanie	01.07.2012	30.06.2014	360	1.867.974,21	+	310	-	-
3	Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych	Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie	OWSIZ im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie	01.08.2012	31.07.2014	270	1.461.114,97	+	192	-	-
4	Profesjonalna kadra	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim **Partner:** Wyższa Szkoła Medyczna Sosnowiec	WSBiP w Ostrowcu Św. + WSM w Sosnowcu	01.07.2012	30.06.2014	360	1.959.655,91	+	310	-	-
5	Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy	PWSZ im. Witelona w Legnicy	01.08.2012	31.07.2014	60	328.344,95	-	230	-	-
6	Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana kadra	01.01.2013	31.05.2014	60	308.520,00	-	220	-	-
7	Profesjonalnie wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Profesjonalnie wykwalifikowana kadra	01.08.2012	31.12.2013	60	308.520,00	-	220	-	-

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Okres realizacji		Liczba uczestników określona we wniosku	Budżet projektu (PLN)	Szczegóły wsparcia			
				Od	Do			e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna
8	Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	SGH w Warszawie	01.07.2012	30.06.2014	120	570 076,38	+	192	+	+
9	Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych	Stargardzka Szkoła Wyższa STARGARDINUM	SSW STARGARDINUM	01.07.2012	30.06.2014	160	848.966,40	+	192	-	-
10	Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce	Szkoła Wyższa im. B. Jańskiego	SW im. B. Jańskiego	01.01.2013	31.12.2014	80	494.430,30	+	190	-	-
11	Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach	UE Katowice	01.08.2012	31.07.2014	150	890.420,04	+	220	-	+
12	Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu	UE Poznań	01.07.2012	30.06.2014	150	676.886,00	-	240	-	-
13	Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia	Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu	UMK w Toruniu	01.07.2012	30.06.2014	240	1.304.554,70	-	220	-	-
14	Zdrowe zarządzanie	Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu	UTH w Radomiu (dawna Politechnika Radomska)	01.07.2012	30.04.2014	100	525.938,40	-	220	-	-
15	Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych	Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania	UW – WZ Warszawa	01.07.2012	30.06.2014	180	989.881,60	-	200	+	+
16	Zarządzanie podmiotami leczniczymi – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku	WSB w Gdańsku	01.02.2013	31.01.2015	300	1.649.319,40	+	208	-	-
17	Studia podyplomowe „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej”	WNE Uniwersytet Warszawski	WNE – UW Warszawa	01.07.2012	30.06.2014	382	1.948.705,46	+	200	-	-

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Okres realizacji		Liczba uczestników określona we wniosku	Budżet projektu (PLN)	Szczegóły wsparcia			
				Od	Do			e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna
18	Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Administracji Publicznej Szczecin	WSAP Szczecin	01.07.2012	30.06.2014	210	1.141.508,10	-	190	-	-
19	Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	WSB w Poznaniu	01.07.2012	30.06.2014	363	1.996.321,47	-	188	-	-
20	Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu **Partner:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Pile	WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile	01.07.2012	30.06.2014	360	1.979.876,64	-	180	-	-
21	Skuteczny menedżer w służbie zdrowia	Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu **Partner:** TUV SUD Polska	WSB w Toruniu + TUV SUD Polska	01.08.2012	31.07.2014	342	1.977.847,92	+	238	-	-
22	Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu. Pierwotnie projekt realizowany był przez Wyższa Szkoła Zarządzania i Finansów we Wrocławiu w partnerstwie z Wyższą Szkoła Bankową we Wrocławiu. W trakcie realizacji projektu nastąpiło połączenie szkół. Na mocy aneksu do umowy realizatorem projektu była WSB Wrocław	WSB we Wrocławiu (dawna WSZiF we Wrocławiu)	01.09.2012	30.06.2014	180	863 784,26	+	200	-	-
23	Kierownicy w podmiotach leczniczych menedżerami XXI wieku	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	WSB we Wrocławiu		30.06.2014	180	757 611,36	+	200	-	-

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Okres realizacji		Liczba uczestników określona we wniosku	Budżet projektu (PLN)	Szczegóły wsparcia			
				Od	Do			e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna
24	Nowoczesny menedżer -efektywne zarządzanie	Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy	WSG w Bydgoszczy	01.07.2012	30.06.2014	113	650.916,00	+	240	-	-
25	Zarządzaj –Organizuj -Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie	WSIiZ w Rzeszowie	01.01.2013	31.12.2014	90	492.538,30	-	206	+	-
26	Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi	Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie	WSPiA w Lublinie	01.08.2012	31.07.2014	200	820.956,60	-	192	-	-
27	Studia podyplomowe –Zarządzanie w ochronie zdrowia	Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie	WSZiB w Krakowie	01.07.2012	30.06.2014	280	1.318.732,20	-	160	-	-
28	Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach	WSZOP w Katowicach	01.07.2012	30.06.2014	80	439. 531,60	-	210	+	-
29	Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	Warszawska Wyższa Szkoła im. Edwarda Wiszniewskiego **Partner:** Talento sp z o.o.	WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o.	01.08.2012	30.06.2014	60	329.964,80	+	190	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów konkursu (Konkurs dla uczelni wyższych na organizację studiów podyplomowych dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi)

2.2. Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo (CATI)

Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo to technika służąca do realizacji badań ankietowych. Pozwala w krótkim czasie dotrzeć do dużej liczby respondentów i uzyskać od nich niezbędne informacje. Jej główną przewagą nad osobistym wywiadem kwestionariuszowym jest znacznie ułatwiony kontakt z respondentem, który może być nieobecny w swoim mieszkaniu w danym terminie.

Wszystkie wywiady realizowane przy użyciu tej techniki zostały przeprowadzone przez doświadczonych ankieterów, a udzielone odpowiedzi zostały przeanalizowane przez członków Zespołu Badawczego.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

Wywiad telefoniczny można przeprowadzić z respondentem bez względu na porę i miejsce jego pobytu. Technika ta nie absorbuje również szczególnie czasu ani respondenta ani ankietera. Prowadzenie wywiadów za pomocą telefonu znacznie niweluje również efekt ankieterski, który może negatywnie wpływać na wiarygodność uzyskiwanych informacji.

BADANE GRUPY

Na potrzeby niniejszego badania ewaluacyjnego technikę wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerem wykorzystano do pozyskania informacji od trzech grup respondentów:

- Uczestników studiów podyplomowych,
- Przedstawicieli beneficjentów,
- Przedstawicieli społeczeństwa (opinii publicznej).

2.2.1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych

ZAKRES BADANIA

CATI z uczestnikami studiów podyplomowych zostało wykorzystane do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Oceny jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,
- Identyfikacji modelowego programu studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi,
- Oceny wpływu udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego,
- Oceny wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.

DOBÓR PRÓBY

Liczebność próby: 1200

Populacja badana: uczestnicy 29 studiów podyplomowych realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL, wskazanych w pkt III.2 SOPZ. Łącznie w studiach podyplomowych uczelnie wnioskowały o dofinansowanie dla 5514 osób. Na potrzeby badania wylosowano – przy zastosowaniu doboru klasowo-warstwowego 1200 respondentów, – co daje

około 21% populacji generalnej dla tego badania. Zastosowanie tego typu doboru jest istotnym elementem doboru próby zapewnia jej, bowiem wiarygodność statystyczną. Podstawą wyboru respondentów była ogólna ilość studentów wnioskowanych przez uczelnię w stosunku do całej populacji. Przyjęto założenie, że 1/5 uczestników powinna być przebadana, stąd liczba 1200 proporcjonalnie. Dzięki temu, że w badaniu uczestniczyło około 21% uczestników każdego ze studiów podyplomowych, możliwe było przeprowadzenie wnioskowania dla populacji na podstawie wyników badania.

2.2.1.1. Wyniki badań terenowych

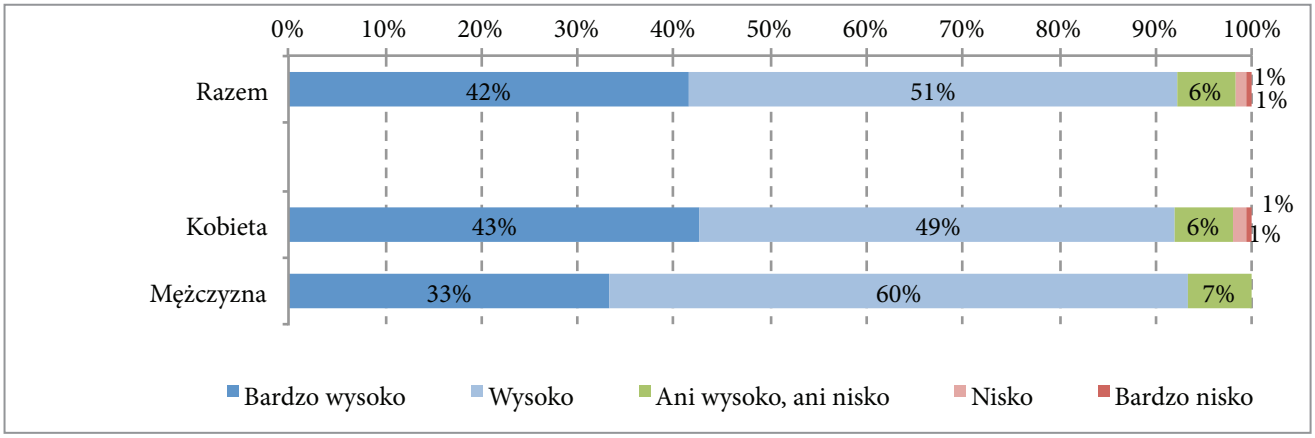
W badaniach skierowanych do uczestników studiów podyplomowych wykorzystano losowo-warstwowy dobór próby. Przeprowadzono je na próbie 1200 słuchaczy studiów podyplomowych w terminie od 30 lipca do 12 sierpnia 2014 roku. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem metody CATI.

Pytanie 1. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program studiów podyplomowych?

W ankiecie skierowanej do uczestników studiów podyplomowych zadano pytanie o to jak respondenci oceniają program studiów podyplomowych. Znakomita większość z 1200 respondentów ocenia program studiów bardzo wysoko (42%) bądź wysoko (51%). Ani wysoko, ani nisko program studiów oceniło 6%, a nisko lub bardzo nisko odpowiednio po 1% uczestników. Warto jednak przyjrzeć się rozkładom odpowiedzi na to pytanie w rozbiciu na płeć, wiek, województwo i wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka oraz w zależności od stanowiska pracy respondenta.

Także biorąc pod uwagę płeć respondentów, zdecydowana większość jest zadowolona z programu studiów podyplomowych. Na bardzo wysoką lub wysoką ocenę wskazuję odpowiednio 43% i 49% kobiet oraz 33% i 60% mężczyzn. Zaledwie po 1% kobiet program oceniło nisko lub bardzo nisko. Ani wysoko, ani nisko ocenia program 6% kobiet i 7% mężczyzn.

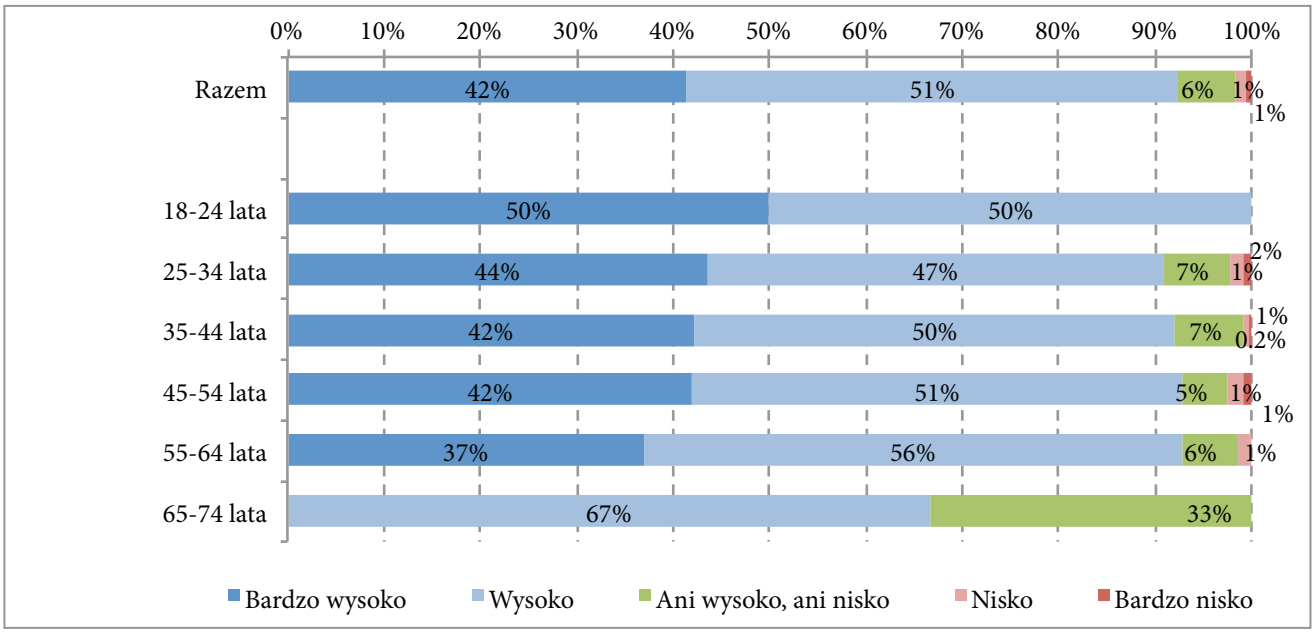
Rysunek 4. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program studiów podyplomowych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

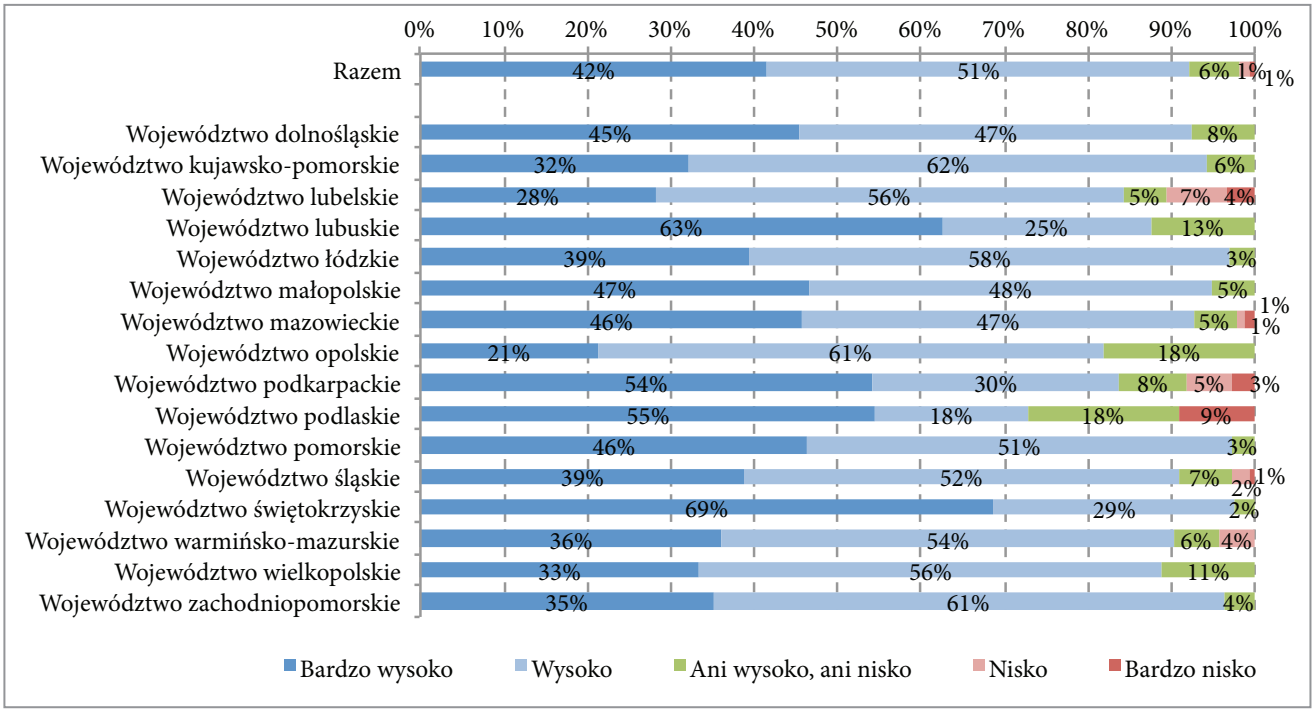
Na poziom zadowolenia z programu studiów podyplomowych w niewielkim stopniu wpływa także wiek respondentów. Bardzo wysoko (50%) lub wysoko (50%) oceniają program respondenci w wieku 18-24 lata. Odpowiedzi bardzo wysoko, wysoko lub ani wysoko, ani nisko udzieliło odpowiednio 44%, 47%, i 7% respondentów w wieku 25-34 lata, 42%, 50%, i 7% respondentów w wieku 35-44 lata, 42%, 51%, i 5% respondentów w wieku 45-54 lata, 37%, 56%, i 6% respondentów w wieku 55-64 lata. Można, zatem zauważyć, iż wraz z wiekiem respondentów nieznacznie spada zadowolenia z programu studiów. Przykładowo wśród osób w wieku 65-74 lata, wysoko lub ani nisko, ani wysoko program ocenia odpowiednio 67% i 33% respondentów.

Rysunek 5. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 6. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

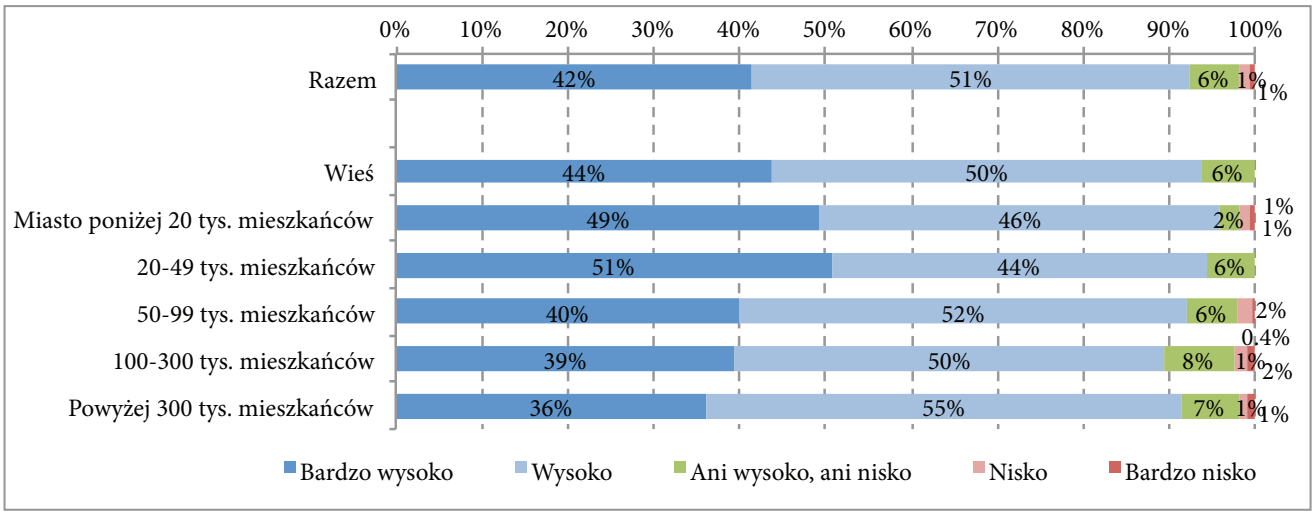


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, duże zróżnicowanie odpowiedzi zaobserwowano m.in. w województwie opolskim (bardzo wysoko 21%, wysoko 61%, ani wysoko, ani nisko 18%, nisko 7%, bardzo nisko 4%) czy lubelskim (bardzo wysoko 28%, wysoko 56%, ani wysoko, ani nisko 5%, nisko 7%, bardzo nisko 4%). Bardzo wysoką lub wysoką oceną cieszą się m.in. województwa dolnośląskie (45%, 47%), małopolskie (47%, 48%), mazowieckie (46%, 47%) czy pomorskie (46%, 51%). Z kolei najwyższymi ocenami cieszą się województwo świętokrzyskie (bardzo wysoko 69%, wysoko 29%, ani wysoko, ani nisko 2%) i lubuskie (bardzo wysoko 63%, wysoko 25%).

Potwierdzeniem wskazanych powyżej opinii jest rozkład oceny programu studiów podyplomowych biorąc pod uwagę wielkości miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka, z której pochodził respondent. W przypadku placówek zlokalizowanych na wsi, program oceniono bardzo wysoko 44%, wysoko 50%, ani wysoko, ani nisko 6%, w przypadku miast poniżej 20 tys. mieszkańców bardzo wysoko 49%, wysoko 46%, ani wysoko, ani nisko 2%, nisko lub bardzo nisko po 1%, w przypadku miast 20-49 tys. mieszkańców bardzo wysoko 51%, wysoko 44%, ani wysoko, ani nisko 6%, w przypadku miast 50-99 tys. mieszkańców bardzo wysoko 40%, wysoko 52%, ani wysoko, ani nisko 6%, nisko 3%. Z kolei w placówkach zlokalizowanych w miastach 100-300 tys. mieszkańców lub powyżej 300 tys. mieszkańców oceny te kształtują się następująco: bardzo wysoko (39% lub 36%), wysoko (50% lub 55%), ani wysoko, ani nisko (8% lub 7%), nisko (2% lub 1%) oraz po 1% nisko.

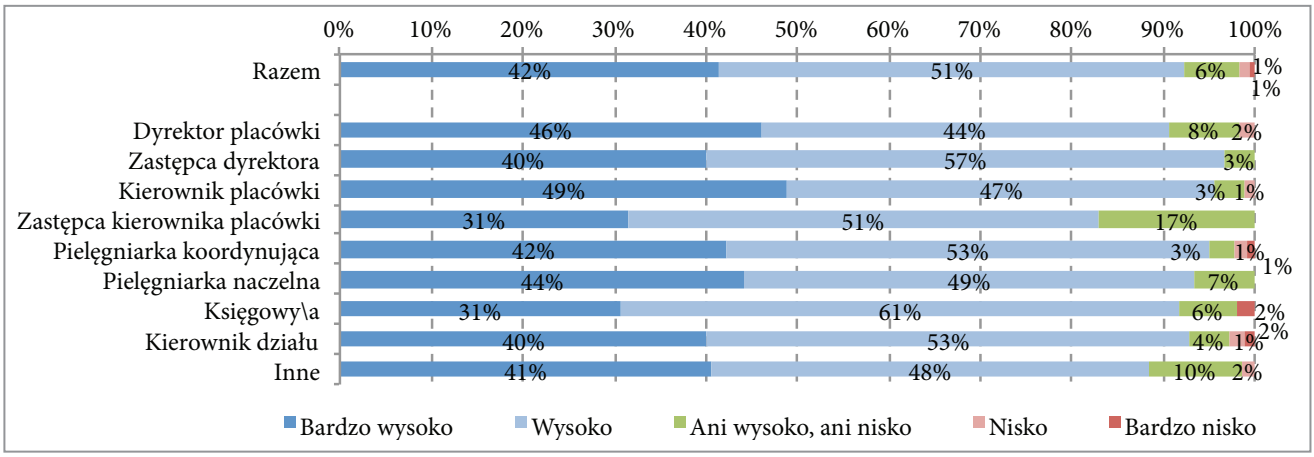
Rysunek 7. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

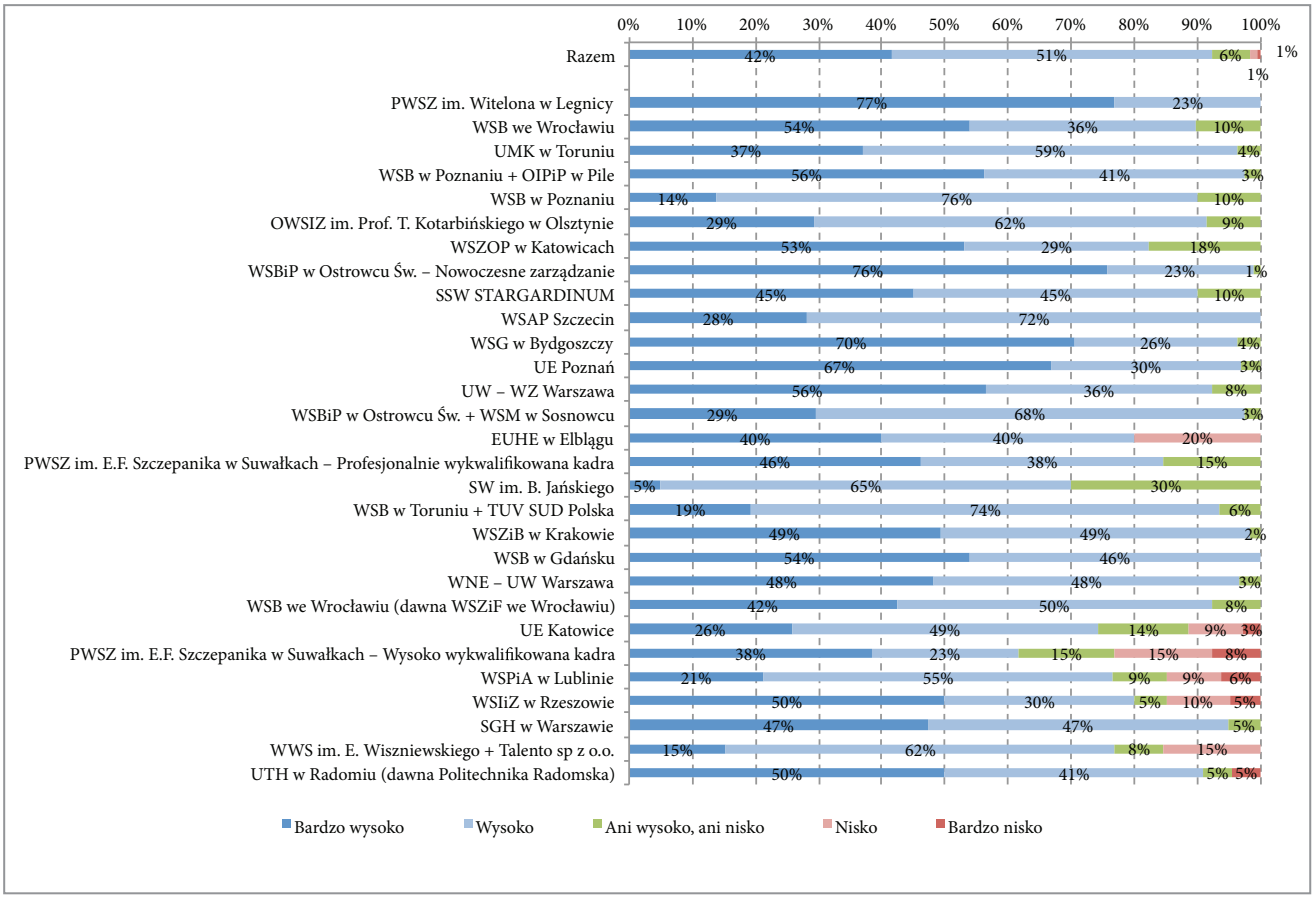
Biorąc pod uwagę stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej, poszczególne programy studiów cieszyły się generalnie bardzo dobrymi ocenami. Przykładowo bardzo wysoko (46%) wysoko (44%), ani wysoko, ani nisko (8%) lub nisko (2%) oceniają program dyrektorzy placówki. Z kolei w przypadku kierowników udzielili oni odpowiedzi: bardzo wysoko (40%) wysoko (57%), ani wysoko, ani nisko (3%), natomiast księgowi bardzo wysoko (31%) wysoko (61%), ani wysoko, ani nisko (6%). Odpowiedzi są zbliżone w przypadku pielęgniarek koordynujących (bardzo wysoko 42%, wysoko 53%, ani wysoko, ani nisko 3%, nisko 1%, bardzo nisko 1%) czy naczelnych (bardzo wysoko 44%, wysoko 49%, ani wysoko, ani nisko 7%).

Rysunek 8. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 9. *Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

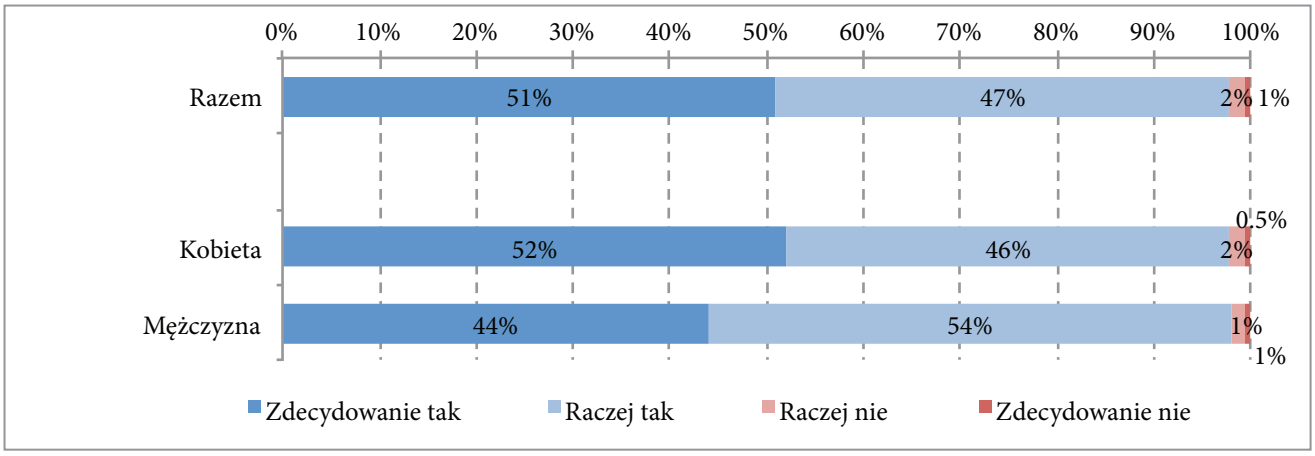
Mimo, że zbiorcza analiza rozkładów odpowiedzi potwierdza generalnie wysoki poziom zadowolenia respondentów z programów studiów podyplomowych, z uwagi na ich zróżnicowanie należy zanalizować poziom satysfakcji klientów w odniesieniu do każdego z nich. W niniejszej analizie wskazujemy na te najlepiej i najgorzej ocenione. I tak do projektów najlepiej ocenionych należą m.in. „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy (bardzo wysoko 77%, wysoko 23%), „Nowoczesne zarządzanie" – Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim (bardzo wysoko 76%, wysoko 23%), „Nowoczesny menedżer – efektywne zarządzanie" – Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy (bardzo wysoko 70%, wysoko 26%). Do gorzej ocenionych projektów należą „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochrony zdrowia" – Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu(bardzo wysoko 40%, wysoko 40%, nisko 20%), „Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia" – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach (bardzo wysoko 38%, wysoko 23%, ani wysoko, ani nisko 15%, nisko 15%, bardzo nisko 8%), „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcanie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" – Warszawska Wyższa Szkoła im. Edwarda Wiszniewskiego (bardzo wysoko 15%, wysoko 62%, ani wysoko, ani nisko 8%, nisko 15%), „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" – Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach (bardzo wysoko 26%, wysoko 49%, ani wysoko, ani nisko 14%, nisko 9%, bardzo nisko 13%). Ocenę programu studiów podyplomowych według projektu, w którym uczestniczyli respondenci przedstawiono na poniższym rysunku.

Wniosek: Znakomita większość respondentów ocenia program studiów bardzo wysoko (42%) bądź wysoko (51%) Do projektów najlepiej ocenionych należą m.in. „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy (bardzo wysoko 77%, wysoko 23%), „Nowoczesne zarządzanie" – Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim (bardzo wysoko 76%, wysoko 23%), „Nowoczesny menedżer – efektywne zarządzanie" – Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy (bardzo wysoko 70%, wysoko 26%).

Pytanie 2. Czy według Pana program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów?

Uczestnicy w przeważającej większości uznali, że program studiów podyplomowych zdecydowanie równoważył (51%) lub raczej równoważył (47%) aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów. Na fakt, że program zdecydowanie równoważył lub raczej równoważył aspekty praktyczne jak i teoretyczne w każdym z modułów, zwracali uwagę respondenci niezależnie od formy podmiotu leczniczego. Podobnie oceniają program zarówno kobiety (zdecydowanie tak 52%, raczej tak 46%, raczej nie 2%), jak i mężczyźni (zdecydowanie tak 44%, raczej tak 54%, raczej nie 1%, zdecydowanie nie 1%).

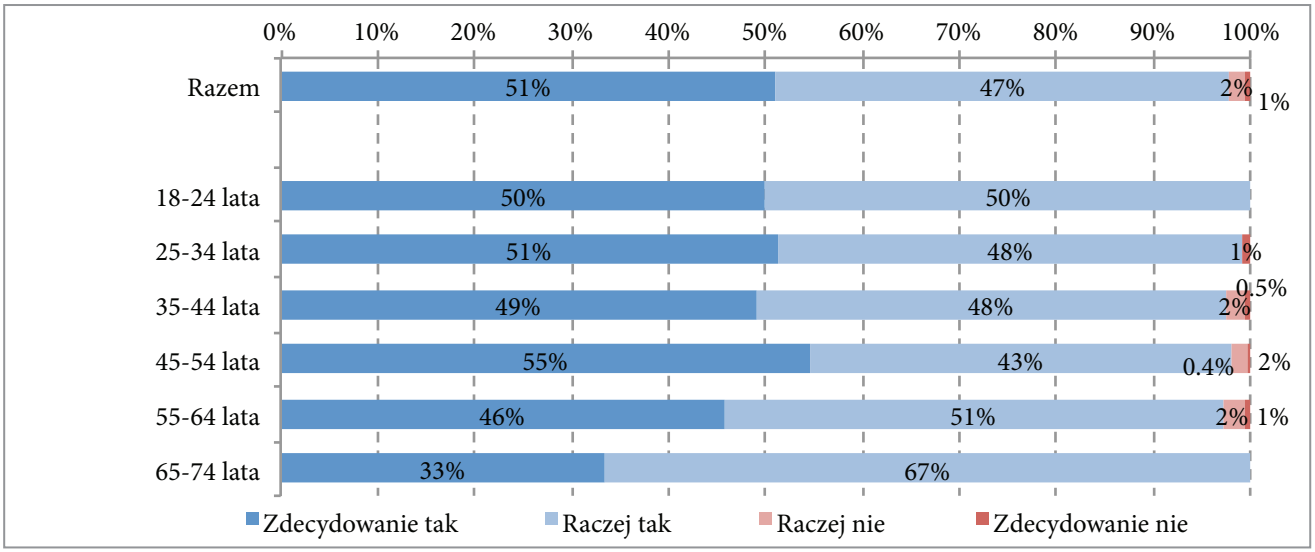
Rysunek 10. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

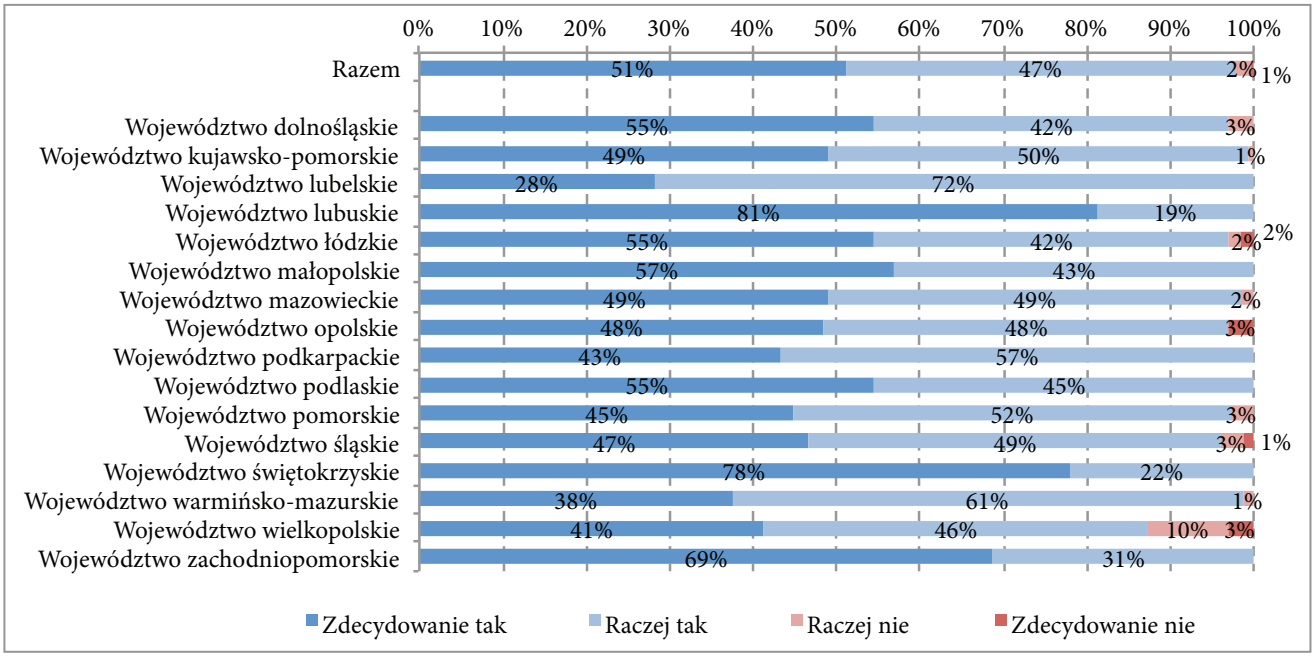
Zdaniem respondentów w wieku 18-24 lata oraz 25-34 lata program studiów zdecydowanie (50% oraz 51%) lub raczej równoważył (51% oraz 48%) zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów. I w tym przypadku ocena nieco spada wraz z wiekiem. Zdanie, że program studiów zdecydowanie równoważył lub raczej równoważył aspekty praktyczne, jak i teoretyczne ma odpowiednio 33% i 67% osób w wieku 65-74 lata.

Rysunek 11. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 12. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

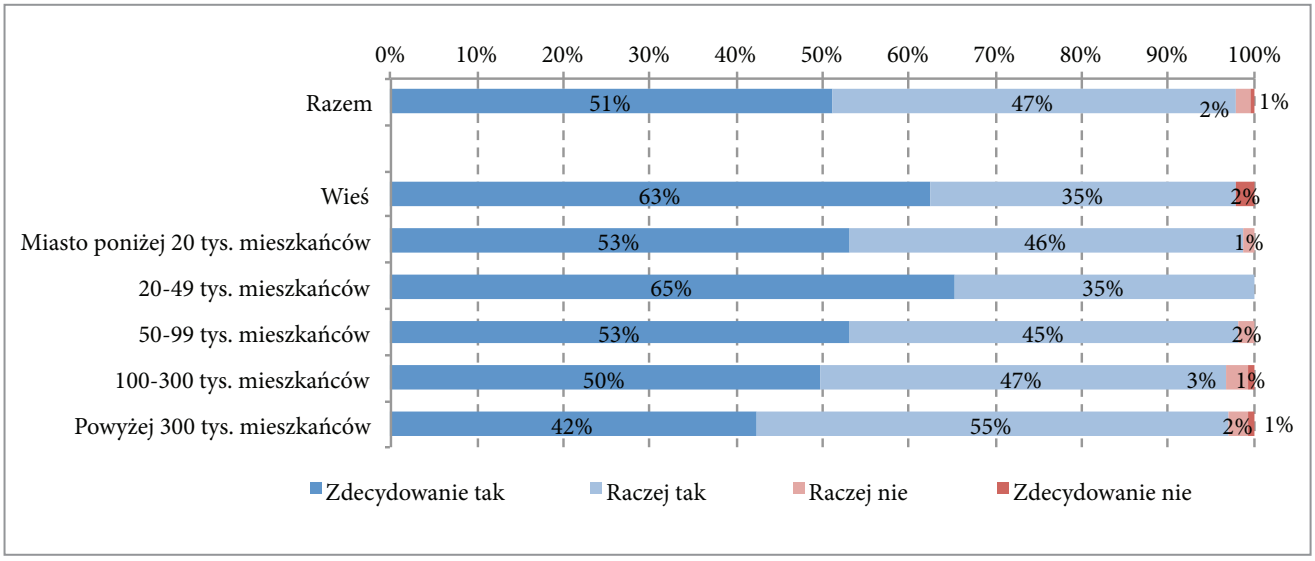


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, odpowiedzi zdecydowanie tak lub raczej tak udzielili m.in. respondenci, których placówka zlokalizowana jest w woj. lubuskim (81% i 19%), świętokrzyskim (78% i 22%), zachodniopomorskim (69% i 31%). Nieco mniej respondentów jest zdania, że program logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów – i tak odpowiedzi „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło 41% i 46% respondentów pracujących w placówkach mazowieckich, wielkopolskich (41% i 46%), kujawsko-pomorskich (49% i 50%) czy łódzkich (55% i 42%).

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania, że program studiów zdecydowanie równoważył lub raczej równoważył aspekty praktyczne jest 63% i 35% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 53% i 46% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 65% i 35% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 53% i 45% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 50% i 47% w miastach 100-300 tys. mieszkańców, oraz 42% i 55% w przypadku miast powyżej 300 tys. mieszkańców.

Rysunek 13. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



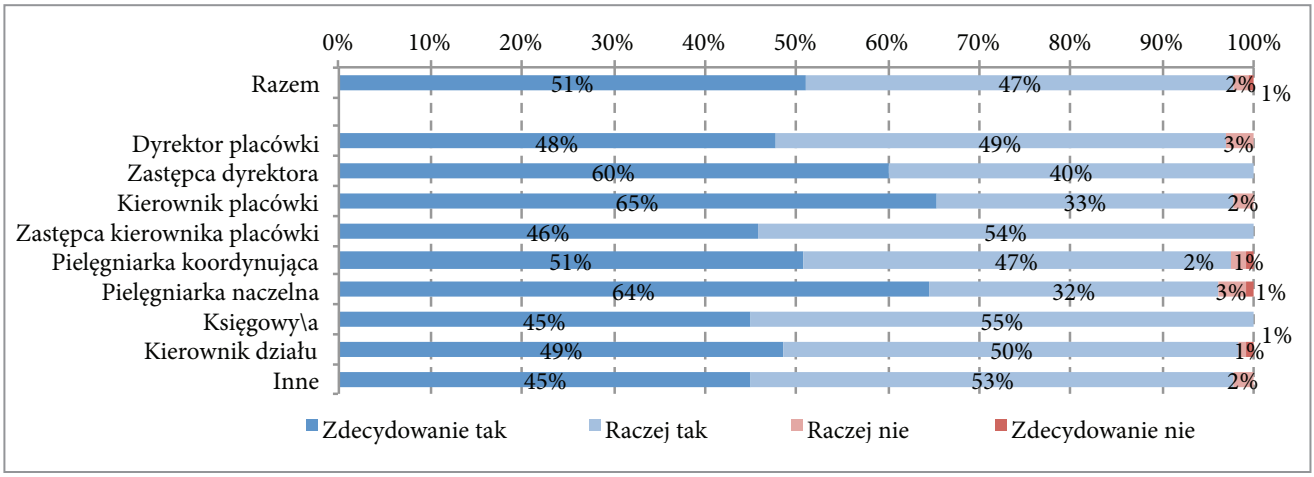
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Szczególnie wysoką oceną programy cieszyły się u respondentów pracujących na stanowisku zastępcy dyrektora (zdecydowanie tak 60%, raczej tak 40%), kierownika placówki (zdecydowanie tak 65%, raczej tak 33%) oraz pielęgniarki naczelnej (zdecydowanie tak 65%, raczej tak 32%).

Biorąc pod uwagę to, czy program studiów podyplomowych logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów, uczestnicy zdecydowanie najwyżej ocenili projekty realizowane przez między innymi WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer – efektywne zarządzanie" – (89% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 11% „raczej tak"), WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (86% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 14% „raczej tak"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (79% odpowiedzi „zdecydowanie tak" 21%, „raczej tak"). Z analizy rozkładów odpowiedzi wydaje się, że mniej równoważono aspekty praktyczne i teoretyczne na studiach podyplomowych prowadzonych przez WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (59% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 24% „raczej tak", 18% „raczej nie"), czy WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (14% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 77% „raczej tak", 8% „raczej nie", 1% „zdecydowanie nie"). Niemniej jednak znaczna większość projektów

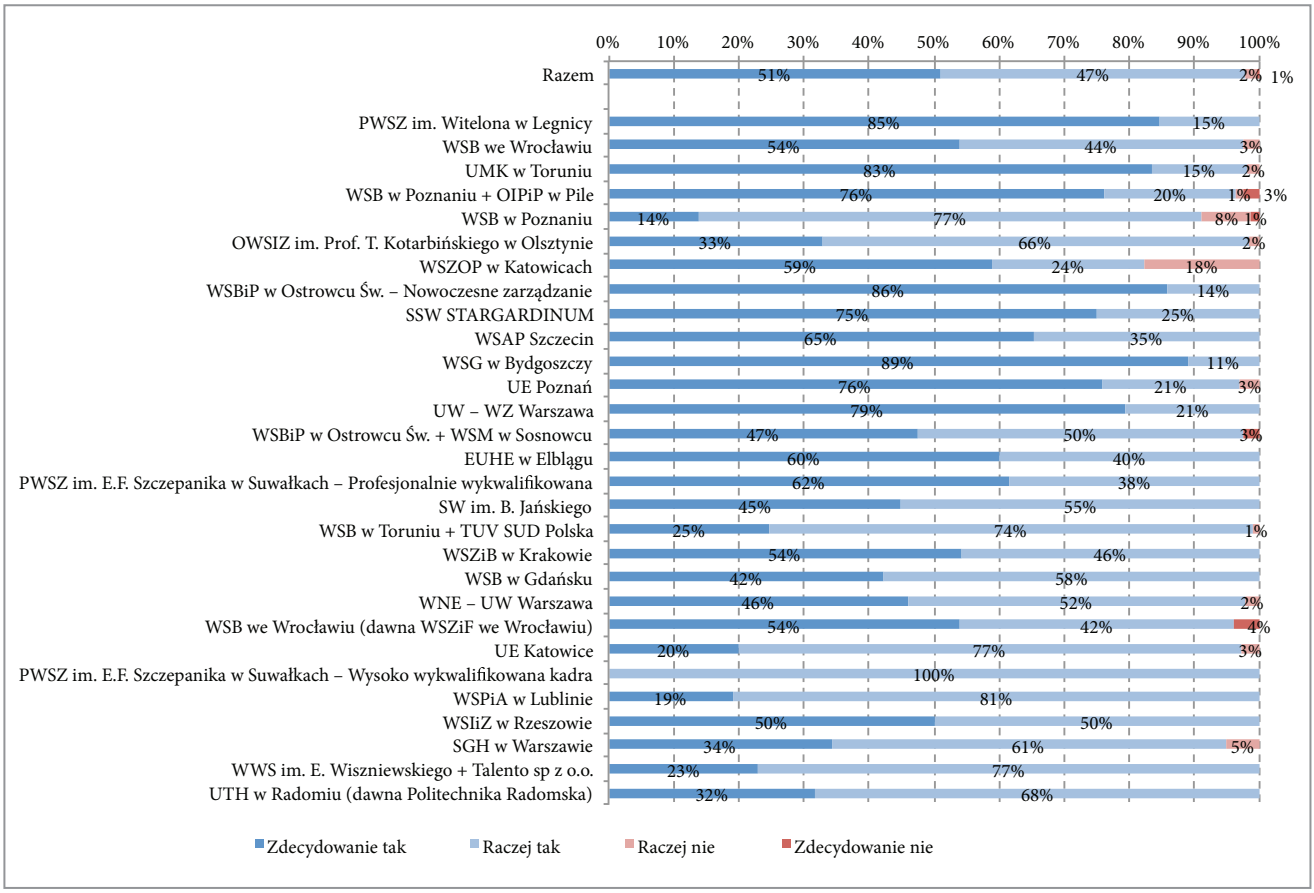
w ocenie respondentów zdecydowanie równoważyła bądź raczej równoważyła aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów.

Rysunek 14. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 15. *Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

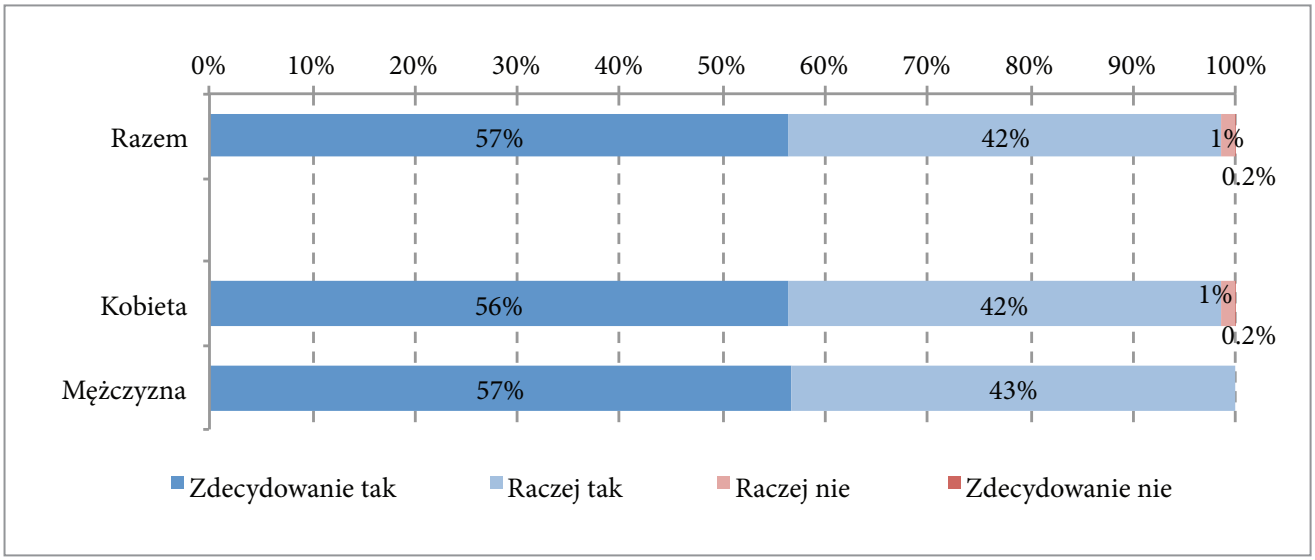
Respondenci mieli możliwość dodania własnych opinii do zaproponowanej kafeterii. Z możliwości tej skorzystało bardzo niewielu ankietowanych stąd przydatność komentarzy jest raczej znikoma, ale poniżej przedstawiono kilka z nich. Tylko jeden z pytanych respondentów zwrócił uwagę na to, iż „*było za mało tematów merytorycznych*". Sporadycznie pojawiały się stwierdzenia, iż było „*za mało treści powiązanych z wykonywaną pracą*", „*trochę za mało praktyki*", „*za mało ćwiczeń*" czy „*mało zajęć praktycznych*". Opinie te jednak, z uwagi na małą liczebność, mają charakter marginalny dodatkowo należy podkreślić, że sądy takie są w zasadniczej sprzeczności z uzyskanymi wcześniej opiniami.

Wniosek: Uczestnicy w przeważającej większości uznali, że programy studiów podyplomowych zaproponowane przez różne uczelnie zdecydowanie równoważyły (51%) lub raczej równoważyły (47%) aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów. Na fakt, że program zdecydowanie równoważył lub raczej równoważył aspekty praktyczne jak i teoretyczne w każdym z modułów, zwracali uwagę respondenci niezależnie od formy prawnej podmiotu leczniczego, w którym byli zatrudnieni. Jest to bardzo pozytywna konstatacja albowiem prowadzi do tezy, że pierwotne badanie potrzeb przeprowadzone w 2011 roku w sposób właściwy zidentyfikowało potrzeby, a podmioty wybrane do realizacji poddziałania 2.3.4 uwzględniły je w zaproponowanych treściach szkolenia.

Pytanie 3. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia?

Zdecydowana większość słuchaczy jest zdania, iż lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu zdecydowanie pozwoliła (57%) lub raczej pozwoliła (42%) na osiągnięcie założonych celów kształcenia, jakim były: nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania podmiotem leczniczym z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Opinia ta, jak wskazują dane zobrazowane na poniższym rysunku, jest w zasadzie niezależna od płci respondenta.

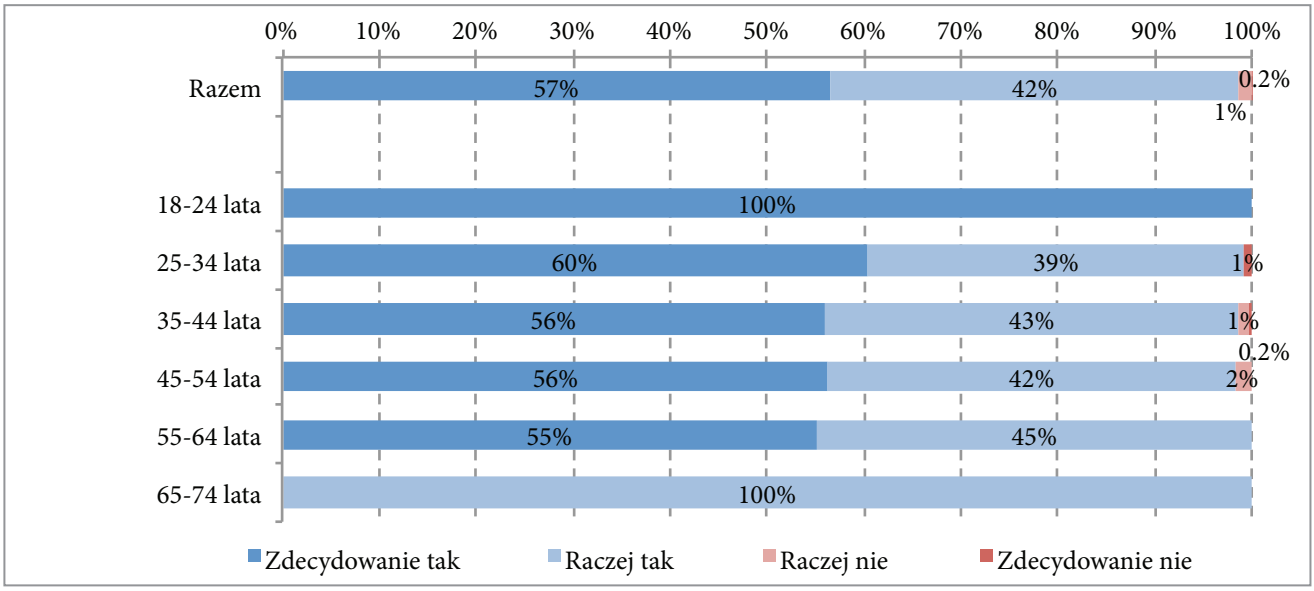
Rysunek 16. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

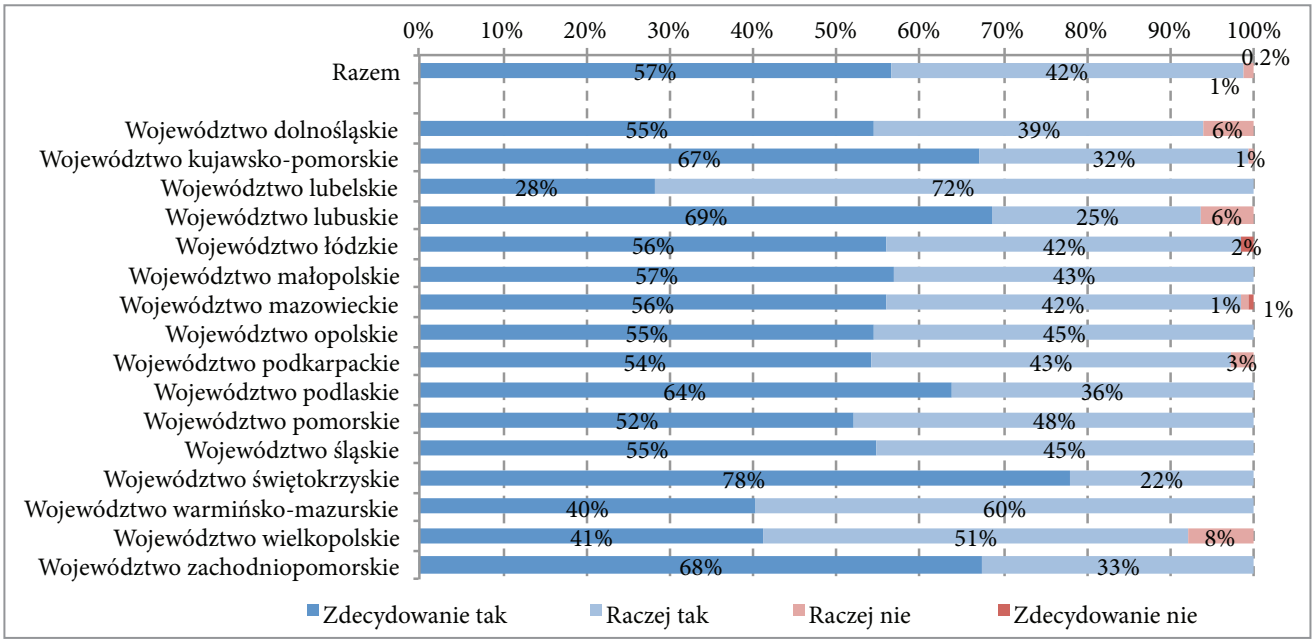
Także wiek słuchaczy nie ma wpływu na ocenę czy lista przedmiotów pozwoliła na osiągnięcie założonego celu kształcenia. Przykładowo zdania, iż zdecydowanie tak jest 56% osób w wieku 35-44 lata, 56% osób w wieku 45-54 lata oraz 55% osób w wieku 55-64 lata, a że raczej tak 43% osób w wieku 35-44 lata, 42% osób w wieku 45-54 lata oraz 45% osób w wieku 55-64 lata.

Rysunek 17. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 18. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

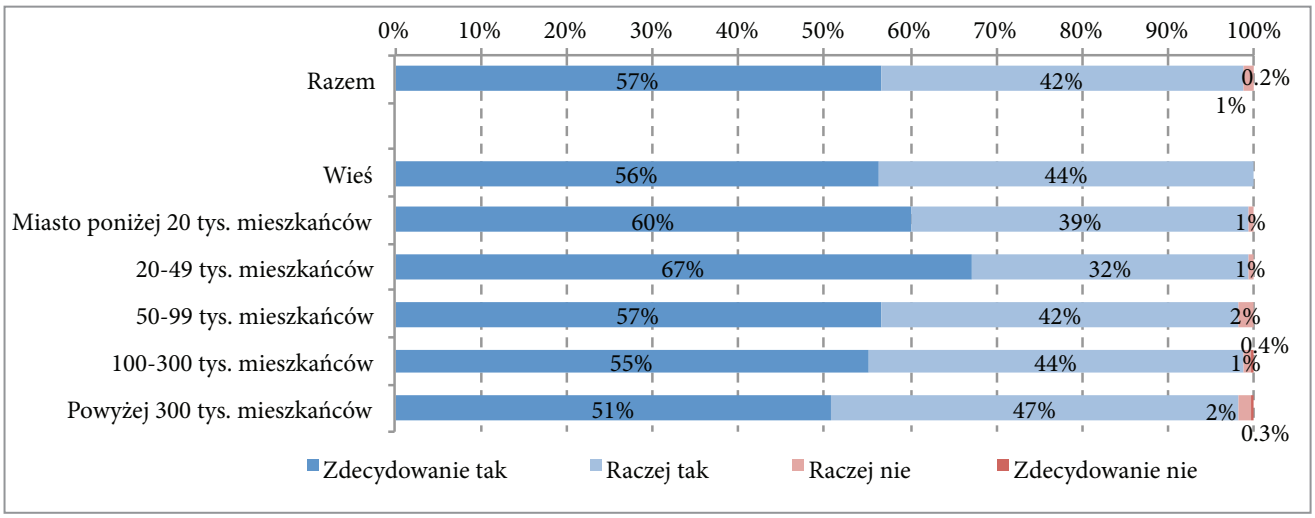


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, w której zatrudniony jest respondent odpowiedzi zdecydowanie tak lub raczej tak udzielili m.in. respondenci, których placówka zlokalizowana jest w woj. zachodniopomorskim (68% i 33%), lubuskim (69% i 25%) i świętokrzyskim (78% i 22%). Nieco mniej respondentów jest zdania, że lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu pozwoliła na osiągnięcie założonego celu kształcenia – i tak odpowiedzi „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło 55% i 39% respondentów pracujących w placówkach dolnośląskich, śląskich (55% i 45%), pomorskich (52% i 48%), mazowieckich (56% i 42%) czy małopolskich (57% i 43%).

Kolejnym badanym przekrojem jest wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej. I tak zdania, że lista przedmiotów zdecydowanie pozwoliła lub raczej pozwoliła na osiągnięcie założonego celu kształcenia jest odpowiednio 56% i 44% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 60%, 39% i 1% respondentów w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 67%, 32% i 1% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 57%, 42% i 2% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 55%, 44% i 1% w miastach 100-300 tys. mieszkańców, oraz 51%, 47% i 2%w przypadku miast powyżej 300 tys. mieszkańców.

Rysunek 19. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*

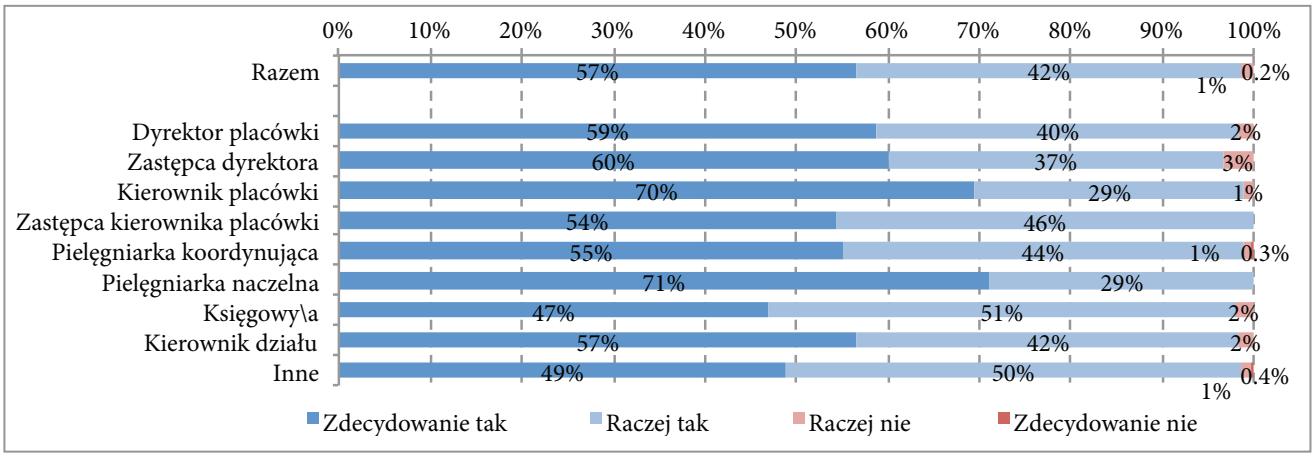


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Zdaniem respondentów zatrudnionych na stanowisku zastępcy dyrektora, lista przedmiotów zdecydowanie pozwoliła (60%), raczej pozwoliła (37%) oraz raczej nie pozwoliła (3%) na osiągnięcie założonego celu kształcenia. Zbliżonych odpowiedzi udzielili m.in. zastępcy kierownika placówki (54%, 46%), księgowi (47%, 51%, 2%) oraz pielęgniarki koordynujące (56%, 42%, 1%).

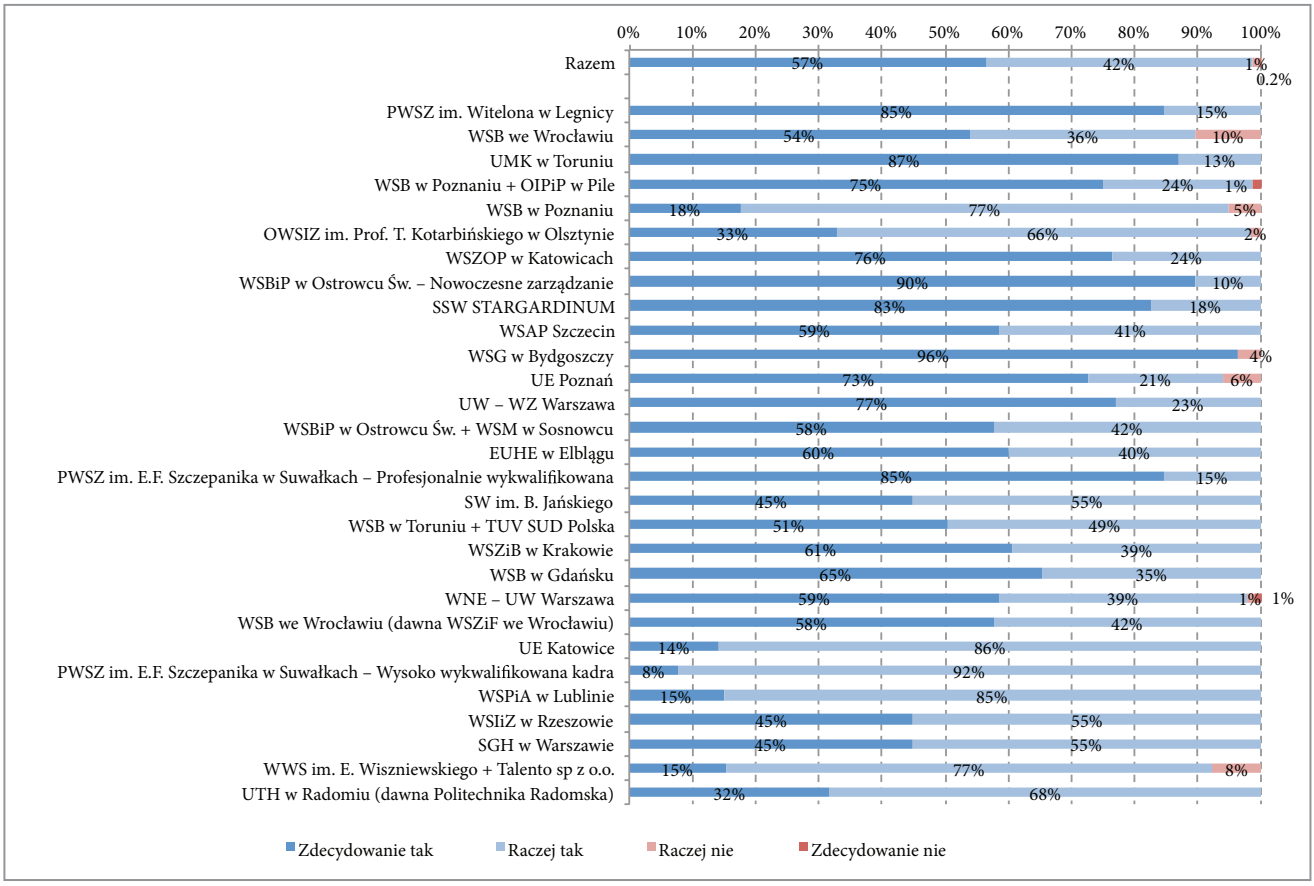
Biorąc pod uwagę listę przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, respondenci są zdania, że zdecydowanie pozwoliła ona na osiągnięcie założonego celu między innymi na studiach prowadzonych przez WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (90% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 10% „raczej tak"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (87% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 13% „raczej tak"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi"(85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), czy WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" – (96% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 4% „raczej nie").

Rysunek 20. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 21. *Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Fakt, iż lista przedmiotów w nieco mniejszym stopniu przyczyniła się do osiągnięcia założonego celu kształcenia dostrzegają między innymi studenci WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 36% „raczej tak", 10% „raczej nie"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (18% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 77% „raczej tak", 5% „raczej nie"), WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o. w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (15% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 77% „raczej tak", 8% „raczej nie").

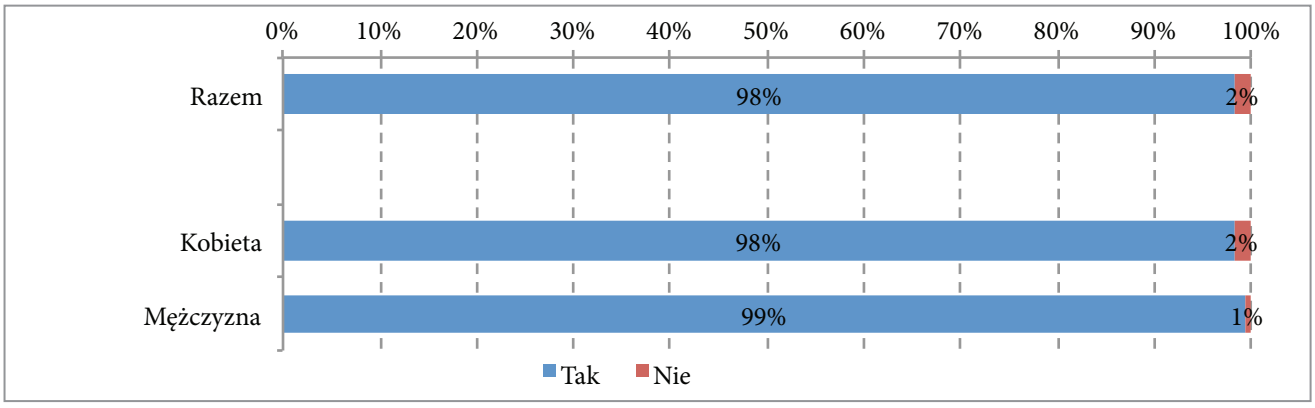
Niektórzy respondenci podkreślali, iż „*przekaz wiedzy w większości był mi znany*", „*troszkę zbyt mało prawa*", „*za mało przedmiotów związanych z wykonywaną pracą zawodową*", czy „*moduły ZZL i marketingu zbyt teoretyczne, brak przełożenia na praktykę*".

Wniosek: Ujawnione potrzeby w postaci zwiększenia poziomu wiedzy z zakresu zagadnień związanych z przekształceniami przyczyniły się do prawidłowego zaprojektowania toku i zakresu studiów podyplomowych. Uwzględnienie zarówno praktycznych jak i teoretycznych aspektów przyczyniło się do zadowolenia słuchaczy. Zdecydowana większość respondentów jest zdania, iż lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu zdecydowanie pozwoliła (57%) lub raczej pozwoliła (42%) na osiągnięcie założonego celu kształcenia, jakim było nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania podmiotem leczniczym z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego.

Pytanie 4. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)?

Również zdecydowana większość słuchaczy jest zdania, iż w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych). Takiego zdania jest 98% kobiet i 99% mężczyzn.

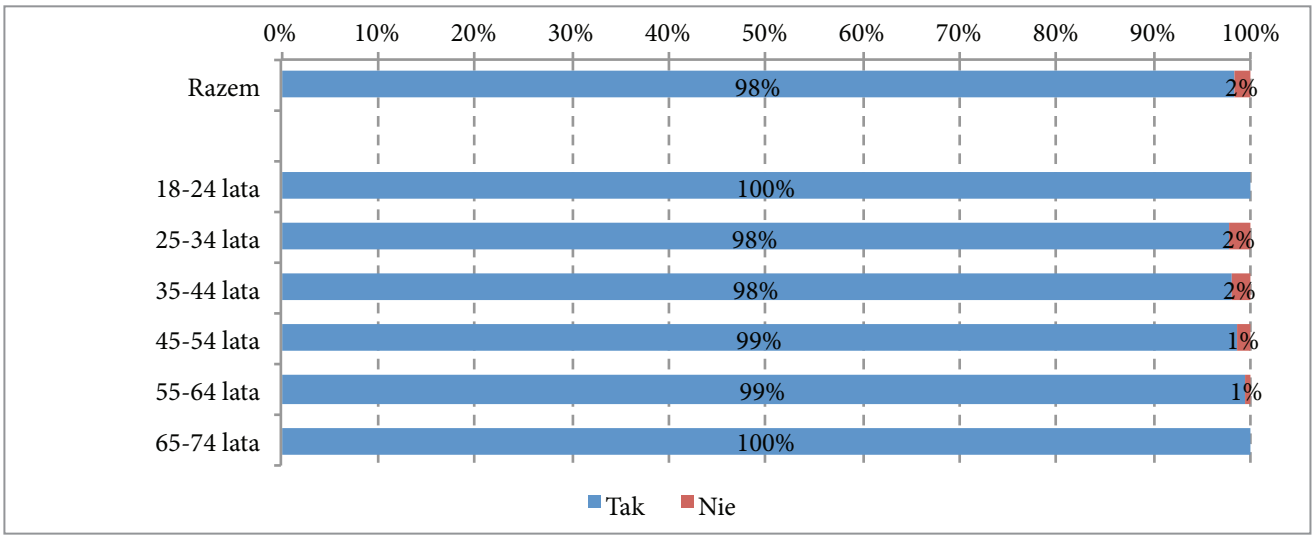
Rysunek 22. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Fakt, iż program studiów uwzględniał specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników, podkreślali respondenci niezależnie od wieku. Odpowiedzi przeczącej udzieliło zaledwie 2% respondentów w wieku 25-34 lata, 2% w wieku 35-44 lata, oraz po 1% w wielu 45-54 i 55-63 lata.

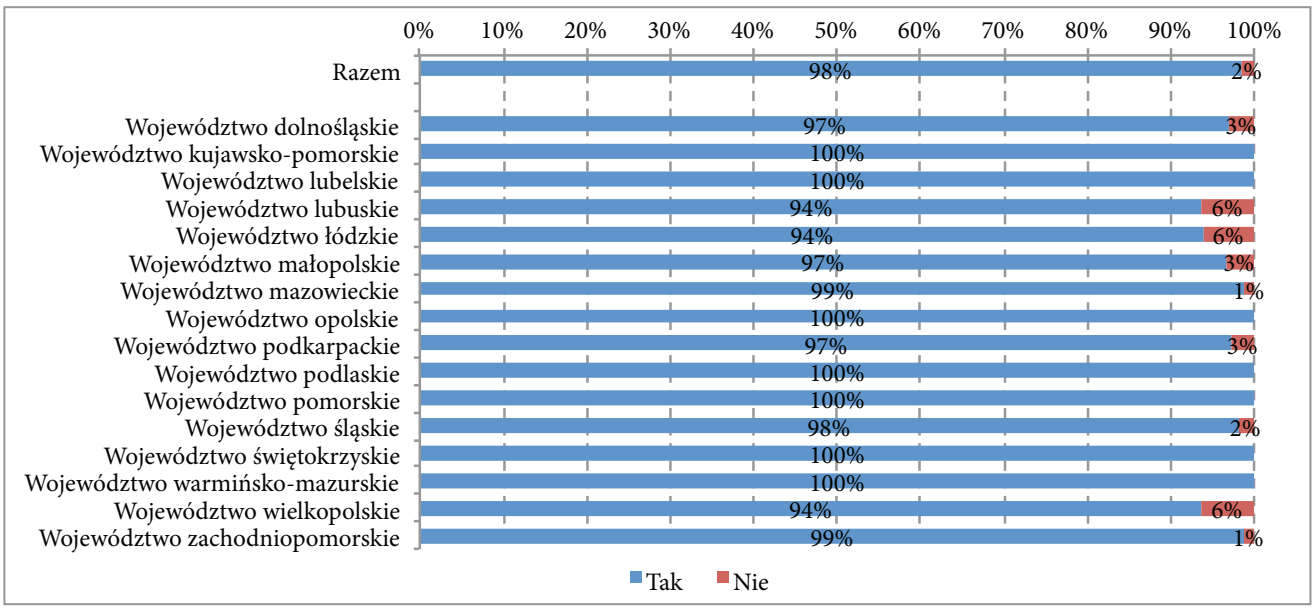
Rysunek 23. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania że w programie studiów podyplomowych nie uwzględniono specyfiki pracy i codziennej praktyki uczestników projektu jest po 3% przedstawicieli placówek dolnośląskich, małopolskich i podkarpackich, po 6% przedstawicieli placówek lubuskich, łódzkich i wielkopolskich, oraz po 1% przedstawicieli placówek mazowieckich i zachodniopomorskich.

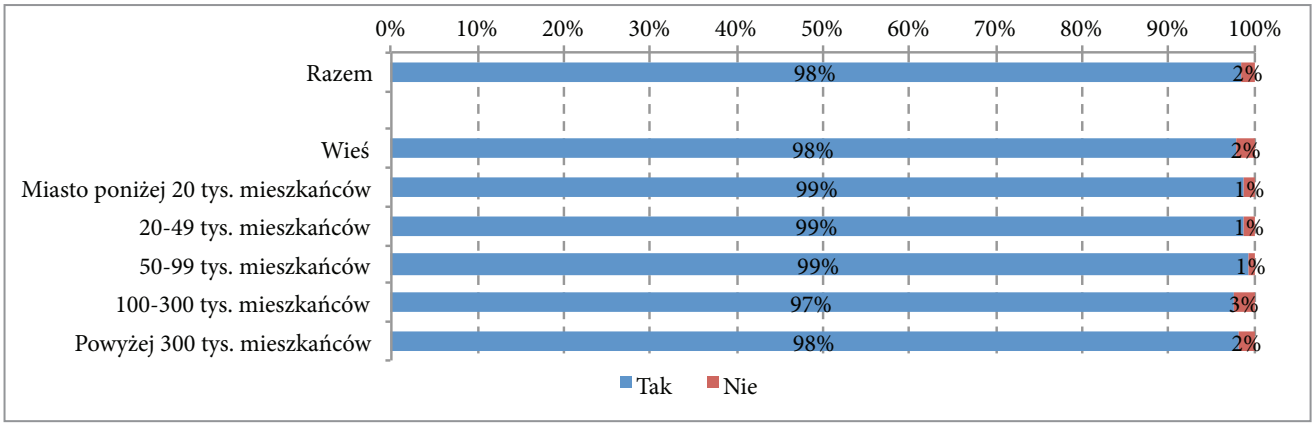
Rysunek 24. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

W przypadku wielkości miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania, iż w programie studiów podyplomowych nie uwzględniono specyfiki pracy i codziennej praktyki uczestników projektu, jest odpowiednio po 2% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi lub w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców, 3% w miastach 100-300 tys. mieszkańców, oraz po 1% według respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 20-49 tys. mieszkańców lub w miastach 50-99 tys. mieszkańców.

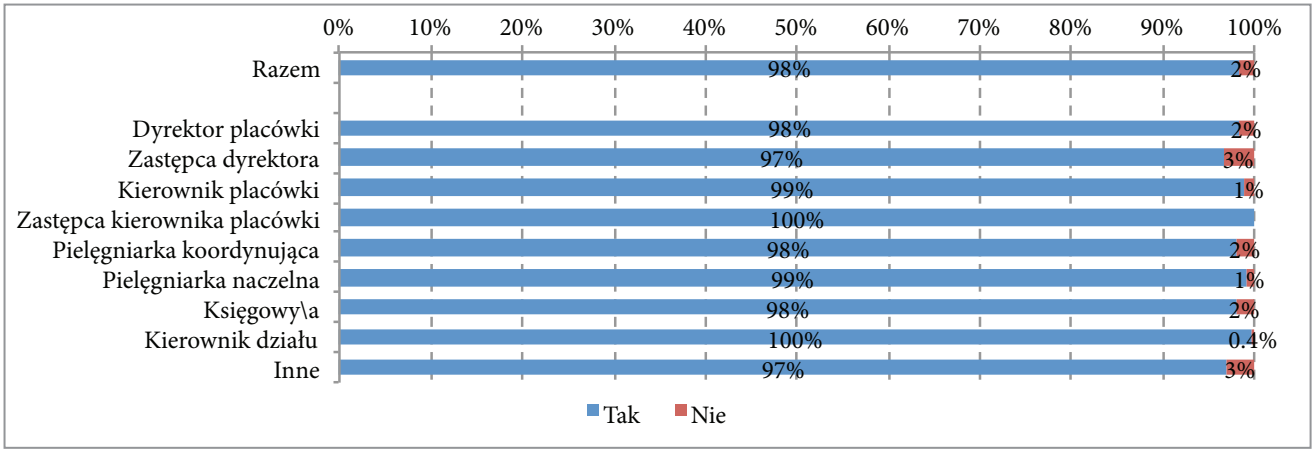
Rysunek 25. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Odpowiedzi twierdzącej udzieliło także 97% respondentów pracujących na stanowisku zastępcy dyrektora, 99% kierowników placówki, 100% zastępców kierownika placówki, po 99% pielęgniarek naczelnych i koordynujących oraz 98% księgowych.

Rysunek 26. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*

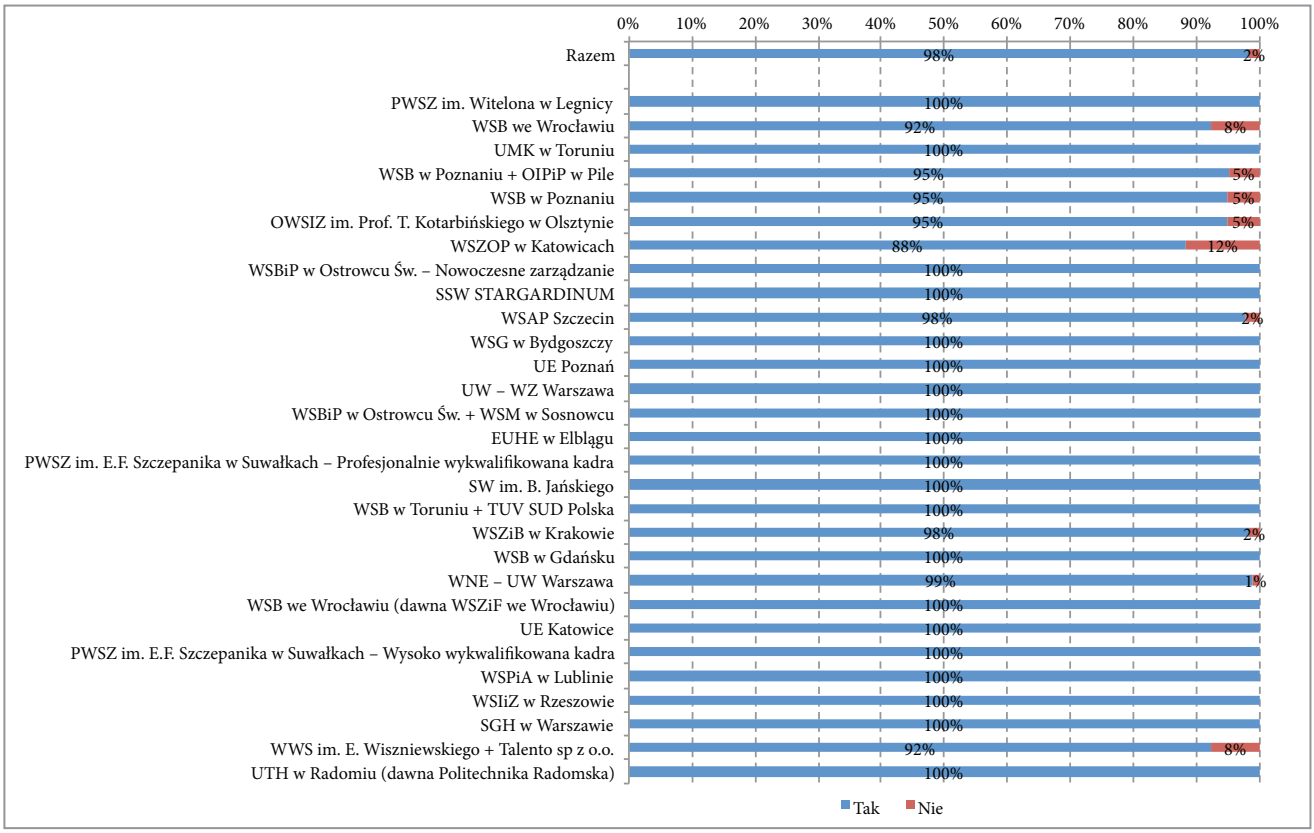


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Zdecydowana większość studentów, niezależnie od projektu, uważa, że w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu. Jak wskazuje poniższy rysunek wątpliwości mają respondenci studiujący w następujących uczelniach: WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia

– studia podyplomowe" (88% odpowiedzi „tak", 12% „nie"), WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (92% odpowiedzi „tak", 8% „nie"), WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (92% odpowiedzi „tak", 8% „nie"),WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi", WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (odpowiednio po 95% odpowiedzi „tak", 5% „nie"), czy OWSIZ im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie – „Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych" (95% odpowiedzi „tak", 5% „nie"), WSZiB w Krakowie – „Zarządzanie w ochronie zdrowia" (98% odpowiedzi „tak", 2% odpowiedzi „nie") i WSAP w Szczecinie – „Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia – studia podyplomowe" (98% odpowiedzi „tak", 2% odpowiedzi „nie").

Rysunek 27. *Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Warto nadmienić, że jednak niektórzy z uczestników (2% ankietowanych) wskazywali na „*brak dostosowania poziomu przekazywanej nam wiedzy do naszej wiedzy posiadanej*", „*projekt nie za bardzo był skierowany do pielęgniarek*", „*wykładowcy traktowali nas jak studentów pierwszego roku studiów, a nie jak ludzi z doświadczeniem zawodowym*", „*za mało praktyki, za dużo teorii*" oraz „*zabrakło mi wizyt studyjnych*".

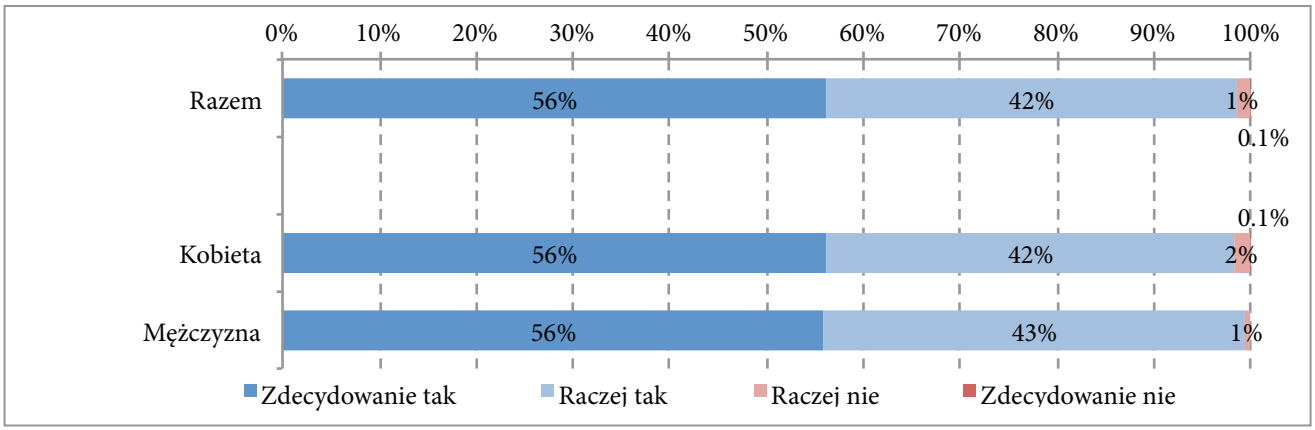
Wniosek: Dużym problemem dla uczelni prowadzących studia podyplomowe jest umiejętne łączenie treści związanych nie tylko z teoretycznymi i praktycznymi aspektami dyscypliny, ale również branie pod uwagę specyfiki miejsca pracy osoby, która korzysta ze studiów podyplomowych. W przypadku profesjonalistów medycznych sprawę komplikuje fakt bardzo zróżnicowanego zakresu zadań i obowiązków poszczególnych osób (np. ordynator, księgowa, pielęgniarka zarządzająca). Mimo jednak znacznych utrudnień uczelnie przygotowujące programy studiów poradziły sobie z tym problemem,

o czym świadczą pozytywne opinie zawarte w odpowiedziach respondentów. Zdecydowana większość słuchaczy jest zdania, iż w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych).

Pytanie 5. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania?

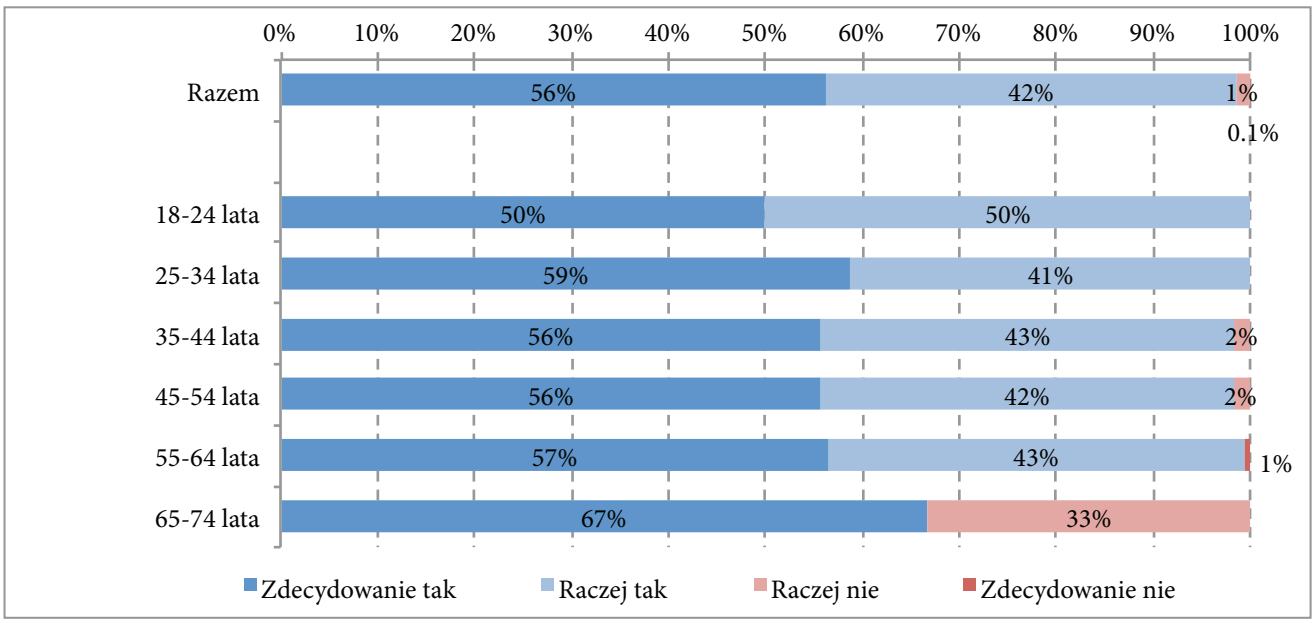
Na pytanie czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły oczekiwania twierdząco odpowiedziało 98% słuchaczy (zdecydowanie tak 56%, raczej tak 42%). Twierdzącej odpowiedzi udzieliły zarówno kobiety (zdecydowanie tak 56%, raczej tak 42%) oraz mężczyźni (zdecydowanie tak 56%, raczej tak 43%).

Rysunek 28. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 29. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*

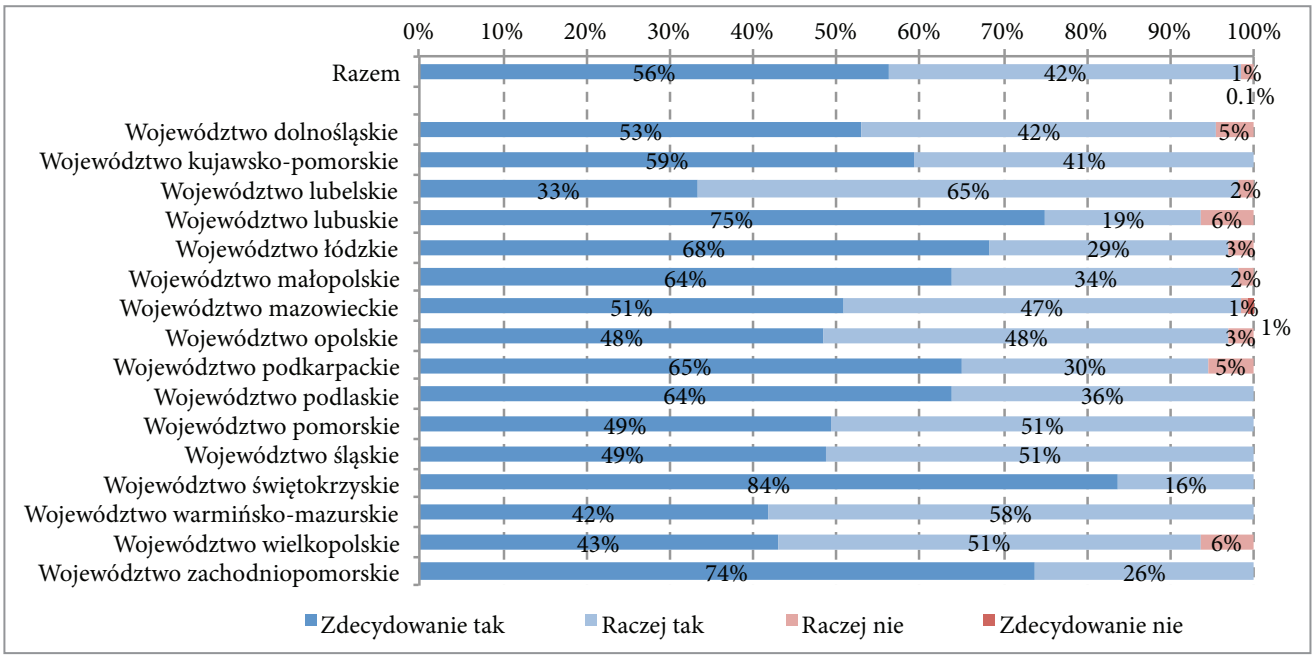


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę wiek respondentów, także przeważająca większość deklaruje, że studia podyplomowe zdecydowanie spełniły lub raczej spełniły ich oczekiwania. Przykładowo odpowiedzi „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 59% i 41% respondentów w wieku 25-34 lata oraz 56% i 43% respondentów w wieku 35-44 lata. Niższą akceptację można zauważyć u respondentów w wieku 65-74 lata, wśród których 33% jest zdania że studia podyplomowe raczej nie spełniły ich oczekiwań.

W przypadku województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania że studia realizowane w ramach projektu nie spełniły ich oczekiwań jest po 3% przedstawicieli placówek dolnośląskich, małopolskich i podkarpackich, po 6% przedstawicieli placówek lubuskich, łódzkich i wielkopolskich, 2% przedstawicieli placówek śląskich oraz po 1% przedstawicieli placówek mazowieckich i zachodniopomorskich.

Rysunek 30. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

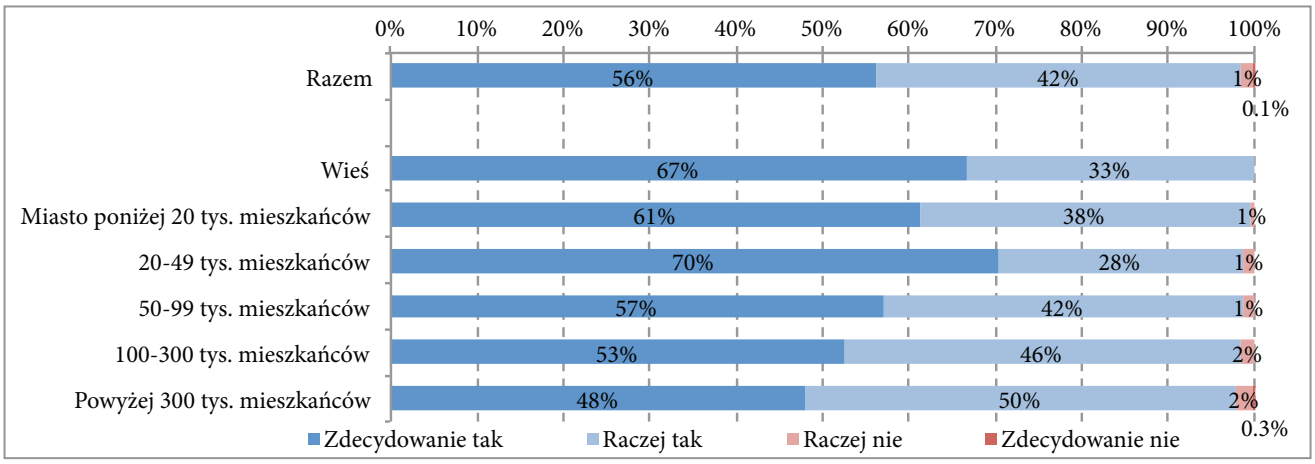


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Potwierdzeniem wskazanych powyżej opinii jest rozkład odpowiedzi na to pytanie według wielkości miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka (wieś 67% i 33%, miasto poniżej 20 tys. mieszkańców 61% i 38%, miasto 20-49 tys. mieszkańców 61% i 38%, miasto 50-99 tys. mieszkańców 57% i 42%, miasto 100-300 tys. mieszkańców 53% i 46%, miasto powyżej 300 tys. mieszkańców 48% i 50%).

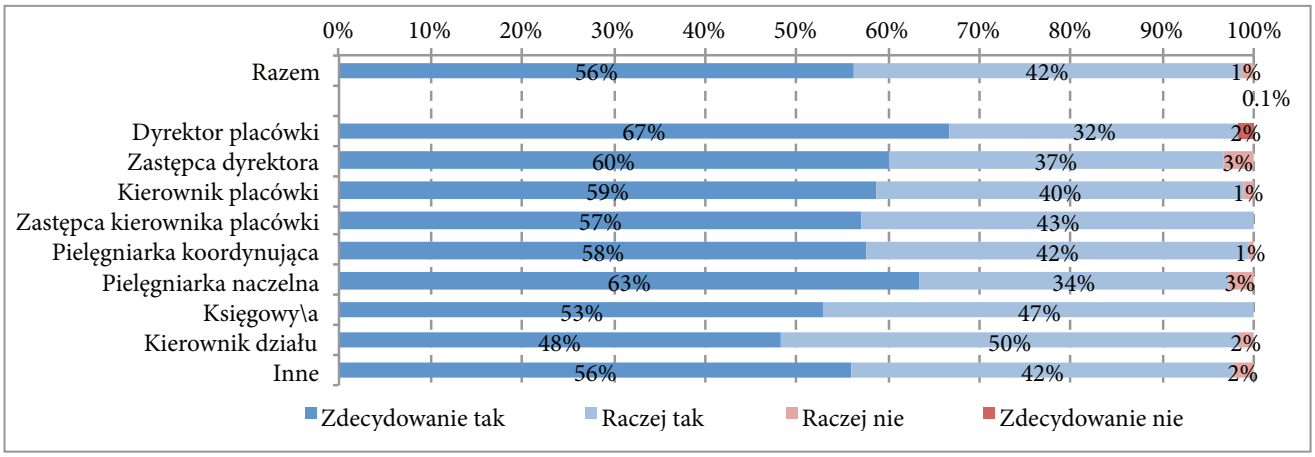
Na rozkład odpowiedzi wpływu nie ma także zajmowane przez respondenta stanowisko. Zdania, że studia realizowane w ramach projektu nie spełniły ich oczekiwań jest 3% zastępców dyrektora, po 2% księgowych i dyrektorów placówki, oraz po 1% kierowników placówki i pielęgniarek koordynujących lub naczelnych.

Rysunek 31. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 32. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*

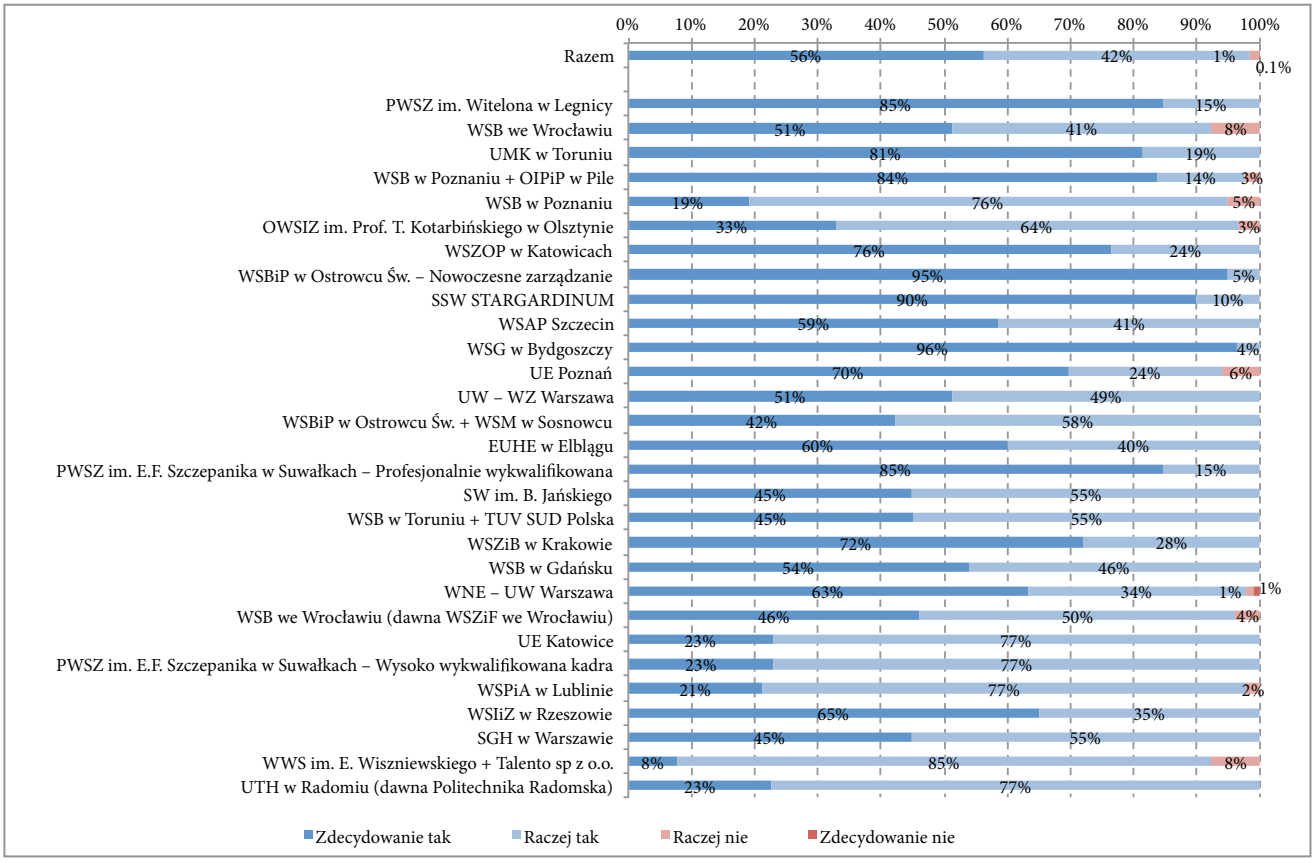


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę, czy studia spełniły oczekiwania słuchaczy, najlepiej plasują się projekty realizowane w WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" – (96% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 4% „raczej tak"), WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (95% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 5% „raczej tak"), STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (90% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 10% „raczej tak"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi"(85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), czy PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"). W mniejszym stopniu oczekiwania uczestników spełniły projekty realizowane przez WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp. z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (8% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 85% „raczej tak", 8% „raczej nie"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby

zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (19% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 76% „raczej tak", 5% „raczej nie"), czy WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (51% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 41% „raczej tak", 8% „raczej nie").

Rysunek 33. *Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

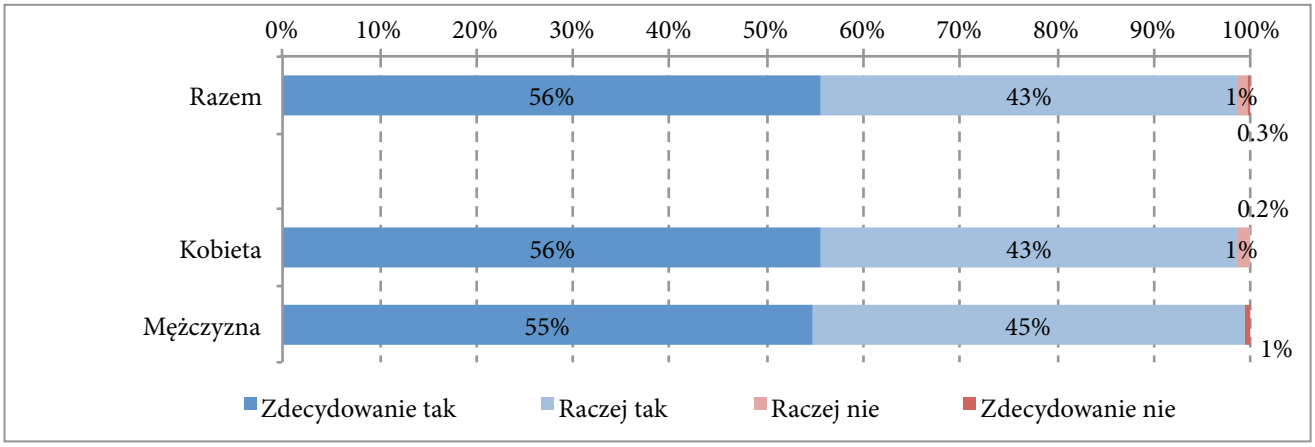
Mimo, że zbiorcza analiza odpowiedzi rozkładów odpowiedzi potwierdza, że studia podyplomowe generalnie spełniły oczekiwania słuchaczy wśród respondentów pojawiały się (1% odpowiedzi) m.in. następujące opinie: „*mało było praktyk, warsztatów a za dużo suchej teorii*", „*studia nie przyczyniły się do wzrostu mojej wiedzy*", „*drugi semestr wyraźnie zaniżał poziom*", „*zbyt mała ilość wiedzy praktycznej*" czy „*za mało poruszonych tematów typowo zawodowych w nauczaniu*".

Wniosek: Jak wskazują dotychczasowe wyniki badań ewaluacyjnych prowadzonych przez uczelnie w ramach, których realizowane są studia z zakresu zarządzania w podmiotach leczniczych, profesjonaliści medyczni są trudną do usatysfakcjonowania grupa zawodową. Wyniki ewaluacji poddziałania 2.3.4. wskazują na ponad standardowe zadowolenie uczestników z udziału w nich. Realizowane w ramach projektu studia podyplomowe spełniły oczekiwania aż 98% słuchaczy. Tak wysoki poziom zadowolenia z udziału w projekcie i satysfakcja z uczestniczenia w zajęciach jednoznacznie pozwala na bardzo wysoką ocenę zarówno inicjatywy podjętej przez Ministerstwo Zdrowia jak i późniejszego wyboru podmiotów realizujących szkolenia i merytoryczny nadzór nad całością sprawowany przez Instytucję Wdrażającą.

Pytanie 6. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia?

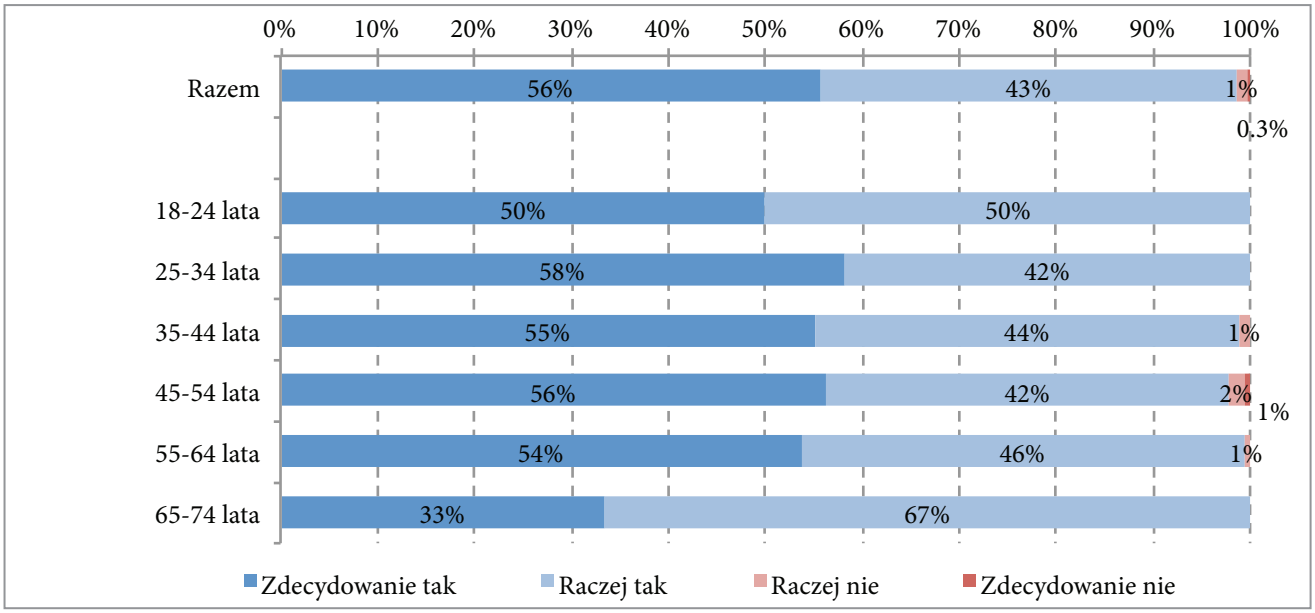
Odpowiedzi respondentów świadczą także o tym, że uczestnictwo w projekcie zdecydowanie pozwoliło (56%) lub raczej pozwoliło (43%) im osiągnąć założony przez nich poziom efektów kształcenia. Biorąc pod uwagę płeć, 56% kobiet jest zdania, że uczestnictwo w projekcie zdecydowanie pozwoliło, raczej pozwoliło (43%) lub raczej nie pozwoliło (1%) na osiągnięcie założonego przez nich poziom efektów kształcenia. W przypadku mężczyzn było to odpowiednio 55% i 45%.

Rysunek 34. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 35. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*

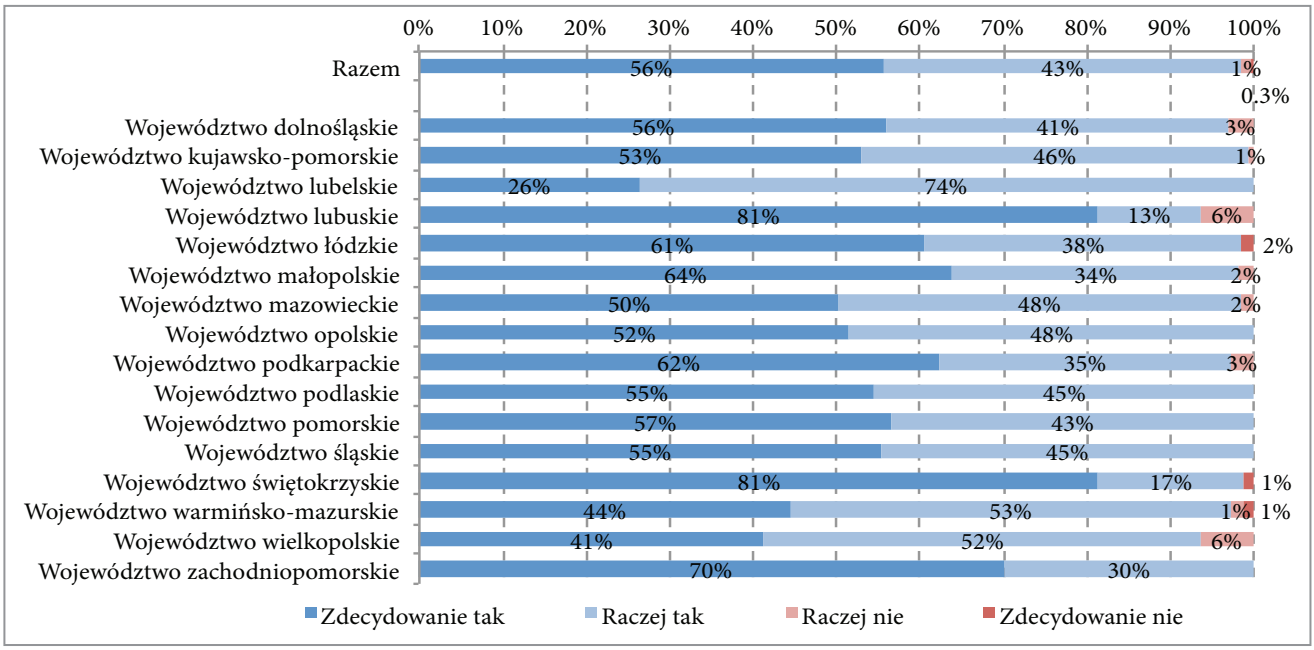


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Odpowiedzi „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 50% i 50% respondentów w wieku 18-24 lata, 58% i 42% respondentów w wieku 25-34 lata, 55% i 44% respondentów w wieku 35-44 lata, 56% i 42% respondentów w wieku 45-54 lata, 54% i 46% respondentów w wieku 55-64 lata oraz 33% i 67% respondentów w wieku 65-74 lata.

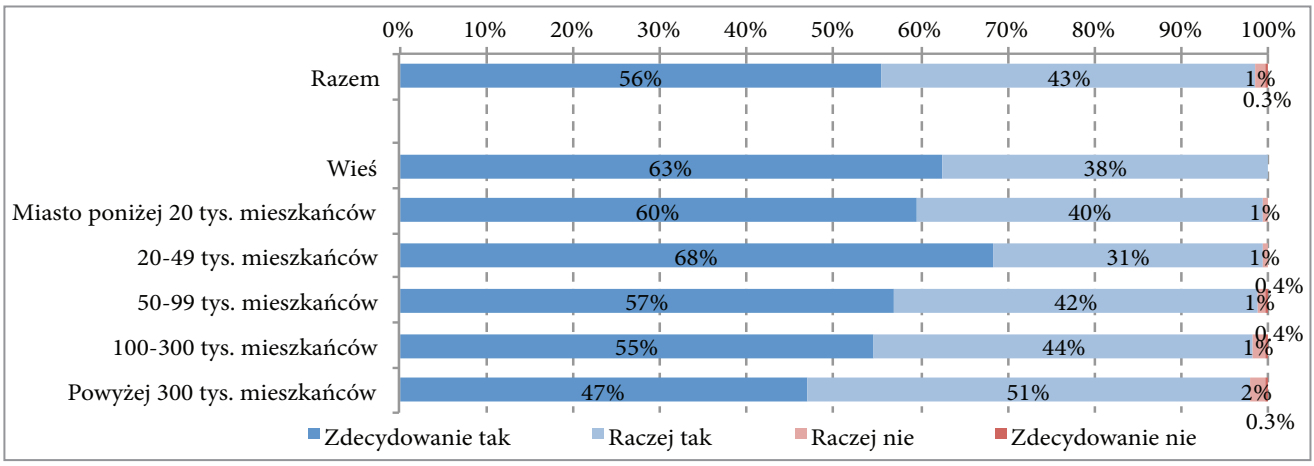
W przypadku województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania, że uczestnictwo w projekcie nie pozwoliło uczestnikom na osiągnięcie założonego poziomu efektów kształcenia jest po 6% przedstawicieli placówek lubuskich i wielkopolskich, po 3% przedstawicieli placówek dolnośląskich i podkarpackich, po 2% przedstawicieli placówek małopolskich i mazowieckich oraz po 1% przedstawicieli placówek lubelskich i warmińsko-mazurskich.

Rysunek 36. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 37. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*

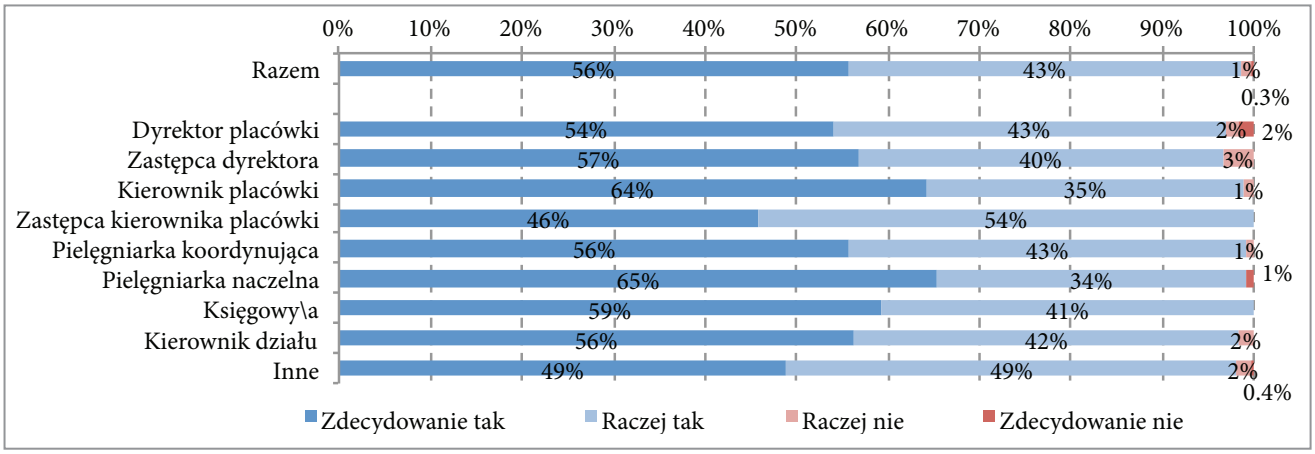


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 63% i 38% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 60% i 40% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 68% i 31% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 57% i 42% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 55% i 44% w miastach 100-300 tys. mieszkańców oraz 47% i 51% respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

Tego, że uczestnictwo w projekcie generalnie pozwoliło na osiągnięcie założonego przez respondentów poziom efektów kształcenia dowodzi także analiza rozkładu odpowiedzi w zależności od zajmowanego stanowiska. Odpowiedzi „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 54% i 43% dyrektorów placówki, 57% i 40% zastępców dyrektora, 64% i 35% kierowników placówki, 46% i 54% zastępców kierowników placówki, 54% i 45% pielęgniarek koordynujących oraz 66% i 33% naczelnych, 59% i 41% księgowych, 56% i 42% kierowników działu oraz 52% i 47% respondentów zajmujących stanowiska oznaczone, jako inne.

Rysunek 38. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując rozkład odpowiedzi w zależności od projektu/nazwy szkoły okazuje się, iż uczestnictwo w projekcie w największym stopniu pozwoliło na osiągnięcie założonego przez respondentów poziomu efektów kształcenia w następujących uczelniach: STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile – „Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej" (81% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 19% „raczej tak"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (78% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 22% „raczej tak"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi"(77% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 23% „raczej tak"), WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (91% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 8% „raczej tak", 1% „zdecydowanie nie"), czy WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" – (93% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 4% „raczej tak", 4% „raczej nie"). Wydaje się, iż w najmniejszym stopniu udało się osiągnąć założony poziom efektów kształcenia słuchaczom EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (40% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 40% „raczej tak", 20% „raczej nie"), WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 38% „raczej tak", 8% „raczej nie"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancja profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi"(20% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 76% „raczej tak", 3% „raczej nie", 1% „zdecydowanie nie"), czy WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o. w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (8% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 85% „raczej tak", 8% „raczej nie").

Rysunek 39. *Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

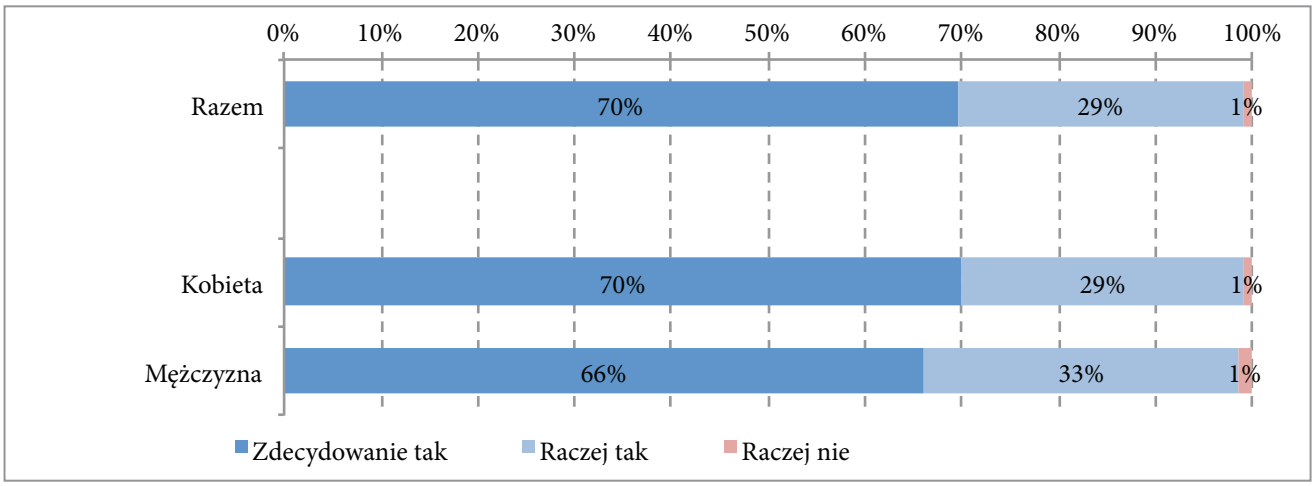
Mimo, że zbiorcza analiza rozkładów odpowiedzi potwierdza, że uczestnictwo w projekcie pozwoliło uczestnikom na osiągniecie założonego przez nich poziomu efektów kształcenia, wśród respondentów, którzy odpowiedzieli na pytanie „raczej nie" lub „zdecydowanie nie" pojawiały się (1% odpowiedzi) m.in. następujące opinie: „*drugi semestr był robiony nieprofesjonalnie*", „*mało praktyki, a część materiału zbędna. Potrzebne uzupełnienia programu*", „*tematyka mi nie odpowiadała*", „*większość zagadnień była już mi znana*".

Wniosek: Uczestnicy studiów podyplomowych zostali na początku zajęć powiadomieni – poprzez zapoznanie ich z programami studiów i oczekiwanymi efektami kształcenia jako konsekwencji obowiązku standaryzowania programów względem kierunków poprzez zastosowanie matryc KRK (Krajowych Ram Kwalifikacyjnych) stąd mogli oceniać do jakiego stopnia dany program spełniał ustawowe kryteria dla określonej ścieżki kształcenia. Fakt, że zdecydowana większość respondentów wskazało, że uczestnictwo w projekcie zdecydowanie pozwoliło (56%) lub raczej pozwoliło (43%) im osiągnąć założony przez nich poziom efektów kształcenia jednoznacznie pozwala na wysoką ocenę zaproponowanych produktów edukacyjnych.

Pytanie 7. Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: wiedzy umiejętności praktycznych, kwalifikacji?

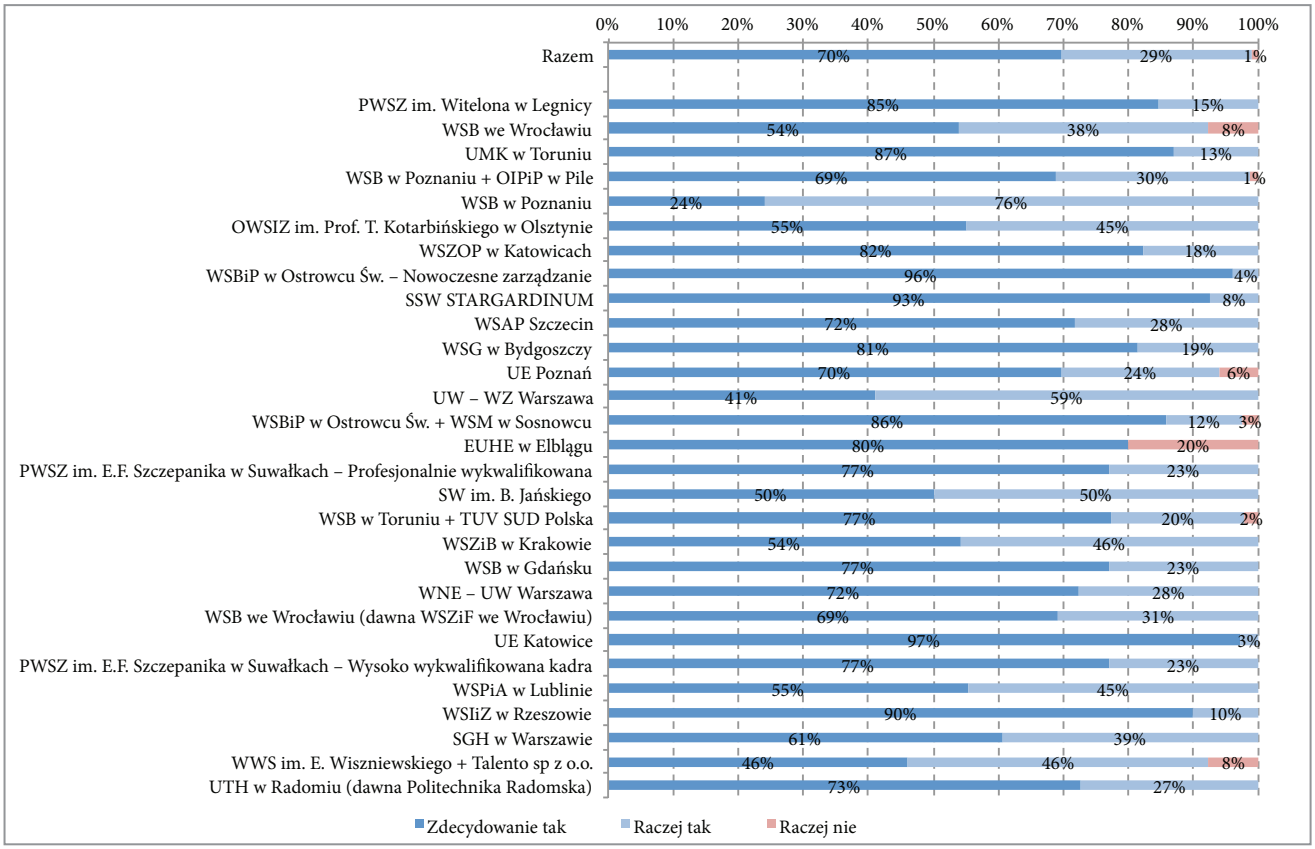
Respondenci zwracają także uwagę na fakt, iż udział w projekcie zdecydowanie wpłynął (70%) lub raczej wpłynął (29%) na wzrost posiadanej przez nich wiedzy, zdecydowanie wpłynął (55%) lub raczej wpłynął (42%) na wzrost posiadanych przez nich umiejętności praktycznych oraz zdecydowanie wpłynął (66%) lub raczej wpłynął (32%) na wzrost posiadanych przez nich kwalifikacji.

Rysunek 40. *Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: wiedzy umiejętności praktycznych, kwalifikacji?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

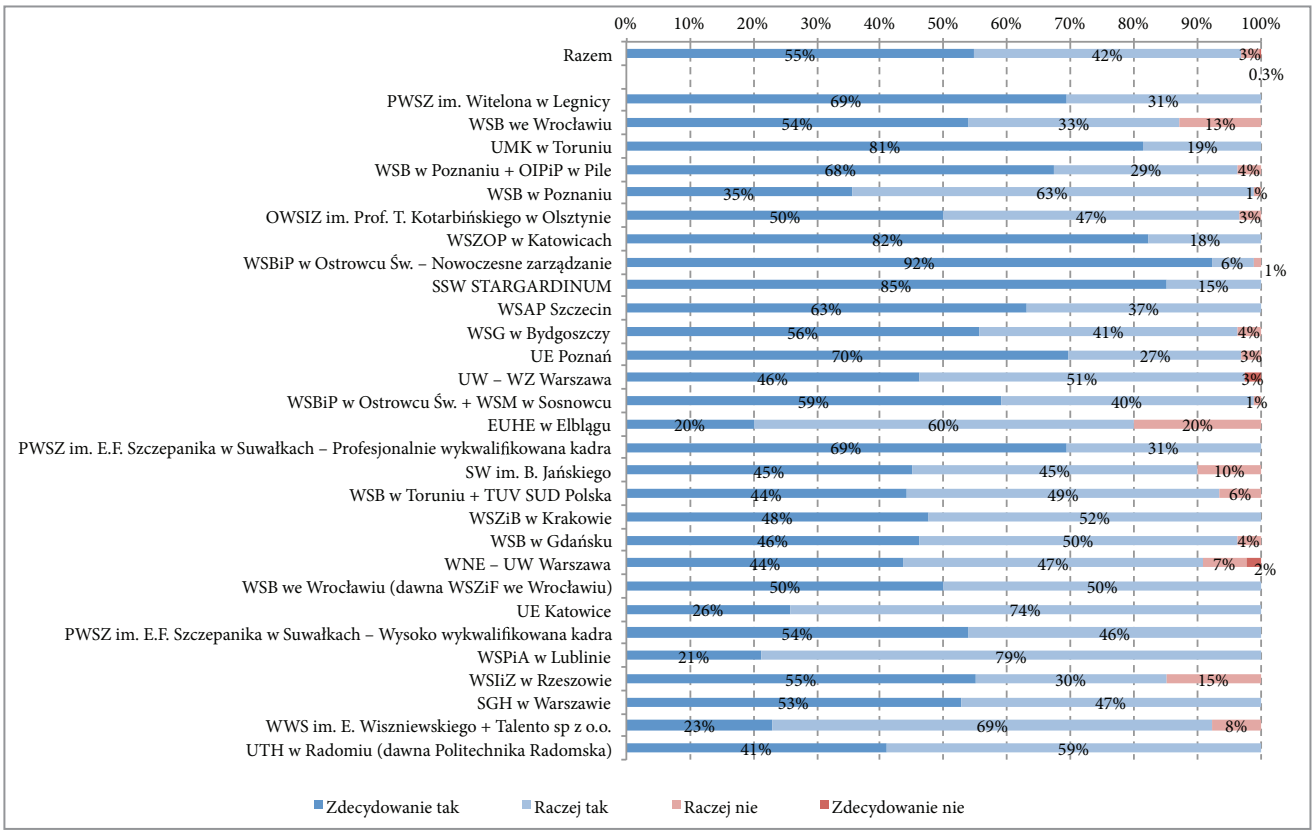
Rysunek 41. *Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanej przez Pana/ią wiedzy? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Na fakt, iż udział w projekcie zdecydowanie wpłynął na wzrost posiadanej przez nich wiedzy, wskazują między innymi respondenci studiujący w UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (97% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 3% „raczej tak"), WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (96% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 4% „raczej tak"), STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (93% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 8% „raczej tak"), WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (90% zdecydowanie tak, 10% raczej tak). W mniejszym stopniu wzrost posiadanych umiejętności praktycznych dostrzegają respondenci studiujący w EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 20% „raczej nie"), WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (46% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 46% „raczej tak", 8% „raczej nie"), czy WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 38% „raczej tak", 8% „raczej nie"). Niemniej jednak odpowiedzi respondentów wskazują, że według znacznej ich większości udział w projekcie przyczynił się do wzrost posiadanej przez nich wiedzy.

Rysunek 42. *Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: umiejętności? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



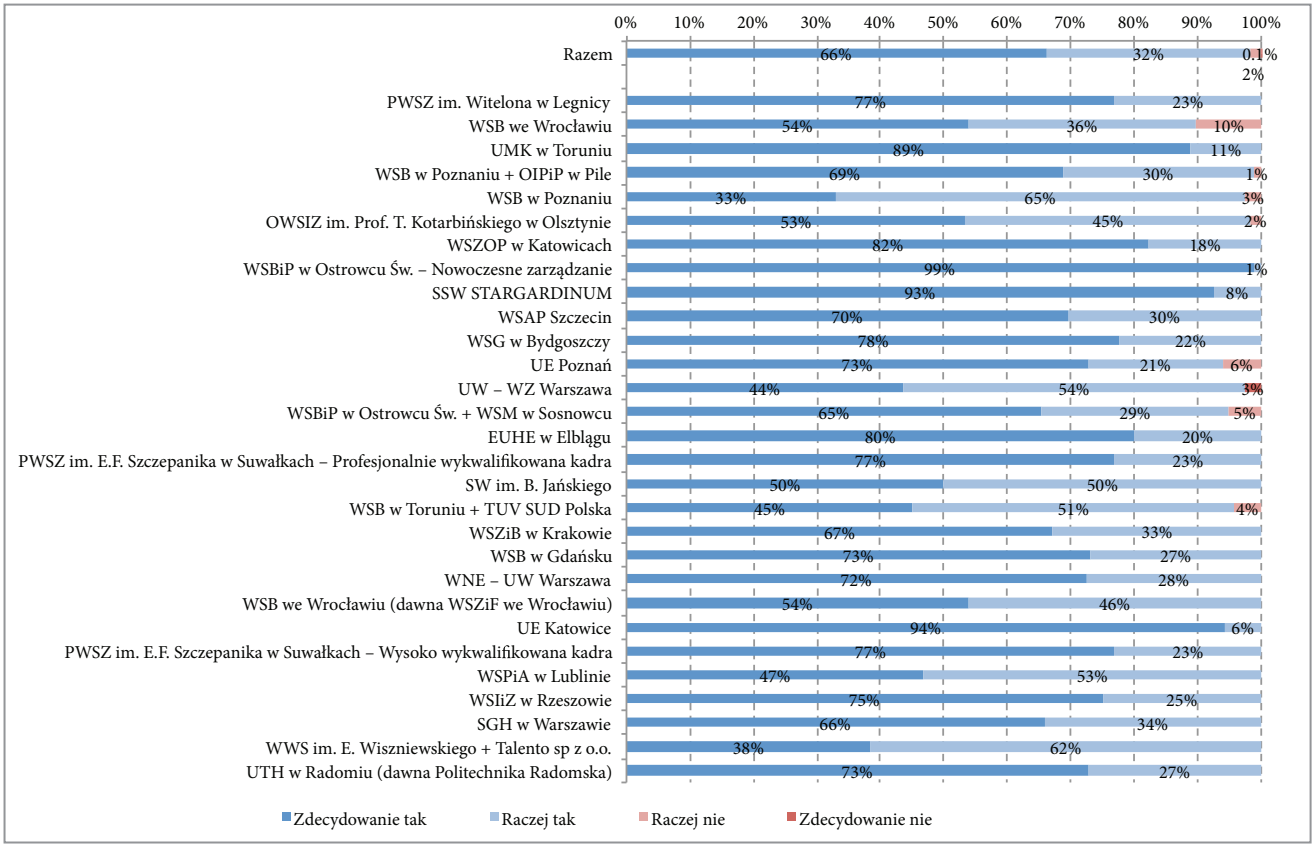
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Na fakt, iż udział w projekcie zdecydowanie wpłynął na wzrost posiadanych przez nich umiejętności praktycznych, wskazują między innymi respondenci studiujący w STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (82% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 18% „raczej tak"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (81% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 19% „raczej tak"). W mniejszym stopniu wzrost posiadanych umiejętności praktycznych dostrzegają respondenci studiujący w WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% odpowiedzi

„zdecydowanie tak", 33% „raczej tak", 13% „raczej nie"), WNE – UW Warszawa – „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej" (44% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 47% „raczej tak", 7% „raczej nie", 2% „zdecydowanie nie"), UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (46% odpowiedzi „zdecydowanie tak" 51%, „raczej tak", 3% „zdecydowanie nie").

Na fakt, iż udział w projekcie zdecydowanie wpłynął na wzrost posiadanych przez nich kwalifikacji, wskazują między innymi respondenci studiujący w WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (99% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 1% „raczej tak"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (94% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 6% „raczej tak"), STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (93% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 8% „raczej tak"), WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (82% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 18% „raczej tak"), czy EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 20% „raczej tak"). W mniejszym stopniu wzrost posiadanych kwalifikacji dostrzegają respondenci studiujący w WSB we Wrocławiu „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% odpowiedzi „zdecydowanie tak" 36%, „raczej tak", 10% „zdecydowanie nie"), UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (46% odpowiedzi „zdecydowanie tak" 51%, „raczej tak", 3% „zdecydowanie nie"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (33% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 65% „raczej tak", 3% „raczej nie"), czy OWSIZ im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie – „Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych" (53% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 45%, „raczej tak", 23% „raczej nie").

Rysunek 43. *Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: kwalifikacji? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



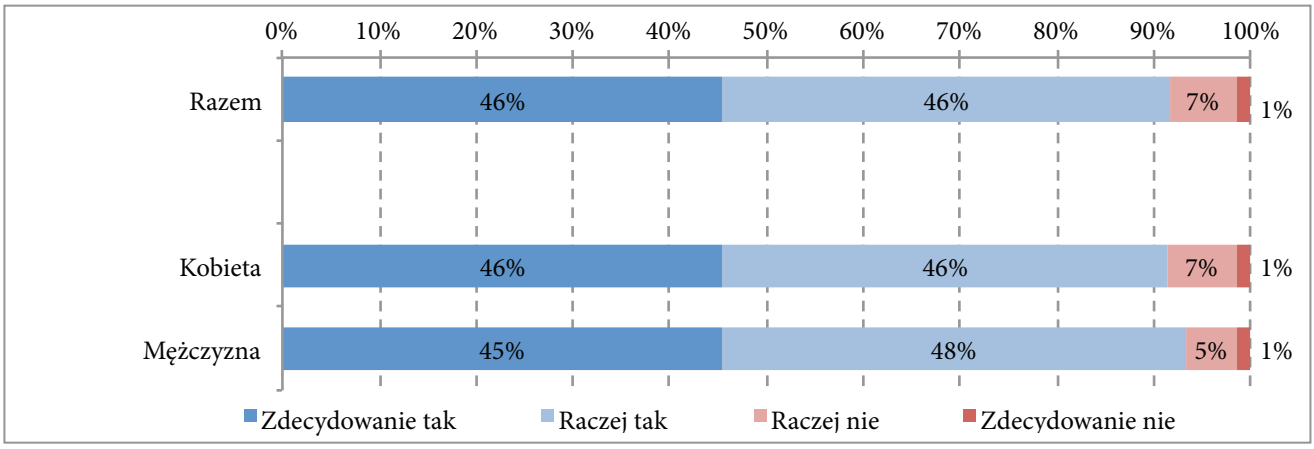
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wniosek: W przypadku każdej z uczelni realizujących studia podyplomowe zastosowano różne formy sprawdzające postępy w zakresie nabywania wiedzy**.** Testy przed i po, egzaminy, prace zaliczeniowe i inne pozwalały studentom na ocenę przyrostu posiadanych kompetencji. Potwierdzona analizą rozkładów odpowiedzi respondentów na pytanie o subiektywną ocenę wzrostu wiedzy istotna jakościowa zmiana wiedzy, umiejętności praktycznych i kwalifikacji jest podstawą do uznania podjętych w poddziałaniu 2.3.4. aktywności za zasadne i prawidłowo przeprowadzone.

Pytanie 8. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką?

Wypowiedzi respondentów wskazały także, że wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania ich placówką. Zdania, że wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych zdecydowanie wpłynęła lub raczej wpłynęła na zmiany w systemie zarządzania placówką jest odpowiednio 46% i 46% respondentów. Odpowiedzi „zdecydowanie tak" udzieliło 46% kobiet i 45% mężczyzn, „raczej tak" 46% kobiet i 48% mężczyzn, „raczej nie" 7% kobiet i 5% mężczyzn, „zdecydowanie nie" po 1% kobiet i mężczyzn.

Rysunek 44. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*

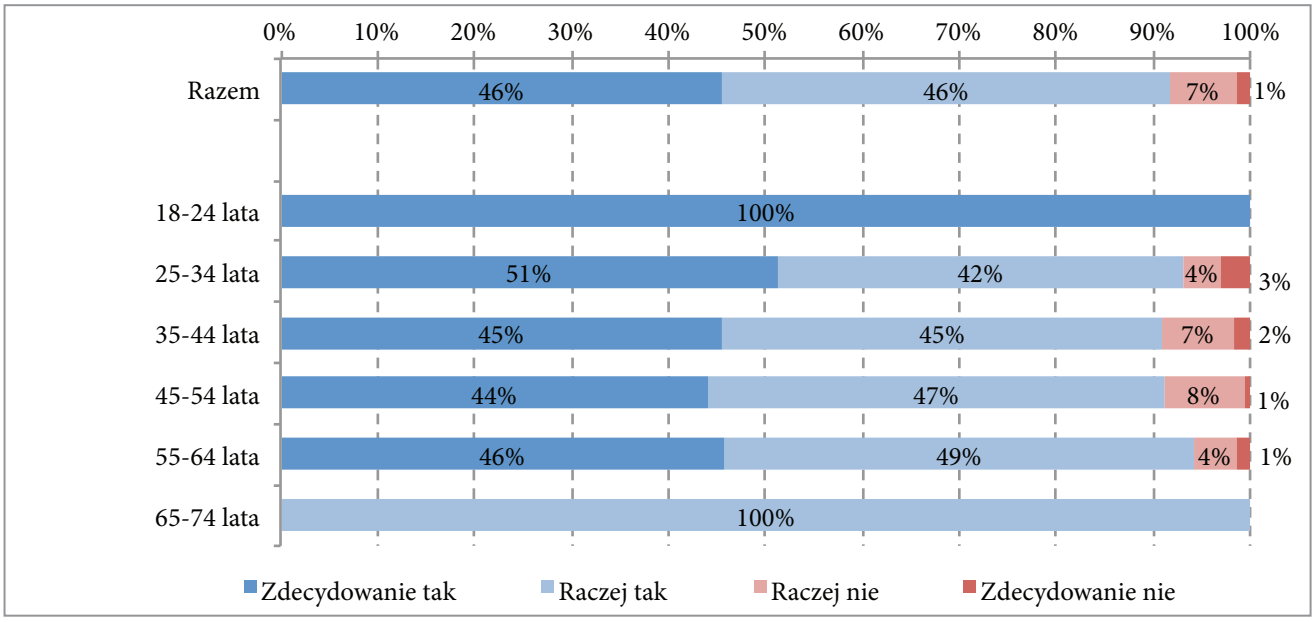


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wpływ uzyskanej wiedzy na zmiany w systemie zarządzania placówką zdecydowanie zauważają (51%) lub raczej zauważają respondenci w wieku 25-34 lata. Respondenci w wieku 35-44 lata zmiany te zdecydowanie zauważają (45%) lub raczej zauważają (45%), podobnie zresztą jak respondenci w wieku 45-54 lata (44%, 47%), w wieku 55-64 lata (46% 49%). W przypadku respondentów w wieku 18-24 lata 100% udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak", z kolei 100% respondentów w wieku 65-74 lata odpowiedzi „raczej tak".

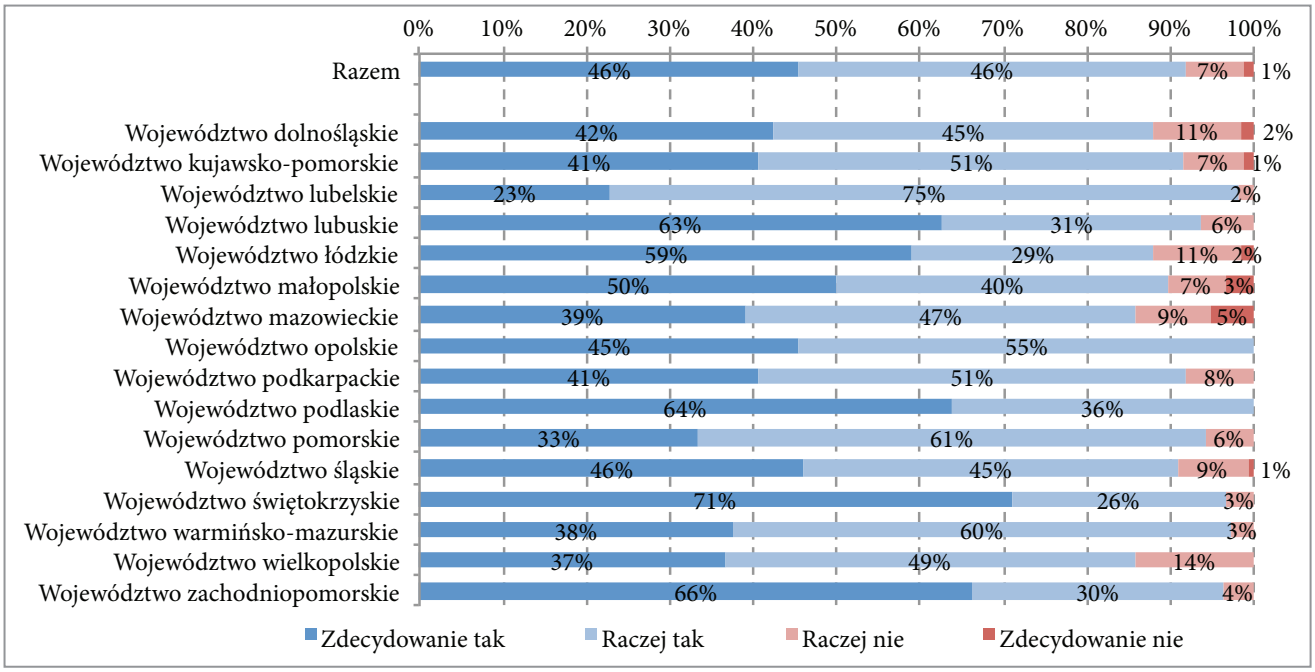
Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, odpowiedzi zdecydowanie tak lub raczej tak udzielili m.in. respondenci, których placówka zlokalizowana jest w woj. świętokrzyskim (71% i 26%), zachodniopomorskim (66% i 30%), podlaskim (64%, 36%) lubuskim (63% i 31%). Nieco mniej respondentów jest zdania, że uzyskana wiedza wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania ich placówką w województwach śląskim (46%, 45%), opolskim (45%, 55%) czy małopolskim (50%, 40%).

Rysunek 45. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

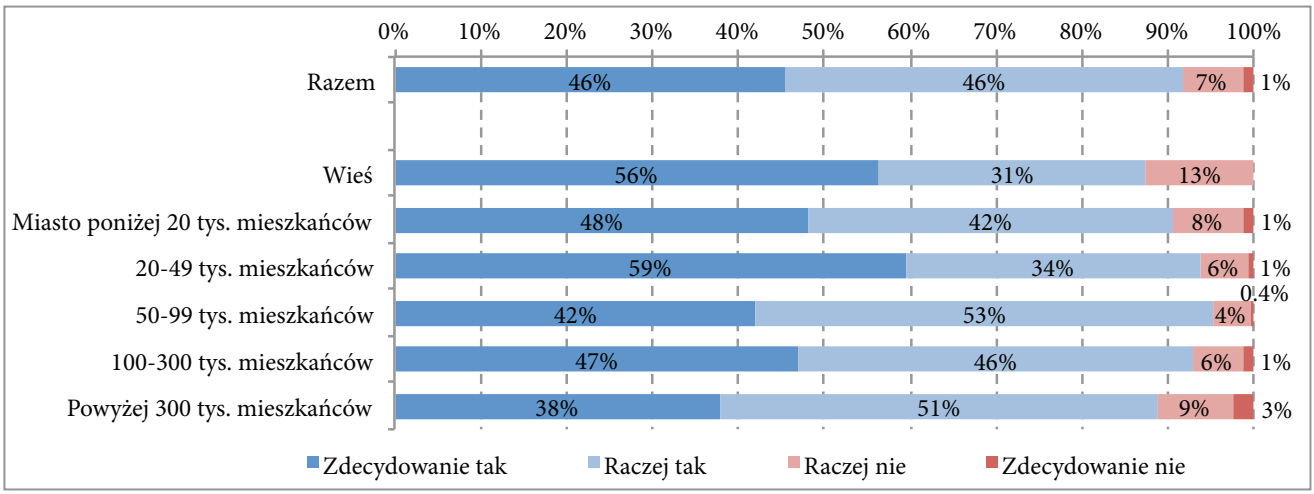
Rysunek 46. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 56% i 31% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 48% i 42% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 59% i 34% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 42% i 53% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 47% i 46% w miastach 100-300 tys. mieszkańców oraz 38% i 51% respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

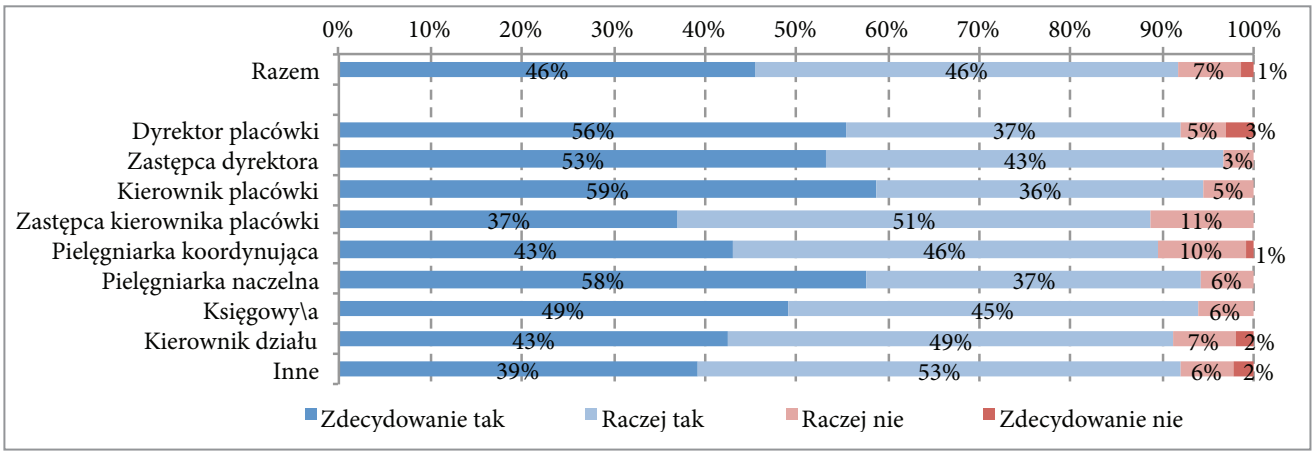
Rysunek 47. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Zdania, że wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych zdecydowanie wpłynęła lub raczej wpłynęła na zmiany w systemie zarządzania placówką jest 56% i 37% dyrektorów placówki, 53% i 43% zastępców dyrektora, 59% i 36% kierowników placówki, 37% i 51% zastępców kierowników placówki, 44% i 46% pielęgniarek koordynujących oraz 58% i 37% naczelnych, 49% i 45% księgowych, 43% i 49% kierowników działu oraz 40% i 51% respondentów zajmujących stanowiska oznaczone, jako inne.

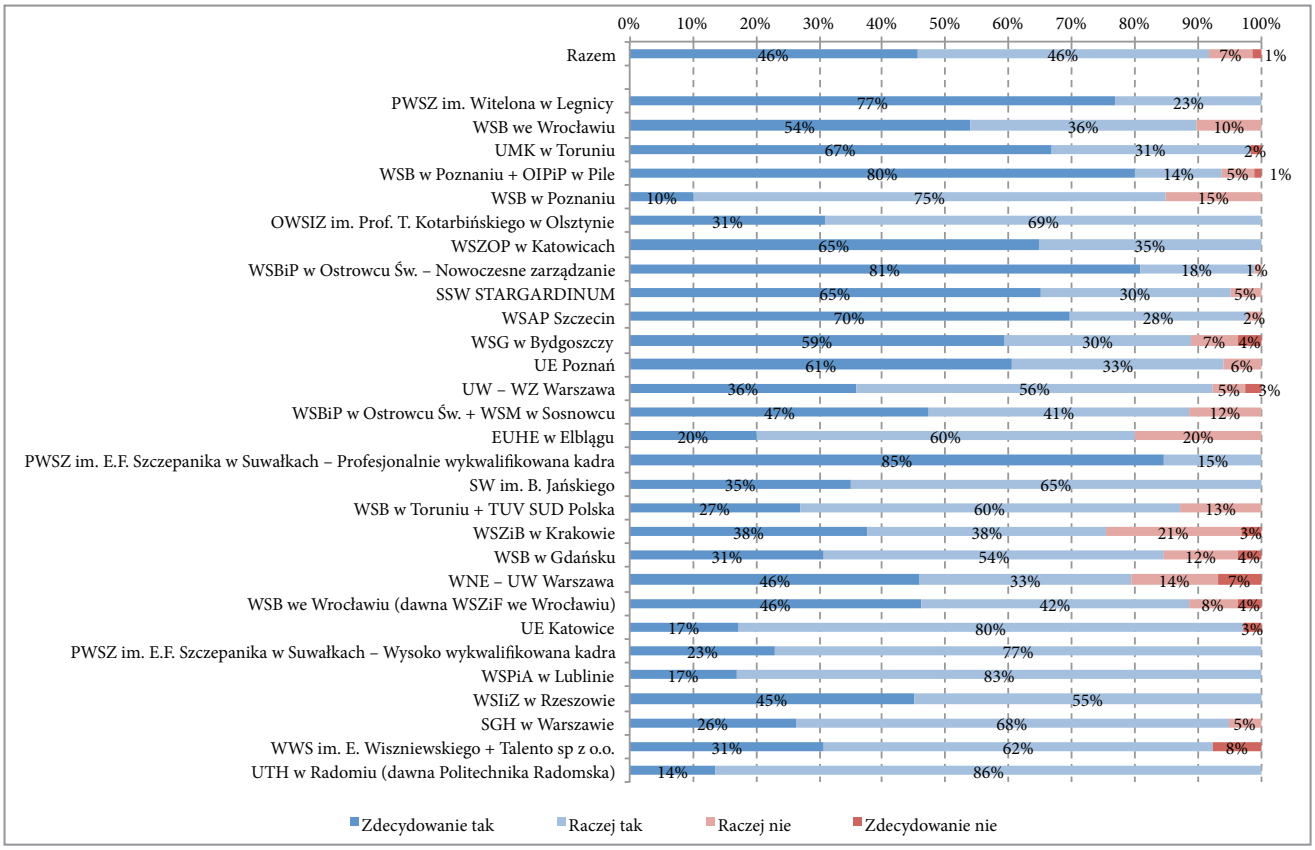
Rysunek 48. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Na fakt, iż wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania placówką wskazują słuchacze między innymi PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (77% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 23% „raczej tak"), WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (65% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 35% „raczej tak"). W mniejszym stopniu zmiany te dostrzegają uczestnicy studiów realizowanych przez między innymi WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (31% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 62% „raczej tak", 8% „zdecydowanie nie"), WNE – UW Warszawa – „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej" (46% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 33% „raczej tak", 14% „raczej nie", 7% „zdecydowanie nie"),WSB we Wrocławiu (dawna WSZiF we Wrocławiu) – „Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia" (46% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 42% „raczej tak", 8% „raczej nie", 4% „zdecydowanie nie"), WSZiB w Krakowie – ‚Zarządzanie w ochronie zdrowia" (38% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 38% „raczej tak", 21% „raczej nie", 3% „zdecydowanie nie"), WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" – (59% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 30% „raczej tak", 7% „raczej nie", 4% „zdecydowanie nie"), czy WSB w Gdańsku – „Zarządzanie podmiotami leczniczymi" (31% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 54% „raczej tak", 12% „raczej nie", 4% „zdecydowanie nie").

Rysunek 49. *Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Co ciekawe, wśród respondentów, którzy udzielili odpowiedzi raczej nie (8%) lub zdecydowanie nie (1%) pojawiały się następujące stwierdzenia „*nie mam decyzyjnego stanowiska*", „*nie mam wpływu na zarządzanie*", „*moje stanowisko nie ma wpływu na zarządzanie*", „*nie jestem osobą decyzyjną*", „*nie mam wpływu na podejmowane decyzje*", „*nie mam*

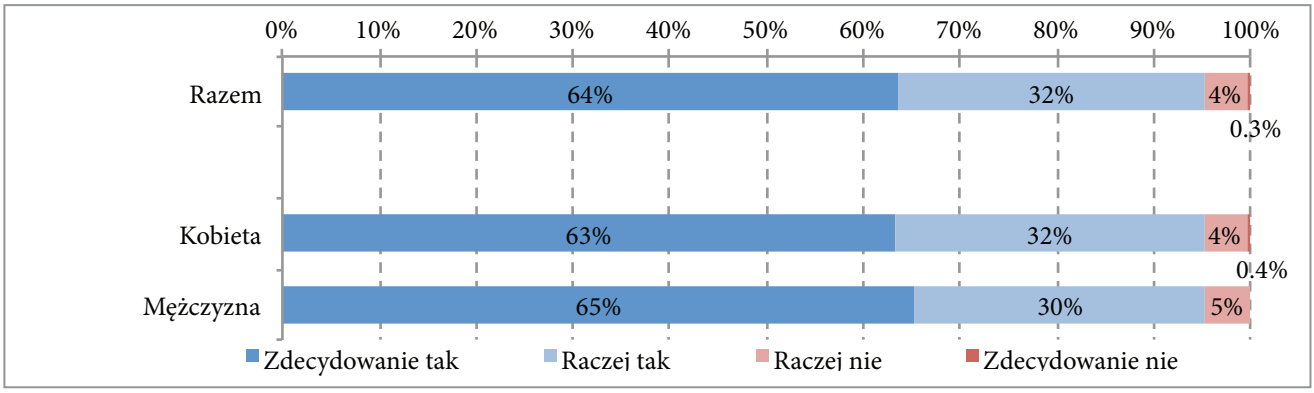
możliwości wprowadzenia zmian", „*nie mam możliwości wprowadzenia wiedzy w zarządzanie*", „*nie mam takich możliwości*", „*brak możliwości wdrożenia wiedzy*", „*nie mamy funduszy na realizację pewnych przemian i zmian*" czy „*zmienił się właściciel, brak możliwości zmian*". Komentarze takie świadczą o niskim identyfikowaniu się studenta z podjętym działaniem mającym na celu wzrost jego poziomu wiedzy, kwalifikacji w celu zainicjowania procesu p[przekształceń.

Wniosek: Analiza informacji na temat formy prawnej podmiotu leczniczego, w którym pracował student studiów podyplomowych ujawniła, że większość z nich to osoby pracujące w nieprzekształconych podmiotach, w których działania sanacyjne nadal trwają. Stąd wniosek, że różnorodne formy kształcenia pracujących w nich osób przyczyniają się do polepszenia i usprawnienia funkcji zarządczych – co znalazło swoje potwierdzenie w odpowiedziach respondentów. Respondenci w przeważającej większości stwierdzili, że wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania ich placówką. Pojawiające się nieliczne głosy krytyczne podkreślały konieczność przygotowywania następnych edycji studiów podyplomowych z bardzo jednoznacznymi kryteriami w zakresie doboru grupy kształconej np. sami ordynatorzy, pielęgniarki naczelne etc. Z punktu widzenia zespołu realizującego ewaluację teza taka jest tylko w części uprawniona, – bowiem znaczna większość przekazywanych treści w trakcie studiów miała postać wiedzy ogólnej związanej z przekształceniami prawnej formy placówki realizującej świadczenia medyczne oraz zarządczymi i ekonomicznymi aspektami gospodarowania w organizacji a tylko niewielka jej część mogła być dedykowana konkretnej grupie zawodowej.

Pytanie 9. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)?

Respondenci są zdania, że organizatorom studiów zdecydowanie udało się (64%) lub raczej udało się (32%) zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.) takiego zdania jest odpowiednio 63% i 32% kobiet oraz 65% i 39% mężczyzn.

Rysunek 50. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*

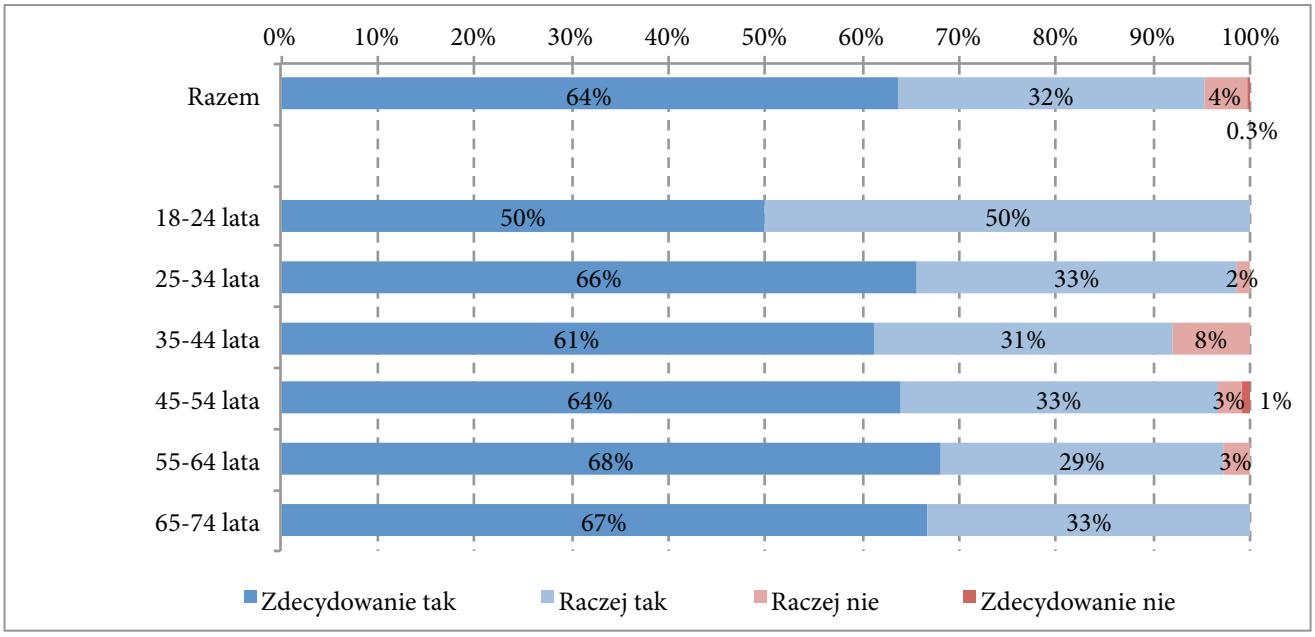


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Fakt, iż organizatorom studiów zdecydowanie udało się lub raczej udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych dostrzega po 50% respondentów w wieku 18-24 lata. Podobnego zdania jest odpowiednio 66% i 33% respondentów w wieku 25-34 lata, 61% i 31% respondentów w wieku 35-44 lata, 64% i 33% respondentów w wieku 45-54 lata, 68% i 29% respondentów w wieku 55-64 lata, oraz 67% i 33% respondentów w wieku 65-74 lata.

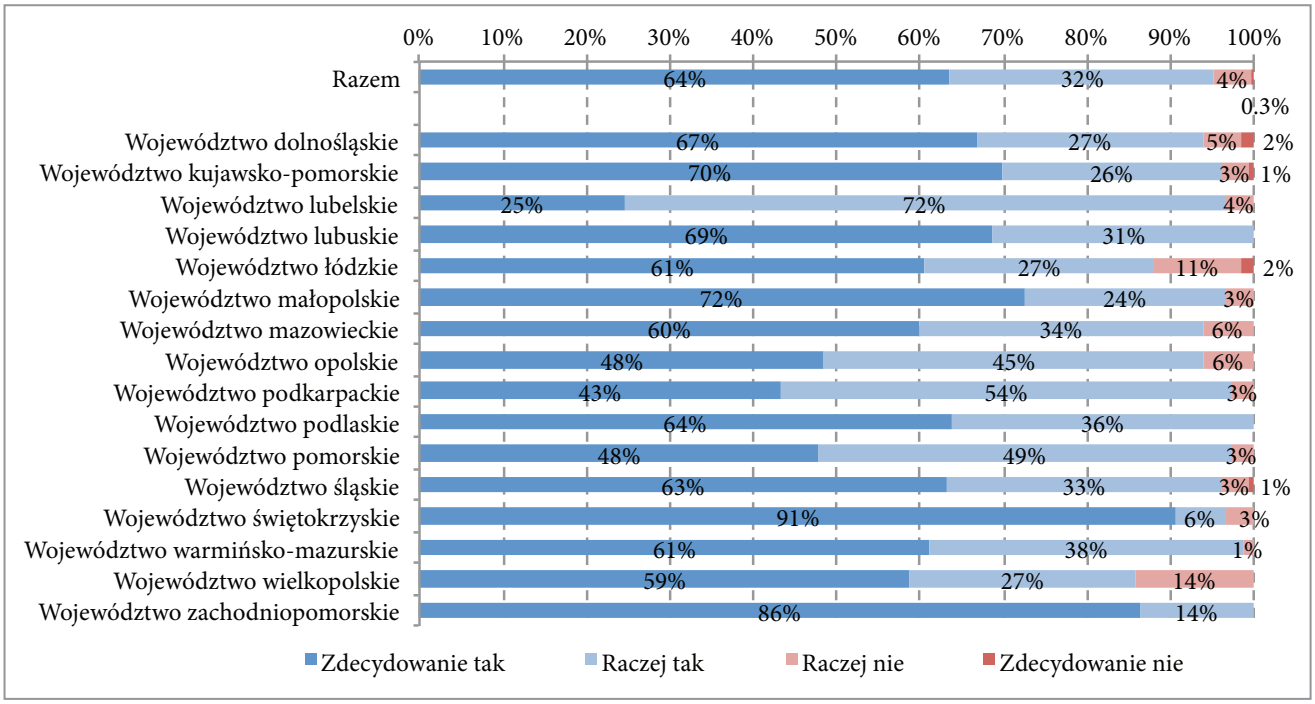
W przypadku województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania, że organizatorom studiów zdecydowanie nie udało się bądź raczej nie udało się zapewnić właściwej relacji pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych są m.in. respondenci z placówek łódzkich (11% i 2%) czy wielkopolskich (14%).

Rysunek 51. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

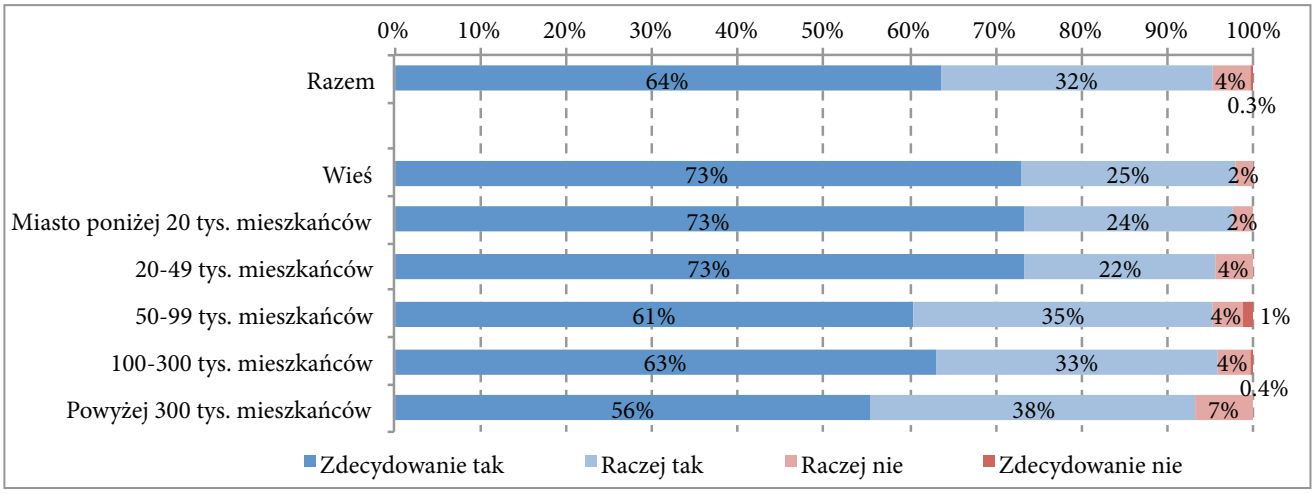
Rysunek 52. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej „zdecydowanie tak" lub „raczej tak" udzieliło odpowiednio 73% i 25% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 73% i 24% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 73% i 22% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 61% i 35% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 63% i 22% w miastach 100-300 tys. mieszkańców oraz 56% i 38% respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

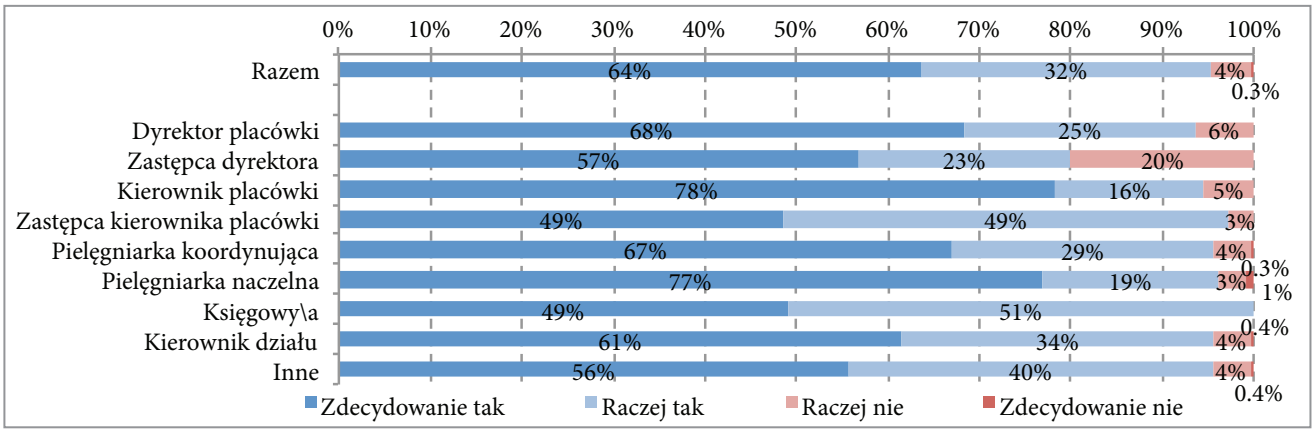
Rysunek 53. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Mimo, że zbiorcza analiza odpowiedzi rozkładów odpowiedzi potwierdza generalnie wysoki poziom oceny respondentów, z uwagi na ich zróżnicowanie należy zanalizować poziom ich satysfakcji w zależności od ich przynależności do grup zawodowych. I tak na przykład w przypadku respondentów pracujących na stanowisku pielęgniarki naczelnej odpowiedzi „zdecydowanie tak" udzieliło 78% ankietowanych, (19% raczej tak, 2% raczej nie, 1% nie), w przypadku dyrektora placówki odpowiedzi „zdecydowanie tak" udzieliło 68% ankietowanych, (25% raczej tak, 6% raczej nie), w przypadku zastępcy dyrektora placówki odpowiedzi „zdecydowanie tak" udzieliło 57% ankietowanych, (23% raczej tak, 20% raczej nie).

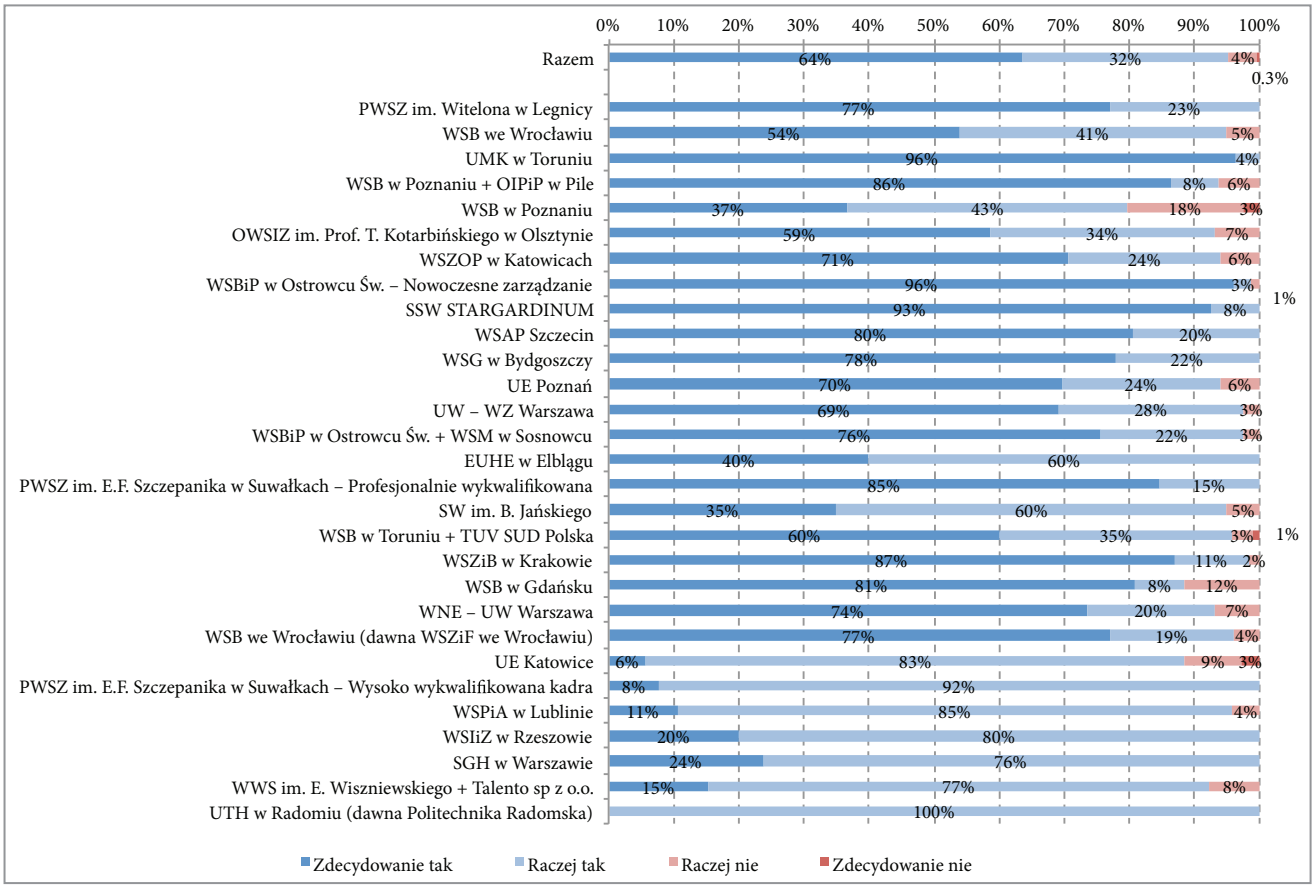
Rysunek 54. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Fakt, iż organizatorom studiów zdecydowanie udało się lub raczej udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych dostrzegają przede wszystkim studenci UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (96% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 4% „raczej tak"), STARGARDINUM SSW w Stargardzie Szczecińskim – „Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych" (93% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 8% „raczej tak"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (85% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 15% „raczej tak"), WSAP Szczecin – „Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia" (80% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 20% „raczej tak"), WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (78% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 22% „raczej tak"), WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (20% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 80% „raczej tak"), czy UTH w Radomiu (dawniej Politechnika Radomska) – „Zdrowe zarządzanie" (100% „raczej tak"). W mniejszym stopniu organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć według studentów WSB Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (37% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 43% „raczej tak", 18% „raczej nie", 3% „zdecydowanie nie"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (6% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 83% „raczej tak", 9% „raczej nie", 3% „zdecydowanie nie"), czy WSB w Toruniu + TUV SUD Polska –„Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (60% odpowiedzi „zdecydowanie tak", 35% „raczej tak", 3% „raczej nie", 1% „zdecydowanie nie").

Rysunek 55. *Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 9 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Zdecydowana większość respondentów podkreśla aspekty organizacyjne studiów, nadmieniając „*dobrą organizację*", „*bardzo dobrze ułożony harmonogram*", „*logikę w planowaniu zajęć*", „*dobry plan zajęć*". Same zajęcia opisywano,

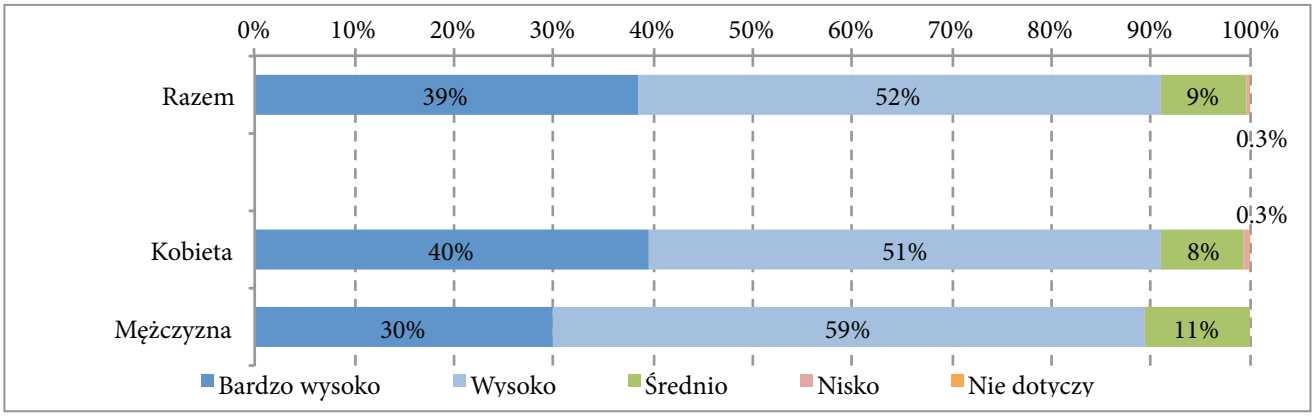
jako „*ciekawe*", „*urozmaicone*" czy „*zróżnicowane*". Często podkreślano także fakt „*świetnego dobrania wykładowców*", którzy „*nie byli teoretykami, którzy nie mają pojęcia o rzeczywistości, tylko byli ludźmi, którzy, na co dzień spotykają się z tematami, o których mówią*", „*mieli wysokie kwalifikacje*" i byli „*świetnie przygotowani*". Zwracano uwagę na ich „*dostępność*" i „*wysoki poziom merytoryczny*" oraz podkreślano, iż „*zajęcia różnorodne, prowadzone przez specjalistów w różnych dziedzinach*". Respondenci podkreślali, że „*ciekawe treści wykładowe przekładane na język praktyczny na ćwiczeniach*", a na „*wielu wykładach była otwarta dyskusja*". Panowała także „*pełna komunikacja pomiędzy wykładowcami i organizatorami*". Zwracano jednak także uwagę na „*pewne niedociągnięcia*" w postaci „*niewielkiej ilości zajęć warsztatowych gdzie bralibyśmy czynny udział i moglibyśmy sami się wykazać inwencją i wiedzą*", „*mało praktyki, analizy*". Kilkunastu respondentów zwróciło także uwagę na „*bardzo fajną*" i „*dobrze zorganizowaną*" platformę e-learningową.

Wniosek: Przygotowanie zrównoważonego pod względem form kształcenia (np. wykład, ćwiczenia, warsztaty, analiza dobrych praktyk i inne) programu studiów jest istotnym elementem decydującym o satysfakcji jego odbiorców. Analiza uzyskanych rozkładów na pytanie o to czy uczelnie realizujące poddziałanie 2.3.4. w prawidłowy sposób dobrały formę kształcenia do przekazywanych treści potwierdziła dobre profesjonalne przygotowanie większości autorów programów bowiem respondenci są zdania, że organizatorom studiów zdecydowanie udało się (64%) lub raczej udało się (32%) zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.). Z reguły praktycy korzystający z formy kształcenia podyplomowego zwracają uwagę na znaczne dowartościowanie aktywnych form kształcenia w programach studiów – co i w przypadku realizowanej ewaluacji się potwierdziło. Niektórzy respondenci podkreślali, że należy rozważyć w przyszłości wsparcie projektów o większej ilości zajęć warsztatowych.

Pytanie 10. Jak oceniłby/aby Pan/i poszczególne zakresy tematyczne realizowane w ramach studiów?

Bardzo wysoko lub wysoko ocenione zostały poszczególne zakresy tematyczne realizowane w ramach studiów. Najwyżej oceniony został obszar „Zarządzanie zasobami ludzkimi" (bardzo wysoko 45%, wysoko 48%, średnio 7%), następnie obszar „Menadżerski" (bardzo wysoko 42%, wysoko 51%, średnio 6%), obszar „Zarządzanie placówką w zakresie finansowym (rachunkowo-księgowym" (bardzo wysoko 41%, wysoko 49%, średnio 10%), obszar „Zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym" (bardzo wysoko, 41% wysoko 50%, średnio 9%) oraz obszar „Przekształcenia własnościowe" (bardzo wysoko 39%, wysoko 52%, średnio 9%).

Rysunek 56. *Jak oceniłby/aby Pan/i poszczególne zakresy tematyczne realizowane w ramach studiów?*

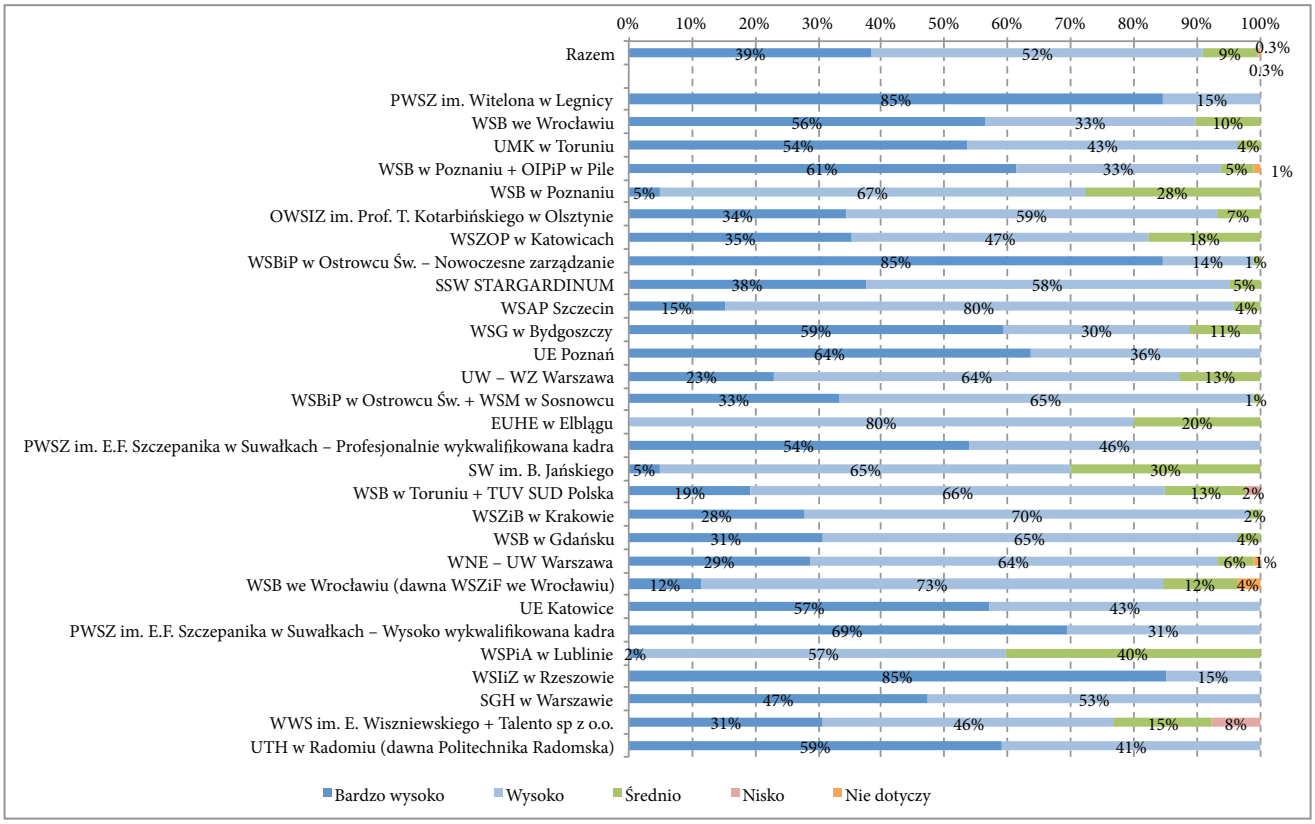


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę zakres tematyczny „Przekształcenia własnościowe", najlepiej został on oceniony przez respondentów studiujących w PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" oraz WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (odpowiednio

po 85% odpowiedzi „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra" (69% odpowiedzi „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), czy UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (64% odpowiedzi „bardzo wysoko", 36% „wysoko"). Na tym tle nieco gorzej wypada ocena zakresu tematycznego „Przekształcenia własnościowe" WSB we Wrocławiu (dawna WSZiF we Wrocławiu)– „Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia" (12% odpowiedzi „bardzo wysoko", 73% „wysoko", 12% „średnio", 4% „bardzo nisko"), WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (19% odpowiedzi „bardzo wysoko", 66% „wysoko", 13% „średnio", 2% „nisko"), WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (31% odpowiedzi „bardzo wysoko", 46% „wysoko", 15% „średnio", 8% „nisko").

Rysunek 57. *Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: przekształcenia własnościowe, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*

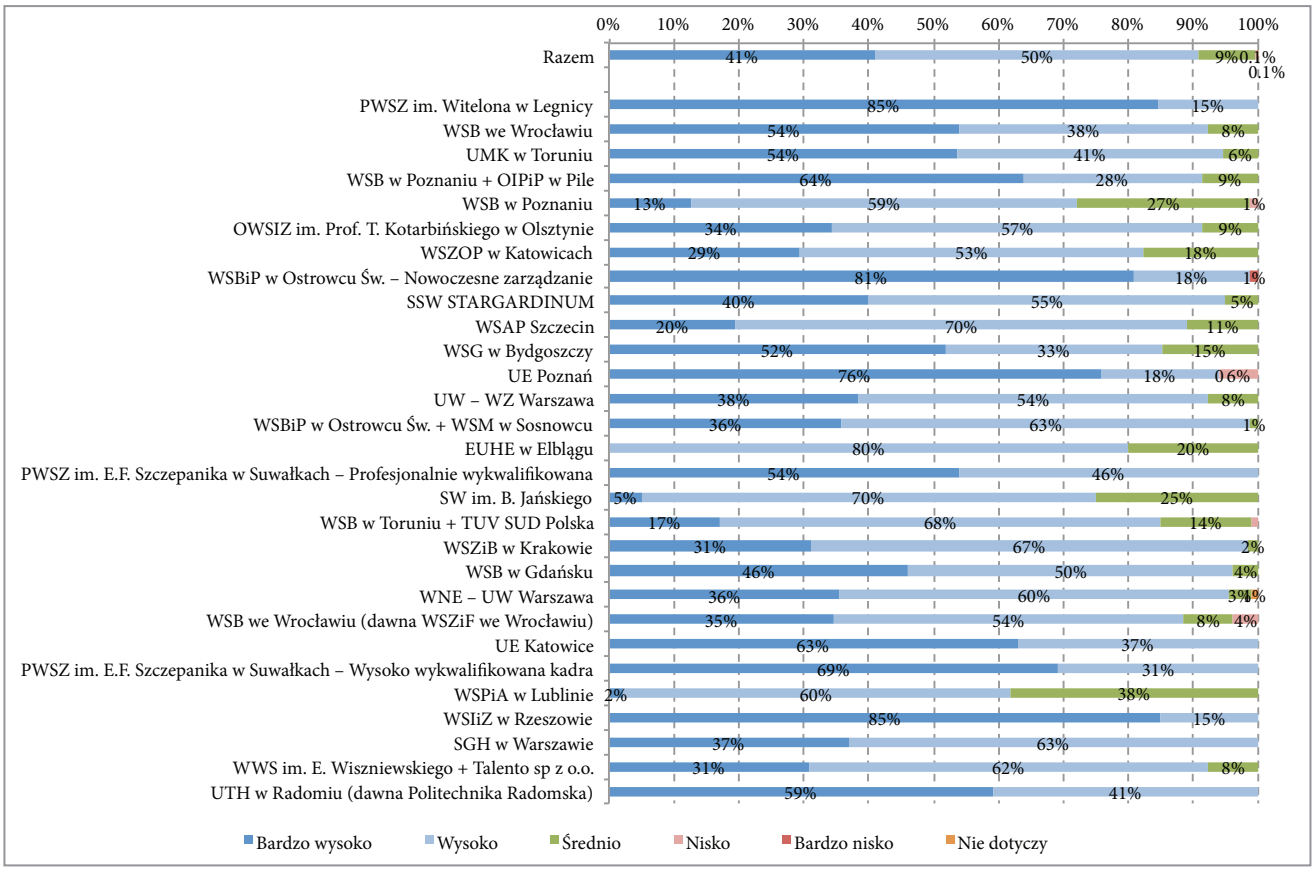


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę zakres tematyczny „Zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym", najlepiej został on oceniony przez respondentów studiujących w PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (odpowiednio po 85% odpowiedzi „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra" (69% odpowiedzi „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), czy UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (63% odpowiedzi „bardzo wysoko", 37% „wysoko"). Na uwagę zasługuje także ocena zakresu tematycznego „Zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym" w UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" gdzie aż 76% respondentów udzieliło odpowiedzi „bardzo wysoko" lub „wysoko" (18%). Na tym tle nieco gorzej wypada ocena zakresu tematycznego „Zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym" w WSB Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (13% odpowiedzi „bardzo wysoko", 59% „wysoko", 27% „średnio", 1% „nisko"), czy WSB we Wrocławiu (dawna

WSZiF we Wrocławiu) – „Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia" (35% „bardzo wysoko", 54% „wysoko", 8% „średnio", 4% „nisko").

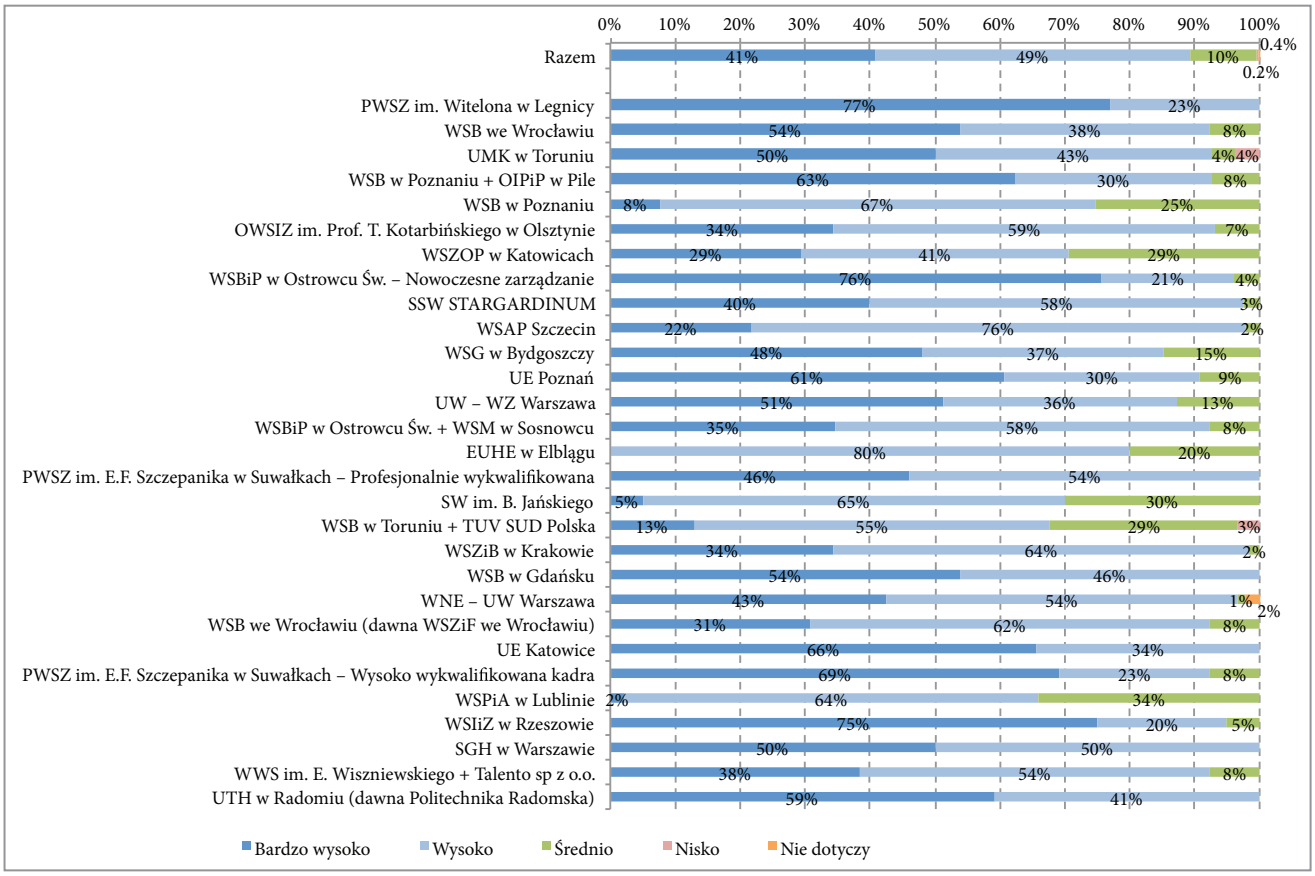
Rysunek 58. *Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę zakres tematyczny „Zarządzanie placówką w zakresie finansowym (rachunkowo-księgowym)", najlepiej został on oceniony przez respondentów studiujących w PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (77% „bardzo wysoko", 23% „wysoko"), czy UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (66% odpowiedzi „bardzo wysoko", 34% „wysoko"). Podobnie wysoką ocenę otrzymały WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (76% odpowiedzi „bardzo wysoko", 21% „wysoko", 4% „średnio") oraz PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra" (69% odpowiedzi „bardzo wysoko", 23% „wysoko", 8% „średnio". Na tym tle nieco gorzej wypada ocena „Zarządzanie placówką w zakresie finansowym (rachunkowo-księgowym)" między innymi w WSB w Toruniu + TUV SUD Polska –„Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (13% „bardzo wysoko", 55% „wysoko", 29% „średnio", WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (2% „bardzo wysoko", 64% „wysoko", 34% „średnio", 3% „nisko"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 65% „wysoko", 20% „średnio"), czy WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (8% „bardzo wysoko", 67% „wysoko", 25% „średnio").

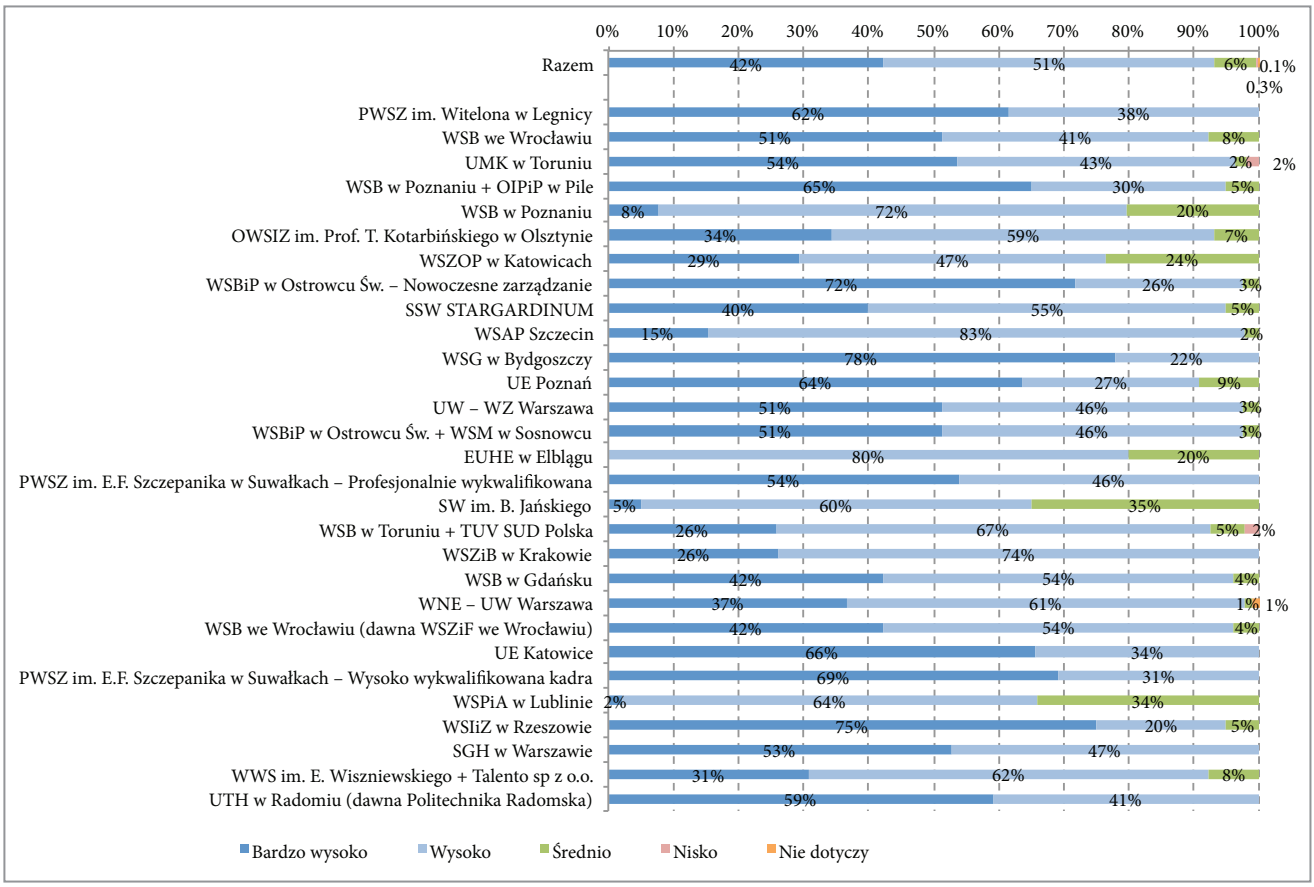
Rysunek 59. *Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie placówką w zakresie finansowym (rachunkowo-księgowym), realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę zakres tematyczny „Obszar menedżerski", najlepiej został on oceniony przez respondentów studiujących w WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (78% „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (66% odpowiedzi „bardzo wysoko", 34% „wysoko") czy PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko"). Na tym tle nieco gorzej wypada ocena zakresu tematycznego „Zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym" w WSB Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (8% odpowiedzi „bardzo wysoko", 72% „wysoko", 20% „średnio"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 60% „wysoko", 35% „średnio"), WSB w Toruniu + TUV SUD Polska –„Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (26% odpowiedzi „bardzo wysoko", 67% „wysoko", 5% „średnio", 2% „nisko"), czy UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia (54% odpowiedzi „bardzo wysoko", 43% „wysoko", 2% „średnio", 2% „nisko") oraz WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (29% „bardzo wysoko", 47% „wysoko", 20% „średnio") i WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (2% „bardzo wysoko", 64% „wysoko", 34% „średnio").

Rysunek 60. *Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: obszar menadżerski, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*

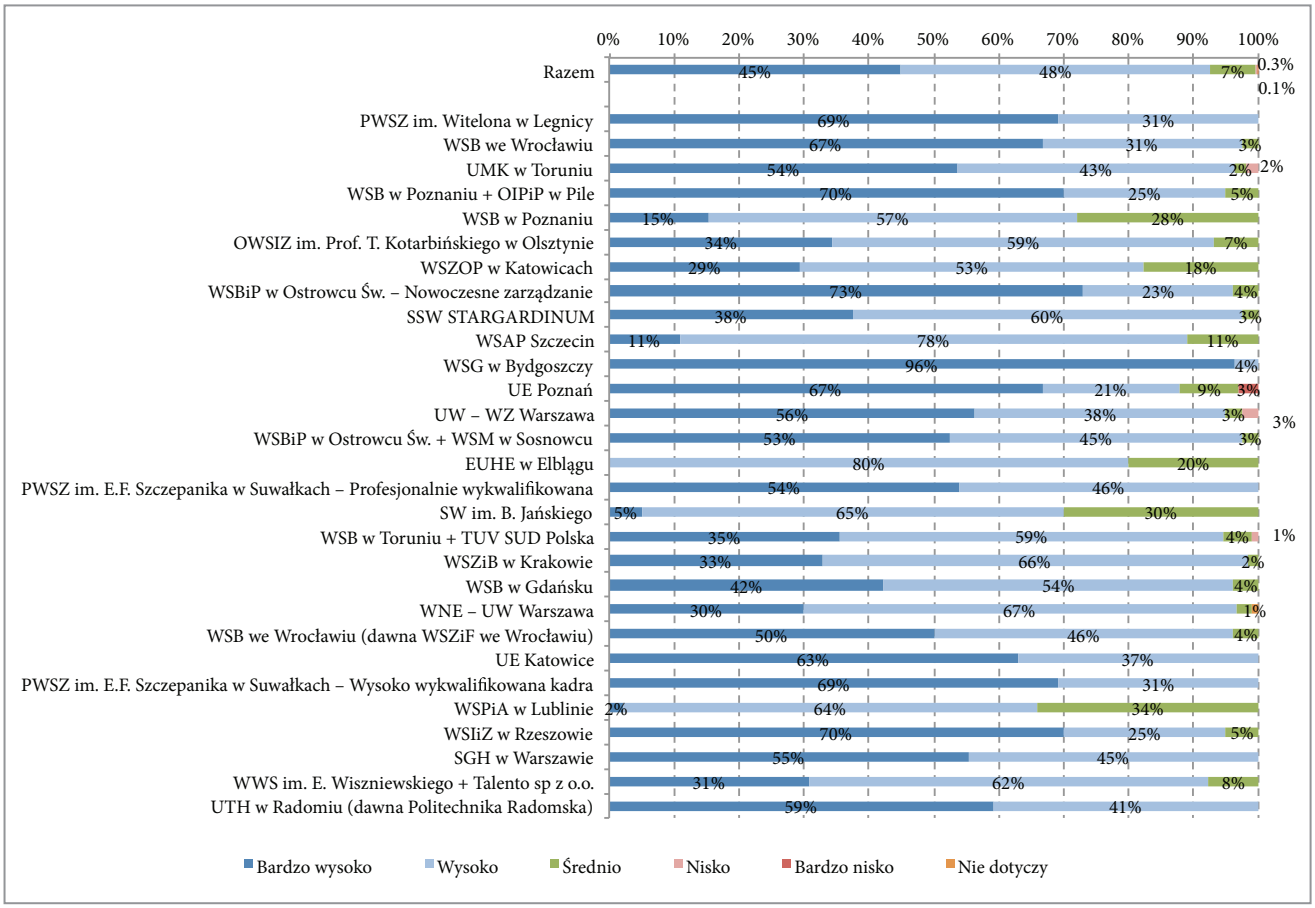


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę zakres tematyczny „Zarządzanie zasobami ludzkimi", najlepiej został on oceniony przez respondentów studiujących w WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (96% „bardzo wysoko", 4% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra" oraz PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (odpowiednio po 69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), czy UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (63% odpowiedzi „bardzo wysoko", 37% „wysoko"). Warto także zwrócić uwagę na wysokie oceny zakresu tematycznego „Zarządzanie zasobami ludzkimi" przez studiujących w WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (73% „bardzo wysoko", 23% „wysoko") oraz WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile – „Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej" i WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (odpowiednio po 70% „bardzo wysoko", 25% „wysoko").

Na tym tle nieco gorzej wypada ocena zakresu tematycznego „Zarządzanie zasobami ludzkimi" w WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (2% „bardzo wysoko", 64% „wysoko", 34% „średnio"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 65% „wysoko", 30% „średnio"), czy WSB Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (15% odpowiedzi „bardzo wysoko", 57% „wysoko", 28% „średnio").

Rysunek 61. *Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie zasobami ludzkimi, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



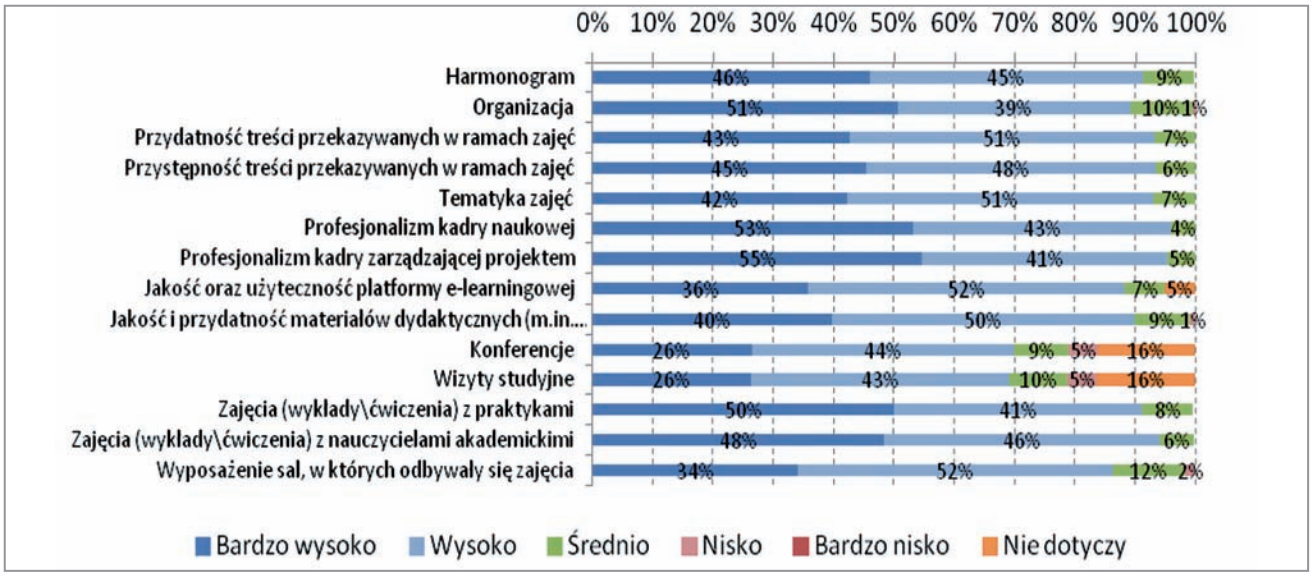
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 10 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wniosek: Analiza zakresów tematycznych realizowanych przez poszczególne uczelnie wskazuje na prawidłowy ich dobór. Respondenci w odniesieniu do każdego z wyróżnionych obszarów tematycznych nie wnosili żadnych zastrzeżeń oraz podkreślali ich przydatność w procesie pracy a szczególnie w podejmowanych działaniach na rzecz sanacji systemów zarządzania oraz działań podejmowanych w kierunku zmiany formy prawnej funkcjonowania placówki.

Pytanie 11. Proszę ocenić przygotowanie i realizację poszczególnych elementów studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a?

Pytanie 11 miało na celu ocenę przygotowania i realizacji poszczególnych elementów studiów podyplomowych. Do najwyżej ocenionych elementów należą profesjonalizm kadry zarządzającej projektem (bardzo wysoko 55%, wysoko 41%, średnio 5%), profesjonalizm kadry naukowej (bardzo wysoko 53%, wysoko 43%, średnio 4%). Doceniono także m.in. organizację (bardzo wysoko 51%, wysoko 45%, średnio 9%), zajęcia (wykłady/ćwiczenia) z praktykami (bardzo wysoko 50%, wysoko 41%, średnio 8%) i nauczycielami akademickimi (bardzo wysoko 48%, wysoko 46%, średnio 6%). Na tym tle stosunkowo najsłabiej wypadają wizyty studyjne (bardzo wysoko 26%, wysoko 43%, średnio 10%, raczej nisko 5%) oraz konferencje (bardzo wysoko 26%, wysoko 44%, średnio 9%, raczej nisko 5%), które z natury rzeczy są elementem niezwykle wzbogacających program, ale były realizowane nie we wszystkich uczelniach realizujących poddziałanie 2.3.4.

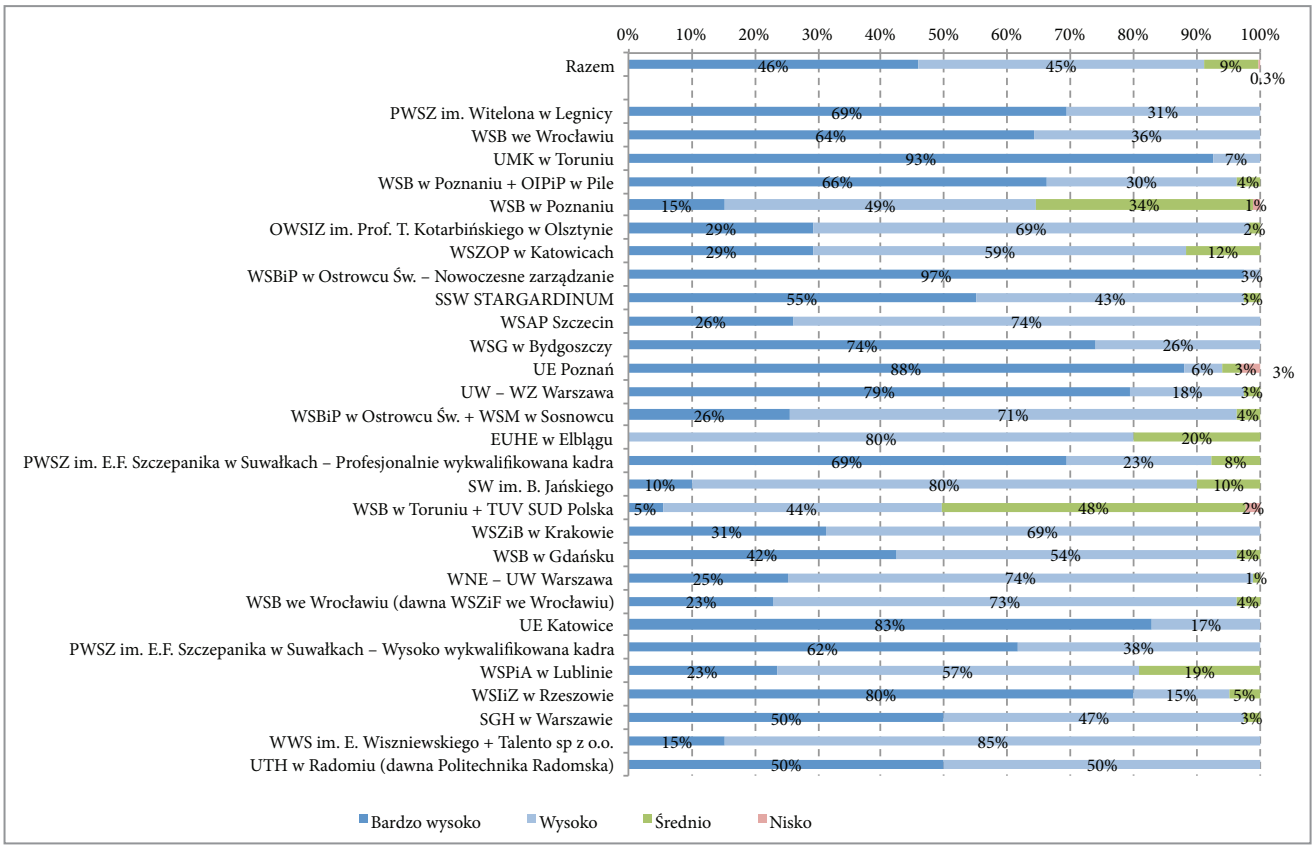
Rysunek 62. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując przygotowanie i realizację harmonogramu studiów podyplomowych respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (97% „bardzo wysoko", 3% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (93% „bardzo wysoko", 7% „wysoko"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (83% „bardzo wysoko", 17% „wysoko") oraz WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj – Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (80% „bardzo wysoko", 15% „wysoko" i 5% „średnio"). Wysoko ocenili także respondenci projekt realizowany przez UE w Poznaniu – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (88% „bardzo wysoko", 6% „wysoko", 3% „średnio", 3% „nisko"). Gorzej ankietowani ocenili przygotowanie i realizację harmonogramu studiów podyplomowych realizowanych przez WSB w Toruniu WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (5% „bardzo wysoko", 44% „wysoko", 48% „średnio", 2% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (15% „bardzo wysoko", 49% „wysoko", 34% „średnio", 1% „nisko"), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% „wysoko" i 20% „średnio") oraz WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (23% „bardzo wysoko", 57% „wysoko" i 19% „średnio").

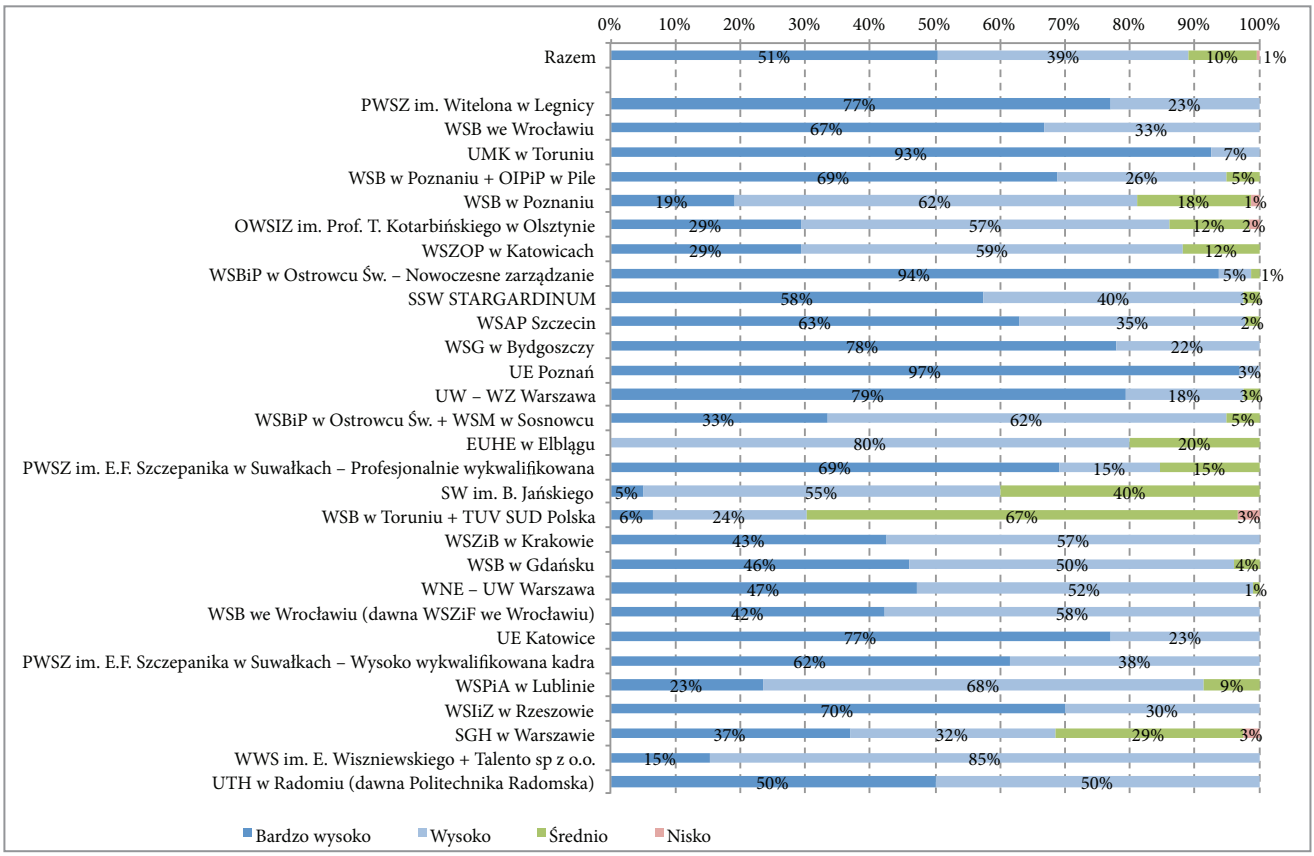
Rysunek 63. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: harmonogram – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Respondenci najwyżej ocenili organizację studiów podyplomowych realizowanych przez UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (97% „bardzo wysoko", 3% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (93% „bardzo wysoko", 7% „wysoko"), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (94% „bardzo wysoko", 5% „wysoko", 1% „średnio"), a także WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (78% „bardzo wysoko", 22% „wysoko"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (77% „bardzo wysoko", 23% „wysoko") oraz PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (77% „bardzo wysoko", 23% „wysoko"). "). Gorzej ankietowani ocenili organizacje studiów podyplomowych realizowanych przez WSB w Toruniu WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (6% „bardzo wysoko", 24% „wysoko", 67% „średnio", 3% „nisko"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 55% „wysoko", 40% „średnio"), SGH w Warszawie – „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego" (37% „bardzo wysoko", 32% „wysoko", 29% „średnio", 3% „nisko") oraz EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% „wysoko" i 20% „średnio") i WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (19% „bardzo wysoko", 62% „wysoko", 18% „średnio", 1% „nisko").

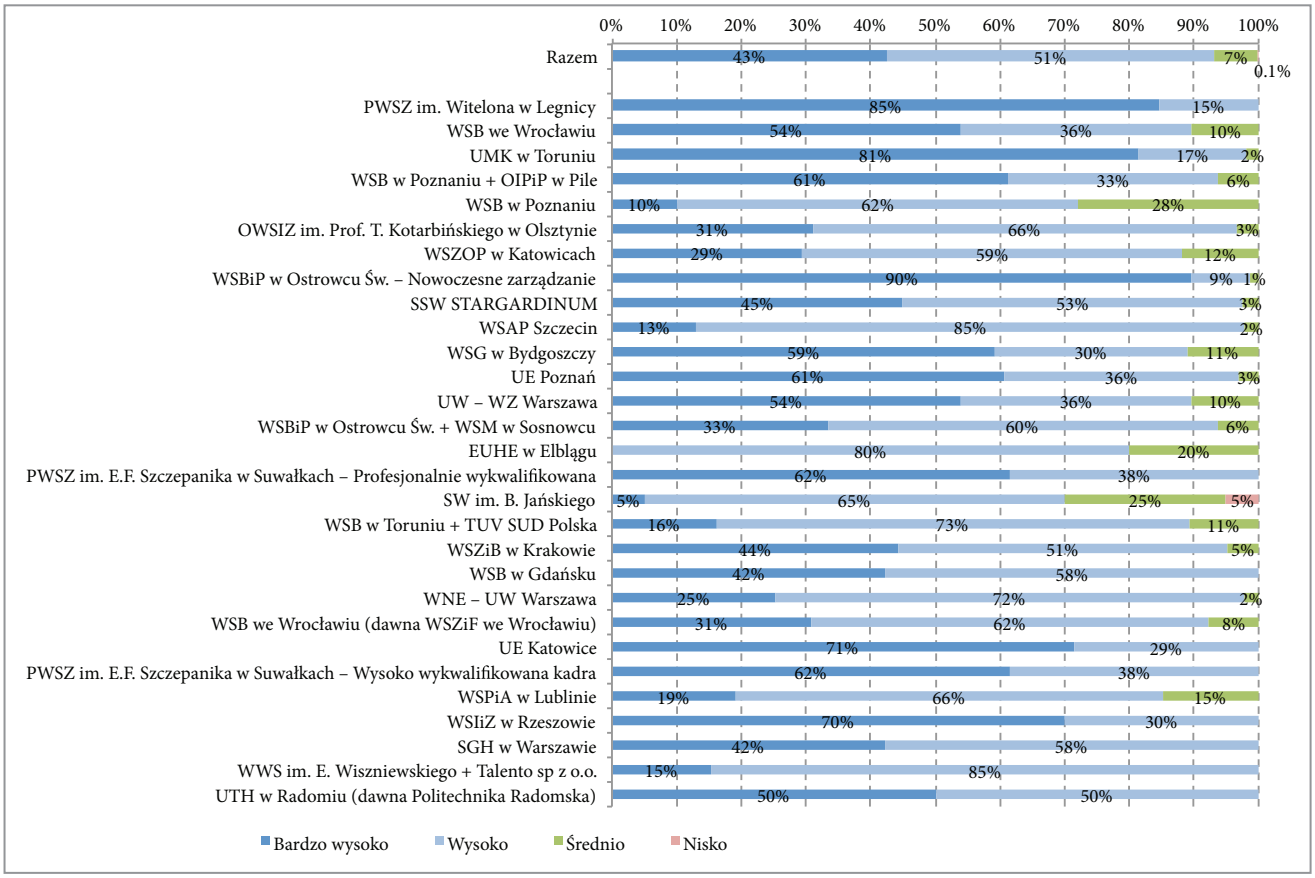
Rysunek 64. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: organizacja – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (90% „bardzo wysoko", 9% „wysoko", 1% „średnio"), PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (81% „bardzo wysoko", 17% „wysoko", 2% „średnio"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (71% „bardzo wysoko", 29% „wysoko") oraz WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj – Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (70% „bardzo wysoko", 30% „wysoko"). Zdecydowanie gorzej w ocenie przydatności treści przekazywanych w ramach zajęć respondenci ocenili projekty realizowane przez SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 65% „wysoko", 25% „średnio", 5% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (10% „bardzo wysoko", 62% „wysoko", 28% „średnio"), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% „wysoko" i 20% „średnio") oraz WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (19% „bardzo wysoko", 65% „wysoko" i 15% „średnio").

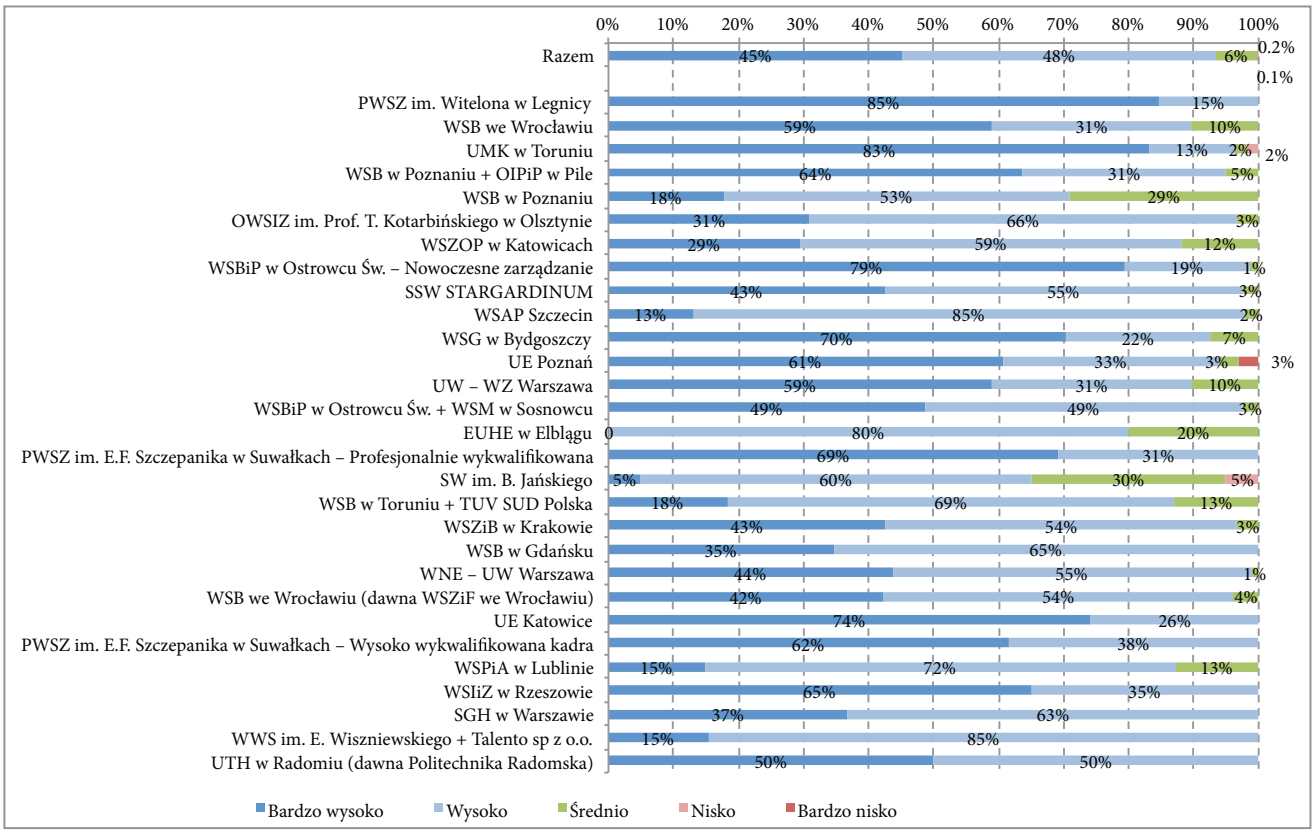
Rysunek 65. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując przystępność treści przekazywanych w ramach zajęć można zauważyć, że tak jak w przypadku oceny przydatności treści, że respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (83% „bardzo wysoko", 13% „wysoko", 2% „średnio", 2% nisko), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (79% „bardzo wysoko", 19% „wysoko", 1% „średnio"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (74% „bardzo wysoko", 26% „wysoko"), a także PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko") i WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj – Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" (65% „bardzo wysoko", 35% „wysoko"). Nieco gorzej w ocenie przystępności treści przekazywanych w ramach zajęć respondenci ocenili projekty realizowane przez SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 60% „wysoko", 30% „średnio", 5% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (18% „bardzo wysoko", 53% „wysoko", 29% „średnio"), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% „wysoko" i 20% „średnio") oraz WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (18% „bardzo wysoko", 69% „wysoko", 13% „średnio") i WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (15% „bardzo wysoko", 72% „wysoko" i 13% „średnio"). Ta ocena również niewiele różni się od oceny przystępności przekazywanych treści.

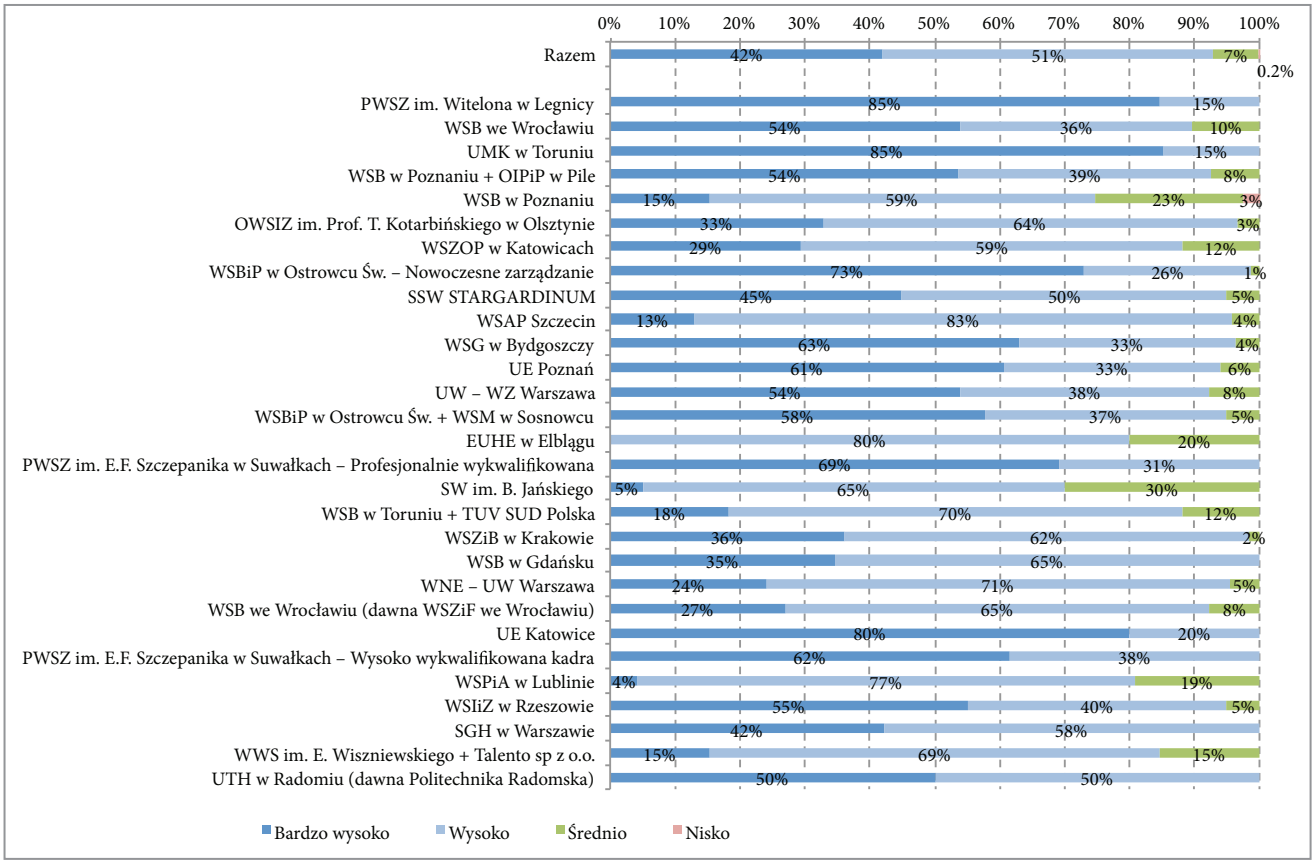
Rysunek 66. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: przystępność treści przekazywanych w ramach zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę tematykę prowadzonych w ramach studiów podyplomowych zajęć respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (80% „bardzo wysoko", 20% „wysoko"), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (73% „bardzo wysoko", 26% „wysoko", 1% „średnio"), a także PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko") i PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia" (62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko"). Po drugiej stronie bieguna respondenci wskazywali na projekty realizowane przez WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (15% „bardzo wysoko", 59% „wysoko", 23% „średnio", 3% nisko), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 65% „wysoko", 30% „średnio"), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (80% „wysoko" i 20% „średnio"), WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi" (4% „bardzo wysoko", 77% „wysoko" i 19% „średnio").

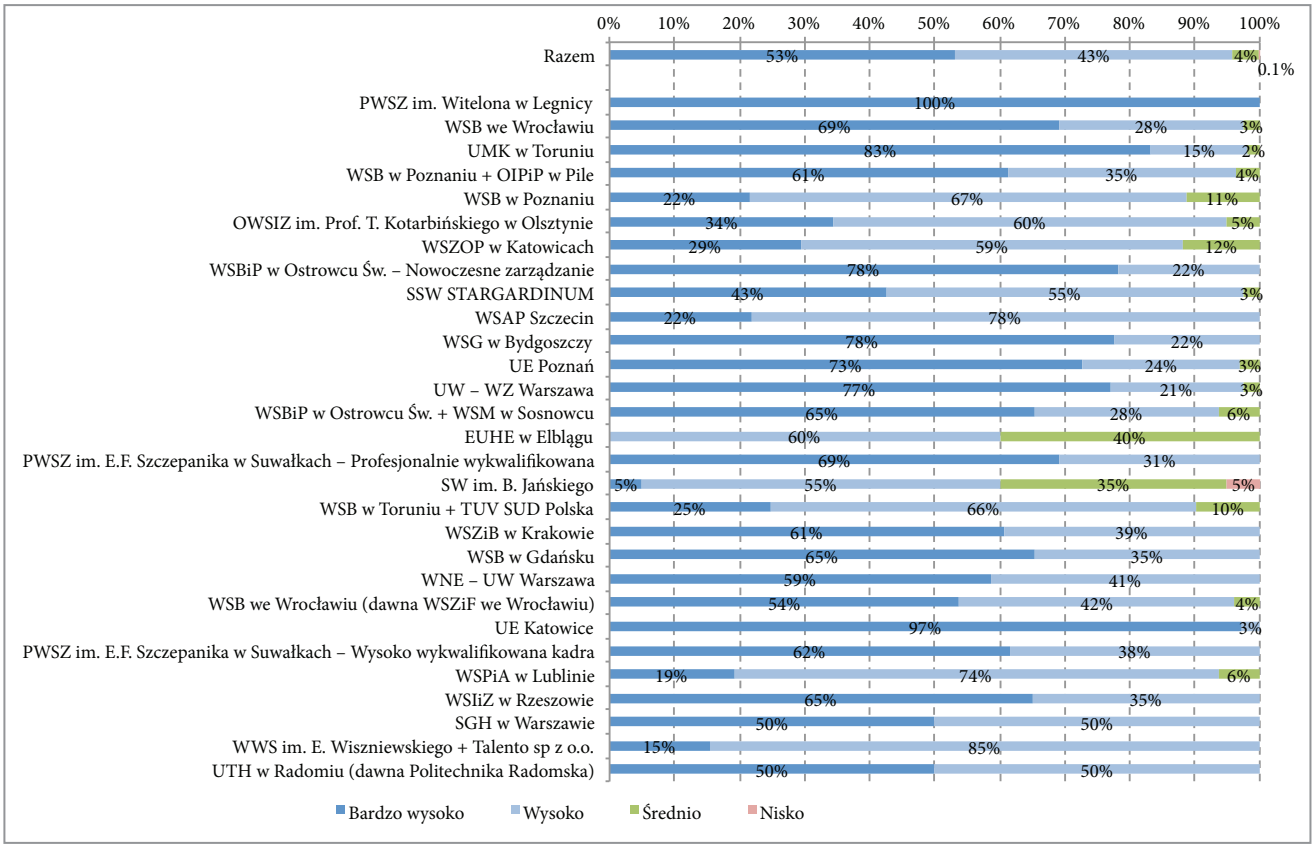
Rysunek 67. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: tematyka zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Oceniając profesjonalizm kadry naukowej respondenci i tutaj wskazali na pierwszym miejscu projekt realizowany przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (100% ocenilo „bardzo wysoko"). Wysoko profesjonalizm kadry ocenili także studenci studiów podyplomowych realizowanych przez UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (97% „bardzo wysoko", 3% „wysoko"). Nieco słabiej w opinii studentów wypadły projekty UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (83% „bardzo wysoko", 15% „wysoko", 2% „średnio"), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (78% „bardzo wysoko", 22% „wysoko"), a także WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (78% „bardzo wysoko", 22% „wysoko"). Najsłabiej w ocenie profesjonalizmu kadry naukowej uplasowały się projekty realizowane przez SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 55% „wysoko", 35% „średnio", 5% nisko), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko" i 40% „średnio"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (22% „bardzo wysoko", 67% „wysoko", 11% „średnio") i WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia"(29% „bardzo wysoko", 59% „wysoko" i 12% „średnio").

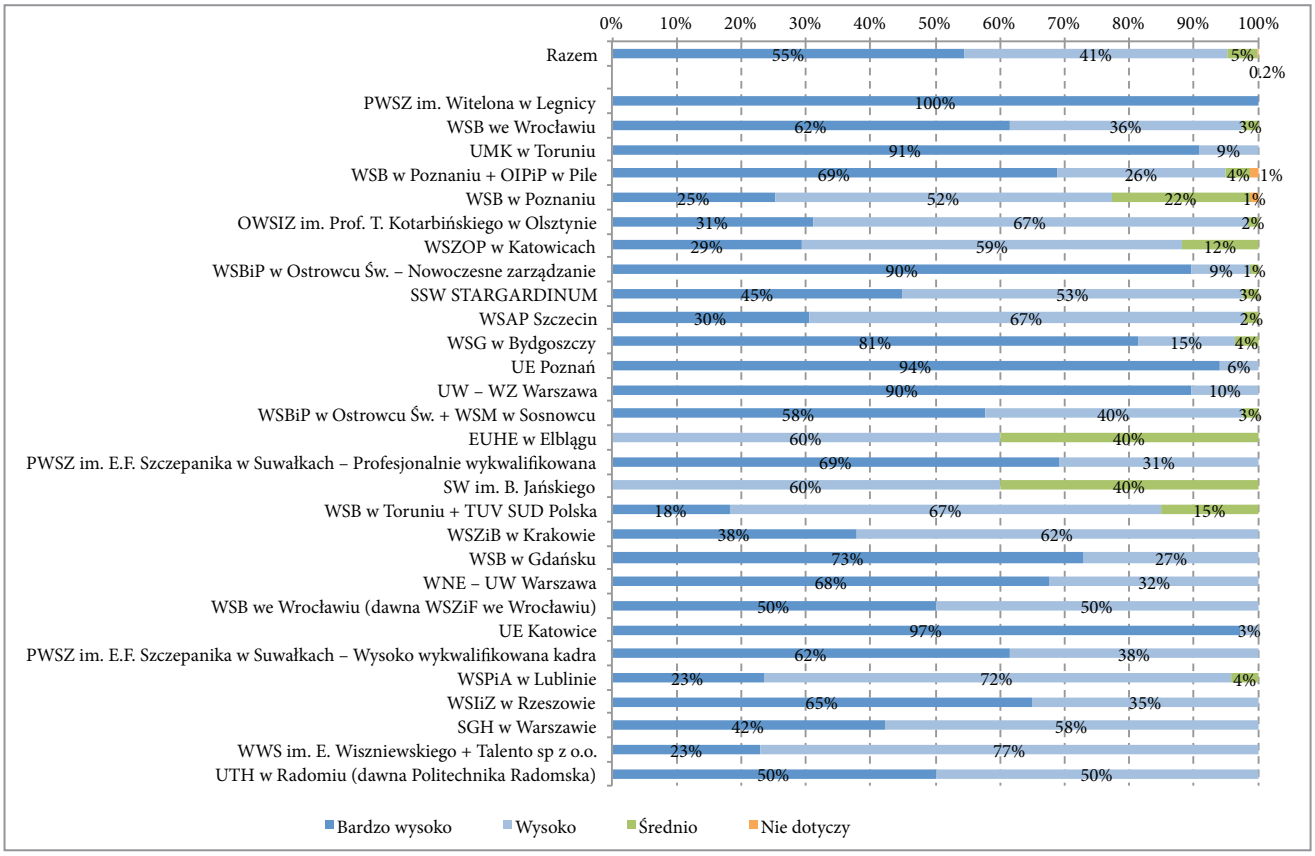
Rysunek 68. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: profesjonalizm kadry naukowej – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Oceniając profesjonalizm kadry zarządzającej projektem respondenci i tutaj wskazali na pierwszym miejscu projekt realizowany przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (100% oceniło „bardzo wysoko"). Na drugim miejscu, tak jak w przypadku oceny profesjonalizmu kadry naukowej, studenci studiów podyplomowych wskazywali na studia realizowane przez UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (97% „bardzo wysoko", 3% „wysoko"). Nieco słabiej w opinii studentów wypadły projekty realizowane przez UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (94% „bardzo wysoko", 6% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (91% „bardzo wysoko", 9% „wysoko"), UW – WZ w Warszawie – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (90% „bardzo wysoko", 10% „wysoko) i WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (90% „bardzo wysoko", 9% „wysoko", 1% „średnio"). Najsłabiej w ocenie profesjonalizmu kadry zarządzającej projektem uplasowały się projekty realizowane przez SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (60% „wysoko" i 40% „średnio"),EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko" i 40% „średnio") oraz WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (25% „bardzo wysoko", 52% „wysoko", 22% „średnio", 1% „nisko").

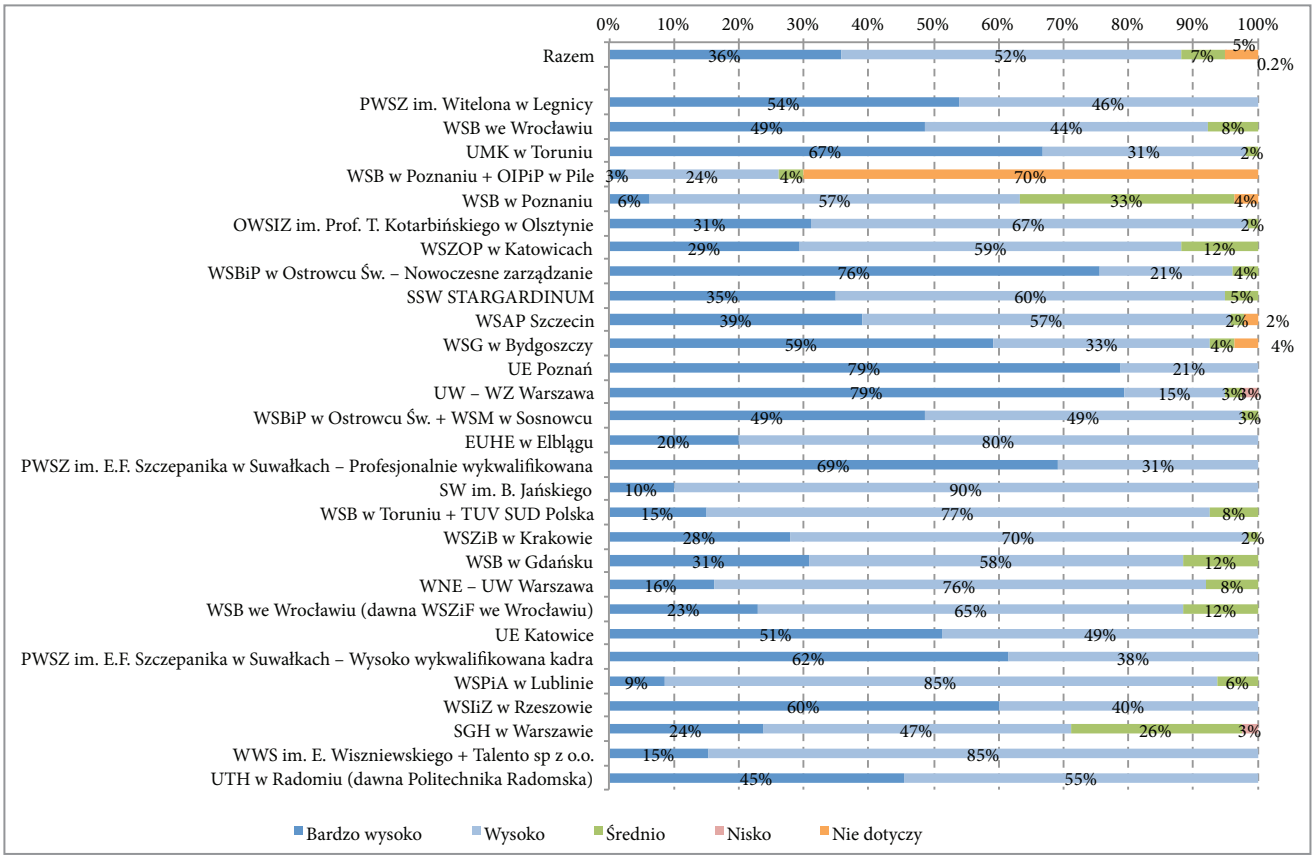
Rysunek 69. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: profesjonalizm kadry zarządzającej projektem – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Kolejnym elementem studiów podyplomowych poddanym ocenie respondentów była jakość oraz użyteczność platformy e-learningowej. Wysokimi bądź bardzo wysokimi ocenami cieszą się między innymi platformy e-learningowe przygotowane prze UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (79% „bardzo wysoko", 21% „wysoko), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko) oraz „Wysoko wykwalifikowana kadra" (62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko). Dobrą opinią cieszy się także UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (51% „bardzo wysoko", 49% „wysoko") oraz UTH w Radomiu (dawniej Politechnika Radomska) (45% „bardzo wysoko", 55% „wysoko") oraz WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego" (15% „bardzo wysoko", 85% „wysoko"). Mimo nie wszystkich pozytywnych ocen, warto także zwrócić uwagę na wysokie oceny otrzymane przez WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (76% „bardzo wysoko", 21% „wysoko", 4% "średnio") oraz UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (79% „bardzo wysoko", 15% „wysoko", 3% "średnio", 3% nisko). Niedosięgnięcia w tej kwestii zauważają z kolei respondenci z SGH w Warszawie – „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego" (24% „bardzo wysoko", 47% „wysoko", 26% „średnio", 3% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (6% „bardzo wysoko", 57% „wysoko", 33% „średnio").

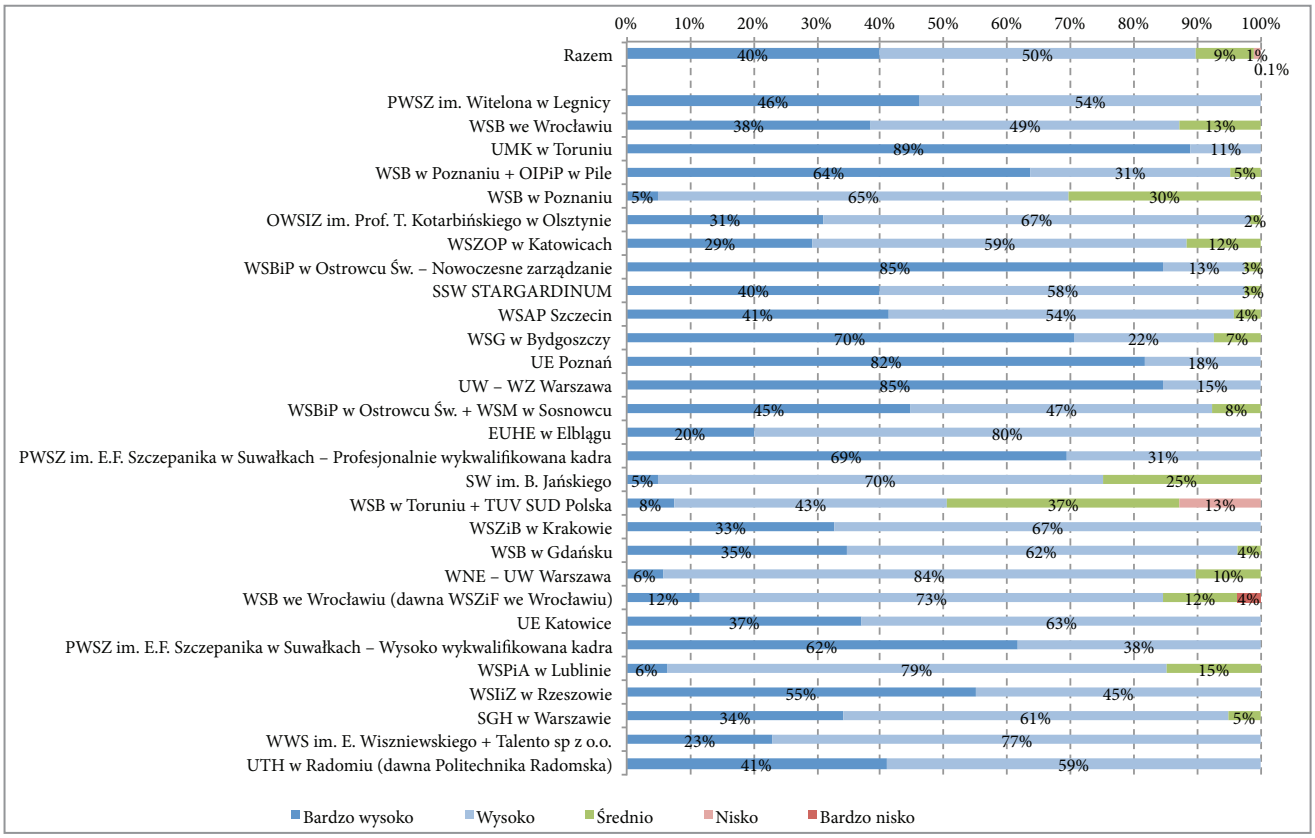
Rysunek 70. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: jakość oraz użyteczność platformy e-learningowej – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Większość respondentów bardzo wysoko lub wysoko ocenia jakość i przydatność przygotowanych materiałów dydaktycznych. Najwyższymi ocenami cieszą się przykładowo UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (89% „bardzo wysoko", 11% „wysoko"), UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (82% „bardzo wysoko", 18% „wysoko"). Pozytywnie wypowiadają się także studenci PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi", EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia", PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra", UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi", PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra", WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia", WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o w Warszawie – „Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego", oraz UTH w Radomiu (dawniej Politechnika Radomska). Pewne niedociągnięcia w tym zakresie dostrzegają z kolei studenci między innymi WSB w Toruniu WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (8% „bardzo wysoko", 43% „wysoko", 37% „średnio", 13% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (5% „bardzo wysoko", 65% „wysoko", 30% „średnio"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 70% „wysoko", 25% „średnio").

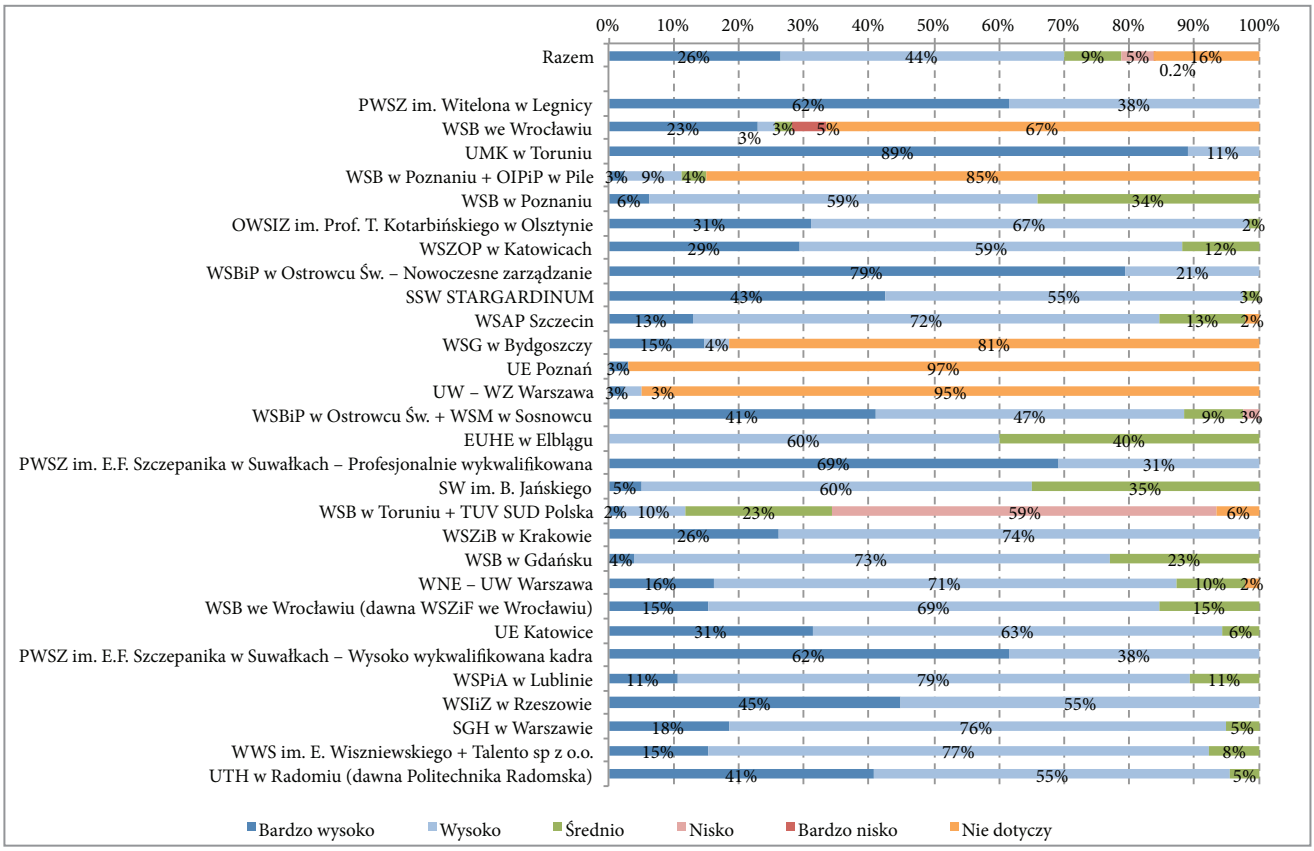
Rysunek 71. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: jakość i przydatność przygotowanych materiałów dydaktycznych – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę kwestię konferencji, respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (89% „bardzo wysoko", 11% „wysoko"), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (79% „bardzo wysoko", 21% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko") oraz PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" i PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra"(odpowiednio po 62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko"). Z kolei mnie entuzjastycznie wypowiadają się w tej kwestii respondenci studiujący miedzy innymi w WSB w Toruniu WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (2% „bardzo wysoko", 10% „wysoko", 23% „średnio", 59% „nisko"), WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (6% „bardzo wysoko", 59% „wysoko", 34% „średnio"), czy EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko" i 40% „średnio")

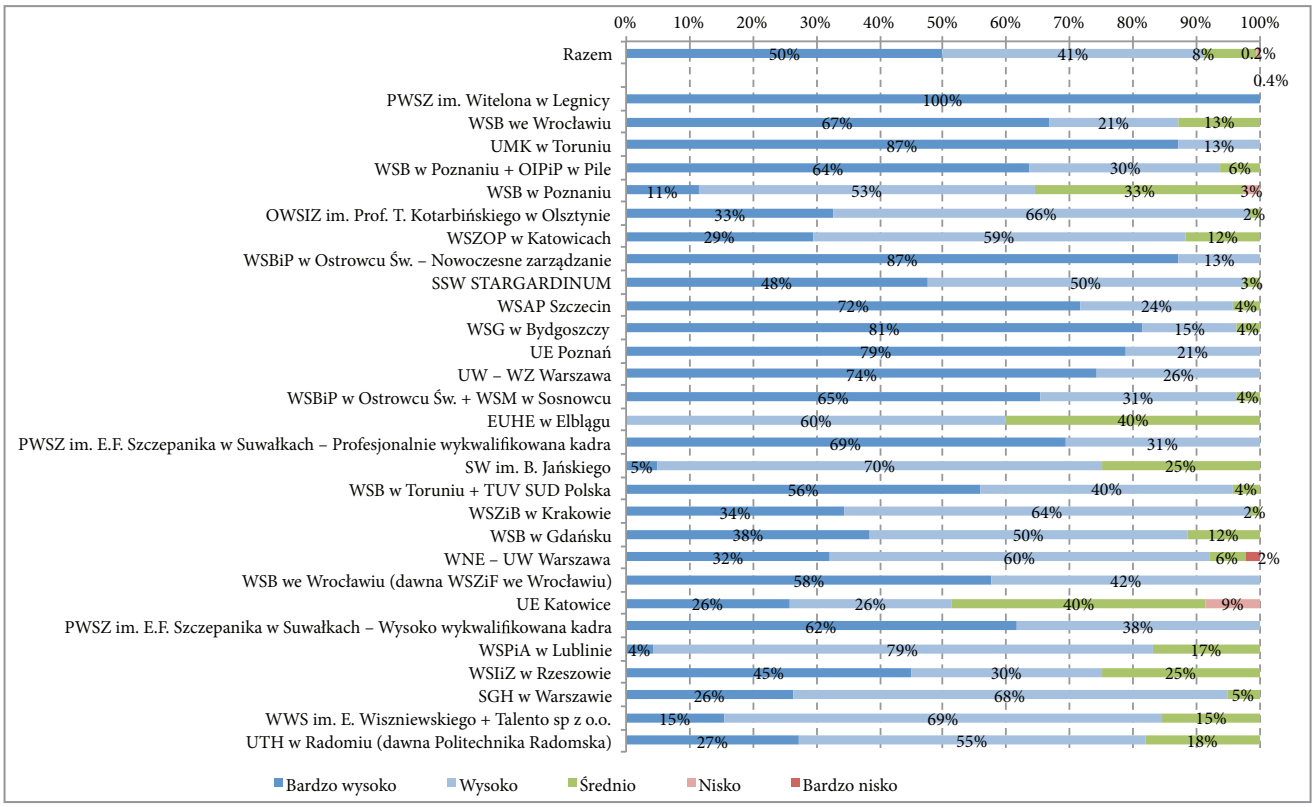
Rysunek 72. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: konferencje – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując kwestię zajęć z praktykami, respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (100% „bardzo wysoko"), WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (87% „bardzo wysoko", 13% „wysoko), UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (79% „bardzo wysoko", 21% „wysoko), UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych" (74% „bardzo wysoko", 26% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko"). Z kolei gorzej ankietowani ocenili zajęcia z praktykami realizowane przez EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko" i 40% „średnio"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (26% „bardzo wysoko", 26% „wysoko", 40% „średnio", 9% „nisko"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (5% „bardzo wysoko", 70% „wysoko", 25% „średnio") oraz WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (11% „bardzo wysoko", 53% „wysoko", 33% „średnio", 3% „nisko").

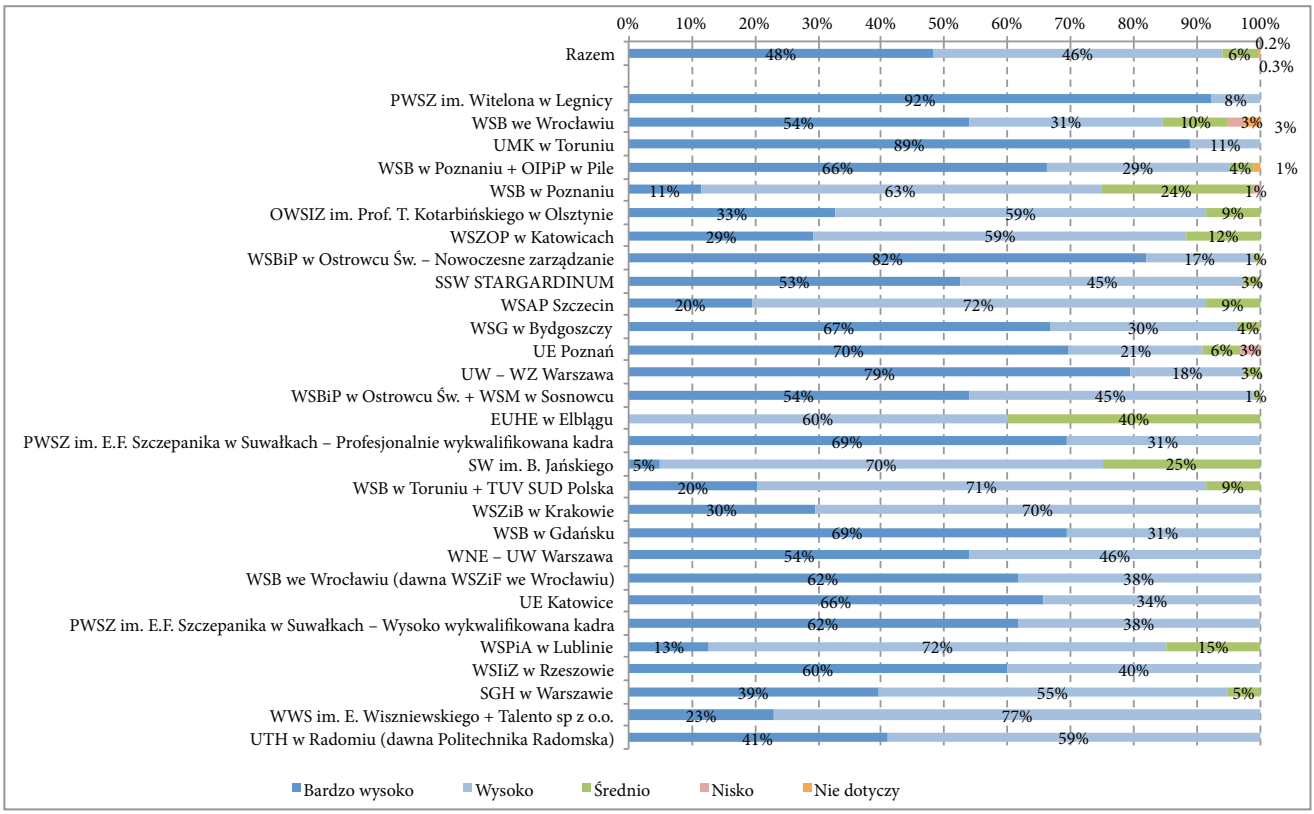
Rysunek 73. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: zajęcia z praktykami – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Respondenci najwyżej ocenili zajęcia z nauczycielami akademickimi realizowane przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" (92% „bardzo wysoko", 8% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (89% „bardzo wysoko", 11% „wysoko"), PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (69% „bardzo wysoko", 31% „wysoko"), UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" (66% „bardzo wysoko", 34% „wysoko") oraz PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" i WSB we Wrocławiu (dawna WSZiF we Wrocławiu) – „Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia" (odpowiednio po 62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko"). Dobrą opinią cieszy się także UTH w Radomiu (dawniej Politechnika Radomska) (41% „bardzo wysoko", 59% „wysoko"). Gorzej ankietowani ocenili zajęcia z nauczycielami akademickimi realizowane przez EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko", 40% „średnio"), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce (5% „bardzo wysoko", 70% „wysoko", 25% „średnio"), czy WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (11% „bardzo wysoko", 63% „wysoko", 24% „średnio", 1% „nisko") oraz WSB we Wrocławiu – „Kierownicy w podmiotach leczniczych menadżerami XXI wieku" (54% „bardzo wysoko", 31% „wysoko", 10% „średnio", 3% „nisko", 3% „bardzo nisko").

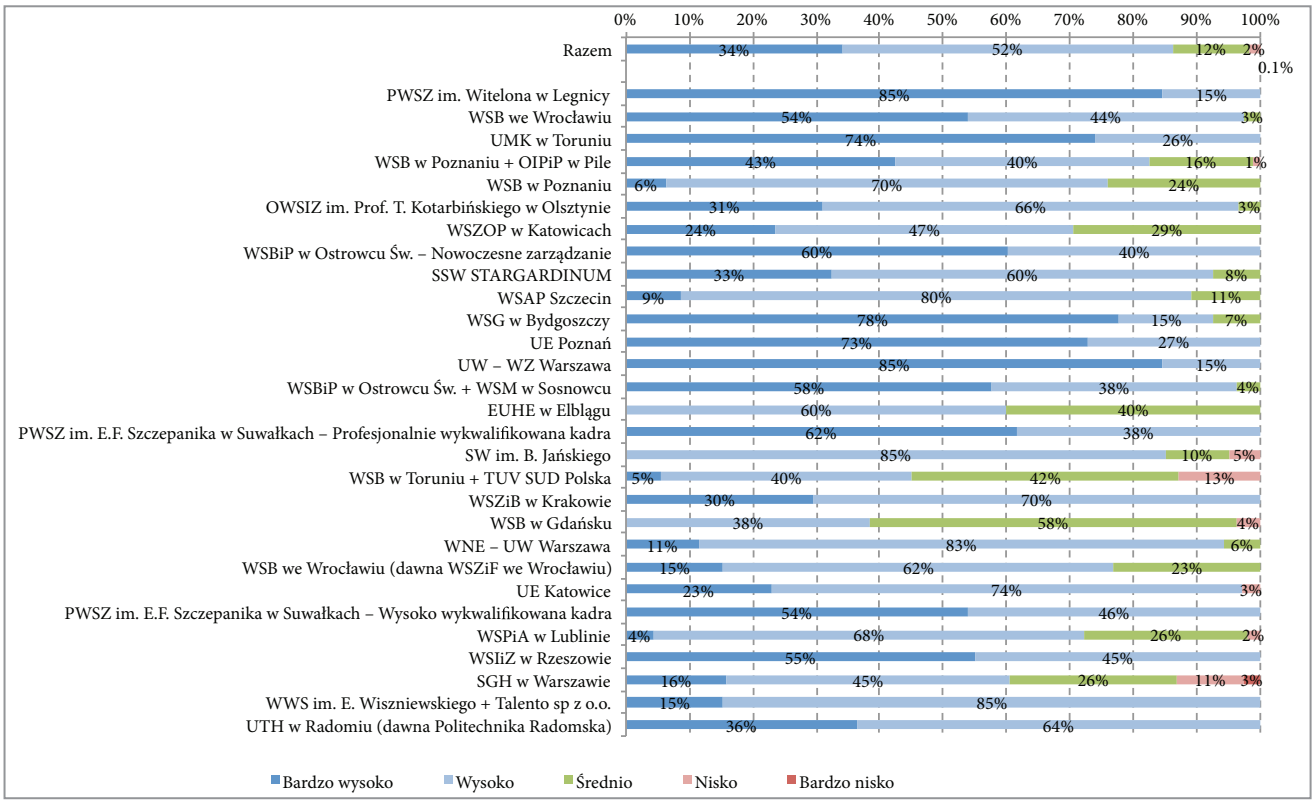
Rysunek 74. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: zajęcia z nauczycielami akademickimi – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując wyposażenie sal respondenci najwyżej ocenili projekty realizowane przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi" oraz UW – WZ Warszawa – „Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych"(odpowiednio 85% „bardzo wysoko", 15% „wysoko"), UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia" (74% „bardzo wysoko", 26% „wysoko") czy UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (73% „bardzo wysoko", 27% „wysoko"). Wysokimi ocenami cieszą się także projekty realizowane przez PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra" (62% „bardzo wysoko", 38% „wysoko") oraz WSBiP w Ostrowcu Św. – „Nowoczesne zarządzanie" (60% „bardzo wysoko", 40% „wysoko"). Dobrą opinią cieszy się także UTH w Radomiu (dawniej Politechnika Radomska) (36% „bardzo wysoko", 64% „wysoko"). Gorzej ankietowani ocenili wyposażenie sal studiów podyplomowych realizowanych przez WSB w Gdańsku – „Zarządzanie podmiotami leczniczymi" (38% „wysoko", 58% „średnio", 4% „nisko"), WSB w Toruniu WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menedżer w służbie zdrowia" (5% „bardzo wysoko", 40% „wysoko", 42% „średnio", 13% „nisko"), EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" (60% „wysoko", 40% „średnio").

Rysunek 75. *Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: wyposażenie sal – wyniki w podziale na nazwę projektu*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 11 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 12. Jak w Pana/i opinii powinien wyglądać modelowy program studiów, realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia"? Jakie elementy powinien zawierać tego rodzaju program?

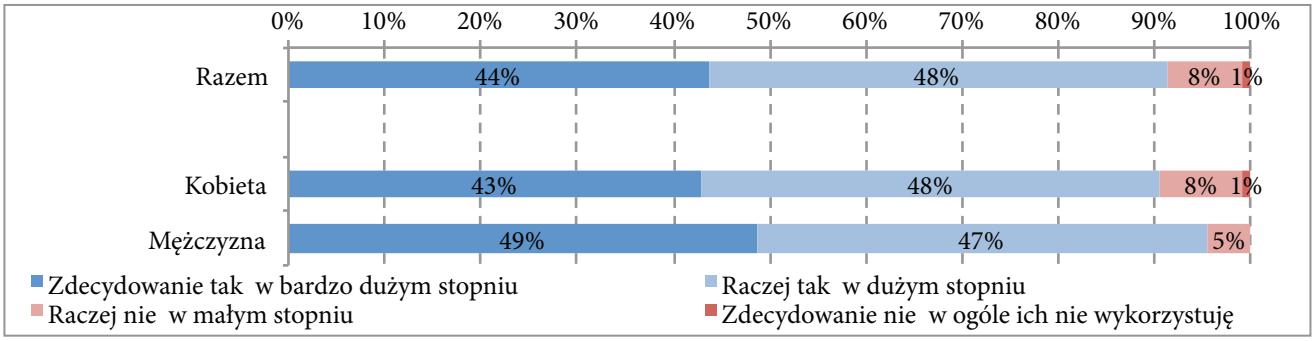
Respondentom zadano także pytanie, jak według nich powinien wyglądać modelowy program studiów dla kadry zarządzającej pomiotami leczniczymi, jakie elementy powinien zawierać tego rodzaju program. Zdecydowana większość respondentów udzielając otwartych odpowiedzi podkreślała, że programy, w których brali udział, byli bliskie ideału bądź modelowe. Niemniej jednak wśród najczęściej pojawiających się opinii wymienić można konieczność wprowadzenia: „*jak najwięcej zajęć praktycznych*", „*więcej ćwiczeń*", „*zdecydowanie więcej warsztatów, gdzie możemy się sprawdzić*". Wielu respondentów podkreślało konieczność „*zwiększenia nacisku na samodzielność prac*". Podczas takich zajęć można byłoby m.in. uczyć się wypełniania formularzy, tworzenia raportów, uzupełniania arkuszy ocen pracownika. Zwracano także uwagę na to, że „*brakowało wizyt studyjnych*", podczas których można byłoby czerpać z „*doświadczeń i kontaktów osób z branży*". W kwestii samej treści respondenci sugerują „*dużo więcej prawa, przepisów, nowych metod zarządzania*", a także „*wymiany doświadczeń jak negocjować kontrakty*", „*więcej przykładów z innych placówek*", „*jak najwięcej odniesień do rzeczywistości*". Słuchacze wskazywali także na niedosyt w kwestii zajęć praktycznych z zakresu ekonomii, regulacji prawnych, farmakoekonomiki, kontraktowania, przekształceń własnościowych, prywatyzowania, umiejętności menadżerskich oraz warsztatów z zakresu komunikacji interpersonalnej. Podkreślano także konieczność większego skupienia na rachunkowości zarządczej, psychologii i zarządzaniu kapitałem ludzkim oraz więcej ćwiczeń „*z zakresu komunikacji w sytuacjach spornych pomiędzy różnymi poziomami zarządzania*". W idealnym programie pojedynczy respondenci położyliby większy nacisk na zarządzanie ryzykiem, audyt i zajęcia z BHP. Modelowy program powinien być także realizowany w jak największym stopniu przez „*praktyków, a nie przez wykładowców akademickich*". W kwestiach organizacyjnych proponowano „*mniej zróżnicowany podział słuchaczy*" oraz „*podział studentów na grupy w zależności od posiadanej wiedzy i doświadczeń zawodowych*" ponieważ „*kadra dyrektorska i księgowość była w jednej grupie z kadrą ordynatorską*",

„rozłożenie studiów na więcej dni – np. piątek, sobota, niedziela", *„prowadzenie zajęć zgodnie z rokiem kalendarzowym, nie szkolnym"*. Proponowano także *„częściowy wkład finansowy uczestników jako element motywujący"*.

Pytanie 13. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych?

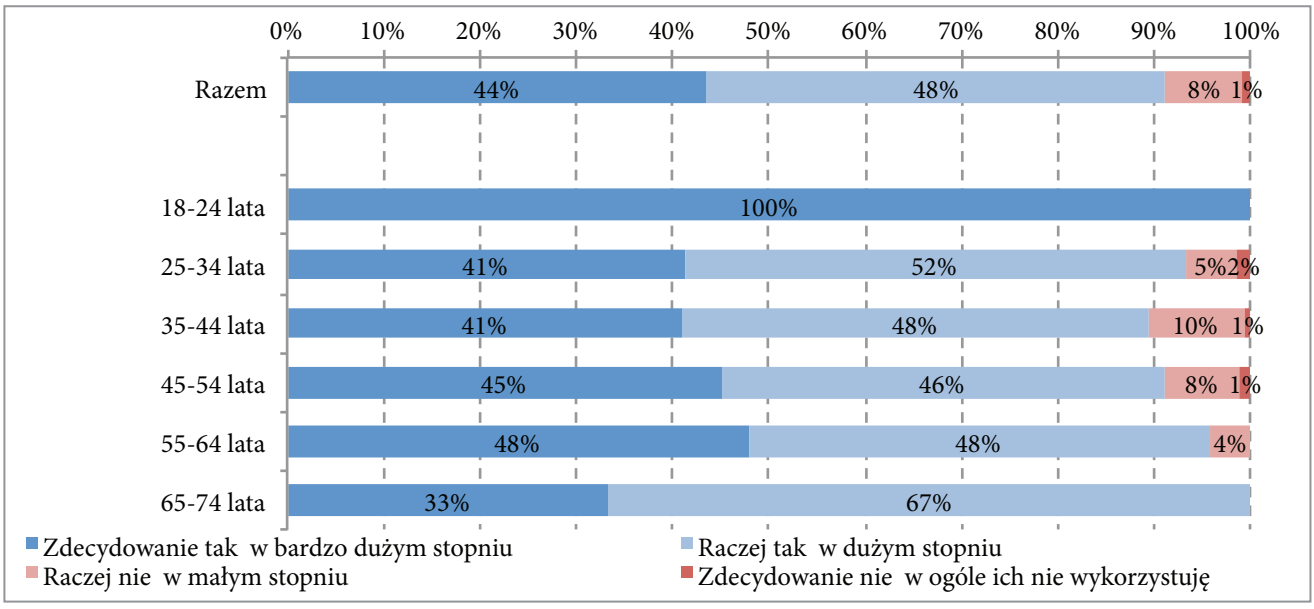
Pytanie 13 miało na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy w swojej pracy codziennej respondenci wykorzystują wiedzę i/lub umiejętności, które pozyskali w efekcie udziału w studiach podyplomowych. Uczestnicy w przeważającej większości uznali, że w bardzo dużym stopniu (44%) lub w dużym stopniu (48%) wykorzystują wiedzę i/lub umiejętności, które pozyskali w efekcie udziału w studiach podyplomowych. Zaledwie 8% deklaruje, że zdobytej wiedzy i umiejętności używa w małym stopniu, lub wcale (1%). Biorąc pod uwagę płeć respondentów, kobiety wykorzystują zdobytą wiedzę i/lub umiejętności w bardzo dużym stopniu (43%), w dużym stopniu (48%), w małym stopniu (8%) lub wcale (1%). Z kolei mężczyźni w bardzo dużym stopniu (49%), w dużym stopniu (47%), w małym stopniu (5%).

Rysunek 76. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



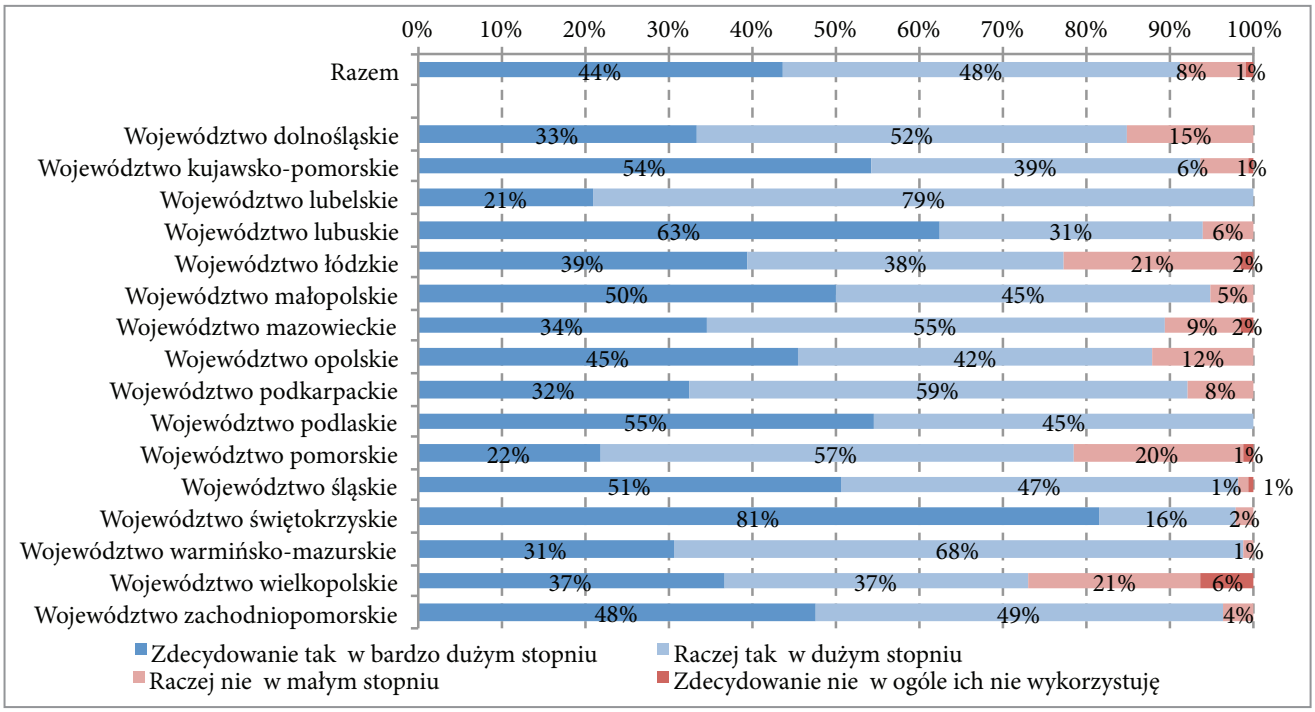
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 77. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



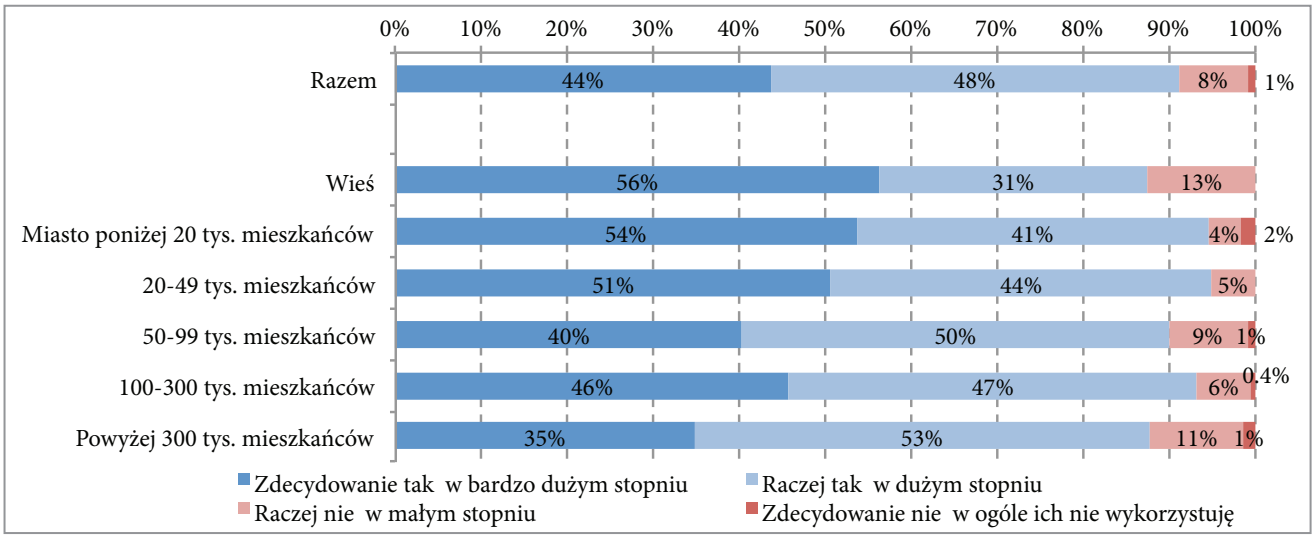
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 78. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 79. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

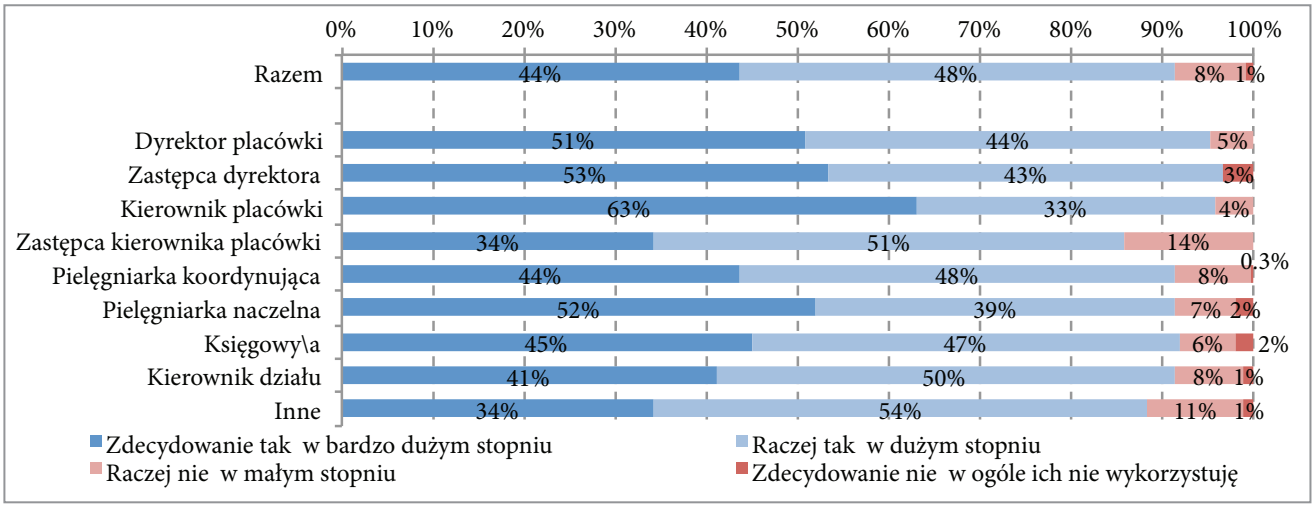
Fakt, iż w swojej pracy codziennej wykorzystują wiedzę i/lub umiejętności, zdobyte w efekcie udziału w studiach podyplomowych podkreśla 100% respondentów w wieku 18-24 lata. Ponadto ich wykorzystanie w bardzo dużym stopniu lub

w dużym stopniu deklaruje odpowiednio 41% i 52% respondentów w wieku 25-34 lata, 41% i 48% respondentów w wieku 35-44 lata, 45% i 46% respondentów w wieku 45-54 lata, 48% i 48% respondentów w wieku 55-64 lata, oraz 33% i 67% respondentów w wieku 65-74 lata.

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, w swojej codziennej pracy najrzadziej bądź wcale wykorzystują zdobyte umiejętności respondenci z m.in. placówek łódzkich (21% i 2%), pomorskich (20%, 1%) czy wielkopolskich (21%, 6%).

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej „w bardzo dużym stopniu" lub „dużym stopniu" udzieliło odpowiednio 56% i 31% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 54% i 41% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 51% i 44% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 40% i 50% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 46% i 47% w miastach 100-300 tys. mieszkańców oraz 35% i 53% respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

Rysunek 80. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*

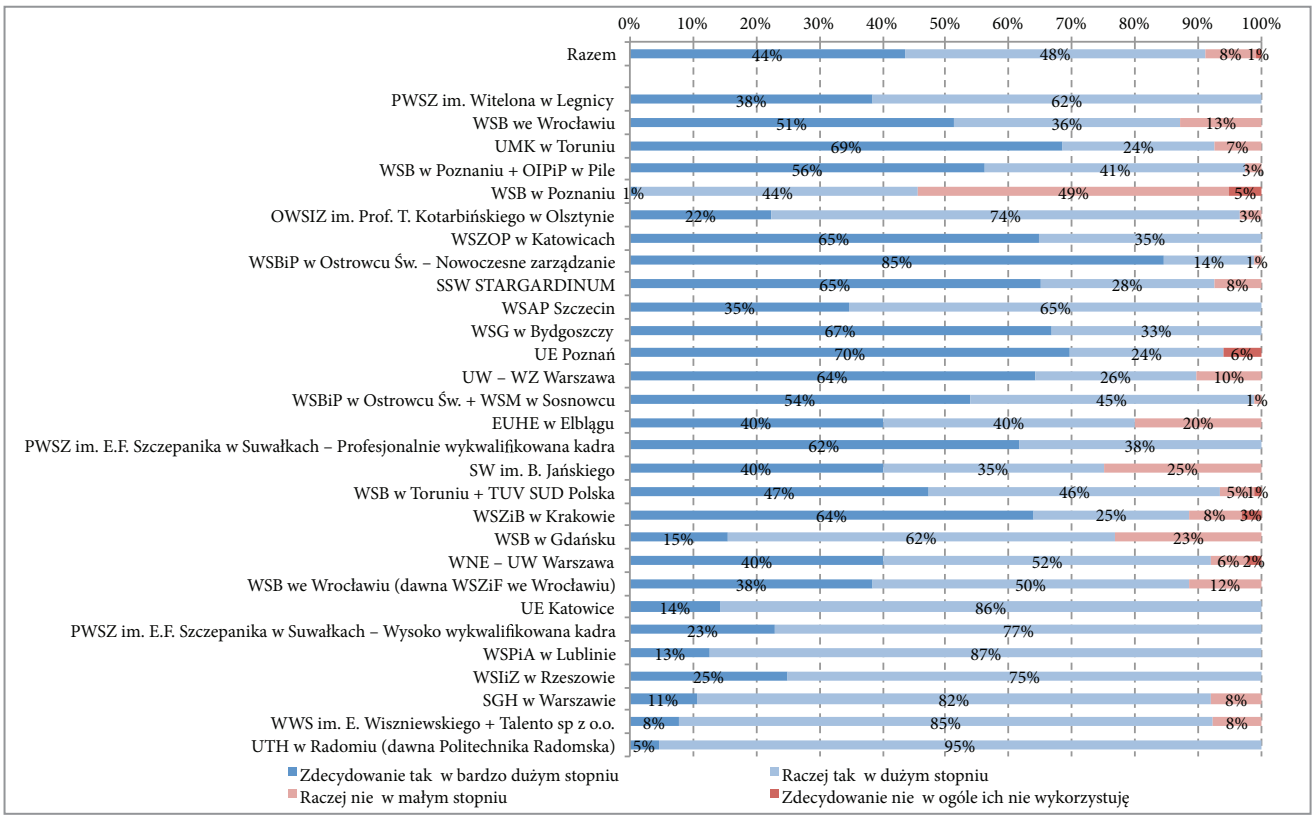


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Szczególnie dzieje się tak u respondentów pracujących na stanowisku kierownika placówki (w bardzo dużym stopniu 63%, w dużym stopniu 33%), zastępcy dyrektora (w bardzo dużym stopniu 53%, w dużym stopniu 43%), dyrektora placówki (w bardzo dużym stopniu 51%, w dużym stopniu 44%), czy pielęgniarki naczelnej (w bardzo dużym stopniu 52%, w dużym stopniu 40%). Co ciekawe, zastępcy kierownika placówki deklarują, że zdobytej wiedzy i umiejętności używają w bardzo dużym stopniu 34%, w dużym stopniu 51%.

Fakt, iż w swojej pracy codziennej wykorzystują wiedzę i/lub umiejętności, zdobyte w efekcie udziału w studiach podyplomowych podkreślają przede wszystkim studenci UE Poznań – „Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją" (70% w bardzo dużym stopniu, 24% w dużym stopniu), WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie" (67% w bardzo dużym stopniu, 33% w dużym stopniu), WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe" (65% w bardzo dużym stopniu, 35% w dużym stopniu), oraz WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim – „Nowoczesne Zarządzanie" (85% w bardzo dużym stopniu, 14% w dużym stopniu, 1% w małym stopniu). Pewnym wyjątkiem są tu respondenci studiujący w WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi" (49% w małym stopniu), SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce" (25% w małym stopniu), czy WSB w Gdańsku – „Zarządzanie podmiotami leczniczymi" (23% w małym stopniu).

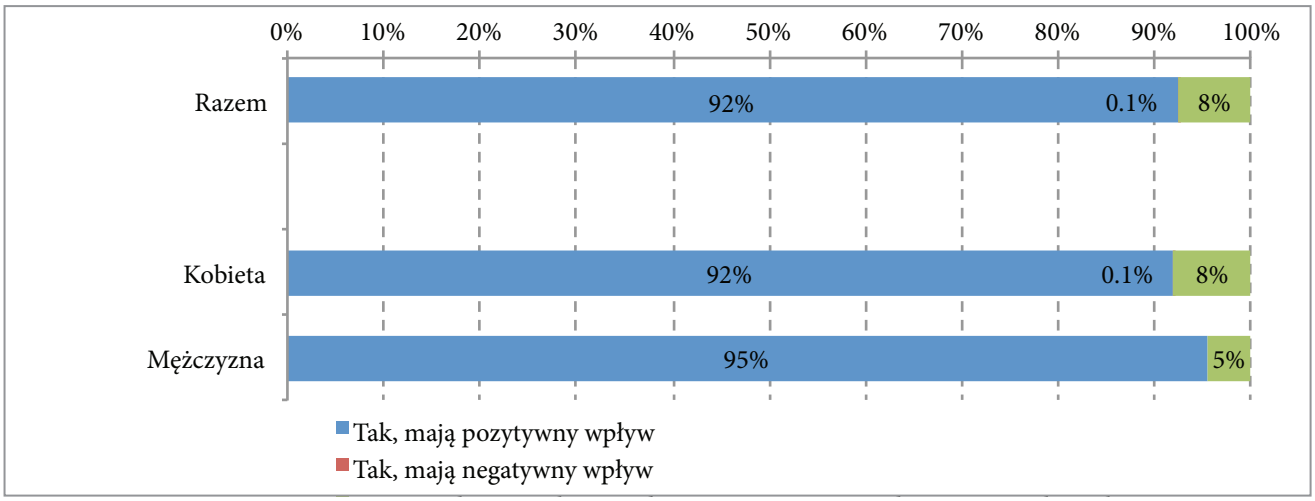
Rysunek 81. *Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 13 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 14. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką?

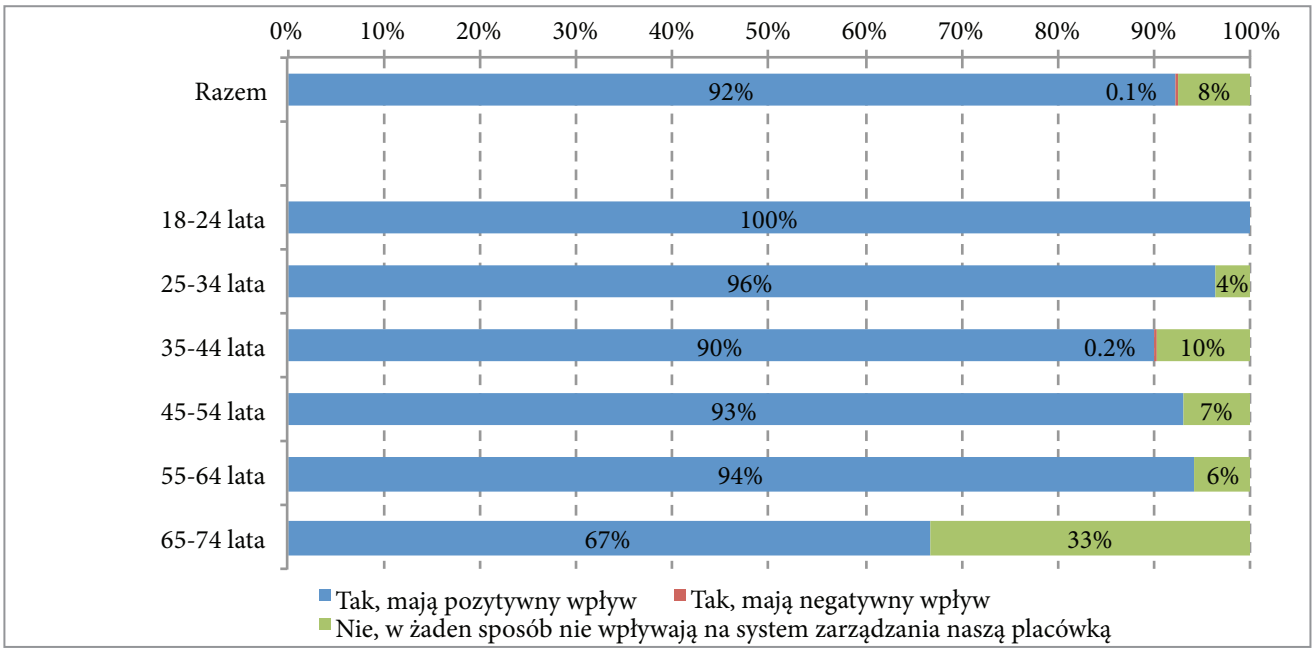
Rysunek 82. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Uczestnicy w przeważającej większości uznali, że efekty uzyskane przez nich wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają pozytywny wpływ na jakość zarządzania w placówce. Takiego zdania jest 92% respondentów, podczas gdy 8% uważa, że w żaden sposób nie wpływają one system zarządzania placówką. Opinie są również pozytywne biorąc pod uwagę płeć respondentów – odpowiedzi „tak, mają pozytywny wpływ" udzieliło odpowiednio 92% kobiet i 95% mężczyzn, z kolei brak wpływu na zarządzanie placówką deklaruje 8% kobiet i 5% mężczyzn.

Rysunek 83. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

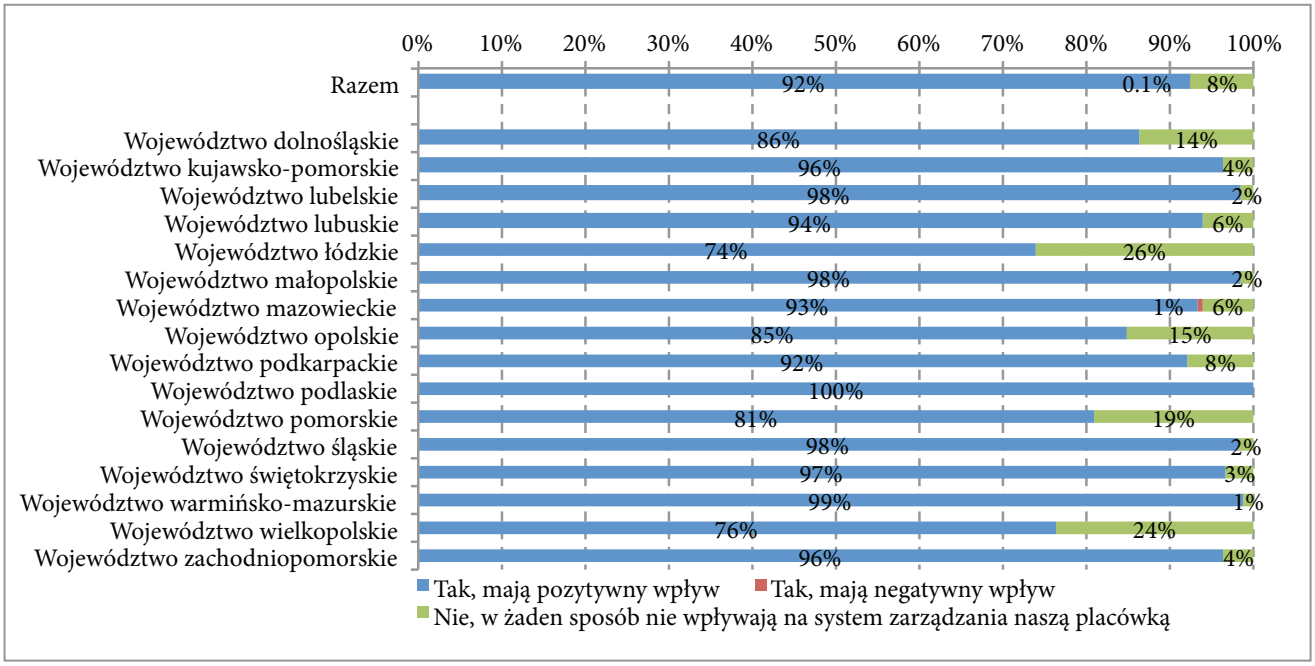
Także biorąc pod uwagę wiek respondentów zdecydowana większość jest zdania, że efekty uzyskane wskutek ukończenia studiów mają wpływ na jakość zarządzania. Odpowiedzi „nie, w żaden sposób nie wpływają na system zarządzania naszą placówką" udzieliło 4% respondentów w wieku 25-34 lata, 10% respondentów w wieku 35-44 lata, 7% respondentów w wieku 45-54 lata, 6% respondentów w wieku 55-54 lata, oraz aż 33% respondentów w wieku 65-74 lata.

W przypadku rozkładu odpowiedzi pod względem województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, zdania że efekty uzyskane wskutek ukończenia studiów podyplomowych nie mają wpływu na jakość zarządzania placówką są najczęściej respondenci z m.in. placówek łódzkich (26%), wielkopolskich (24%), pomorskich (19%), opolskich czy dolnośląskich (14%).

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, odpowiedzi „nie, w żaden sposób nie wpływają na system zarządzania naszą placówką" udzieliło 10% respondentów, których placówki zlokalizowane są na wsi, 4% w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, 4% w miastach 20-49 tys. mieszkańców, 10% w miastach 50-99 tys. mieszkańców, 6% w miastach 100-300 tys. mieszkańców oraz 10% respondentów, których placówki zlokalizowane są w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

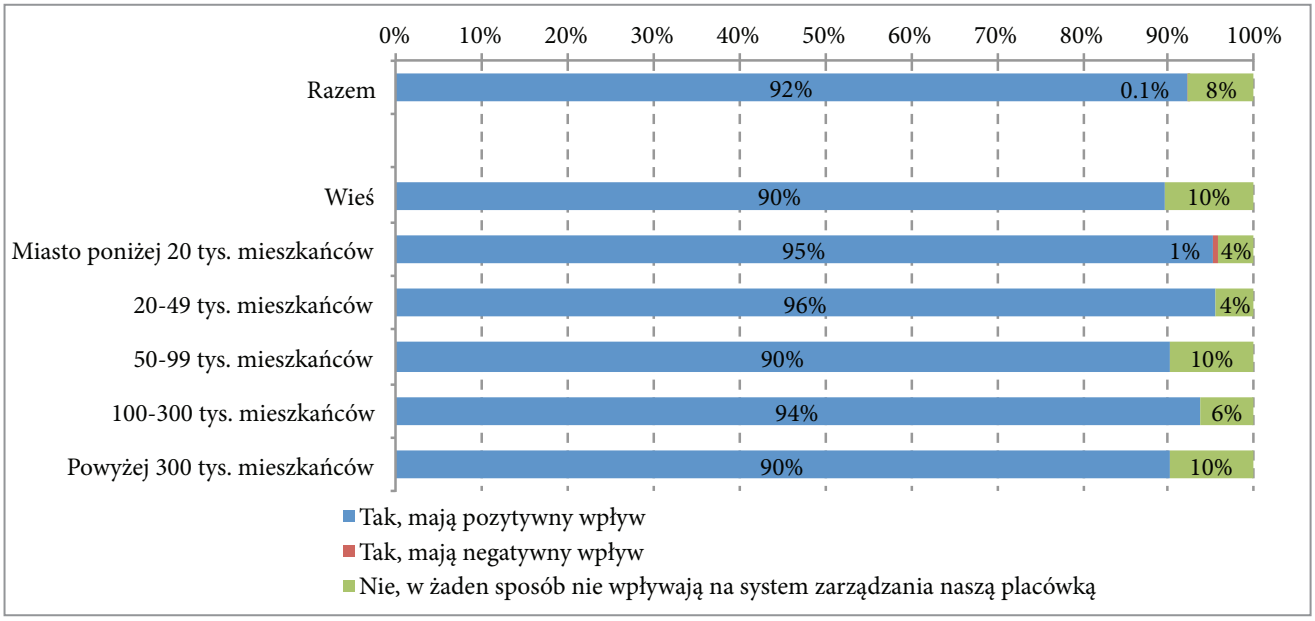
Efekty uzyskane wskutek ukończenia studiów mają wpływ na jakość zarządzania także według większości respondentów, niezależnie od ich stanowiska pracy. Odpowiedzi „nie, w żaden sposób nie wpływają na system zarządzania naszą placówką" udzieliło 5% dyrektorów placówki, 3% kierowników placówki, 11% zastępców kierowników placówki, 9% pielęgniarek koordynujących, 5% pielęgniarek naczelnych, 6% księgowych, 7% kierowników działu, oraz 10% respondentów zatrudnionych na innych stanowiskach.

Rysunek 84. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



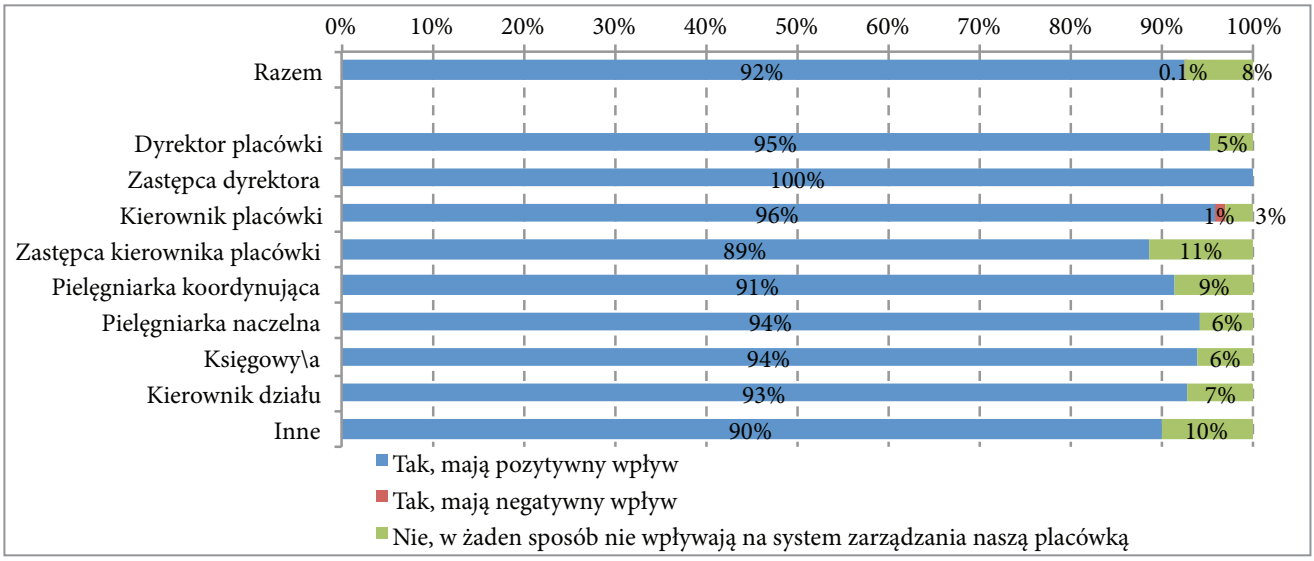
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 85. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



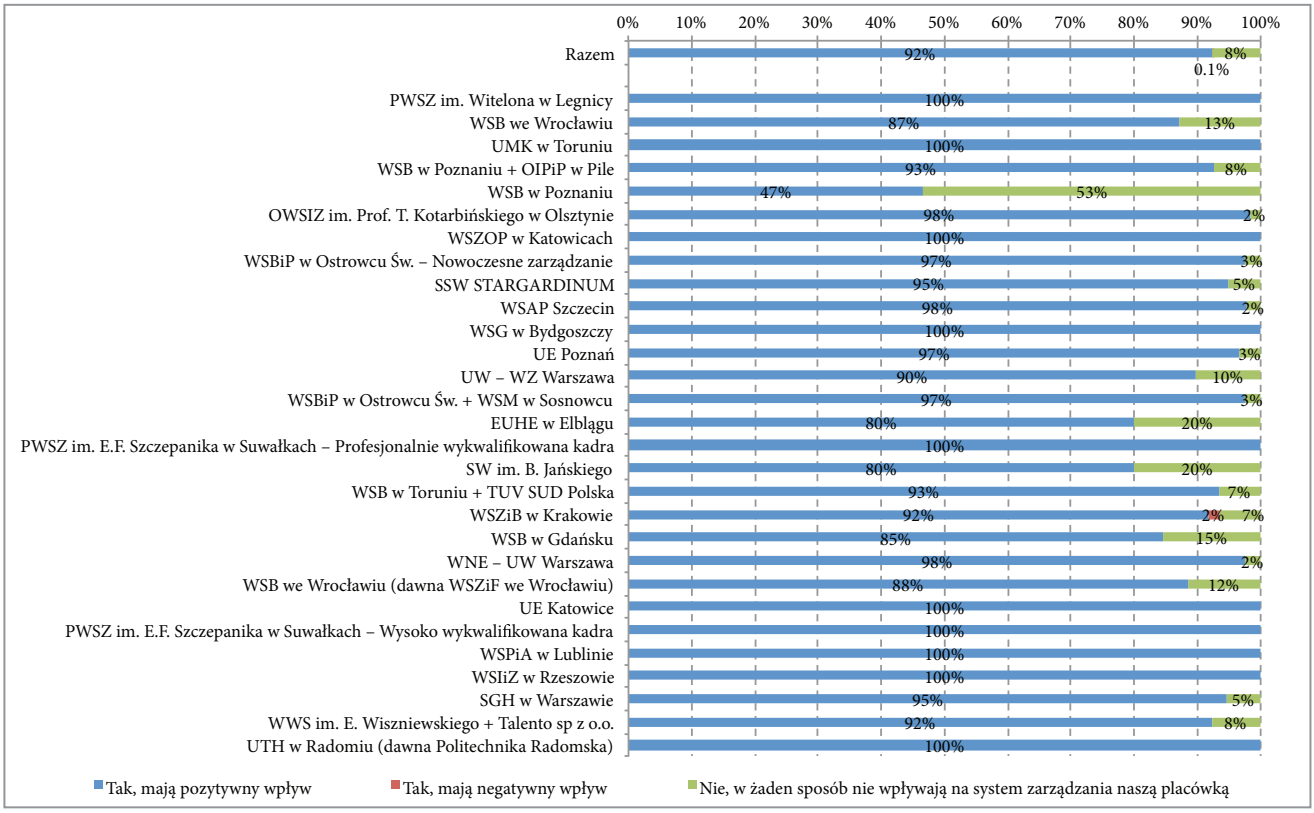
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 86. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%

Rysunek 87. *Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 14 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%

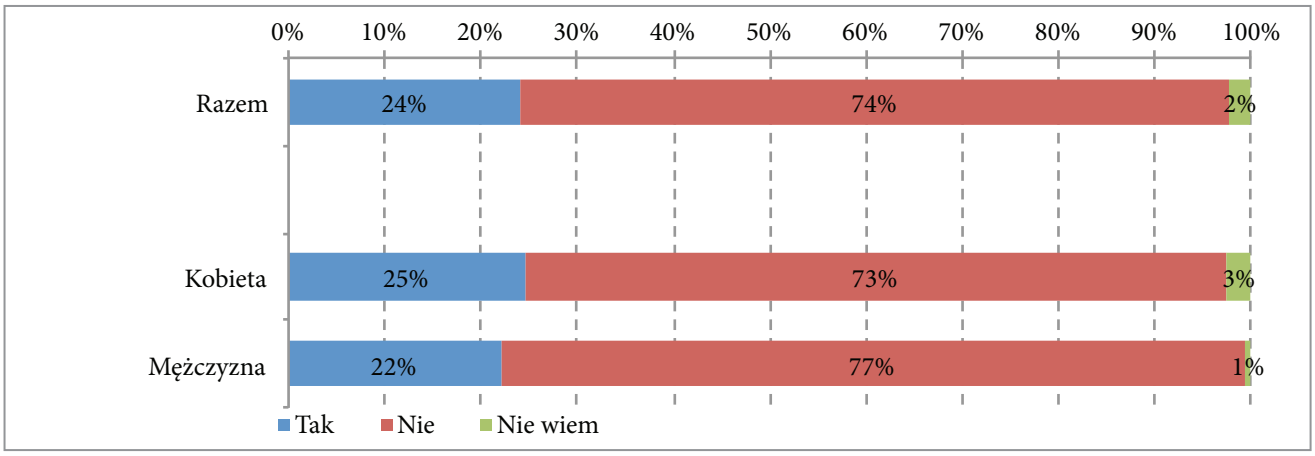
Zdecydowana większość studentów, uważa iż efekty uzyskane przez nich wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają pozytywny wpływ na jakość zarządzania w placówce. Takiego zdania jest 100% uczestników projektów realizowanych przez PWSZ im. Witelona w Legnicy – „Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi", UMK w Toruniu – „Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia", WSZOP w Katowicach – „Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe", WSG w Bydgoszczy – „Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie", PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Profesjonalnie wykwalifikowana kadra", UE Katowice – „Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi", PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – „Wysoko wykwalifikowana kadra", WSPiA w Lublinie – „Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi", WSIiZ w Rzeszowie – „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia" oraz Politechnikę Radomską – „Zdrowe zarządzanie".

Warto zwrócić uwagę, że część respondentów jest również zdania, że efekty w żaden sposób nie wpływają na system zarządzania naszą placówką. Tak uważa na przykład 53% studentów WSB w Poznaniu – „Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi", 20% studentów EUHE w Elblągu – „Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia" oraz SW im. B. Jańskiego – „Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce".

Pytanie 15. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego?

Z przeprowadzonej ankiety wynika, iż 78% respondentów zatrudnionych jest w placówkach, które nie zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego. Biorąc pod uwagę płeć respondentów, odpowiedzi kształtowały się podobnie – 78% kobiet i 79% mężczyzn zatrudnionych jest w placówkach, które nie zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego.

Rysunek 88. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*

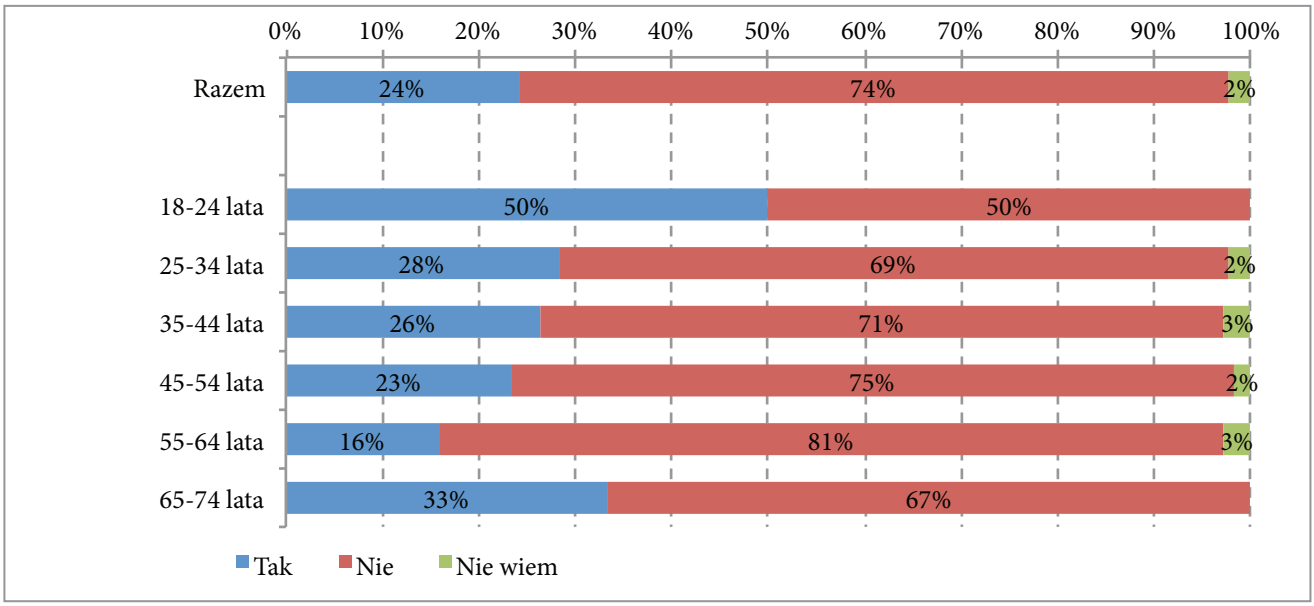


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%). Odpowiedź „nie wiem" nie została zaprezentowana.

Analizując wiek respondentów, 87% ankietowanych w wieku 55-64 lat zatrudnionych jest w placówkach, które nie zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego. Nieco mniej (74% – 78%) respondentów w przedziałach wiekowych 25-34 lat, 35-44 lat oraz 45-54 lat również pracują w placówkach nieprzekształconych. Z kolei największy odsetek ankietowanych zatrudnionych w placówkach przekształconych (50%) był w wieku 18-24 lat, trochę mniej – 33% – w wieku 65-74 lata.

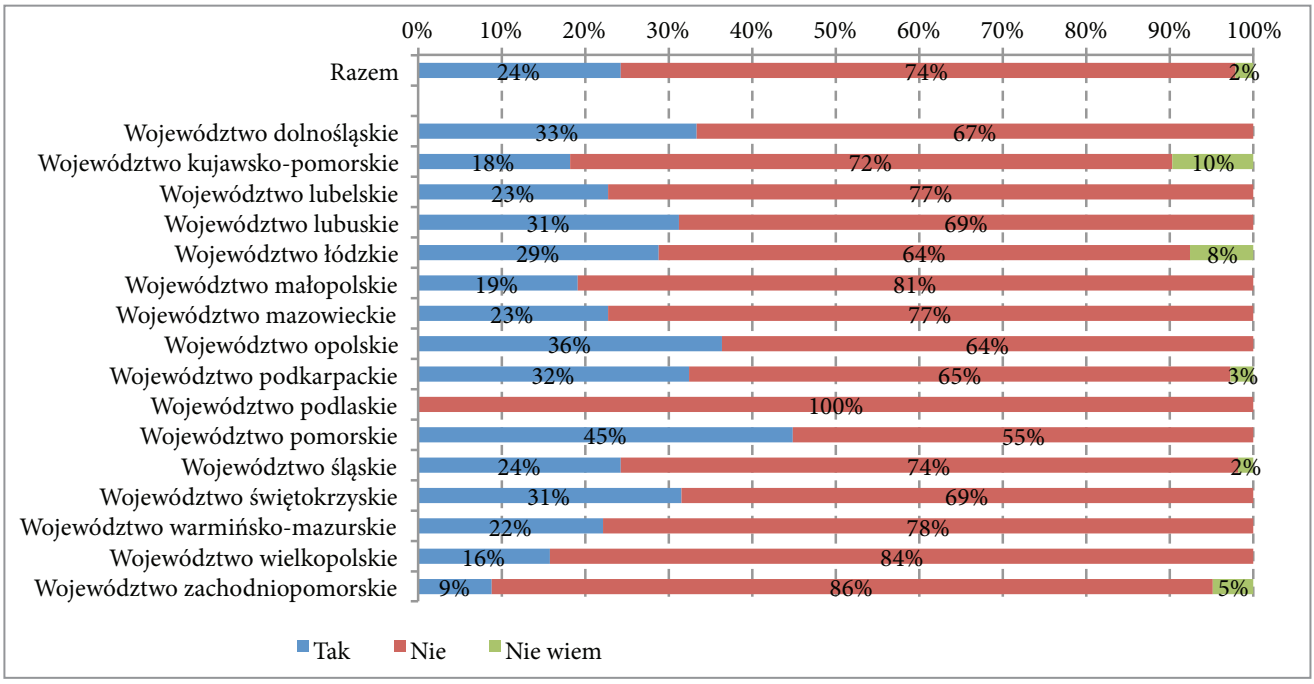
100% ankietowanych z województwa podlaskiego, 96% z zachodniopomorskiego, 92% z kujawsko-pomorskiego, 84% z wielkopolskiego oraz 81% z małopolskiego zatrudnionych jest w placówkach nieprzekształconych. Z kolei najwięcej ankietowanych z placówek już przekształconych pochodzi z województw: pomorskiego (45%), opolskiego (36%), dolnośląskiego (33%), podkarpackiego (32%), lubuskiego i świętokrzyskiego (po 31%).

Rysunek 89. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%). Odpowiedź „nie wiem" nie została zaprezentowana.

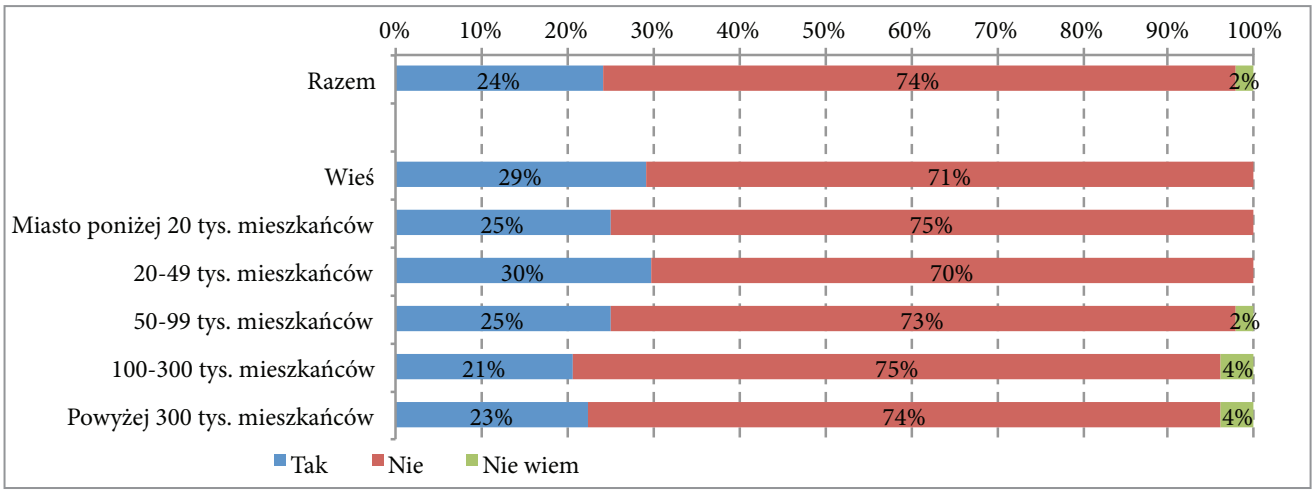
Rysunek 90. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%). Odpowiedź „nie wiem" nie została zaprezentowana.

Większość respondentów (ponad 80%) zatrudnionych jest w nieprzekształconych podmiotach leczniczych zlokalizowanych w miastach 100-300 tys. oraz powyżej 300 tys. mieszkańców. Nieco mniej (77%) w podmiotach leczniczych zlokalizowanych w miastach 50-99 tys. mieszkańców oraz w podmiotach leczniczych zlokalizowanych w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców (75%). Największy odsetek respondentów zatrudnionych jest w przekształconych podmiotach leczniczych zlokalizowanych w miastach 20-49 tys. mieszkańców (30%) oraz na wsi (29%).

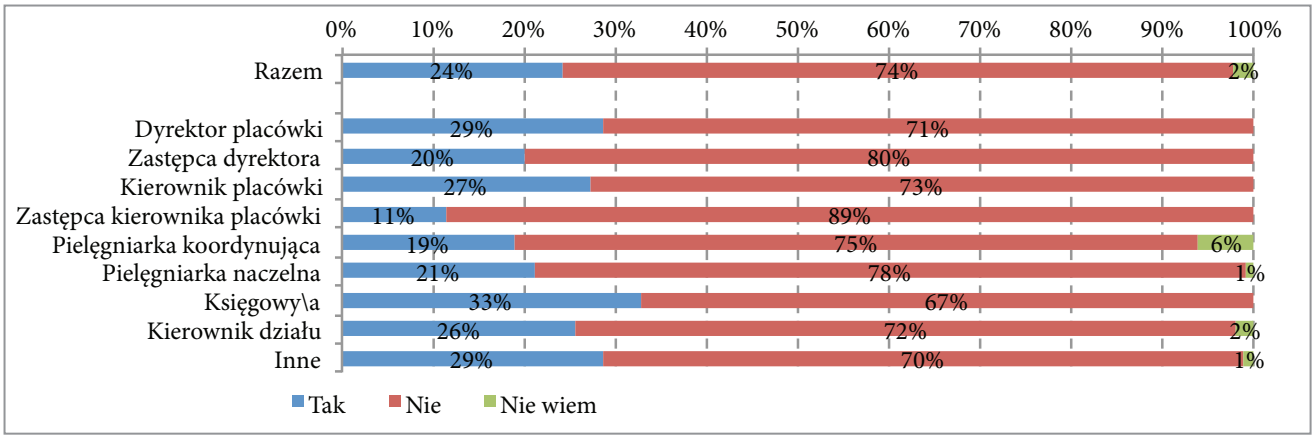
Rysunek 91. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%). Odpowiedź „nie wiem" nie została zaprezentowana.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 92% pielęgniarek koordynujących i 80% pielęgniarek naczelnych, 89% zastępców kierowników placówki oraz 80% zastępców dyrektorów zatrudnionych jest w placówkach, które nie zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego. W placówkach nieprzekształconych zatrudnionych jest także 76% kierowników działu, 73% kierowników i 71% dyrektorów placówki biorących udział w badaniach. Największy odsetek osób zatrudnionych w placówkach już przekształconych stanowiły księgowe (33%).

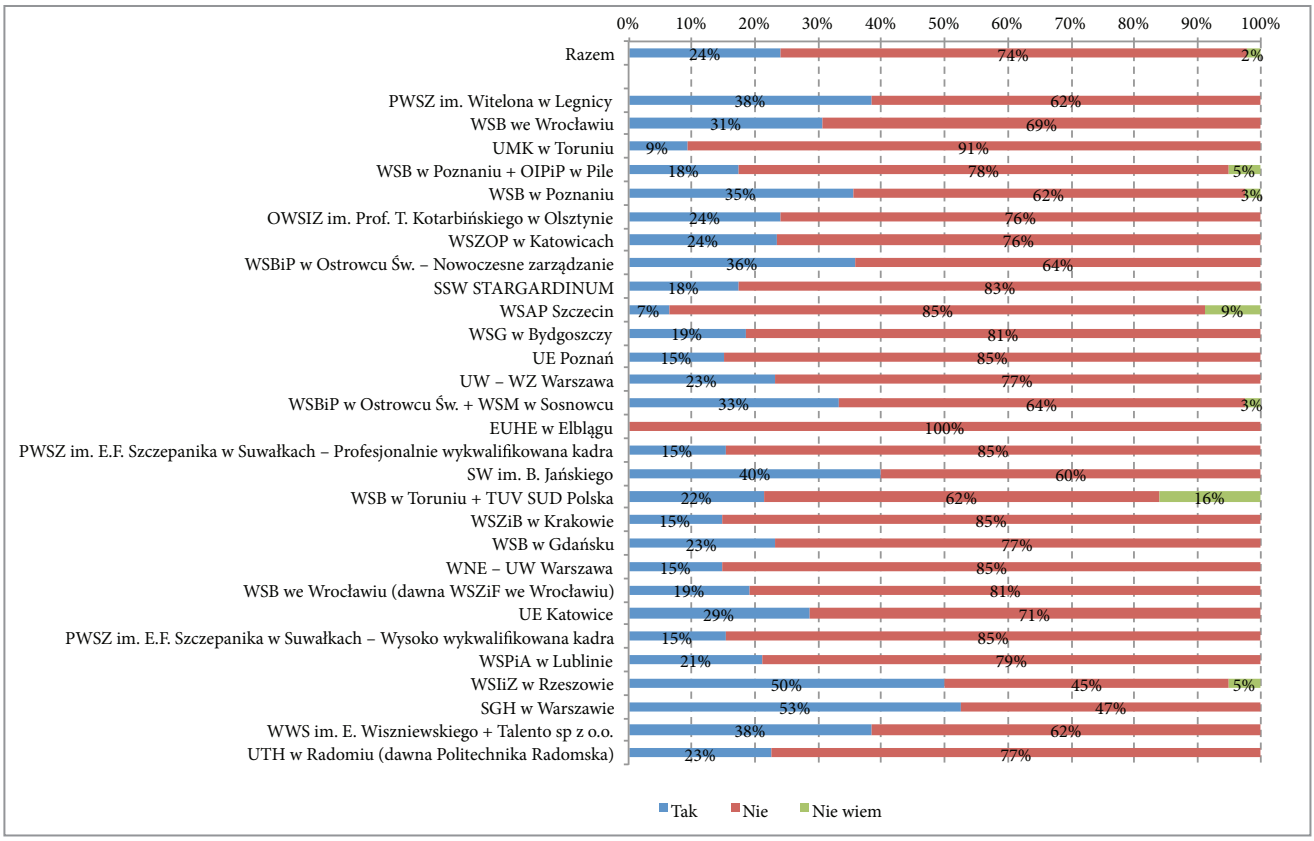
Rysunek 92. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%). Odpowiedź „nie wiem" nie została zaprezentowana.

Zdecydowana większość uczestników studiów podyplomowych (ponad 2/3 respondentów) wskazywało, że podmiot leczniczy, w którym obecnie pracują działa w dawnej formule samodzielnego publicznego ZOZ. Oznacza to, że wiedza, którą zdobyli na studiach prowadzonych w ramach poddziałania 2.3.4 okaże się niezwykle istotna, jeśli wręcz nie kluczowa, do podjęcia działań związanych z przekształcaniem placówek, w których pracują. Logicznie analizując powyższe stwierdzenie zauważamy, że zarówno grupa docelowa, jak i tematyka wskazana przez Ministerstwo Zdrowia jako istotna z punktu widzenia programów studiów w prawidłowy sposób została odniesiona do zdiagnozowanych potrzeb.

Rysunek 93. *Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 15 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

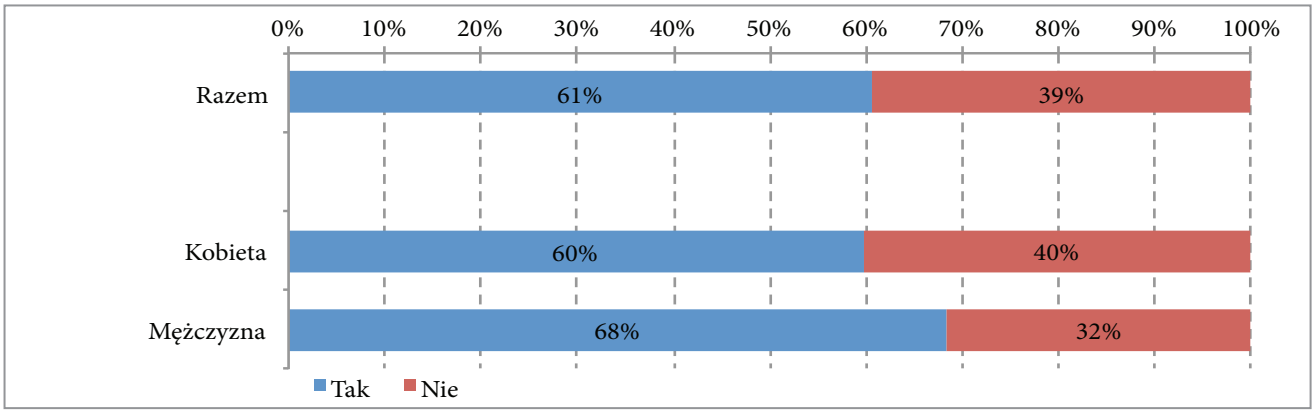
Według respondentów, główną przyczyną braku przekształcenia jest *„brak decyzji"* lub *„brak woli organu założycielskiego"*, a także *„mamy dodatni bilans finansowy"*, *„na razie nie planujemy przekształcenia"*. Poza tym wielu respondentów wskazywało, że *„pytanie to nie dotyczy ich placówki"* gdyż *„jesteśmy niepublicznym zakładem opieki, placówką prywatną"*, *„jesteśmy spółką handlową"*, bądź *„jesteśmy dużym szpitalem specjalistycznym"*, *jesteśmy jednostką budżetową nie podlegającą przekształceniom"*, *„szpitalem uniwersyteckim"*, *„szpitalem resortowym"* lub *„instytutem badawczym"*. Wśród respondentów często pojawiały się następujące stwierdzenia *„nie mam decyzyjnego stanowiska"*, *„nie jestem osobą decyzyjną"*, *„nie mam wpływu na zarządzanie"*, *„nie mam wpływu na podejmowane decyzje"*, *„nie mam możliwości wprowadzenia zmian"*. Pojawiły się też takie: *„bronimy się przed tym"*, *„chcemy odwlec to w czasie"*, *„mamy nadzieję, że nie"*, *„nie czujemy potrzeby przekształcenia"*.

Wniosek: Zdecydowana większość respondentów zatrudnionych jest w placówkach, które nie zostały jeszcze przekształcone w spółkę prawa handlowego. Tylko co czwarty ankietowany zatrudniony jest w placówce już przekształconej. Oznacza to, że co do zasady wsparcie było ukierunkowane na poprawę kompetencji zarządczych i wiedzy pracowników zatrudnionych w tych placówkach, które są przed okresem potencjalnych zmian.

Pytanie 16. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym?[9]

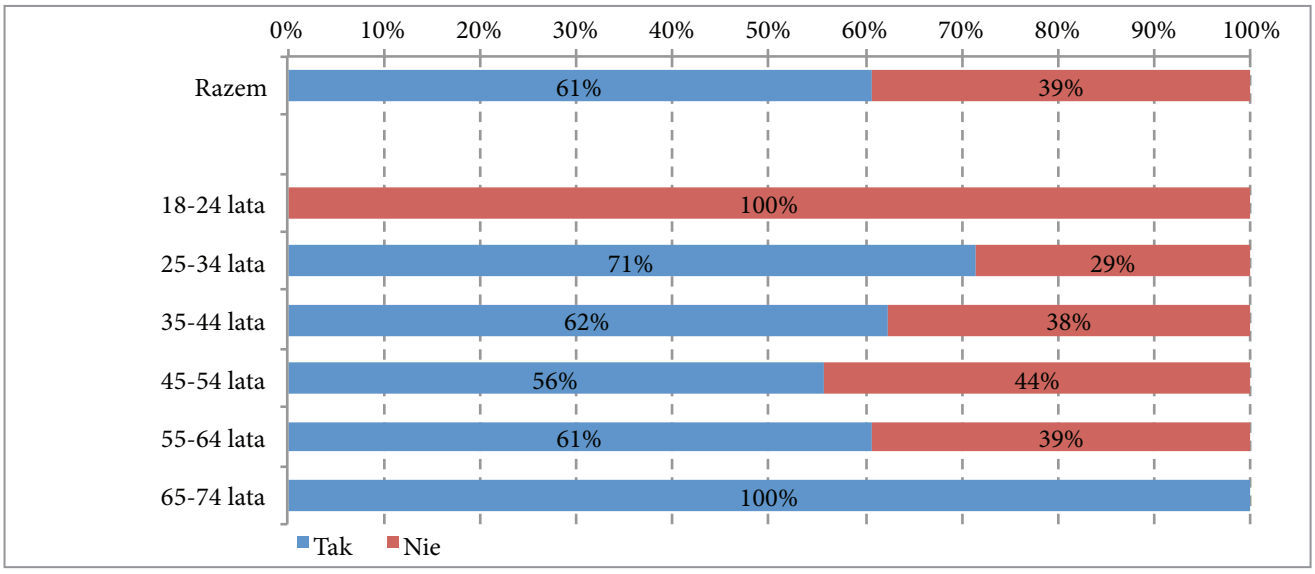
Na pytania od 16 do 20 odpowiadali tylko ci respondenci, którzy w pytaniu 15 wskazali, że pracują w tych jednostkach, które są nie przekształcone. W związku z tym analiza statystyczna objęła próbę N=333. Według 61% respondentów którzy w pytaniu 15 ankiety odpowiedzieli, że placówka, w której są zatrudnieni została przekształcona w spółkę prawa handlowego, proces przekształceń tych placówek miał wpływ na jakość zarządzania nimi. Twierdzi tak 60% kobiet i 68% mężczyzn, zatrudnionych w placówkach przekształconych.

Rysunek 94. *Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 16 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 95. *Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



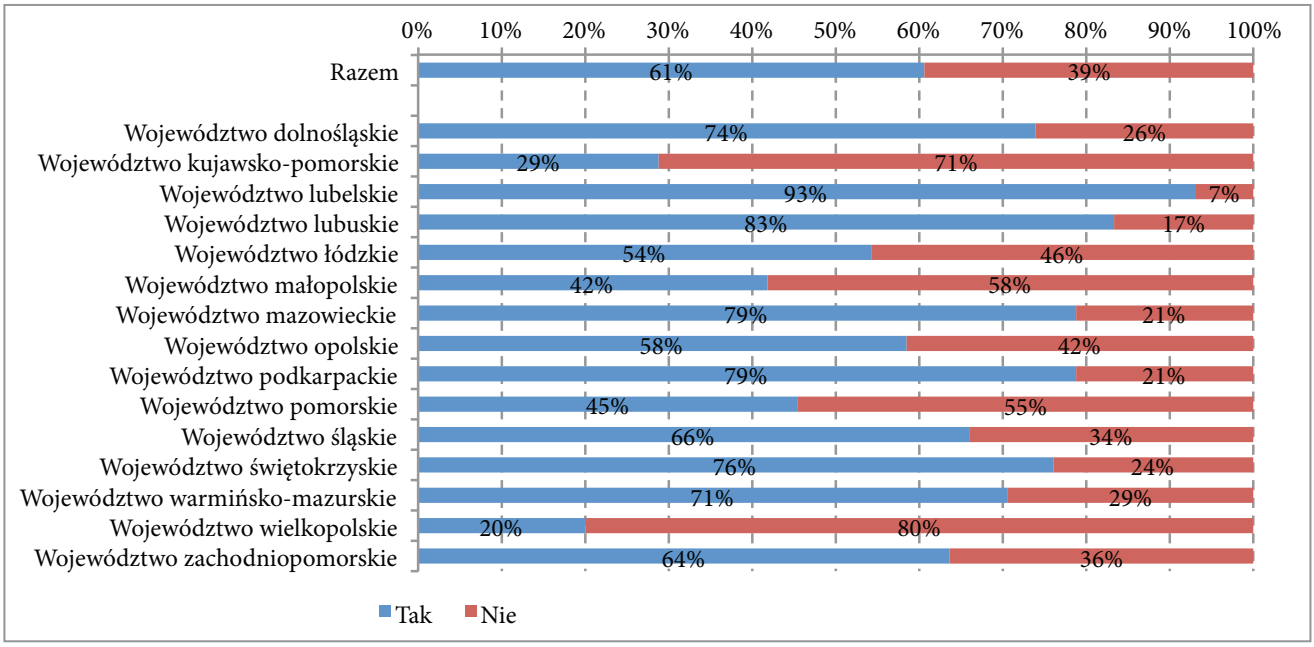
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 16 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

[9] Pytanie zostało zadane wyłącznie uczestnikom studiów podyplomowych, którzy wskazali, iż placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego

Analizując wiek respondentów, 71% ankietowanych w wieku 25-34 lat, zatrudnionych w placówkach, które zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego, uważa, że proces przekształceń tych placówek miał pozytywny wpływ na jakość zarządzania nimi. Tego samego zdania jest nieco mniej (62% i 61%) respondentów w przedziałach wiekowych 35-44 lat oraz 55-64 lat, którzy również pracują w placówkach już przekształconych. Z kolei największy odsetek odpowiedzi twierdzących (100%) oraz przeciwnych (również 100%) uzyskano wśród ankietowanych zatrudnionych w placówkach przekształconych w wieku 65-74 oraz 18-24 lat, jednakże grupy te charakteryzowały się bardzo małą liczebnością.

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest przekształcona już placówka opieki zdrowotnej, można stwierdzić, że najwięcej odpowiedzi twierdzących – 93% udzielili ankietowani z województwa lubelskiego, 83% z lubuskiego, 79% z mazowieckiego i 76% ze świętokrzyskiego. Najmniej odpowiedzi twierdzących na to pytanie udzieliło 20% ankietowanych z województwa wielkopolskiego oraz 29% z kujawsko-pomorskiego zatrudnionych w przekształconych placówkach.

Rysunek 96. *Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

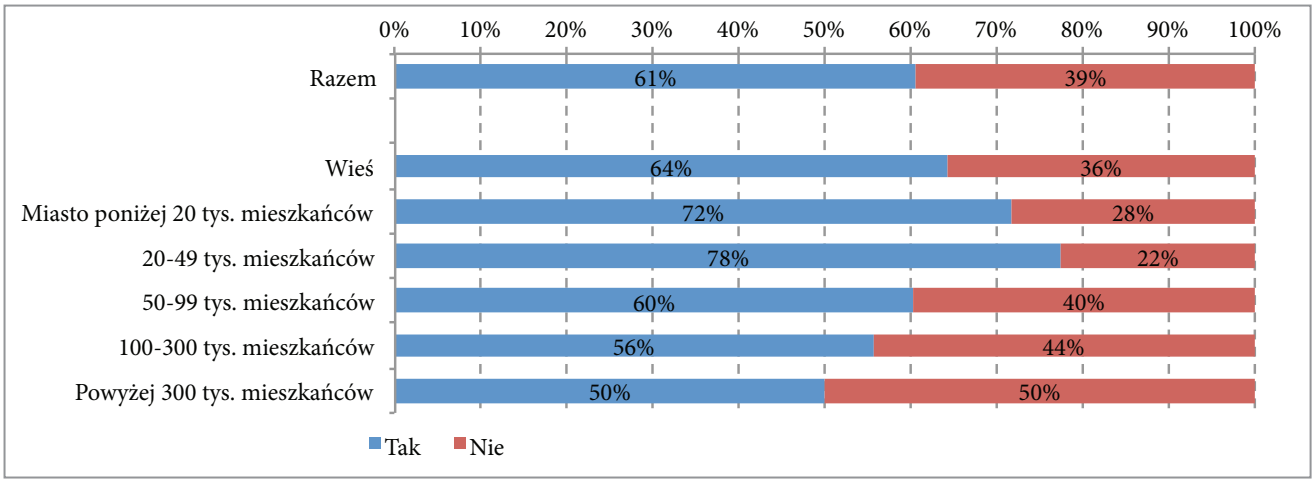


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 16 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

78% ankietowanych, zatrudnionych w placówkach, które zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego, zlokalizowanych w miastach 20-49 tys. mieszkańców twierdzi, że proces przekształceń tych placówek miał wpływ na jakość zarządzania nimi. Podobnie uważa 72% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców. Z kolei głosy ankietowanych zatrudnionych w placówkach przekształconych, zlokalizowanych w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców rozłożyły się równomiernie, tzn. 50% z nich uważa, że proces przekształceń tych placówek miał wpływ na jakość zarządzania nimi i 50% nie zgadza się z tym stwierdzeniem.

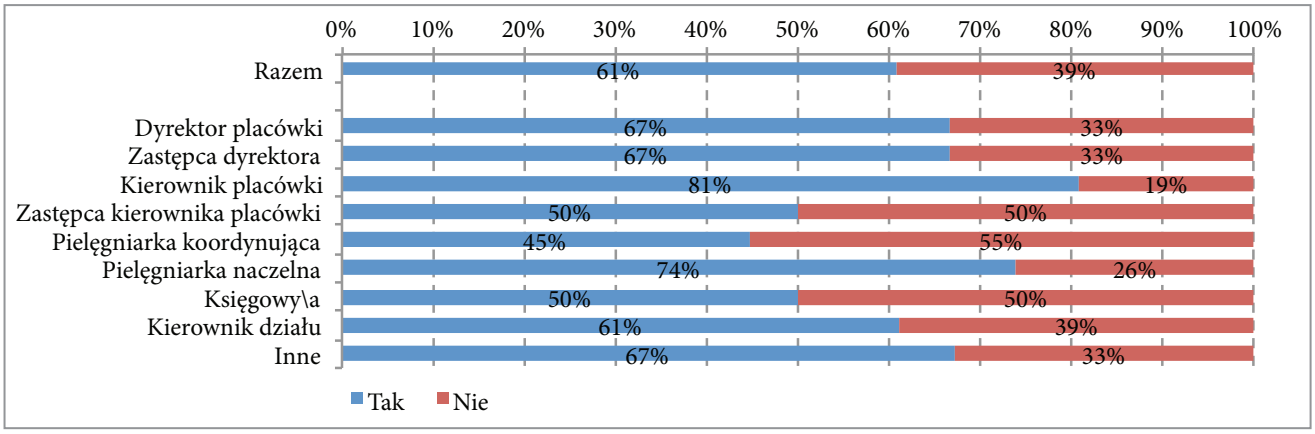
Z kolei 81% respondentów zajmujących stanowisko kierownika i 67% – dyrektora lub zastępcy dyrektora placówki przekształconej, twierdzi, że proces przekształceń tych placówek miał wpływ na jakość zarządzania nimi. Wpływ taki zauważa również 73% pielęgniarek naczelnych oraz 61% kierowników działu.

Rysunek 97. *Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 16 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 98. *Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym?– wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 16 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

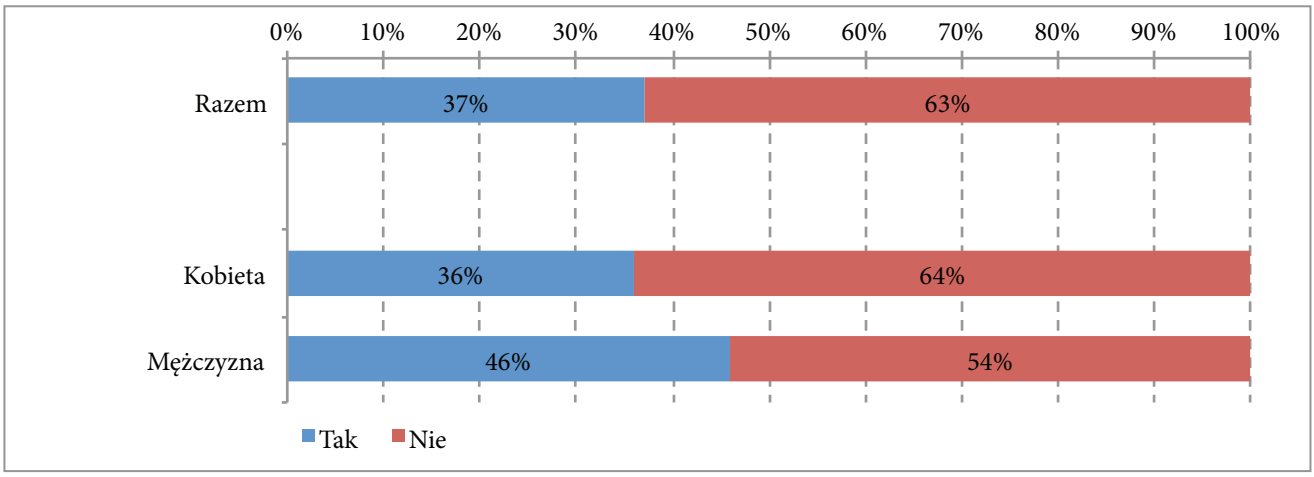
Według większości respondentów był to wpływ *„pozytywny”*, *„przyczynił się do wzrostu efektywności zarządzania”* oraz *„lepszej jakości i dostępności świadczonych usług”*. *„Placówki rozwijają się”*, *„inwestują w nowoczesny sprzęt”* oraz *„organizują szkolenia pracowników”*. Tylko nieliczni ankietowani wskazywali na *„niedogodności”*, *„biurokrację”*, *„ograniczenie zatrudnienia”* czy nawet *„bankructwo”* placówki.

Wniosek: Według 60% respondentów, zatrudnionych w placówkach, które zostały przekształcone w spółkę prawa handlowego, proces przekształceń tych placówek miał wpływ na jakość zarządzania nimi. Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje, że większość respondentów (która wcześniej udzieliła odpowiedzi twierdzącej, na pytanie czy pracują w przekształconym podmiocie leczniczym) uważa, że był to wpływ pozytywny i przyczynił się do wzrostu efektywności zarządzania oraz lepszej jakości i dostępności świadczonych usług.

Pytanie 17. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki?[10]

Na pytania od 16 do 20 odpowiadali tylko ci respondenci, którzy w pytaniu 15 wskazali, że pracują w tych jednostkach, które są nie przekształcone. W związku z tym analiza statystyczna objęła próbę N=333. W przypadku 37% respondentów zatrudnionych w placówkach przekształconych zdobyta w trakcie studiów podyplomowych wiedza została wykorzystana w procesie przekształcania podmiotów leczniczych. 36% kobiet i 46% mężczyzn z przekształconych ZOZ wykorzystało zdobyte podczas studiów umiejętności w praktyce.

Rysunek 99. *Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



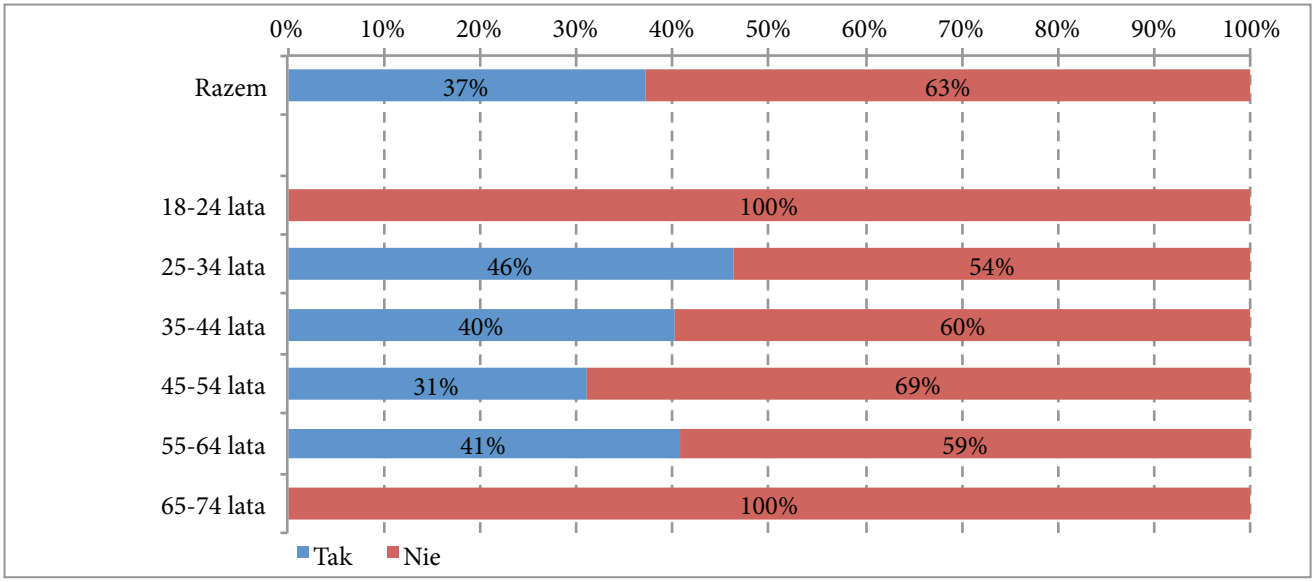
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 17 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Największy odsetek respondentów, zatrudnionych w przekształconych ZOZ, którzy wykorzystali zdobyte podczas studiów umiejętności w praktyce mieści się w przedziale wiekowym 25-34 lat (46%). W grupach wiekowych 35-44 lat, 45-54 lat oraz 55-64% procent ankietowanych zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, deklarujących wykorzystanie zdobytej podczas studiów wiedzy w procesie przekształceń tych podmiotów waha się od 31,0 do 41%. Największy odsetek odpowiedzi negatywnych (100%) uzyskano wśród ankietowanych, zatrudnionych w placówkach przekształconych, w wieku 18-24 oraz 65-74 lat, jednakże grupy te, jak już wspomniano wcześniej, charakteryzowały się bardzo małą liczebnością.

Analizując rozkład odpowiedzi udzielonych na to pytanie ze względu na województwo, w którym zlokalizowana jest przekształcona placówka opieki zdrowotnej, większość ankietowanych, którzy wykorzystali zdobytą w trakcie studiów wiedzę w procesie przekształceń pracuje w województwach: lubelskim (86%) i świętokrzyskim (83%). Z kolei najmniejszy odsetek ankietowanych, którzy udzielili odpowiedzi twierdzącej, zatrudnionych jest w województwach: podkarpackim (14%), kujawsko-pomorskim (16%), małopolskim (17%), pomorskim (19%) i wielkopolskim (20%).

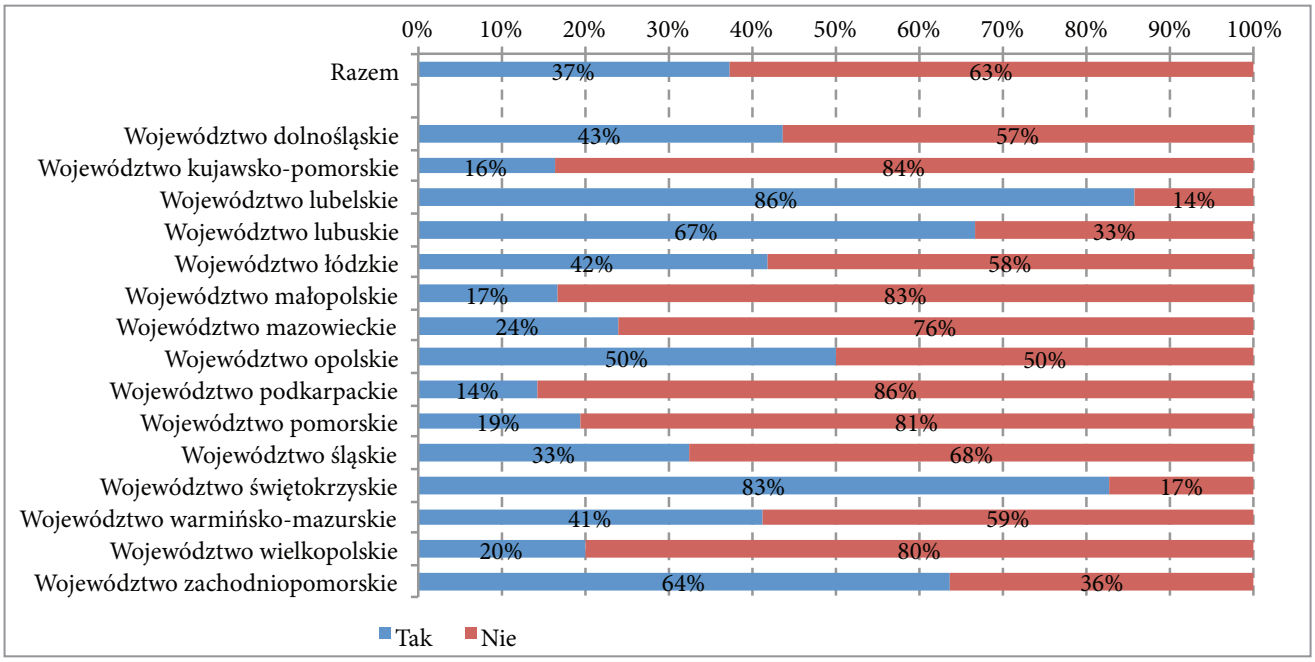
[10] Pytanie zostało zadane wyłącznie uczestnikom studiów podyplomowych, którzy wskazali, iż placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego

Rysunek 100. *Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 17 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

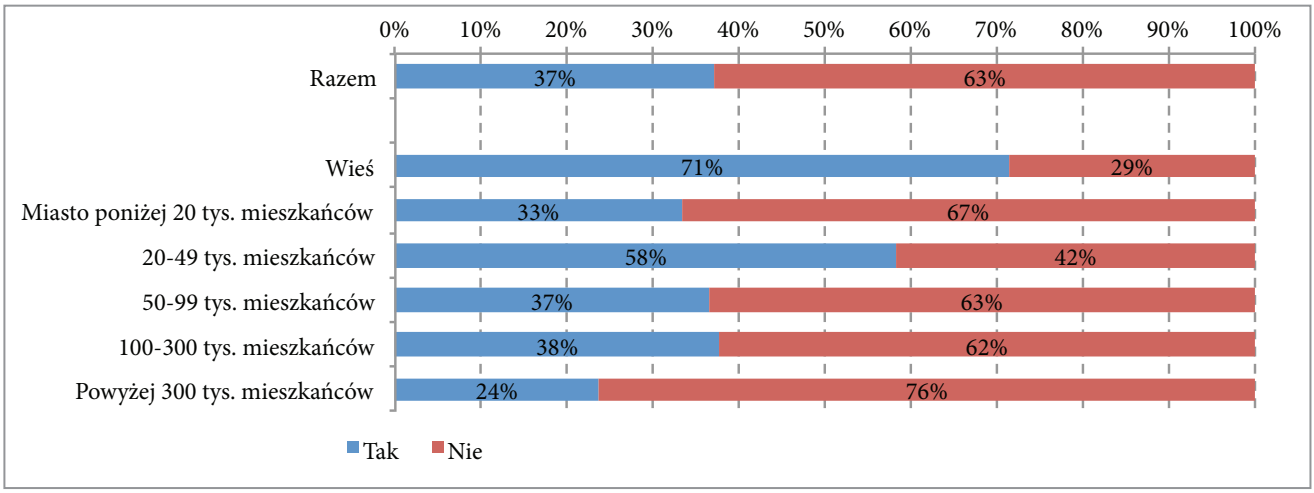
Rysunek 101. *Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 17 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest przekształcona placówka opieki zdrowotnej można stwierdzić, że największy procent respondentów, którzy udzielili odpowiedzi twierdzącej na to pytanie, zatrudnionych jest w placówkach zlokalizowanych na wsi (71%), najmniejszy z kolei w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców (24%).

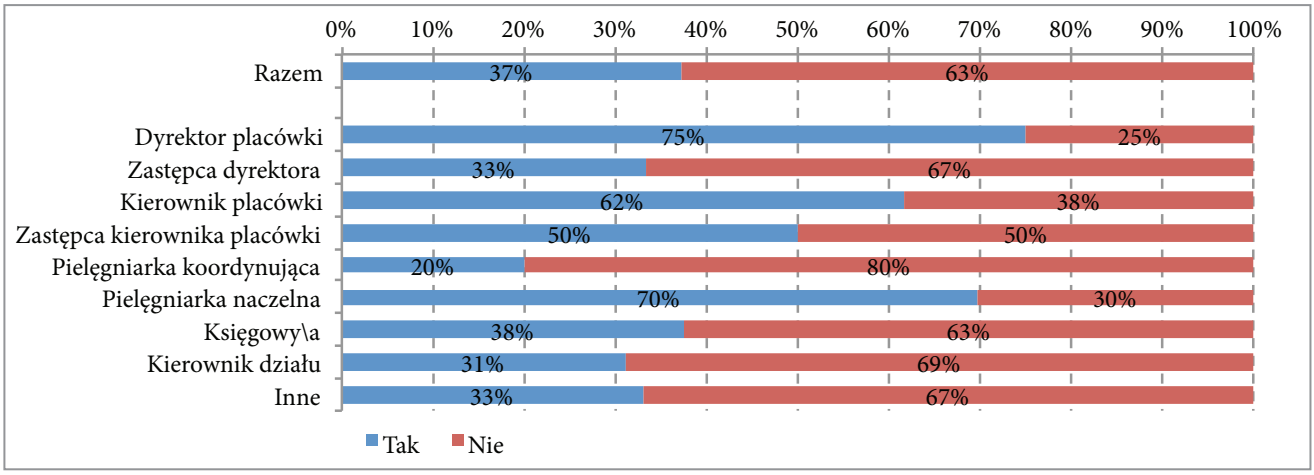
Rysunek 102. *Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 17 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Aż 75% dyrektorów placówek przekształconych, 68% pielęgniarek naczelnych, 62% kierowników placówek i 50% ich zastępców wykorzystało zdobyte podczas studiów umiejętności w procesie przekształceń tych placówek. Świadczy to o dużym znaczeniu studiów podyplomowych i przekazywanej podczas nich wiedzy dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi.

Rysunek 103. *Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 17 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

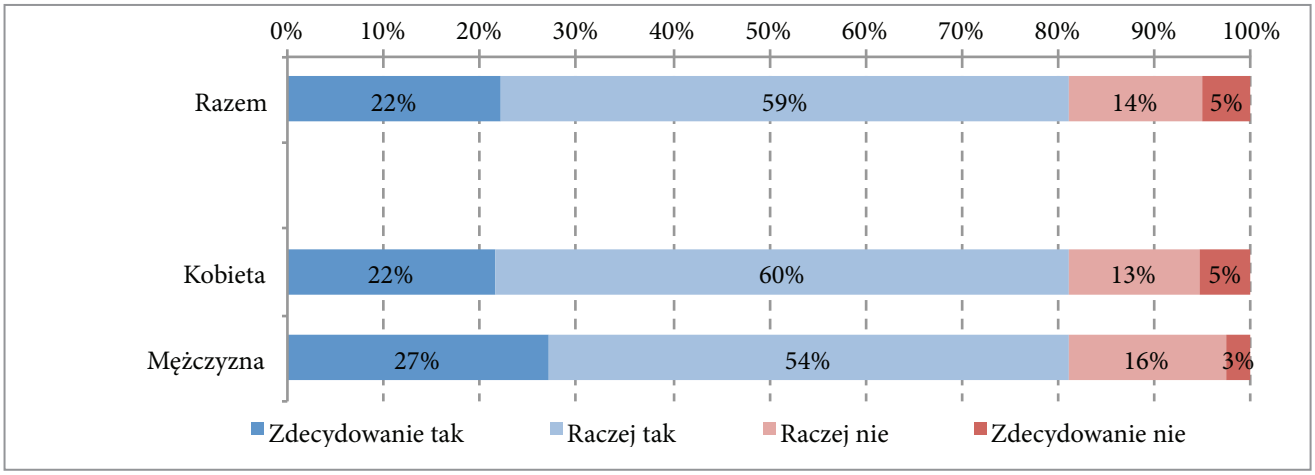
Szczególnie respondenci wskazywali na *„przydatność wiedzy z zakresu zarządzania”* i *„prawnych aspektów procesu przekształcenia”*. W wielu przypadkach zdobyta wiedza okazała się *„pomocna przy wprowadzaniu w placówce ISO”*. Respondenci korzystają również w codziennej pracy ze zdobytych kwalifikacji *„w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi”*, *„gospodarowania środkami rzeczowymi”* oraz *„rachunkowości”*.

Wniosek: W przypadku 37% respondentów zatrudnionych w placówkach przekształconych zdobyta w trakcie studiów podyplomowych wiedza została wykorzystana w procesie przekształcania podmiotów leczniczych. W wielu przypadkach zdobyta wiedza okazała się pomocna przy wprowadzaniu w placówce ISO. Respondenci korzystali również w codziennej pracy ze zdobytych kwalifikacji w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, gospodarowania środkami rzeczowymi oraz rachunkowości. Przydatność zdobytej wiedzy w procesie przekształceń deklarowali głównie pracownicy należący do ścisłego kierownictwa podmiotów leczniczych, w szczególności dyrektorzy placówek.

Pytanie 18. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? [11]

Na pytania od 16 do 20 odpowiadali tylko ci respondenci, którzy w pytaniu 15 wskazali że pracują w tych jednostkach, które są nie przekształcone. W związku z tym analiza statystyczna objęła próbę N=333. Ponad 80% respondentów, zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, uważa, że przekształcenia miały wpływ na poprawę sytuacji finansowej placówki, w której są zatrudnieni, przy czym aż 22% z nich twierdzi, że wpływ ten był znaczący. Tylko 5% respondentów, którzy pracują w przekształconych ZOZ twierdzi, że proces przekształceń zdecydowanie nie miał wpływu na poprawę sytuacji finansowej ich placówki. Biorąc pod uwagę płeć, 82% kobiet i 81% mężczyzn zatrudnionych w placówkach przekształconych uważa, że przekształcenia te miały wpływ na poprawę sytuacji finansowej placówki, w której pracują, przy czym aż 22% kobiet i 27% mężczyzn twierdzi, że wpływ ten był znaczący.

Rysunek 104. *Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*

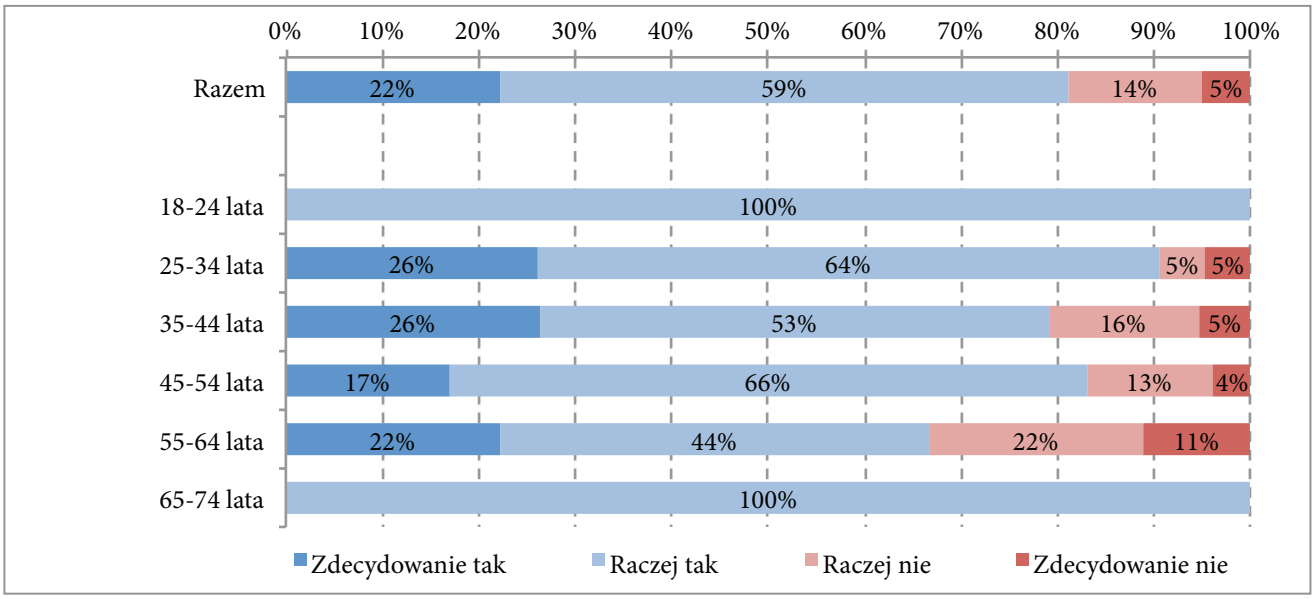


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 18 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Największy odsetek respondentów, zatrudnionych w przekształconych ZOZ, którzy dostrzegają wpływ procesu przekształceń na poprawę sytuacji finansowej placówki mieści się w przedziale wiekowym 25-34 lat (90%; 26% zdecydowanie tak uważa). W grupach wiekowych 35-44 lat i 45-54 lat procent ankietowanych, zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, deklarujących istnienie takiego wpływu, wynosi około 80%. 100% odpowiedzi twierdzących uzyskano wśród ankietowanych, zatrudnionych w placówkach przekształconych, w wieku 18-24 oraz 65-74 lat, jednakże już wcześniej wyjaśniono tego przyczynę.

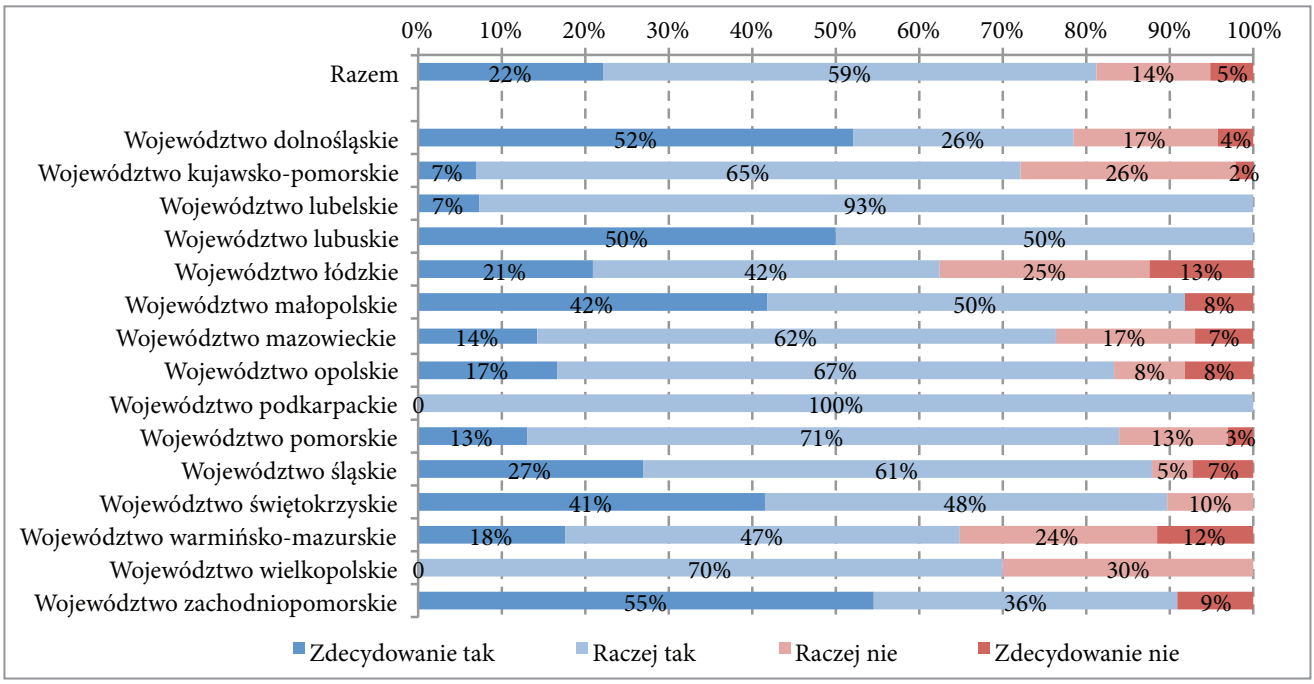
[11] Pytanie zostało zadane wyłącznie uczestnikom studiów podyplomowych, którzy wskazali, iż placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego

Rysunek 105. *Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 18 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 106. *Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



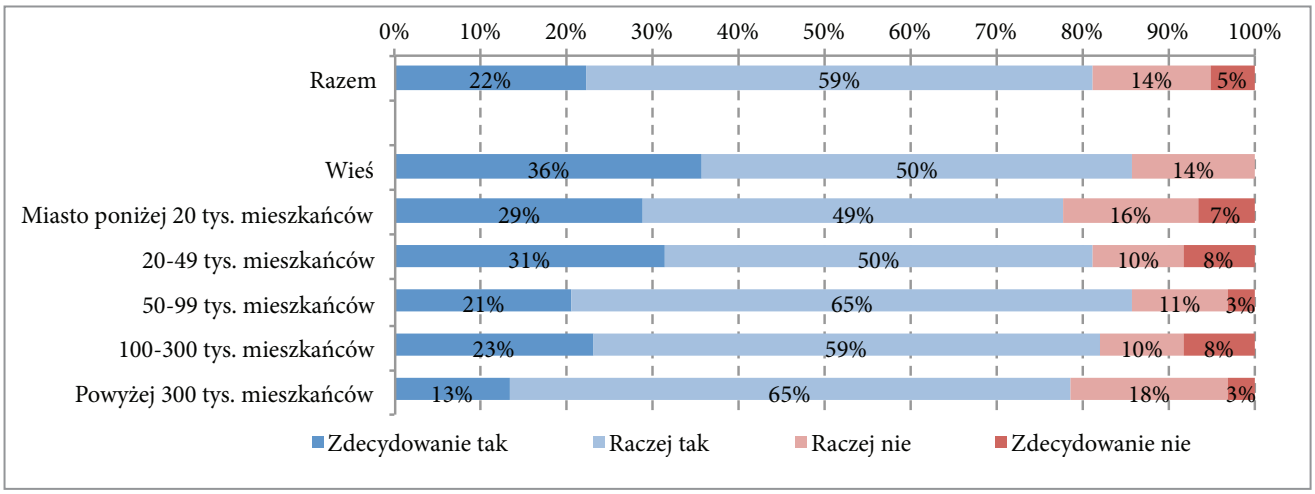
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 18 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc z kolei pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, przekonanych o występowaniu takiego wpływu jest 100% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach w województwach:

lubelskim, lubskim i podkarpackim. Natomiast najwięcej przeświadczonych o braku takiego oddziaływania respondentów zatrudnionych jest w przekształconych placówkach zlokalizowanych w województwach: łódzkim (38%), warmińsko-mazurskim (36%) oraz wielkopolskim (30%).

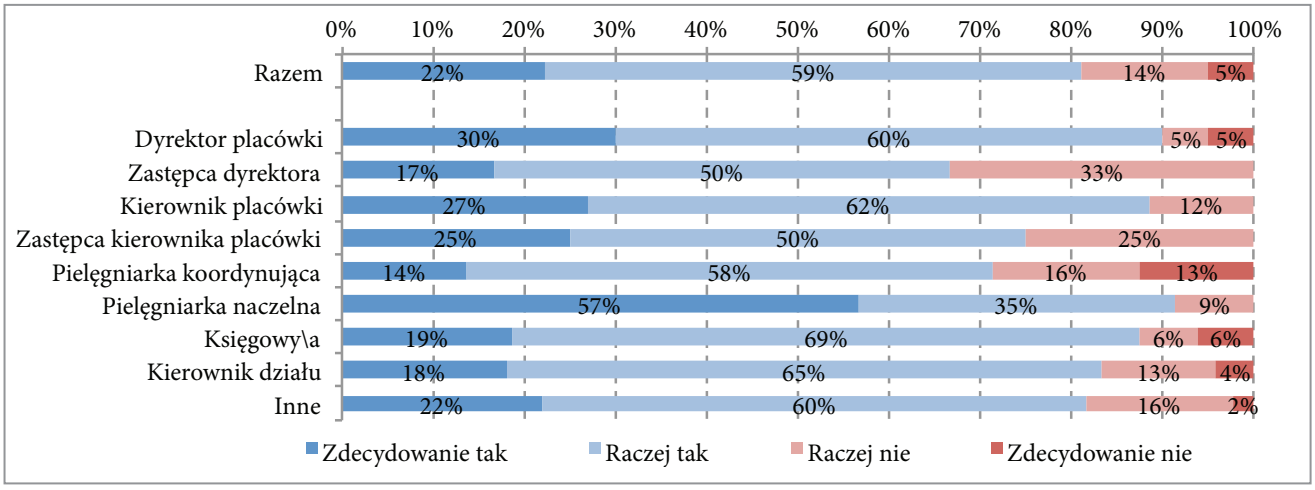
Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej, przeświadczonych o występowaniu takiego wpływu jest 86% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach na wsi (z czego aż 36% zdecydowanie tak uważa) oraz w miastach 50-99 tys. mieszkańców. Najmniej przeświadczonych o występowaniu takiego oddziaływania respondentów (78%) zatrudnionych jest w przekształconych placówkach zlokalizowanych w miastach poniżej 20 tys. i powyżej 300 tys. mieszkańców.

Rysunek 107. *Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 18 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 108. *Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 18 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

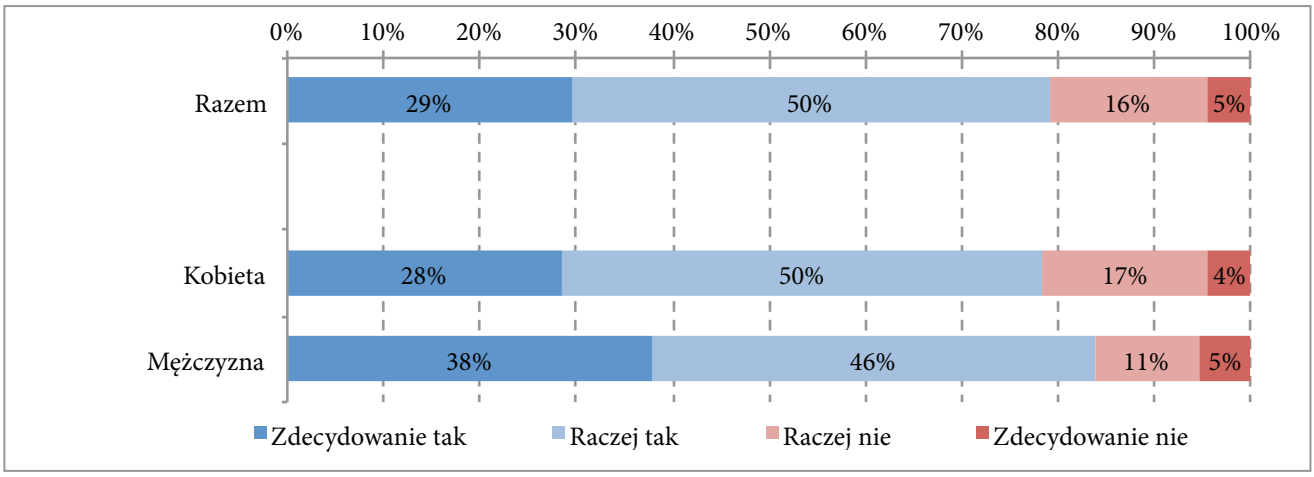
Analizując wpływ procesu przekształceń na poprawę sytuacji finansowej placówki opieki zdrowotnej ze względu na stanowisko zajmowane przez respondenta w przekształconej placówce zauważyć można, że prawie 90% respondentów zatrudnionych na stanowisku dyrektora przekształconej placówki, księgowego/ej, pielęgniarki naczelnej i kierownika placówki oraz nieco mniej (83%) na stanowisku kierownika działu wskazuje na takie oddziaływanie.

Wniosek: Ponad 80% respondentów, zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, uważa, że przekształcenia miały wpływ na poprawę sytuacji finansowej placówki, w której są zatrudnieni, przy czym co piąty z nich twierdzi, że wpływ ten był znaczący. Tylko 5% respondentów, pracujących w przekształconych ZOZ twierdzi, że proces przekształceń zdecydowanie nie miał wpływu na poprawę sytuacji finansowej ich placówki.

Pytanie 19. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? [12]

Na pytania od 16 do 20 odpowiadali tylko ci respondenci, którzy w pytaniu 15 wskazali, że pracują w tych jednostkach, które są nie przekształcone. W związku z tym analiza statystyczna objęła próbę N=333. Zdaniem 79% ankietowanych, zatrudnionych w przekształconych ZOZ, proces przekształceń miał wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w placówce, przy czym aż 29% z nich twierdzi, że wpływ ten był znaczący. Przede wszystkim wpływ taki zauważa 84% mężczyzn i prawie 80% kobiet zatrudnionych w przekształconych ZOZ-ach.

Rysunek 109. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*

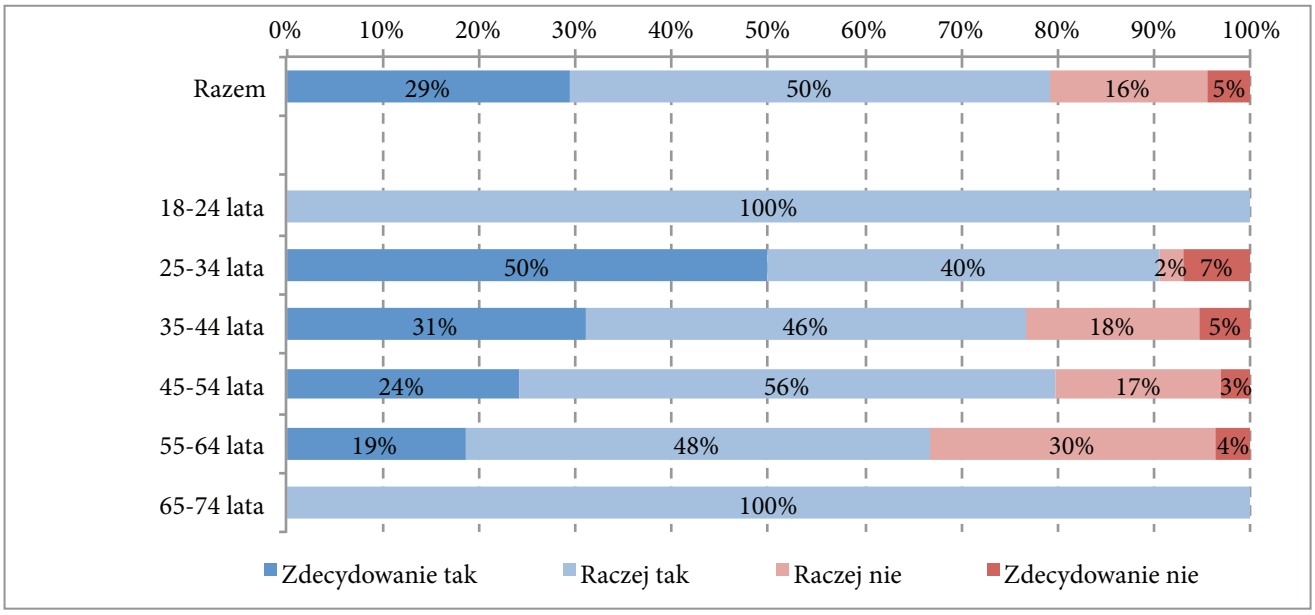


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 19 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Są to osoby młode – 100% w wieku 18-24 lat i 90% w wieku 25-34 lat. Natomiast aż 34% ankietowanych w wieku 55-64 lat, zatrudnionych w spółkach prawa handlowego, nie dostrzega wpływu przekształceń na poprawę jakości świadczonych usług.

[12] Pytanie zostało zadane wyłącznie uczestnikom studiów podyplomowych, którzy wskazali, iż placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego

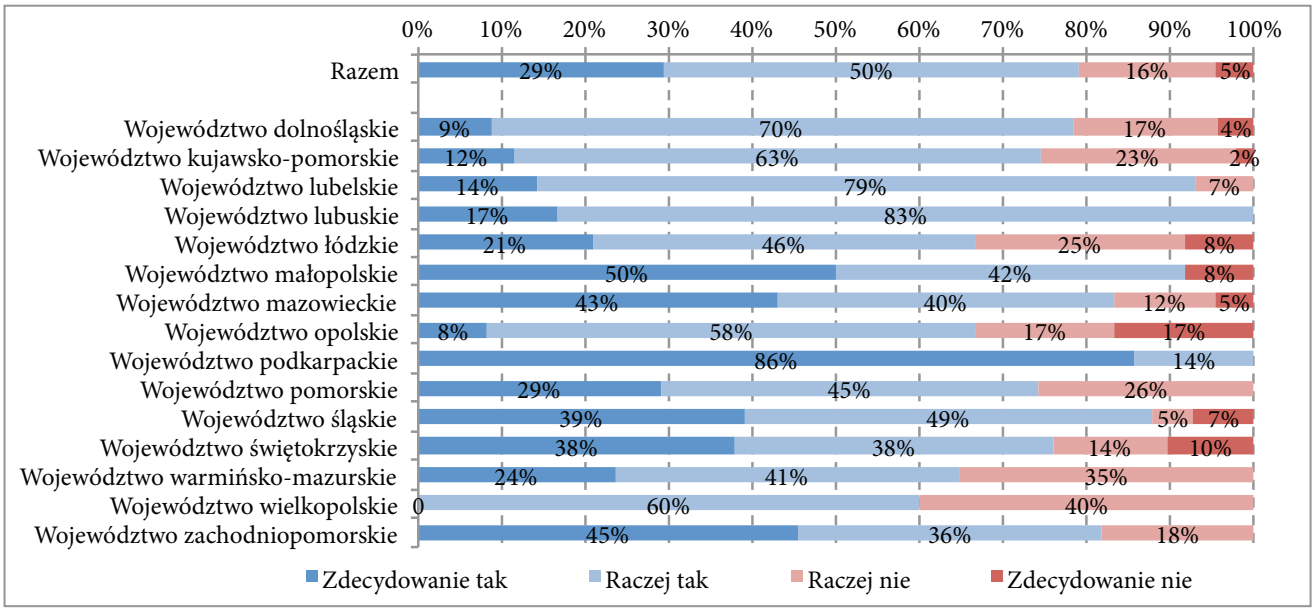
Rysunek 110. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 19 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

100% respondentów, zatrudnionych w przekształconych placówkach, zlokalizowanych w województwach lubuskim i podkarpackim oraz około 90% w województwach lubelskim, małopolskim i śląskim zauważa wpływ przekształceń na poprawę jakości świadczonych przez te placówki usług.

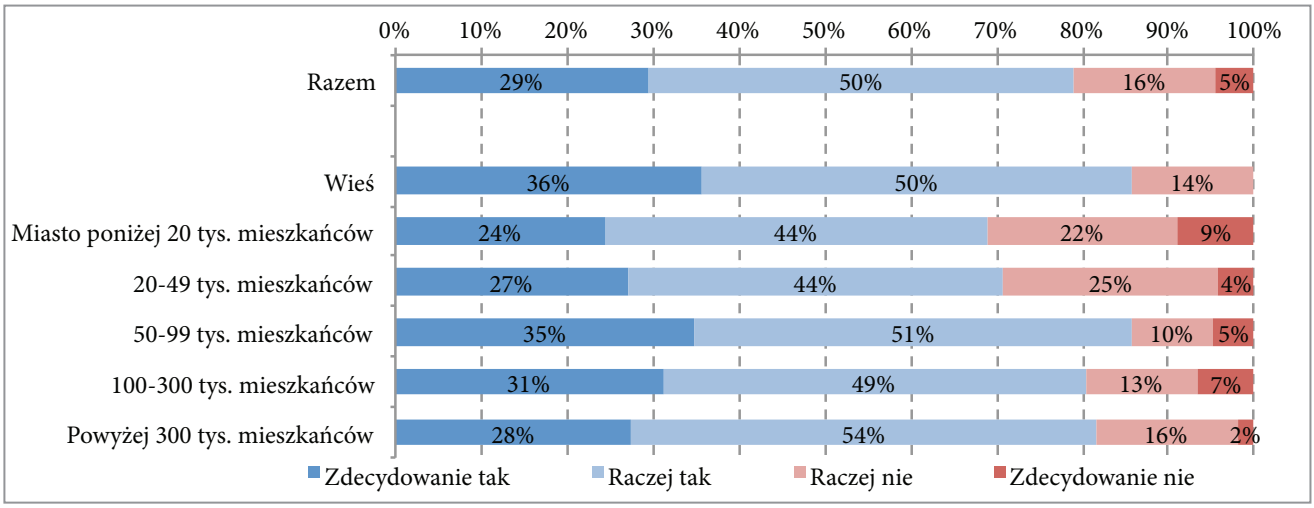
Rysunek 111. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 19 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Co ciekawe, wpływ taki zaobserwowało 86% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach na wsi i w miastach 50-99 tys. mieszkańców oraz 82% pracujących w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

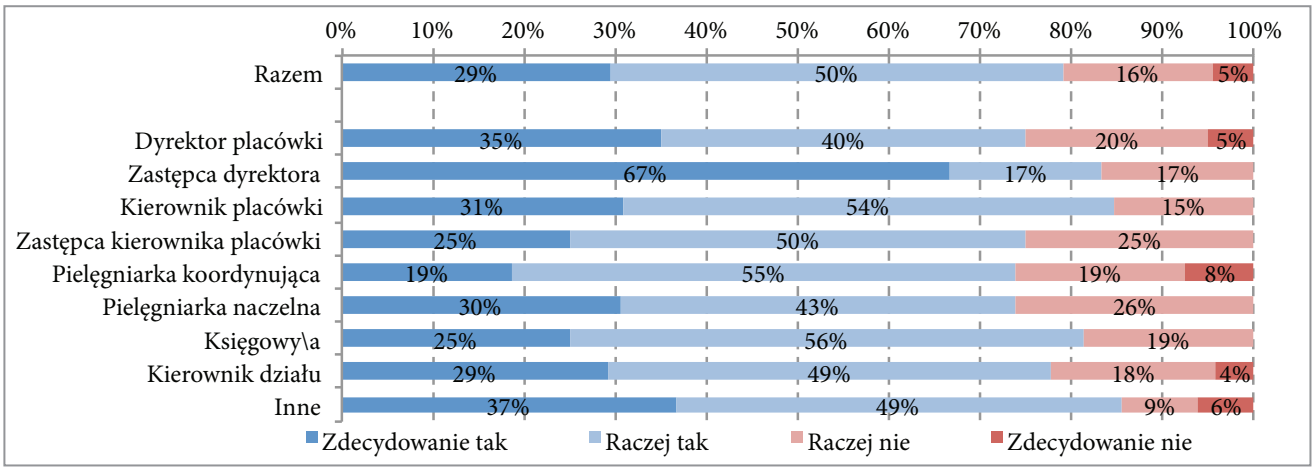
Rysunek 112. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 19 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Z kolei biorąc pod uwagę stanowisko zajmowane przez respondenta w przekształconej placówce opieki zdrowotnej, najwięcej osób, które nie zauważyły wpływu przekształceń na poprawę jakości usług to pielęgniarki (34% pielęgniarek koordynujących i 27% pielęgniarek naczelnych), nadzorujące prace i bezpośrednie przełożone świadczących usługi zdrowotne pielęgniarek.

Rysunek 113. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



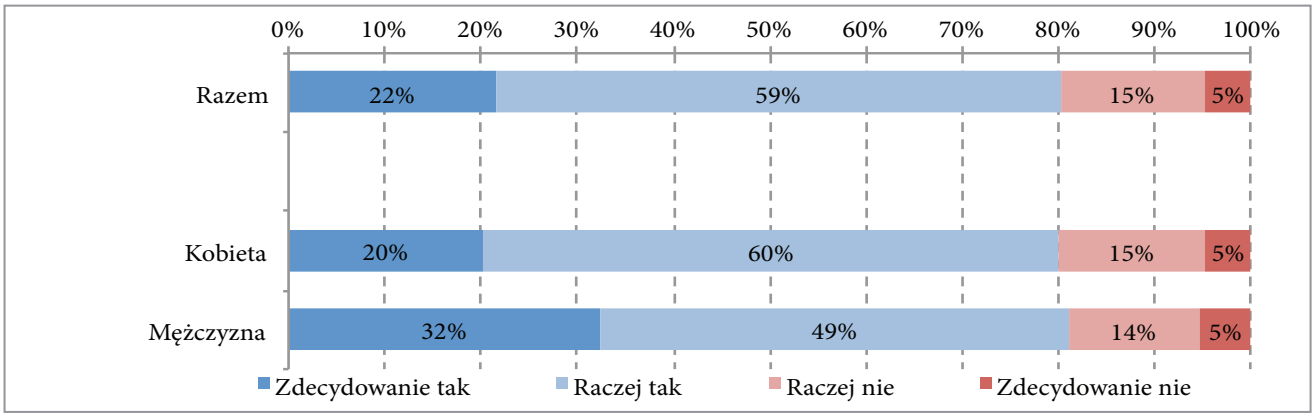
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 19 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wniosek: Prawie 80% respondentów, zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, uważa, że proces przekształceń miał wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w placówce, przy czym aż 30% z nich twierdzi, że wpływ ten był znaczący

Pytanie 20. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? [13]

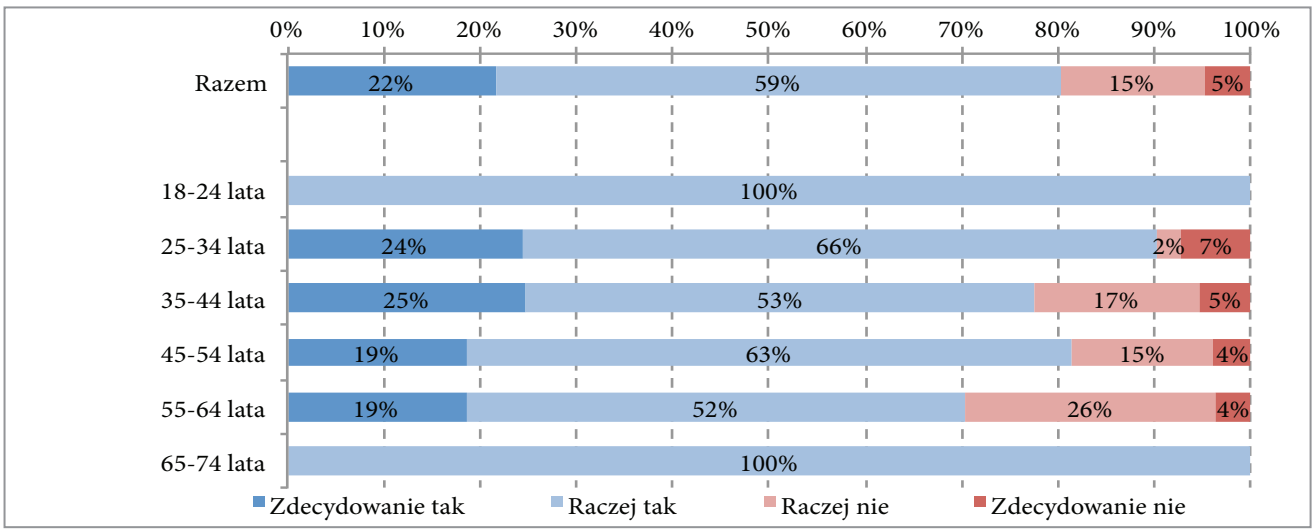
Na pytania od 16 do 20 odpowiadali tylko ci respondenci, którzy w pytaniu 15 wskazali, że pracują w tych jednostkach, które są nie przekształcone. W związku z tym analiza statystyczna objęła próbę N=333. Na pytanie czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w placówce rozkład odpowiedzi był bardzo podobny jak w pytaniu poprzednim. Według 80% respondentów, zatrudnionych w przekształconych ZOZ, wpływ taki występuje, przy czym 22% z nich zdecydowanie tak uważa. Wpływ taki zauważa 81% mężczyzn (aż 32% zdecydowanie tak uważa) i 80% kobiet zatrudnionych w przekształconych ZOZ-ach.

Rysunek 114. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 20 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 115. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



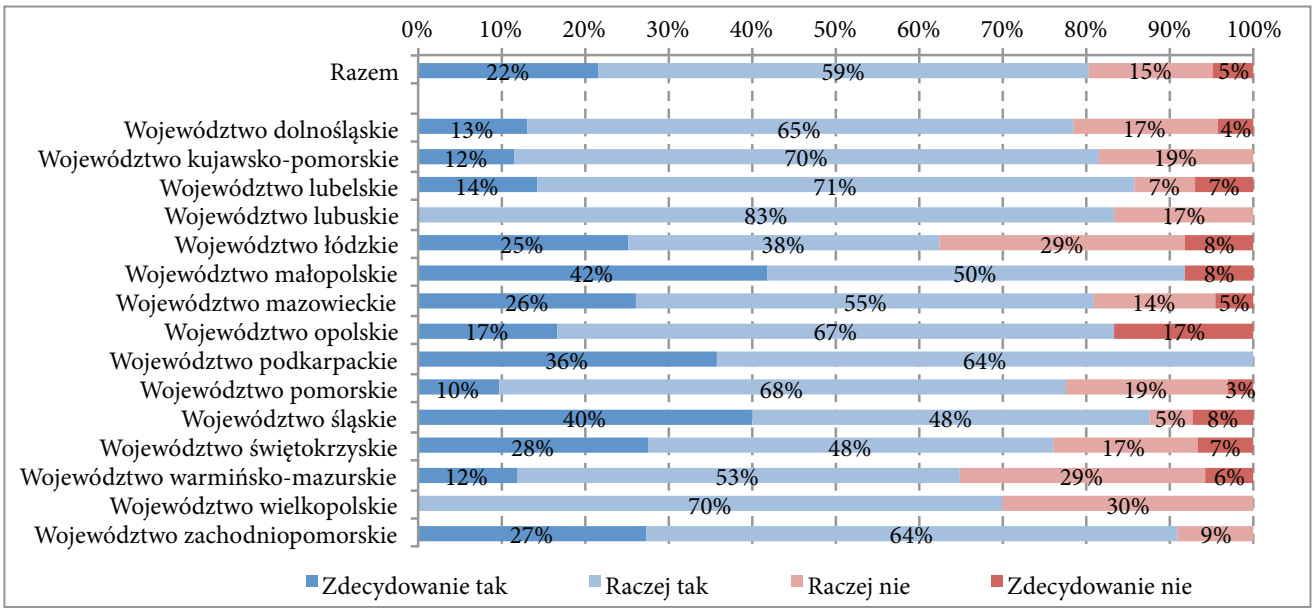
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 20 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

[13] Pytanie zostało zadane wyłącznie uczestnikom studiów podyplomowych, którzy wskazali, iż placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego

Są to osoby młode – 100% w wieku 18-24 lat i 90% w wieku 25-34 lat. Natomiast aż 30% ankietowanych w wieku 55-64 lat, zatrudnionych w spółkach prawa handlowego, nie dostrzega wpływu przekształceń na poprawę dostępności świadczonych usług.

Wpływ taki jest też zauważany przez 100% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach zlokalizowanych w województwie podkarpackim, 92% w województwie małopolskim i 91% w zachodniopomorskim. Natomiast ponad 30% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach zlokalizowanych w województwach łódzkim i warmińsko-mazurskim nie zaobserwowało wpływu procesu przekształceń na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w placówce.

Rysunek 116. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

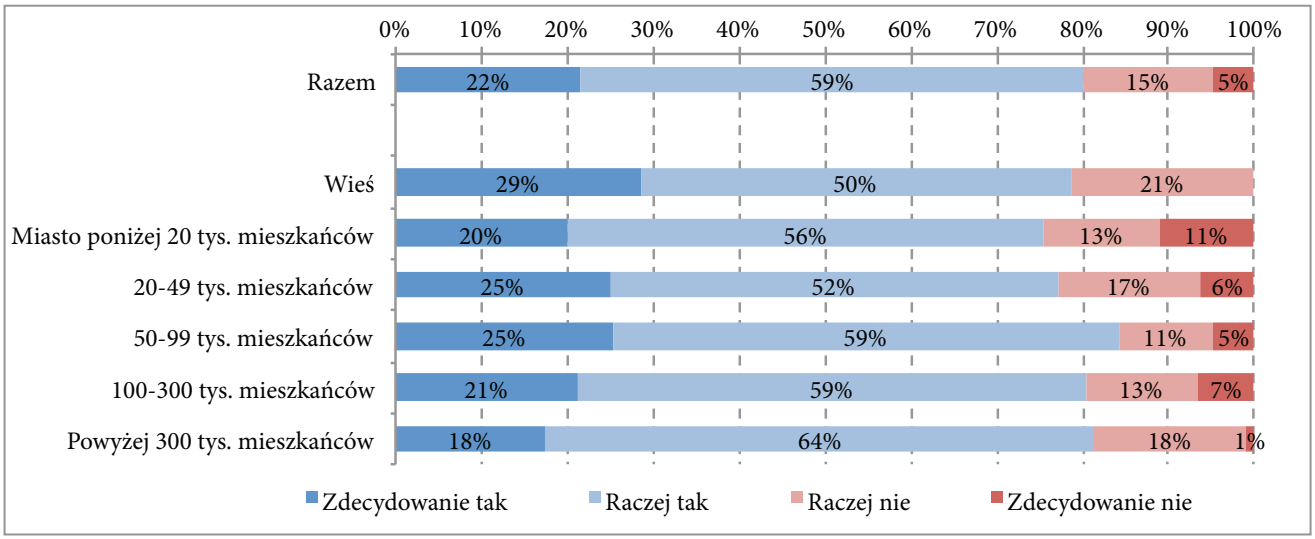


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 20 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Co ciekawe, wpływ przekształceń na poprawę dostępności świadczonych usług zaobserwowało 84% respondentów zatrudnionych w przekształconych placówkach w miastach 50-99 tys. mieszkańców oraz 82% pracujących w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców i 80% w miastach 100-300 tys. mieszkańców.

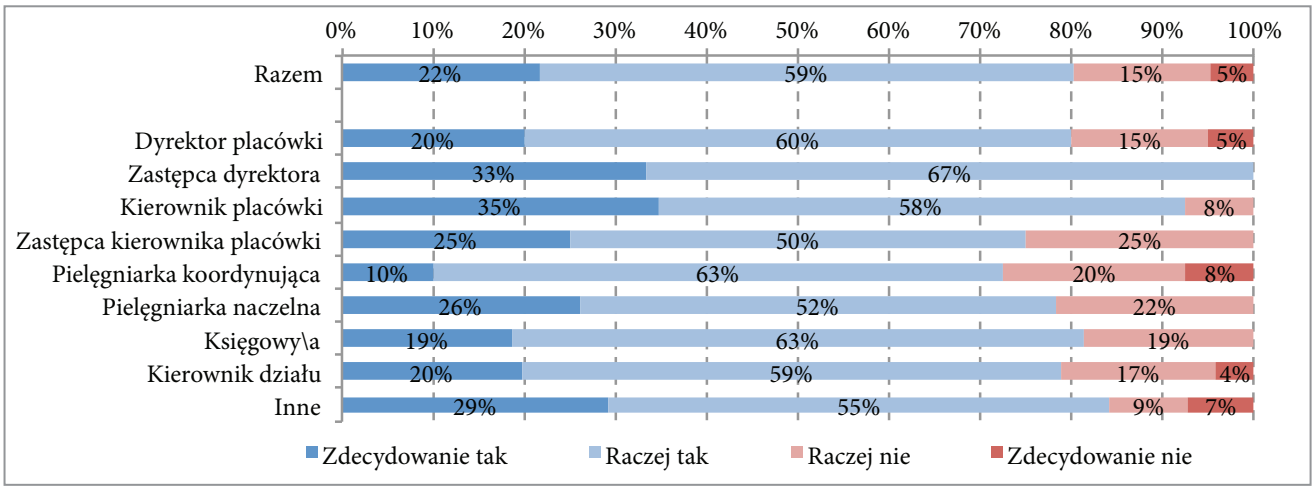
Wpływ ten najbardziej dostrzegany jest przez zastępców dyrektora (100% odpowiedzi) i kierowników przekształconych placówek (93%), najmniej natomiast zauważany jest przez, tak jak w poprzednim pytaniu, pielęgniarki (36% pielęgniarek koordynujących i 23% pielęgniarek naczelnych).

Rysunek 117. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 20 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 118. *Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 20 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wniosek: Prawie 80% respondentów, zatrudnionych w przekształconych podmiotach leczniczych, uważa, że proces przekształceń miał wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w placówce, przy czym co piąty z nich twierdzi, że wpływ ten był znaczący. Oznacza to pozytywną ocenę podjętego procesu przekształceń i poparcie go w podejmowanych działaniach.

Pytanie 21. Proszę wskazać najmocniejszą oraz najsłabszą stronę projektu szkoleniowego, w którym Pan/i uczestniczył/a.

W pytaniu tym poproszono ankietowanych o wskazanie najmocniejszej i najsłabszej strony projektu szkoleniowego, w którym brali udział. Większość respondentów wskazało na *„wysoko kwalifikowaną kadrę"*, podkreślając *„profesjonalizm wykładowców"*, ich *„zasób wiedzy i kompetencje"*, *„zajęcia z praktykami"*, *„ciekawe wykłady"*, *„otwartość wykładowców na nasze problemy i uwagi"*, *„fajni wykładowcy zwłaszcza zagraniczni"*, *„dobra kadra zapoznana na bieżąco z nowościami, zakresem ustaw, podnosi kwalifikacje"*. Bardzo często respondenci wskazywali także na: *„bardzo dobre wykłady"*, *„bardzo dobry poziom przekazywanej wiedzy"*, *„bardzo dobrze prowadzone konwersatoria"*, *„dobra jakość wykładów, dużo nowości"*, *„dobrze prowadzony e-learning"*. Często podkreślano *„dobrą organizację"*, *„punktualność i terminowość"*, *„dostęp do informacji"*, *„dogodny czas zaliczeń"*, *„dobrze ułożony harmonogram"*, *„logikę w planowaniu zajęć"*, a także *„dostęp do materiałów"*. Wśród najmocniejszych stron wskazywano także *„dofinansowanie unijne"* i *„bezpłatność projektu"*.

Zajęcia opisywano jako *„ciekawe"* i *„urozmaicone"*. Często wymieniano te, które przydatne są w praktyce, a w szczególności: *„zagadnienia prawne"*, *„zarządzanie zasobami ludzkimi"*, *„zagadnienia z zakresu zarządzania"*, *„nowe zagadnienia np. o ochronie danych osobowych; ISO"*, *„zarządzanie zespołem"*. Doceniono również *„miłą atmosferę"*, *„dobre wrażenie"*, *„doskonałą komunikację z wykładowcami"*, *„klimat i szacunek dla studenta, otwartość"*. Dla wielu respondentów dobrą stroną było *„spotkanie z innymi menadżerami, z którymi można było porozmawiać o różnych problemach związanych z zabezpieczeniem dokumentacji medycznej czy informatyzacji"*, *„spotkania z osobami z różnych placówek i możliwość wymiany doświadczeń"*.

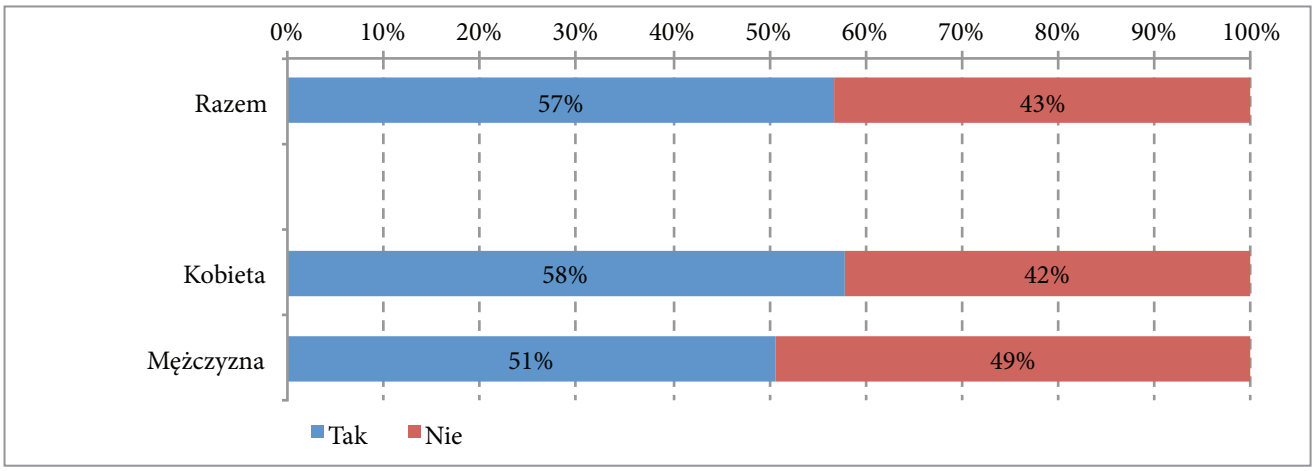
Mniej niż 10 respondentów, w grupie 1200 badanych, nie znalazło mocnej, *„dominującej"* strony.

Jeśli chodzi o najsłabszą stronę projektu, zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że *„nie było słabych stron"* lub ich *„nie zauważyli"*. Jednakże część respondentów wskazało na bazę lokalową, a w szczególności *„małe i ciasne sale wykładowe"*, *„zimne sale"*, *„brak klimatyzacji"*, *„sale dydaktyczne, krzesła dla studentów nie przystosowane do zajęć"*, *„ubogie wyposażenie sal"*, oraz położenie obiektu, w którym przeprowadzono szkolenie, a szczególnie *„daleki dojazd"*, *„remonty na drogach"*, *„brak parkingu"*. Zauważono także brak zaplecza socjalnego *„do zrobienia kawy i herbaty"*, a także *„brak posiłków"* i *„brak cateringu"*. Nieliczni wskazywali na *„brak zwrotów kosztów dojazdu i noclegów"*. Jeśli chodzi o organizację, część respondentów odnotowało *„trochę chaosu na początku zajęć"*, *„niesprawnie działającą platformę e-learningową"*, *„problemy techniczne – brak rzutnika"*. Wskazując słabą stronę projektu ankietowani wymieniali *„mało ćwiczeń i praktycznych propozycji"*, *„brak warsztatów"*, natomiast jeśli chodzi o zajęcia, respondenci zauważali, że *„nie wszystkie tematy były potrzebne ponieważ studia skierowane były do specjalistów"*, *„za dużo zajęć z pielęgniarstwa"*, *„dobór wykładowców z ministerstwa"*, którzy *„przekazywali tylko suche fakty"*, *„mało wiadomości o funduszach"*, *„omówienie współpracy z NFZ z punktu oczekiwań Funduszu"*.

Pytanie 22. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych?

Zdaniem 57% ankietowanych forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. Biorąc pod uwagę płeć respondentów można stwierdzić, że 51% mężczyzn oraz 58% kobiet uważa, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. Ilustruje to dane zamieszczone na poniższym rysunku.

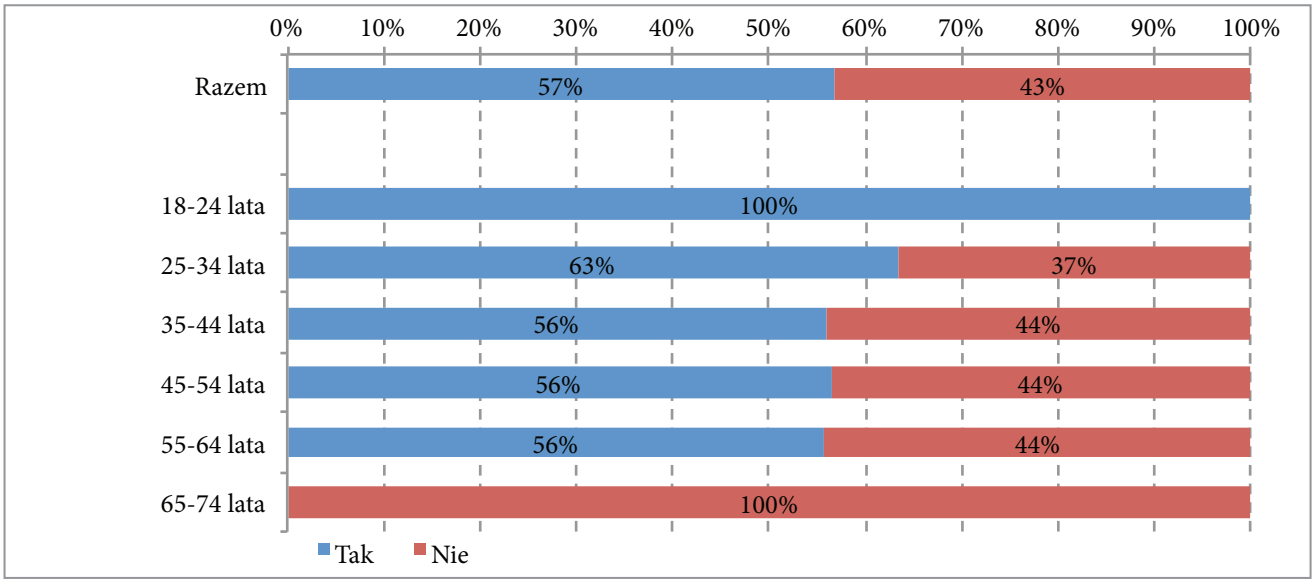
Rysunek 119. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 22 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Przekonanych jest o tym również 100,% ankietowanych w wieku 18-24 lata. Analizując zamieszczony poniżej rysunek zauważyć można, że poziom akceptacji dla tego stwierdzenia maleje wraz ze wzrostem wieku ankietowanych. Twierdzi tak 63% ankietowanych w wieku 25-34 lata, 56% w przedziałach wiekowych 35-44 lata, 45-54 lata oraz 55-64 lata. Nie zgadza się z tą opinią 100% ankietowanych w wieku powyżej 65 lat.

Rysunek 120. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*

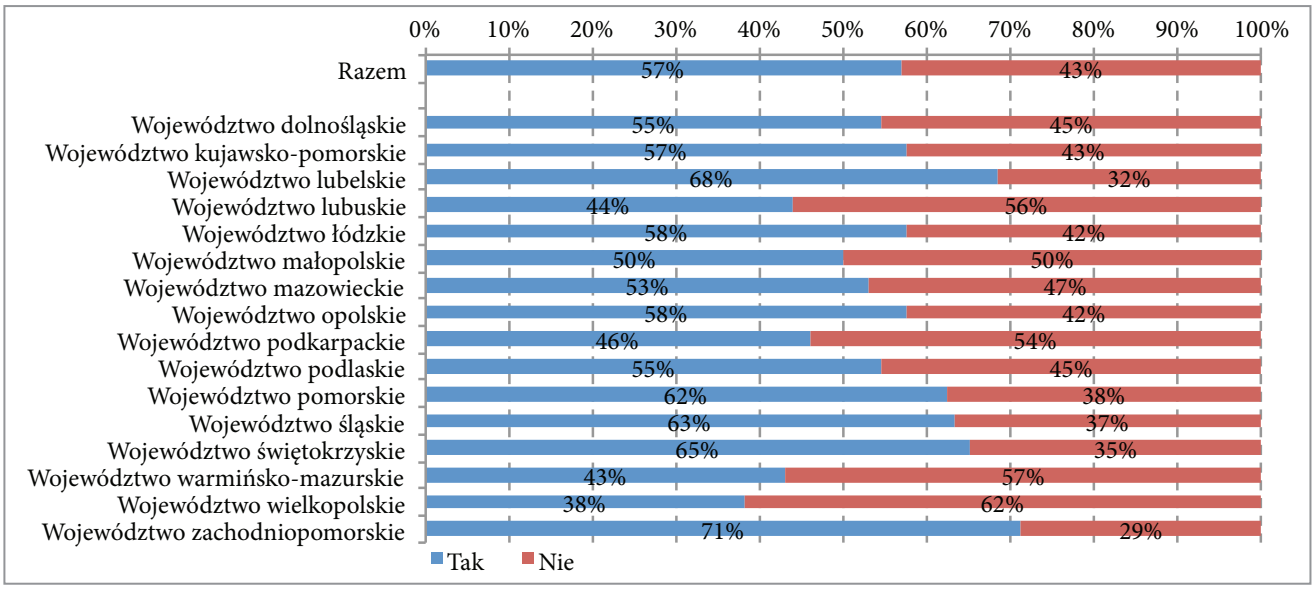


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 22 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie ze względu na województwo, w którym zlokalizowana jest placówka zatrudniająca ankietowanych zauważamy, że 71% respondentów z województwa zachodniopomorskiego, 68%

z lubelskiego i 65% ze świętokrzyskiego uważa, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. Jednakże, nie zgadza się z tym stwierdzeniem 62% respondentów z województwa wielkopolskiego i ponad 55% z lubuskiego i warmińsko-mazurskiego.

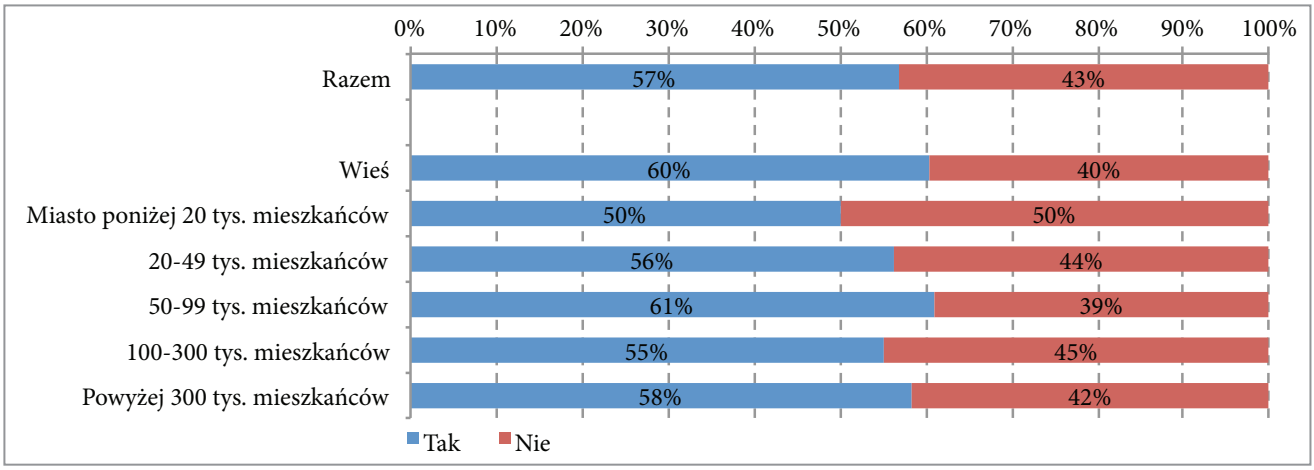
Rysunek 121. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 22 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Zdaniem 60% ankietowanych, zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w miastach 50-99 tys. mieszkańców i na wsi, forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. W miastach poniżej 20 tys. mieszkańców opinie rozłożyły się równomiernie po 50%.

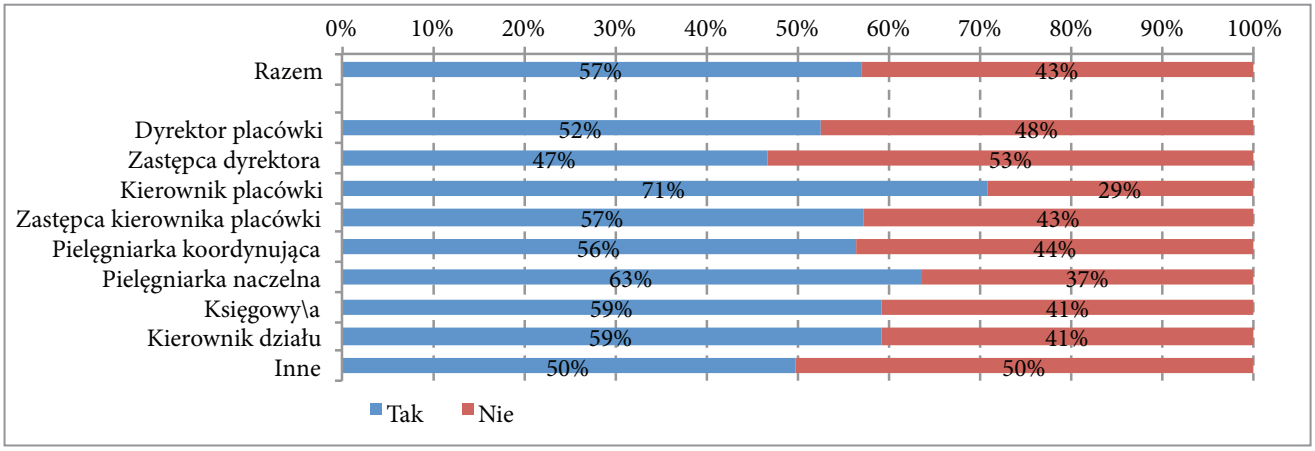
Rysunek 122. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 22 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie ze względu na stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej zauważamy, że 71% kierowników placówki i 57% ich zastępców twierdzi, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. Jednakże, co dziwi, nie zgadza się z tym stwierdzeniem 48% dyrektorów i 53% zastępców dyrektorów placówki.

Rysunek 123. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 22 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Swoje przekonanie, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje jakość świadczeń medycznych ankietowani uzasadniali tym, że *„spółki prawa handlowego są lepiej zarządzane", „spółki mogą więcej", „mają możliwość dysponowania środkami", „brak jest ograniczeń w dysponowaniu środkami"*, ich *„zasoby finansowe pozwalają zwiększyć jakość"*, a *„dobrze zarządzana i dochodowa spółka = wydajniejsza praca załogi"*. Respondenci twierdzili również, że *„bardziej się staramy jak coś jest naszą własnością"*, *„lepsze usługi w spółkach prawa handlowego wymusza konkurencja"*. Poza tym placówki prywatne charakteryzuje *„bardziej staranna obsługa"*, *„uregulowany kontakt z lekarzem specjalistą"*, *„dostęp do świadczeń odpłatnych, komercyjnych"*, *„placówki prywatne świadczą usługi na lepszym sprzęcie"*. Duże znaczenie według respondentów mają także *„wyższe płace w spółkach, które wpływają motywująco na pracowników"*, *„niestety, zawsze tak jest i będzie, że wynagrodzenie finansowe pracownika ma wpływ na jakość jego pracy"*.

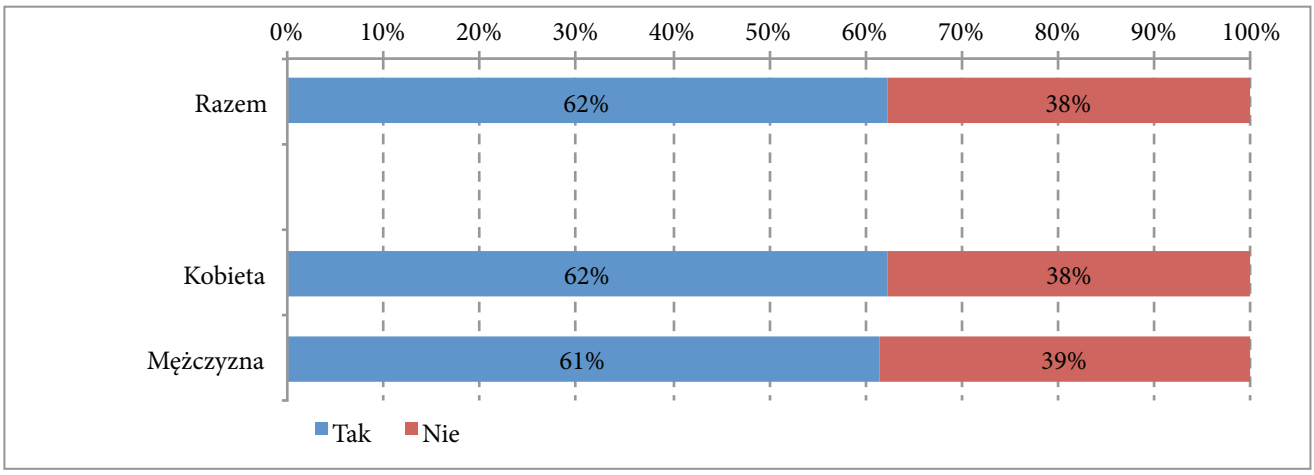
Z kolei nie zgadzający się z tym stwierdzeniem ankietowani przekonywali, że *„forma prawna nie ma znaczenia dla jakości usług", nie może być zależności"*, *„forma nie powinna mieć znaczenia jeżeli chodzi o leczenie pacjenta"*, ponieważ *„pacjent musi być podmiotem", „pacjent jest najważniejszy"*. Jakość świadczonych usług *„zależy od profesjonalizmu załogi", „dobrze wyszkolonej kadry medycznej", „bo każdy pracownik jest odpowiedzialny za wykonywanie świadczeń, wykonanie swoich zadań"*. W tym zakresie *„bardziej decyduje czynnik ludzki"* a nie forma prawna podmiotu leczniczego, *„każdy podmiot winien zachować wysoki poziom świadczeń"*.

Wniosek: Prawie 60% ankietowanych uważa, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych. Swoje przekonanie, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje jakość świadczeń medycznych ankietowani uzasadniali tym, że spółki prawa handlowego są lepiej zarządzane, mają możliwość dysponowania środkami, ich zasoby finansowe pozwalają zwiększyć jakość, lepsze usługi w spółkach prawa handlowego wymusza konkurencja.

Pytanie 23. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych?

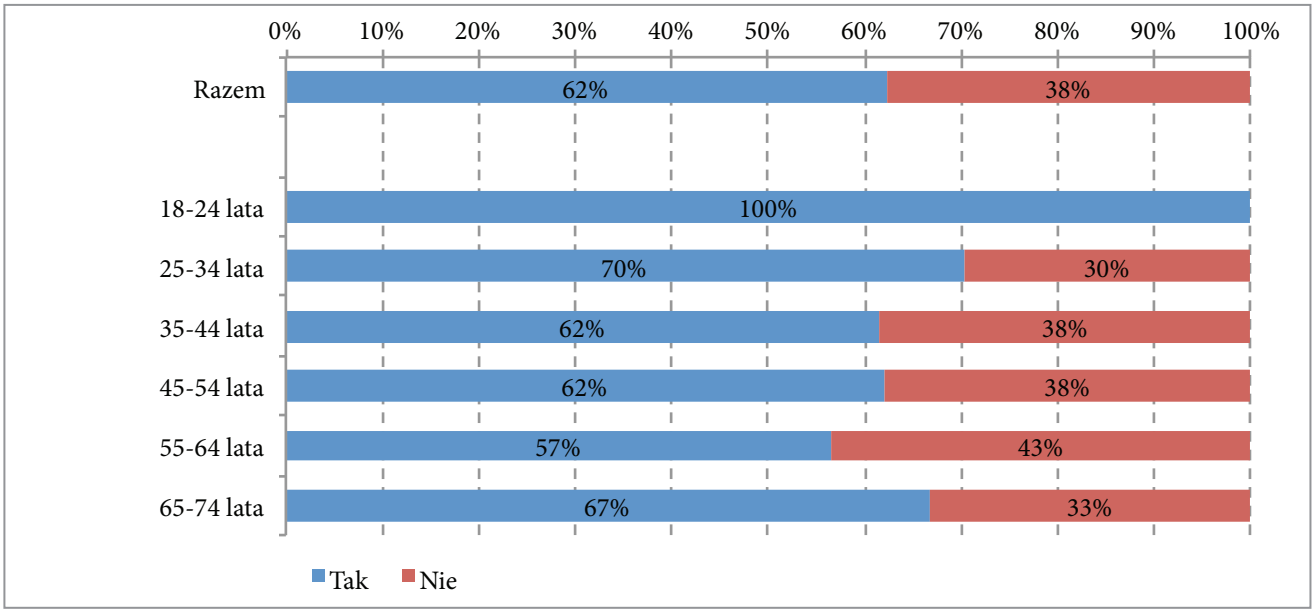
Według 62% ankietowanych forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych. Przekonanych jest o tym 62% kobiet i 61% mężczyzn.

Rysunek 124. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 23 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 125. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*

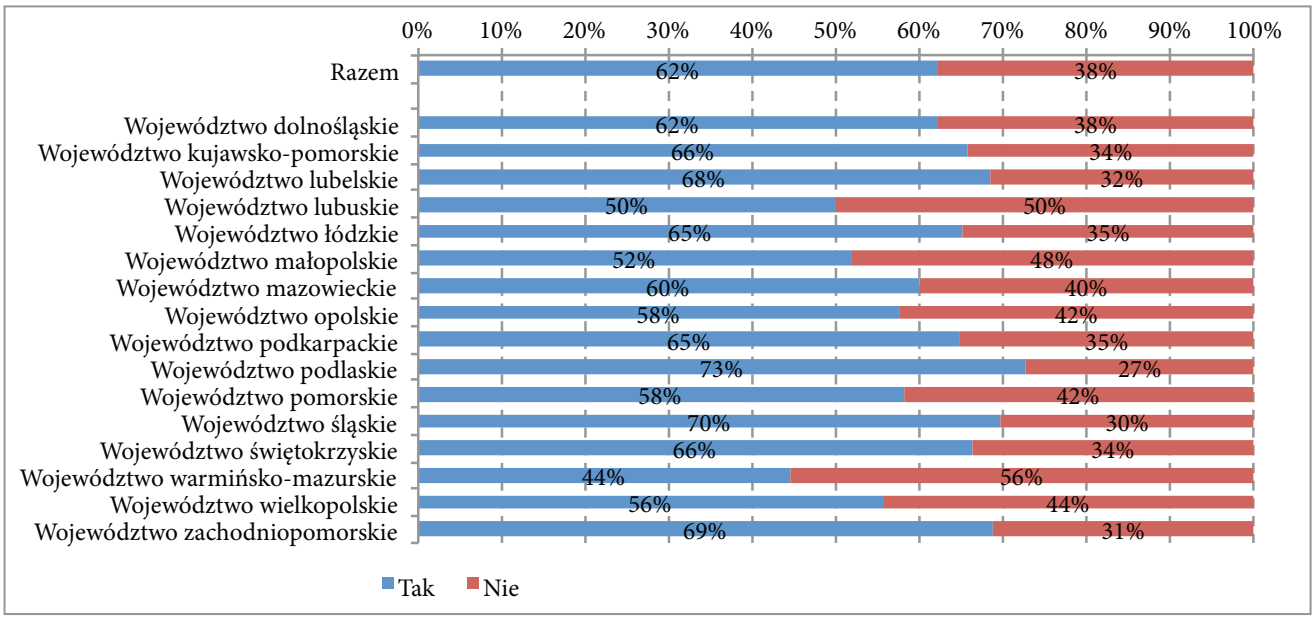


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 23 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Przekonanych jest o tym 100% ankietowanych w wieku 18-24 lata, 70% w wieku 25-34 lata, 62% w przedziałach wiekowych 35-44 lata oraz 45-54 lata, 57% w wieku 55-64 lata oraz 67% ankietowanych w wieku powyżej 65 lat.

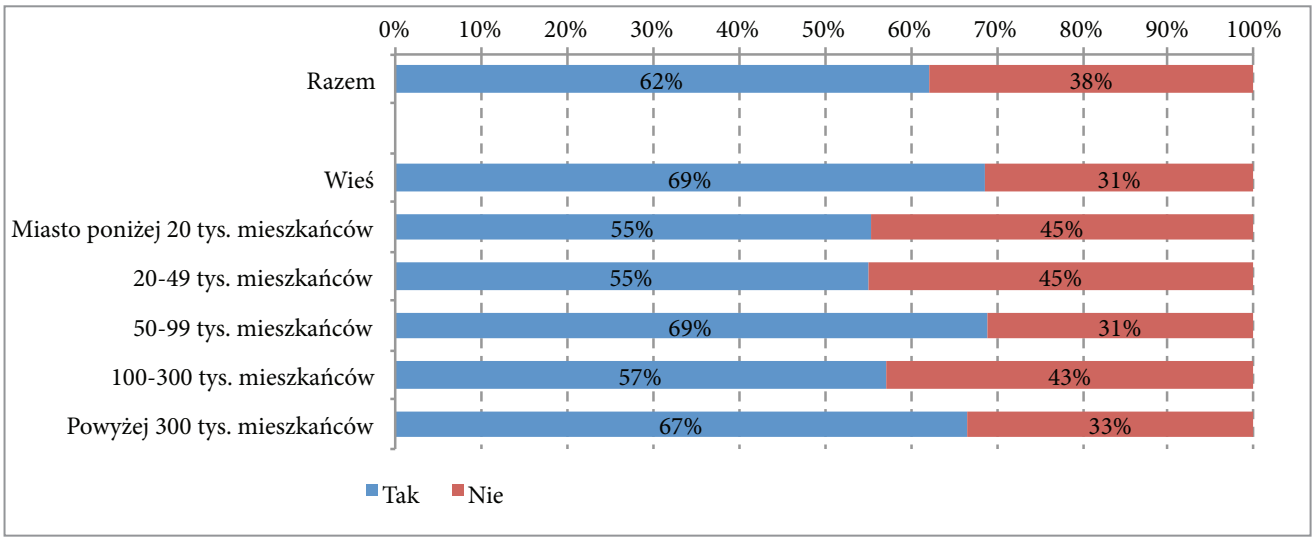
Zgadza się z tym stwierdzeniem około 70% ankietowanych zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w województwach podlaskim, śląskim, zachodniopomorskim i lubelskim. Najwięcej opinii przeciwnych wyrażali ankietowani z województw warmińsko-mazurskiego (56%) i lubuskiego (50%).

Rysunek 126. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 23 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 127. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*

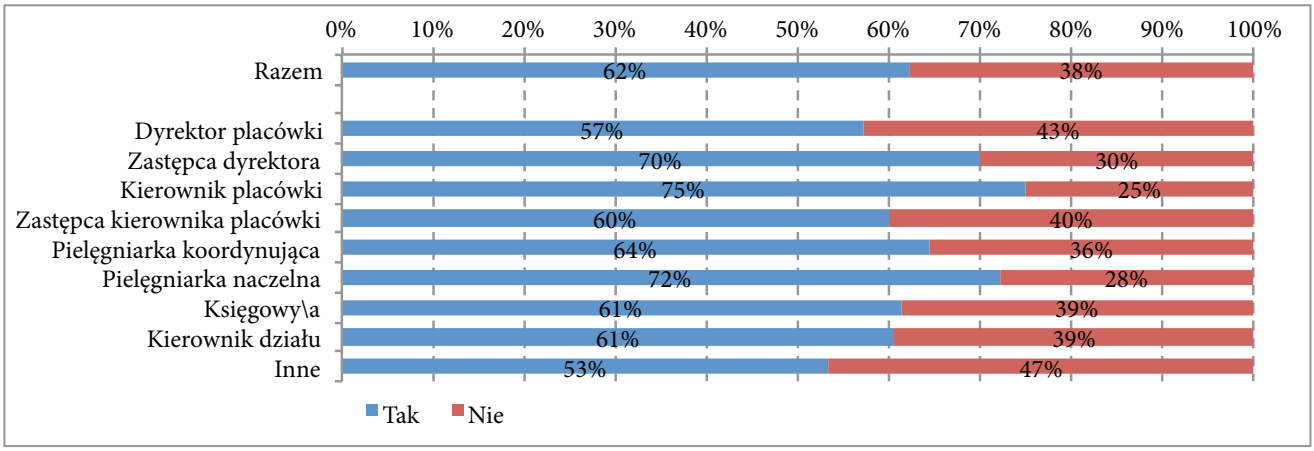


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 23 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę lokalizację placówki zatrudniającej ankietowanych zauważamy, że 69% ankietowanych zatrudnionych na wsi i w miastach 50-99 tys. mieszkańców twierdzi, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych. Przekonanych jest o tym również 67% zatrudnionych w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców.

Analizując rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie ze względu na stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej zauważamy, że 75% kierowników placówki i 60% ich zastępców twierdzi, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych. Przekonanych jest o tym również 72% pielęgniarek naczelnych i 66% pielęgniarek koordynujących.

Rysunek 128. *Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 23 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Swoje przekonanie, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje dostępność świadczeń medycznych ankietowani uzasadniali tym, że spółki prawa handlowego *„mają możliwość dysponowania środkami"*, *„stan finansów umożliwia dostępność większej ilości usług"*, *„dostępność jest większa w prywatnych placówkach ze względu na brak ograniczeń"*, *„dobra sytuacja finansowa pozwala na rozszerzanie usług"*, *„mogą rozszerzyć wachlarz usług komercyjnych"*. Respondenci twierdzili również, że *„w podmiotach publicznych są bardzo duże kolejki, a w spółkach nie ma"*, *„w spółkach brak jest kolejek do specjalistów"*, *„bo w spółkach dobrze zarządzanych tych kolejek może nie być ponieważ istnieje możliwość komercjalizacji usług"*, *„kwalifikowanie pacjenta, możliwość odmowy pacjentom nieuzasadnionych świadczeń powoduje mniejsze kolejki do specjalistów"*. Duże znaczenie według respondentów ma także to, że *„spółki mogą ściągnąć specjalistów i zapewnić pacjentom wieloraką opiekę medyczną"*.

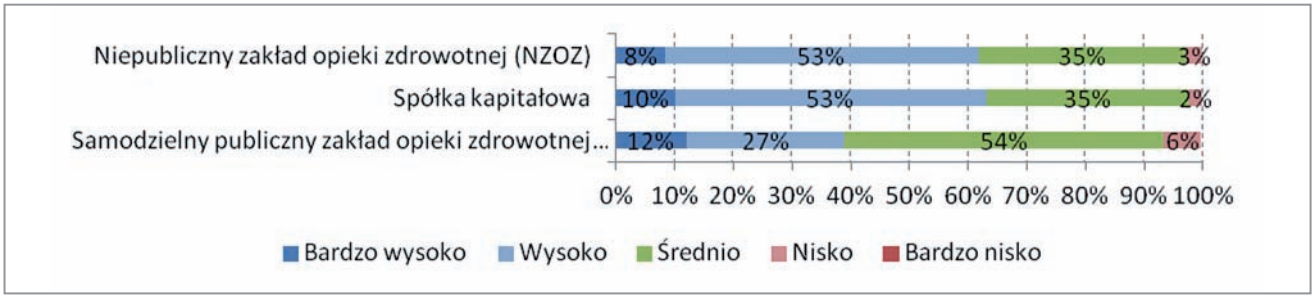
Z kolei nie zgadzający się z tym stwierdzeniem ankietowani przekonywali, że *„forma prawna nie ma znaczenia"*, *„bo to jest związane z kontraktacją usług z NFZ"*, *„kontrakty nie forma warunkują dostępność"*. Dostępność świadczonych usług *„zależy od ludzi i zarządzania nie od formy podmiotu"*, *„każda z placówek robi wszystko by poziom dostępności usług był najwyższy"*, *„każdy zakład chce jak najlepiej dla pacjenta"*.

Wniosek: Ponad 60% ankietowanych uważa, że forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych.

Pytanie 24. Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?

W kolejnych pytaniach poproszono ankietowanych o ocenę dostępności i jakości świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego. Z zamieszczonego poniżej rysunku wynika, że ankietowani dosyć wysoko ocenili dostęp do świadczeń medycznych w spółkach kapitałowych (10% bardzo wysoko, 53% wysoko) oraz w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (8% bardzo wysoko i 53% wysoko). Najgorzej respondenci ocenili dostępność świadczeń w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (54% średnio i 6% nisko).

Rysunek 129. *Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?*

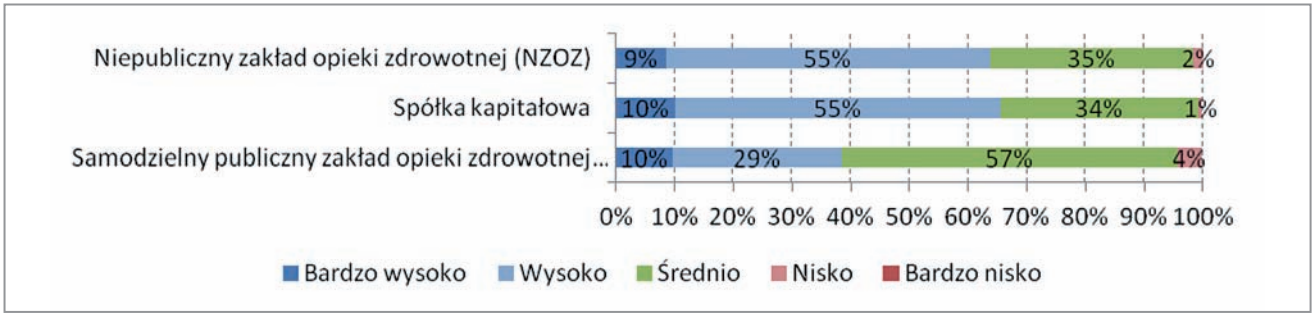


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 24 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 25. Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?

Równie wysoko, jak w przypadku dostępności, ankietowani ocenili jakość świadczeń medycznych w spółkach kapitałowych (10% bardzo wysoko, 55% wysoko) oraz w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (9% bardzo wysoko i 55,0 wysoko). W tym przypadku również najgorzej respondenci ocenili dostępność świadczeń w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (57% średnio i 4% nisko).

Rysunek 130. *Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?*

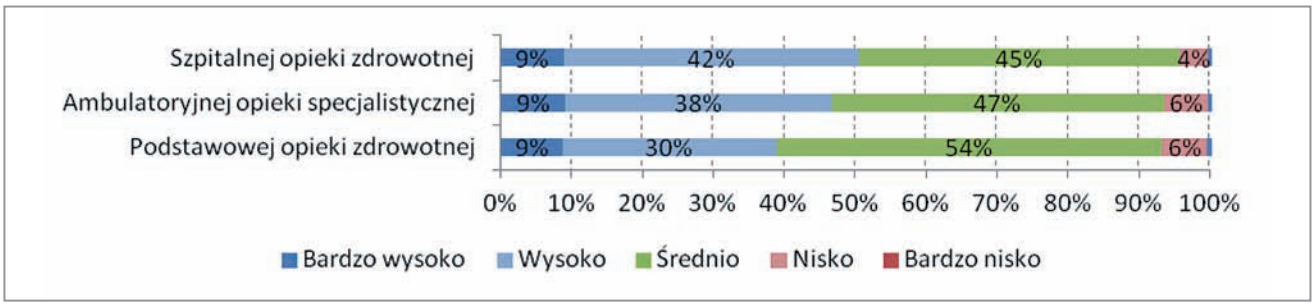


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 25 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 26. Jak ocenia Pan/i jakość obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?

Następnie poproszono ankietowanych o ocenę jakości i dostępności obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ankietowani najwyżej ocenili jakość obecnie świadczonych usług w zakresie szpitalnej opieki zdrowotnej (9% bardzo wysoko, 42% wysoko, 45% średnio i 4% nisko). W opinii respondentów nieco gorzej wypada ocena jakości usług w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (9% bardzo wysoko, 38% wysoko, 47% średnio i 6% nisko). Najgorzej ankietowani ocenili jakość usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (9% bardzo wysoko, 30% wysoko, 54% średnio i 6% nisko).

Rysunek 131. *Jak ocenia Pan/i jakość obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?*

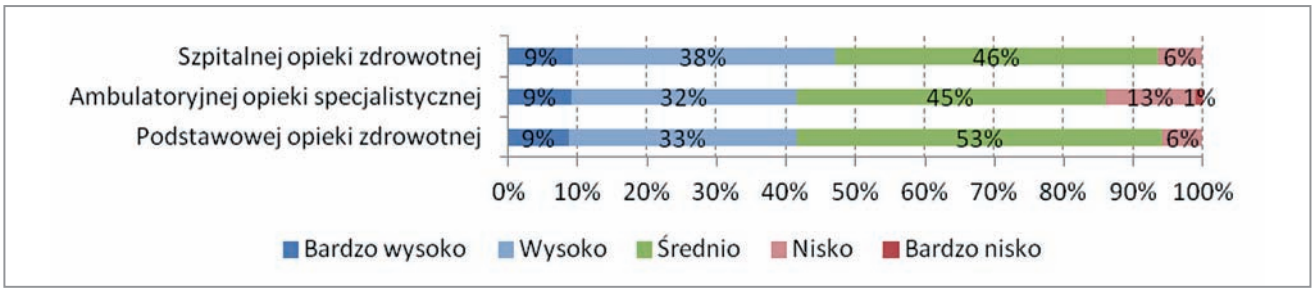


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 26 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 27. Jak ocenia Pan/i dostępność obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?

Podobnie, jak w przypadku jakości, ankietowani najlepiej ocenili dostępność świadczonych usług w zakresie szpitalnej opieki zdrowotnej, (9% bardzo wysoko i 38% wysoko, 46% średnio i 6% nisko). W opinii respondentów nieco gorzej wypada ocena dostępności usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (9% bardzo wysoko, 33% wysoko, 53% średnio i 6% nisko). Najgorzej ankietowani ocenili jakość usług w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (9% bardzo wysoko, 32% wysoko, 45% średnio, 13% nisko i 1% bardzo nisko).

Rysunek 132. *Jak ocenia Pan/i dostępność obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?*

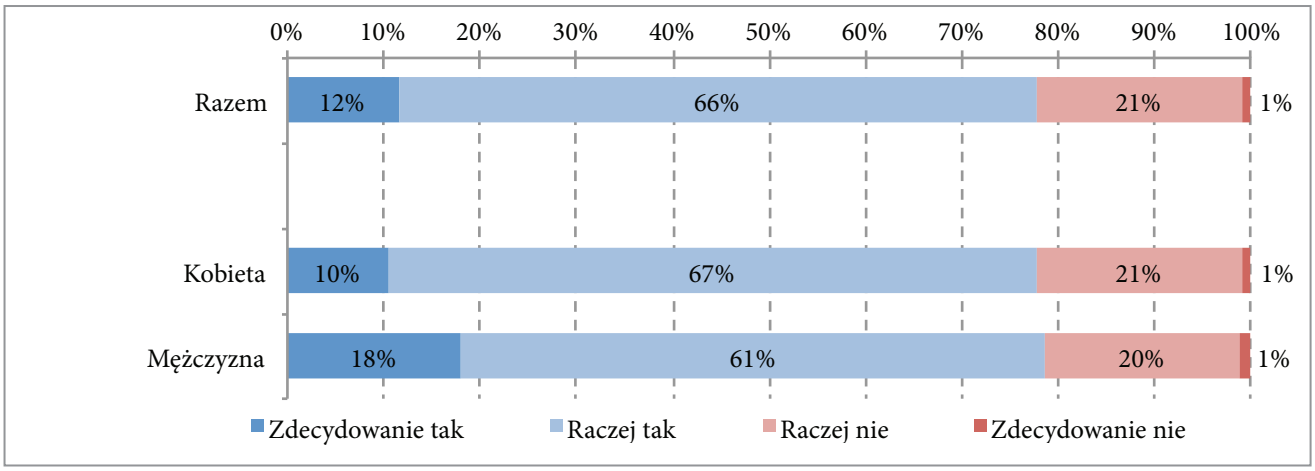


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 27 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 28. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej?

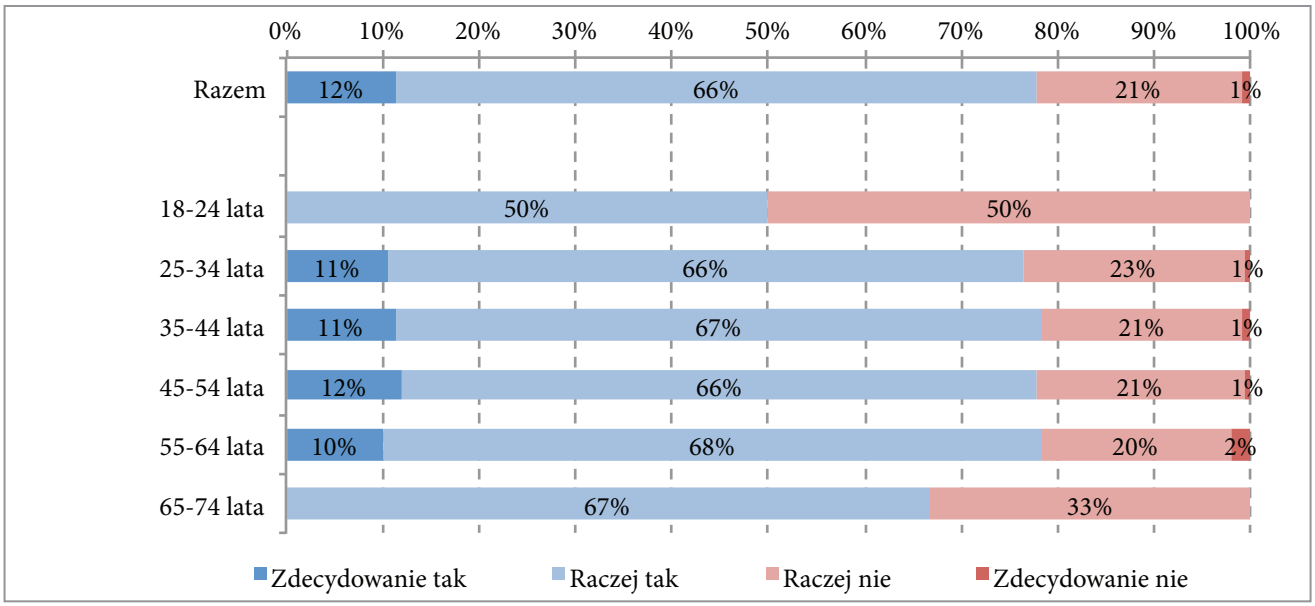
Następnie spytano ankietowanych czy ich zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? Zdecydowana większość respondentów odpowiedziała twierdząco na to pytanie (12% zdecydowanie tak, 66% raczej tak, 21% raczej nie i 1% zdecydowanie nie). 77% kobiet i 79% mężczyzn zgadza się z tym stwierdzeniem.

Rysunek 133. *Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki ogólne i w podziale na płeć*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 28 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

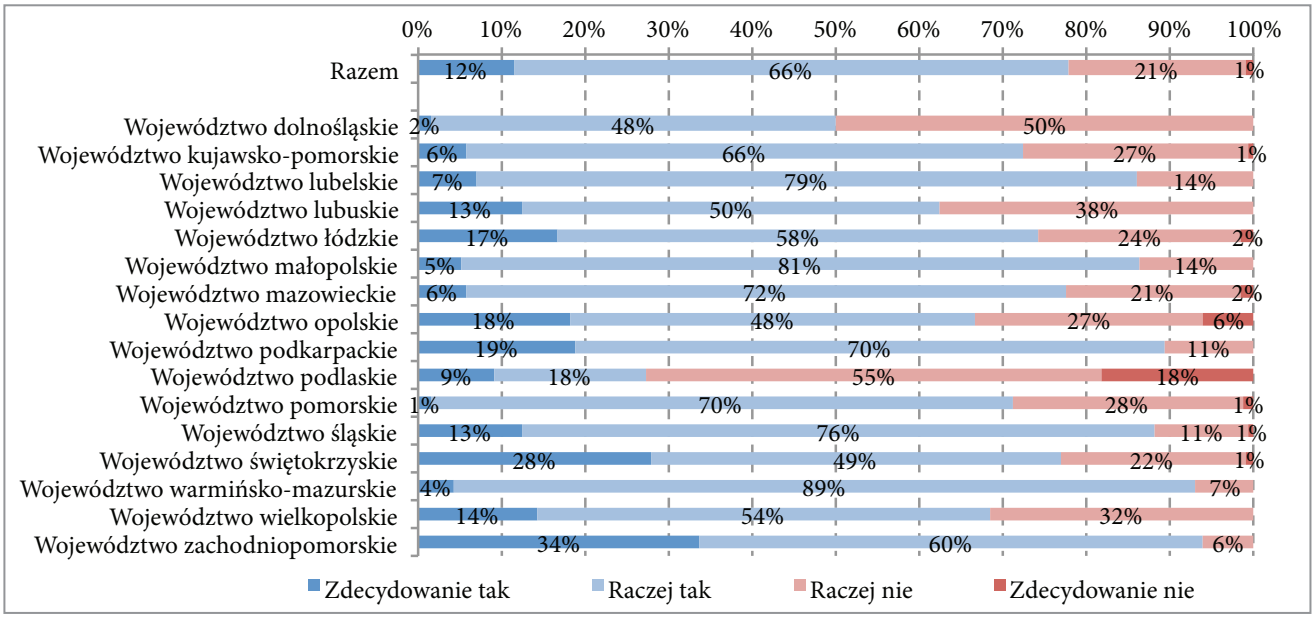
Rysunek 134. *Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale na grupy wiekowe*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 28 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

78% ankietowanych, którzy odpowiedzieli twierdząco na to pytanie to ludzie w wieku 35-44 lat, 45-54 lat i 55-64 lat – 78%. Ankietowani w wieku 18-24 lat odpowiedzieli 50% odpowiedzi tak i 50% nie.

Rysunek 135. *Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*

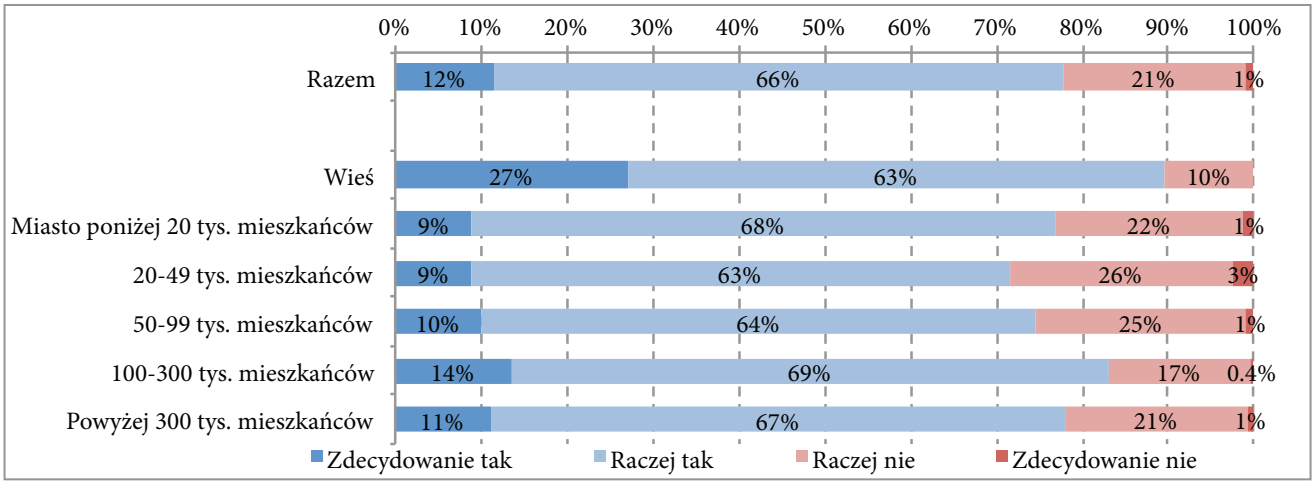


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 28 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Analizując rozkład odpowiedzi ze względu na województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej można stwierdzić, że zdaniem około 90% respondentów zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w województwach zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, podkarpackim, lubelskim i małopolskim nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej, przy czym aż 34% z województwa zachodniopomorskiego zdecydowanie się zgadza z tym stwierdzeniem. Nie zgadza się z tym twierdzeniem natomiast 73% respondentów zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w województwie podlaskim i 50% z województwa dolnośląskiego.

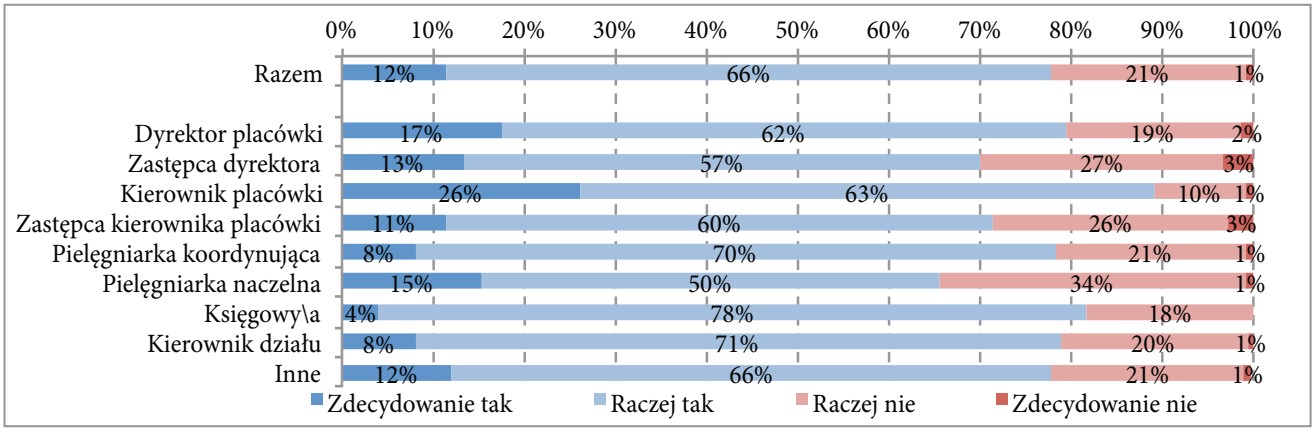
Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej można stwierdzić, że zdaniem 90% respondentów zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych na wsi nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej, przy czym aż 27% z nich zdecydowanie się zgadza z tym stwierdzeniem. Duży procent odpowiedzi twierdzących otrzymano także od ankietowanych zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w miastach 100-300 tys. mieszkańców (14% zdecydowanie tak, 69% raczej tak) oraz powyżej 300 tys. mieszkańców (11% zdecydowanie tak, 67% raczej tak). Nie zgadza się z tym twierdzeniem natomiast 29% respondentów zatrudnionych w placówkach zlokalizowanych w miastach 20-49 tys. mieszkańców oraz 26% w miastach 50-99 tys. mieszkańców.

Rysunek 136. *Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 28 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 137. *Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 28 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

89% kierowników placówki, i 80% dyrektorów i księgowych jest przekonanych, że nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej, nie zgadza się z tym stwierdzeniem 30% ich zastępców.

Wniosek: Zdaniem 80% ankietowanych nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej.

Pytanie 29. Czy zgadza się Pan/i z następującymi sformułowaniami?

W ostatnim pytaniu ankiety poproszono respondentów o ustosunkowanie się (zgodnie z kafeterią: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, raczej się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam) do wskazanych poniżej stwierdzeń.

Stwierdzenie 1: Szpitale funkcjonujące jako spółki kapitałowe dostarczają usługi medyczne lepszej jakości. 32% respondentów raczej się zgadza z tym stwierdzeniem, 25% zdecydowanie się zgadza, 23% raczej się nie zgadza, a 14% zdecydowanie się z tym nie zgadza. Pozostali respondenci nie mają zdania na ten temat.

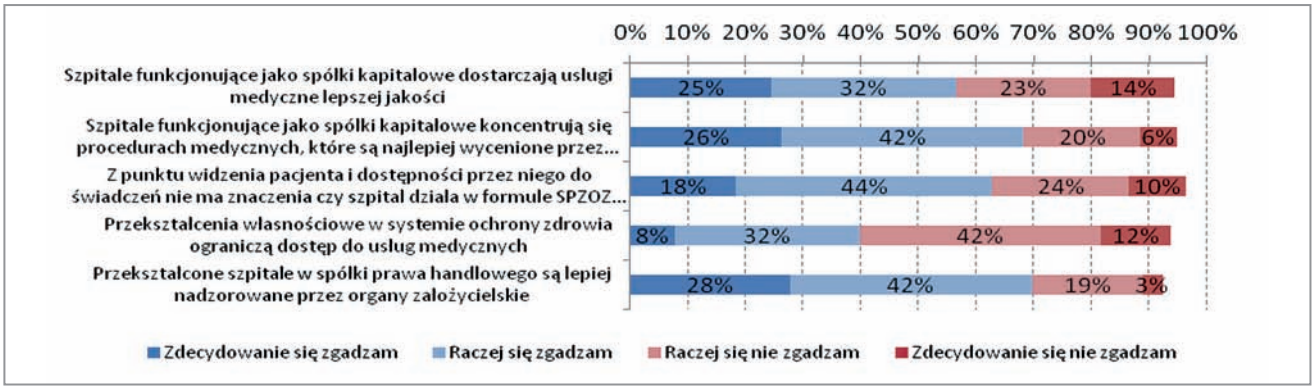
Stwierdzenie 2: Szpitale funkcjonujące jako spółki kapitałowe koncentrują się na procedurach medycznych, które są najlepiej wycenione przez NFZ. Z takim stwierdzeniem raczej zgadza się 42% respondentów, a 26% zdecydowanie się zgadza. Raczej się nie zgadza 20% respondentów, a 6% zdecydowanie się nie zgadza. Pozostali respondenci nie mają zdania na ten temat.

Stwierdzenie 3: Z punktu widzenia pacjenta i dostępności przez niego do świadczeń nie ma znaczenia czy szpital działa w formule SPZOZ czy w formule spółki kapitałowej. Z takim stwierdzeniem raczej się zgadza się 44% respondentów, a zdecydowanie się zgadza 18%. Raczej się nie zgadza 24%, a zdecydowanie nie zgadza się 10%. Pozostali respondenci nie mają zdania na ten temat.

Stwierdzenie 4: Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia ograniczają dostęp do usług medycznych. Raczej zgadza się z tym stwierdzeniem 32% respondentów, podczas gdy 8% zdecydowanie się zgadza. Większość respondentów, bo 42% raczej się nie zgadza, a dodatkowo 12% zdecydowanie się nie zgadza. Pozostali respondenci nie mają zdania na ten temat.

Stwierdzenie 5: Przekształcone szpitale w spółki prawa handlowego są lepiej nadzorowane przez organy założycielskie. Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że 70% ankietowanych popiera takie stwierdzenie, z czego 28% zdecydowanie. Wśród pozostałych respondentów 3% zdecydowanie się nie zgadza, 19% raczej się nie zgadza, a 8% nie ma zdania.

Rysunek 138. *Czy zgadza się Pan/i z następującymi sformułowaniami?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie 29 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100% (Odpowiedź „nie mam zdania" nie została przedstawiona na wykresie).

Respondentów zapytano także, czy chcieliby się podzielić jakąkolwiek uwagą lub spostrzeżeniem na temat udziału w projekcie. Spośród 130 osób, które udzieliło odpowiedzi większość była zadowolona, że mogła wziąć w nim udział. Świadczą o tym takie odpowiedzi, jak: *„bardzo dobry projekt i przydatny", „bardzo ciekawy projekt i należy polecać innym uczestnikom", „bardzo żałuję, że ten projekt trwał tak krótko", „bardzo ciekawy projekt i prosilibyśmy o więcej, bo inne osoby chętnie też skorzystają", bardzo dobry pomysł i może skorzystać wiele osób, których nie stać na podjęcie takich studiów", „mogłam skorzystać za darmo z tych studiów podyplomowych i to jest największy argument mojego*

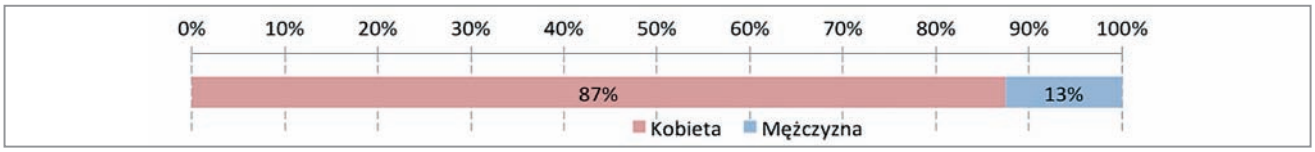
udziału", „bardzo dziękujemy za zorganizowanie nieodpłatnych studiów dla pracowników zakładów medycznych". O zadowoleniu z udziału w projekcie świadczą też i takie stwierdzenia jego uczestników: *„jestem bardzo zadowolona z udziału w projekcie, polecam każdemu", „każda jedna osoba będzie przeze mnie zachęcana do udziału", „każdy kto chciałby podnieść swoje kwalifikacje powinien uczestniczyć w takich zajęciach", „chętnie skorzystam z dalszych form kształcenia", „jestem zainteresowany kolejnym tego typu projektem".* Uczestnicy wskazywali również, że *„po tych studiach nabrałam pewności siebie i upewniłam się w swojej wiedzy", „jest mi łatwiej dostrzec te zmiany zachodzące w ochronie zdrowia", „studia wiele mi dały, a zdobytą wiedzą dzielę się z innymi", „takie studia znakomicie poszerzają horyzonty", „uważam, że takie projekty są bardzo dobre bo umożliwiają kadrze menadżerskiej się dokształcać i podnosić poziom kwalifikacji, przez to zarządzanie usługami medycznymi, a co za tym idzie podnosić jakość świadczeń medycznych".* Ankietowani podkreślali również, że *„bardzo dobrym rozwiązaniem jest platforma e-learningowa", „pozwala na dostosowanie nauki do swoich obowiązków".*

Zaledwie kilka osób wskazywało niedogodności *„organizacyjne dotyczące zagwarantowania kawy czy herbaty czy drobnego posiłku".* Nieliczni uważają, że *„należy wziąć pod uwagę możliwość zwrotu kosztów noclegu i dojazdów".*

Metryczka

W badaniu wzięło udział 1200 respondentów wśród których było 87% kobiet 13% mężczyzn. Strukturę badanej populacji pod względem płci przedstawiają dane zawarte na poniższym rysunku++

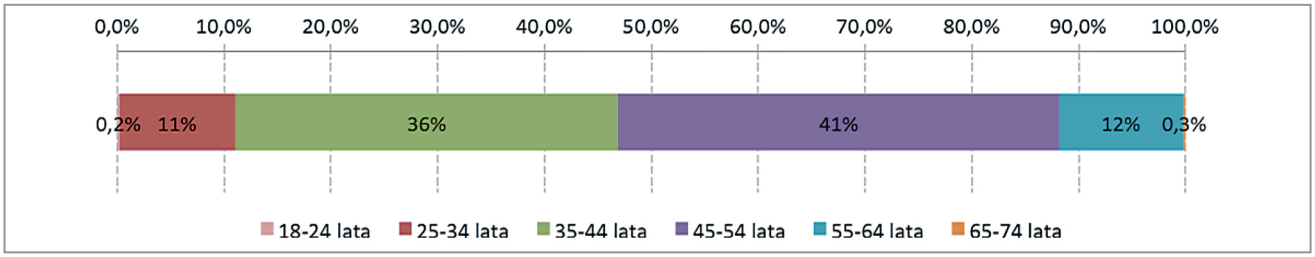
Rysunek 139. *Płeć respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M1

Ze względu na wiek ankietowanych przeważającą cześć respondentów (41%) mieściła się w przedziale wiekowym 45-54 lat, nieco mniej w przedziale 35-44 lat (36%). Niewiele jest osób, które ukończyły sześćdziesiąty piąty rok życia, bądź nie skończyły 24 lat. Strukturę badanej populacji według wieku przedstawiają dane zawarte na poniższym rysunku.

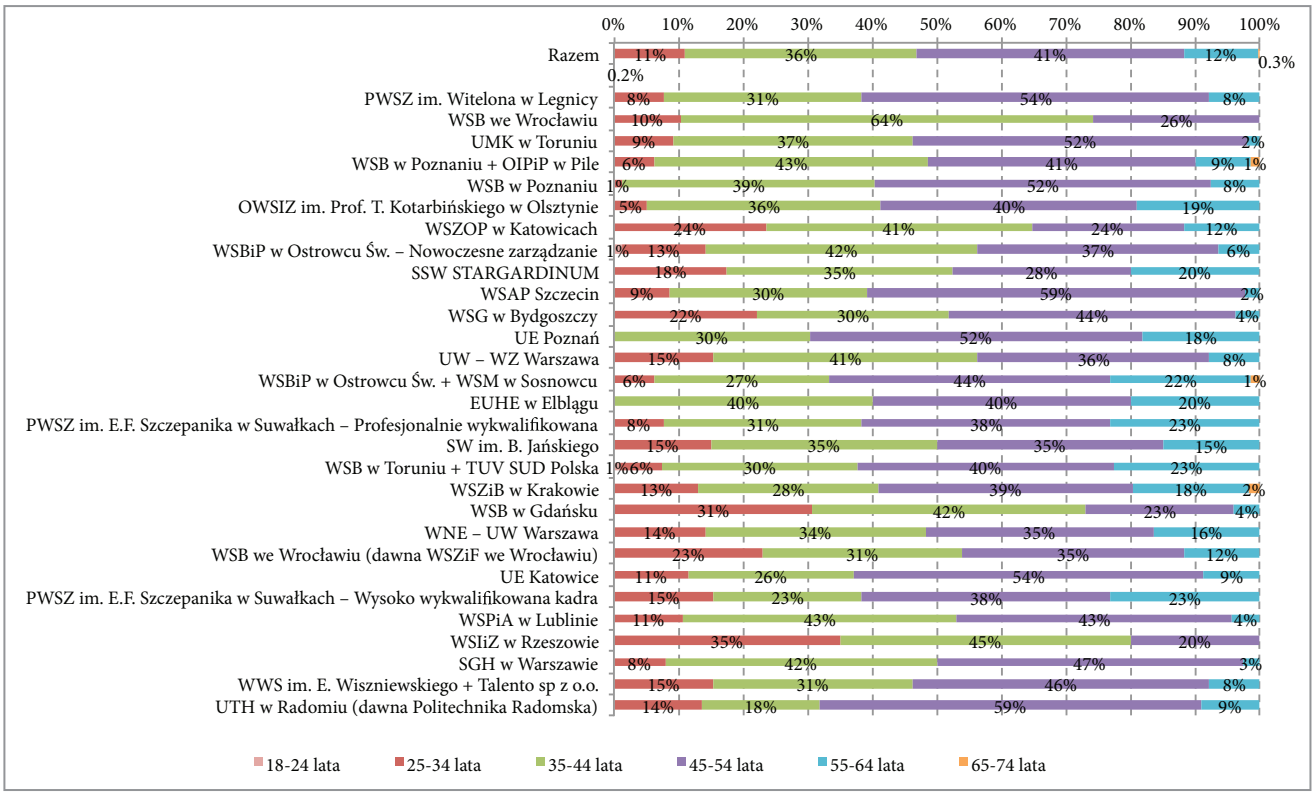
Rysunek 140. *Wiek respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Również biorąc pod uwagę rozkład wieku w poszczególnych projektach dominują osoby w wiekowym 45-54 lat oraz 35-44 lat. Pewnym wyjątkiem są tu projekty „Zarządzaj-Organizuj-Zmieniaj" (Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie) oraz „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego" (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie), w których wzięła blisko 1/3 osób w przedziale wiekowym 25-34 lata poniższym rysunku.

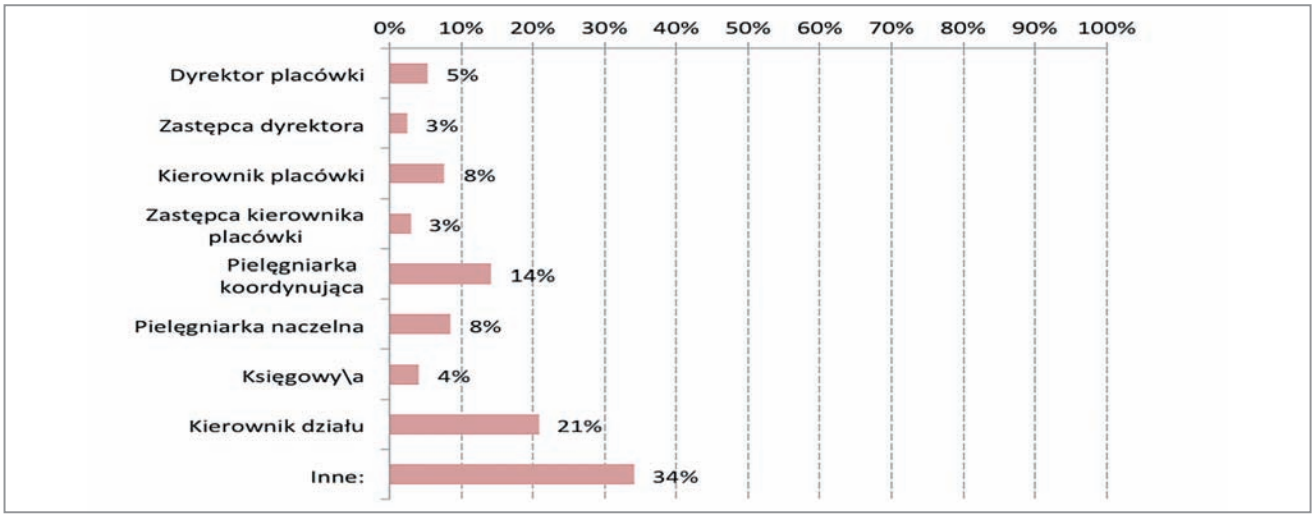
Rysunek 141. *Wiek respondentów według poszczególnych projektów, w których uczestniczył*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

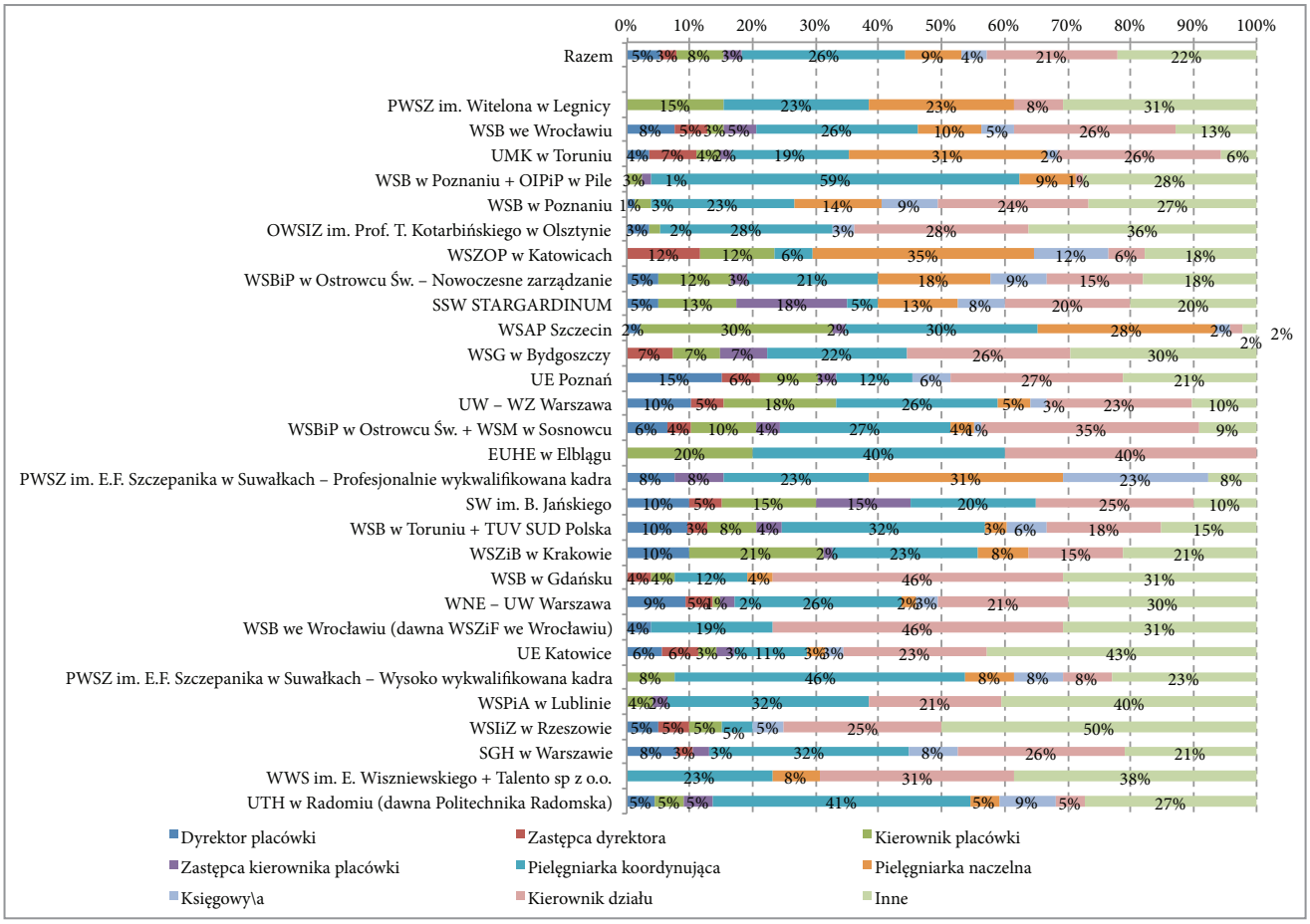
Kolejnym przekrojem badanym było stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej. Ankietowany mógł określić się jako dyrektor placówki, zastępca dyrektora, kierownik placówki, zastępca kierownika placówki, pielęgniarka koordynująca, pielęgniarka naczelna, księgowy/a, kierownik działu lub inne. Wśród ankietowanych znalazło się najwięcej (21%) osób będących kierownikami działu, 14% pielęgniarek koordynujących oraz po 8% kierowników placówki i pielęgniarek naczelnych. 34% ankietowych wskazało zajmowane stanowisko jako inne. Wśród innych stanowisk zdecydowanie najczęściej padała odpowiedź „*pielęgniarka oddziałowa*" (70%), a także m.in. główna księgowa, kierownik apteki szpitalnej, kierownik działu marketingu, prezes zarządu, audytor, dyrektor ds. medycznych, dyrektor finansowy, ordynator, dyrektor stacji pogotowia ratunkowego, kierownik administracji, kierownik ds. personelu, kierownik zamówień publicznych, koordynator kadry pielęgniarskiej, menadżer, pełnomocnik zarządu, specjalista ds. żywienia, ds. epidemiologicznych, ds. technicznych. Strukturę badanej populacji według zajmowanego stanowiska przedstawiają dane zawarte na poniższych rysunkach.

Rysunek 142. *Stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

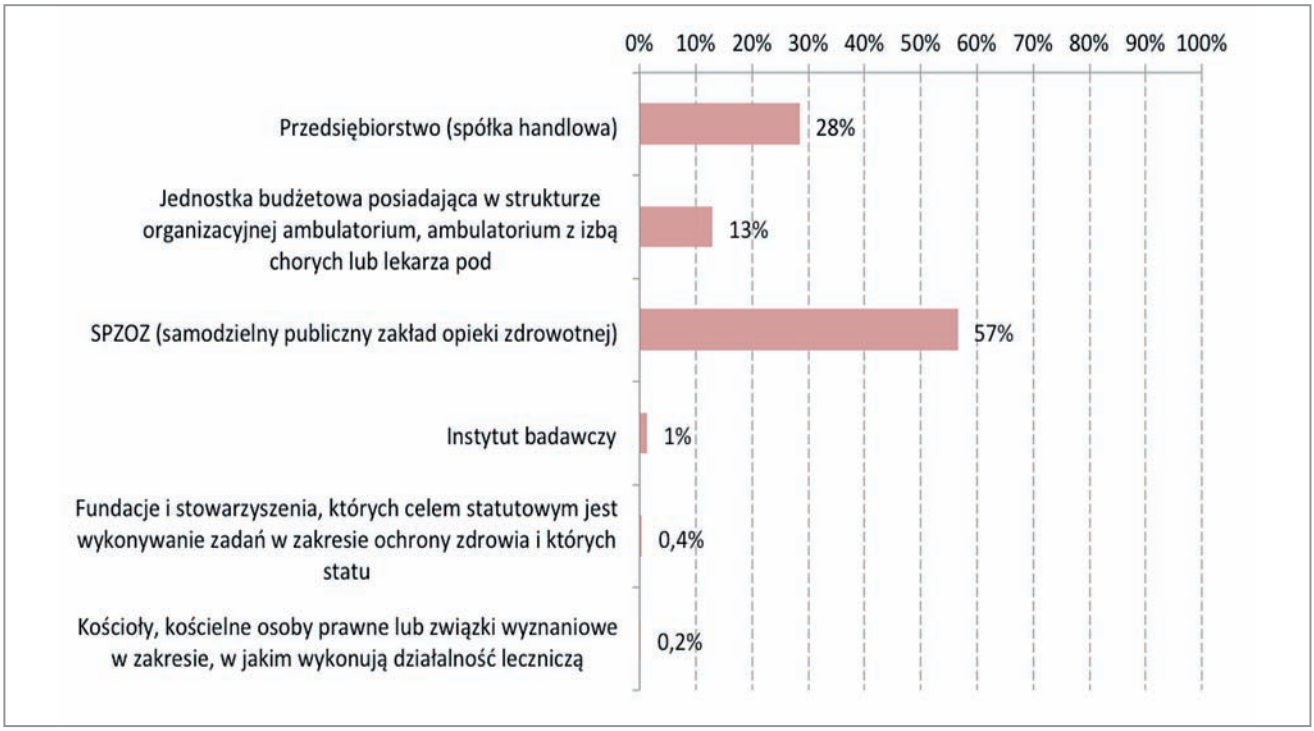
Rysunek 143. *Stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej według poszczególnych projektów, w których uczestniczył*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę formę podmiotu zdecydowanie dominują SPZOZy (57%), następnie przedsiębiorstwa (spółki handlowe) (28%) oraz jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza POZ (13%). Strukturę badanej populacji według formy podmiotu leczniczego ilustrują dane.

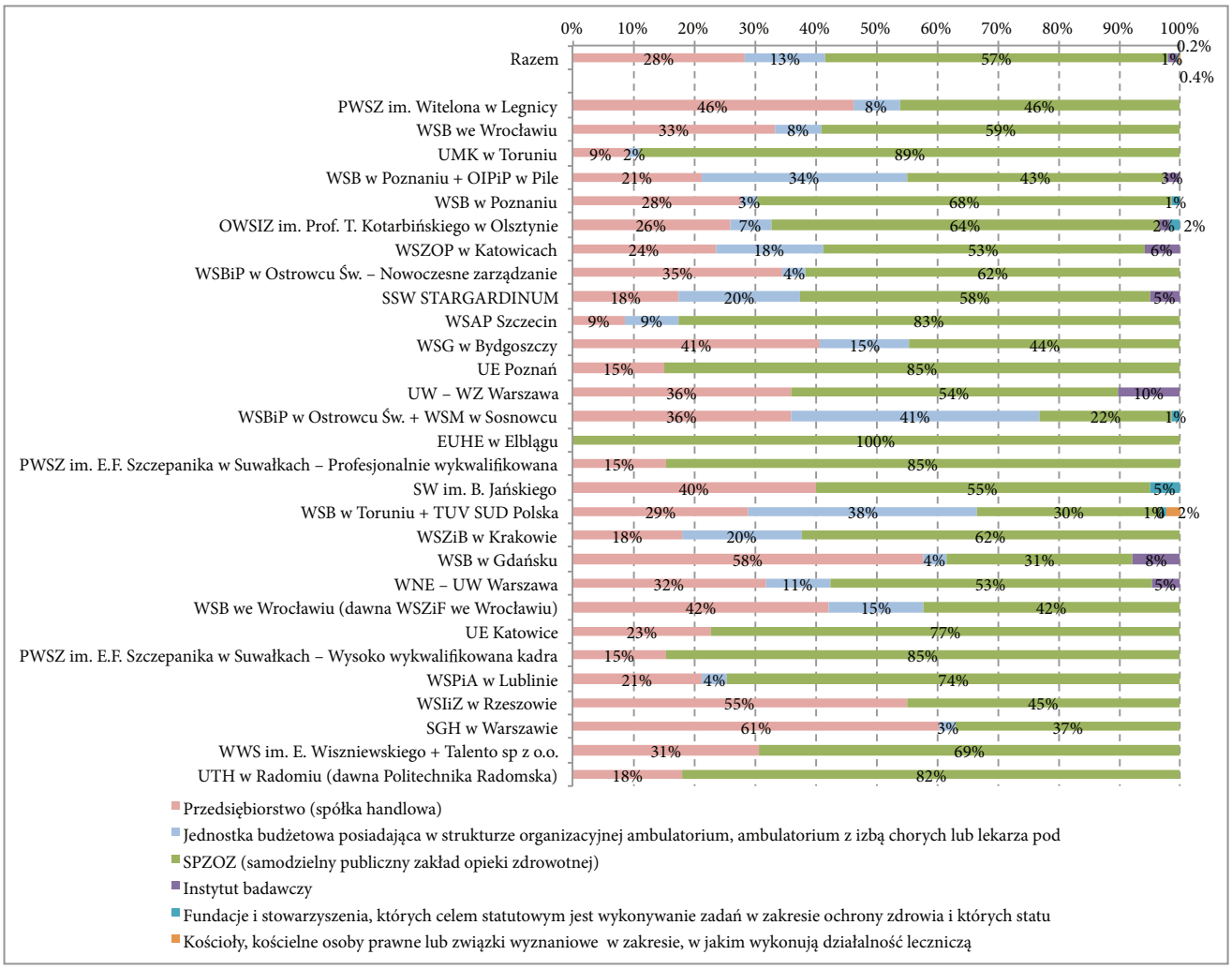
Rysunek 144. *Forma podmiotu leczniczego*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Jak wynika z rysunku zamieszczonego poniżej przewaga SPZOZ-ów znajduje swoje odzwierciedlenie także w poszczególnych projektach – i tak na przykład w projekcie prowadzonym przez WSBiP w Ostrowcu Św. + WSM w Sosnowcu – „Profesjonalna kadra", WSB w Toruniu + TUV SUD Polska – „Skuteczny menadżer w służbie zdrowia", czy WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile – „Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej" udział brali także przedstawiciele fundacji i stowarzyszeń (odpowiednio 41%, 38%, 34%).

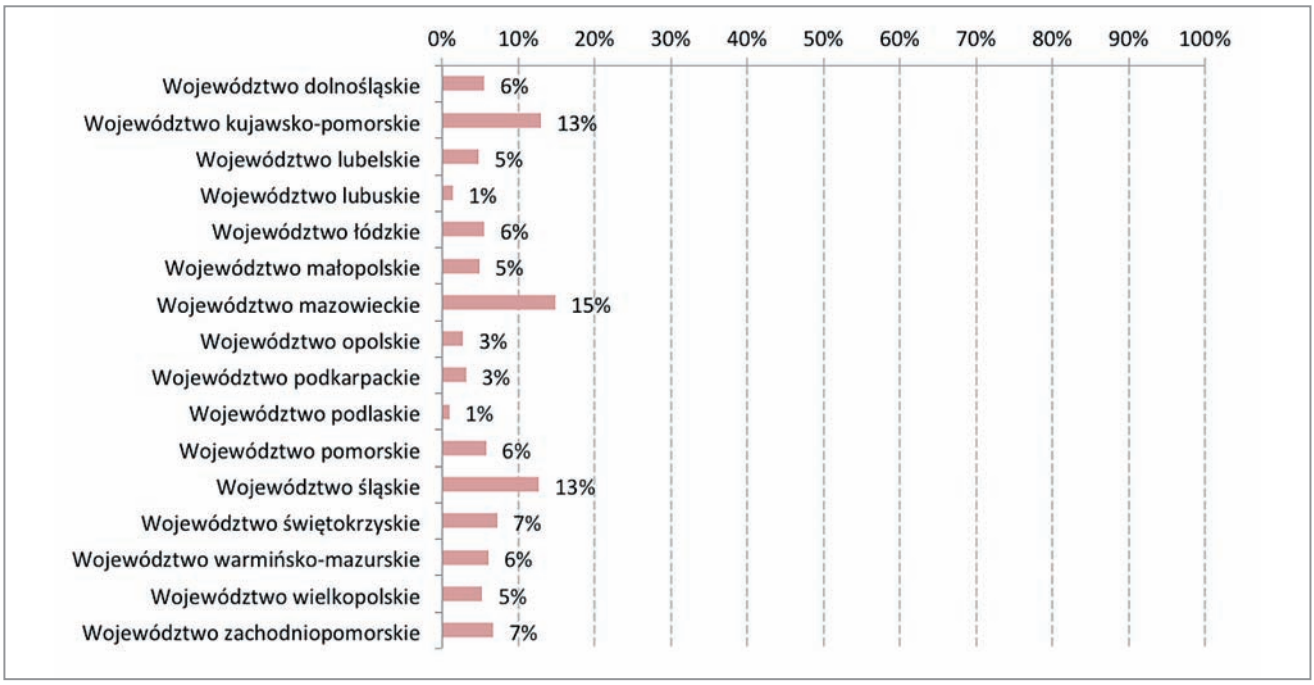
Rysunek 145. *Forma podmiotu leczniczego, według poszczególnych projektów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej dominowało województwo mazowieckie (15%), a następnie kujawsko-pomorskie i śląskie równocześnie (13%). Najmniej podmiotów zlokalizowanych było w województwie lubuskim i podlaskim (1%), niewiele więcej w opolskim i podkarpackim (3%). Strukturę badanej populacji według lokalizacji placówki opieki zdrowotnej przedstawiają dane zawarte na poniższym rysunku.

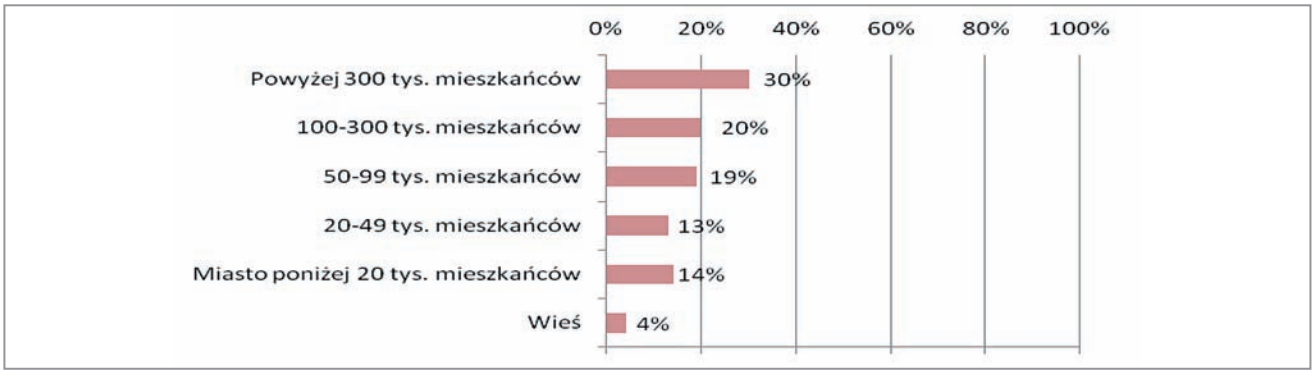
Rysunek 146. *Województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Z przeprowadzonych badań wynika, że 50% placówek, zlokalizowanych jest w dużych miastach: 30% w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców, a 20% w miastach 100-300 tys. mieszkańców. Tylko 4% placówek opieki zdrowotnej zlokalizowanych było na wsi.

Rysunek 147. *Wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.1. – uczestnicy studiów podyplomowych, pytanie M6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

2.2.2. CATI z przedstawicielami beneficjentów

ZAKRES BADANIA

CATI z przedstawicielami beneficjentów zostanie wykorzystane do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

Ocena jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,

- Modelowy program studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi.

DOBÓR PRÓBY

Liczebność próby: W ramach badania nawiązano kontakt z wszystkimi Projektodawcami. Ostatecznie zgodę na udział w badaniu podjęło 25 Projektodawców.

Populacja badana: członkowie zespołów projektowych odpowiedzialni za realizację wybranych do analizy studiów podyplomowych.

Sposób doboru próby: celowy – wybrane zostały te osoby, których wiedza i opinie były użyteczne z punktu widzenia celów badania.

Struktura próby: w badaniu wzięły udział po 1 osobie z każdego z zespołów projektowych odpowiedzialnych za realizację wybranych do analizy studiów podyplomowych.

2.2.2.1. Wyniki badań terenowych

Pytanie 1. Czy program studiów organizowanych w ramach Państwa projektu został przygotowany w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce"?

Wszystkie realizujące projekt ośrodki zadeklarowały pełną zgodność programów nauczania z wytycznymi zawartymi w opracowaniu pt. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce".

Tabela 5. *Przygotowanie programu w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce"*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak	100%	25
Nie – dlaczego nie?	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 1

Pytanie 2. Czy przygotowany przez Państwa program był zgodny ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów (tj. przewidywał określone standardy treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów)?

Przygotowane przez Beneficjentów programy były w pełni zgodne ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów. Oznacza to m.in. że przewidywały określone treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów. W praktyce ośrodki akademickie opierały się na ustawie o szkolnictwie wyższym, doświadczeniach własnych oraz wytycznych konkursowych.

Tabela 6. *Zgodność przygotowanego programu ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak – w jaki sposób?*	100%	25
Nie – dlaczego nie?	0%	0
Nie wiem	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 2

Pytanie 3. Czy w trakcie trwania studiów modyfikowali Państwo ich program pod wpływem opinii uczestników projektu?

Znaczna część Beneficjentów (32%) zmodyfikowała program nauczania w trakcie trwania studiów. Wprowadzone zmiany nie zachwiały jednak ogólną konstrukcją merytoryczną projektów i dotyczyły najczęściej dopasowania treści zajęć do bieżących potrzeb słuchaczy. Przykładowe modyfikacje dotyczyły wprowadzenia dodatkowych warsztatów z asertywności, aktualizacji przepisów prawnych, poszerzenia treści o zajęcia z controllingu w ochronie zdrowia.

Tabela 7. *Modyfikacja program w trakcie trwania studiów pod wpływem opinii uczestników projektu*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak – w jaki sposób?*	32%	8
Nie	68%	17
Nie wiem	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 3

Pytanie 4. Czy biorąc dotychczasowe doświadczenia we wdrażaniu projektu uznają Państwo, że decyzja o przystąpieniu do konkursu była słuszna?

Przeważająca część Beneficjentów (96%) uznała decyzję o przystąpieniu do konkursu za słuszną, gdyż kierunek cieszył się dużym powodzeniem, nawiązano cenne kontakty z praktykami oraz zleceniodawcą – Ministerstwem Zdrowia. Podmiot oceniający podjętą współpracę jako negatywną, uzasadnił swoje stanowisko m.in. poprzez trudną współpracę z organem zarządzającym funduszami oraz duże obciążenia dla kadry pracującej w projekcie.

Tabela 8. *Ocena słuszności decyzji o przystąpieniu do konkursu*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak – dlaczego?*	96%	24
Nie – dlaczego nie?**	4%	1
Nie mam zdania	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 4

Pytanie 5. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)?

Specyfika pracy i codziennej praktyki uczestników projektu została w pełni uwzględniona w programie studiów podyplomowych. Oświadczenia w tym zakresie złożyły wszystkie realizujące przedsięwzięcie podmioty. Dotyczyło to w szczególności: warsztatowego charakteru zajęć, budowania programu w oparciu o uwagi praktyków, koncentracji na problemach zgłaszanych przez słuchaczy i ich bieżącego rozwiązywania.

Tabela 9. *Ocena uwzględnienia specyfiki pracy i codziennej praktyki uczestników projektu w programie studiów podyplomowych*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak – w jaki sposób?*	100%	25
Nie – dlaczego nie? Którego z elementów nie uwzględniono?	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 5

Pytanie 6. Czy przeanalizowali Państwo wartość programu pod względem wykorzystania treści dydaktycznych do wzbogacania kompetencji menedżerskich absolwenta?

W przeważającej większości (92%) Beneficjenci przeanalizowali zawartość programu pod względem wykorzystania treści dydaktycznych do wzbogacania kompetencji menedżerskich absolwenta.

Tabela 10. *Ocena przeanalizowania wartości programu pod względem wykorzystania treści dydaktycznych do wzbogacania kompetencji menedżerskich absolwenta*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak	92%	23
Nie	8%	2

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 6

Pytanie 7. W jaki sposób uwzględnili Państwo w ramach studiów podyplomowych moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego?

Kluczowy dla idei studiów podyplomowych moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego został wyraźnie wyodrębniony w treściach programowych lub stanowił znaczną część zajęć, a dodatkowo był konsultowany i prowadzony przez praktyków mających doświadczenia w dokonywaniu przekształceń. Poniżej zestawiono wskazane przez respondentów sposoby wypełnienia treści związanych z przekształceniami w ramach realizowanych studiów podyplomowych.

Tabela 11. *Sposób uwzględnienia w ramach studiów podyplomowych modułu poświęconego zagadnieniom związanymi z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego*

Sposób uwzględnienia treści związanych z przekształceniami w programie studiów	%	Liczba
Oddzielny przedmiot	32%	8
Oddzielny moduł	24%	6
Temat przewodni w większości wykładanych treści	20%	5
Inne: konsultacje z kancelarią prawną, spotkania z praktykami, wyjazd studyjny	24%	6

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 7

Pytanie 8. W jaki sposób zdefiniowali Państwo efekty kształcenia oraz warunki ich uzyskania?

Efekty kształcenia oraz warunki ich uzyskania zostały zdefiniowane poprzez sylabusy do każdego przedmiotu, testy wiedzy, egzamin końcowy oraz ankiety monitorujące i testy kompetencyjne. Szczegółową listę wykorzystanych instrumentów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 12. *Sposób zdefiniowania efektów kształcenia oraz warunków ich uzyskania*

Odpowiedź	%	Liczba
Ankieta ex ante. Ankieta ex post + test końcowy.	**8%**	**2**
Poprzez sylabusy do każdego przedmiotu. Testy wiedzy. Końcowy egzamin – gra w przedsiębiorstwo (praktyczne i realne sytuacje – case'y – szeroki zakres tematyczny). Kompetencje miękkie i przepisy prawne dotyczące tych jednostek i przekształceń.	4%	1
Ankiety monitorujące –po każdym zjeździe i ankieta końcowa	4%	1
Na podstawie pre i post testów. Praca dyplomowa z obroną na koniec.	4%	1
Sprawdzenie poziomu wiedzy przed i po studiach – ankiety ewaluacyjne.	4%	1
Wyznaczone odgórnie zasady w sylabusach. Obecność. Testy kompetencyjny z wszystkich 10 modułów poprzez platformę e-learningową. Prace końcowe z obroną jako ostatni etap.	4%	1
Zgodnie z obowiązującym prawem: ustawa i regulaminy. Prace zaliczeniowe, projekty, testy, praca końcowa z obroną (wysoki poziom).	4%	1
Karty egzaminacyjne / testy / prace pisemne / egzaminy ustane z każdego z przedmiotów – ocena z każdego.	4%	1
Sylabusy. Ankiety ewaluacyjne, testy – wskaźnik zdawalności testów, projekty zadaniowe.	4%	1
Sylabusy, Obecność + test końcowy z całego zakresu studiów.	4%	1

Testy sprawdzające przed i po studiach – analizowane statystycznie. W kartach przedmiotów zdefiniowano efekty kształcenia i formy sprawdzania – zakres: organizacyjno-prawne aspekty zarządzania służby zdrowia.	4%	1
Testy kompetencyjne dot. poszczególnych zagadnień studiów. Praca dyplomowa z obroną – jako zakończenie.	4%	1
Każdy moduł kończył się egzaminem na platformie e-learningowej + egzamin końcowy na Sali	4%	1
Sylabusy ze wskazaniem na 3 kategorie: wiedza, umiejętności, kompetencje.	8%	2
Ankiety ewaluacyjne	4%	1
Badanie ewaluacyjne	4%	1
W formie oddzielnych dokumentów – dla każdego z przedmiotów i łącznie dla wszystkich – na zasadzie karty przedmiotu. Sprawdzano konfrontację poruszonych kwestii merytorycznych z wiedzą, którą winien słuchacz przyswoić.	4%	1
W ramach każdego przedmiotu – testy i prace częściowe i końcowe oraz pracę końcowa i obronę	4%	1
Ankiety ewaluacyjne i wyniki z obron	4%	1

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 8. Na pytanie nie uzyskano odpowiedzi od wszystkich badanych respondentów

Pytanie 9. Czy sposób oceny studentów pozwolił Państwu stwierdzić, że uczestnicy uzyskali założony poziom efektów kształcenia?

Sposób oceny studentów pozwolił Beneficjentom stwierdzić, że wszyscy uczestnicy uzyskali założony poziom efektów kształcenia.

Tabela 13. *Ocena uzyskania przez studentów założonego poziomu efektów kształcenia*

Odpowiedź	%	Liczba
Zdecydowanie tak	88%	22
Raczej tak	12%	3
Raczej nie	0%	0
Zdecydowanie nie	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 9

Pytanie 10. Czy udało się Państwu zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)?

Właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych osiągano poprzez prowadzenie ćwiczeń o charakterze warsztatowym uzupełnionymi o e-learning. Dodatkowo możliwe były indywidualne konsultacje oraz analiza tzw. case study. Źródła oceny zadowolenia studentów wskazywały na potrzebę zwiększenia liczby zajęć praktycznych.

Tabela 14. *Ocena zapewnienia właściwej relacji pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)?*

Odpowiedź	%	Liczba
Zdecydowanie tak – w jaki sposób?*	92%	23
Raczej tak – w jaki sposób?**	8%	2
Raczej nie – dlaczego nie?	0%	0
Zdecydowanie nie – dlaczego nie?	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 10

Pytanie 11. Czy Państwa uczelnia prowadzi politykę oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych w zakresie studiów podyplomowych, jako narzędzia służącego poprawie tej jakości?

Większość ankietowanych ośrodków deklaruje prowadzenie polityki oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych w zakresie studiów podyplomowych, jako narzędzia służącego poprawie jakości. Odbywa się to poprzez wykorzystanie ankiet ewaluacyjnych, zgodnie z modelem Krajowych Ram Kwalifikacyjnych oraz wywiady bezpośrednie z uczestnikami studiów. Natomiast 8% organizatorów kursów uznaje takie praktyki za zbędne.

Tabela 15. *Wykorzystanie polityki oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych w zakresie studiów podyplomowych, jako narzędzia służącego jej poprawie*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak – jakie narzędzia Państwo w tym celu wykorzystują?*	92%	23
Nie – dlaczego nie?**	8%	2

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 11

Pytanie 12. W jaki sposób oceniane jest funkcjonowanie Państwa uczelni w przestrzeni publicznej?

Ocena funkcjonowania uczelni w przestrzeni publicznej jest dokonywana poprzez rozmaite narzędzia, w tym m.in. raport akredytacyjny kierunku (44% ocena bardzo wysoka, 52% wysoka, 4% średnia), parametryzację (40% bardzo wysoka, 56% wysoka, 4% średnia), rankingi w prasie (60% bardzo wysoka, 36% wysoka, 4% średnia) oraz rankingi internetowe (52% bardzo wysoka, 40% wysoka, 8% średnia). Dodatkowo respondenci wskazali na rankingi międzynarodowe, rankingi szkół niepublicznych

Tabela 16. *Instrumenty identyfikacji uczelni w przestrzeni publicznej*

	Raport akredytacyjny kierunku		Parametryzacja		Rankingi w prasie		Rankingi w Internecie		Inne	
	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba
Bardzo wysoko	44%	11	40%	10	60%	15	52%	13	72%	18
Wysoko	52%	13	56%	14	36%	9	40%	10	28%	7
Średnio	4%	1	4%	1	4%	1	8%	2	0%	0
Nisko	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 12

Pytanie 13. Jak ocenia Pan/i przygotowanie i realizację poszczególnych elementów studiów podyplomowych wdrożonych w ramach projektu, które realizowała Państwa jednostka?

Do oceny przygotowania i realizacji poszczególnych elementów studiów podyplomowych wdrożonych w ramach projektu służyły następujące parametry: harmonogram (96% ocena bardzo wysoka, 4% wysoka), organizacja (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), tematyka zajęć (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), profesjonalizm kadry naukowej (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), profesjonalizm kadry zarządzającej projektem (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), jakość oraz użyteczność platformy e-learningowej (48% bardzo wysoka, 12% wysoka, 40% – nie dotyczy), jakość i przydatność materiałów dydaktycznych (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), konferencje (20% bardzo wysoka, 8% wysoka, 72% – nie dotyczy), wizyty studyjne (20% bardzo wysoka, 8% wysoka, 72% – nie dotyczy), zajęcia z praktykami (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), zajęcia z nauczycielami akademickimi (92% bardzo wysoka, 8% wysoka), wyposażenie sal, w których odbywały się zajęcia (88% bardzo wysoka, 12% wysoka). Ocen niezadowalających nie stwierdzono.

Tabela 17. *Ocena przygotowania i realizacji poszczególnych elementów studiów podyplomowych wdrożonych w ramach projektu*

		Bardzo wysoko	Wysoko	Średnio	Nisko	Bardzo nisko	Nie dotyczy
Harmonogram.	%	96%	4%	0%	0%	0%	-
	liczba	24	1	0	0	0	-
Organizacja.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Przystępność treści przekazywanych w ramach zajęć.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Tematyka zajęć.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-

Profesjonalizm kadry naukowej.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Profesjonalizm kadry naukowej.	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Jakość oraz użyteczność platformy e-learningowej.	%	48%	12%	0%	0%	0%	40%
	liczba	12	3	0	0	0	10
Jakość i przydatność materiałów dydaktycznych (m.in. podręczników).	%	92%	8%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Konferencje.	%	20%	8%	0%	0%	0%	72%
	liczba	5	2	0	0	0	18
Wizyty studyjne.	%	20%	8%	0%	0%	0%	72%
	liczba	5	2	0	0	0	18
Zajęcia (wykłady/ćwiczenia) z praktykami.	%	92%	0%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Zajęcia (wykłady/ćwiczenia) z nauczycielami akademickimi.	%	92%	0%	0%	0%	0%	-
	liczba	23	2	0	0	0	-
Wyposażenie sal, w których odbywały się zajęcia.	%	88%	12%	0%	0%	0%	
	liczba	22	3	0	0	0	--

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 13

Pytanie 14. Jak w Pana/i opinii powinien wyglądać modelowy program studiów, realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL– „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia"? Jakie elementy powinien zawierać tego rodzaju program?

Zdaniem organizatorów modelowy program studiów realizowanych w ramach poddziałania 2.3.4 PO KL „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia" powinien zawierać elementy prawa i kompetencji miękkich związanych z kontaktami interpersonalnymi, marketingu i PR w ochronie zdrowia, z naciskiem na praktyczny aspekt w zakresie przekształceń własnościowych, uzupełniony o wizyty studyjne w modelowych szpitalach.

Tabela 18. *Modelowy program studiów podyplomowych w opinii respondentów*

Odpowiedź	%	Liczba
Tak jak nasz. Bardzo praktyczny/warsztatowy.	8%	2
Winien skupiać się na zagadnieniach prawnych i kompetencjach miękkich związanych z kontaktami interpersonalnymi.	4%	1
Analogiczny do naszego. Wprowadzenie warsztatów.	4%	1

Tak jak nasz. Weekendowo, część zajęć w formie e-learningu.	4%	1
Nasz program pełni wyczerpał zapotrzebowanie w kwestii merytorycznej. Ewentualnie kwestie dot. wymiaru międzynarodowej – zaistnienie na rynku przygranicznym u naszych sąsiadów – kwestie prawne i marketingowe.	4%	1
W 85% zakres merytoryczny adekwatny do naszego programu. Potrzeba – na bazie informacji od słuchaczy – przygotowania i rozwinięcia kilku ponadstandardowych tematów – projekt winien pozostawić uczelni możliwość wyjścia poza program i rozszerzenia tematyki w odpowiedzi na faktyczne potrzeby – nietypowe zagadnienia.	4%	1
Praktyczne sposoby restrukturyzacji – rzeczywiste przykłady, ułatwiające pracę. Umiejętność zarządzania zespołem, komunikacja z personelem i pacjentami – umiejętności miękkie. Segment odszkodowań za błędy lekarskie.	4%	1
Taki, jak nasz. Były wykłady, konsultacje, dyskusje, e-learning i praktycy. Dodatkowo skrypty.	4%	1
Nasz program był dobrym programem –naszym zdaniem modelowym.	4%	1
Ten program, który stworzyliśmy jest optymalny.	4%	1
Adekwatny do naszego. Potrzeba większej elastyczności – możliwość wprowadzenia zmian formy realizacji – pod kątem zgłoszonych potrzeb przez słuchaczy – w trakcie realizacji projektu. oraz programu – po konsultacji ze słuchaczami już po rozpoczęciu zajęć.	4%	1
Więcej kwestii prawnych – dot. działalności podmiotów i samych osób zarządzających. Zarządzanie miękkie – relacje interpersonalne. Zajęcia z praktykami.	4%	1
Dodalibyśmy wizytę studyjną.	4%	1
Naszym zdaniem bardzo zbliżony do naszego programu studiów, z większym naciskiem na praktyczny aspekt w zakresie przekształceń własnościowych.	4%	1
Warsztaty, nacisk na warsztaty, udział praktyków.	4%	1
Wizyty studyjne w modelowych szpitalach.	4%	1
Praktyki.	4%	1
Przygotowany przez nas program w pełni wyczerpał formułę i zagadnienie.	4%	1
Zorganizowanie wizyt studyjnych. Reszta bez zmian.	4%	1
Powinien mieć praktyki.	4%	1

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 14. Na pytanie nie uzyskano odpowiedzi od wszystkich badanych respondentów.

Pytanie 15. Proszę wskazać najmocniejszą oraz najsłabszą stronę realizowanego przez Państwa jednostkę projektu?

Za najmocniejszą stronę projektu Beneficjenci uważają odpowiednio dobraną kadrę dydaktyczną, rekrutowaną spośród wysokiej klasy praktyków rynku ochrony zdrowia, bezpłatność projektu dla uczestników studiów podyplomowych, dużą przydatność praktyczną wykładanych przedmiotów i ich wysoki poziom merytoryczny. Za słabe strony uznano długie procedury uczelniane utrudniające pracę po stronie organizatora, trudną współpracę z Ministerstwem Zdrowia, brak wsparcia w kwestii zakwaterowania i zwrotów kosztów dojazdu, trudności we wdrażaniu procedur zmian w projekcie, brzegowe kryteria doboru uczestników wykluczające z udziału w projekcie osoby zatrudnione z wykorzystaniem umów cywilno-prawnych, jak również niektórych stanowisk pracy.

Tabela 19. *Mocne i słabe strony realizowanego projektu*

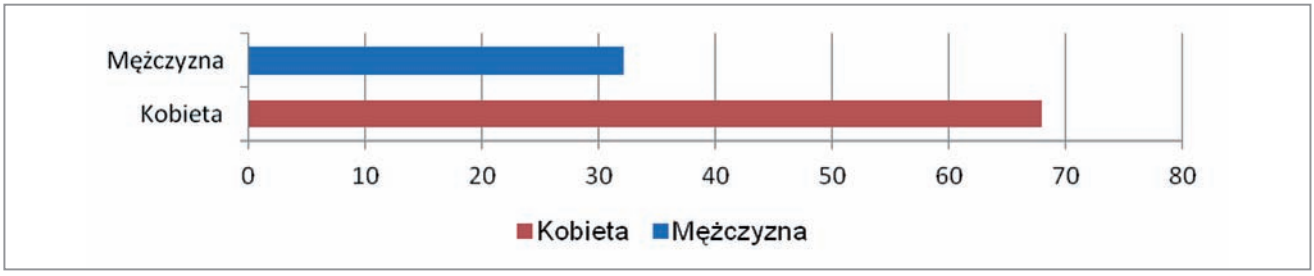
Mocna strona		
Odpowiedź	**%**	**Liczba**
Kadra dydaktyczna	**20%**	**5**
Kadra dydaktyczna i bezpłatność – finansowanie z UE.	4%	1
Kadra dydaktyczna – praktycy. Warsztaty jako wiodąca forma zajęć	**4%**	**1**
Możliwość skorzystania z tej oferty przez 211 pracowników ochrony zdrowia – dla studentów. Dla nas – pokazanie się na rynku, jako silna jednostka kształcąca w tym kierunku.	4%	1
Kadra dydaktyczna – praktycy. Materiały dydaktyczne. Forma dyskusyjna – otwarta zajęć.	**4%**	**1**
Słaba strona		
Odpowiedź	**%**	**Liczba**
Brak	64%	16
Brak warsztatów	**4%**	**1**
Wyposażenie sal – oczekiwania ponadstandardowe.	4%	1
Długie procedury uczelniane – dla nas jako organizatora.	**4%**	**1**
Wsparcie w kwestii zakwaterowania / zwrotu kosztów dojazdu.	4%	1

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2 – przedstawiciele beneficjentów, pytanie 15. Na pytanie nie uzyskano odpowiedzi od wszystkich badanych respondentów.

Metryczka

W badaniu wzięło udział 68% kobiet i 32% mężczyzn. Strukturę badanej populacji pod względem płci przedstawiają dane zawarte na poniższym rysunku.

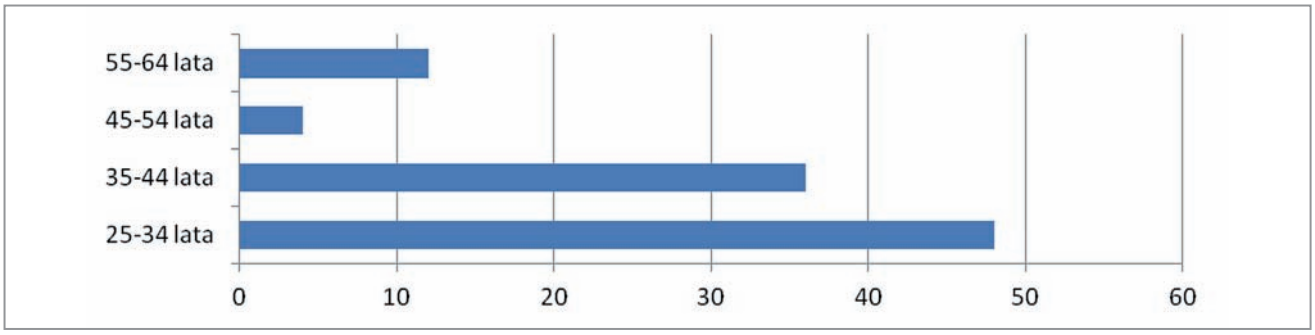
Rysunek 148. *Płeć respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2. – przedstawiciele beneficjentów pytanie M1

Ze względu na wiek ankietowanych przeważającą cześć respondentów (48%) mieściła się w przedziale wiekowym 25-34 lat, nieco mniej w przedziale 35-44 lat (36%). W przedziale wiekowym 45-54 odnotowano udział w 12%, a w wieku 55-65 – 12%. Strukturę badanej populacji według wieku przedstawiają dane zawarte poniżej.

Rysunek 149. *Wiek respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2. – przedstawiciele beneficjentów pytanie M2

Kolejnym badanym przekrojem było stanowisko zajmowane przez respondenta. Obszar analizy był bardzo zróżnicowany. Strukturę badanej populacji według zajmowanego stanowiska przedstawia rysunek poniżej

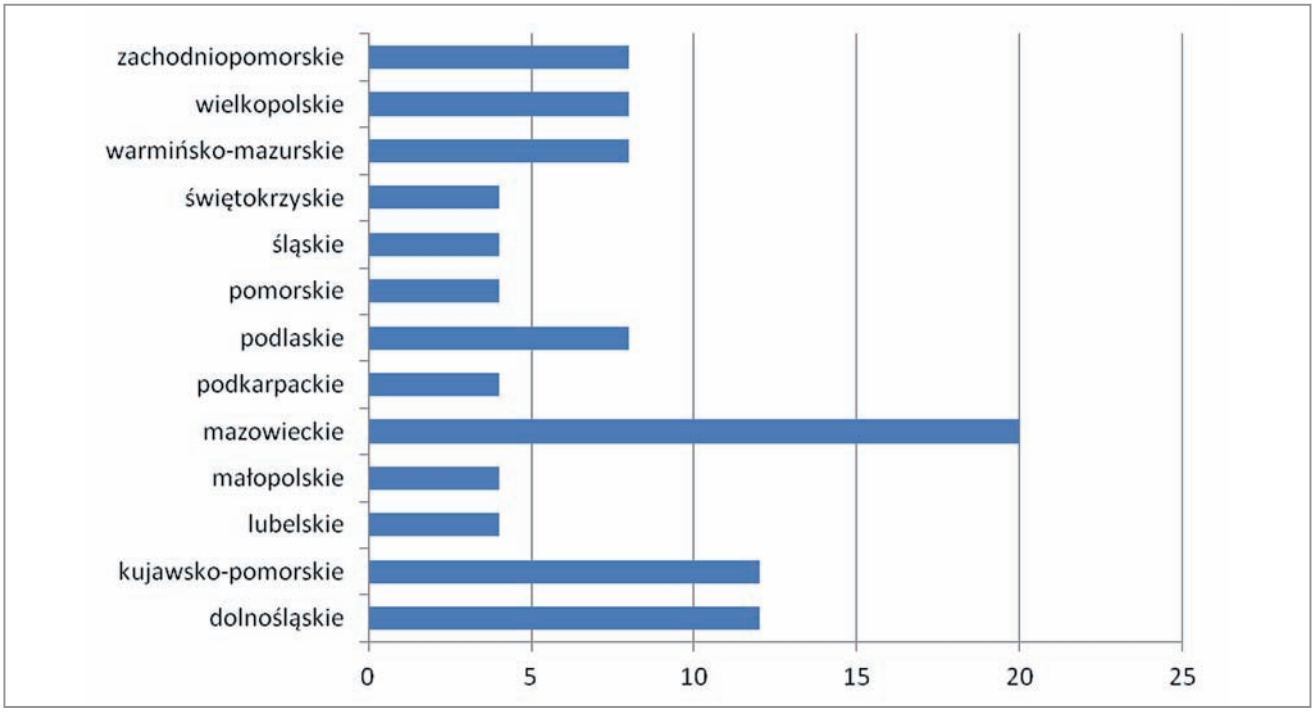
Tabela 20. *Stanowisko zajmowane przez respondenta*

Odpowiedź	%	Liczba
Kierownik projektu.	8%	2
Koordynator projektu.	8%	2
Asystent koordynatora projektu.	4%	1
Specjalista ds. fund. unijnych.	4%	1
Menager projektów.	4%	1
Kierownik projektu. Adiunkt.	4%	1
Dyrektor ds. rozwoju i promocji uczelni. Dyrektor tego projektu.	4%	1
Adiunkt.	4%	1
Kierownik dziekanatu, kierownik tego projektu	4%	1
Kierownik merytoryczny projektu.	4%	1
Menadżer projektu.	4%	1
Administrator projektu.	4%	1
W projekcie – kierownik projektu. Na uczelni – pełnomocnik Rektora ds. rozwoju.	4%	1
Kierownik tego projektu. Kierownik jedn. uczelnianej – studia podyplomowe, kursy, szkolenia.	4%	1
Kwestor	4%	1
Specjalista – pracownik ds. funduszy unijnych – członek zespołu realizującego ten projekt.	4%	1
Adiunkt	4%	1
Specjalista – prac administracyjny – kierownik projektu	4%	1
Menager projektu.	4%	1
specjalista ds. monitoringu i ewaluacji	4%	1

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2. – przedstawiciele beneficjentów pytanie M3. Na pytanie nie uzyskano odpowiedzi od wszystkich badanych respondentów.

Biorąc pod uwagę województwo, w którym zlokalizowana jest siedziba beneficjenta dominowało województwo mazowieckie (20%), a następnie kujawsko-pomorskie i dolnośląskie równocześnie (12%). Strukturę badanej populacji według siedziby beneficjenta przedstawia poniższy rysunek.

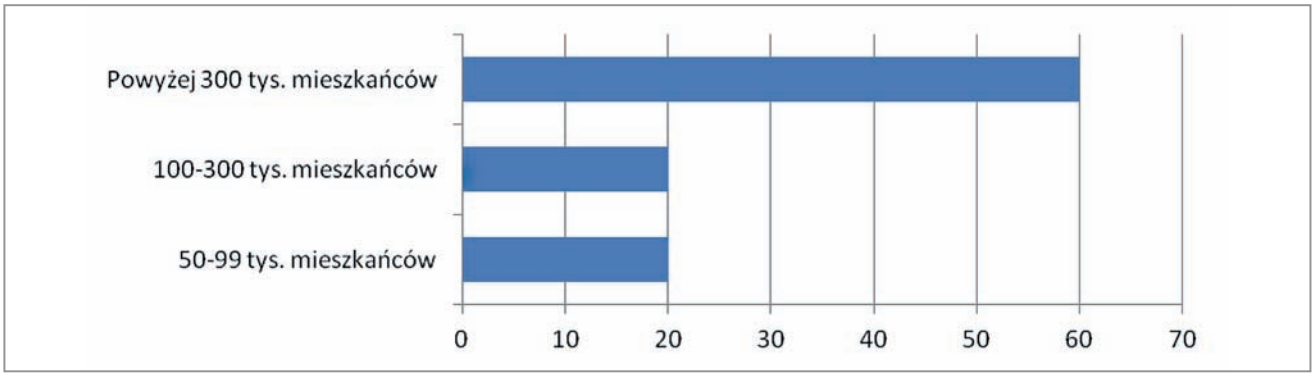
Rysunek 150. *Województwo, w którym zlokalizowana jest siedziba beneficjenta*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2. – przedstawiciele beneficjentów pytanie M4

Z przeprowadzonych badań wynika, że 60% beneficjentów posiada siedzibę zlokalizowaną w miejscowościach powyżej 300 tys. mieszkańców, 20% w miejscowościach od 100 do 300 tys. mieszkańców oraz 20% w miejscowościach od 50 do 99 tys. mieszkańców. Lokalizacji w miejscowościach mniejszych niż 50 tys. nie stwierdzono.

Rysunek 151. *Wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest siedziba beneficjenta*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.2. – przedstawiciele beneficjentów pytanie M5

2.2.3. CATI z przedstawicielami społeczeństwa

ZAKRES BADANIA

CATI z przedstawicielami społeczeństwa został wykorzystany do realizacji następującego celu szczegółowego badania:

- Ocena wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.
- Analiza postaw społecznych w odniesieniu do procesów komercjalizacji usług szpitalnych.

BADANA PRÓBA

Liczebność próby: 1000.

Populacja badana: pełnoletni przedstawiciele społeczeństwa.

Sposób doboru próby: warstwowo-losowy.

Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej 1000 osobowej grupie dorosłych Polaków od 30 lipca do 12 sierpnia 2014 roku. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem metody CATI. Wykonawca wykorzystał losowo-warstwowy dobór próby. Wykonawca pobrał z danych statystycznych opracowanych przez GUS informacje dotyczące wielkości populacji w każdym z polskich województw a następnie wylosował odpowiednią liczbę jednostek z każdej warstwy tak, aby struktura wylosowanej próby odzwierciedlała strukturę populacji.

Tabela 21. *Struktura próby przedstawicieli społeczeństwa w podziale na województwo zamieszkania*

POLSKA	LUDNOŚĆ	LICZBA RESPONDENTÓW
Dolnośląskie	2 914 362	75
Kujawsko-pomorskie	2 096 404	54
Lubelskie	2 165 651	56
Lubuskie	1 023 317	26
Łódzkie	2 524 651	66
Małopolskie	3 354 077	87
Mazowieckie	5 301 760	138
Opolskie	1 010 203	26
Podkarpackie	2 129 951	55
Podlaskie	1 198 690	31
Pomorskie	2 290 070	60
Śląskie	4 615 870	120
Świętokrzyskie	1 273 995	33
Warmińsko-mazurskie	1 450 697	38
Wielkopolskie	3 462 196	90
Zachodniopomorskie	1 721 405	45
Razem	**38 533 299**	**1 000**

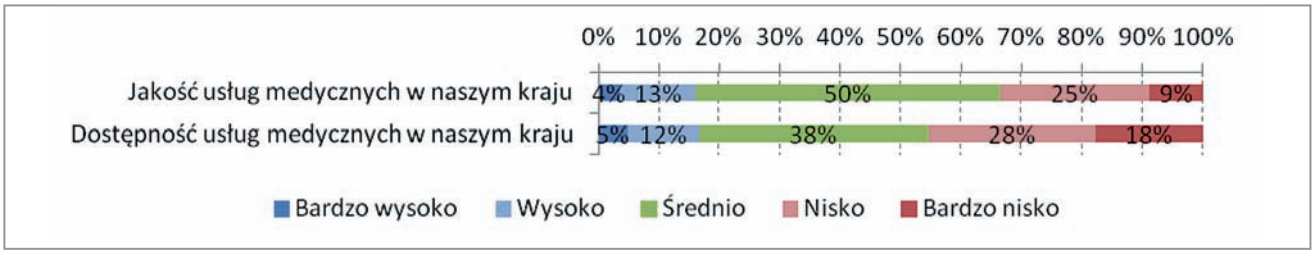
Źródło: Opracowanie własne EU-CONSULT Sp. z o.o.

2.2.3.1. Wyniki badań terenowych

Pytanie 1. Jak, w sposób ogólny, ocenia Pan/i jakość i dostępność usług medycznych

W pytaniu 1 poproszono respondentów o ocenę jakości i dostępności usług medycznych w naszym kraju. Jak widać na poniższym rysunku, w opinii respondentów ogólna ocena jakości i dostępności usług medycznych nie jest zbyt wysoka. Stosunkowo lepiej ankietowani ocenili jakość usług medycznych – 17% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 50% średnio, 25% nisko i 9% bardzo nisko. W przypadku dostępności usług medycznych oceny kształtowały się na poziomie: 17% bardzo wysoko i wysoko, 38% średnio, 28% nisko i aż 18% bardzo nisko.

Rysunek 152. *Jak, w sposób ogólny, ocenia Pan/i jakość i dostępność usług medycznych?*

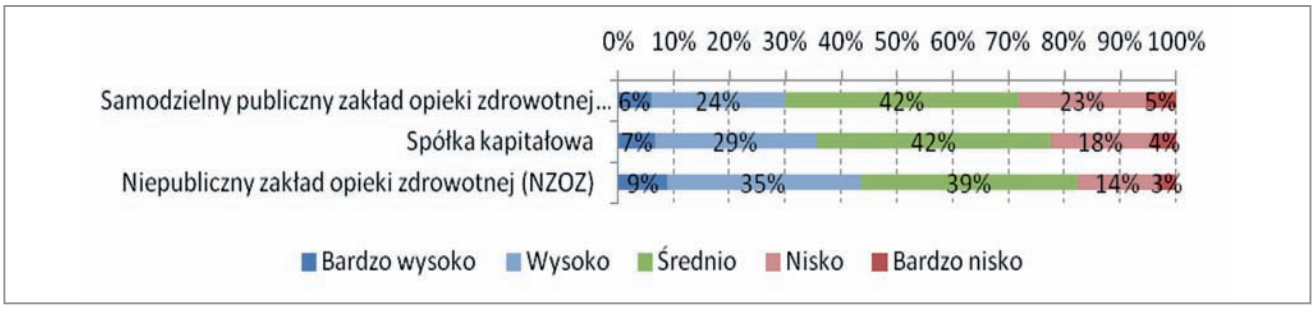


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 2. Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?

W ankiecie skierowanej do przedstawicieli społeczeństwa zadano pytanie o to jak respondenci oceniają dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego. Stosunkowo najlepiej na tle innych podmiotów wypadają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ), w których to dostęp do świadczeń respondenci oceniają bardzo wysoko (9%), wysoko (35%), średnio (39%), nisko (14%) oraz bardzo nisko (3%). W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ), dostęp do świadczeń większość respondentów ocenia, jako średni (42%), według 24% jest on wysoki, według 23% niski. Z kolei w przypadku podmiotów działających w formie spółki kapitałowej, dostęp do świadczeń respondenci oceniają bardzo wysoko (6%), wysoko (24%), średnio (42%), nisko (23%) oraz bardzo nisko (5%). Jak wskazuje rozkład odpowiedzi na pytanie 2, odpowiedzi nie są znacząco zróżnicowane względem siebie, co może świadczyć o tym, że zdaniem respondentów forma prawna podmiotu leczniczego nie ma dużego wpływu na dostęp do świadczeń medycznych.

Rysunek 153. *Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?*

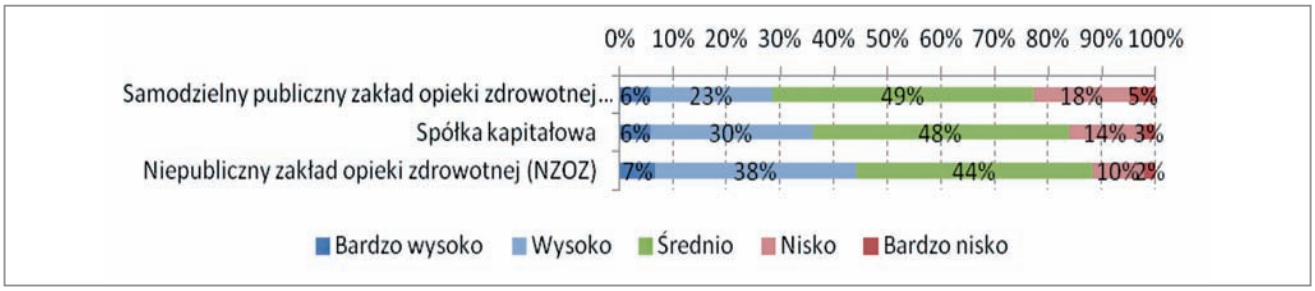


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 3. Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?

W kolejnym pytaniu respondenci oceniali, jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego. I w tym przypadku odpowiedzi nie są znacząco zróżnicowane względem siebie co może świadczyć o tym, że zdaniem respondentów forma prawna podmiotu leczniczego nie ma dużego wpływu na jakość świadczeń medycznych (rys. 154). W przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (NZOZ), jakość świadczeń większość respondentów ocenia jako średni (44%), według 38% jest on wysoki, według 10% niski lub bardzo niski (2%). Jakość świadczeń w przypadku podmiotów działających w formie spółki kapitałowej respondenci oceniają bardzo wysoko (6%), wysoko (30%), średnio (48%), nisko (14%) oraz bardzo nisko (3%). Z kolei w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SP ZOZ), jakość została oceniona bardzo wysoko (6%), wysoko (23%), średnio (49%), nisko (18%) oraz bardzo nisko (5%).

Rysunek 154. *Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?*

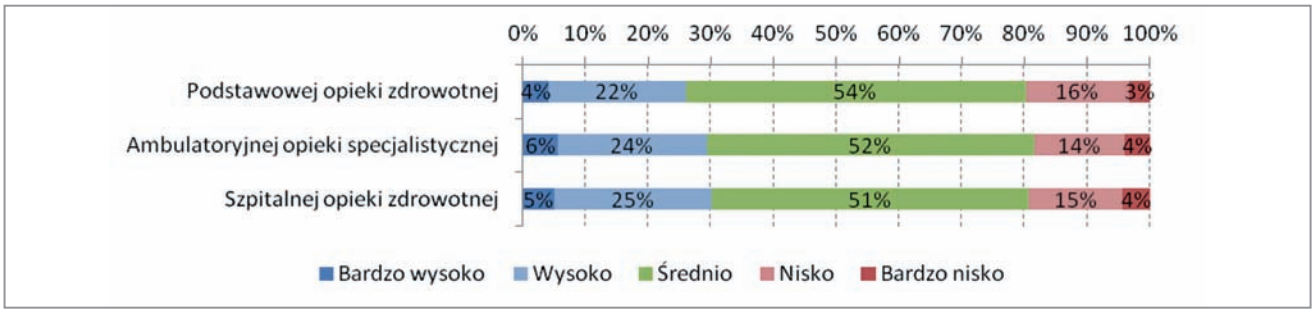


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 4. Jak ocenia Pan/i jakość świadczonych usług w zakresie: podstawowej, szpitalnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

W ankiecie skierowanej do przedstawicieli społeczeństwa poproszono respondentów również o ocenę, jakości świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Większość z 1000 respondentów wystawiło, jakości świadczonych usług ocenę średnią (54% średnio oceniło, jakość usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, 52% – w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 51% – opieki szpitalnej). Warto jednak zauważyć, że więcej respondentów oceniło, jakość świadczonych usług bardzo wysoko i wysoko, niż nisko i bardzo nisko. W zakresie szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 30% respondentów wystawiło ocenę bardzo wysoką i wysoką, jakości usług, a niecałe 20% niską i bardzo niską. Z kolei, jakość świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej 26% respondentów oceniło bardzo wysoko i wysoko, a niecałe 20% nisko i bardzo nisko.

Rysunek 155. *Jak ocenia Pan/i jakość świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?*

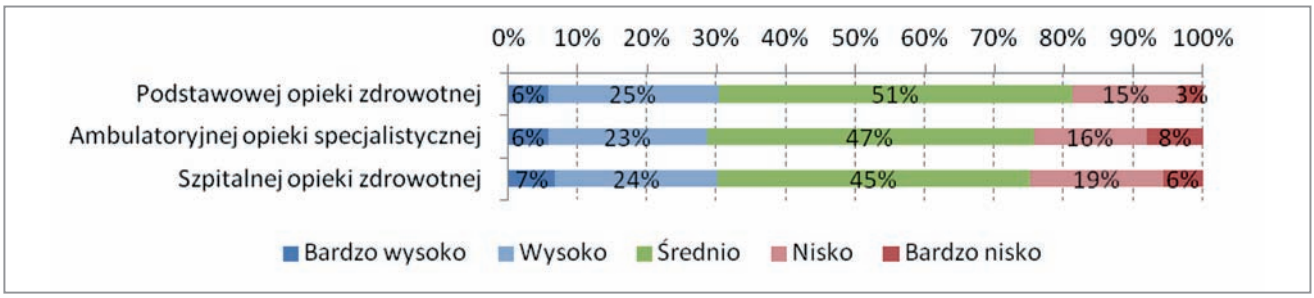


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 5. Jak ocenia Pan/i dostępność świadczonych usług w zakresie: podstawowej, szpitalnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

W ankiecie poproszono także o ocenę dostępności świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Uzyskane odpowiedzi były trochę bardziej zróżnicowane niż w pytaniu dotyczącym jakości tych usług. Najlepiej, według respondentów, oceniano dostępność świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – 6% oceniło bardzo wysoko, 25% wysoko, 51% średnio, 15% nisko i tylko 3% bardzo nisko. Można zauważyć, że respondenci w jednakowym stopniu ocenili dostępność świadczonych usług zarówno w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i szpitalnej opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 6% oceniło bardzo wysoko dostępność usług, 23% wysoko, 47% średnio, 16% nisko i 8% bardzo nisko. Z kolei w przypadku szpitalnej opieki zdrowotnej oceny kształtowały się na poziomie: 7% bardzo wysoko, 24% wysoko, 45% średnio, 19% nisko i 6% bardzo nisko.

Rysunek 156. *Jak ocenia Pan/i dostępność świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

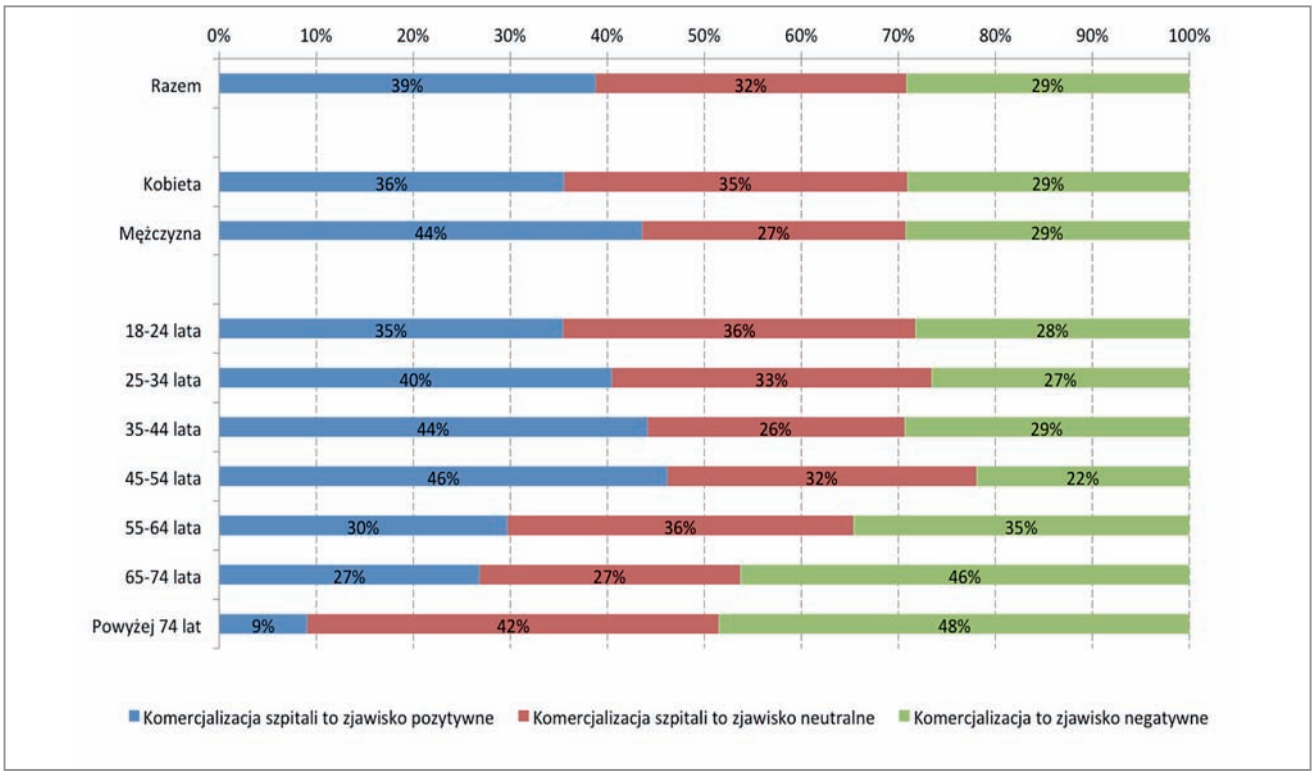
Uzyskane w omawianym badaniu rezultaty znacząco różnią się od wyników badań omawianych w raporcie BS/34/2012 „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej" a przygotowanym przez CBOS, w którym czytamy: Zdecydowana większość respondentów nie dostrzega problemów z dostępnością świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu (73% opinii pozytywnych; przeciętna ocena na skali od –1 do +1 wynosi +0,32) i pochlebnie wyraża się o kompetencjach lekarzy (68%; +0,26). Różnica między opiniami może wynikać ze sposobu dobrania próby do badania.

Pytanie 6. Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych?

Pytanie 6 miało na celu ocenę zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych w opinii respondentów. Ogólna ocena wskazuje, że według 39% respondentów jest to zjawisko pozytywne, według 32% neutralne, natomiast 29% uznaje komercjalizację jako zjawisko negatywne. Biorąc pod uwagę płeć respondentów okazuje się, iż mężczyźni oceniają komercjalizację usług szpitalnych lepiej niż kobiety (44% ocenia zjawisko pozytywnie, w przypadku kobiet jest to 36%). Jak można zauważyć, akceptacja zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych spada u osób w grupie wiekowej 55-64 – jako pozytywną ocenia ją 30% respondentów, jako neutralną 36%, a jako negatywną 35%. W przypadku osób w grupie wiekowej 65-74 za zjawisko negatywne komercjalizację uznaje już 46%, a w grupie powyżej 74 lat 47% (w tej grupie jako zjawisko pozytywne uznaje ją zaledwie 9% ankietowanych).

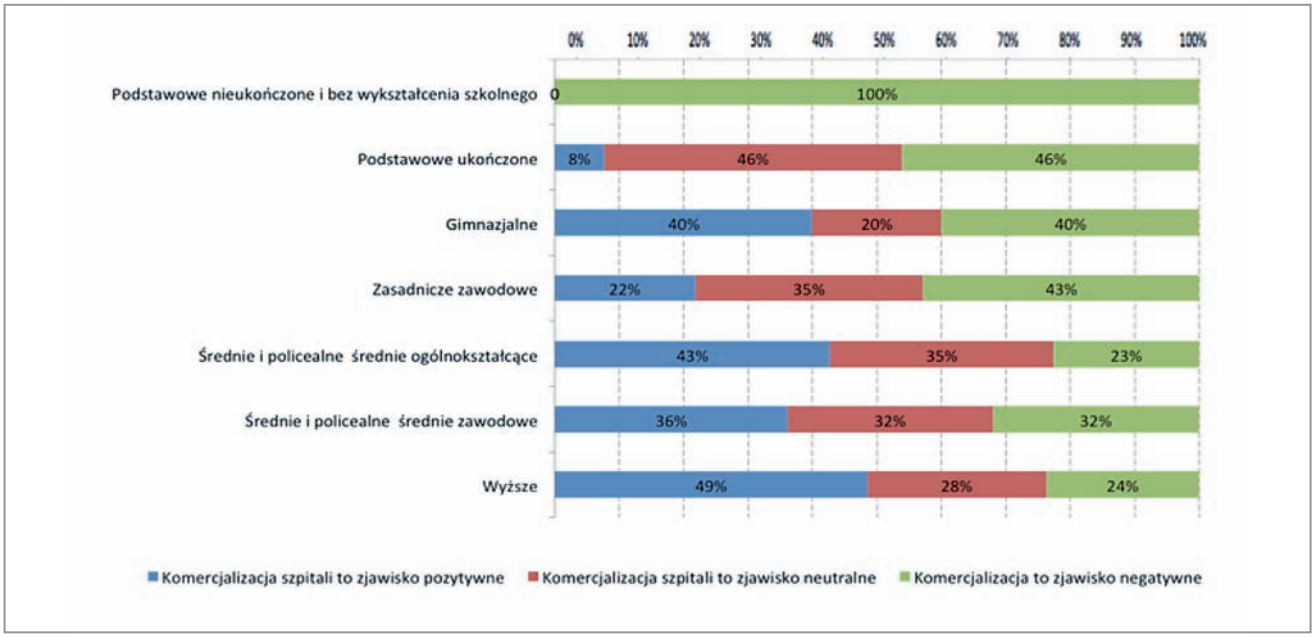
Ocena zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych różni się także w zależności od poziomu wykształcenia respondenta. I tak osoby wyższym wykształceniem oceniają ją jako zjawisko pozytywne (49%), neutralne (28%) oraz negatywne (24%). Osoby z wykształceniem średnim i policealnym średnim zawodowym jako pozytywne (36%), neutralne (32%) oraz negatywne (32%). Najniżej oceniają komercjalizację usług szpitalnych osobo z wykształceniem zasadniczym zawodowym (pozytywne 22%, neutralne 35%, negatywne 43%) i podstawowym (pozytywne 8%, neutralne 46%, negatywne 46%).

Rysunek 157. *Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Rysunek 158. *Ocena zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych w zależności od poziomu wykształcenia respondenta*



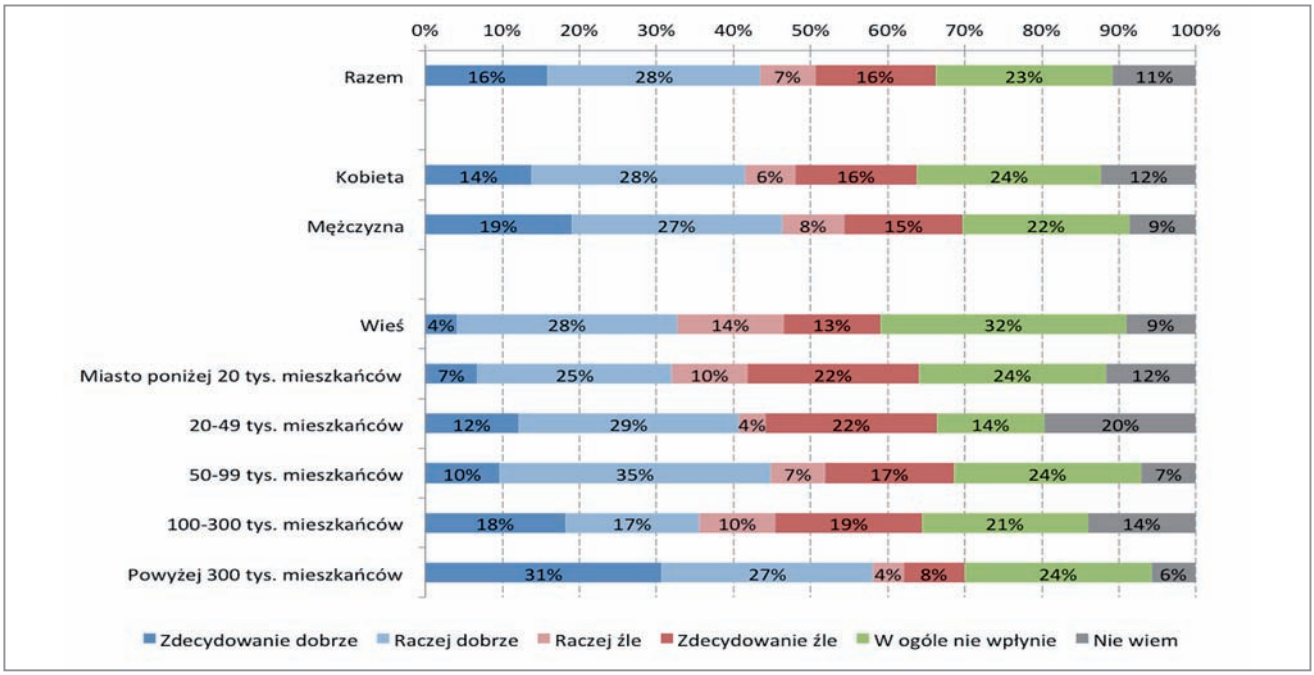
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 7. Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych?

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o ocenę tego, jak według nich proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych. Ogółem 16% respondentów oceniło że wpłynie zdecydowanie dobrze, 28% że raczej dobrze, 7% raczej źle, 16% zdecydowanie źle. Prawie ¼ respondentów jest zdania, że proces komercjalizacji usług szpitalnych w ogóle nie wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę płeć respondentów nieco bardziej optymistycznie nastawieni wydają się być mężczyźni, którzy uważają że proces komercjalizacji zdecydowanie dobrze (19%) bądź raczej dobrze (27%) wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych (w przypadku kobiet 14% i 28%). I w tym przypadku blisko ¼ respondentów uznaje, proces komercjalizacji usług szpitalnych w ogóle nie wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych. Opinie są bardziej zróżnicowane biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania. Jak można zauważyć, bardziej pozytywne nastawieni do wpływu komercjalizacji na jakość świadczeń zdrowotnych są mieszkańcy dużych miast (powyżej 300 tys. mieszkańców). Są oni zdania, iż proces komercjalizacji zdecydowanie dobrze (31%) lub raczej dobrze (27%) wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych. Zauważyć więc można, że im mniejsze miejsce zamieszania respondenta, tym niższa ocena pozytywnego wpływu komercjalizacji na jakość świadczeń zdrowotnych (przykładowo na wsi wpływ procesy komercjalizacji na jakość świadczeń zdecydowanie dobrze lub raczej dobrze ocenia odpowiednio 4%i 28% respondentów).

Rysunek 159. *Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych?*



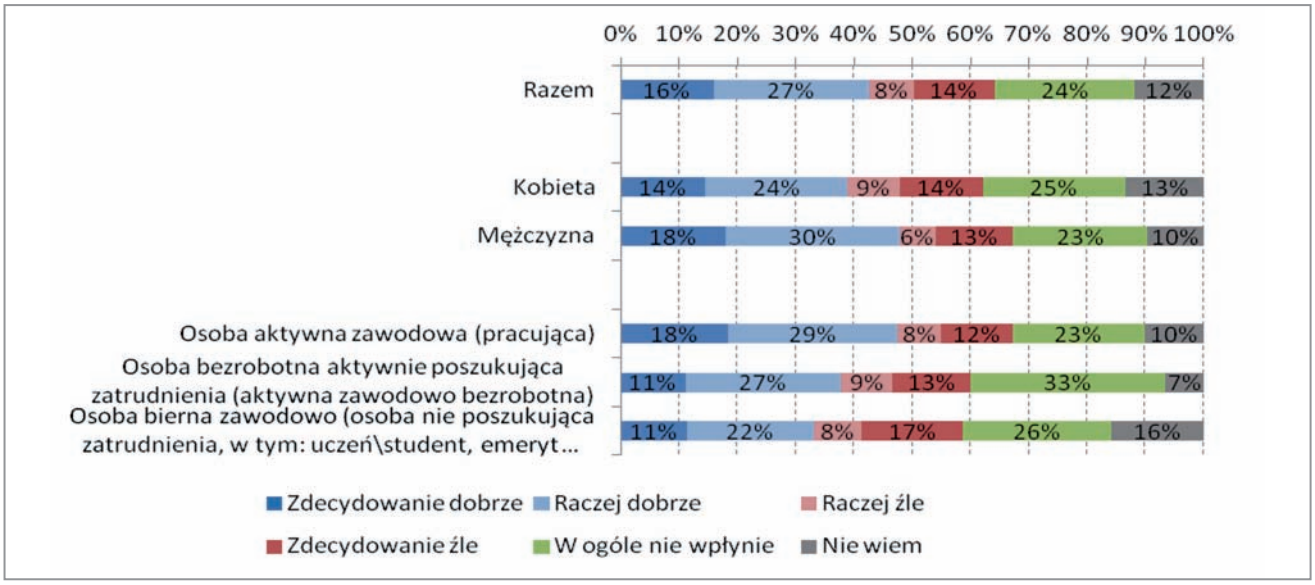
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 8. Jak, według Pana/i, proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych?

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o ocenę tego, jak według nich proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych. Ogółem 16% respondentów oceniło że zdecydowanie dobrze wpłynie, 27% raczej dobrze, 8% raczej źle, 14% zdecydowanie źle. Prawie ¼ respondentów jest zdania, że proces komercjalizacji usług szpitalnych w ogóle nie wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę płeć respondentów nieco bardziej

optymistyczni wydają się być mężczyźni, którzy uważają że proces komercjalizacji zdecydowanie dobrze (18%) bądź raczej dobrze (30%) wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych (w przypadku kobiet 14% i 24%). I w tym przypadku około ¼ respondentów uznaje, proces komercjalizacji usług szpitalnych w ogóle nie wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych. Opinie są podobne biorąc pod uwagę status zatrudnienia respondentów, choć tu z kolei bardziej optymistyczne wydają się być osoby aktywne zawodowo, które uważają że proces komercjalizacji zdecydowanie dobrze (18%) lub raczej dobrze (29%) wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych

Rysunek 160. *Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 9. Jakimi kryteriami kieruje się Pan/Pani wybierając szpital w którym podejmuje leczenie Pan/i lub osoba Panu/i bliska?

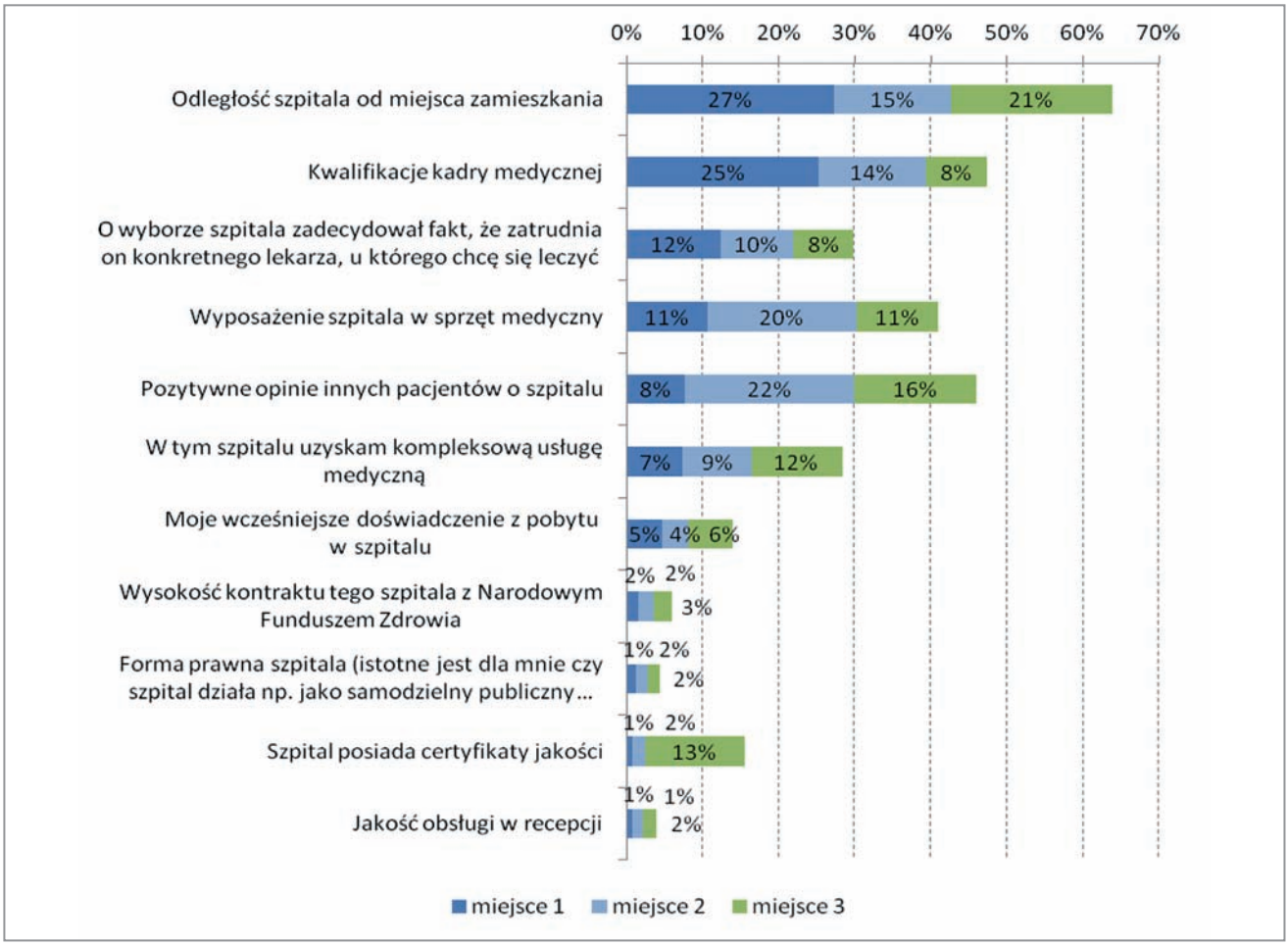
W ostatnim pytaniu ankiety zwrócono się do respondentów z pytaniem o kryteria jakimi kierują się wybierając szpital, w którym podejmują leczenie respondenci lub ich osoby bliskie. Respondenci mieli wybrać z zaproponowanej kafeterii trzy najważniejsze czynniki oraz dokonać ich oceny, to znaczy wskazać, który czynnik według nich jest najważniejszy, a który najmniej ważny.

Według respondentów, najważniejszym czynnikiem wyboru szpitala, w którym podejmują leczenie jest odległość od miejsca zamieszkania (27% badanych umieściło ten czynnik na miejscu pierwszym, 15% – na miejscu drugim, a 21% – na miejscu trzecim). Drugim z kolei czynnikiem wyboru szpitala, w opinii respondentów, są kwalifikacje kadry medycznej – 25% ankietowanych uznało ten czynnik za najważniejszy, 14,% – za mniej ważny, 8% – za najmniej ważny. Według 12% respondentów najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze szpitala jest fakt, że zatrudnia on konkretnego lekarza, u którego chcą się leczyć. Czynnik ten jako mniej ważny uznaje 10% respondentów, a 8% za najmniej ważny. Kolejnym czynnikiem wskazywanym przez respondentów jest wyposażenie szpitala w sprzęt medyczny – 11% umieściło ten czynnik na miejscu 1, 20% – na miejscu 2, a 11% na miejscu 3. Wybierając szpital, w którym chcą się leczyć, respondenci kierują się także pozytywnymi opiniami innych pacjentów – 8% ankietowanych uznało czynnik za najważniejszy, 22% za miej ważny, a 16% za najmniej ważny. Wielu respondentów zwraca też uwagę na kompleksowość usług medycznych świadczonych przez szpital. Czynnik ten jako najważniejszy uznało 7% ankietowanych, jako mniej ważny 9%, a 12% za najmniej ważny. Spośród zaproponowanej kafeterii czynników decydujących o wyborze szpitala respondenci wskazywali także na: ich wcześniejsze doświadczenia z pobytu w szpitalu, wysokość kontraktu tego szpitala z Narodowym Funduszem Zdrowia,

formę prawną szpitala (czy szpital działa np. jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, spółka kapitałowa, NZOZ), posiadane certyfikaty jakości oraz jakość obsługi w recepcji.

Wśród dodatkowo wskazywanych przez respondentów kryteriów znalazły się także kryteria takie jak: „*szybkość przyjęcia do szpitala*", „*kwalifikacje kadry medycznej*", „*odległość szpitala od miejsca zamieszkania*", „*znajomości*", „*wcześniejsze doświadczenia z pobytu w szpitalu*", „*pozytywne opinie innych pacjentów o szpitalu*", „*stosunek lekarza do pacjenta*", „*bardziej wykształcony personel*", „*poziom opieki pielęgniarskiej*", „*skuteczność leczenia*", „*posiadanie certyfikatów jakości*", „*dobrze znana mi grupa lekarzy*" oraz „*wyposażenie szpitala w sprzęt medyczny*".

Rysunek 161. *Jakimi kryteriami kieruje się Pan/i wybierając szpital, w którym podejmuje leczenie Pan/i lub osoba Panu/i bliska?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa pytanie 9. Przedstawiono wyniki dla 3 kategorii.

Respondentów zapytano także, czy chcieliby się podzielić jakąkolwiek uwagą lub spostrzeżeniem na temat procesu komercjalizacji usług medycznych. Spośród 70 osób, które udzieliło odpowiedzi twierdzącej pojawiają się obawy, iż komercjalizacja „*nic nie wniesie dobrego*", natomiast „*pozbawi wielu ludzi opieki medycznej*" oraz „*spowoduje brak opieki medycznej dla najbiedniejszych*". Dla wielu respondentów „*komercjalizacja oznacza, że wiele osób nie będzie stać na leczenie*" oraz że „*za mało zarabiamy aby płacić za świadczenia medyczne*". Respondenci zwracają uwagę na to, aby ta zmiana „*umożliwiła pacjentom lepszy dostęp do specjalistów*" i aby nie była „*połączona z likwidacją przychodni czy szpitali*". Pojawiają się także opinie, że komercjalizacja „*owszem, ale pod warunkiem zniesienia składek ZUS*". Niektórzy obawiają się, że „*nastąpi pogorszenie całokształtu usług*" a sam pomysł jest „*beznadziejny, fatalny i kosztowny dla pacjenta*". Pomysł oceniany jest także jako „*zło konieczne*" czyli „*będzie szybciej, lepiej ale niestety drożej*". Respondenci komercjalizację dopuszczają, ale „*nie przy polskich zarobkach*" lub „*po wcześniejszym zniesieniu składek ZUS*".

Metryczka

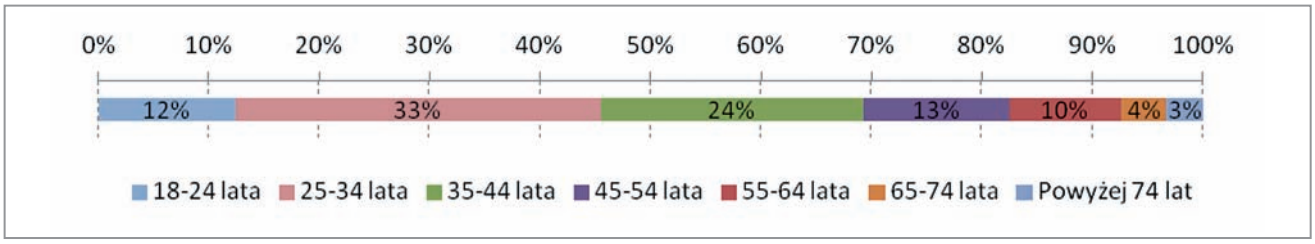
W badaniu wzięło udział 1000 respondentów, wśród których było 59% kobiet i 41% mężczyzn. Strukturę badanej populacji pod względem płci zaprezentowano na poniższym rysunku.

Rysunek 162. *Płeć respondentów*

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M1

Analizując wiek ankietowanych przeważającą cześć respondentów (33%) mieściła się w przedziale wiekowym 25-34 lat, nieco mniej w przedziale 35-44 lat (24%). W badaniach wzięło udział niewiele osób, które ukończyły sześćdziesiąty piąty rok życia (7%) oraz mieszczących się w przedziale wiekowym 55-64 lat (10%). Strukturę badanej populacji według wieku przedstawiają dane zawarte na poniższym rysunku.

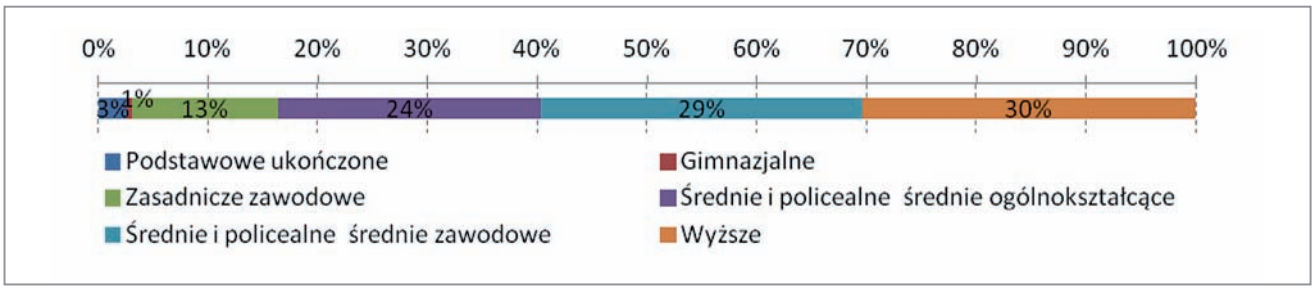
Rysunek 163. *Wiek respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Kolejnym badanym przekrojem był poziom wykształcenia respondentów. Wśród ankietowanych znalazło się najwięcej osób z wykształceniem wyższym (30%), niewiele mniej (29%) posiada wykształcenie średnie i policealne średnie zawodowe. 24% respondentów ma wykształcenie średnie i policealne średnie ogólnokształcące. Tylko 3% ankietowanych ukończyło szkołę podstawową, a 1% gimnazjum. Świadczy to o dosyć wysokim poziomie wykształcenia ogółu respondentów. Strukturę badanej populacji według poziomu wykształcenia zaprezentowano na poniższym rysunku

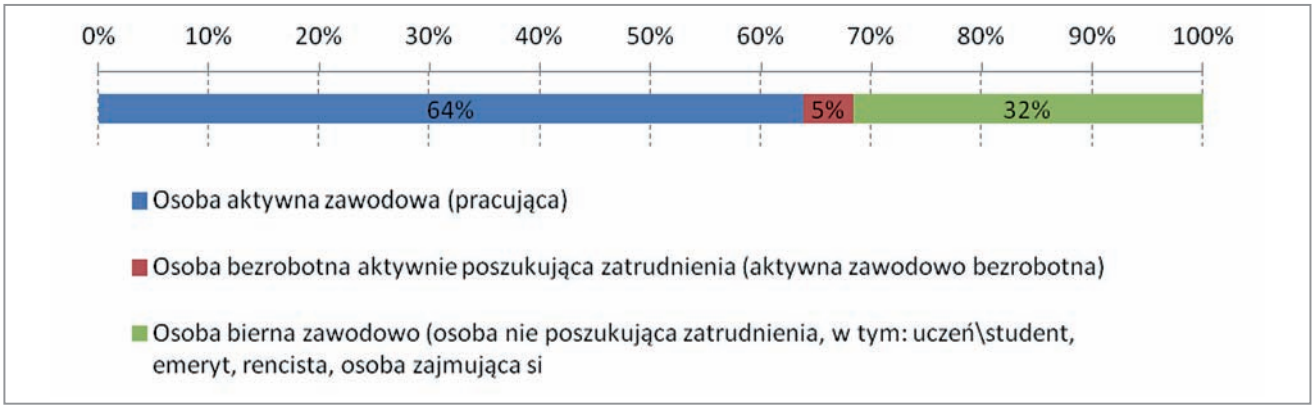
Rysunek 164. *Poziom wykształcenia respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M3 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę status zatrudnienia respondentów można stwierdzić, że wśród ankietowanych zdecydowanie dominują osoby aktywne zawodowo (64%). Duży procent badanych stanowią osoby bierne zawodowo (nie poszukujące zatrudnienia, w tym: uczniowie/studenci, emeryci, renciści, osoby zajmujące się dziećmi/domem/opiekujące się innym członkiem rodziny, itp.) – 32%. W badaniach wzięło udział 5% osób bezrobotnych aktywnie poszukujących zatrudnienia.

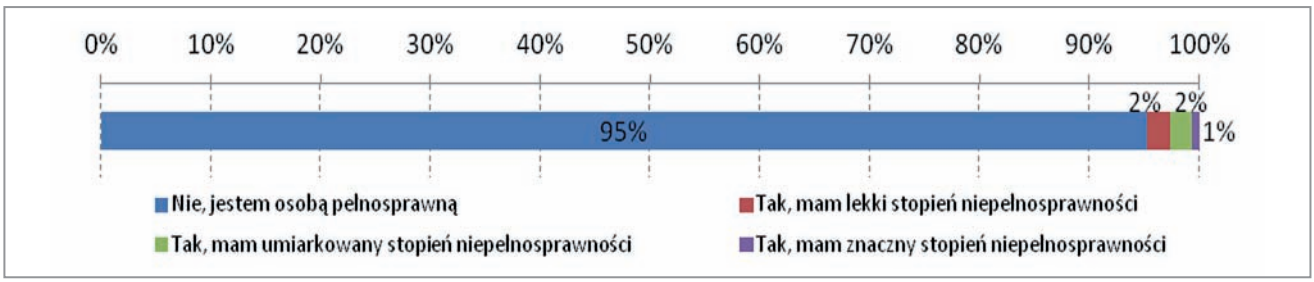
Rysunek 165. *Status zatrudnienia respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M4 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Wśród ankietowanych zdecydowanie dominują osoby pełnosprawne (95%). Ankietowani z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności stanowią 4% ankietowanych, tylko 1% respondentów ma znaczny stopień niepełnosprawności.

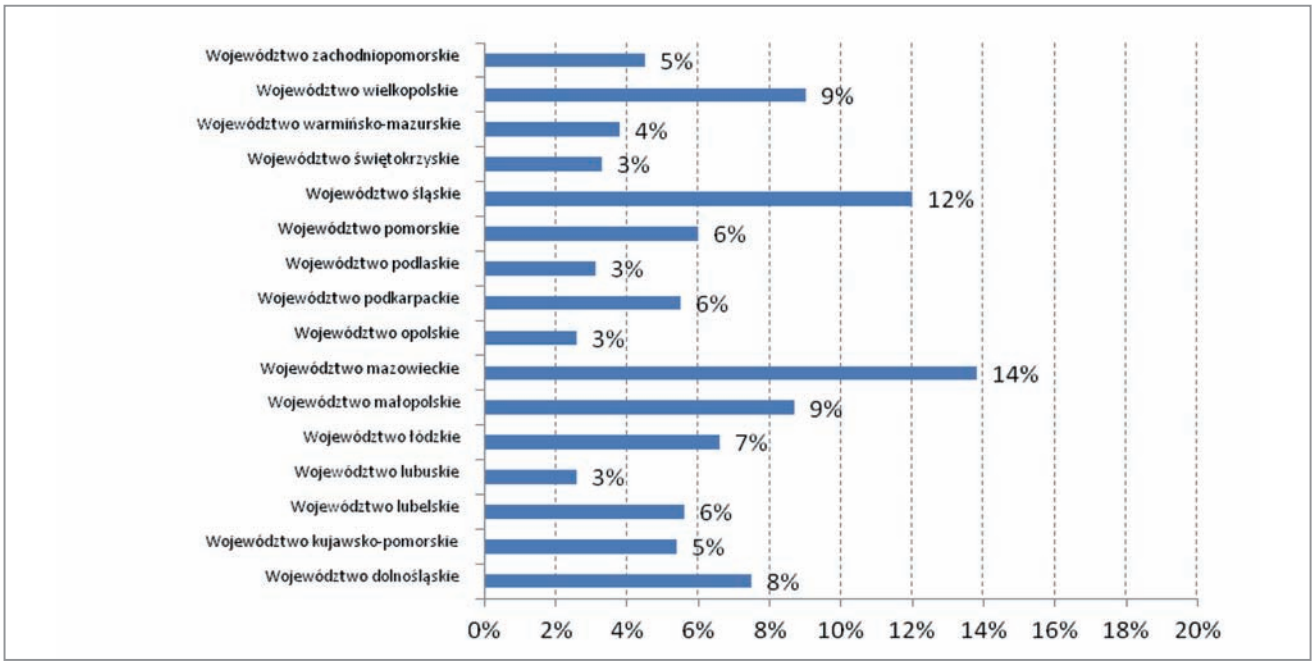
Rysunek 166. *Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M5 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Biorąc pod uwagę województwo zamieszkania respondentów, większość respondentów zamieszkuje województwo mazowieckie (14%), niewiele mniej śląskie (12%). Najmniej ankietowanych zamieszkuje województwo świętokrzyskie, podlaskie, opolskie i lubuskie – po 3%, niewiele więcej warmińsko-mazurskie (4%), zachodnio-pomorskie i kujawsko-pomorskie (po 5%). Strukturę badanej populacji według województwa zamieszkania respondenta ilustrują dane zawarte napo niższym rysunku

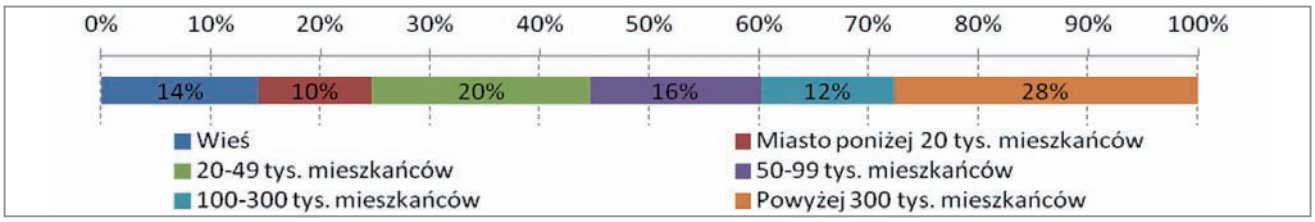
Rysunek 167. *Województwo zamieszkania respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Większość ankietowanych mieszka w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców (28%). Trochę mniej respondentów pochodzi z miast liczących 20-49 tys. mieszkańców (20%) oraz 50-99 tys. mieszkańców (16%). 14% ankietowanych mieszka na wsi.

Rysunek 168. *Wielkość miejsc owości zamieszkania respondentów*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.3. – przedstawiciele społeczeństwa, pytanie M7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

2.3. Tradycyjny wywiad bezpośredni (PAPI)

Badanie bezpośrednie z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety jest najbardziej popularną techniką zbierania danych wśród metod ilościowych. Polega na zbieraniu informacji przy pomocy standaryzowanego kwestionariusza ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu są opracowane na podstawie problemów badawczych. Badanie ankietowe charakteryzuje się dużym wskaźnikiem responsu, niskimi kosztami przeprowadzenia i dużą szybkością analizowania danych.

Wywiady bezpośrednie zostały przeprowadzone z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych przez doświadczonych ankieterów, udzielone odpowiedzi zostały przeanalizowane przez członków Zespołu Badawczego.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

Badanie PAPI charakteryzuje się dużym wskaźnikiem responsu, bowiem ankieter kontaktuje się z respondentem osobiście, dzięki czemu łatwiej jest mu uzyskać zgodę na udzielenie wywiadu, niskimi kosztami przeprowadzenia i dużą szybkością analizowania danych. Z uwagi na terenowy charakter PAPI jest bardzo skuteczne w przypadku badań kategorii osób trudnodostępnych – ankieter ma możliwość poszukiwania interesujących go respondentów poprzez wizytacje w kilku miejscach, na przykład w mieszkaniach budynku.

PRZEZNACZENIE TECHNIKI BADAWCZEJ

PAPI z pacjentami lub rodzinami pacjentów korzystających z usług medycznych wykorzystano do realizacji następującego celu szczegółowego badania:

- Ocena wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.

DOBÓR PRÓBY

Liczebność próby: 2 500.

Populacja badana: pacjenci lub rodziny pacjentów korzystających z usług medycznych podmiotów leczniczych i deklarujący, że w ostatnich 3 miesiącach oni sami lub członkowie ich rodzin korzystali z usług medycznych ocenianego podmiotu leczniczego.

Sposób doboru próby: losowy – do wzięcia udziału w badaniu zostały zaproszone losowo wybrane osoby wchodzące do danego podmiotu leczniczego.

Struktura próby: Badanie zostało przeprowadzone w 50 podmiotach leczniczych, w tym: w 25, które przeszły proces przekształcenia i 25, które funkcjonują w formule przedmiotu nieprzekształconego. W każdym podmiocie leczniczym badanie zostało przeprowadzone na próbie 50 osób. Badanie przeprowadzono w podmiotach leczniczych świadczących usługi szpitalne. Badanie zostało przeprowadzone na terenie całego kraju.

Tabela 22. *Struktura doboru podmiotów leczniczych w podziale na województwo*

Województwo	Liczba szpitali	Wskaźnik[4]	Do próby
Dolnośląskie	79	0,09	4
Kujawsko-pomorskie	41	0,05	2
Lubelskie	49	0,05	3
Lubuskie	24	0,03	1
Łódzkie	65	0,07	4
Małopolskie	74	0,08	4
Mazowieckie	113	0,13	7
Opolskie	26	0,03	1
Podkarpackie	38	0,04	2
Podlaskie	32	0,04	2
Pomorskie	50	0,06	3
Śląskie	132	0,15	8
Świętokrzyskie	24	0,03	1

Warmińsko-mazurskie	42	0,05	2
Wielkopolskie	65	0,07	4
Zachodniopomorskie	37	0,04	2
Razem	**891**	**1,00**	**50**

Źródło: Opracowanie własne EU-CONSULT Sp. z o.o.

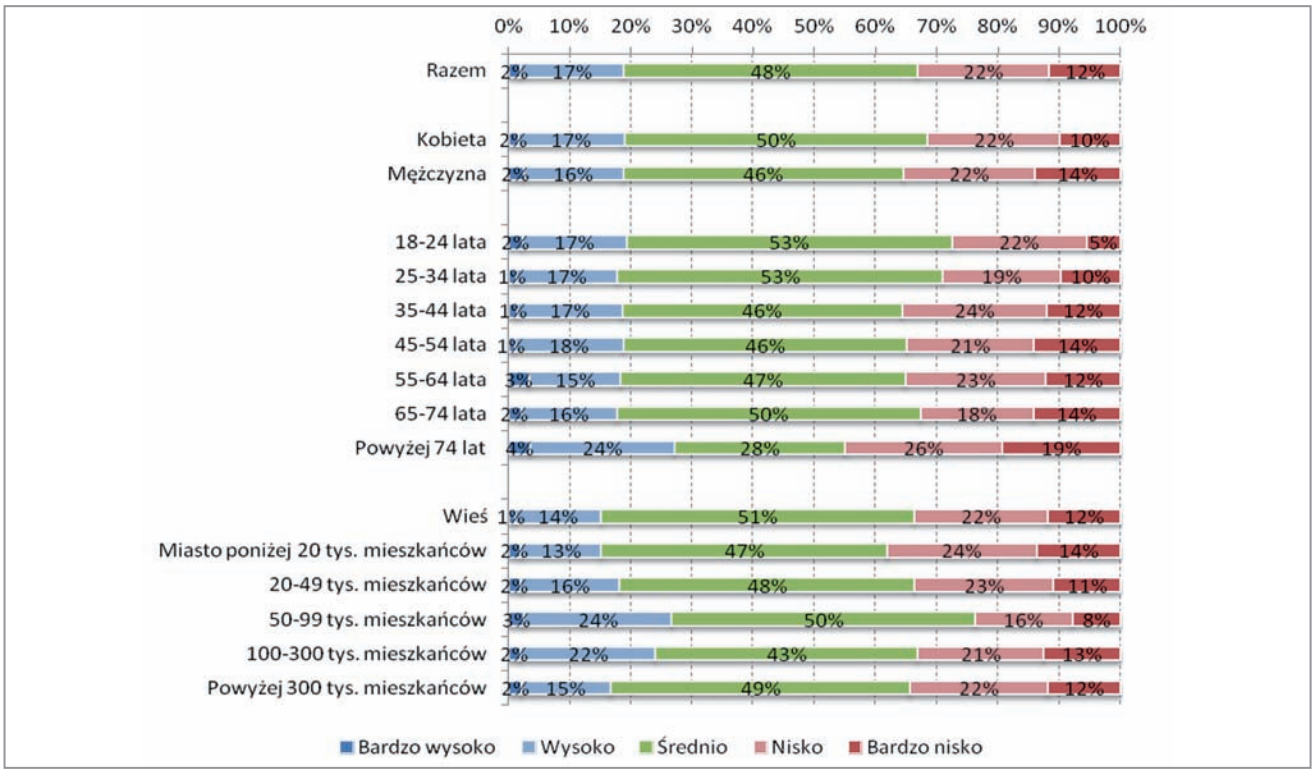
Pytanie 1. Jak w sposób ogólny ocenia Pan/i jakość i dostępność usług medycznych w naszym kraju?

W pytaniu 1 poproszono respondentów o ocenę jakości i dostępności usług medycznych w naszym kraju. Jak widać na poniższych wykresach, w opinii respondentów ogólna ocena jakości i dostępności usług medycznych nie jest zbyt wysoka. Stosunkowo lepiej ankietowani ocenili jakość usług medycznych – 19% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 48% średnio, 22% nisko i 12% bardzo nisko. W przypadku dostępności usług medycznych oceny kształtowały się na poziomie: 15% bardzo wysoko i wysoko, 43% średnio, 27% nisko i aż 15% bardzo nisko.

Pytanie 1.1. Jak, w sposób ogólny, ocenia Pan/i jakość usług medycznych w naszym kraju

Biorąc pod uwagę płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania respondentów można zauważyć, że lepiej jakość usług medycznych oceniły kobiety (19% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 50% średnio, 22% nisko i 10% bardzo nisko). Najwyżej jakość usług medycznych ocenili mieszkańcy miast 50-99 tys. mieszkańców (27% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 50% średnio, 16% nisko i 8% bardzo nisko) oraz pacjenci lub członkowie ich rodzin w wieku powyżej 74 lat (28% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 28% średnio), jednak należy dodać, że w tej grupie wiekowej najwięcej było także ocen negatywnych (26% nisko i 19% bardzo nisko).

Rysunek 169. *Jak w sposób ogólny ocenia Pan/i jakość usług medycznych w naszym kraju?*

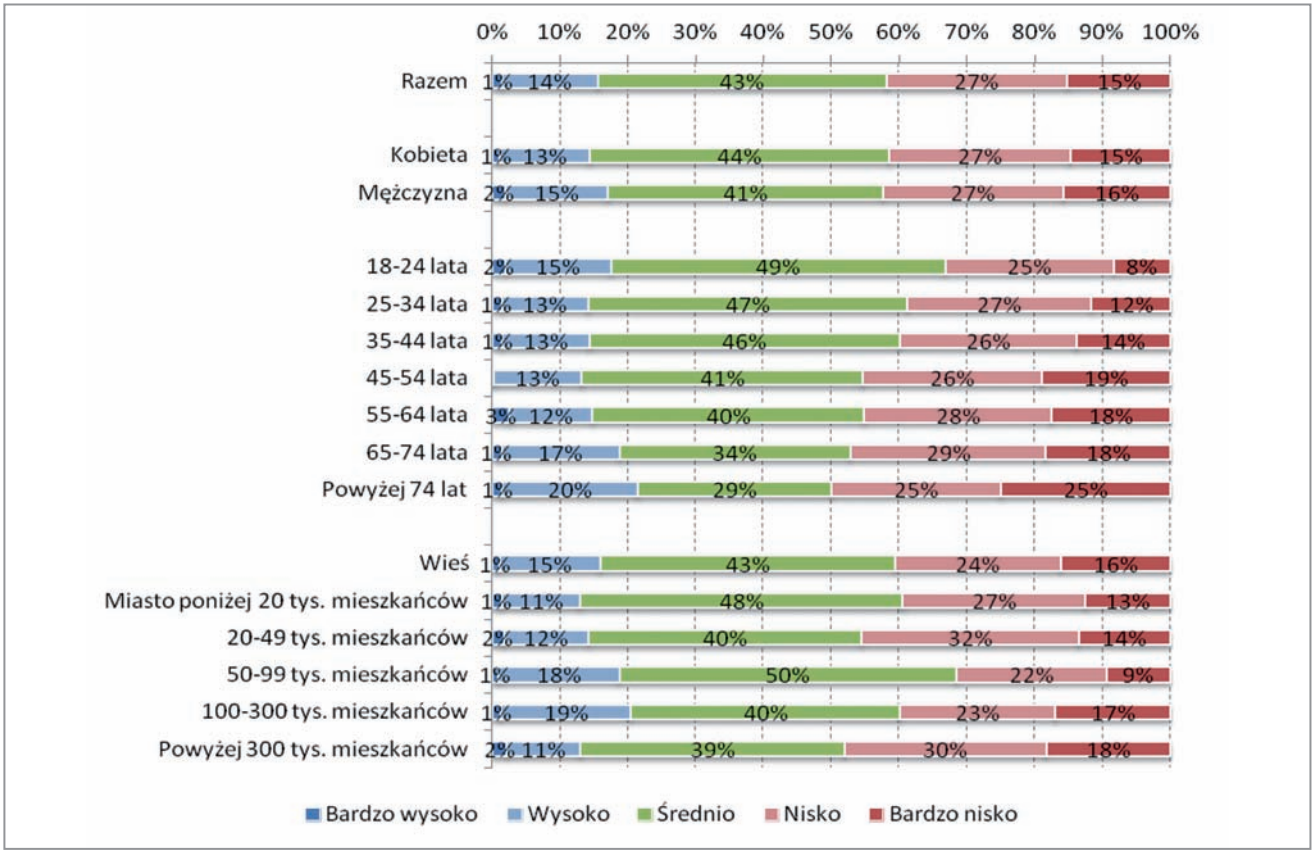


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 1.1 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 1.2. Jak, w sposób ogólny, ocenia Pan/i dostępność usług medycznych w naszym kraju

Analizując z kolei dostępność usług medycznych ze względu na płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania respondentów można zauważyć, że w tym przypadku lepiej dostępność usług ocenili mężczyźni (17% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 41% średnio, 27% nisko i 16% bardzo nisko). Najwyżej dostępność usług medycznych ocenili mieszkańcy miast 100-300 tys. mieszkańców (20% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 40% średnio, 23% nisko i 17% bardzo nisko) oraz pacjenci lub członkowie ich rodzin w wieku powyżej 74 lat (21% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 29% średnio), jednak należy dodać, że, tak jak w przypadku oceny jakości usług medycznych, również w tej grupie wiekowej najwięcej było także ocen negatywnych (25% nisko i 15% bardzo nisko).

Rysunek 170. *Jak w sposób ogólny ocenia Pan/i dostępność usług medycznych w naszym kraju?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 1.2 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 2 i 3. Jak ocenia Pan/i dostęp i jakość do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego?

W ankiecie skierowanej do pacjentów lub rodzin pacjentów korzystających z usług medycznych poproszono respondentów o ocenę dostępności i jakości świadczonych usług w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego. Większość z 2500 respondentów najwyżej oceniło jakość i dostępność usług świadczonych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) (jakość: 40% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 43% średnio, 16% nisko i bardzo nisko; dostępność: 41% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 42% średnio, 18% nisko i bardzo nisko). Z kolei usługi świadczone przez spółki kapitałowe respondenci ocenili na poziomie: jakość – 30% bardzo wysoko i wysoko, 51% średnio, 19% nisko i bardzo nisko, a dostępność – 28% bardzo wysoko i wysoko, 51% średnio, 21% nisko i bardzo nisko. Najsłabiej ankietowani ocenili

jakość i dostępność usług świadczonych przez samodzielne publiczne zakład opieki zdrowotnej (SP ZOZ): jakość – 23% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 50% średnio, 26% nisko i bardzo nisko, a dostępność – 18% bardzo wysoko i wysoko, 48% średnio, 34% nisko i bardzo nisko.

Tabela 23. *Ocena jakości i dostępu do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego*

	Bardzo wysoko		Wysoko		Średnio		Nisko		Bardzo nisko	
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SP ZOZ)	2%	2%	16%	21%	48%	50%	26%	20%	8%	6%
Spółka kapitałowa	4%	3%	24%	27%	51%	51%	17%	16%	4%	3%
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ)	9%	8%	32%	32%	42%	43%	15%	13%	3%	3%

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 2 i 3

Pytanie 4 i 5. Jak ocenia Pan/i jakość i dostępność świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki zdrowotnej?

W ankiecie poproszono także o ocenę jakości i dostępności świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Uzyskane odpowiedzi w odniesieniu do jakości usług były mało zróżnicowane: około 30% oceniło bardzo wysoko i wysoko, niecałe 50% średnio, i ponad 20% nisko i bardzo nisko jakość świadczonych usług zarówno w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Najwyżej oceniono dostępność usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – 30% oceniło bardzo wysoko i wysoko, niecałe 45% średnio, i 24% nisko i bardzo nisko. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej opieki zdrowotnej oceny dostępności usług kształtowały się na tym samym poziomie: 22% oceniło bardzo wysoko i wysoko, 48% średnio, 30% nisko i bardzo nisko.

Tabela 24. *Ocena jakości i dostępności świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki zdrowotnej*

	Bardzo wysoko		Wysoko		Średnio		Nisko		Bardzo nisko	
Podstawowa opieka zdrowotna	4%	4%	28%	26%	47%	45%	16%	18%	5%	6%
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3%	2%	28%	20%	49%	48%	16%	22%	4%	9%
Szpitalna opieka zdrowotna	4%	2%	26%	20%	48%	48%	17%	23%	5%	7%

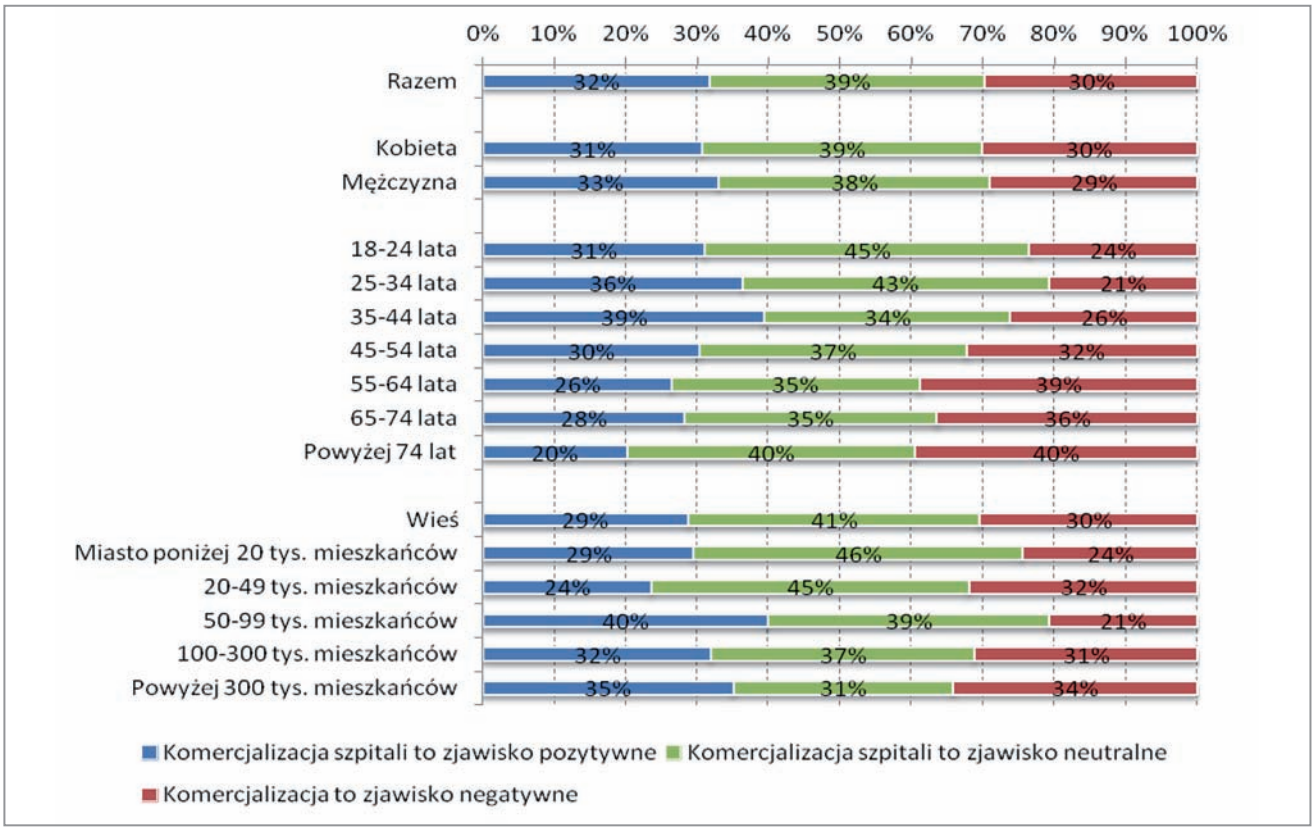
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 4 i 5

Pytanie 6. Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych?

Pytanie 6 miało na celu ocenę zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych w opinii pacjentów lub rodzin pacjentów korzystających z usług medycznych. Ogólna ocena wskazuje, że według 32% respondentów jest to zjawisko pozytywne, według 39% neutralne, natomiast 30% uznaje komercjalizację jako zjawisko negatywne. Biorąc pod uwagę płeć respondentów okazuje się, iż mężczyźni oceniają komercjalizację usług szpitalnych nieznacznie lepiej niż kobiety (33% ocenia zjawisko pozytywnie, w przypadku kobiet jest to 31%). Jak można zauważyć, akceptacja zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych spada najniżej u osób w wieku powyżej 74 lat – jako pozytywną ocenia ją 20% respondentów, jako neutralną i negatywną

po 40%. Zjawisko komercjalizacji najlepiej jest postrzegane w miastach 50-99 tys. mieszkańców (40%), zaś najmniej pozytywnych odpowiedzi udzielali respondenci mieszkający na wsi i w miastach nie przekraczających 50 tys. mieszkańców (wieś i miasto poniżej 20 tys. mieszkańców po 29%, miasto 20-49 tys. mieszkańców 24% pozytywnych ocen).

Rysunek 171. *Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych?*

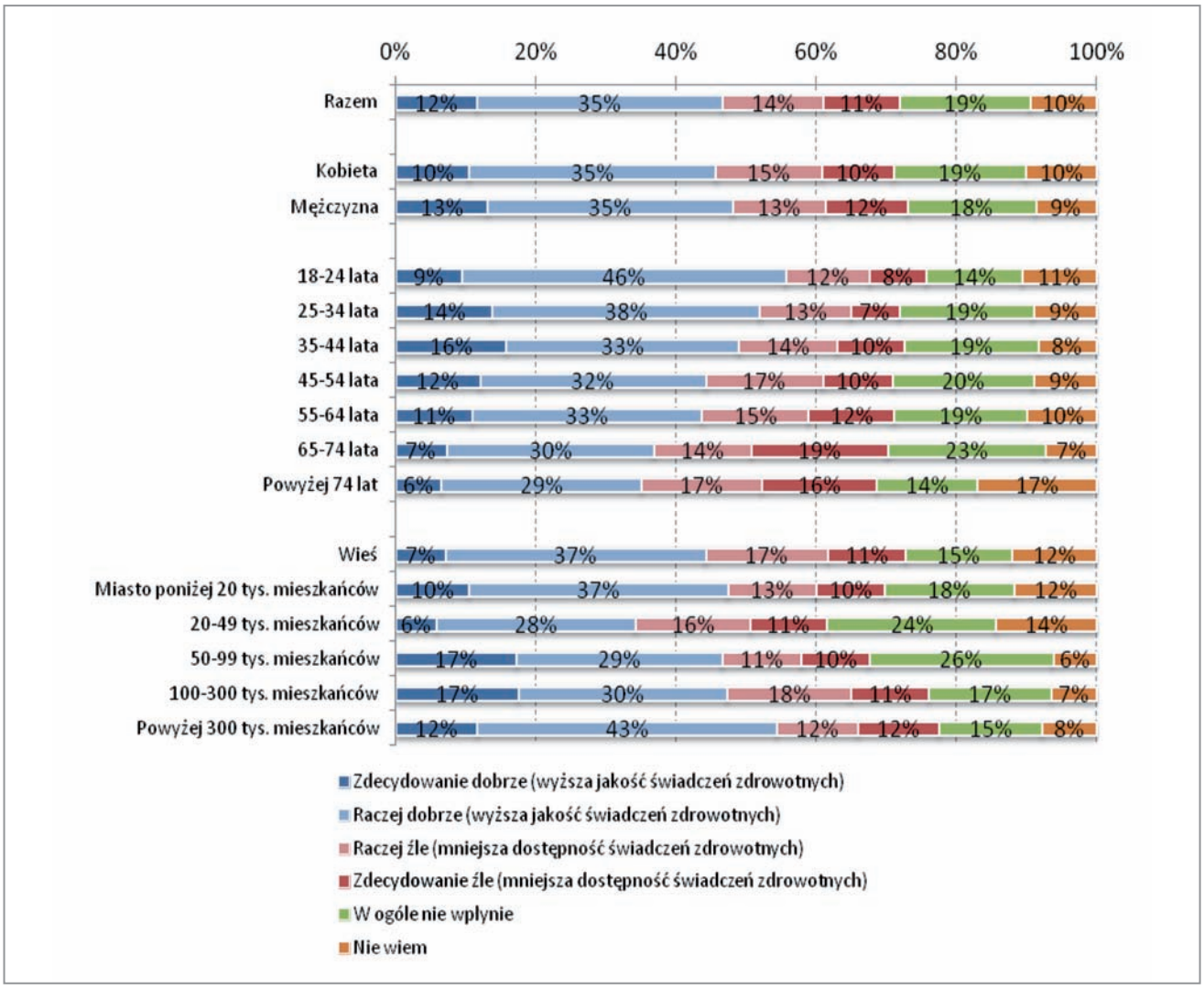


Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 6 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 7. Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych?

45% respondentów uważa, że proces komercjalizacji dobrze wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych, przy czym odpowiedzi „zdecydowanie dobrze" udzieliło 12% z nich. Co czwarty ankietowanych uważa, że proces ten źle wpłynie na jakość usług. Trochę lepiej oceniają ten wpływ mężczyźni: zdecydowanie dobrze oceniło 13% mężczyzn, podczas gdy wśród kobiet odpowiedzi takiej udzieliło 10% z nich. Spadek pozytywnych ocen można zaobserwować wraz ze wzrostem wieku respondentów. Grupa 18-24 lata oceniła wpływ komercjalizacji jako zdecydowanie dobry (9%) lub raczej dobry (46%) oraz raczej zły (12%) i zdecydowanie zły (8%). Natomiast osoby w wieku powyżej 74 lat jako zdecydowanie dobry (6%) lub raczej dobry (29%) oraz raczej zły (17%) i zdecydowanie zły (16%). Według 45% mieszkańców miast powyżej 300 tys. mieszkańców proces komercjalizacji korzystnie wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych (zdecydowanie twierdzi tak 12% z nich). Warto zauważyć, iż najwięcej negatywnych opinii udzielili mieszkańcy miast 100-300 tys. mieszkańców (raczej źle 18%, zdecydowanie źle 11%).

Rysunek 172. *Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych?*



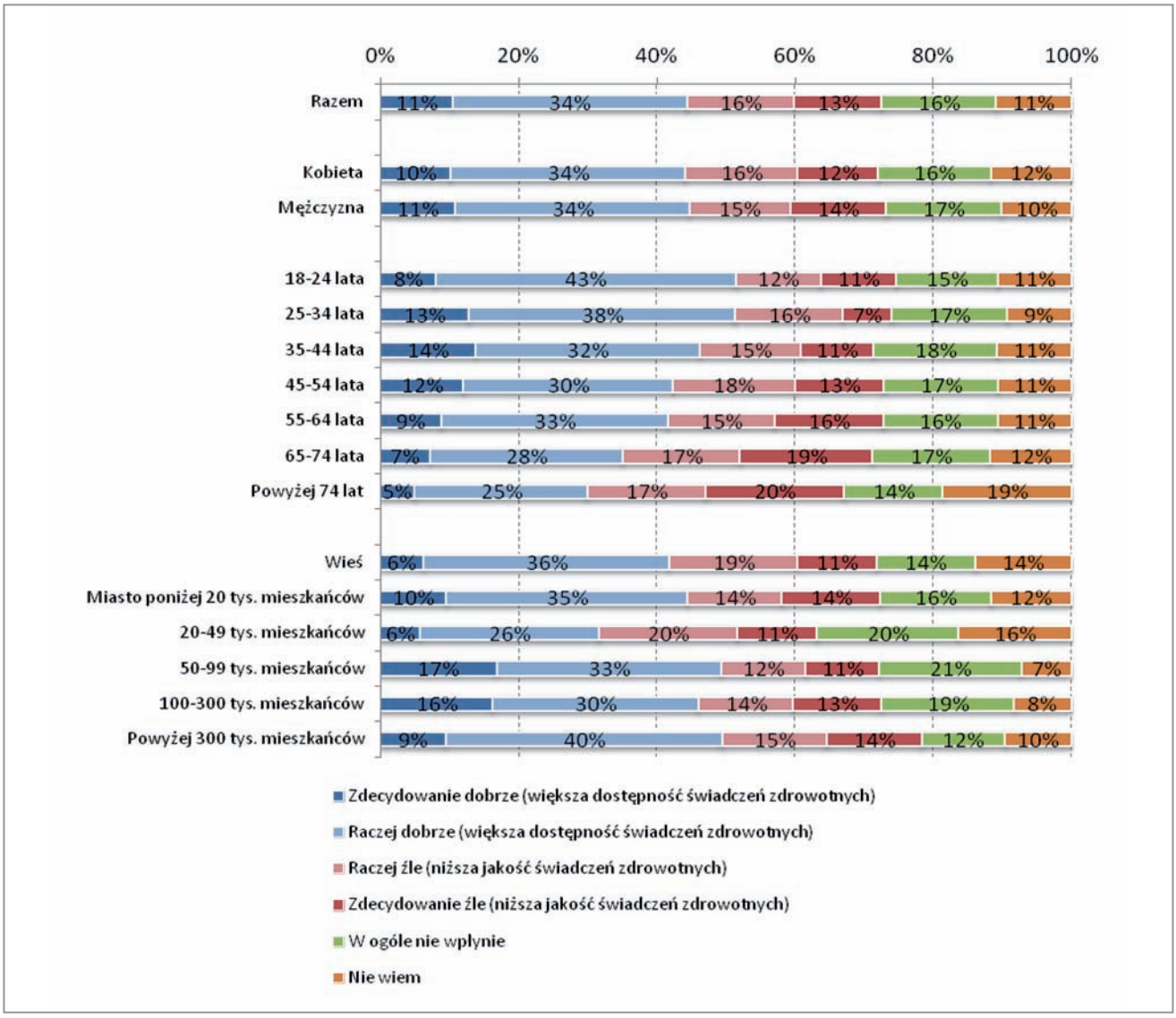
Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 7 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 8. Jak, według Pana/i, proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych?

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o ocenę tego, jak według nich proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych. Ogółem 11% respondentów oceniło, że wpłynie zdecydowanie dobrze, 34% raczej dobrze, 16% raczej źle, 13% zdecydowanie źle, 16% jest zdania, że proces komercjalizacji usług szpitalnych w ogóle nie wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę płeć respondentów opinie wydają się być podobne. Tyle samo respondentów (po 34%) w obu grupach oceniło wpływ jako raczej dobry, a jako zdecydowanie dobry zaledwie o jeden procent więcej mężczyzn (11%), niż kobiet (10%). Po raz kolejny można zaobserwować ogólny spadek pozytywnych opinii oraz wzrost negatywnych wśród respondentów ze starszych pokoleń. Zdanie, że komercjalizacja wpłynie zdecydowanie dobrze i raczej dobrze na dostęp do świadczeń zdrowotnych podzielało odpowiednio 8% i 43% respondentów wśród grupy 18-24 lat, oraz 5% i 25% respondentów w wieku powyżej 74 lat. Natomiast odpowiedzi raczej źle i zdecydowanie źle udzieliło odpowiednio 12% i 11% respondentów z najmłodszej grupy wiekowej oraz 17% i 20% z najstarszej. Biorąc pod uwagę wielkość miejscowości, 50% respondentów z miast 50-99 tys. mieszkańców uważa, że proces komercjalizacji

usług szpitalnych korzystnie wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych, z kolei najwięcej respondentów (31%), którzy wskazują na negatywny wpływ tego procesu, mieszka w miastach 20-49 tys. mieszkańców.

Rysunek 173. *Jak, według Pana/i, proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych?*



Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 8 (z powodu zaokrągleń wyniki nie sumują się do 100%)

Pytanie 9 i 10. Jak ocenia Pan/i dostępność i jakość usług medycznych świadczonych przez szpital, w okolicy którego obecnie się znajdujemy?

Najwięcej ankietowanych zarówno dostępność, jak i jakość usług medycznych świadczonych przez szpital, w okolicy którego się znajdował w chwili badania, klasyfikowało na miejscach 5 i 8 (klasyfikacja było 10 punktowa, przy czym 1 to najniższa ocena, 10 – najwyższa). Na miejscu 5 dostępność usług oceniło 18%, a jakość 17% respondentów, z kolei na miejscu 8 odpowiednio 17% i 19%. Na pierwszych trzech miejscach dostępność usług oceniono na poziomie 11%, a ich jakość – 10%.

Tabela 25. *Jak ocenia Pan/i dostępność i jakość usług medycznych świadczonych przez szpital, w okolicy, którego obecnie się znajdujemy?*

Rang/kryterium	**miejsce 1**	**miejsce 2**	**miejsce 3**	**miejsce 4**	**miejsce 5**	**miejsce 6**	**miejsce 7**	**miejsce 8**	**miejsce 9**	**miejsce 10**
Dostępność	2%	3%	6%	9%	18%	13%	15%	17%	8%	9%
Jakość	2%	3%	5%	8%	17%	10%	13%	19%	11%	12%

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 9 i 10

Pytanie 11. Jakie czynniki zadecydowały o wyborze przez Pana/ią lub Pan/i bliskich leczenia w tym konkretnym szpitalu? (Jakimi kryteriami kierował/a się Pan/Pani wybierając szpital, w okolicy którego obecnie się znajdujemy?

W opinii respondentów najważniejszym czynnikiem wpływającym na wybór miejsca leczenia według 44% ankietowanych jest odległość szpitala od miejsca zamieszkania. Kolejnym ważnym czynnikiem decydującym według respondentów są pozytywne opinie o szpitalu (30% wskazało go na pierwszym i drugim miejscu). Respondenci wśród kryteriów decydujących o wyborze wymieniali również następujące czynniki: kwalifikacje kadry medycznej (20% na pierwszym i drugim miejscu), wcześniejsza kompleksowa usługa (18% na pierwszym i drugim miejscu). Za najmniej decydujący o wyborze szpitala kryterium respondenci uznali wcześniejsze pozytywne doświadczenia z pobytu (28% na dziesiątym miejscu).

Tabela 26. *Jakie czynniki zadecydowały o wyborze przez Pana/ią lub Pan/i bliskich leczenia w tym konkretnym szpitalu? (Jakimi kryteriami kierował/a się Pan/Pani wybierając szpital, w okolicy, którego obecnie się znajdujemy?*

Rank/czynnik	**miejsce 1**	**miejsce 2**	**miejsce 3**	**miejsce 4**	**miejsce 5**	**miejsce 6**	**miejsce 7**	**miejsce 8**	**miejsce 9**	**miejsce 10**
Odległość szpitala od miejsca zamieszkania	44%	17%	10%	28%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Pozytywne opinie	8%	22%	17%	35%	18%	0%	0%	0%	0%	0%
Certyfikaty jakości	3%	4%	14%	22%	43%	14%	0%	0%	0%	3%
Forma prawna	2%	4%	4%	12%	24%	40%	13%	0%	0%	0%
Wcześniejsza kompleksowa usługa	7%	11%	10%	1%	14%	25%	26%	6%	0%	0%
Kwalifikacje kadry medycznej	7%	13%	10%	1%	0%	19%	30%	16%	2%	0%
Jakość obsługi w recepcji	1%	4%	4%	0%	0%	0%	30%	41%	16%	2%
Wyposażenie w sprzęt medyczny	3%	8%	11%	0%	0%	0%	0%	35%	33%	8%
Wcześniejsze pozytywne doświadczenia z pobytu	4%	7%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	48%	28%
Konkretny lekarz u którego chcę się leczyć	8%	6%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	61%	15%

Źródło: Ankieta, załącznik 5.2.4. – pacjenci lub rodziny pacjentów pytanie 11

2.4. Indywidualny wywiad pogłębiony (IDI)

IDI polega na przeprowadzeniu z daną osobą ustrukturyzowanej rozmowy, która ma na celu uzyskanie konkretnych informacji w sposób planowy i metodyczny według określonego schematu, zwanego scenariuszem wywiadu.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

Standaryzacja poruszanych zagadnień, a w szczególności celu rozmowy pozwala na uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia celów badania. Charakter rozmowy i duża swoboda w komunikacji ułatwiają zaś pogłębianie poruszanych zagadnień i wyjaśnianie zdiagnozowanych zjawisk. Indywidualne wywiady pogłębione mają na celu przede wszystkim odpowiedzenie na pytanie dlaczego dane zjawisko występuje, a nie samo proste stwierdzenie jego występowania. Mała liczebność populacji oraz konieczność uzyskania wiedzy o konkretnych zjawiskach i mechanizmach sprawiają, że wywiady pogłębione będą idealną techniką służącą realizacji założonych celów.

2.4.1. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych

ZAKRES BADANIA

IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, zostało wykorzystane do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Oceny jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,
- Identyfikacji modelowego programu studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi,
- Oceny wpływu udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego
- Oceny wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych,
- Oceny wpływu procesu przekształceń na dostępność do świadczeń medycznych.

IDI zostały przeprowadzone z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, którzy jednocześnie byli uczestnikami studiów podyplomowych. Do badania kwalifikowani byli tylko tacy uczestnicy, którzy pełnili funkcję dyrektora/zastępcy, dyrektora/głównego księgowego lub dyrektora finansowego. Z IDI wyłączeni zostali uczestnicy, którzy zajmowali stanowiska zaliczane do średniego personelu zarządzającego.

PRÓBA BADANIA

Liczebność próby: Ostatecznie zrealizowano 25 wywiadów IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w który są lub byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych.

Populacja badana: przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotów leczniczych.

Sposób doboru próby: celowy – wybrane zostały te osoby, których wiedza i opinie były użyteczne z punktu widzenia celów badania.

Struktura próby: W ramach badania nawiązano kontakt z wszystkimi Projektodawcami. Ostatecznie zgodę na udział w badaniu podjęło 25 Projektodawców, co stanowi 86% grupy docelowej.

2.4.1.1. Wyniki badań terenowych

Pytanie 1. Jak oceniają Państwo projekt, w którym Pan/i uczestniczył? Czy jest Pan/i zadowolony z rezultatów projektu?

Słuchacze studiów podyplomowych wysoko ocenili projekt, w którym uczestniczyli. W przeważającej większości deklarowali zadowolenie z odbytych zajęć. Najczęściej sygnalizowali również przydatność przekazywanych treści w swojej pracy zawodowej. Ważnym elementem było także zróżnicowanie treści programowych, co zostało wyraźnie zaakcentowane: *„Studia były ciekawe. Podobała mi się różnorodność tematów poruszanych na zajęciach i fachowość prelegentów" (Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach,* Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi*).*

Równie wysokie noty zyskiwało odniesienie do wyników projektu rozumiane, jako uzyskanie satysfakcjonujących efektów kształcenia. Cel został osiągnięty zarówno w sferze treści przekazywanych, jako wiedza całkowicie nowa, jak i w obszarze odbudowywania i uzupełniania wiedzy zastanej: *„Tak jestem zadowolona. Sam program był na tyle ciekawy, że polepszyłam swoje kompetencje" (Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu,* Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi*); „Jestem bardzo zadowolona (…) ze względu na to, że mogłam uzupełnić w tych obszarach swoją wiedzę, którą wykorzystuję teraz, w codziennej pracy" (Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku,* Zarządzanie podmiotami leczniczymi – studia podyplomowe*); „Program był dostosowany do moich potrzeb na stanowisku, które pełnię (Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy,* Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi*).*

Wśród głosów krytycznych odwoływano się do braków w elementach praktycznych. Zdaniem niektórych respondentów proporcja teorii i empirii został niekorzystnie zachwiana na rzecz tej pierwszej: *„Na studiach były zajęcia czysto teoretyczne, brakowało zajęć praktycznych" (*Uniwersytet Warszawski, Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej*).*

Pytanie 2. Czy według Państwa lista przedmiotów uwzględnionych w programie studiów podyplomowych pozwoliła na osiągnięcie przyjętego celu kształcenia? (Dlaczego tak/nie? Proszę uzasadnić swoją wypowiedź.)

Program nauczania z odpowiednio dopasowaną liczbą godzin dydaktycznych oparty o różnorodną listę przedmiotów stanowi podstawową cechę różnicującą oferowane kursy studiów podyplomowych. Jest, poza doborem kompetentnej kadry, jednym z ważniejszych elementów oceny, jakości kształcenia. Wśród wypowiedzi osób uczestniczących w projekcie nie sposób doszukać się krytycznych uwag odnośnie tego elementu. Respondenci najczęściej zwracali uwagę na pozytywne aspekty struktury programowej, co wynika z przykładowych odpowiedzi: *„Lista przedmiotów była ciekawie i wyczerpująco dobrana (Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu)* lub *„Jestem zadowolony, ponieważ było sporo tematów, terminy były dogodne, zagadnienia ciekawe" (Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Szczecinie).*

W przypadku przedmiotów teoretycznych nie zarejestrowano negatywnych opinii, które pojawiały się sporadycznie w przypadku zajęć praktycznych. Element ten przenika w zasadzie każdy poziom struktury studiów, o który pytani byli respondenci. Widać wyraźnie, co jest zresztą znaną przypadłością polskiego szkolnictwa wyższego, że element praktyczny jest słabością systemu. To stanowisko obrazują następujące wypowiedzi: *„(…) mogło by być więcej zagadnień praktycznych, a troszkę mniej ekonomicznych" (*Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie, Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi*).*

Pytanie 3. Czy w Państwa opinii przygotowany program uwzględnił specyfikę pracy i codziennej praktyki kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych? (Jeśli nie, to jakie elementy tej pracy nie zostały uwzględnione?)

Użyteczność studiów podyplomowych realizowanych w wyniku projektu w dużej mierze zależna była od stanowiska, które zajmowali uczestnicy programu oraz obszaru systemu zdrowia, w którym wykonywali swoje zadania. Najczęściej wartość tzw. miękkich narzędzi zarządzania akcentowały osoby zajmujące się zarządzaniem zasobami ludzkimi, a zatem na co dzień wchodzące w niełatwe relacje interpersonalne z podległymi pracownikami oraz pacjentami i ich rodzinami. I tak dla przykładu pielęgniarki naczelne zwracały uwagę na podniesienie swoich kwalifikacji zarządczych: *„prawo, które było bardzo obszernie przedstawione (…) spowodowało, że rozmowa z pracownikiem czy podległym mi zespołem nie stanowi obecnie dla mnie problemu" (*Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim z partnerem – *Wyższą Szkołą Medyczną w Sosnowcu).* Dyrektorzy i ich zastępcy oczekiwali raczej wzmocnienia kompetencji w zakresie księgowości, rachunkowości zarządczej oraz poprawy efektywności kontraktowania świadczeń medycznych w oparciu o negocjacje z publicznym płatnikiem. Zagadnienia formalne stanowiły dla nich element najciekawszy. Dlatego też komplementowali organizatora:, „Ponieważ *wykładowcami byli również menedżerowie ZOZ-ów. Dlatego było to wszystko tak przydatne. Potrafili oni przełożyć swoją codzienną pracę na wykład" (Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach,* Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi*)* lub wyrażali swoją dezaprobatę: *„borykamy się na przykład z takimi rzeczami, jak liczenie procedur medycznych czyli kontraktowanie z Narodowym Funduszem, takiej wiedzy nie otrzymałam a bardzo byłam zainteresowana" (*Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie, Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi*) oraz „Temat kontaktów z NFZ nie do końca został wyczerpany wg mnie. Temat ten został źle ujęty" (Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy,* Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie*)*

Nie powinny też dziwić głosy krytyczne w sytuacji wykonywania pracy przez uczestnika projektu w jednostce, która finansowo powiązana jest z budżetem państwa np. w pogotowiu ratunkowym. Osoba taka, chociaż spełniała formalne przesłanki przyjęcia na studia podyplomowe, nie jest w oczywisty sposób zainteresowana ani sposobem przekształcenia jednostki w podmiot prawa handlowego, jak również kontraktowaniem procedur z Narodowym Funduszem Zdrowia *(Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach,* Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia*).*

Pytanie 4. Czy uważa Pan/i, że moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego był w odpowiedni sposób uwzględniony w przygotowanym programie? (Dlaczego tak/nie? Proszę uzasadnić swoją wypowiedź.)

Moduł związany z przekształceniami własnościowymi został oceniony przez słuchaczy bardzo wysoko. W zasadzie wszystkie analizowane przypadki zawierały pozytywne opinie zarówno w zakresie prezentowanego meritum, jak i formy praktycznej prowadzonych zajęć. Znaczna część ośrodków realizujących projekt sięgnęła w tym zakresie po wiedzę i kompetencję praktyków, którzy posiadali wcześniejsze, najczęściej rozbudowane, doświadczenia w zakresie przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Zastosowane proporcje formy zajęć wykładowych i ćwiczeniowych znalazły uznanie wśród uczestników projektu. *„(…) w ogóle cały program tych studiów polegał na tym, żeby przekazać nam wiedzę w zakresie przekształceń i program był jak najbardziej adekwatny" (Szkoła Główna Handlowa,* Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*).*

Wątpliwości nie budzi dobór kadry do prowadzonych zajęć. Odpowiednio zrównoważona jest również proporcja praktyki do teorii oraz nakierowanie na zagadnienia szczegółowe, które były podstawowym zamierzeniem projektu. Podobnie jednak jak w przypadku pytania o dostosowania zagadnień do specyfiki pracy należy rozważyć stosowność doboru kandydatów na studia, dla których ten blok zajęć był całkowicie nieużyteczny: *„te zagadnienia nie interesowały mnie w dużym stopniu, ponieważ pracuję w jednostce prywatnej, dlatego też, nie skupiałem się w największym stopniu na tych zagadnieniach" (Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie,* Zarządzaj

–Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia*)* lub *„Trudno mi się na ten temat wypowiedzieć, ponieważ pracuję w niepublicznym zakładzie od zawsze i nie analizowałam tego tematu" (Uniwersytet Technologiczno – Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu).* Tego typu wypowiedzi skłaniają do refleksji nad konstrukcją szczegółowych kryteriów rekrutacji, które umożliwiały rekrutację słuchaczy zatrudnionych w podmiotach prywatnych, którzy w aktualnym miejscu pracy nie doświadczą procesu przekształceń własnościowych.

Pytanie 5. Czy Pana/i zdaniem projektodawca zapewnił właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych np. wykładami, ćwiczeniami, itp.? (Jeśli tak, to w jaki sposób tego dokonano? Jeśli nie, to dlaczego? Czego zabrakło/a czego było zbyt wiele? Co należałoby zmienić w tym programie?)

Uczestnicy projektu najczęściej wypowiadali się pozytywnie o zastosowanej proporcji godzin wykładowych i praktycznych*: „Relacje pomiędzy zajęciami różnego typu były zachowane" (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu); „Zajęcia były poprzeplatane ćwiczenia z wykładami. Nie było to monotonne" (Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach)* lub wskazywali na potrzebę zwiększenia liczby godzin ćwiczeniowych.

Analiza proporcji praktyki do teorii, a także struktury prowadzonych zajęć oraz doboru wykładowców, szczególnie w przedmiotach praktycznych ujawnia generalną przewagę dużych ośrodków akademickich nad mniejszymi podmiotami w tym zakresie. Głosy krytyczne dotyczą braku kontaktu z kadrą zarządczą – praktykami w roli nauczycieli akademickich, którzy byliby zdolni przekazać część swoich doświadczeń i umiejętności w trakcie prowadzonych warsztatów i ćwiczeń ze słuchaczami. Dla przykładu warto odnotować uwagę krytyczną: *„była niewystarczająca moim zdaniem liczba ćwiczeń" (Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie).*

Pytanie 6. Jak oceniają Państwo jakość usług edukacyjnych świadczonych przez uczelnię realizującą projekt, jako narzędzia służącego poprawie tej jakości? (Wysoko/nisko? Proszę uzasadnić swoją wypowiedź.)

Jakość usług edukacyjnych świadczonych przez uczelnię realizującą projekt słuchacze ocenili wysoko, tylko kilka osób miało odmienne zdanie, na co wpłynął niski poziom przygotowania merytorycznego niektórych wykładowców. Słuchacz z Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie wskazywał, że *„elementy prawa były bardzo dobrze opracowane, niektóre z zajęć jednak były na średnim poziomie, ale związane jest to z trudnością znalezienia specjalistów z danych dziedzin."* Do dobrej oceny jakości usług edukacyjnych przyczyniło się zatrudnianie praktyków, na co zwracają uwagę w szczególności osoby uczęszczające na studia podyplomowe w Legnicy, Stargardzie Szczecińskim, Szczecinie. Również w zakresie organizacji studiów ocena respondentów jest bardzo dobra, słuchacze podkreślają, że *„na czas dostawali materiały, a prezentacje multimedialne były bardzo interesujące. Zajęcia prowadzone były profesjonalnie, w atmosferze życzliwości i przy wysokiej kulturze organizacji"*. Jedynie słuchacz z Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie narzeka na słabą organizację zajęć oraz brak jasnych kryteriów oceny końcowej.

Pytanie 7. Jak oceniają Państwo efektywność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektu, takich jak np. e-learning, podręczniki (czy były, czy były przekazywane czy tylko udostępniane?), wizyty studyjne, konferencje, wykłady/warsztaty/ćwi-czenia z nauczycielami akademickimi, wykłady/warsztaty/ćwiczenia z praktykami, inne? (Proszę uzasadnić swoją wypowiedź.)

Uznając różnorodność metod edukacyjnych za standard dla tego typu projektów, efektywność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektu została oceniona przez respondentów bardzo wysoko. Większość słuchaczy miała dostęp do platformy e-learningowej, która została uznana za bardzo skuteczne narzędzie zdobywania wiedzy, zwłaszcza w kontekście pogodzenia studiów podyplomowych z obowiązkami zawodowymi. Materiały w wersji papierowej,

były często dostępne również w wersji elektronicznej, na koncie studenta. Inni studenci nie odczuwali braku platformy e-learningowej, a tradycyjne narzędzia przekazu wiedzy uznawali za wystarczające. Jak deklaruje słuchacz z Uniwersytetu Technologiczno – Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu: *„Mieliśmy podręczniki, a na wykłady i ćwiczenia były dodatkowo drukowane materiały dydaktyczne i to było wystarczające, w powiązaniu z wiedzą przekazywaną przez wykładowców"*. Jedynie kilka ośrodków oferowało słuchaczom wizyty studyjne i tematyczne konferencje w toku studiów. Tym samym efektywność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektu została uznana za skuteczną i adekwatną do potrzeb.

Pytanie 8. Jakie są według Pana/i mocne i słabe strony projektu, w którym Pan/i uczestniczył?

Respondenci mieli wskazać mocne i słabe strony projektu. Wielu słuchaczy nie dostrzegło żadnych słabych stron, wysoko oceniając zarówno tematykę studiów, jej aktualność, dobór kadry, jakość materiałów dydaktycznych, ich dostępność oraz ogólną organizację studiów. Za atut uznano zwłaszcza przekazanie w sposób klarowny wiedzy z dziedziny prawa. Niestety w niektórych szkołach liczba zajęć praktycznych (ćwiczeń) nie była satysfakcjonująca (np. *Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie*). Jako wadę wskazano taki dobór uczestników studiów w procesie rekrutacji, który pomija osoby zajmujące samodzielne stanowiska decyzyjne i którym wiedza z zakresu przekształceń placówek medycznych byłaby równie przydatna, jak osobom pełniącym funkcje kierownicze (np. samodzielni referenci, specjaliści, audytorzy, którzy mogą wpływać na proces przekształceń organizacji, w której są zatrudnieni, ale nie pełnią bezpośredniej funkcji nadzoru nad innymi osobami). Słuchaczka z Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku zwraca uwagę na zbyt dużą intensywność spotkań, gdyż studia trwały zaledwie jeden semestr, ale należy podkreślić, że taka sytuacja miała charakter jednorazowy, w kolejnych edycjach wydłużono czas trwania kursu.

Pytanie 9. Czy wykorzystuje Pan/i efekty osiągnięte dzięki uczestnictwu w studiach podyplomowych w codziennej pracy w Państwa jednostce? (Jeśli nie, to dlatego nie? Jeśli tak, to w jakim stopniu?)

Stopień wykorzystania efektów osiągniętych dzięki uczestnictwu w studiach podyplomowych w codziennej pracy jest w ocenie respondentów bardzo wysoki, szczególnie w zakresie wiedzy dotyczącej aspektów prawnych, ekonomicznych i administracyjnych. Słuchacze z Wyższej Szkoły Administracji w Szczecinie oraz STARGARDINUM – Stargardzkiej Szkoły Wyższej cenią sobie natomiast wiedzę z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi. Student z Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach zauważa, że najbardziej przydatne są mu umiejętności związane z komunikacją interpersonalną, których nabył na studiach podyplomowych. Problemy z wdrażaniem tej wiedzy ma słuchaczka z Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie, co tłumaczy oporem ze strony podwładnych. W bardzo małym stopniu z informacji nabytych w toku studiów korzysta osoba, która pracuje w dziale kadr i płac, ponieważ tego typu tematyka nie była poruszana podczas szkoleń (Uniwersytet Warszawski).

Co do zasadniczego obszaru wiedzy, czyli informacji dotyczących przekształceń szpitali publicznych w spółki prawa handlowego, wszyscy respondenci mają nadzieję na wykorzystanie nabytych umiejętności i kompetencji w przyszłości.

Pytanie 10. Czy Państwa jednostka przekształciła się w spółkę prawa handlowego?

W kontekście tematyki studiów bardzo istotna wydaje się informacja o liczbie jednostek przekształconych w spółkę prawa handlowego. Żaden z uczestników IDI nie pracował w instytucji, która przeszła proces komercjalizacji. Przyczyną zachowania status quo jest brak wyraźnej potrzeby wynikający z dobrej sytuacji finansowej lub obecny status prawny jednostek, który utrudnia taką zmianę (organem zarządzającym jest Ministerstwo Obrony Narodowej lub organem założycielskim jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych).

Pytanie 11. Czy efekty osiągnięte dzięki udziałowi w projekcie wpływają pozytywnie lub negatywnie na jakość systemu zarządzania w Państwa jednostce?

Ocena wpływu efektów osiągniętych dzięki udziałowi w projekcie, na jakość systemu zarządzania w jednostce reprezentowanej przez respondentów okazała się dla nich trudna. Większość uważa jednak, że poprawa wiedzy i zdobycie nowych kompetencji, zwłaszcza z zakresu prawa (w tym praw pacjentów), akredytacji szpitali, kontraktowania usług i wypełniania dokumentacji medycznej, powinno wpłynąć pozytywnie, na jakość zarządzania całą jednostką. *"(…) Jeżeli zarządzający są bardziej świadomi, mają większa wiedzę, wtedy łatwiej jest wykorzystywać wszelkie wiadomości, jakie posiadamy i łatwiej o właściwe i dobre zarządzanie" (Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach).* Na szczegółową ocenę tych efektów jest jednak jeszcze za wcześnie i możliwa ona będzie dopiero po roku, dwóch od terminu zakończenia szkolenia: *„Trudno powiedzieć, ponieważ od momentu zakończenia studiów, do dnia dzisiejszego minęło zbyt mało czasu. To jest dopiero 2 miesiące. O efektach możemy mówić po roku, po półtora roku, ale nie po dwóch miesiącach" (Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie). Żaden z respondentów nie wskazał, że e*fekty osiągnięte dzięki udziałowi w projekcie wpływają negatywnie, na jakość systemu zarządzania w zatrudniającej jednostce, co jest naturalną i zarazem oczywistą konsekwencją profesjonalnego procesu edukacji.

Pytanie 12. Czy zdobyta przez Pana/ią w trakcie studiów wiedza miała wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w Państwa jednostce? (Jeśli nie, to dlaczego? Jeśli tak, to w jakim stopniu?)

Równie trudna okazała się ocena wpływu zdobytej w trakcie studiów wiedzy na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w poszczególnych jednostkach. *„Trudno mi odpowiedzieć na to pytanie. Pośrednio na pewno tak, ze względu na to, że każde usprawnienie pracy administracyjnej przekłada się na jakość świadczeń. Nie umiem jednak powiedzieć, w jakim stopniu wpłynęło to na poprawę jakości" (Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie).* Większość respondentów uważa, że poziom ich wiedzy nie może mieć bezpośredniego związku z jakością i dostępnością usług medycznych świadczonych w jednostkach.

Pytanie 13. Czy forma prawna podmiotu leczniczego wpływa według Pana/i na jakość i dostępność usług medycznych?

Wśród podstawowych kryteriów oceny systemu zdrowotnego należy wymienić: dostępność do usług zdrowotnych, kompleksowość opieki rozumianą jako pełne zintegrowanie działań promujących zdrowie, prewencyjnych, leczniczych, rehabilitacyjnych, terminalnych; Ciągłość opieki, czyli systematyczne kontynuowanie koniecznych i niezbędnych działań prewencyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych we wszystkich fazach życia i okresach rozwoju; Skuteczność i jakość opieki, co możliwe jest do oceny poprzez ewaluację poziomu i rezultatów świadczeń; Produktywność systemu w postaci relacji pomiędzy liczbą i jakością świadczeń medycznych oraz stanem zdrowia populacji i istniejącymi zasobami przeznaczonymi na opiekę zdrowotną. Nie bez znaczenia jest również akceptacja i satysfakcja pacjentów oraz personelu medycznego, a także dynamika systemu i jego zdolność do adaptacji i modyfikacji.

Zdania respondentów są w tej kwestii bardzo podzielone. Część uczestników studiów podyplomowych uważa, że dostępność i jakość są powiązane z formą prawną placówki ochrony zdrowia, akcentując możliwość selekcji pacjentów przez jednostki prywatne: *„Tak, uważam, że wpływa bardzo mocno" (Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku).*

Część uważa, natomiast, że takie związki nie występują lub są zależne od szczegółowych okoliczności: *„…może wpływać. Po pierwsze zależy to od tego, w jaki sposób przekształcenie zostanie przeprowadzone, a po drugie, jaka jest misja i cel przekształcenia" (Uniwersytet Technologiczno – Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu).*

Pytanie 14. Jeśli tak, to jak ocenia Pan/i dostępność do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego (tj. jednostki budżetowej, spółki kapitałowej, SP ZOZ)? (W których z nich dostęp do świadczeń jest największy? Proszę rozwinąć swoją wypowiedź.)

Uczestnicy projektu warunkują swoją opinię nie tylko formą prawną podmiotu realizującego świadczenia medyczne, ale również rodzajem świadczonych usług oraz ich zakresem (POZ, opieka ambulatoryjna, leczenie szpitalne). Zgodnie przyznają, że na poziomie lecznictwa podstawowego trudno doszukać się różnic w dostępności. Akcentują jednak ograniczenia finansowe jako podstawową barierę w dostępie do świadczeń specjalistycznych. Ocena wynika z zawodowych doświadczeń respondentów, a w szczególności z faktu, że bez względu na formę prowadzonej działalności (podmiot prywatny czy publiczny) o dostępności nie decyduje wyłącznie świadczeniodawca lecz płatnik, którym w zdecydowanej większości przypadków jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

2.4.2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia

ZAKRES BADANIA

IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia został wykorzystany do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Oceny jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,
- Zidentyfikowania modelowego programu studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi,
- Oceny wpływu udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego,
- Oceny wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.

PRÓBA BADANIA

Liczebność próby: 2.

Populacja badana: przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

Sposób doboru próby: celowy – wybrane zostały te osoby, których wiedza i opinie były użyteczne z punktu widzenia celów badania.

2.4.2.1. Wyniki badań terenowych

Z punktu widzenia syntetycznego podsumowania zakończonego procesu kształcenia w ramach 2.3.4. niezwykle istotne znaczenie ma ocena podjętych w projekcie działań przez te osoby, które bezpośrednio wpłynęły zarówno na kształt zawartości oferty konkursowej,jak i miały bieżący wgląd w jakość i drożność procesu dostarczania usług edukacyjnych przez uczelnie, które wygrały konkurs. Podczas wywiadu oceniano (a) jakość programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych, (b) wpływ udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, (c) wpływ procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych oraz (d) poszukiwano bliskiego ideałowi modelowego programu studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi Zakres badania sprowadził się do oceny 12 obszarów problemowych: (1) zgodności programu studiów ze standardami kształcenia, (2) uwzględnienia specyfiki pracy i codziennej praktyki zarządczej w programach, (3) wartości programów studiów pod względem nabycia

przez absolwentów kompetencji menedżerskich, (4) zawartości modułu dotyczącego aspektów prawnych przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego w programach studiów, (5) sposobu zdefiniowania efektów kształcenia oraz warunków ich uzyskania, (6) efektywności poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektów, (7) charakterystyki mocnych i słabych stron realizowanych projektów, (8) wskazania programu pod kątem uznania go jako modelowy, (9) poziomu realizacji celów poddziałania 2.3.4. przez poszczególne projekty, (10) wpływu odbytych studiów na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi, (11) wpływu procesu przekształceń w spółki prawa handlowego na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi z których rekrutowali się uczestnicy studiów, (12) wpływu procesu przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Pytanie 1. Czy zgodnie z Państwa wiedzą programy studiów realizowanych w ramach projektów są zgodne ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów (czy przewidują określone standardy treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów)?

W zakresie oceny zgodności programu studiów ze standardami kształcenia przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia podkreślili, że przygotowana na potrzeby konkursu diagnoza potrzeb zgłaszanych przez menedżerów, jako obszary deficytu ich wiedzy pozwoliła na precyzyjne sformułowanie minimalnych standardów w zakresie treści, struktury i wymiaru godzinowego.

Wstępne określenie warunków brzegowych dla zgłaszanych do konkursu programów studiów podyplomowych przyczyniło się do znacznej standaryzacji projektów nadesłanych na konkurs. Jak wskazano *wszystkie obszary, które były dla nas istotne (tzn. kwestie przekształceń własnościowych) znalazły się w programach studiów.* Każda z realizujących projekt uczelni zwiększyła wymagana prawem liczbę godzin studiów podyplomowych, wprowadzając dodatkowe formy kształcenia, wzbogacone między innymi o analizy studiów przypadków prowadzone przez praktyków czy odwiedziny w podmiotach (wizyty studyjne), które już przeszły proces przekształcenia w spółkę prawa handlowego. W ocenie eksperta *taki* program był realizowany w Uniwersytecie Warszawskim zarówno na Wydziale Zarządzania *(*Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych*),* jak i Ekonomicznym *(*Studia podyplomowe „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej") oraz w SGH (Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego") *(…) W przypadku tych uczelni programy studiów były wzbogacano o dodatkowe formy wsparcia w trakcie realizacji projektów. W opinii respondenta jeden z najbardziej kompleksowych programów powstał na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach (*Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi).

Pytanie 2. Czy w Państwa opinii przygotowane programy studiów podyplomowych uwzględniały specyfikę pracy i codziennej praktyki kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych? (Jeśli nie, to jakie elementy tej pracy nie zostały uwzględnione?)

Próba odpowiedzi na pytanie o uwzględnienie specyfiki pracy i codziennej praktyki zarządczej w programach jest trudna bowiem przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia mogą ją podejmować tylko w konsekwencji zapoznania się z wynikami prowadzonych przez ten podmiot systematycznych kontroli jakości procesu kształcenia. Bazując na zawartości protokołów pokontrolnych pytany ekspert stwierdził, że *pozytywne opinie, jeżeli chodzi o odbiór studiów* – uzyskiwane od pytanych przez kontrolujących z ramienia ministerstwa słuchaczy studiów podyplomowych – *pozwalają na sformułowanie opinii, iż dobór treści jest odpowiedni do oczekiwań słuchaczy i spełnia również zakładany aspekt praktyczny.* Drugi z ekspertów podkreślił utylitarną wartość rozwiązań zastosowanych w *Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu, która przygotowała dwa programy studiów, pierwszy dla ordynatorów i kadry administrującej(*Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi*), a drugi dla pielęgniarek i oddziałowych* (Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej). *Ten drugi typ był tworzony w porozumieniu z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Pile.* W ocenie respondenta przygotowywanie programu szkolenia pod kątem konkretnej grupy docelowej jest bardzo logiczne i można to uznać – w pewnym sensie – jako rozwiązanie modelowe mające wszelkie cechy dobrej praktyki.

Pytanie 3. Czy wartość programów studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektów została zanalizowana pod względem nabycia przez absolwentów kompetencji menedżerskich?

Oceniając wartość programów studiów pod względem nabycia przez absolwentów kompetencji menedżerskich indagowany ekspert podkreślił, że generalnie *cała idea finansowania studiów wynikała z ustaleń poczynionych w trakcie wcześniejszego badania ewaluacyjnego, w którym kadra zarządzająca była pytana o to, jakich kompetencji menedżerskich jej brakuje.* Co oznacza, że każda osoba, która uczestniczyła w procesie kształcenia pierwotnie zidentyfikowała (przynajmniej w teorii) własne obszary deficytu wiedzy menedżerskiej i w konsekwencji zapoznania się z propozycjami poszczególnych uczelni decydowała się je uzupełniać uczestnicząc w konkretnych studiach podyplomowych. Na pewno podkreślenia wymaga fakt, iż powolna implementacja nabytej na studiach podyplomowych wiedzy w codzienną praktykę zarządczą przyczyni się do poprawy efektywności działania podmiotów leczniczych w których zatrudnieni są absolwenci. Jak zaznaczył jeden z ekspertów fakt, że *jednym z kryteriów, które postawiono było to, że program studiów powinien odzwierciedlać zauważone przez nas potrzeby a 100% projektów spełniło te wymogi* pozwala domniemywać, że absolwenci, którzy ukończyli studia podyplomowe wyraźnie zwiększyli posiadane kompetencje zarządcze.

Pytanie 4. W jaki sposób moduł poświęcony zagadnieniom związanym z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego był uwzględniony w przygotowanych programach kształcenia w ramach przedmiotowych projektów?

Respondenci oceniając zawartości modułu dotyczącego aspektów prawnych przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego w programach studiów podkreślił, że *każda z uczelni realizujących projekt miała moduł związany z przekształcaniem podmiotów leczniczych*, *ale problemem była jakość i zakres realizowanych treści* Zakres i jakość realizacji treści związanych z prawnymi aspektami przekształcenia podmiotu leczniczego w spółkę prawa handlowego były zróżnicowane. *Niemniej jednak w większości projektów były tworzone odrębne moduły, gdzie poruszano aspekt organizacyjny tego procesu i na przykładzie dobrej praktyki pokazywano gdzie te przekształcenia były realizowane.* W dalszej części wypowiedzi respondent ten wskazał na dobre praktyki w tym zakresie realizowane w Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej w Elblągu (Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia), projekty realizowane w Katowicach (Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach – Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach – Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe) oraz w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie – Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego".

Pytanie 5. W jaki sposób w ramach projektach realizowanych w Poddziałaniu 2.3.4. PO KL zdefiniowano efekty kształcenia uczestników oraz warunki ich uzyskania?

Z uwagi na pewną dowolność sposobu zdefiniowania efektów kształcenia oraz warunków ich uzyskania na studiach podyplomowych każda z realizujących projekt uczelni mogła zgodnie z dotychczasowymi doświadczeniami je określać i egzekwować. Jak podkreślił ministerialny ekspert w wymaganiach konkursowych wskazano, że do wskaźnika rezultatu poszczególnych projektów wliczane będą te osoby które uczęszczały na zajęcia i zdały egzamin końcowy lub obroniły pracę dyplomową. Na wyróżnienie – według jednego z respondentów – zasługuje Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomicznej w Elblągu (Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia), która opublikowała przygotowaną w ramach projektu ewaluację procesów przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, której częścią były przygotowane przez słuchaczy studia przypadków.

Pytanie 6. Jak oceniają Państwo efektywność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektów, takich jak np. e – learning, podręczniki (czy były, czy były przekazywane czy tylko udostępniane?), wizyty studyjne, konferencje, wykłady/war-sztaty/ćwiczenia z nauczycielami akademickimi, wykłady/warsztaty/ćwiczenia z praktykami, inne?

W ocenie efektywności poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach projektów pytani eksperci prezentowali zróżnicowane opinie. W opinii jednego z respondentów, grupa docelowa, jaką są lekarze i pielęgniarki rzadko sięga po tego typu techniki kształcenia preferując bezpośredni kontakt z wykładowcami. Eksperci zgodnie stwierdzili, że pozytywnym aspektem realizowanego wsparcia był fakt dostarczenia uczestnikom w ramach projektu różnorodnych publikacji dot. problematyki zarządzania podmiotami leczniczymi. W nielicznych projektach przygotowano własne skrypty a za szczególnie ważny element projektów respondenci uznali przeprowadzone wizyty studyjne w tych podmiotach leczniczych, które przeszły proces przekształceń oraz konferencję kończącą wszystkie edycje studiów podyplomowych dla wszystkich uczestników projektu (studenci, wykładowcy, kadra zaradzająca oraz władze uczelni) – *taką formę wsparcia od początku do końca miał zaplanowaną Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach* – Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi

Pytanie 7. Jakie są według Pana/i mocne i słabe strony realizowanych projektów?

Pytani o charakterystykę mocnych i słabych stron realizowanych projektów eksperci ministerialni stwierdzili, że jednoznacznie będą mogły one być zidentyfikowane dopiero po zakończeniu procesu ewaluacji podjętej interwencji. Dopiero wtedy będzie można zderzyć wiele perspektyw (studentów, dyrektorów placówek z których pracownicy brali udział w projekcie, prowadzących projektów oraz osób z nadzoru merytorycznego instytucji pilotujących realizację projektu) a co najważniejsze poznać dogłębnie odczucia studentów, tylko oni bowiem – jako podstawowy odbiorca – są w stanie ocenić zajęcia, w których uczestniczyli. Ważnym jest także to, że podniesienie poziomu wiedzy, umiejętności i kompetencji tych ostatnich będzie miało realny wpływ na jakość funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Mimo niepełnego obrazu sytuacji (w chwili realizowania wywiadów prace nad gromadzeniem, agregacją oraz analizą danych jeszcze trwały) pierwszy z pytanych ekspertów, jako jedną ze słabych stron wskazał problemy z potencjałem kadrowym. *W dużych ośrodkach, co do zasady nie było z tym problemu natomiast trudności występowały mniejsze ośrodki akademickie.* Druga istotną wskazaną barierą był nabór – *duże ośrodki były bardziej atrakcyjne dla potencjalnych uczestników szkoleń*. Często o wyborze oferty edukacyjnej decydował prestiż danej uczelni. Fakt, że w niemal wszystkich projektach oferowano uczestnikom tzw. wsparcie dodatkowe (zwrot kosztów dojazdu i noclegu) odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a realizacją studiów nie była istotną barierą i kryterium wyboru oferty edukacyjnej przez uczestników. Jako pozytywy ten sam ekspert podkreślił fakt transmisji idei do tych uczelni, które dotychczas nie miały w swojej ofercie kształcenia studiów podyplomowych dedykowanych kadrze zarządzającej w podmiotach leczniczych – *sądzę i mam nadzieję, że taka oferta kształcenia na dłużej zagości na co najmniej jednej uczelni w każdym województwie. Sądzę, że takie studia menedżerskie dotyczące przekształceń w ochronie zdrowia są bardzo potrzebne nie tylko dla już istniejącej kadry kierowniczej, ale również np. dla młodych lekarzy.* Drugi z ekspertów podkreślił prawidłowe adresowanie oferty do wielu grup pracujących w obszarze zarządzania w podmiotach leczniczych – *plusem było również to że koncentrowaliśmy się na różnorodnych grupach kadry zarządzającej, na pielęgniarkach oddziałowych czy naczelnych* oraz dbałość instytucji wdrażającej o wysoki poziom obsługi procesu dydaktycznego i administracyjnego związanego z realizacją studiów podyplomowych – *również mocną stroną było to, że podczas wyboru projektów premiowaliśmy jakość* Ministerstwo Zdrowia zastosowało podczas wyboru projektów kryterium strategiczne zgodnie z którym projektodawca, który w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie posiadał ocenę wyróżniającą *Polskiej Komisji Akredytacyjnej* na kierunku zdrowie publiczne lub zarządzanie lub ekonomia (niezależnie od stopnia kształcenia, do którego odnosi się ocena wyróżniająca) otrzymywał 15 punktową premię. Jako słabą stronę realizowanego projektu wskazał brak sztywnego limitu godzin objętych programem kształcenia a przeznaczonych na omawianie aspektów prawno-ekono-miczno-zarządczych procesu przekształceń podmiotu leczniczego w spółkę prawa handlowego **–** *słabą stroną było to, że nie określiliśmy minimalnego poziomu liczby godzin, która powinna dotyczyć przekształceń. Analizując programy studiów podyplomowych można dojść do wniosku, że dobrym rozwiązaniem mogło być postawienie warunku, iż np. 25% zajęć powinno być przeprowadzone w formie warsztatów w zakresie*

praktycznych aspektów przekształceń zoz w spółki prawa handlowego. Jako słabą stronę wskazano również incydentalne problemy z właściwym zarządzaniem projektami oraz fakt, że w jednym ośrodku akademickim (np. Warszawa, Katowice, Poznań, Wrocław) o dofinansowanie starała się więcej niż jedna uczelnia co skutkowało pierwotnie pozytywnie wzmożeniem konkurencji, ale wtórnie negatywnie wykorzystywaniem tych samych wykładowców w procesie dydaktycznym.

Pytanie 8. Czy według Pana/i na podstawie wdrożonych programów studiów można wskazać jak powinien wyglądać modelowy program studiów, realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL – „Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia"?

Analizę realizowanego programu pod kątem uznania go, jako modelowy bez syntezy wyników ewaluacji obydwoje ministerialnych ekspertów uznało za trudną i w związku z tym odpowiadając na to pytanie raczej wskazywali na te elementy które powinno cechować takie rozwiązanie a nie na konkretne przykłady. I tak pierwszy respondent podkreślił, iż istnieje – w związku z dużą dynamiką otoczenia prawnego, ekonomicznego i społecznego, w którym działają podmioty lecznicze – konieczność częstej weryfikacji treści programowych zawartych w ofercie studiów podyplomowych i nakierowywanie ich na bieżące i ważne dla zarządzających problemy – *dobrze by było, żeby uczelnie podążały za trendami w zmianach organizacyjnych systemu.* Tak więc modelowy program studiów może być realizowany w uczelni która systematycznie i rzetelnie ocenia jakość prowadzonych zajęć, bierze pod uwagę opinię i potrzeby grupy docelowej w procesie tworzenia i zmiany programu oraz angażuje praktyków do prowadzenia zajęć. Drugi respondent wskazał dwa projekty, które wydają bliskie założonemu przez instytucję wdrażającą modelowemu rozwiązaniu. Przy czym podkreślić należy, że wskazane rozwiązania są całkowicie inne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach przygotował studia podyplomowe – w pewnym sensie masowe, bo przeznaczone dla dużej liczby beneficjentów (150), a projekt Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej w Elblągu był adresowany do niewielkiej liczby beneficjentów (24) i mocno nakierowany na dowartościowanie procesów grupowych i wspólnej pracy nad indywidualnymi przypadkami. Jak stwierdził respondent; *ciekawą praktyką jest projekt z Elbląga, przygotowany konkretnie na zagadnienia związane z przekształceniami, drugi to projekt Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, gdzie od początku do końca wszystkie formy wsparcia były bardzo dobrze i kompleksowo przygotowane. Przy tym projekcie pracowała bardzo duża liczba praktyków a system kontroli jakości był* uznawany przez zespół kontrolujący projekt za wyróżniający Problematyczne okazały się rozwiązania zaproponowane przez *Warszawską Wyższą Szkołę im. Edwarda Wiszniewskiego oraz Wyższą Szkołę Bankowa we Wrocławiu* gdzie *podczas kontroli okazało się, że personel zarządzający projektem nie analizował i nie wyciągał wniosków np. z robionych ankiet ewaluacyjnych.*

Pytanie 9. Które spośród wdrożonych dotychczas projektów najlepiej realizują Państwa zdaniem cele Poddziałania 2.3.4 PO KL?

W odniesieniu do oceny poziomu realizacji celów poddziałania 2.3.4. obydwoje ekspertów ministerialnych podkreśliło, że założenie określonych podstaw programowych dotyczących treści i wymiaru godzinowego doprowadziło do tego, że *minimalne oczekiwania były spełnione już na starcie* natomiast, jako *wyróżniające należy wskazać projekty realizowane* przez Elbląską Uczelnię Humanistyczno-Ekonomicznej w Elblągu i Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.

Pytanie 10. Czy efekty osiągnięte dzięki udziałowi w projekcie wpływają według Państwa na jakość systemu zarządzania podmiotami leczniczymi?

Bardzo pozytywnym aspektem zakończonej interwencji w ramach poddziałania 2.3.4. są już powoli pojawiające się informacje na temat wpływu na odbytych studiów na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi. Mimo, iż – jak pytany ekspert – projekt zakłada *efekty długofalowe i jego wyniki zobaczymy tak naprawdę za kilka* lat już obecnie *w części tych instytucji gdzie pracują słuchacze tych projektów sytuacja się polepsza.* Co oznacza, że podjęty zamysł zwiększenia wiedzy, kompetencji i kwalifikacji kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych oraz przyjęte założenia programowe przez

instytucję wdrażającą, były trafione i gwarantują – w perspektywie trwania – pozytywne efekty ekonomiczne procesu przekształceń istotne dla zatrudnionych osób, podmiotów leczniczych, społeczności lokalnych oraz polskiego systemu ochrony zdrowia. Takie stanowisko dowartościowują słowa drugiego eksperta, który korzystając z danych dotyczących wpływu przekształceń na sytuację finansową podmiotów leczniczych wskazał, *że ze wstępnych analiz tego procesu, który się dokonał w spółkach, które się przekształciły nastąpił wzrost przychodów całkowitych o 5%, i spadek zobowiązań na 45%. Czyli przekształcenie jest jedną z dróg czy metod prowadzących do pozytywnych zmian a wiedza, kompetencji i kwalifikacje wyniesione ze studiów podyplomowych wpływają pozytywnie na jakość zarządzania podmiotami leczniczym*

Pytanie 11. Czy, zgodnie z Państwa wiedzą, proces przekształceń w jednostkach, które uczestniczyły w projektach w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL, miał wpływ na jakość zarządzania tymi jednostkami? (Jeśli tak, to jakiego rodzaju był to wpływ?)

Wpływ procesu przekształceń w spółki prawa handlowego na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi z których rekrutowali się uczestnicy studiów jest trudny do oceny na obecnym etapie, ponieważ tak jak zaznaczono powyżej efekty projektu są rozłożono w czasie i poprzez kaskadowanie powoli będą poprawiały skuteczność zarządzania. Obserwowana praktyka pozwala jednak – w konsekwencji analizy zachowań organizacyjnych oraz ekstrapolacji trendów na stwierdzenie, że w *szpitalach, które są podmiotami prawa handlowego, następuje racjonalizacja podejmowanych decyzji zarządczych* Co oznacza, że idea studiów podyplomowych oraz ich treści są trafne a kierunek podejmowanych działań słuszny. Drugi respondent dodał, że *proces przekształceń realizowany jest już od kilku lat Efekty w sensie ekonomiczno-prawnym można już badać, gdyż liczba podmiotów, które funkcjonują w nowej formule stale rośnie. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że do 30.04.2014 roku procesem przekształceń objęto 174 podmioty lecznicze, w tym 49 na podstawie ustawy o działalności leczniczej.*

Pytanie 12. Czy proces przekształceń podmiotów medycznych w spółki handlowe miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w owych jednostkach? (Jeśli tak, to w jakim stopniu/zakresie?)

Ocena wpływu procesu przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych musi również zostać odłożona na czas, w którym realnie będzie można zanalizować wyniki przeprowadzonej interwencji. Respondenci podkreślili, że proces przekształceń ma poważne znaczenie i wpływ na zmiany w zakresie gospodarki finansowej podmiotów leczniczych, ale nie ma obecnie danych mogących ocenić również wpływ przekształceń na jakość w sensie medycznym.

Podsumowując rezultaty rozmowy z ekspertami Ministerstwa Zdrowia podkreślić należy że respondenci uznali za zasadne wspieranie – w efekcie dofinansowywania studiów podyplomowych dedykowanych zarządzającym – procesu przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego jako ważne dla polepszenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

2.4.3. IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

ZAKRES BADANIA

IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia został wykorzystany do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Oceny wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.

PRÓBA BADANIA

Liczebność próby: 2.

Populacja badana: przedstawiciele Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Sposób doboru próby: celowy – wybrane zostaną te osoby, których wiedza i opinie będą użyteczne z punktu widzenia celów badania.

2.4.3.1. Wyniki badań terenowych

Ocena wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych wymaga spojrzenia na rezultaty tego procesu z różnych perspektyw. Jedną z nich jest poznanie opinii osób, które są uznanymi autorytetami w zakresie diagnozowanej problematyki. Biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych w ramach profesjonalnej ścieżki rozwoju postanowiono przeprowadzić wywiady z dwoma ekspertami zatrudnionymi w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Zakres badania sprowadził się do analizy 7 obszarów problemowych: (1) identyfikacji relacji między uzyskaną akredytacją a formą prawną działania szpitala, (2) wpływu (łączny) formuły prawnej na jakość i dostępność usług medycznych oraz szans na uzyskanie certyfikatu, (3) sposobu w jaki proces przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego wpływa na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych, (4) relacji między formą prawną podmiotu leczniczego a jakością i dostępnością usług medycznych, (5) oceny jakość i dostępność świadczonych usług w zakresie poszczególnych obszarów opieki zdrowotnej, (6) oceny zachodzących procesów komercjalizacji usług szpitalnych, (7) estymacji oceny procesów komercjalizacji usług szpitalnych przez pacjentów

Pytanie 1. CMJ prowadzi przeglądy akredytacyjne wśród szpitali o różnej formie prawnej – czy w Państwa opinii istnieje związek (korelacja) pomiędzy formą prawną działania szpitala a faktem otrzymania certyfikatu? Czy według Pana/i fakt, iż szpital działa w konkretnej formule prawnej wpływa na jakość i dostępność usług medycznych, które w konsekwencji może przełożyć się na jego szanse na uzyskanie certyfikatu?)

W ocenie relacji między uzyskaną akredytacją a formą prawną działania eksperci CMJ mieli zgodną opinię podkreślając brak związku przyczynowo-skutkowego oraz oczywisty fakt, iż najwięcej certyfikatów akredytacyjnych mają szpitale publiczne, co wynika z tego, że jest ich w Polsce więcej niż szpitali po przekształceniach. Jeden z ekspertów powiedział, że generalnie są dobre szpitale publiczne i dobre szpitale niepubliczne (W niepublicznych szpitalach pozostających w rękach prywatnych łatwiej jest jednak podjąć trud starania się o akredytację, bowiem przełożenie właściciela jest większe niż w przypadku szpitali niepublicznych i łatwość w podejmowaniu decyzji jest większa. Jeżeli już zostaje podjęta decyzja strategiczna o tym, że szpital będzie się ubiegał o certyfikat akredytacyjny, to łatwiej wyegzekwować od pracowników udział w przygotowaniach.

W opinii ekspertów wpływ (łączny) formuły prawnej na jakość i dostępność usług medycznych oraz szanse na uzyskanie certyfikatu – trudno jednoznacznie potwierdzenia bowiem tak naprawdę wszystko zależy od lidera w szpitalu albo od silnego zarządu szpitala. Forma prawna nie wpływa istotnie i zauważalnie na jakość opieki. Są szpitale po przekształceniach, dobre i złe, takie, które w sposób bezpieczny i w wysokiej, jakości leczą pacjentów Eksperci podkreślali, że w tych szpitalach, które mają zadłużenie, działania projakościowe są dosyć trudne, ponieważ jakość również kosztuje. Jeżeli mamy trudną sytuację finansową, a chcielibyśmy dokonać pewnych inwestycji związanych z podniesieniem jakości to jest to bardzo trudne, zwłaszcza, że zasoby kadrowe w tych szpitalach są mocno ograniczone. Eksperci wskazali także na pewne zagrożenia wynikające z procesu przekształceń, szczególnie w kierunku komercjalizacji. Ochrona zdrowia, jak każda działalność, która jest podejmowana, jeśli podmiot leczniczy pozostaje w rękach prywatnych, musi przynosić zysk bo takie są prawa

rynku, stąd też szpitale niepubliczne zawężają się do pewnych obszarów działalności, takich, które nie niosą ze sobą ryzyka strat lub je minimalizują. W związku z tym szpitale niepubliczne w większym stopniu selekcjonują pacjentów, eliminując ryzyko związane z ich leczeniem, preferując przyjęcia pacjentów planowych, nieobarczonych ryzykiem komplikacji czy infekcji. Tym samym pacjenci „trudniejsi" trafiają najczęściej do szpitali publicznych. Należy też rozróżnić dwa nurty przekształceń: dotyczący szpitali stworzonych całkowicie w oparciu o kapitał prywatny, oraz obejmujący jednostki przekształcone ze szpitali publicznych. Szpitale te w większości mają 100% udział samorządu, a pozyskiwane środki w zdecydowanej mierze są środkami publicznymi. Takie szpitale działają pod presją niezadłużania się i zaczynają się zachowywać jak szpitale niepubliczne, czyli też zaczynają wprowadzać selekcję pacjentów. W większości, szpitale, które zostały przekształcone miały poważne kłopoty finansowe i samorządy podejmują próby uniknięcia ich dalszego zadłużania.

Pytanie 2. W jaki sposób proces przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego może według Pana/i mieć wpływ na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w tych jednostkach?

Z uwagi na krótki okres, jaki upłynął od czasu wprowadzenia możliwości przekształcenia podmiotów leczniczych, określenie, w jaki sposób ten proces wpływa na poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w tych jednostkach jest i oparte raczej na intuicji niż na rzetelnych danych ekonomiczno-prawno-epidemiologicznych. Komercjalizacji niesie za sobą ryzyko ograniczenia dostępności w pewnych obszarach, a jednocześnie zapewnienie pełnej dostępności tam, gdzie sposób finansowania jest bardzo atrakcyjny dla szpitala. Stąd można zaobserwować znaczny rozwój takich obszarów, jak kardiologia interwencyjna i jednocześnie niewiele jest szpitali, które zapewniają opiekę długoterminową czy paliatywną. Pojawiają się także pewne patologie, w formie rzeczywiście zwiększenia jakości usług, ale kosztem dostępności, gdyż szpitale prywatne, niepubliczne, prowadzą politykę „zlizywania śmietanki" nakierowując swoją działalność na bardziej dochodowe obszary świadczeń zdrowotnych oraz wybierając „tańszych i łatwiejszych" pacjentów. Przykładem może być sytuacja z życia wzięta, gdy z prywatnego ośrodka rehabilitacji odesłano pacjentkę z zakażeniem dróg moczowych, skierowaną na rehabilitację neurologiczną po udarze mózgu. Prywatne szpitale mogą w regulaminie organizacyjnym zamieszczać kryteria dyskwalifikujące hospitalizację pacjentów, którzy generują ryzyko komplikacji i wyższych kosztów opieki. Podkreślono, że tendencję do podejmowania decyzji o rozszerzaniu usług, które są dobrze wycenione przez NFZ, a minimalizowanie tych nierentownych. Analiza przytoczonych opinii ekspertów jednoznacznie wskazuje, że na pytanie, w jaki sposób przekształcenia wpływają na dostępność, odpowiedź – jak na razie – jest negatywna i wskazuje na ograniczenia dostępności bardziej, niż jej wzrost.

Pytanie 3. Czy forma prawna podmiotu leczniczego wpływa według Pana/i na jakość i dostępność usług medycznych? Jeśli tak, to jak ocenia Pan/i dostępność do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego (tj. jednostki budżetowej, spółki kapitałowej, SP ZOZ)? W których z nich dostęp do świadczeń jest największy?

W ocenie relacji między formą prawną podmiotu leczniczego, a jakością i dostępnością usług medycznych trudno wskazać jednoznacznie pozytywne efekty. Fakt, że usługi są skomercjalizowane i można je szybciej uzyskać jest udogodnieniem, ale tylko dla wybranych, których na to stać. Wiadomo, że prywatnie można szybciej dostać się do specjalisty i otrzymać specjalistyczną opiekę szpitalną, czy zrealizować procedurę medyczną, na którą w szpitalu publicznym czas oczekiwania to np. 7 lat. Trzeba zdawać sobie sprawę, że polskie społeczeństwo nie jest na tyle bogate, by korzystać z tej możliwości w powszechnym zakresie. Pojawia się także problem z zapewnieniem ciągłości opieki: bywa, że szpitale komercyjne, które nie dysponują Oddziałem Intensywnej Opieki Medycznej w sytuacjach pogorszenia czy powikłań przekazują pacjenta do ośrodków wielospecjalistycznych – co z jednej strony oznacza, że nie są w stanie w pełni zabezpieczyć bezpieczeństwa pacjenta, a z drugiej przerzucają koszty leczenia na sektor publiczny, sobie pozostawiając lukratywne obszary działalności. Należy podkreślić, że szpitale komercyjne są to szpitale o mniejszym potencjale, które często koncentrują się na wybranych obszarach leczenia. Z jednej strony są w stanie szybko zmienić czy rozwinąć swoją ofertę, w zależności od polityki i finansowania przez NFZ. Z drugiej, łatwiej im pozyskać kadrę medyczną, tak, że oferta jest świadczona w wąskim zakresie, za to

na wysokim poziomie. Podsumowując, szpitale komercyjne nie zawsze spełniają warunku kompleksowości usług, szerokiego spektrum i zabezpieczenia zdrowotnego obywateli, przerzucając te zadania na publiczny sektor ochrony zdrowia.

Pytanie 4. Jak ocenia Pan/i jakość i dostępność świadczonych usług w zakresie poszczególnych obszarów opieki zdrowotnej, tj.: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej?

W ocenie jakości i dostępność świadczonych usług w zakresie poszczególnych poziomów opieki, należy zauważyć, że pewne wnioski można określić dla lecznictwa szpitalnego, gdzie coraz bardziej popularna jest ocena akredytacyjna, w imieniu Ministra Zdrowia prowadzona przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania jakości w Ochronie Zdrowia. Akredytacja jest jedynym narzędziem, które bezpośrednio środowiska szpitalnego i zwiększa świadomość na temat jakości i bezpieczeństwa opieki – w Polsce nie ma odrębnej, narodowej strategii dotyczącej, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, jaka funkcjonuje w innych krajach UE. Zauważyć też można brak ciągłości i współpracy między placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej, przy jednoczesnym niedostatecznym inwestowaniu w działania profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia.

Pytanie 5. Jak ocenia Pan/i zachodzące procesy komercjalizacji usług szpitalnych?

Formułując opinię na temat oceny zachodzących procesów komercjalizacyjnych eksperci wskazywali raczej na negatywne niż pozytywne rezultaty, wręcz ryzykując stwierdzenie, że komercjalizacja nie przekłada się na wiele istotnych aspektów, w odniesieniu do problemów związanych z jakością i dostępnością. Prawdopodobnie jest to rezultat niskiej – jak na razie – zamożności znaczącej części społeczeństwa, co przekłada się na niewielką skłonność do korzystania z płatnych świadczeń zdrowotnych. Nie polepsza tego fakt, iż mamy jednego płatnika i dysponujemy jednym budżetem. Na dzień dzisiejszy mamy problem z rozrastaniem się nowych placówek i dzieleniem budżetu na coraz mniejsze części a podkreślenia wymaga fakt, iż 98% przychodów w szpitalach niepublicznych pochodzi z NFZ, zatem realnie możliwość dodatkowych przychodów jest niewielka.

Pytanie 6. Jak według Pana/i procesy komercjalizacji usług szpitalnych oceniają obywatele, którzy korzystają z usług medycznych?

W odniesieniu do estymacji oceny procesów komercjalizacji usług szpitalnych przez pacjentów, należy podkreślić, że trudno jest formułować opinię w imieniu pacjentów i rodzin. Tym bardziej, że często pacjenci, czyli obywatele nie mają w pełni wiedzy czy dany szpital jest publiczny, skomercjalizowany czy niepubliczny i nie ma to dla nich szczególnego znaczenia. Forma prawna szpitala nie ma istotnego znaczenia dla obywatela, który korzysta z usług systemu ochrony zdrowia. Należy też podkreślić, że polskie społeczeństwo jest usatysfakcjonowane odmienną jakością i kulturą obsługi pacjenta, co nie zawsze oznacza wyższą jakość usług medycznych, lecz fakt, że np. poczekalnie dysponują obszarem oczekiwania o wysokim standardzie (np. skórzane kanapy i fotele); gabinety lekarskie są poddawane modernizacji itp. Pozytywny wymiar opinii użytkowników jest uzyskiwany głównie dzięki oddziaływaniu funduszów unijnych i doposażeniu w nowoczesny sprzęt medyczny.

Reasumując, należy podkreślić, iż w ciągu ostatnich 10 latach, odnotowujemy istotne zmiany dotyczące funkcjonowania szpitali, głównie, dzięki środkom unijnym. Jednak, jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia i temu dedykowane są takie między innymi aktywności jak studia podyplomowe realizowane w ramach poddziałania 2.3.4. W efekcie ich ukończenia, w podmiotach leczniczych, w których zatrudnieni są ich absolwenci, istnieje szansa na zmianę modeli mentalnych oraz poszerzenie wiedzy dotyczącej zasadności wdrażania wiedzy na temat jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, nabywanie nowych kwalifikacji i zwiększanie kompetencji kadry zarządzającej i profesjonalistów medycznych.

2.5. Panel ekspertów

Panel ekspercki to technika podobna do grup fokusowych, czyli ustrukturalizowanych i moderowanych dyskusji zogniskowanych na konkretnym zagadnieniu. Uczestniczą w nich eksperci, czyli osoby, które posiadają cenną wiedzę w danej dziedzinie.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

Panel z udziałem specjalistów z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia lub z zakresu zdrowia publicznego pozwoli zweryfikować wnioski i rekomendacje otrzymane w wyniku badania. Specjalistom z zakresu z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia lub z zakresu zdrowia publicznego zostaną udostępnione dane zgromadzone dzięki zastosowaniu pozostałych technik badawczych – zastosowanie panelu eksperckiego pozwoli na optymalne wykorzystanie zebranych informacji, gdyż ich opinie pozwolą na uzupełnienie i weryfikację wniosków i rekomendacji otrzymanych przez zespół badawczy w wyniku badania. Dzięki holistycznemu podejściu członków panelu eksperckiego będą oni w stanie wypracować rozwiązania podnoszące skuteczność wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia.

PRZEZNACZENIE TECHNIKI BADAWCZEJ

Panel ekspercki został wykorzystany do realizacji następujących celów szczegółowych badania:

- Oceny jakości programów studiów podyplomowych w kontekście zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych,
- Rekomendowania modelowego programu studiów podyplomowych w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi,
- Oceny wpływu udzielonego wsparcia w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL na proces przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego,
- Oceny wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi i dostępność do usług medycznych.

SPOSÓB ZASTOSOWANIA

Dyskusja była moderowana przez wykładowcę szkoły publicznej profesjonalnie związanego z edukacją zarządzających w podmiotach leczniczych, raport z dyskusji został przygotowany przez eksperta 2 w porozumieniu z pozostałymi członkami panelu a wnioski i rekomendacje z niego płynące zostały uwzględnione przez członów Zespołu Badawczego w raporcie końcowym.

DOBÓR PRÓBY

Liczebność próby: 4.

Populacja badana: eksperci z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia i z zakresu zdrowia publicznego.

Sposób doboru próby: celowy – wybrane zostały te osoby, których wiedza i opinie są użyteczne z punktu widzenia celów badania. Eksperci zostali wybrani na podstawie doświadczenia zawodowego oraz dorobku naukowego związanego z tematyką ewaluacji, czyli zarządzania w podmiotach leczniczych, metodyki procesu przekształceń własnościowych oraz akademickich form kształcenia. W panelu ekspertów wzięli udział następujący eksperci:

Ekspert 1 – mgr, dyrektor wysokobudżetowego szpitala publicznego obecnie dyrektor szpitala prywatnego, członek zarządu dużej korporacji zrzeszającej podmioty lecznicze, wykładowca na studiach podyplomowych i szkoleniach z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, członek STOMOZ;

Ekspert 2 – dr n. ekon. dyrektor szpitala publicznego, właściciel i zarządzający w prywatnym podmiocie leczniczym, wykładowca na studiach podyplomowych i szkoleniach z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, członek STOMOZ;

Ekspert 3 – dr n. med. długoletni dyrektor wydziału zdrowia w mieście wojewódzkim, nauczyciel akademicki pracujący w Uniwersytecie Medycznym, wykładowca na studiach podyplomowych i szkoleniach z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia;

Ekspert 4 – prof. dr nauczyciel akademicki w uczelniach publicznych i prywatnych o profilu kształcenia społeczno-pedagogicznym, dziekan w uczelni prowadzący różne formy kształcenia podyplomowego, wykładowca na studiach podyplomowych i szkoleniach z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia i funduszy unijnych.

Reforma opieki zdrowotnej podjęta Polsce, spowodowała zasadniczą zmianę warunków, zasad i mechanizmów funkcjonowania podmiotów leczniczych. Ujmując rzecz skrótowo, stwierdzić można, że zmiany w systemie opieki zdrowotnej, spowodowały zmianę roli kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej z biernego administrowania, na konieczność aktywnego realizowania zadań opieki zdrowotnej i pełnienia funkcji gospodarza powierzonych zasobów. Zmiana roli kierownictwa podmiotów działalności leczniczej, a wcześniej zoz, pociąga za sobą konieczność zmiany dotychczasowych metod zarządzania i zastosowania nowoczesnych metod adekwatnych do nowej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Dyskusja na temat tego, co dzieje się w sektorze ochrony zdrowia w Polsce to jeden z najbardziej żarliwych i emocjonujących opinię publiczną tematów. Jakie rozwiązanie należy przyjąć, aby standard usług medycznych osiągnął właściwy poziom (…)?, jaki jest ten poziom?, jak powinny być zarządzane polskie szpitale (…)?, oddziały czy przychodnie?, lepiej być szpitalem funkcjonującym w formule spzoz czy też podjąć decyzje i przekształcać się w spółkę prawa handlowego (…)?, czy też, jakie rozwiązania zarządcze wdrożyć, by poprawić swoją efektywność – to jedne w wielu pytań, na które poszukuje się odpowiedzi w środowisku medycznym jak również w kręgach polityki i nauki.

W nurt dyskusji włączyło się Ministerstwo Zdrowia pozyskując środki na kształcenie kadr zarządzających w podmiotach leczniczych. Pierwszym krokiem w kierunku zrealizowania wizji sanacji systemu było przygotowanie – na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – dokumentu zawierającego wyniki badania ewaluacyjnego pn. „*Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce", Warszawa 2011*, następnym rozpisanie konkursu dla podmiotów (uczelni wyższych publicznych i prywatnych), których zasoby kadrowe i zgromadzone doświadczenia oraz pozycja na rynku usług edukacyjnych w segmencie szkolenia podyplomowego pozwalały na przygotowanie pożądanej – co do treści i zasad realizacji – opisanej w dokumentach konkursowych ścieżki kształcenia w trybie studiów podyplomowych. Potrzeba kształcenia wykwalifikowanej kadry i podnoszenia kompetencji tych, którzy już uczestniczą w procesach zarządzania podmiotami działalności leczniczej, w sposób bezpośredni lub pośredni, w obliczu nowych wyzwań, przez jakimi stoi sektor, jest dziś warunkiem *sine qua non* prowadzenia procesu zmian w poszczególnych placówkach. Odbiorcami przygotowanych studiów podyplomowych miały być osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych w podmiotach działalności leczniczej, które zamierzają podjąć trud przekształcenia ich w kierunku spółki prawa handlowego. Odzew na ogłoszony konkurs był bardzo duży. Polskie uczelnie zarówno publiczne jak i niepubliczne, włączyły się w tą dyskusję, proponując realizacje studiów podyplomowych dla kadry zarządczej sektora ochrony zdrowia, nie ustając w ten sposób w poszukiwaniu sposobów i narzędzi, które pozwolą optymalizować działania podejmowane przez podmioty świadczące usługi opieki medycznej. Komisja konkursowa wybrała 24 uczelnie, jako te podmioty, w których realizowane będę pożądane formy kształcenia, – przy czym podkreślić należy, że zasady ogłoszonego konkursu pozwalały jednej uczelni startować do realizacji więcej niż jednego toku studiów podyplomowych, stąd 24 podmioty realizowały 29 studiów podyplomowych.

Analiza wyników prowadzonej ewaluacji studiów podyplomowych realizowanych w ramach poddziałania 2.3.4 pozwala na stwierdzenie, że dotychczasowe doświadczenia w obszarze funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce pozwalają w sposób jednoznaczny zidentyfikować lukę w kompetencjach menedżerskich osób nadzorujących i kierujących placówkami opieki zdrowotnej, zarówno na poziomie operacyjnym tych jednostek tj. dyrektorów, ordynatorów i ich zastępców, pielęgniarek oddziałowych czy kierowników laboratoriów, jak i na poziomie tzw. zaplecza pozamedycznego ściśle związanego z ich funkcjonowaniem np. służby ekonomiczne, działy kadr i inne.

Niewątpliwie, aby sprostać oczekiwaniom pacjentów należy realizować usługi medyczne zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. To pozwala zredukować prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów działania w tym zakresie. Dlatego też, personel medyczny zatrudniony w tych placówkach, by wypełnić cele, do których zostały one powołane, powinien posiadać kompetencje zarówno w zakresu nauk medycznych, jak i nauk o zarządzaniu. Ta integracja nauk przejawia się w podejmowanych działaniach placówek medycznych, ponieważ prócz świadczenia usług medycznych znaczna cześć osób podejmuje także różnorodne decyzje. Do działań tych należą: kierowanie zespołami pracowniczymi, planowanie przyszłych działań na podstawie planowanych kosztów, dokonywanie ocen pracowniczych i analiz stanu zatrudnienia. Wymienione działania wymagają szerokiej wiedzy z zakresu dwóch różnych nauk – medycznych i społecznych, która powinna być stale doskonalona, by sprostać oczekiwaniom, wobec powyższego wydaje się niezbędne posiadanie kompetencji, m.in. z zakresu zarządzania kadrami, infrastrukturą, zmianą, a także z zakresu psychologii zarządzania czy komunikacji interpersonalnej. To wielopoziomowe podejście zostało uwzględnione praktycznie we wszystkich zaproponowanych i zrealizowanych programach studiów podyplomowych realizowanych w ramach poddziałania 2.3.4. Personelowi medycznemu wszystkich szczebli w hierarchii organizacyjnej, brakuje wiedzy z zakresu ekonomii, finansów, organizacji i zarządzania a nade wszystko aspektów prawnych prowadzonej działalności. W programach studiów medycznych i pielęgniarskich w Polsce, nie przywiązuje się dużej wagi do przedmiotów obejmujących wiedzę z zakresu tych dziedzin, dlatego też podjęte działania dotyczące kształcenia podyplomowego w ramach poddziałania 2.3.4 w tym zakresie uzupełniają tą lukę.

Powodzenie rozwiązań w zakresie podejmowanych działań organizacyjnych przez zarządzających placówkami medycznymi, na pewno może zapewnić określony poziom wiedzy prawno-ekonomiczno-finansowo-organizacyjnej, bez względu na poziom doświadczenia zawodowego. Sprawny menedżer, to osoba potrafiąca współpracować z ludźmi. Zatem w jego profilu kompetencyjnym powinny znaleźć się wiedza i umiejętności dotyczące efektywnego kierowania – pojedynczymi pracownikami i większymi zespołami. Porządkując wiedzę w zakresie zarówno ekonomicznych jak i prawnych aspektów, w zderzeniu z własnym doświadczeniem, słuchacze maja poczucie, iż w gąszczu problemów, jakie pojawiają się w związku z wykonywaną pracą, postępują właściwe. Potrafią samodzielnie poszukiwać informacji potrzebnych im w pracy.

Osoba kierownika podmiotu leczniczego odgrywa najważniejszą rolę i w największym stopniu wpływa na funkcjonowanie podmiotu leczniczego, dlatego zrozumiałym jest kierowanie oferty edukacyjnej przede wszystkim dla tej grupy potencjalnych słuchaczy. Kierownik ma największe uprawnienia spośród organów podmiotu leczniczego. To on – często – kieruje jednoosobowo zakładem i jednoosobowo podejmuje decyzje wynikające z jego zakresu czynności i odpowiedzialności. To on wnioskuje, a tym samym ma wpływ na kształtowanie przyszłości zakładu, do Rady Społecznej o uzyskanie opinii w sprawach, które tego wymagają, a w których decyzje podejmuje stosowny organ samorządu. Jeżeli samorząd nie posiada, a w większości samorządów taka sytuacja ma miejsce, strategii samorządu w zakresie ochrony zdrowia, te strategię praktycznie kształtuje kierownik zakładu, poprzez swoje decyzje lub decyzje podmiotu tworzącego uzyskane w wyniku swojej inicjatywy. Brak strategii uniemożliwia samorządom, weryfikowania działalności kierownika poprzez porównanie, tego, co realizuje zakład opieki zdrowotnej z celami zawartymi w strategii. Brak tej możliwości powoduje, że podejmowane decyzje mogą być zgodne z aktualnymi oczekiwaniami podmiotu tworzącego, ale nie będą uwzględniały długookresowych celów, które powinny wynikać z obowiązków ustawowych, jakie w zakresie ochrony zdrowia, ma obowiązek, jako zadanie własne, realizować samorząd.

W zależności od osobowości zarządzającego oraz stosowanego stylu zarządzania, kształtuje on w zespole odpowiednią kulturę organizacji. Kultura organizacji podmiotów leczniczych jest w większości wypadków spadkiem po „budżetowej służbie zdrowia". Pracownicy takiego zakładu zwykle nie zauważają, że mają do czynienia z systemem ubezpieczeniowym (praktycznie jest to system mieszany) i zasadniczą zmianą, która nastąpiła po 1999 roku, czyli konieczność sprzedaży swoich usług, a nie tylko ich wyprodukowanie lub gotowości do ich wyprodukowania. Konieczność dostosowania się do wymogów płatnika, który płaci za wykonane świadczenia oraz bardzo silnej zależności pomiędzy kosztami udzielanych świadczeń, a przychodami uzyskiwanymi z ich sprzedaży, powinna być priorytetem dla zarządzającego, a tym samym dla zespołu, którym kieruje. Biorąc pod uwagę kondycję ekonomiczną bardzo wielu zakładów działających w formule spzoz, a zwłaszcza ich stan zadłużenia, można się pokusić o profil osoby, która ma odpowiadać za funkcjonowanie spzoz. Na pierwszym miejscu umieściłabym praktyczną wiedzę z zakresu funkcjonowania spzoz w warunkach rynkowych. Czyli umiejętność godzenia faktu, że spzoz nie jest typowo komercyjną działalnością

gospodarczą, tylko zakładem udzielającym bardzo specyficznych usług, jakim są świadczenia zdrowotne, (które dotyczą najwyższego dobra pacjentów, jakim jest ich życie i zdrowie), z twardymi warunkami ekonomicznymi rynku usług medycznych, zwłaszcza, co do traktowania, jako priorytet zasady pokrywania kosztów działalności z uzyskiwanych przychodów. Ponieważ system ochrony zdrowia podlega częstym i gwałtownym zmianom, zarządzający powinien umieć szybko dokonać zmian, które pozwolą dostosować się do zmienionych warunków. Aby być do tego przygotowanym, kierownik powinien tak kształtować strukturę organizacyjną, żeby była elastyczna i mobilna oraz otwarta na zmiany. Kluczowym jest tu uzyskanie efektu „organizacji uczącej się". Czyli odpowiednio płaskiej, na ile się tylko da, struktury kierowniczej, odpowiedni dobór kadry kierowniczej, która będzie umiała realizować strategię zakładu oraz pracowników, którzy mają świadomość nieuchronności zmian i mogą się do nich przygotować poprzez ciągłe doskonalenie swoich umiejętności i wydaje się właśnie iż temu miałyby służyć przede wszystkim studia realizowane w ramach poddziałania 2.3.4.

Niewątpliwe zebranie w „jednym" miejscu w ramach realizowanych studiów podyplomowych osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie podmiotów działalności leczniczej, pozwoliło na otwartą dyskusje o rozwiązaniach stosowanych w ich placówkach, zarówno tych udanych jak i tych mniej udanych. Ta wymiana doświadczeń pomiędzy osobami zarządzającymi pozwalała na ocenę wdrożonych rozwiązań, często „wprost" implementowanych z organizacji komercyjnych nie zawsze dostosowanych do możliwości i oczekiwań sektora ochrony zdrowia, zmniejszając swoje własne obawy przed zmianami, a tym samym w przyszłości przekonania swoich współpracowników do konkretnej zmiany.

Podsumowując działania podejmowane przez uczelnie realizujące poddziałanie 2.3.4 możemy powiedzieć, że posiada on kilka zalet, dzięki którym przybliżono osobom, do których był kierowany m.in.

1. Przekazanie nowoczesnej wiedzy w zakresie zarządzania, ekonomii i finansów, z uwzględnieniem specyfiki ochrony zdrowia,

2. Rozszerzenie znajomości polskiego systemu opieki zdrowotnej,

3. Stworzenie podstaw metodologicznych do samodzielnego studiowania, analizowania i rozwiązywania problemów w zakresie ochrony zdrowia,

4. Poznanie skutecznych technik zarządzania – zdobycie i doskonalenie praktycznych umiejętności kierowniczych,

5. Wymianę własnych doświadczeń zawodowych.

Realizowane programy przez poszczególne uczelnie mają swoje ułomności, wynikające wciąż z braku merytorycznej dyskusji nad implementowanymi praktykami zarządczymi z sektora komercyjnego, ich sprawdzalności i skutkami podejmowanych rozwiązań, ponadto braku praktycznych sposobów rozwiązania problemów organizacyjnych: ta sugestia jest też widoczna, w odpowiedziach niektórych ankietowanych słuchaczy studiów podyplomowych różnych uczelni. Wobec powyższego jawi się potrzeba, aby w przyszłości stworzyć forum wymiany doświadczeń zarządczych, na którym możliwa byłaby dalsza merytoryczna dyskusją między uczestnikami projektu, stanowiąca dalszą formę samokształcenia.

2.6. Metodyka wyboru najlepiej realizowanego programu studiów podyplomowych

2.6.1. Założenia ogólne

Przygotowanie jasnej – co do zasad metodyki – wyboru najlepiej realizowanych studiów podyplomowych w zakresie zmiany wiedzy, kwalifikacji i umiejętności osób zatrudnionych na kierowniczych stanowiskach w podmiotach leczniczych pozwoli w sposób obiektywny wyłonić te projekty, które spełniły oczekiwania zarówno zleceniodawcy jak i studentów, którzy w nich uczestniczyli.

UZASADNIENIE ZASTOSOWANIA TECHNIKI BADAWCZEJ

PRZEZNACZENIE TECHNIKI BADAWCZEJ

Zaproponowana metodyka badawcza przyczyni się do:

- Uzyskania wiedzy na temat satysfakcji studentów z produktu, który otrzymali
- Identyfikacji preferencji w zakresie realizacji procesu dydaktycznego przez studentów
- Wytypowania modelowego programu studiów
- Wytypowania podmiotu, który realizował najlepszy według respondentów projekt
- Wskazania mocnych i słabych stron wytypowanego jako najlepszy projektu

SPOSÓB ZASTOSOWANIA

Metodyka wyboru najlepiej realizowanego programu studiów podyplomowych została przygotowana przez Zespół Ewaluacyjny w porozumieniu z ekspertami zleceniodawcy (MZ). Końcowym efektem ewaluacji jest wskazanie uczelni, które przygotowały i zrealizowały produkt – program studiów podyplomowych – który spotkał się z najwyższą oceną.

DOBÓR KRYTERIÓW DO OSTATECZNEGO WSKAZANIA NAJLEPIEJ REALIZOWANEGO PROJEKTU

Do wybrania najlepiej ocenionego programu studiów realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL – „*Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia*" posłużono się następującymi kryteriami:

1. Ocena projektów najlepiej spełniających kryteria programu na podstawie struktury rozkładów odpowiedzi 1200 respondentów, którzy byli uczestnikami studiów podyplomowych a udzielali informacji w ramach badań realizowanych za pomocą CATI (pytania: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; rysunki: 9, 15, 21, 33, 39, 41, 42, 43, 49, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75) ocenionych w skali w skali 1-3 pkt, gdzie 3 pkt otrzymuje najlepiej oceniona uczelnia a 1 najgorzej oceniona uczelnia. Jeżeli taką samą ilość procentowych wskazań uzyskała więcej niż jedna uczelnia automatycznie punkty były przyznawane każdemu podmiotowi, stąd dla niektórych pytań uzyskano więcej niż 3 wskazania.

2. Ocena uczelni realizującej studia podyplomowe na podstawie liczby godzin oferowanego wsparcia. Uczelnie realizujące 220 i więcej godzin wykładowych rozumianych, jako prowadzone łącznie na sali wykładowej i w e-learningu otrzymują dodatkowo 5 pkt (tabela 4).

3. Zastosowanie narzędzi e-learningu w toku realizacji studiów podyplomowych oznaczało otrzymanie przez uczelnię dodatkowo – 9 pkt (tabela 4).

4. Wydanie podręcznika w toku realizacji studiów podyplomowych oznaczało otrzymanie przez uczelnię dodatkowo 30 pkt (tabela 4).

5. Odbycie przez słuchaczy wizyty studyjnej w toku realizacji studiów podyplomowych oznaczało otrzymanie przez uczelnię dodatkowo 10 pkt (tabela 4).

6. Dodatkową premię punktów otrzymały uczelnie z wyróżniającą oceną Polskiej Komisji Akredytacyjnej – 15 pkt (tabela 4).

7. Każde pozytywne wskazanie uczelni przez eksperta w każdym z zadanych 10 pytań oznaczało otrzymanie przez uczelnię dodatkowo po 1 punkcie (2.4.2 – IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia analiza odpowiedzi pytania)

8. Punkty ujemne otrzymywały uczelnie, w których w trakcie kontroli ujawniono wydatki niekwalifikowalne. Wielkość pkt według ustalonych grup:

   a. w przedziale 0 – 2000 zł, 0 pkt

   b. w przedziale 2000,01 – 9000,00 zł, (-5) pkt

   c. w przedziale 9000,01 – 16 000,00 zł, (-10) pkt

   d. w przedziale 16 000,01 – 23 000,00 zł, (-15) pkt

   e. w przedziale 23 000,01 – 30 000,00 zł, (-20) pkt

   f. w przedziale 30 000,01 – 37 000,00 zł, (-25) pkt

   g. powyżej 37 000,01 zł, (-30) pkt

W zaproponowanej przez Zespół Ewaluacyjny metodyce wyboru najlepszej uczelni realizującej najlepszy program studiów podyplomowych zaproponowano szeroki dobór kryteriów oceny. Wykorzystano dane z analizy desk research, oceny ekspertów, zawartości wniosków pokontrolnych, zrealizowanych elementów wsparcia i co najważniejsze przekonania wyrażone w odpowiedziach na pytania oceniające przygotowanie, realizacji i organizacje studiów podyplomowych przez poszczególne uczelnie. W opinii Zespołu Ewaluacyjnego taki dobór kryteriów zapewnia obiektywną ocenę wygenerowanych produktów i pozwala na przygotowanie opisu modelowego programu.

2.6.2. Ocena realizacji najlepiej i najgorzej realizowanych projektów studiów

Tabela 27. *Najlepiej i najgorzej oceniane studia na podstawie CATI z 1200 uczestników*

Numer i treść pytania	Numer ryciny	Programy najlepsze	Punkty
1. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych?	9	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. WSG w Bydgoszczy	3 2 1
2. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów?	15	1. WSG w Bydgoszczy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. PWSZ im. Witelona w Legnicy	3 2 1
3. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia?	21	1. WSG w Bydgoszczy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. UMK Toruń	3 2 1
5. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania?	33	1. WSG w Bydgoszczy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. SSW Stargardinum	3 2 1
6. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia?	39	1. WSG w Bydgoszczy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. SSW Stargardinum	3 2 1

7. a) Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanej przez Pana/ią wiedzy? b) Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: umiejętności? c) Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: kwalifikacji?	41	1. UE Katowice 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. SSW Stargardinum	3 2 1
	42	1. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 2. SSW Stargardinum 3. WSZOP w Katowicach	3 2 1
	43	1. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 2. UE Katowice 3. SSW Stargardinum	3 2 1
8. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką	49	1. PWSZ im. F. Szczepanika w Suwałkach – Profesjonalnie 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. PWSZ im. Witelona w Legnicy	3 2 1
9. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)?	55	1. UMK w Toruniu 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. SSW Stargardinum	3 2 1
10. Jak oceniłby/aby Pan/i poszczególne zakresy tematyczne realizowane w ramach studiów? a) przekształcenia własnościowe	57	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 1. WSIiZ w Rzeszowie 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana	3 3 2 1
b) zakres prawno-administracyjny	58	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 1. WSIiZ w Rzeszowie 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana	3 3 2 1
c) zakres finansowy (rachunkowo-księgowy)	59	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. UE Katowice 3. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim	3 2 1
d) obszar menadżerski	60	1. WSG w Bydgoszczy 2. PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana 3. UE Katowice	3 2 1
e) zarządzanie zasobami ludzkimi	61	1. WSG w Bydgoszczy 2. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana 3. UE Katowice	3 2 2 1
11. Proszę ocenić przygotowanie i realizację poszczególnych elementów studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a? a) harmonogram	63	1. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 2. UMK Toruń 3. UE Katowice	3 2 1
b) organizacja	64	1. UE Poznań 2. UMK Toruń 3. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim	3 2 1
c) przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć	65	1. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 2. PWSZ im. Witelona w Legnicy 3. UMK Toruń	3 2 1
d) przystępność treści przekazywanych w ramach zajęć	66	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. UMK Toruń 3. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim	3 2 1

e) tematyka zajęć	67	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 1. UMK Toruń 2. UE Katowice 3. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim	3 3 2 1
f) profesjonalizm kadry naukowej	68	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. UE Katowice 3. UMK Toruń	3 2 1
g) profesjonalizm kadry zarządzającej projektem	69	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. UE Katowice 3. UE Poznań	3 2 1
h) jakość i przydatność materiałów dydaktycznych	71	1. UMK Toruń 2. UW-WZ Warszawa 3. UE Poznań	3 2 1
i) zajęcia z praktykami	73	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim 3. UE Poznań	3 2 1
j) zajęcia z nauczycielami akademickimi	74	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 2. UMK Toruń 3. WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim	3 2 1
k) wyposażenie sal	75	1. PWSZ im. Witelona w Legnicy 1. UW-WZ Warszawa 2. UMK Toruń 3. UE Poznań	3 3 2 1

Tabela 28. *Sumaryczna ocena realizacji projektów*

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Szczegóły wsparcia (punkty za)				Punkty CATI z uczestnikami studiów podyplomowych	Wskazania ekspertów IDI z przedstawicielami MZ	Wyróżniająca ocena PKA	Ocena pokontrolna	Suma punktów
				e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna					
1	Profesjonalne zarządzanie w systemie ochronie zdrowia	Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu	EUHE w Elblągu	0	5	**30**	**0**	**0**	**4**	**0**	**-5**	**34**
2	Nowoczesne zarządzanie	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	WSBiP w Ostrowcu Św. – Nowoczesne zarządzanie	9	5	**0**	**0**	**39**	**0**	**0**	**-10**	**43**
3	Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych	Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie	OWSIZ im. Prof. T. Kotarbińskiego w Olsztynie	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**
4	Profesjonalna kadra	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim **Partner:** Wyższa Szkoła Medyczna Sosnowiec	WSBiP w Ostrowcu Św. + WSM w Sosnowcu	9	5	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-15**	**-1**
5	Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy	PWSZ im. Witelona w Legnicy	0	5	**0**	**0**	**39**	**0**	**0**	**0**	**44**
6	Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Wysoko wykwalifikowana kadra	0	0	**0**	**0**	**6**	**0**	**0**	**0**	**6**
7	Profesjonalnie wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	PWSZ im. E.F. Szczepanika w Suwałkach – Profesjonalnie wykwalifikowana kadra	0	0	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**3**
8	Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	SGH w Warszawie	9	0	**30**	**10**	**0**	**2**	**15**	**-5**	**61**

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Szczegóły wsparcia (punkty za)				Punkty CATI z uczestnikami studiów podyplomowych	Wskazania ekspertów IDI z przedstawicielami MZ	Wyróżniająca ocena PKA	Ocena po kontrolna	Suma punktów
				e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna					
9	Nowoczesne Zarządzanie w Podmiotach Leczniczych	Stargardzka Szkoła Wyższa STARGARDINUM	SSW STARGARDINUM	9	0	**0**	**0**	**7**	**0**	**0**	**0**	**16**
10	Profesjonalny menedżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce	Szkoła Wyższa im. B. Jańskiego	SW im. B. Jańskiego	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**
11	Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach	UE Katowice	9	0	**0**	**10**	**16**	**5**	**15**	**0**	**55**
12	Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu	UE Poznań	0	5	**0**	**0**	**7**	**0**	**15**	**0**	**12**
13	Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia	Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu	UMK w Toruniu	0	0	**0**	**0**	**20**	**0**	**0**	**0**	**21**
14	Zdrowe zarządzanie	Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu	UTH w Radomiu (dawna Politechnika Radomska)	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-5**	**-5**
15	Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych	Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania	UW – WZ Warszawa	0	0	**30**	**10**	**5**	**1**	**15**	**0**	**66**
16	Zarządzanie podmiotami leczniczymi – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku	WSB w Gdańsku	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-10**	**-1**
17	Studia podyplomowe „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej"	WNE Uniwersytet Warszawski	WNE – UW Warszawa	9	0	**0**	**0**	**0**	**1**	**15**	**-5**	**20**

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Szczegóły wsparcia (punkty za)				Punkty CATI z uczestnikami studiów podyplomowych	Wskazania ekspertów IDI z przedstawicielami MZ	Wyróżniająca ocena PKA	Ocena po kontrolna	Suma punktów
				e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna					
18	Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Administracji Publicznej Szczecin	WSAP Szczecin	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-30**	**-30**
19	Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	WSB w Poznaniu	0	0	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**-5**	**11**
20	Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu **Partner:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Pile	WSB w Poznaniu + OIPiP w Pile	0	0	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**-10**	**-9**
21	Skuteczny menedżer w służbie zdrowia	Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu **Partner:** TUV SUD Polska	WSB w Toruniu + TUV SUD Polska	9	5	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-20**	**-6**
22	Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia	Wyższa Szkoła Zarządzania i Finansów we Wrocławiu **Partner:** Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu. W trakcie realizacji projektu nastąpiło połączenie szkół. Na mocy aneksu do umowy realizatorem projektu była WSB Wrocław	WSB we Wrocławiu (dawna WSZiF we Wrocławiu)	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**
23	Kierownicy w podmiotach leczniczych menedżerami XXI wieku	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	WSB we Wrocławiu	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**

Nr	Tytuł projektu	Nazwa projektodawcy	Skrót używany do opisu rysunków	Szczegóły wsparcia (punkty za)				Punkty CATI z uczestnikami studiów podyplomowych	Wskazania ekspertów IDI z przedstawicielami MZ	Wyróżniająca ocena PKA	Ocena po kontrolna	Suma punktów
				e-learning	Liczba godzin wsparcia	Opracowanie podręcznika	Wizyta studyjna					
24	Nowoczesny menedżer-efektywne zarządzanie	Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy	WSG w Bydgoszczy	9	5	**0**	**0**	**19**	**0**	**0**	**0**	**33**
25	Zarządzaj –Organizuj-Zmieniaj. Studia Podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie	WSIiZ w Rzeszowie	0	0	**30**	**0**	**8**	**0**	**0**	**0**	**36**
26	Wyspa zarządzania – studia podyplomowe dla kadr zarządzających podmiotami leczniczymi	Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie	WSPiA w Lublinie	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-10**	**-10**
27	Studia podyplomowe –Zarządzanie w ochronie zdrowia	Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie	WSZiB w Krakowie	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-15**	**-15**
28	Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe	Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach	WSZOP w Katowicach	0	0	**30**	**0**	**1**	**1**	**0**	**0**	**32**
29	Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	Warszawska Wyższa Szkoła im. Edwarda Wiszniewskiego **Partner:** Talento sp z o.o.	WWS im. E. Wiszniewskiego + Talento sp z o.o.	9	0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**

Tabela 29. *Ostateczny ranking projektów*

Miejsce w rankingu	Nazwa jednostki	Nazwa projektu	Liczba punktów
1.	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego	66
	Uniwersytet Warszawski Wydział Zarządzania	Podyplomowe studia menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych	66
2.	Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach	Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	55
3.	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy	Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi	44

2.6.3. Modelowy projekt studiów – propozycja autorska zespołu ewaluacyjnego

Przeprowadzona ewaluacji pozwoliła na zidentyfikowanie tych elementów konstytuujących program modelowy, które uzyskały najwyższe oceny. Oczywiście truizmem jest stwierdzenie, że istnieje jakiś jeden absolutnie idealny model, który ma być wdrażany przez każda uczelnię, w każdych warunkach i dla każdego odbiorcy, stąd konieczność zakreślenia warunków brzegowych dla takiego produktu.

Tabela 30. *Warunki brzegowe modelowego programu studiów podyplomowych*

Lp.	Wyróżniający aspekt modelowego programu studiów podyplomowych	Uzasadnienie
1.	Diagnoza potrzeb	Zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne, polityczne i demograficzne wpływają na strukturę systemu ochrony zdrowia oraz na wybór priorytetów edukacyjnych finansowanych ze środków publicznych. Postęp cywilizacyjny zmienia zakres wiedzy niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania podmiotów realizujących usługi publiczne, w tym świadczenia medyczne. Powyższe stwierdzenia oznacza, że każdorazowo podmiot dysponujący środkami pomocowymi przeznaczonymi na podnoszenie poziomu wiedzy, umiejętności i kwalifikacji osób zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia powinien zdiagnozować głębokość i kierunki uwidaczniających się potrzeb. W efekcie przeprowadzonej diagnozy należy przygotować warunki konkursowe dla podmiotów ubiegających się o możliwość realizacji studiów podyplomowych ze środków pomocowych.
2.	Standardy kształcenia dla kierunku	Konieczność dostosowywania oferty kształcenia do tzw. Krajowych Ram Kwalifikacyjnych oznacza ich uwzględnienie w ramowych programach przygotowywanych w odpowiedzi na ogłoszony konkurs na realizację usługi edukacyjnej. Standaryzacja jest instrumentem polityki jakościowej w kształceniu zapewnia, bowiem minimalnym poziom wiedzy na takim samym poziomie i o takim samym zakresie bez względu na uczelnie, która realizuje szkolenie. Standaryzacja poprzez KRK zapobiega także realizacji studiów podyplomowych przez podmioty nieuprawnione do podejmowania działań edukacyjnych na określonych kierunkach. W tym miejscu należy podkreślić także krytyczną rolę zewnętrznych ewaluatorów uczelni i ich oceny np. Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Posiadanie akredytacji dla kierunku a szczególnie wyróżniającej akredytacji jest gwarancją najwyżej jakości produktu szkoleniowego.

3.	Wymiar godzinowy	Minimalnym wymiarem realizowanym dla studiów podyplomowych w zakresie zarządzania jest 180 godzin. Możliwość wykorzystania niskonakładowych technik e-learningu jest wyraźnie wytyczonym kierunkiem wspierającym nacisk na zwiększenie ilości godzin przeznaczonych na proces edukacji, stąd rekomendowanym wymiarem godzinowym jest, co najmniej 220 z tego co najmniej ¼ w trybie e-learningu.
4.	Równoważenie form kształcenia	Z uwagi na wymogi współczesnej edukacji program studiów podyplomowych powinien zostać przygotowany w taki sposób, aby zapewnić maksymalną realizacji założonych celów w zakresie nabywania: wiedzy, umiejętności i kompetencji. Troska o realizacje zamierzonych celów musi znaleźć swoje odzwierciedlenie w strukturze form dydaktycznych. Treści podstawowe i fundamentalne dla dyscypliny powinny być realizowane w postaci wykładów wspomaganych możliwością odbywania konsultacji z wykładowcą w procesie samodzielnego studiowania (e-learning, literatura przedmiotu). Umiejętności powinny być wykształcane poprzez przekazywanie treści programowych w postaci ćwiczeń w trakcie, których student ma możliwość wprowadzania w symulowaną rzeczywistość organizacyjną nowoczesnych rozwiązań z zakresu zarządzania, ekonomii, prawa i innych. Kompetencje powinny być wykształcone w konsekwencji wprowadzenia treści kształcenia w formach warsztatowych w trakcie, których uczestnicy studiów swobodnie mogą wymieniać poglądy, tworzyć ramy organizacyjne alternatywnych światów organizacji i budować zespoły robocze. Optymalna struktura treści przekazywanych na sali to 40% wykładów+30% ćwiczeń+30% warsztatów. Dodatkowo część treści programowych powinna być realizowana na platformie e-learningowej.
5.	Dowartościowanie aspektów utylitarnych poprzez wprowadzenie praktyków jako wykładowców	Specyfika studiów dedykowanych kadrze zarządzającej wymaga uczenia się z tzw. dobrych praktyk. Najlepszą drogą poznania nowoczesnych rozwiązań zarządczych, które sprawdziły się realnym świecie organizacji jest stworzenie studentom możliwości korzystania z wiedzy menedżerów zarządzających poprzez zaproszenie ich do korpusu wykładowców.
6.	Dodatkowe elementy wspierające realizację treści programowych	Preferowanym sposobem realizacji treści utylitarnych jest wprowadzenie różnorodnych form aktywnych w program kształcenia np. wyjazdy studyjne, wspólna praca projektowa, przygotowanie interaktywnych podręczników oraz treści przekazywanych na platformie e-learnigowej.
8.	Systemy zapewnienia jakości	Wprowadzenie stałego monitorowania jakości realizowanej formy kształcenia poprzez ankiety ewaluacyjne dotyczące sposobu prowadzenia zajęć, organizacji studiów i jakości pracy prowadzących. Wyniki działań przy zastosowaniu zaproponowanych instrumentów brandowania produktu edukacyjnego powinny być okresowo analizowane przez kierownika merytorycznego i organizacyjnego oraz zespół powołany do obsługi administracyjnej.

2.7. Wnioski i rekomendacje

Tabela 31. *Wnioski i rekomendacje*

Wniosek	Rekomendacja	Adresat	Termin wdrożenia	Sposób wdrożenia
Wykorzystane metody badawcze, w tym w szczególności analiza planów studiów i poziomu kadry realizującej zajęcia oraz wywiady z przedstawicielami beneficjentów dowiodły, że program studiów został przygotowany w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce".	Przygotowanie studiów podyplomowych powinno być poprzedzone diagnozą potrzeb. Na jej podstawie należy przygotowywać warunki konkursu dla wykonawców oraz warunki uczestnictwa dla potencjalnych studentów.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Eurająca (Beneficjenci).	Zrealizowano wobec obecnego działania. Do realizacji w przyszłym zamierzeniu szkoleniowym	Zlecenie badania stosownego segmentu rynku ochrony zdrowia przed rozpoczęciem programu.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. Desk research (2.1, tabela nr 4, str. 24-27) 2. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1, tabela nr 5, str. 129).				
Przedstawione do analizy programy studiów, wywiady przeprowadzone z osobami odpowiedzialnymi za planowanie i realizację zajęć w poszczególnych jednostkach, a także wywiad pogłębiony z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, pozwalają stwierdzić, że programy pozostawały w zgodzie ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów przewidując określone standardy treści i właściwą dla nich liczbę godzin zajęć dydaktycznych z poszczególnych przedmiotów.	Przygotowane do realizacji przez wybrane uczelnie programy studiów powinny być ustrukturyzowane zgodnie z wymogami Krajowych Ram Kwalifikacyjnych dla kierunku w ramach którego dane studia podyplomowe są realizowane.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia). Jednostka wdrażająca (Beneficjenci).	Zrealizowano wobec obecnego działania. Do realizacji w przyszłym zamierzeniu szkoleniowym	Ustalenie formalnych ram programowych dla realizacji konkretnego programu w postaci odrębnego dokumentu lub rozdziału wytycznych w większym opracowaniu.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1, tabela nr 6, str. 130) 2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166). 3. Desk research (2.1, tabela nr 4, str. 24-27).				

Programy studiów z uwzględnieniem przedmiotów/modułów zajęć praktycznych w poszczególnych okresach kształcenia zostały szczegółowo opracowane. W przypadku niektórych jednostek zgłaszano jednak konieczność ich modyfikacji w trakcie trwania projektu. Potrzebę zmiany argumentowano wynikami wewnętrznych ewaluacji, opartych najczęściej o opinie słuchaczy, którzy wysuwali określone sugestie i życzenia. Pojawiały się również zmiany programowe pomiędzy poszczególnymi edycjami studiów podyplomowych. Wprowadzane zmiany miały zawsze pozytywny walor i wpływały na poprawę procesu dydaktycznego, a tym samym osiągnięcie założonych efektów kształcenia.	Dopuszczenie możliwości zmian (niewielkich) w programie studiów podyplomowych w trakcie realizacji ścieżki kształcenia. Krytyczne elementy programowe, w tym przedmioty/moduły zajęć praktycznych powinny być przedmiotem oceny ekspertów na etapie starania się jednostki (beneficjenta) o dofinansowanie. Dopuszczalne są również zmiany programu w trakcie realizacji procesu kształcenia, szczególnie pomiędzy kolejnymi edycjami (jeśli takowe są przewidziane). Zmiany te powinny być jednak bezwzględnie konsultowane z organem nadzorującym i wprowadzane jedynie po uzyskaniu akceptacji.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia). Jednostka wdrażająca (Beneficjenci).	Zrealizowano wobec obecnego działania. Do realizacji w przyszłym zamierzeniu szkoleniowym	Ustalenie formalnych warunków modyfikacji programów kształcenia po uzyskaniu finansowania, zawierających m.in. wymogi merytoryczne, proces zgłaszania wniosku i tryb jego oceny.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1, tabela nr 7, str. 130).
2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2, str. 166-167).
3. Desk research (2.1, tabela nr 4, str. 24-27).

Lista przedmiotów przyjętych dla realizacji w poszczególnych jednostkach pozwala na uznanie zgodności z założeniami dokumentacji konkursowej. Tym samym na podstawie przedstawionych planów i programów nauczania można stwierdzić, że umożliwia to osiągnięcie celu kształcenia. Wniosek taki nasuwa się w wyniku analizy dokumentów źródłowych (desk research) jak również w wyniku badań ankietowych przeprowadzonych z uczestnikami studiów podyplomowych	Stosowanie założeń przyjętych w dokumentacji konkursowej.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia). Jednostka wdrażająca (Beneficjenci).	Zrealizowano wobec obecnego działania. Do realizacji w przyszłym zamierzeniu szkoleniowym	Dokonanie oceny składanych wniosków na etapie wstępnym oraz dopuszczenie modyfikacji jedynie na postawie zasad formalnych zawartych w dokumentach programowych.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1, rysunek nr 16, 17, 18, 19, 20, 21, str. 37-40).
2. Desk research – przedstawione do analizy dokumenty konkursowe (str. 22-27).

Specyfika pracy i codziennej praktyki uczestników projektu została w pełni uwzględniona w programie studiów podyplomowych. Oświadczenia w tym zakresie złożyły wszystkie podmioty realizujące przedsięwzięcie. Dotyczyło to w szczególności: warsztatowego charakteru zajęć, budowania programu w oparciu o uwagi praktyków, koncentracji na problemach zgłaszanych przez słuchaczy i ich bieżącego rozwiązywania. Również zdecydowana większość słuchaczy jest dokładnie takiego samego zdania. Zwrócić należy uwagę, że użyteczność studiów podyplomowych realizowanych w wyniku projektu w dużej mierze zależna była od stanowiska, które zajmowali uczestnicy programu (akcentowano przydatność przedmiotów, które mogą być wykorzystywane natychmiast jak np. elementy zarządzania zasobami ludzkimi czy public relations) oraz obszaru systemu zdrowia, w którym wykonywali swoje zadania (pracownicy podmiotów publicznych np. szpitali samorządowych czy SPZOZ – ów byli bardziej zainteresowani możliwościami jakie niesie za sobą przekształcenie własnościowe niż pracownicy podmiotów prywatnych np. NZOZ-ów albo związanych ze sferą budżetową jak np. pogotowie ratunkowe).	Dowartościowanie utylitarnego aspektu w treściach programowych studiów podyplomowych poprzez wprowadzenie mechanizmów grupujące potencjalnych studentów według zajmowanej pozycji zawodowej i zakresu realizowanych obowiązków.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).	Zrealizowano wobec obecnego działania. Na etapie tworzenia ram programowych w przyszłym przedsięwzięciu szkoleniowym.	Ustalenie proporcji zajęć teoretycznych, praktycznych oraz e-learningu na poziomie wytycznych konkursowych.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1, rysunek nr 22, 23, 24, 25, 26, 27, str. 41-44).
2. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1., str. 161-166)
3. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 9, str. 131)
4. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166)
5. Desk research (str. 22-27).

Wszystkie jednostki biorące udział w projekcie dysponowały programem zawierającym treści związane z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego, z czego większość prezentowała je w odrębnym module nauczania. Niemalże wszystkie ośrodki wzbogacały program o ogólne treści wchodzące w skład kanonu nauk o zarządzaniu.	Należy ustalić minimalne proporcje zajęć praktycznych, w tym z zakresu przekształceń własnościowych. Ponieważ skuteczne przekształcenie podmiotu ochrony zdrowia zależy od wielu czynników, trudno negować wyposażenie słuchacza w wiedzę ogólną z zarządzania, aczkolwiek dla samego procesu przekształceń potrzebna jest wiedza szczegółowa.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).	Na etapie tworzenia ram programowych.	Ustalenie proporcji zajęć zawierających wskazane treści na poziomie wytycznych konkursowych.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 11, str. 132)
2. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1, str. 161-166)
3. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166-167)
4. Desk research (str. 22-27).

Efekty kształcenia i warunki ich uzyskania zostały przez poszczególne ośrodki zdefiniowane, a następnie zrealizowane według własnego uznania w oparciu o branżową praktykę. Stosowano m.in. testy wiedzy, egzamin końcowy oraz ankiety monitorujące i testy kompetencyjne. Dowolność w tym zakresie nie stanowiła zagrożenia dla jakości programów edukacyjnych i sprawdziła się w praktyce.	Podmiot zarządzający powinien ograniczyć swoją ingerencję do wytyczenia szerokich lecz jasnych norm oceny. Wzmożona weryfikacja podmiotów starających się o realizację studiów podyplomowych	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).	Na etapie tworzenia ram programowych.	Zawarcie wytycznych oceny efektów kształcenia w dokumentach programowych w postaci szerokiego katalogu metod.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 12, str. 132-133) 2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166) 3. Desk research (str. 22-27).				
Zdaniem beneficjentów oraz uczestników projektów przyjęty do realizacji sposób oceny był adekwatny do przekazywanych treści i pozwalał stwierdzić, że uzyskano założony poziom efektów kształcenia.	Wzmocnienie form kontroli osiągania zamierzonych efektów kształcenia. Osiągnięcie założonego poziomu efektów kształcenia można osiągnąć poprzez obligatoryjne formy zaliczania poszczególnych modułów z wykorzystaniem testów wiedzy.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia). Jednostka wdrażająca (Beneficjenci).	Na etapie tworzenia ram programowych oraz w trakcie realizacji projektu.	Ocena uzyskanych wyników kształcenia w oparciu o ustalone kryteria zawarte w dokumentach programowych.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 13, str. 133) 2. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1., rysunki, 34-39, str. 49-52) 3. Desk research – analiza dokumentów konkursowych (str. 22-27).				
Właściwa relacja pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych została zachowana. W trakcie realizacji projektu organizatorzy kursów z części ośrodków uzyskiwali sygnały płynące ze strony słuchaczy, iż oczekiwanym byłoby zwiększenie godzin zajęć praktycznych, w tym warsztatowych i seminaryjnych. Efektem powziętej wiedzy były modyfikacje programów na rzecz zwiększenia liczby godzin praktycznych kosztem zajęć teoretycznych.	Zapewnienie możliwości wprowadzenia praktyków do kadry dydaktycznej obsługującej proces kształcenia w ramach studiów podyplomowych. Procesy przekształceń własnościowych wymagają zwiększonego udziału praktyków zarządzania w procesie dydaktycznym.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).	Na etapie tworzenia ram programowych.	Dopuszczenie modyfikacji jedynie na podstawie zasad formalnych zawartych w dokumentach programowych.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 14, str. 134) 2. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1., rysunki 50-55, str. 60-63)				

Wszystkie ośrodki prowadzą politykę oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa oraz własne, najczęściej wieloletnie doświadczenie na rynku usług edukacyjnych. Ponadto na potrzeby studiów podyplomowych stosowane są rozmaite formy analizy zadowolenia klienta (słuchacza studiów podyplomowych) oraz jakości pracy wykładowców. W części przypadków działania te prowadzone są metodycznie, w części w miarę pojawiających się potrzeb.	Wzmocnienie działań projakościowych przez uczelnie realizujące studia podyplomowe. Bieżąca oraz końcowa ewaluacja procesu dydaktycznego powinna stanowić obligatoryjny element studiów podyplomowych, stanowiący podstawę oceny jakości realizowanych zajęć. Możliwe do wykorzystania narzędzia to m.in. szczegółowa ankieta zadowolenia słuchaczy czy standaryzowany kwestionariusz hospitacji.	Jednostka wdrażająca (Beneficjenci).	Po każdym cyklu edukacyjnym (bloku/module/se-mestrze)	Zawarcie wytycznych oceny jakości kształcenia w dokumentach programowych w postaci szerokiego katalogu metod.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 15-16, str. 134-135) 2. Desk research – analiza dokumentacji źródłowej (str. 22-27).				
Za słabe strony projektów uznano: problemy z potencjałem kadrowym w małych ośrodkach, problemy z naborem – duże ośrodki były bardziej atrakcyjne dla potencjalnych uczestników szkoleń, brak sztywnego limitu godzin objętych programem kształcenia, a przeznaczonych na omawianie aspektów prawnych, ekonomicznych i zarządczych procesu przekształceń podmiotu leczniczego w spółkę prawa handlowego. W niektórych szkołach liczba zajęć praktycznych (ćwiczeń) nie była satysfakcjonująca, jako wadę wskazano również schemat doboru uczestników studiów w procesie rekrutacji dyskryminujący osoby zajmujące stanowiska samodzielne. Za zalety projektów uznano: fakt transmisji idei do tych uczelni, które dotychczas nie miały w swojej ofercie kształcenia studiów podyplomowych dedykowanych kadrze zarządzającej w podmiotach leczniczych, prawidłowe adresowanie oferty do wielu grup pracujących w obszarze zarządzania w podmiotach leczniczych (koncentracja na różnorodnych grupach kadry zarządzającej), dbałość instytucji wdrażającej o wysoki poziom obsługi procesu dydaktycznego i administracyjnego związanego z realizacją studiów podyplomowych. Wysoko oceniono zarówno tematykę studiów, jej aktualność, dobór kadry, jakość materiałów dydaktycznych, ich dostępność oraz ogólną organizację studiów. Za atut uznano zwłaszcza przekazanie w sposób klarowny wiedzy z dziedziny prawa.	Formułując programy nauczania należy wykorzystać dotychczasowe doświadczenia w oparciu o zasadę benchmarkingu. Omawianym zagadnieniom został poświęcony odrębny podrozdział raportu.	Jednostka nadzorująca (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).	Na etapie tworzenia ram programowych.	Wdrażając kolejny program wykorzystać doświadczenia poprzednich przedsięwzięć w oparciu o raporty ewaluacyjne.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1, rysunki nr 62-75, str. 70-83). 2. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1, str. 161) 3. CATI z przedstawicielami beneficjentów (2.2.2.1., tabela nr 19, str. 138) 4. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166-167) 5. Desk research (str. 22-27).				

Zarówno w opinii uczestników jak i przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych efekty osiągnięte dzięki realizacji programu są wykorzystywane przez nich w codziennej pracy.	Rekomenduje się powtórzenie ewaluacji za kilka lat, aby ocenić długofalowy wpływ odbytych studiów na jakość zarządzania podmiotami leczniczymi oraz oszacować stopień osiągniętej zmiany.	Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.	Okres czasowy od 3 do 5 lat.	Zlecenie wykonania badania zjawiska przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1, rysunki nr 76-81, str. 84-87). 2. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1, str. 161)				
Wywiady bezpośrednie z uczestnikami studiów podyplomowych pokazały wyraźnie, że podjęty zamysł zwiększenia wiedzy, kompetencji i kwalifikacji kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych oraz przyjęte założenia programowe przez instytucję wdrażającą, były trafione i gwarantują pozytywne efekty ekonomiczne procesu przekształceń istotne dla zatrudnionych osób, podmiotów leczniczych, społeczności lokalnych oraz polskiego systemu ochrony zdrowia w przyszłości.	Monitorowanie ścieżek profesjonalnego rozwoju uczestników studiów podyplomowych i wpływu nowej wiedzy na podejmowanie przez nich działań w zakresie przekształcania podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego. Inwestycja w kapitał ludzki stanowi jeden z elementów sprzyjających modernizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce.	Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.	Zgodne z zasadą permanentnej nauki i szkolenia kadr odpowiedzialnej za przekształcenia systemowe proces powinien mieć trwały i ciągły charakter.	Dalsze inwestowanie w rozwój kompetencji pracowników sektora ochrony zdrowia poprzez precyzyjne oddziaływanie edukacyjno–szkoleniowe.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1.1, rysunki nr 76-81, str. 84-87). 2. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166-167)				
Procesy przekształceń mają wpływ na efektywność zarządzania podmiotem leczniczym.	Badanie szczegółowego wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotem leczniczym powinno być przedmiotem odrębnych badań.	Ministerstwo Zdrowia	Krótkookresowa perspektywa makroekonomiczna od 3 do 5 lat.	Dalsze inwestowanie w rozwój kompetencji pracowników sektora ochrony zdrowia poprzez precyzyjne oddziaływanie edukacyjno-szkoleniowe. Zlecenie wykonania badania zjawiska wpływu procesu przekształceń na jakość zarządzania podmiotem leczniczym.
Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego: 1. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1, str. 166) 2. PAPI tradycyjny wywiad bezpośredni z pacjentami i rodzinami pacjentów (2.3., tabela nr 26, str. 159) 3. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166-167)				

Pacjenci i ich rodziny najwyżej oceniają jakość usług świadczonych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ). Z kolei usługi świadczone przez spółki kapitałowe respondenci ocenili na nieco niższym poziomie, a za najsłabszą ankietowani uznali jakość usług świadczonych przez samodzielne publiczne zakład opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Dostępność do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego jest przez respondentów oceniania jako średnia, zarówno w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (NZOZ), w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SP ZOZ), jak i w spółkach kapitałowych.	Rekomenduje się prowadzenie kampanii informacyjnej w zakresie mocnych i słabych stron procesu przekształceń podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego w Polsce.	Ministerstwo Zdrowia	Krótkookresowa perspektywa makroekonomiczna od 3 do 5 lat.	Wzmocnienie procesu informowania społeczeństwa poprzez zintegrowanie działania z zakresu marketingu społecznego.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. PAPI tradycyjny wywiad bezpośredni z pacjentami i rodzinami pacjentów (2.3., tabela nr 23, str. 155)
2. CATI z przedstawicielami społeczeństwa (2.2.3., rysunek nr 152, 153, 154, str. 142-143)
3. IDI z przedstawicielami kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, w których są/ byli zatrudnieni uczestnicy studiów podyplomowych (2.4.1.1, str. 161-166)
4. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1., rysunek 129-130, str. 117)
5. IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2.4.3., str. 171-172)

Z punktu widzenia świadczeniobiorców jakość i dostępność świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej osiąga poziom określany jako średni. Uzyskane odpowiedzi w odniesieniu do jakości usług były mało zróżnicowane zarówno w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jeżeli chodzi o dostępność najwyżej oceniono świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej opieki zdrowotnej oceny dostępności usług kształtowały się na tym samym, średnim poziomie. Uczestnicy projektu zgodnie przyznają, że na poziomie lecznictwa podstawowego trudno doszukać się różnic w dostępności. Akcentują jednak ograniczenia finansowe jako podstawową barierę w dostępie do świadczeń specjalistycznych.	Wspieranie działań mających na celu tworzenie racjonalnej opartej na ocenie faktów polityki zdrowotnej mocno umiejscowionej w systemie zarządzania publicznego w Polsce. Stabilny rozwój systemu ochrony zdrowia w Polsce, który ma zagwarantować wysoką jakość w połączeniu z powszechną dostępnością do usług medycznych powinien być realizowany w oparciu o wszystkie elementy systemu.	Ministerstwo Zdrowia	Strategia długookresowa.	Zlecenie i wdrożenie strategii zintegrowanej polityki zdrowotnej.

Sformułowane wnioski mają odzwierciedlenie w następujących częściach przedstawianego raportu ewaluacyjnego:
1. PAPI tradycyjny wywiad bezpośredni z pacjentami i rodzinami pacjentów. (2.3., tabela nr 24, str. 155)
2. CATI z uczestnikami studiów podyplomowych (2.2.1., rysunek 131-132, str. 118)
3. CATI z przedstawicielami społeczeństwa (2.2.3., rysunek nr 155, 156, str. 143-144)
4. IDI z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (2.4.2., str. 166-167)
5. IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2.4.3., str. 171-172)

Formułując opinię na temat oceny zachodzących procesów komercjalizacyjnych eksperci wskazywali ryzyka społeczne związane z zachodzącymi procesami, co wiążą z niskim poziomem zamożności znaczącej części społeczeństwa i niewielką skłonnością do korzystania z płatnych świadczeń zdrowotnych. Zdanie pacjentów i ich rodzin jest nieco bardziej optymistyczne, gdyż znaczna część z nich ocenia zjawisko komercjalizacji usług medycznych za pozytywne, w tym mężczyźni oceniają komercjalizację usług szpitalnych lepiej niż kobiety. Akceptacja zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych spada ponadto wraz z wiekiem. Ocena zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych różni się także w zależności od poziomu wykształcenia respondenta, osoby legitymujące się wykształceniem wyższym oceniają ją najlepiej w relacji do tych słabiej wykształconych.	Prowadzenie konsekwentnej kampanii edukacyjnej w w/w zakresie procesu przekształceń. Uruchomienie procesu przekształceń własnościowych w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga szerokiej akcji informacyjnej obejmującej wszystkich potencjalnych interesariuszy.	Ministerstwo Zdrowia	Krótkookresowa perspektywa makroekonomiczna od 3 do 5 lat.	Wzmocnienie procesu informowania społeczeństwa poprzez zintegrowanie działania z zakresu marketingu społecznego.

1. IDI z przedstawicielami Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (2.4.3., str. 171)
2. PAPI tradycyjny wywiad bezpośredni z pacjentami i rodzinami pacjentów. (2.3., tabela nr 24, str. 155)

3. ANEKS

3.1. Spis ilustracji

3.1.1. Rysunki

Rysunek 1. Kryteria badania ewaluacyjnego ... 20
Rysunek 2. Podsumowanie metod i technik badawczych ... 21
Rysunek 3. Schemat analizy danych wtórnych ... 22
Rysunek 4. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program studiów podyplomowych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 29
Rysunek 5. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 30
Rysunek 6. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 30
Rysunek 7. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 31
Rysunek 8. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 32
Rysunek 9. Jak Pan/i, w sposób ogólny, ocenia program poszczególnych studiów podyplomowych? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 32
Rysunek 10. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 33
Rysunek 11. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 34
Rysunek 12. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 34
Rysunek 13. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 35
Rysunek 14. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 36
Rysunek 15. Czy według Pana/i program studiów podyplomowych, w których Pan/i uczestniczył/a logicznie równoważył zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne w każdym z modułów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 36
Rysunek 16. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 37
Rysunek 17. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 38
Rysunek 18. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 38
Rysunek 19. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 39
Rysunek 20. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 40

Rysunek 21. Czy lista przedmiotów, które przyjęto do realizacji w ramach projektu, w którym Pan/i uczestniczył/a pozwolił według Pana/i na osiągnięcie założonego celu kształcenia? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy 40
Rysunek 22. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki ogólne i w podziale na płeć 41
Rysunek 23. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na grupy wiekowe..... 42
Rysunek 24. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej..... 42
Rysunek 25. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania 43
Rysunek 26. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska 43
Rysunek 27. Czy w programie studiów podyplomowych uwzględniono specyfikę pracy i codziennej praktyki uczestników projektu (tj. ..... kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych)? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy 44
Rysunek 28. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki ogólne i w podziale na płeć... 45
Rysunek 29. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na grupy wiekowe..... 45
Rysunek 30. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej..... 46
Rysunek 31. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania..... 47
Rysunek 32. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska..... 47
Rysunek 33. Czy studia podyplomowe realizowane w ramach projektu spełniły Pana/i oczekiwania? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy..... 48
Rysunek 34. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki ogólne i w podziale na płeć..... 49
Rysunek 35. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na grupy wiekowe..... 49
Rysunek 36. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej 50
Rysunek 37. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania..... 50
Rysunek 38. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska..... 51
Rysunek 39. Czy uczestnictwo w projekcie pozwoliło Panu/i osiągnąć założony przez Pana/ią poziom efektów kształcenia? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy..... 52
Rysunek 40. Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: wiedzy umiejętności praktycznych, kwalifikacji? 53
Rysunek 41. Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanej przez Pana/ią wiedzy? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy..... 53
Rysunek 42. Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: umiejętności? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy..... 54
Rysunek 43. Czy uważa Pan/i, że udział w projekcie wpłynął na wzrost poziomu posiadanych przez Pana/ią: kwalifikacji? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy..... 55
Rysunek 44. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki ogólne i w podziale na płeć..... 56
Rysunek 45. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na grupy wiekowe..... 57
Rysunek 46. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej..... 57

Rysunek 47. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 58
Rysunek 48. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 58
Rysunek 49. Czy wiedza uzyskana podczas studiów podyplomowych wpłynęła w sposób rzeczywisty na zmiany w systemie zarządzania Państwa placówką? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 59
Rysunek 50. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 60
Rysunek 51. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 61
Rysunek 52. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. . wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 61
Rysunek 53. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 62
Rysunek 54. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 62
Rysunek 55. Czy według Pana/i organizatorom studiów udało się zapewnić właściwą relację pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? ... 63
Rysunek 56. Jak oceniłby/aby Pan/i poszczególne zakresy tematyczne realizowane w ramach studiów? ... 64
Rysunek 57. Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: przekształcenia własnościowe, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 65
Rysunek 58. Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie placówką w zakresie prawno-administracyjnym, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 66
Rysunek 59. Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie placówką w zakresie finansowym (rachunkowo-księgowym), realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 67
Rysunek 60. Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: obszar menadżerski, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 68
Rysunek 61. Jak oceniłby/aby Pan/i zakres tematyczny: zarządzanie zasobami ludzkimi, realizowany w ramach studiów? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 69
Rysunek 62. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych ... 70
Rysunek 63. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: harmonogram – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 71
Rysunek 64. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: organizacja – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 72
Rysunek 65. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: przydatność treści przekazywanych w ramach zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 73
Rysunek 66. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: przystępność treści przekazywanych w ramach zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 74
Rysunek 67. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: tematyka zajęć – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 75
Rysunek 68. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: profesjonalizm kadry naukowej – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 76
Rysunek 69. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: profesjonalizm kadry zarządzającej projektem – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 77
Rysunek 70. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: jakość oraz użyteczność platformy e-learningowej – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 78
Rysunek 71. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: jakość i przydatność przygotowanych materiałów dydaktycznych – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 79
Rysunek 72. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: konferencje – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 80

Rysunek 73. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: zajęcia z praktykami – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 81
Rysunek 74. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: zajęcia z nauczycielami akademickimi – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 82
Rysunek 75. Proszę ocenić przygotowanie i realizacje poszczególnych elementów studiów podyplomowych: wyposażenie sal – wyniki w podziale na nazwę projektu ... 83
Rysunek 76. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 84
Rysunek 77. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 84
Rysunek 78. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej 85
Rysunek 79. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 85
Rysunek 80. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 86
Rysunek 81. Czy w swojej pracy codziennej wykorzystuje Pan/i wiedzę i/lub umiejętności, które udało się Panu/i pozyskać jako efekt udziału w studiach podyplomowych? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 87
Rysunek 82. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 87
Rysunek 83. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 88
Rysunek 84. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 89
Rysunek 85. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 89
Rysunek 86. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 90
Rysunek 87. Czy efekty uzyskane przez Pana/ią wskutek ukończenia studiów podyplomowych realizowanych w ramach projektu mają wpływ na jakość zarządzania Pana/i placówką? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 90
Rysunek 88. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 91
Rysunek 89. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 92
Rysunek 90. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 92
Rysunek 91. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 93
Rysunek 92. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 93
Rysunek 93. Czy Państwa placówka została przekształcona w spółkę prawa handlowego? – wyniki w podziale na nazwę projektodawcy ... 94
Rysunek 94. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 95
Rysunek 95. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 95
Rysunek 96. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 96
Rysunek 97. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 97
Rysunek 98. Czy proces przekształceń miał wpływ na jakość zarządzania podmiotem leczniczym?– wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 97
Rysunek 99. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 98
Rysunek 100. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 99

Rysunek 101. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 99
Rysunek 102. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 100
Rysunek 103. Czy zdobyta w trakcie studiów wiedza została wykorzystana w procesie przekształceń podmiotów leczniczych w spółki? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 100
Rysunek 104. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki ogólne i w podziale na płeć 101
Rysunek 105. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 102
Rysunek 106. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 102
Rysunek 107. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 103
Rysunek 108. Czy proces przekształceń miał wpływ na poprawę sytuacji finansowej Państwa placówki? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 103
Rysunek 109. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 104
Rysunek 110. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 105
Rysunek 111. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 105
Rysunek 112. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 106
Rysunek 113. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 106
Rysunek 114. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 107
Rysunek 115. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 107
Rysunek 116. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 108
Rysunek 117. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 109
Rysunek 118. Czy proces przekształceń miał według Pana/i wpływ na poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Państwa placówce? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 109
Rysunek 119. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 111
Rysunek 120. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 111
Rysunek 121. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 112
Rysunek 122. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 112
Rysunek 123. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom jakości świadczeń medycznych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 113
Rysunek 124. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 114
Rysunek 125. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 114
Rysunek 126. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 115

Rysunek 127. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 115
Rysunek 128. Czy według Pana/i forma prawna podmiotu leczniczego warunkuje poziom dostępności świadczeń medycznych? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 116
Rysunek 129. Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? ... 117
Rysunek 130. Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? ... 117
Rysunek 131. Jak ocenia Pan/i jakość obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej? ... 118
Rysunek 132. Jak ocenia Pan/i dostępność obecnie świadczonych usług w zakresie podstawowej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej, a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej? ... 118
Rysunek 133. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki ogólne i w podziale na płeć ... 119
Rysunek 134. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale na grupy wiekowe ... 119
Rysunek 135. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale na województwa, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 120
Rysunek 136. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w zależności od miejsca zamieszkania ... 121
Rysunek 137. Czy Pana/i zdaniem nastąpi prywatyzacja spółek prawa handlowego powstałych z przekształcenia przekształconych zakładów opieki zdrowotnej? – wyniki w podziale według zajmowanego stanowiska ... 121
Rysunek 138. Czy zgadza się Pan/i z następującymi sformułowaniami? ... 122
Rysunek 139. Płeć respondentów ... 123
Rysunek 140. Wiek respondentów ... 123
Rysunek 141. Wiek respondentów według poszczególnych projektów, w których uczestniczył ... 124
Rysunek 142. Stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej ... 125
Rysunek 143. Stanowisko zajmowane przez respondenta w placówce opieki zdrowotnej według poszczególnych projektów, w których uczestniczył ... 125
Rysunek 144. Forma podmiotu leczniczego ... 126
Rysunek 145. Forma podmiotu leczniczego, według poszczególnych projektów ... 127
Rysunek 146. Województwo, w którym zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 128
Rysunek 147. Wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest placówka opieki zdrowotnej ... 128
Rysunek 148. Płeć respondentów ... 138
Rysunek 149. Wiek respondentów ... 139
Rysunek 150. Województwo, w którym zlokalizowana jest siedziba beneficjenta ... 140
Rysunek 151. Wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest siedziba beneficjenta ... 140
Rysunek 152. Jak, w sposób ogólny, ocenia Pan/i jakość i dostępność usług medycznych? ... 142
Rysunek 153. Jak ocenia Pan/i dostęp do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? ... 142
Rysunek 154. Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego? ... 143
Rysunek 155. Jak ocenia Pan/i jakość świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej? ... 143
Rysunek 156. Jak ocenia Pan/i dostępność świadczonych usług w zakresie podstawowej i szpitalnej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej? ... 144
Rysunek 157. Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych? ... 145
Rysunek 158. Ocena zjawiska komercjalizacji usług szpitalnych w zależności od poziomu wykształcenia respondenta ... 145
Rysunek 159. Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych? ... 146
Rysunek 160. Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych? ... 147
Rysunek 161. Jakimi kryteriami kieruje się Pan/i wybierając szpital, w którym podejmuje leczenie Pan/i lub osoba Panu/i bliska? ... 148
Rysunek 162. Płeć respondentów ... 149
Rysunek 163. Wiek respondentów ... 149
Rysunek 164. Poziom wykształcenia respondentów ... 149
Rysunek 165. Status zatrudnienia respondentów ... 150
Rysunek 166. Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności? ... 150

Rysunek 167. Województwo zamieszkania respondentów 151
Rysunek 168. Wielkość miejsc owości zamieszkania respondentów 151
Rysunek 169. Jak w sposób ogólny ocenia Pan/i jakość usług medycznych w naszym kraju? 153
Rysunek 170. Jak w sposób ogólny ocenia Pan/i dostępność usług medycznych w naszym kraju? 154
Rysunek 171. Jak ocenia Pan/i zjawisko komercjalizacji usług szpitalnych? 156
Rysunek 172. Jak według Pana/i proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na jakość świadczeń zdrowotnych? 157
Rysunek 173. Jak, według Pana/i, proces komercjalizacji usług szpitalnych wpłynie na dostęp do świadczeń zdrowotnych? 158

3.1.2. Tabele

Tabela 1. Obszary i pytania badawcze ... 14
Tabela 2. Przyporządkowanie pytań badawczych do metod/technik wykorzystanych w badaniu ... 16
Tabela 3. Wielkości prób zrealizowanych w poszczególnych badaniach realizowanych w ramach ewaluacji ... 19
Tabela 4. Tytuł projektu, projektodawcy, typ projektu, okres jego realizacji, ilość uczestników, budżet oraz formy wsparcia wykorzystane przez daną uczelnię ... 24
Tabela 5. Przygotowanie programu w oparciu o potrzeby kadry zarządzającej zidentyfikowane i opisane w dokumencie pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce" ... 129
Tabela 6. Zgodność przygotowanego programu ze standardami kształcenia dla danego kierunku studiów ... 130
Tabela 7. Modyfikacja program w trakcie trwania studiów pod wpływem opinii uczestników projektu ... 130
Tabela 8. Ocena słuszności decyzji o przystąpieniu do konkursu ... 131
Tabela 9. Ocena uwzględnienia specyfiki pracy i codziennej praktyki uczestników projektu w programie studiów podyplomowych ... 131
Tabela 10. Ocena przeanalizowania wartości programu pod względem wykorzystania treści dydaktycznych do wzbogacania kompetencji menedżerskich absolwenta ... 131
Tabela 11. Sposób uwzględnienia w ramach studiów podyplomowych modułu poświęconego zagadnieniom związanymi z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego ... 132
Tabela 12. Sposób zdefiniowania efektów kształcenia oraz warunków ich uzyskania ... 132
Tabela 13. Ocena uzyskania przez studentów założonego poziomu efektów kształcenia ... 133
Tabela 14. Ocena zapewnienia właściwej relacji pomiędzy różnymi formami zajęć dydaktycznych (np. wykładami, ćwiczeniami, itp.)? ... 134
Tabela 15. Wykorzystanie polityki oceny jakości świadczonych usług edukacyjnych w zakresie studiów podyplomowych, jako narzędzia służącego jej poprawie ... 134
Tabela 16. Instrumenty identyfikacji uczelni w przestrzeni publicznej ... 135
Tabela 17. Ocena przygotowania i realizacji poszczególnych elementów studiów podyplomowych wdrożonych w ramach projektu ... 135
Tabela 18. Modelowy program studiów podyplomowych w opinii respondentów ... 136
Tabela 19. Mocne i słabe strony realizowanego projektu ... 138
Tabela 20. Stanowisko zajmowane przez respondenta ... 139
Tabela 21. Struktura próby przedstawicieli społeczeństwa w podziale na województwo zamieszkania ... 141
Tabela 22. Struktura doboru podmiotów leczniczych w podziale na województwo ... 152
Tabela 23. Ocena jakości i dostępu do świadczeń medycznych w zależności od formy prawnej podmiotu leczniczego ... 155
Tabela 24. Ocena jakości i dostępności świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki zdrowotnej ... 155
Tabela 25. Jak ocenia Pan/i dostępność i jakość usług medycznych świadczonych przez szpital, w okolicy, którego obecnie się znajdujemy? ... 159
Tabela 26. Jakie czynniki zadecydowały o wyborze przez Pana/ią lub Pan/i bliskich leczenia w tym konkretnym szpitalu? (Jakimi kryteriami kierował/a się Pan/Pani wybierając szpital, w okolicy, którego obecnie się znajdujemy? ... 159
Tabela 27. Najlepiej i najgorzej oceniane studia na podstawie CATI z 1200 uczestników ... 180
Tabela 28. Sumaryczna ocena realizacji projektów ... 183
Tabela 29. Ostateczny ranking projektów ... 187
Tabela 30. Warunki brzegowe modelowego programu studiów podyplomowych ... 187
Tabela 31. Wnioski i rekomendacje ... 189

Wydawca:
Ministerstwo Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
tel.: (22) 530-03-60, faks: (22) 530-03-50
www.zdrowie.gov.pl
www.efs.gov.pl
www.funduszeeuropejskie.gov.pl

Punkt Informacyjny Działania 2.3 PO KL:
tel. (22) 530-02-41
e-mail: zdrowie.pokl@mz.gov.pl

Warszawa 2014.

Egzemplarz bezpłatny;

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Ministerstwo Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Człowiek - najlepsza inwestycja