

# ZAŁĄCZNIK NR 3

## *Autoreferat*

Dr n. prawnych Anna Augustynowicz  
Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa 2020

## Spis treści

1. IMIĘ I NAZWISKO.....	3
2. STOPNIE NAUKOWE, TYTUŁY, DYPLOMY UKOŃCZENIA STUDIÓW .....	3
3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH .....	3
4. OMÓWIENIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO .....	4
4.1. Osiągnięcie naukowe.....	4
4.2. Omówienie celu naukowego i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania .....	4
5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO – BADAWCZE .....	29
5.1. Charakterystyka publikacji naukowych opublikowanych po uzyskaniu stopnia naukowego doktora .....	29
5.2. Informacja o udziale w zespołach badawczych realizujących projekty naukowe .....	43
5.3. Opieka naukowa nad doktorantami w charakterze promotora pomocniczego.....	44
5.4. Staże naukowe.....	44
5.5. Nagrody za działalność naukową lub dydaktyczną.....	45
5.6. Dodatkowe informacje o działalności naukowej.....	46
6. INFORMACJA O AKTYWNOŚCI NAUKOWEJ REALIZOWANEJ W WIECEJ NIŻ JEDNEJ UCZELNI, INSTYTUCJI NAUKOWEJ .....	47
7. INFORMACJA O OSIĄGNIĘCIACH DYDAKTYCZNYCH, ORGANIZACYJNYCH ORAZ POPULARYZUJĄCYCH NAUKĘ. ....	48
7.1. Osiągnięcia dydaktyczne.....	48
7.2. Osiągnięcia organizacyjne.....	51
7.3. Osiągnięcia w zakresie popularyzacji nauki. ....	52

## 1. IMIĘ I NAZWISKO

Anna Augustynowicz

## 2. STOPNIE NAUKOWE, TYTUŁY, DYPLOMY UKOŃCZENIA STUDIÓW

- Stopień **doktora nauk prawnych**, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Prawa i Administracji, 2005 r.

**Temat pracy doktorskiej:** *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*

**Promotor:** prof. dr hab. Edward Skrętowicz

- Tytuł **magistra prawa**, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Prawa i Administracji 1995-1999 r.
- Tytuł **specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego** uzyskany po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dniu 24 września 2020 r.
- Dyplom ukończenia studiów podyplomowych w zakresie „**Zdrowie publiczne – Organizacja i Zarządzanie**”, Akademia Medyczna w Warszawie, Wydział Nauk o Zdrowiu, 2003–2004 r.
- Dyplom ukończenia studiów podyplomowych w zakresie „**Kontrola wewnętrzna w sytuacji zmian organizacyjnych**”, Wyższa Szkoła Bankowości, Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2000–2001 r.

## 3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH

- Od 2005 r. do chwili obecnej Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny. W latach 2005-2017 adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, od 2018 adiunkt badawczo-dydaktyczny w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego.

Funkcje dodatkowe pełnione w WUM:

- członek Odwoławczej Uczelnianej Komisji ds. Oceny Nauczycieli Akademickich na okres kadencji 2016–2020,
- członek Wydziałowej Komisji ds. Wyboru Przedstawicieli Nauczycieli Akademickich do Rady Wydziału,

- członek Uczelnianej Komisji Wyborczej na kadencję 2020-2024,
  - członek Rady Pedagogicznej na kierunku Położnictwo na lata 2020-2024 oraz koordynator przedmiotów z zakresu Prawa na kierunku Położnictwo,
  - członek Rady Pedagogicznej na kierunku Pielęgniarstwo na lata 2020-2024 oraz koordynator przedmiotów z zakresu Prawa na kierunku Pielęgniarstwo,
  - opiekun naukowy Studenckiego Koła Naukowego Prawa Medycznego działającego od 2018 r. przy Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego.
- Od 2007 r. do chwili obecnej Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. W latach 2007–2017 r. adiunkt w Zakładzie Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, od 2018 r. do chwili obecnej starszy wykładowca.

**Funkcje dodatkowe pełnione w CMKP:**

- w latach 2007–2009 opiekun dydaktyczny kursów specjalizacyjnych „Zdrowie publiczne” dla lekarzy i lekarzy dentystów,
- od 2019 r. opiekun dydaktyczny kursów specjalizacyjnych „Podstawy prawa” dla lekarzy i lekarzy dentystów,
- członek Komisji Antymobbingowej powołanej przez Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,
- ekspert Komisji Statutowej Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

## **4. OMÓWIENIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO**

### **4.1. Osiągnięcie naukowe**

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest monografia:

**Augustynowicz A.** *Czynniki determinujące prowadzenie programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2019.

### **4.2. Omówienie celu naukowego i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania**

#### **4.2.1. Wprowadzenie i cel naukowy**

Prawo do ochrony zdrowia uważane jest powszechnie za prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. Stąd jego realizacja jest jednym z podstawowych obowiązków władzy publicznej. Takie podejście pozwala postrzegać, analizować i oceniać ochronę zdrowia dwojako: z jednej strony jako jedno z głównych praw

człowieka, a z drugiej strony jako obowiązek organów i instytucji państwa, jak i samorządu terytorialnego (Kubiak R., 2014; Zoll A., 2000). W polskim systemie prawnym podstawy realizacji praw i obowiązków w zakresie ochrony zdrowia określone są w przepisach Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: Konstytucja RP), przy czym podstawową rolę przypisać należy artykułowi 68 ustawy zasadniczej. W ustępie pierwszym artykułu 68 ustawodawca konstytucyjny przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. W kolejnym zaś zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa.

Określony w artykule 68 ustęp 2 Konstytucji RP obowiązek władz publicznych zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udziela ustawodawcy, po pierwsze kompetencji do stanowienia norm konstruujących system opieki zdrowotnej, a po drugie wyznacza kierunek działalności prawotwórczej poprzez wskazanie celów, które powinny być zrealizowane w jej wyniku (Lach D.E., 2011). Pozostałe zadania władzy publicznej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania te obejmują w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z ustawowo przypisanych – choć nie obligatoryjnych – zadań ministra właściwego do spraw zdrowia (dalej: Ministra Zdrowia) i jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli jest opracowanie, realizacja i finansowanie tzw. programów polityki zdrowotnej. Ustawa reguluje również opracowanie, realizację i finansowanie tzw. programów zdrowotnych, których opracowywanie, realizacja i finansowanie nie jest jednak kompetencją władzy publicznej, a Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) będącego państwową jednostką organizacyjną. Należy podkreślić, że używanie przez ustawodawcę określeń: programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej *de facto* nie różnicuje ich co do meritum, czyli w obu przypadkach zapewnienia określonych potrzeb zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia społeczności, a jedynie co do nazwy wskazującej różne podmioty realizujące.

Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej są podstawowym narzędziem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mającym służyć prowadzeniu skutecznej

i efektywnej polityki zdrowotnej. Właśnie jako narzędzie zdrowia publicznego programy te mogą mieć istotne znaczenie wszędzie tam, gdzie pożądanym jest zastosowanie szczególnych, celowo zorganizowanych działań do rozwiązywania najistotniejszych problemów zdrowia publicznego społeczności. I to nie tylko *stricte* określonych problemów zdrowotnych, ale także innych kwestii mających wpływ na stan zdrowia, a mieszczących się w funkcjonującym systemie wartości. Na przykład nie akceptującego istnienia nierówności w zdrowiu, a popierającego wszelkie działania zmierzające do ich likwidacji, bądź chociaż zmniejszenia.

W Polsce obserwowane jest zróżnicowanie stanu zdrowia członków społeczeństwa związane ze społecznymi determinantami zdrowia, np. poziomem wykształcenia czy statusem społeczno-ekonomicznym. Stwierdza się to także w odniesieniu do mieszkańców różnych jednostek samorządu terytorialnego zarówno w sensie geograficznym jak i – co wydaje się być szczególnie interesujące – różnych szczebli. Nadal stwierdza się różnice stanu zdrowia pomiędzy mieszkańcami miast i wsi (World Health Organization, 2012).

Dostępne dane epidemiologiczne wskazują, że mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast umierają z powodu chorób układu krążenia. Standaryzowany współczynnik zgonów z tego powodu wynosił w 2014 r. 276,9/100 tys. ludności w przypadku mieszkańców miast i 317,7/100 tys. ludności w przypadku mieszkańców wsi. W 2016 r. wynosił on odpowiednio 254,9/100 tys. ludności i 302,9/100 tys. ludności (Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P. i in., 2016; Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B. i in., 2018). Dodatkowo większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi niż mieszkańców miast są tzw. zewnętrzne przyczyny zgonów, czyli wypadki komunikacyjne, upadki, samobójstwa i samouszkodzenia. Standaryzowany współczynnik zgonów z tego powodu mieszkańców miast wynosił w 2014 r. 43,1/100 tys. ludności, w przypadku mieszkańców wsi zaś 55,4/100 tys. ludności (Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P. i in., 2016). Jak wynika z danych opublikowanych w 2018 r., przyczyny te stanowią o 29% większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w przypadku mężczyzn mieszkających w miastach (Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B. i in., 2018). Mieszkańcy wsi rzadziej wykonują badania profilaktyczne. Z raportu „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku” zamieszczonego na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego (dalej: GUS) wynika, że w przypadku wszystkich ocenianych rodzajów badań profilaktycznych (badanie ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu, poziomu cukru we krwi, kolonoskopia, badanie cytologiczne, mammograficzne, badanie lekarskie prostaty) odsetek mieszkańców wsi wykonujących

te badania był co najmniej o 5% mniejszy niż mieszkańców miast. Według GUS mieszkańcy wsi rzadziej poddają się szczepieniom ochronnym. W 2014 r. przeciw grypie zaszczepiło się o ok. 9% mniej, a przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B ok. 11% mniej mieszkańców wsi niż miast (Główny Urząd Statystyczny, 2016).

Szczególna rola w poprawie zdrowia publicznego, także w kontekście eliminowania niekorzystnych zjawisk związanych z określonym stanem zdrowia mieszkańców wsi, przypadać powinna lokalnym wspólnotom samorządowym, czyli gminom. Zwłaszcza tym, na terytorium których położone są wsie, czyli gminom wiejskim i miejsko-wiejskim. Lokalne wspólnoty samorządowe są w stanie najlepiej rozpoznać potrzeby zdrowotne mieszkańców. Ponadto posiadają wiedzę o specyficznych, miejscowych uwarunkowaniach, co może mieć bardzo duże znaczenie przy doborze najskuteczniejszych sposobów działania, w tym także motywowania członków społeczności do uczestnictwa w inicjatywach podejmowanych na rzecz zdrowia.

Aktywność gmin w zakresie ochrony zdrowia może przybrać różne, przewidziane przez prawo, formy. Jedną z nich jest, przewidziane w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opracowanie, realizacja i finansowanie wspomnianych programów polityki zdrowotnej.

Jak dotąd aktywność gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w zakresie programów polityki zdrowotnej nie była w ogóle przedmiotem badań naukowych. Czyli można mówić o *sui generis* „luce poznawczej” ważnego elementu działań na rzecz zdrowia społeczności lokalnych, a tym samym społeczeństwa *in toto*. Luce dość głębokiej, jeżeli skonstatujemy, że nie zidentyfikowano także czynników determinujących podejmowanie takiej działalności. Która co prawda – a warto to jeszcze raz podkreślić – nie jest obligatoryjna, tym niemniej wiedza, co powoduje, że jedne społeczności są aktywne, a inne nie jest istotna z punktu widzenia polityki zdrowotnej. Żeby nie wspomnieć o „czystej” ciekawości badawczej; wiedzy o funkcjonowaniu samorządu terytorialnego i samych obywateli. Ważną kwestią zatem – zarówno z punktu widzenia wiedzy o zdrowiu publicznym, jak i w kontekście działalności praktycznej – byłoby określenie „etiologii” różnic w działalności gmin w tym względzie. Co więcej przeprowadzenie takich badań pozwala nie tylko na identyfikację tych różnic, ale nadto na stworzenie modelu prognostycznego co do uwarunkowań prowadzenia programów polityki zdrowotnej. Zastosowany w praktyce działań na rzecz zdrowia, model ten może stać się skutecznym i efektywnym narzędziem w prowadzeniu lokalnej polityki

zdrowotnej, której celem jest poprawa stanu zdrowia populacji gmin wiejskich i miejsko-wiejskich, a także niwelowanie różnic w stanie zdrowia mieszkańców miast i wsi.

Głównym celem badań była identyfikacja czynników determinujących prowadzenie programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie i na tej podstawie opracowanie modelu prognostycznego uwarunkowań prowadzenia programów polityki zdrowotnej jako efektywnego narzędzia realizacji lokalnej polityki zdrowotnej.

Kompleksowa realizacja głównego celu pracy wymagała realizacji szeregu celów pośrednich.

Przedstawiono wiele zagadnień opisujących i tłumaczących część teorii zdrowia publicznego, a także teorię i światowe doświadczenia tworzenia programów zdrowotnych. Było to niezbędne dla prawidłowego zaproponowania autorskiego narzędzia badawczego a także dyskusji otrzymanych wyników.

Wyłoniła się także konieczność zaprezentowania i krytycznej analizy uwarunkowań prawnych opracowywania, realizacji i zasad finansowania programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. Stąd też propozycje niezbędnych rozwiązań. Krytyczna analiza wskazała bowiem na konieczność wprowadzenia przez ustawodawcę zmian, które zmierzałyby do spójnych i kompleksowych regulacji prawnych dotyczących tego obszaru.

Nie można było pominąć oczywiście opisu i scharakteryzowania aktywności gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w zakresie prowadzonych programów polityki zdrowotnej.

Dodatkowym zaś celem pracy było upowszechnienie wiedzy na temat programów polityki zdrowotnej wśród profesjonalistów zaangażowanych w proces ich opracowania, realizacji i finansowania, a także w procesie kształcenia specjalistów zdrowia publicznego.

#### **4.2.2. Metodologia przeprowadzonych badań i przedstawienie wyników**

Dążąc do realizacji celu głównego, w pierwszej kolejności przedstawiono wybrane zagadnienia z zakresu teorii zdrowia publicznego i programów zdrowotnych jako narzędzia zdrowia publicznego. Tej kwestii poświęcony został I rozdział monografii.

Podjęto w nim teoretyczne rozważania, które koncentrowały się na dwóch grupach zagadnień. Po pierwsze są to rozważania dotyczące teorii zdrowia publicznego, definicji, zakresu jego działania, funkcji i narzędzi stosowanych przy realizacji zadań z tego obszaru. W rozważaniach tych odwołano się do polskiego i obcojęzycznego piśmiennictwa XXI w., głównie z lat 2000–2018. W nielicznych przypadkach wykorzystano piśmiennictwo publikowane wcześniej, którego treść miała kardynalne znaczenie dla wyjaśnienia niektórych zagadnień, szczególnie z perspektywy historycznej. Tytułem przykładu można by przywołać

choćby rozważania dotyczące wybranych definicji i zakresu zdrowia publicznego. Dokonując ich prezentacji, należało odwołać się przede wszystkim do sformułowanej przez C.E.A Winslowa klasycznej definicji zdrowia publicznego, która stała się punktem wyjścia do dalszych konceptualizacji pojęcia (Winslow C.E.A., 1920). Także definicje sformułowane przez innych wybitnych teoretyków zdrowia publicznego, których nie sposób pominąć w rozważaniach dotyczących teorii zdrowia publicznego, wymagały odwołania do literatury naukowej publikowanej we wcześniejszych latach (Terris M., 1987; Acheson D., 1988).

Rozpatrując zdrowie publiczne jako stan zdrowia populacji (społeczeństwa, społeczności) należy podkreślić uwarunkowania wieloma czynnikami o różnym stopniu złożoności, na dodatek bardzo często wzajemnie powiązanych. Są to: czynniki o charakterze politycznym, gospodarczym, kulturowym; zachowania ludzkie; rozwój nauki; katastrofy naturalne i wiele innych. Jeżeli chcemy skutecznie i efektywnie działać na rzecz zdrowia publicznego, musimy brać pod uwagę wielość uwarunkowań. Identyfikowanie i badanie tych uwarunkowań w ich skomplikowanych relacjach i wpływie na stan zdrowia wymagają stosowania metod i technik wielu nauk. Podstawową dyscypliną, której metody i narzędzia są wykorzystywane w działaniach na rzecz zdrowia ludności jest epidemiologia. Niczego jej nie ujmując, stwarza bowiem możliwości do m.in. mierzenia sytuacji zdrowotnej, określania potrzeb zdrowotnych, formułowania priorytetów, a w końcu oceniania efektów podejmowanych działań, to niemniej ważne są także inne dyscypliny, jak na przykład nauka o zarządzaniu, statystyka, socjologia, psychologia czy marketing. Jest to swojego rodzaju specyfika zdrowia publicznego. Wykorzystywanie wszystkiego co może się przydać dla rozwiązywania problemów zdrowotnych. Pozwala to tworzyć różne specyficzne formy działań na rzecz zdrowia. Nie tylko odpowiadające na określone potrzeby zdrowotne i pomagające niwelować nierówności w zdrowiu, ale także umożliwiające społeczności wpływanie na wybór priorytetów w jej własnym środowisku oraz rozwiązywanie najistotniejszych problemów zdrowotnych zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Właśnie poprzez aktywną działalność lokalnych społeczności; planowanie i realizację programów zdrowotnych.

Drugim nurtem podejmowanych rozważań teoretycznych jest omówienie głównych zagadnień z zakresu „teorii” programów zdrowotnych jako narzędzia zdrowia publicznego. Przedstawiono i omówiono kwestie pojęciowe, rodzaje programów, a także najważniejsze zagadnienia dotyczące planowania, wdrożenia i ewaluacji. Wybrany zakres wynikał z konieczności przedstawienia teoretycznej podbudowy dla praktycznego widzenia roli

i znaczenia programów; aktualnego ich umiejscowienia w prawnych ramach polskiego systemu zdrowotnego, a także szukania uwarunkowań i nowych rozwiązań w działaniach na rzecz zdrowia. Prezentując te zagadnienia, odwołano się do istniejących – w niewielkiej liczbie – źródeł polskich, ale głównie wykorzystano obcojęzyczną literaturę naukową. Wynika to z faktu, że rozważania teoretyczne dotyczące planowania i wdrożenia programów zdrowotnych prezentowane są najpełniej w piśmiennictwie międzynarodowym. Należy wspomnieć zwłaszcza o dwóch bardzo znanych monografiach, publikowanych w kilku wydaniach, a mianowicie *Health Program Planning and Evaluation: A Practical and Systematic Approach for Community Health* autorstwa L.M. Issel L.M., i R. Wells oraz *The Practice of Health Program Evaluation* autorstwa D. Grembowskiego. Polskie piśmiennictwo naukowe prezentujące problematykę teorii programów zdrowotnych nie jest szczególnie obszerne, należy jednak wymienić przede wszystkim prace autorstwa lub współautorstwa pracowników naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (Cianciara D., 2016; Cianciara D., Lewczuk-Wesołowska A., Zalewska E. i in., 2015; Zalewska E., Cianciara D., Lewczuk-Wesołowska A. i in., 2015; Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., 2012; Tyszko P., Kowalska J., Demidowicz J., 2011).

W drugiej części monografii, przechodząc do praktycznej strony realizacji programów zdrowotnych w polskim systemie prawnym, przedstawiono uwarunkowania prawne opracowania, realizacji i finansowania programów. Krytyczna analiza tych zagadnień dała w efekcie autorskie propozycje rozwiązań, których wprowadzenie rozważyć powinien ustawodawca w celu stworzenia bardziej kompleksowych i spójnych regulacji dotyczących tego obszaru.

W tej części analizowane są akty prawa powszechnie obowiązującego, orzecznictwo sądów polskich, a także polskie piśmiennictwo z zakresu prawnych aspektów funkcjonowania instytucji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, publikowane od początku obowiązywania przepisów prawnych dotyczących tych instytucji, tj. od 1 października 2004 r. W kilku przypadkach – w celu dokonania wykładni obowiązujących przepisów prawnych dotyczących przedmiotowego obszaru – wykorzystano piśmiennictwo z zakresu teorii zdrowia publicznego (np. Wojtczak A., 2017; Woynarowska B., 2008).

Instytucja programów zdrowotnych prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego wprowadzona została do polskiego porządku prawnego Ustawą z 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Od 1 stycznia 2015 r. w polskim systemie prawnym wyróżnia się określenia: „programy zdrowotne” oraz „programy polityki zdrowotnej”. Programy zdrowotne są fakultatywną formą realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez NFZ, zaś programy polityki zdrowotnej to fakultatywna forma realizacji tychże zadań przez Ministra Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego.

Przepisy prawne dotyczące tej materii regulują definicje i zakres przedmiotowy programów, kwestie dotyczące opracowania i realizacji oraz zasady przekazywania i gromadzenia informacji o zrealizowanych programach.

Aby prowadzone działanie mogło być uznane za program, muszą zostać spełnione łącznie następujące warunki: musi być to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej; działania muszą być ocenione jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w określonym terminie osiągnięcie założonych celów; cele te mają polegać na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz na poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniodawców; działania te mają być opracowane, wdrażane, realizowane i finansowane przez Ministra Zdrowia albo jednostkę samorządu terytorialnego (program polityki zdrowotnej) bądź NFZ (program zdrowotny).

Ustawodawca charakteryzuje program zdrowotny i program polityki zdrowotnej jako działanie z zakresu opieki zdrowotnej, co może powodować niejasności odnośnie do meritum podejmowanych działań, a także umiejscowienia w szeroko pojętych działaniach na rzecz zdrowia działań w zakresie ochrony zdrowia. Trudno bowiem znaleźć we współczesnej literaturze przedmiotu jednoznaczne i ogólnie przyjęte, zdefiniowane pojęcia „ochrona zdrowia” i „opieka zdrowotna”. Chyba, że chcemy odnieść się do piśmiennictwa lat 70-tych i prac J. Indulskiego i J. Leowskiego (1971) lub B. Saldaka (1979).

M. Balicki, uznaje, że „ochrona zdrowia” to pojęcie najszersze, mieszczące w sobie opiekę zdrowotną, które obejmuje działania chroniące przed chorobą i zagrożeniami środowiskowymi i niekorzystnymi warunkami społecznymi oraz promocję zdrowia. Z kolei system ochrony zdrowia to zespół wartości, wiedzy, osób, instytucji i organizacji oraz skoordynowany zespół działań, których celem jest ochrona jednostek i społeczności przed chorobami i zagrożeniami środowiskowymi i niekorzystnymi warunkami społecznymi, aby utrzymać zdrowie, powodować jego poprawę oraz je promować. Natomiast opieka zdrowotna to udzielanie świadczeń zdrowotnych: profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz promocja zdrowia, zaś system opieki zdrowotnej to zespół wartości,

wiedzy, wyspecjalizowanych instytucji i organizacji oraz skoordynowanych działań dla utrzymania i poprawy stanu zdrowia jednostek i społeczeństwa poprzez zapobieganie i zwalczanie chorób, stanów powodujących ból, cierpienie i niepełnosprawność oraz promocja zdrowia (Balicki M., 2011; Czupryna A. (red.), Poździoch S., Ryś A. i in., 2001).

Wątpliwości co do zakresu działań podejmowanych w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, wynikające z określenia użytego przez ustawodawcę w definicji, nie są również jednoznacznie rozstrzygnięte na gruncie dalszych przepisów dotyczących szczegółów programów. W tym kontekście zasadnym wydaje się pytanie, czy obecny kształt regulacji prawnej dotyczącej definicji programu nie powinien spotkać się z reakcją ustawodawcy w postaci korekty tejże definicji – z określenia „działania z zakresu opieki zdrowotnej” na „działania z zakresu ochrony zdrowia”, ewentualnie na „działania z zakresu zdrowia publicznego”. Rozszerzyłyby to znacznie spectrum możliwych działań, ale jednocześnie stworzyłyby nowe możliwości oddziaływania na stan zdrowia społeczeństw.

Ponadto w definicji ustawodawca ogranicza kategorie planów o charakterze programów do działań finansowanych przez NFZ, ministrów i jednostki samorządu terytorialnego. Tym samym ustawodawca eliminuje możliwość realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej przy całościowym lub częściowym finansowaniu ze środków prywatnych, dotowanych przez organizacje pozarządowe, czy inne podmioty. Oznacza to, że programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej nie mogą być finansowane w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

W definicji programu polityki zdrowotnej ustawodawca konkretyzuje cele programu, które mają polegać na „wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców”. Nie jest jasne, czy w ramach programu dopuszczalne jest „wykrywanie” potrzeb zdrowotnych, a następnie podejmowanie działań stosownie do wykrytych potrzeb, czy też być może opracowanie i realizacja programu ma być reakcją na wcześniej rozpoznane potrzeby zdrowotne. W tej materii należałoby oczekiwać od ustawodawcy doprecyzowania przepisów prawnych.

Literalne sformułowanie celów programu polityki zdrowotnej budzi także wątpliwość co do wzajemnych relacji między określeniami „wykrywanie i zrealizowanie określonych potrzeb zdrowotnych” a „poprawa stanu zdrowia [...]”. Czy ma to być traktowane jako dwa odrębne cele? Czy też chodzi o określony związek przyczynowo-skutkowy? Zasadnym wydaje się rozważenie rozstrzygnięcia, wedle którego celem programu polityki zdrowotnej

jest wykrycie i zrealizowanie potrzeb zdrowotnych, co w konsekwencji ma doprowadzić do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniodawców.

Obowiązujące przepisy prawne regulujące instytucję programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej nie dają podstaw do jednoznacznego określenia ich zakresu przedmiotowego.

Próbie skonkretyzowania zakresu przedmiotowego programów zdrowotnych można podjąć w oparciu o całokształt przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ich wykładania prowadzi do wniosku, że w ramach programu zdrowotnego mogą być finansowane świadczenia gwarantowane, czyli świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Programy zdrowotne dotyczyć mogą zarówno działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, jak i działań leczniczych.

Konkretyzacja zakresu przedmiotowego programów polityki zdrowotnej wymaga, oprócz interpretacji całokształtu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także posiłkowego stosowania przepisów ustawy o działalności leczniczej. Analiza przepisów tych ustaw prowadzi do wniosku, że programy polityki zdrowotnej mogą obejmować świadczenia opieki zdrowotnej, jak również zakup aparatury i sprzętu medycznego, a także inne inwestycje konieczne do realizacji zadań wynikających z programu. Niestety wykładnia literalna przepisów nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy programy polityki zdrowotnej, podobnie jak programy zdrowotne, mogą obejmować tylko i wyłącznie świadczenia gwarantowane. Być może również świadczenia opieki zdrowotnej niezaliczone do katalogu świadczeń gwarantowanych, pod warunkiem jednakże – jak wynika z definicji programu polityki zdrowotnej – że oceniane są jako „skuteczne, bezpieczne i uzasadnione” i umożliwiają osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniodawców. Na gruncie literalnego brzmienia przepisów wyżej wskazanej ustawy uzasadnione będzie stanowisko, wedle którego jednostki samorządu terytorialnego w zakresie swojej autonomii mogą w ramach programów polityki zdrowotnej finansować inne świadczenia aniżeli gwarantowane, jak również stanowisko, zgodnie z którym możliwe jest finansowanie jedynie świadczeń gwarantowanych.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa również zasady opracowania i opiniowania projektu programu polityki zdrowotnej.

Przepisy prawne dotyczące opracowania i opiniowania programów polityki zdrowotnej nie mają zastosowania do programów zdrowotnych. Projekt programu polityki zdrowotnej opracowywany jest na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych. Obowiązuje również zachowanie spójności merytorycznej i organizacyjnej programu projektowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego, który dotyczy świadczeń gwarantowanych z programami realizowanymi przez Ministra Zdrowia i NFZ. Ponadto program polityki zdrowotnej powinien być opracowywany według wzoru określonego w rozporządzeniu wykonawczym do tej ustawy.

Projekt programu polityki zdrowotnej wymaga opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT). Konieczność opiniowania przez AOTMiT programów opracowanych przez Ministra Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego wprowadzono nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 25 czerwca 2009 r. Uzyskanie opinii było obligatoryjne, ale jej treść nie była dla organizatora programu wiążąca. W obecnym stanie prawnym warunkiem *sine qua non* wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej jest uzyskanie pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii AOTMiT. Nie wymaga przy tym opinii projekt programu, który jest kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego wydano pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię.

Projekt programu polityki zdrowotnej powinien być przyjęty do realizacji. W przypadku programu opracowanego przez Ministra Zdrowia przyjęcie do realizacji następuje przez złożenie na stronie tytułowej programu podpisu wraz z datą. Przyjęty do realizacji program nie wymaga ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. Projekt programu opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego wymaga akceptacji przez właściwy organ. Na szczeblu gminnym organem właściwym do podjęcia uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej jest rada gminy. Odmiennie kształtuje się ta kwestia w przypadku programów opracowanych przez powiaty i samorządy województwa – tu przyjmowanie do realizacji programów polityki zdrowotnej leży w kompetencji organu wykonawczego.

Warunkiem realizacji programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej jest określenie i wybór realizatora/realizatorów programu.

Niestety w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących programu zdrowotnego nie wskazano katalogu

podmiotów, które mogą być realizatorami programu. Niemniej jednak skoro NFZ może w ramach programu zdrowotnego finansować świadczenia gwarantowane, realizatorem programu mogą być jedynie podmioty wykonujące działalność leczniczą, albowiem tylko te podmioty są uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych. NFZ dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego na zasadach i w trybie właściwym dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami, czyli w drodze konkursu ofert lub rokowań.

Określenie katalogu potencjalnych realizatorów programów polityki zdrowotnej wymaga zastosowania w drodze wykładni systemowej ustawy o zdrowiu publicznym. Ustawa ta przewiduje, że w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, w tym organizacje pozarządowe. Realizatorem programu mogą być zatem podmioty wykonujące działalność leczniczą, organizacje pozarządowe, w tym fundacje i stowarzyszenia, podmioty uprawnione do prowadzenia działalności pożytku publicznego oraz inne działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmioty prawa, również podmioty wykonujące działalność gospodarczą. Wymagania formalne wobec realizatora programu określa podmiot, który opracował, wdrożył i finansuje program polityki zdrowotnej, a determinuje je zakres przedmiotowy programu. Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej dokonywany jest w drodze konkursu ofert, o którym mowa w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku programów opracowanych przez Ministra Zdrowia możliwe jest powierzenie realizacji programu bez konieczności przeprowadzenia konkursu ofert. Może to nastąpić wtedy, gdy nie ma możliwości przeprowadzenia konkursu ofert w zakładanym terminie oraz w przypadku ograniczonej liczby potencjalnych realizatorów. Z wyłonionym w drodze konkursu ofert realizatorem programu polityki zdrowotnej zawiera się umowę o wykonanie działań objętych programem. Jeżeli realizatorem programu jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, zawarcie umowy następuje w trybie ustawy o działalności leczniczej, a środki przekazywane są na podstawie umowy lub w formie dotacji celowej. Jeżeli realizatorem programu są organizacje pozarządowe, środki finansowe mogą być przekazane w formie dotacji celowej na podstawie ustawy o finansach publicznych lub na podstawie umowy cywilnoprawnej zawieranej w trybie przepisów kodeksu cywilnego. W przypadku pozostałych podmiotów będących realizatorami programów polityki zdrowotnej podstawą przekazania środków finansowych na realizację zadań w ramach programów polityki zdrowotnej będzie umowa cywilnoprawna.

Ustawodawca konstruując regulacje dotyczące programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, wprowadził także system przekazywania oraz gromadzenia informacji o zrealizowanych programach polityki zdrowotnej.

Do 1 stycznia 2017 r. obowiązywał system sprawozdawczy, wedle którego wojewoda do 15 lutego każdego roku przekazywał Ministrowi Zdrowia roczne informacje o zrealizowanych w ubiegłym roku, przez jednostki samorządu terytorialnego, programach oraz o programach planowanych na dany rok. Niejako „nowy” system przekazywania oraz gromadzenia, analizy i przetwarzania informacji ustawodawca konstruuje w ustawie o zdrowiu publicznym, przy czym obowiązek przekazywania informacji nie dotyczy jedynie programów polityki zdrowotnej, ale szerzej – informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Gwoli ścisłości należy dodać, że w ciągu 14 lat funkcjonowania instytucji programu zdrowotnego, a następnie programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej wprowadzano w wyniku nowelizacji przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szereg regulacji, które skutkowały usunięciem części wątpliwości związanych z praktyczną realizacją programów. Regulacje te były konsekwencją zastrzeżeń i postulatów, które zgłaszali praktycy i eksperci zdrowia publicznego, a także przedstawiciele doktryny prawniczej. Niezmiernie istotnymi były również uwagi przedstawione przez Najwyższą Izbę Kontroli w informacji o wynikach kontroli realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego.

Pozytywnie ocenić należy wprowadzenie regulacji, której celem była poprawa koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego a administracją rządową i NFZ. Chodzi tu o obowiązujący od 1 stycznia 2015 r. wymóg zachowania spójności merytorycznej i organizacyjnej programu opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego dotyczącego świadczeń gwarantowanych z programami realizowanymi przez Ministra Zdrowia i NFZ. Pozytywnym jest również powiązanie treści programu z mapą potrzeb zdrowotnych oraz sytuacją epidemiologiczną, wskazanie elementów, które powinien zawierać program polityki zdrowotnej, zobowiązanie do opracowania programu według określonego w przepisach prawnych wzoru, a także wprowadzenie obowiązku uzyskania pozytywnej lub warunkowo pozytywnej opinii AOTMiT jako warunku wdrożenia, realizacji i finansowania programu.

Podsumowując, należy stwierdzić, że pomimo wielu pozytywnych zmian uwarunkowania prawne realizacji programów nadal budzą zastrzeżenia. Najistotniejsze jest

doprecyzowanie definicji programu zdrowotnego i programu polityki zdrowotnej. Zasadnym jest również wprowadzenie zmian pozwalających na finansowanie programów w ramach partnerstwa publiczno-prawnego. Warto także zwrócić uwagę na kontrowersyjne brzmienie przepisów prawnych kształtujących zakres przedmiotowy działań, które w ramach programu mogą być realizowane. Ogólna regulacja przepisów prowadząca do dowolności inicjatyw podejmowanych w ramach programów z punktu widzenia autonomii jednostek samorządu terytorialnego jest zasadna. Z drugiej strony brak jednoznaczności na tym polu powoduje, że zakres podejmowanych działań może być uzależniony jedynie od dowolnej decyzji organizatora programu. Głównym problemem pozostaje tu odpowiedź na pytanie, czy w ramach programów polityki zdrowotnej mogą być finansowane świadczenia niegwarantowane.

Dodatkowym elementem, ważnym w kontekście poprawy planowania i realizacji programów, winno być opracowanie, upowszechnienie i wdrożenie systemu merytorycznego wsparcia dla podmiotów realizujących programy. W wielu krajach funkcjonują formalne instytucje odpowiedzialne za wspieranie procesu planowania, realizacji oraz ewaluacji programów. Przykładowo w Wielkiej Brytanii funkcję taką pełni National Institute for Health and Care Excellence (NICE), w Stanach Zjednoczonych The U.S. Preventive Services Task Force oraz The Community Preventive Services Task Force, w Kanadzie Canadian Best Practices Portal for Health Promotion and Chronic Disease Prevention. W Polsce taką funkcję mogłaby pełnić AOTMiT. Nie można pominąć faktu, że obecnie Agencja udostępnia schemat oraz zalecenia dotyczące konstrukcji programu, jako element wsparcia ich realizacji. Udostępnienie tych materiałów, podobnie jak przedstawianie opinii Agencji i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania, ocenić należy pozytywnie, jednak nie są to wypracowane zalecenia i wytyczne, które byłyby narzędziem ułatwiającym poszczególne kroki planowania, wdrożenia i ewaluacji programu.

Niezależnie od szeregu krytycznych uwag i dostrzeżenia wielu niejasności, a nawet ograniczeń w legalnych założeniach organizacji i funkcjonowania nie można nie zauważyć, że instytucje programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej znalazły swoje miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę prezentowane w piśmiennictwie dane dotyczące liczby zrealizowanych programów polityki zdrowotnej, można postawić tezę o zainteresowaniu taką formą działania na rzecz zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego, w tym także przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie (Lewtak K., Poznańska A., Cianciara D. i in., 2018). Zwracałam na to uwagę także w publikacjach,

których jestem współautorem (Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A., 2018; Augustynowicz A., Czerw A., Kowalska M. i in., 2017; Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A. i in., 2018; Augustynowicz A., Czerw A., Borowska M. i in., 2019). Tym niemniej w literaturze przedmiotu nie znaleziono prac, które analizowałyby całościowo ilościowy aspekt prowadzonych programów. Jest to ważne, ponieważ są to działania fakultatywne, ale takie, które wydają się *a priori* przynosić skutki pozytywne z punktu widzenia zdrowotności populacji. Uzasadnione zatem jest szukanie odpowiedzi na pytania, ile gmin wiejskich i miejsko-wiejskich podejmuje realizację programów, jaki jest poziom ich finansowania i jaki jest ich zakres przedmiotowy oraz jakie czynniki wpływają na prowadzenie programów.

W trzeciej części monografii przedstawiono aktywność gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w zakresie prowadzenia programów polityki zdrowotnej. Charakterystykę aktywności gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w zakresie opracowania, realizacji i finansowania programów polityki zdrowotnej przeprowadzono w oparciu o analizę danych zastanych (*desk research*). Wykorzystano przekazywane Ministrowi Zdrowia przez wojewodów informacje zbiorcze o zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach polityki zdrowotnej. Informacje te uzyskano w trybie przepisów ustawy o dostępie do informacji publicznej. Z informacji zbiorczych wyodrębnione zostały dane o programach polityki zdrowotnej prowadzonych przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie w latach 2012–2015.

Aktywność gmin w zakresie prowadzenia programów przedstawiona została w kilku obszarach.

Po pierwsze prezentowane są dane o liczbie gmin realizujących co najmniej jeden program polityki zdrowotnej. W latach 2012–2015 programy zrealizowało łącznie 638 gmin, w tym 457 gmin wiejskich i 181 gmin miejsko-wiejskich. W latach 2012–2014 liczba i odsetek gmin realizujących co najmniej jeden program polityki zdrowotnej rosły w każdym kolejnym roku – z 262 (16,8%) do 303 (19,5%) w przypadku gmin wiejskich i z 103 (16,6%) do 129 (20,8%) w przypadku gmin miejsko-wiejskich. W roku 2015 odsetek ten spadł (do 4,4% w przypadku gmin wiejskich i 3,9% w przypadku gmin miejsko-wiejskich). Uzyskane dane wskazują zróżnicowanie na poziomie województw, liczby i odsetka gmin realizujących programy, szczególnie widoczne wśród gmin wiejskich. W województwie zachodniopomorskim w omawianym okresie co najmniej jeden program polityki zdrowotnej realizowało 77,1% gmin wiejskich, w warmińsko-mazurskim – 55,2%, w wielkopolskim –

46%. Najmniej gmin wiejskich, które zrealizowały co najmniej jeden program polityki zdrowotnej, było w województwach: podlaskim (15,4%), łódzkim (15,8%) i lubelskim (18,7%). Wśród gmin miejsko-wiejskich zróżnicowanie było mniejsze. Najwyższy odsetek gmin, które zrealizowały co najmniej jeden program, był w województwie zachodniopomorskim (ponad 47,3%), najniższy w województwie małopolskim (12,8%).

Drugim przedstawionym obszarem jest liczba programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie. W latach 2012–2015 gminy wiejskie zrealizowały łącznie 1931 programów polityki zdrowotnej, w tym 1054 programy zrealizowały gminy wiejskie, a 877 programów gminy miejsko-wiejskie. W latach 2012–2014 liczba programów polityki zdrowotnej rosła w każdym kolejnym roku – w 2012 r. zrealizowano 807 programów, w 2013 r. – 856 programów, w 2014 r. – 942 programy. W 2015 r. nastąpił spadek liczby realizowanych programów – zrealizowano ich 203. W analizowanym okresie gminy wiejskie zrealizowały więcej programów niż gminy miejsko-wiejskie. Jedynie w województwie świętokrzyskim sytuacja była odwrotna. Największą liczbę programów zrealizowały gminy wiejskie i miejsko-wiejskie w województwach: zachodniopomorskim (418 programów), wielkopolskim (398 programów), mazowieckim (283 programy), dolnośląskim (254 programy) i warmińsko-mazurskim (225 programów). Najmniejszą liczbę programów zrealizowano w województwach: lubuskim (60 programów), kujawsko-pomorskim (62 programy) i podlaskim (77 programów).

Trzecim prezentowanym obszarem są dane dotyczące liczby osób uczestniczących w programach polityki zdrowotnej opracowanych, realizowanych i finansowanych przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie. Wzięło w nich udział łącznie 6,84 mln osób, w tym w programach realizowanych przez gminy wiejskie uczestniczyło 3,35 mln osób, a w programach realizowanych przez gminy miejsko-wiejskie 3,49 mln osób. W latach 2012–2014 liczba i odsetek osób uczestniczących w programach realizowanych w obu rodzajach gmin rosły w każdym kolejnym roku. W 2015 r. nastąpił spadek liczby osób i odsetka uczestniczących w programach. W gminach wiejskich w 2015 r. liczba ta spadła o ponad  $\frac{2}{3}$  – z 1,52 mln osób (13,9%) w 2014 r. do 0,46 mln osób (4,2%) w 2015 r. W gminach miejsko-wiejskich spadek ten był jeszcze większy – z 1,73 mln osób (19,7%) w 2014 r. do 0,45 mln osób (5,1%) w 2015 r. Dane dotyczące zarówno liczby, jak i odsetka osób uczestniczących w programach polityki zdrowotnej zrealizowanych w kolejnych latach przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie wskazują zróżnicowanie na poziomie

poszczególnych województw. Liczba osób uczestniczących w programach zrealizowanych przez gminy wiejskie najwyższa była w województwach: mazowieckim, wielkopolskim i małopolskim; najniższa – w podlaskim i lubuskim. Najwyższy średni odsetek osób uczestniczących w programach zrealizowanych przez gminy wiejskie był w województwach: zachodniopomorskim (14,1%), warmińsko-mazurskim (1,7%), pomorskim (11,2%) i wielkopolskim (11,1%), najniższy w województwach: łódzkim (4,0%), podlaskim (4,3%) i lubelskim (4,6%). W programach zrealizowanych przez gminy miejsko-wiejskie najwięcej osób uczestniczyło w województwach: wielkopolskim, mazowieckim i dolnośląskim; najmniej w lubelskim i podlaskim. Najwyższy średni odsetek uczestników programów zrealizowanych przez gminy miejsko-wiejskie odnotowano w województwach: zachodniopomorskim (14,7%), dolnośląskim (13,7%), lubuskim (12,5%) i mazowieckim (12,3%); najniższy w województwach: małopolskim (5,3%), kujawsko-pomorskim (6,3%), podlaskim (6,5%), świętokrzyskim (6,7%) i łódzkim (6,9%).

Kolejnym prezentowanym obszarem jest wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programów polityki zdrowotnej. Na programy polityki zdrowotnej zrealizowane w latach 2012-2015 wydano łącznie ponad 158,27 mln złotych. W latach 2012-2014 nakłady finansowe na realizację programów polityki zdrowotnej w obu typach gmin rosły. Rósł również procentowy udział środków finansowych przeznaczonych na realizację programów w wydatkach na ochronę zdrowia. Na programy te, zarówno w gminach wiejskich, jak i miejsko-wiejskich, najwięcej środków przeznaczono w 2014 r. W 2015 r. nastąpił spadek nakładów na realizację programów polityki zdrowotnej zarówno w gminach wiejskich, jak i miejsko-wiejskich. Zmniejszył się również procentowy udział tych nakładów w wydatkach na ochronę zdrowia. W gminach wiejskich w 2015 r. nakłady na programy polityki zdrowotnej wyniosły ok. 13,2 mln zł i były blisko o połowę niższe niż w 2014 r., a ich procentowy udział w wydatkach na ochronę zdrowia spadł z 13,8% w 2014 r. do 7,5% w 2015 r. W gminach miejsko-wiejskich spadek ten był wyższy – z niespełna 46,6 mln zł w 2014 r. do 12,3 mln zł w 2015 r., co przełożyło się na spadek procentowego udziału nakładów na programy w wydatkach na ochronę zdrowia – z 23,3% w 2014 r. do 6,0% w 2015 r. Dane dotyczące nakładów finansowych przeznaczonych przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie na realizację programów polityki zdrowotnej w kolejnych latach wskazują zróżnicowanie na poziomie poszczególnych województw. Nakłady finansowe przeznaczane na realizację programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie w latach 2012–2015 najwyższe były w województwach pomorskim i mazowieckim. Średni

procentowy udział nakładów finansowych na programy w wydatkach na ochronę w gminach wiejskich najwyższy był w województwach: pomorskim (16,5%), dolnośląskim (12,8%) i wielkopolskim (11,7%). Najmniej środków na programy polityki zdrowotnej przeznaczyły gminy wiejskie w województwie podlaskim. Średni procentowy udział tych nakładów w wydatkach na ochronę zdrowia w województwie podlaskim wyniósł 4,5%. Nakłady finansowe przeznaczane na realizację programów polityki zdrowotnej przez gminy miejsko-wiejskie w latach 2012–2015 najwyższe były w województwach: dolnośląskim, wielkopolskim i mazowieckim, najniższe w województwie podlaskim. Najwyższy średni udział tych nakładów w wydatkach na ochronę zdrowia był w województwach: dolnośląskim (20,8%), opolskim (13,6%), warmińsko-mazurskim (13,1%) oraz lubuskim (12,2%); najniższy w województwach małopolskim (5,1%) i świętokrzyskim (5,5%).

Kolejnym przedstawionym obszarem jest zakres przedmiotowy programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie. W celu zaprezentowania zakresu przedmiotowego programów jako podstawę przyjęto podział zastosowany w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015. Na tej podstawie wyodrębniono programy dotyczące tzw. strategicznych celów zdrowotnych. W ramach tej kategorii wyróżniono programy, których celem było: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków, zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne, zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji. W latach 2012–2015 gminy wiejskie i miejsko-wiejskie zrealizowały 1214 programów dotyczących strategicznych celów zdrowotnych. Spośród nich zrealizowały najwięcej programów, których celem było zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Programy te stanowiły 49,8% wszystkich przedsięwzięć zrealizowanych w tej kategorii w badanym okresie. Programy dotyczące chorób zakaźnych i zakażeń stanowiły 29% wszystkich programów w tej kategorii, zaś programy, których celem było zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej

umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, stanowiły 8,4% wszystkich programów dotyczących strategicznych celów zdrowotnych.

Uzyskane wyniki wskazują, że część gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w latach 2012–2015 angażowało się w wykonanie fakultatywnego zadania, jakim jest opracowanie, realizacja i finansowanie programów polityki zdrowotnej. Stanowi to wyraz zainteresowania realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego. Jest to również zgodne z kierunkami działań w zakresie zdrowia publicznego zarysowanymi w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015.

Zauważalnym jest także zwiększająca się w każdym kolejnym roku w latach 2012–2014 liczba gmin realizujących programy polityki zdrowotnej, liczba programów, liczba osób w nich uczestniczących oraz wysokość nakładów finansowych przeznaczonych na realizację programów. Może to być skutkiem wzrostu świadomości zdrowotnej i znaczenia zdrowia jako elementu jakości życia. W 2015 r. zauważalny jest spadek aktywności gmin we wszystkich analizowanych aspektach. Najbardziej prawdopodobnym jest, że znaczne zmniejszenie aktywności gmin może być konsekwencją zmiany zasad przekazywania informacji o zrealizowanych programach polityki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującymi wówczas przepisami prawa informacje zbiorcze za 2015 r. przekazywane przez jednostki samorządu terytorialnego dotyczyły wyłącznie programów polityki zdrowotnej, które posiadały opinię AOTMiT albo zostały przekazane Agencji w celu zaopiniowania. Oznacza to, że sprawozdania za rok 2015 nie zawierały informacji o programach, które nie wymagały opinii AOTMiT. Zgodnie z wówczas prezentowanym stanowiskiem Agencji nie wymagały opinii programy, których realizacja rozpoczęła się jeszcze przed wejściem w życie przepisów wprowadzających obowiązek poddania programów ocenie Agencji. Nie można także wykluczyć, że gminy nie przekazywały Agencji do zaopiniowania projektów programów, pomimo ustawowego obowiązku. Takie przypuszczenie jest zgodne z wnioskami przedstawionymi w informacji o wynikach kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, która dotyczyła realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. W konsekwencji może to oznaczać, że wynikający z informacji zbiorczych spadek liczby programów, liczby osób uczestniczących w programach oraz zmniejszenie nakładów na realizację programów w 2015 r. nie musi w rzeczywistości oznaczać zmniejszenia aktywności gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w tym zakresie, a wynika głównie ze zmian w zakresie sprawozdawczości. Jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna.

W poszczególnych województwach stwierdzono również zróżnicowanie liczby gmin realizujących programy polityki zdrowotnej, liczby programów, liczby osób uczestniczących w programach oraz wysokości środków finansowych przeznaczonych na ich realizację. Należy jeszcze raz podkreślić, że prowadzenie programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego nie jest zadaniem obligatoryjnym. Dlatego też rzeczą istotną – nie tylko w kontekście odpowiedzi na pytanie, dlaczego stwierdzono różnorodność, ale także ze względu na przesłanki dla polityki zdrowotnej – jest określenie przyczyn tego zróżnicowania.

Może być ono spowodowane wieloma różnymi przyczynami. Opierając się na opisach w literaturze przedmiotu, a także na analizie obowiązujących przepisów prawnych, zaproponowano czynniki, które teoretycznie mogą mieć charakter determinantów opracowania, realizacji i finansowania przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie programów polityki zdrowotnej. Są one wymienione poniżej.

Jednym z nich może być stan zdrowia populacji. Jako miernik stanu zdrowia populacji gminy można przyjąć współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów złośliwych w powiecie w przeliczeniu na 100 000 ludności.

Determinantem może być również rodzaj (typ) gminy.

Kolejnymi determinantami mogą być czynniki związane z szeroko pojętym zarządzaniem gminą, do których można zaliczyć: czas sprawowania urzędu przez wójta/burmistrza mierzony liczbą kadencji, poziom jego wykształcenia, płeć i wiek; posiadanie strategii rozwoju gminy, w której ujęte są cele związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia oraz zatrudnienie na odrębnym stanowisku pracownika do realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia.

Aktywność gmin mogą także determinować czynniki ekonomiczne. Można do nich zaliczyć: udział środków finansowych przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia w budżecie gminy; przeznaczenie środków własnych na realizację zadań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a także ich udział w budżecie przeznaczonym na ochronę zdrowia; pozyskanie na realizację zadań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia środków finansowych ze źródeł zewnętrznych, tj. z budżetu UE i z budżetu państwa.

Kolejnymi determinantami prowadzenia programów polityki zdrowotnej mogą być czynniki związane z infrastrukturą społeczną. Ich wskaźniki mogą stanowić: liczba funkcjonujących na terenie gminy przychodni, liczba funkcjonujących na terenie gminy szpitali, liczba

funkcjonujących na terenie gminy przedszkoli oraz liczba funkcjonujących na terenie gminy szkół.

W dalszej części dokonano identyfikacji wspomnianych teoretycznych czynników mogących determinować prowadzenie programów polityki zdrowotnej wykorzystując dwa różne źródła informacji i dwa narzędzia. Po pierwsze – przekazywane Ministrowi Zdrowia przez wojewodów wspomniane wyżej informacje zbiorcze o zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach polityki zdrowotnej. Na potrzeby analizy wzięto pod uwagę te programy, które były prowadzone przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie w latach 2012–2015. Po drugie – informacje z autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczącego prowadzenia programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie. Badanie dotyczyło okresu od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2015 r. Objęto nim wszystkie gminy wiejskie i miejsko-wiejskie, czyli łącznie 2175 gmin. Uzyskano łącznie 1435 ankiet, z 66,6% gmin wiejskich i 64,3% gmin miejsko-wiejskich.

Szukając związku pomiędzy teoretycznymi czynnikami determinującymi a podjęciem i prowadzeniem programów korzystano – w zależności od rodzaju i typu zmiennych – z testów statystycznych (testu  $\chi^2$ , lub testu *tau-B* Kendalla). Stwierdzono, że spośród, wskazanych wyżej, teoretycznych determinantów na prowadzenie przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie programów polityki zdrowotnej w istotnym stopniu dodatnio wpływa:

- rodzaj (typ) gminy ( $\chi^2 = 16,04$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ );
- posiadanie strategii rozwoju gminy, w której ujęte są cele związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia ( $\chi^2 = 37,42$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ );
- zatrudnienie na odrębnym stanowisku pracownika do realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia ( $\chi^2 = 12,40$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ );
- wyrażony procentowo średni udział środków finansowych przeznaczonych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia ( $t = 2,48$ ,  $df = 289,07$ ;  $p < 0,05$ );
- przeznaczenie przez gminę środków własnych na realizację zadań z zakresu profilaktyki chorób i promocję zdrowia ( $\chi^2 = 327,66$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ );
- średnia liczba przychodni funkcjonujących na terenie gminy ( $t = 4,62$ ,  $df = 692,62$ ;  $p < 0,001$ );
- średnia liczba szpitali funkcjonujących na terenie gminy ( $t = 3,65$ ,  $df = 790,46$ ;  $p < 0,001$ );

- średnia liczba przedszkoli funkcjonujących na terenie gminy ( $t = 5,18$ ,  $df = 675,57$ ;  $p < 0,001$ );
- średnia liczba szkół funkcjonujących na terenie gminy ( $t = 3,72$ ,  $df = 834,88$ ;  $p < 0,001$ ).

Powyższe determinanty posłużyły do opracowania modelu prognostycznego uwarunkowań prowadzenia programów polityki zdrowotnej. Do konstrukcji modelu zastosowano regresję wielokrotną metodą wprowadzania. Pozwoliło to na eksplorację relacji między zmiennymi uwzględnionymi w rozważaniach dotyczących czynników wpływających na prowadzenie programów polityki zdrowotnej. Na podstawie wartości współczynników regresji stwierdzono, że istotnymi predyktorami są:

- przeznaczenie przez gminę środków własnych na realizację zadań z zakresu profilaktyki chorób i promocję zdrowia ( $\beta = 0,43$ ;  $p < 0,001$ );
- posiadanie strategii rozwoju gminy, w której ujęte są cele związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,005$ );
- średnia liczba przychodni funkcjonujących na terenie gminy ( $\beta = 0,39$ ;  $p < 0,05$ );
- średnia liczba szkół funkcjonujących na terenie gminy ( $\beta = 0,29$ ;  $p < 0,05$ );
- średnia wartość procentowego udziału budżetu gminy przeznaczonego na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia ( $\beta = 0,28$ ;  $p < 0,05$ );
- zatrudnienie na odrębnym stanowisku pracownika do realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia ( $\beta = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ).

Współczynniki standaryzowane  $\beta$  wskazują, że wymienione predyktory dodatnio wpływały na fakt prowadzenia przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie programów polityki zdrowotnej w latach 2012–2015. Zaproponowany model prognostyczny wyjaśnił blisko 76% wariancji zmiennej.

#### **4.2.3. Implikacje praktyczne przeprowadzonych badań**

Przeprowadzone badanie ma kilka implikacji praktycznych.

Przede wszystkim model prognostyczny – pozostając absolutnym novum, ogólnie w sferze działań na rzecz zdrowia ludności, a w szczególności uwarunkowań prowadzenia programów polityki zdrowotnej zastosowany w praktyce tychże działań na rzecz zdrowia może stać się skutecznym i efektywnym narzędziem w prowadzeniu lokalnej polityki zdrowotnej, której celem jest poprawa stanu zdrowia populacji gmin wiejskich i miejsko-wiejskich i niwelowanie różnic pomiędzy stanem zdrowia mieszkańców miast i wsi, choć nie

tylko. Może być również wykorzystany jako narzędzie prognostyczne w kreowaniu polityki zdrowotnej na poziomie regionu, a nawet kraju, i to w różnych zakresach. Gminy wiejskie i miejsko-wiejskie charakteryzujące się wskazanym zestawem predyktorów – nawet jeżeli w przeszłości prowadziły programy polityki zdrowotnej – mogą zapewne powtórzyć te działania zdrowotne lub podjąć jako nową działalność.

Po drugie, jeżeli w zakresie prowadzenia polityki zdrowotnej na poziomie regionu, a nawet kraju chciano by zintensyfikować działania zmierzające do zwiększenia liczby programów polityki zdrowotnej realizowanych zgodnie z potrzebami zdrowotnymi lokalnych społeczności, a także będących istotnym uzupełnieniem krajowych programów, to wiedza o wskazanym zestawie determinantów umożliwiłaby sprawniejsze oddziaływania na organy gmin w kwestii rozpoczęcia realizacji programów. Może to być istotne zwłaszcza tam, gdzie wskazane jest zastosowanie szczególnych działań dla rozwiązywania najistotniejszych problemów zdrowia ludzi w wymiarze zarówno jednostkowym, jak i społecznym. Kolejność podejmowanych działań mogłaby zależeć od cech gmin wiejskich i miejsko-wiejskich w kontekście omawianego zestawu determinantów (modelu).

Po trzecie daje to szeroką wiedzę na temat działalności i uwarunkowań prowadzenia przez gminy określonej działalności na rzecz zdrowia własnych społeczności, co może mieć istotne znaczenie dla komparatystki w przyszłości.

I na koniec nie można pominąć gotowych rozwiązań zmian w prawie, które wprowadzone w życie zwiększyłyby przejrzystość, efektywność i bezpieczeństwo realizacji lokalnych zadań w obszarze polityki zdrowotnej, a tym samym umożliwiłyby skuteczniejsze osiągnięcie założonych celów, a także szybszą i bardziej adekwatną reakcję na potrzeby zdrowotne lokalnych społeczności.

#### **4.2.4. Wykaz piśmiennictwa naukowego przywołanego w autoreferacie**

1. Kubiak R., *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Warszawa 2014.
2. Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna”, 2000, 2(8), s. 7–15.
3. Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
4. World Health Organization, *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
5. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P., Zdrojewski T., *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja*

- zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016, s. 49–114.
6. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T., *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 59–159.
  7. Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2016.
  8. Winslow C.E.A., *The untilled fields of public health*, „Science”, 1920, 51(1306), s. 23–33.
  9. Terris M., *Epidemiology and the Public Health Movement*, „Journal of Public Health”, 1987, 8(3), s. 315–329.
  10. Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*, HM Stationary Office, London 1988.
  11. Issel L.M., Wells R., *Health Program Planning and Evaluation: A Practical and Systematic Approach for Community Health*, Jones & Bartlett Learning, Burlington 2018.
  12. Grembowski D., *The Practice of Health Program Evaluation*, Sage Publications, Thousand Oaks, California 2015.
  13. Cianciara D., *Logiczny model programu zdrowotnego, czyli jak przygotować skuteczny program polityki zdrowotnej w jednostce samorządu terytorialnego*, „Hygeia Public Health”, 2016, 51(3), s. 242–248.
  14. Cianciara D., Lewczuk-Wesołowska A., Zalewska E., Dudzik K., Piętka S., Grudziąż-Sękowska J., Rdzany R., *Trwałość samorządowych programów zdrowotnych*, „Hygeia Public Health”, 2015, 50(1), s. 104–111.
  15. Zalewska E., Cianciara D., Lewczuk-Wesołowska A., Dudzik K., Piętka S., Grudziąż-Sękowska J., Rdzany R., Brzezińska A., *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych, cz. II, Aspekty finansowe*, „Hygeia Public Health” 2015, 50(1), s. 90–96.
  16. Tyszko P., Kowalska J., Demidowicz J., *Marketing w realizacji programów zdrowotnych*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2011, 13(1), s. 95–101.
  17. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Nowe zasady przekazywania środków publicznych na realizację programów zdrowotnych w świetle przepisów ustawy o działalności publicznej*, „Prawo i Medycyna”, 2012, 3–4(14), s. 114–136.

18. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studentów i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, CeDeWu, Warszawa 2017.
19. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.
20. Indulski J., Leowski J., *Podstawy medycyny społecznej*, PZWL, Warszawa 1971.
21. Saldak B., *Ochrona zdrowia. Podstawowe pojęcia, elementy, funkcje i ogólne zasady organizacji*, „Wiadomości Lekarskie”, 1979, XXXII(21), s. 1529–1538.
22. Balicki M., *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce* [w:] Opolski J., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, CMKP, Warszawa 2011, s. 97–124.
23. Czupryna A. (red.), Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne*, t. I, Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2001.
24. Lewtak K., Poznańska A., Cianciara D., Sugay L., Urban E., Piotrowicz M., Gajewska M., Rutyna A., Krysińska M., *Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w projektach programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny AOTMiT w 2017 r.* [w:] Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – synteza*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 265–273.
25. Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A., *Health needs as a priority of local authorities in Poland based on the example of implementation of health policy cancer programmes*, „Archives of Medical Science”, DOI: 10.5114/aoms.2016.62283.
26. Augustynowicz A., Czerw A., Kowalska M., Bobiński K., Fronczak A., *Preventive healthcare and health promotion in local governments based on the example of health policy programmes concerned with cardiovascular diseases implemented in Poland in 2009–2014*, „Kardiologia Polska”, 2017, 75(6), s. 596–604.
27. Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A., *Health needs in local government policies in Poland in the context of anti-smoking health policy programmes*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, 2018, 27(12), s. 1651–1659.
28. Augustynowicz A., Czerw A., Borowska M.W., Deptała A., Dykowska G., Fronczak A., *Prevention of overweight and obesity undertaken by local government units in Poland*, „Health Policy”, DOI: HEAP-D-18-00106R2.

29. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Informacja o wynikach kontroli – realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, KZD.430.001.2016, Nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD, Warszawa 2016.

#### **4.2.5. Wykaz aktów prawnych przywołanych w autoreferacie**

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 16 lipca 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
2. Ustawa z 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.).
3. Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r., poz. 183).
4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.).

## **5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO – BADAWCZE**

### **5.1. Charakterystyka publikacji naukowych opublikowanych po uzyskaniu stopnia naukowego doktora**

Mój łączny dorobek naukowy to 78 naukowych publikacji pełnotekstowych, opublikowanych w czasopiśmie posiadających punkty IF oraz MNiSW. W 48 pracach jestem pierwszym lub jedynym autorem. W sumie za te publikacje naukowe zgromadziłam 14,601 punktów IF oraz 1,780 punktów IF za publikację naukową w suplemencie, co łącznie daje 16,381 IF oraz 956 punktów MNiSW.

Jestem autorem lub współautorem 6 monografii naukowych, oraz 23 rozdziałów w monografiach naukowych. Jestem również współredaktorem naukowym 4 monografii naukowych. Wykaz opublikowanych przeze mnie artykułów naukowych, wraz z informacją o wysokości punktacji za każdą z prac; monografii oraz rozdziałów w monografiach stanowi odrębny załącznik do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego (załącznik nr 5).

Mój dorobek naukowy mieści się tematycznie w obszarze nauk o zdrowiu, i dotyczy szeroko rozumianych problemów zdrowia publicznego. W całości mojego dorobku wyróżnić można sześć podstawowych nurtów naukowych:

- polityka zdrowotna, głównie: regionalna i lokalna,
- organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce,

- istota i zakres zdrowia publicznego; narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; profilaktyka chorób i promocja zdrowia, marketing produktów leczniczych,
- funkcjonowanie wybranych zawodów medycznych w Polsce,
- wybrane zagadnienia prawa medycznego,
- prawne aspekty bezpieczeństwa pacjentów.

W ostatnich latach główny nurt moich zainteresowań naukowych stanowią badania nad prowadzeniem przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, które są podstawowym narzędziem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i powinny być podstawowym narzędziem w kreowaniu regionalnej i lokalnej polityki zdrowotnej.

W ramach tego obszaru prowadzę badania, których celem jest analiza programów polityki zdrowotnej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, określenie czynników determinujących prowadzenie programów, a także analiza realizacji w programach polityki zdrowotnej potrzeb zdrowotnych Polaków. Badania te prowadzone były w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a od października 2018 r. są kontynuowane w ramach badań statutowych w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W nurcie tych naukowych zainteresowań i tematów publikowanych prac mieści się oczywiście monografia, która jest podstawą ubiegania się o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego i została zaprezentowana na wstępie.

Efektom prowadzonych prac badawczych są także wymienione poniżej publikacje, których zdecydowana większość została opublikowana w czasopiśmie posiadających punkty IF i których byłam inicjatorem i głównym wykonawcą:

1. **Augustynowicz A.**, Czerw A., Kowalska M., Bobiński K., Fronczak A., *Preventive healthcare and health promotion in local governments based on the example of health policy programmes concerned with cardiovascular diseases implemented in Poland in 2009–2014*, „Kardiologia Polska”, 2017, 75(6), s. 596–604.
2. Borowska M., **Augustynowicz A.**, Czerw A., Fronczak A., *Prevention of Overweight and Obesity among Children and Youth in Local Government Health Policy Programs in between 2009–2015*, „Pediatrics & Therapeutics”, 2017, 7(4), s. 338–346.
3. **Augustynowicz A.**, Czerw A., Borowska M., Fronczak A., Deptała A., *Breast cancer and cervical cancer prevention programmes carried out by local government units in Poland in 2009–2014*, „Oncotarget”, 2018, 9(31), s. 21943–21949.

4. **Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A.,** *Health needs as a priority of local authorities in Poland based on the example of implementation of health policy cancer programmes*, „Archives of Medical Science”, 2018, 14(6), s. 1439–1449.
5. **Augustynowicz A., Czerw A., Deptała A.,** *Health needs in local government policies in Poland in the context of anti-smoking health policy programs*, 2019;123(5):499-502 „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, 2018; 27(12), s. 1651-1659.
6. **Augustynowicz A., Czerw A., Borowska M.W., Deptała A., Dykowska G., Fronczak A.** *Prevention of overweight and obesity undertaken by local government units in Poland*, „Health Policy”, 2019; 123(5), s. 499-502.
7. **Augustynowicz A., Waszkiewicz M., Szopa S., Borowska M., Czerw A.** *Creating healthy and active life for the elderly in programmes conducted by rural and urban-rural communes in Poland*, „European Journal of Public Health”. 2020; 31(1), s. 111-115.
8. **Augustynowicz A., Bojar I., Borowska M., Bobiński K., Czerw O.** *Self-government HPV vaccination programmes in Poland, 2009–2016*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 2020; 27(3), s. 379-383.

W ramach swojej pracy naukowej badałam również problematykę organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zajmowałam się w tym obszarze tematyką finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, prawnymi aspektami funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze szczególnym uwzględnieniem medycznych laboratoriów diagnostycznych. Do tego nurtu zainteresowań zaliczam również kwestie związane z procesami zarządczymi w podmiotach leczniczych. Uczestniczyłam w badaniu dotyczącym outsourcingu w podmiotach leczniczych – bezpośrednim prowadzącym tego badania była doktorantka, w której przewodzie doktorskim pełniłam funkcję promotora pomocniczego. Badanie prowadzone było na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety w 2012 r., 2014 r. i 2018 r. Wzięło w nim udział 750 podmiotów leczniczych.

Efektom zainteresowań w tym obszarze są artykuły w recenzowanych czasopismach naukowych:

1. Owczarek H., **Augustynowicz A.,** *Rola badań diagnostyki laboratoryjnej w procesie leczenia*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2009, 7(1), s. 270–277.
2. Owczarek H., **Augustynowicz A.,** *Propozycje zmian w systemie diagnostyki laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2010, 46(3), s. 339–344.

3. **Augustynowicz A.**, Owczarek H., *Miejsce diagnostyki laboratoryjnej w podstawowych aktach prawnych regulujących organizację i finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(4), s. 461–465.
4. **Augustynowicz A.**, Budziszewska-Makulska A., *Nowe zasady przekazywania środków publicznych na realizację programów zdrowotnych w świetle przepisów ustawy o działalności publicznej*, „Prawo i Medycyna”, 2012, 3–4(14), s. 114–136.
5. **Augustynowicz A.**, Owczarek H., Waszkiewicz M., *Laboratory diagnostics in the health care system*, „Journal of Health Policy Insurance and Management”, 2013, XII/II, s. 7–14.
6. **Augustynowicz A.**, *Czy dopuszczalne jest pobieranie opłat od ubezpieczonych pacjentów za badania laboratoryjne będące świadczeniami gwarantowanymi*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 49(2), s. 153–158.
7. **Augustynowicz A.**, Owczarek H., *Zadania organów samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych zadaniami publicznymi?*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 48(1), s. 59–63.
8. Religioni U., Czerw A., Walewska-Zielecka B., **Augustynowicz A.**, *Obszary zarządzania placówką medyczną w sytuacji wystąpienia pandemii grypy*, „Journal of Health Sciences”, 2014, 4(9), s. 181–190.
9. Czerw A., Religioni U., **Augustynowicz A.**, *Kluczowe czynniki sukcesu podmiotów leczniczych*, „Journal of Health Sciences”, 2014, 4(9), s. 257–272.
10. Wrześniewska-Wal I., Waszkiewicz M., Hajdukiewicz D., **Augustynowicz A.**, *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu”, 2018, 4(56), s. 47–76.
11. Borowska M., **Augustynowicz A.**, Czerw A., *Factors determining the financial effectiveness of outsourcing in medical entities in Poland*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2018, 8(12), s. 546–557.
12. Pihowicz N., **Augustynowicz A.**, Łukasik A., Tarkowski K., Kister A., Zybala M., Kwaśniewska A., Filip M., Wdowiak A., *National Health Fund control activities over the provision of dental services*, „European Journal of Medical Technologies”, 2019, 1, s. 16–24.
13. Borowska M., **Augustynowicz A.**, Czerw A., *Analiza aktywności podmiotów leczniczych w zakresie outsourcingu wybranych rodzajów działalności podstawowej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2019, 55(1): s. 5-10.

14. Borowska M., **Augustynowicz A.**, Bobiński K., Waszkiewicz M., Czerw A. *Selected factors determining outsourcing of basic operations in healthcare entities in Poland.* „Health Policy”, 2020; 124(4), s. 486-490.
15. **Augustynowicz A.**, Waszkiewicz M., Czerw A. *Treatment of people exposed to, suspected of being infected or infected with SARS CoV-2 virus. Evolution of legal regulations.* „General Medicine and Health Sciences” DOI: 10.26444/monz/131926

W ramach mojej aktywności naukowej zajmowałam się również problematyką innych, istotnych problemów zdrowia publicznego, a mianowicie: istotą i zakresem zdrowia publicznego, narzędziami realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyką chorób i promocją zdrowia, marketingiem produktów leczniczych.

Pragnę także podkreślić, że realizując współpracę międzyzakładową w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym – głównie z Zakładem Żywienia Człowieka i Zakładem Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu – współuczestniczyłam w badaniach dotyczących wybranych problemów związanych z żywieniem człowieka z perspektywy zdrowia publicznego.

Efektom mojej działalności naukowej w tym obszarze są następujące publikacje:

1. Czerw A., Religioni U., Dziedzic D., **Augustynowicz A.**, *Wpływ czynników socjo-demograficznych na zjawisko samoleczenia bólu*, „Hygeia Public Health”, 2013, 48(4), s. 560–565.
2. Olejniczak D., **Augustynowicz A.**, Czerw A., *Realizacja zadań z zakresu promocji zdrowia a wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 49(3), s. 247–251.
3. Czerw A., Religioni U., Dziedzic A., **Augustynowicz A.**, *Socio-demographic factors and self-healing of pain phenomenon in Poland*, „Medical and Biological Sciences”, 2014, 28(3), s. 13–18.
4. Czerw A., Religioni U., Kunda A., **Augustynowicz A.**, *Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego w Polsce*, „Journal of Health Sciences”, 2014, 4(9), s. 249–256.
5. Czerw A., Kościuk K., **Augustynowicz A.**, *Wiek i płeć jako zmienne różnicujące wpływ środków masowego przekazu na poglądy i zachowania zdrowotne – badania własne*, „Media – Kultura – Komunikacja Społeczna”, 2014, 10(4), s. 41–53.
6. Czerw A., Religioni U., Grom K., **Augustynowicz A.**, *The impact of television advertising of medicinal products on OTC painkillers purchase in Poland*, „Medical and Biological Sciences”, 2015, 29(4), s. 23–28.

7. Czerw A., Siuchta A., Augustynowicz A., Dykowska G., Szpakowski R., Staniszevska A., *Restrictions on the advertising of medicinal products in Poland and violations thereof from 2011 to 2015*, "Acta Poloniae Pharmaceutica", 2018, 75(1), s. 241–246.
8. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., *Obowiązkowe szczepienia ochronne jako narzędzie zdrowia publicznego*, „Postępy Nauk Medycznych”, 2016, XXIX(5), s. 356–361.
9. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., *Wybrane rozwiązania prawne w obszarze zdrowia publicznego w Norwegii, Hiszpanii i Czechach*, „Postępy Nauk Medycznych”, 2016, XXIX(5), s. 332–337.
10. Iwan P., Dykowska G., Augustynowicz A., Sienkiewicz Z., Fronczak A., *Dokumentacja medyczna na bloku operacyjnym a zarządzanie jakością, jako element bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu* [w:] *Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta*, cz. 1., *System ochrony zdrowia a bezpieczeństwo pacjenta*, Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2016, s. 185–210 (rozdział w monografii).
11. Cianciara D., Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., *Rola diagnostyki laboratoryjnej w zdrowiu publicznym*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2018, 54(3), s. 191–196.
12. Juszczuk G., Augustynowicz A., Religioni U., Mikos M., Banaś T., Deptała A., Czerw A., *Refusal to take a sick leave as an estimate of the phenomenon of presenteeism in Poland*, „Oncotarget”, 2018, 9(46), s. 28176–28184.
13. Dykowska G., Sienkiewicz Z., Czerw A., Augustynowicz A., Świtalski J., *Strefa Schengen dla opieki długoterminowej w Unii Europejskiej* [w:] *Opieka długoterminowa w chorobach przewlekłych: perspektywy i wyzwania*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Włocławek 2018, s. 31–38 (rozdział w monografii).
14. Dykowska G., Czerw A., Augustynowicz A., *Bezpieczeństwo pacjenta* [w:] *Przykłady dobrych praktyk w pielęgniarstwie alergologicznym: I spotkanie grupy ekspertów z obszaru pielęgniarstwa alergologicznego*, Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2018, s. 348–367 (rozdział w monografii).
15. Kucharska A.M., Gajewska D., Kiedrowski M., Sińska B.I., Juszczuk G.P., Czerw A., Augustynowicz A., Bobiński K.T., Deptała A., Niegowska J., *The impact of individualized nutritional therapy according to DASH diet on blood pressure, body mass and selected biochemical parameters in overweight/obese patients with primary*

*arterial hypertension: a prospective randomized study*, „Kardiologia Polska”, 2018, 76(1), s. 158–165.

16. Dykowska G., Jaszczyńska M., Augustynowicz A., Leńczuk-Gruba A., Gołębiak I. *Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w opiece stacjonarnej jako element pielęgniarstwa opieki geriatrycznej*. „Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kwartalnik międzynarodowy”, 2019; 2, s. 17-25.

W zakresie moich zainteresowań naukowych znajduje się również funkcjonowanie wybranych zawodów medycznych w Polsce, głównie pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych.

Uczestniczyłam w badaniu dotyczącym migracji zarobkowej polskich pielęgniarek. Badaniami objęto 581 aktywnych zawodowo pielęgniarek pod kątem przyczyn, kierunków i długości trwania pracy zarobkowej za granicą. Wyniki tych badań zostały opublikowane w suplemencie do czasopisma indeksowanego w Journal Citation Reports. Jestem również pomysłodawcą i głównym badaczem jednej z dwóch części projektu badawczego „Autonomia zawodu pielęgniarki i położnej”, realizowanego w latach 2017-2019 przez Szkołę Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Efektem realizacji tego projektu jest opublikowanie m.in. pod moją redakcją naukową, monografii naukowej pt. *Praca w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych - terażniejszość a przyszłość*. Od początku stworzenia przez ustawodawcę ram prawnych funkcjonowania zawodu diagnosty laboratoryjnego zajmuję się analizą uwarunkowań prawnych wykonywania tego zawodu. Jestem pomysłodawcą i współautorem komentarza naukowego do ustawy o diagnostyce laboratoryjnej a także cyklu artykułów naukowych poświęconych tej tematyce.

Wynikiem moich zainteresowań naukowych w tym zakresie jest opublikowanie kilku monografii naukowych oraz szeregu artykułów w czasopismach posiadających punkty MNiSW:

1. **Huk-Augustynowicz A., Widarska A.,** *Podstawy prawa dla diagnostów laboratoryjnych*, OINpharma, Warszawa 2009 (**monografia**).
2. **Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., Tymiński R., Waszkiewicz M.,** *Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010 (**monografia**).

3. Augustynowicz A., Owczarek H., Waszkiewicz M., *Interes publiczny a uznanie zawodu diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2011, 47(2), s. 211–217.
4. Augustynowicz A., Owczarek H., *Czynności diagnostyki laboratoryjnej – analiza definicji oraz postulaty zmian*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2011, 47(1), s. 91–97.
5. Augustynowicz A., Owczarek H., *Zawód diagnosty zawodem zaufania publicznego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2012, 8, s. 304–315.
6. Augustynowicz A., Owczarek H., *Dobro pacjenta w wykonywaniu zawodu diagnosty laboratoryjnego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(1), s. 77–86.
7. Augustynowicz A., Owczarek H., *Charakter publiczny kompetencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(1), s. 229–236.
8. Augustynowicz A., *Doskonalenie zawodowe diagnostów laboratoryjnych na tle innych zawodów medycznych*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(3), s. 339–345.
9. Augustynowicz A., *Diagnosta laboratoryjny w laboratorium – formy prawne nawiązania współpracy*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(4), s. 467–471.
10. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Personel laboratorium wobec przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 48(1), s. 53–57.
11. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., Tataro T., *Porównanie regulacji prawnych dotyczących odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnosty laboratoryjnego w odniesieniu do przepisów prawnych odnoszących się do wybranych zawodów medycznych*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2014, 51(2), s. 169–172.
12. Szpakowski R., Zając P., Dykowska G., Sienkiewicz Z., Augustynowicz A., Czerw A., *Labour migration of Polish nurses: A questionnaire survey conducted with Computer Assisted Web Interview technique, Reviewing the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, „Human Resources for Health”, 2016, 14(1), s. 1–10. (IF: 1.780).
13. Kowalska M., Augustynowicz A., Czerw A., *Regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na tle przepisów regulujących wykonywanie innych zawodów medycznych. Propozycje zmian przepisów ustawy o diagnostyce laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2016, 52(2), s. 145–148.
14. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., Czerw A., Kowalska M., *Nagrywanie lekarzy przez pacjentów i ich bliskich*, „Pediatria Polska”, 2016, 91(5), s. 509–513.

15. Wrześniewska-Wal I., Kowalewska E., **Augustynowicz A.** *Autonomia zawodu pielęgniarki i położnej w świetle nowych regulacji*. W: Praca w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych - teraźniejszość a przyszłość. Praca pod red. Wrześniewska-Wal I, Cianciara D, **Augustynowicz A**, PZWL, Warszawa 2020 (**monografia**).

W swojej pracy naukowej zajmowałam się również zagadnieniami prawa medycznego. Zajmuję się problematyką odpowiedzialności prawnej personelu medycznego, poszczególnych praw pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem problematyki zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne oraz tajemnicy zawodowej personelu medycznego. Zainteresowanie problematyką tajemnicy zawodowej stanowi kontynuację rozważań podjętych w rozprawie doktorskiej. Jestem pomysłodawcą i autorem pierwszej w Polsce monografii naukowej stanowiącej komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, uwzględniającej zarówno dorobek doktryny prawniczej w tym obszarze, jak również orzecznictwo sądów polskich. Jestem również pomysłodawcą i współautorem cyklu publikacji dotyczącego prawnych aspektów udzielania świadczeń zdrowotnych osobom małoletnim. Cykl ten uzyskał nagrodę Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Obszarem moich zainteresowań jest również ochrona prawna personelu medycznego w razie agresywnych zachowań pacjentów i ich rodzin. Efektem tej działalności są artykuły naukowe publikowane w indeksowanych periodykach naukowych, monografie i rozdziały w monografiach:

1. **Huk A.** *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*, Wydawnictwo ABC, Warszawa 2006 (**monografia**).
2. **Huk A.** *Tajemnica zawodowa lekarza a obowiązek zawiadomienia o popełnionym przestępstwie* [w:] *Problemy stosowania prawa sądowego*, prof. dr hab. I. Nowikowski (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007, s. 199–214 (**rozdział w monografii**).
3. **Augustynowicz A.** *Prawo medyczne* [w:] *Zdrowie publiczne*, cz. I, *Podstawy zdrowia publicznego*, Szczerbań J. (red.), Oficyna wydawnicza WUM, Warszawa 2008 (**rozdział w monografii**).
4. **Augustynowicz A.** *Tajemnica zawodowa lekarza a obowiązek współdziałania z organami ścigania* [w:] „Prawo i Medycyna”, 2008, 33(10): 83–98.
5. **Augustynowicz A.**, Dąbrowska T., Wrześniewska-Wal I. *Prawo medyczne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo CMKP, Warszawa 2009 (**monografia**).

6. Augustynowicz A. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, „Prawo i Medycyna”, 2009, 37(4), s. 31–45.
7. Augustynowicz A. *Odpowiedzialność karna lekarza*, „Nowa Klinika”, 2009, 16(13), s. 13119–13131.
8. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu, Warszawa 2010 (monografia).
9. Augustynowicz A. *Podstawowe pojęcia prawne* [w:] *Prawo Medyczne: Wybrane zagadnienia*. Jędrkiewicz H. (red.), Wydawnictwo CMKP, Warszawa 2011, s. 1-6 (rozdział w monografii).
10. Augustynowicz A. *Prawa pacjenta* [w:] *Prawo Medyczne: Wybrane zagadnienia*. Jędrkiewicz H. (red.), Wydawnictwo CMKP, Warszawa 2011, s. 21-66 (rozdział w monografii).
11. Augustynowicz A. *Odpowiedzialność karna lekarza* [w:] *Prawo Medyczne: Wybrane zagadnienia*. Jędrkiewicz H. (red.), Wydawnictwo CMKP, Warszawa 2011, s. 75-94 (rozdział w monografii).
12. Augustynowicz A. *Prawo karne w ochronie zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. II, Opolski J. (red.), Wydawnictwo CMKP, Warszawa 2011, s. 93–117 (rozdział w monografii).
13. Augustynowicz A. *Problem zgody pacjenta na zabiegi i czynności diagnostyki laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(1), s. 87–93.
14. Augustynowicz A. *Tajemnica zawodowa diagnosty laboratoryjnego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(2), s. 219–227.
15. Augustynowicz A., Owczarek H. *Problematyka praw pacjenta w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej*, „Polityka Zdrowotna”, 2012, XI, s. 69–78.
16. Augustynowicz A. *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Medycyna Rodzinna”, 2012, 64(4), s. 78–80.
17. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci*, „Pediatria Polska”, 2013, 88(1), s. 120–126.
18. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Stosowanie przymusu bezpośredniego w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów*, „Pediatria Polska”, 2013, 88(2), 206–212.

19. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy*, „Pneumonologia i Alergologia Polska”, 2013, 81, s. 130–136.
20. Augustynowicz A. *Udzielanie pomocy medycznej małoletnim pod wpływem alkoholu lub narkotyków – aspekty prawne*, „Pediatria Polska”, 2013, 3, s. 294–300.
21. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Małoletni pacjent ofiara przestępstwa a obowiązek zawiadomienia przez lekarza organu ścigania o popełnionym przestępstwie*, „Pediatria Polska”, 2013, 4, s. 375–381.
22. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Praktyczne aspekty postępowania lekarza w razie braku zgody opiekunów prawnych na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Pediatria Polska”, 2013, 5, s. 485–490.
23. Augustynowicz A., Czerw A. *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane*, „Prawo i Medycyna”, 2013, 1(2), s. 35–51.
24. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A. *Ograniczenie lub pozbawienie władzy rodzicielskiej a uczestnictwo rodziców w procesie diagnostyczno-terapeutycznym podejmowanym wobec małoletniego pacjenta*, „Pediatria Polska”, 2013, 6, s. 589–594.
25. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Czerw A., Olejniczak D. *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w diagnostyce laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 49(4), s. 411–417.
26. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A. *Odpowiedzialność cywilna diagnosty laboratoryjnego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2013, 49(4), s. 419–424.
27. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Lekarz psychiatra jako świadek w postępowaniu karnym*, „Prawo i Medycyna”, 2013, 3–4(15), s. 89–106.
28. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Zawiadomienie przez lekarza o popełnieniu przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności a obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej*, „Prawo i Medycyna”, 2013, 3–4(15), s. 107–119.
29. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., Czerw A. *Ochrona prawna lekarza pediatry w razie agresywnych zachowań małoletnich pacjentów lub osób opiekujących się pacjentem*, „Pediatria Polska”, 2014, 1, s. 64–70.

30. Augustynowicz A. *Udział małoletniego, który ukończył 16 rok życia, w procesie diagnostyczno-terapeutycznym – wybrane aspekty prawne*, „Pediatria Polska”, 2014, 2, s. 138–144.
31. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych*, „Prawo i Medycyna”, 2014, 1(16), s. 47–60.
32. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. *Wybrane zagadnienia prawne dotyczące wypisania małoletniego pacjenta ze szpitala*, „Pediatria Polska”, 2014, 3, s. 213–218.
33. Augustynowicz A. *Modyfikacja lekarskiego obowiązku zawiadomienia organu ścigania o przestępstwie przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wynikająca ze zmiany przepisów kodeksu karnego*, „Pediatria Polska”, 2014, 3, s. 211–212.
34. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Tataro T. *Przetaczanie krwi małoletnim pacjentom, których rodzice są Świadcami Jehowy – wybrane zagadnienia prawne*, „Pediatria Polska”, 2014, 5, 380–384.
35. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., Czerw A. *Badania kliniczne leku jako przykład eksperymentu medycznego z udziałem małoletniego – analiza wybranych aspektów prawnych*, „Pediatria Polska”, 2014, 6, s. 466–471.
36. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Czerw A. *Udział małoletniego rodzica w procesie diagnostyczno-terapeutycznym*, „Pediatria Polska”, 2015, 2, s. 165–169.
37. Augustynowicz A., Czerw A., Wrześniewska-Wal I., Fronczak A. *Ochrona prawna pielęgniarki/położnej w razie agresywnych zachowań pacjentów w podmiotach leczniczych*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2015, 5(3), s. 259–268.
38. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Czerw A. *Zgoda wyrażona przez osoby opiekujące się osobą starszą na jej udział w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym – wybrane zagadnienia prawne*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2015, 5(6), s. 73–78.
39. Wrześniewska-Wal I., Augustynowicz A., Czerw A. *Problematyka prywatności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom starszym – wybrane aspekty prawne*, „Journal of Education, Health and Sport”, 2015, 5(6), s. 281–290.
40. Augustynowicz A., Czerw A., Wrześniewska-Wal I. *Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w podmiotach sprawujących długoterminową opiekę nad osobami starszymi*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2016, 18(1), s. 69–73.

41. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Dykowska G., Kowalska M., Czerw A., *Uprawnienia opiekuna faktycznego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym podejmowanym wobec małoletniego pacjenta – wybrane zagadnienia prawne*, „Pediatria Polska”, 2016, 2, s. 180–184.
42. Augustynowicz A., Dykowska G. *Aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa [w:] Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych*, Mirowska-Guzel D., Joniec-Maciejak I., Wójcik G. (red.), Oficyna Wydawnicza WUM. Warszawa 2017, s. 253–294 (rozdział w monografii).
43. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Cianciara D. *Zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej medycznego laboratorium diagnostycznego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2018, 54(2), s. 113–116.
44. Augustynowicz A., Strzelec P., Wrześniewska-Wal I., Bobiński K., Kowalska M., Partyka O., Czerw A. *The scope of obligatory civil liability insurance of entities conducting medical activities and liability for damages resulting from violations of patients' rights In the polish law*, „Journal of Education Health and Sport”, 2018, 8(4), s. 357–366.
45. Augustynowicz A., Strzelec P., Waszkiewicz M., Dykowska G. *Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych a obowiązek zachowania tajemnicy przez lekarza*. W: Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Prawo, etyka, organizacja. Część I. Praca zbiorowa pod red. Dykowska G, Augustynowicz A. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019: s. 84-94 (rozdział w monografii).
46. Augustynowicz A., Waszkiewicz M., Dykowska G. *Błąd medyczny a zdarzenie niepożądane – prawa pacjenta vs. prawa pracownika systemu ochrony zdrowia – problem tkwi w szczegółach*. W: Zdarzenia niepożądane w pielęgniarstwie alergologicznym: II spotkanie robocze grupy polskich ekspertów: Przykłady Dobrych Praktyk w Pielęgniarstwie Alergologicznym. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2020: s. 42 – 58 (rozdział w monografii).
47. Eid M., Augustynowicz A., Borowicz J. *Tajemnica zawodowa obowiązująca osoby wykonujące zawody medyczne – zakres, odpowiedzialność prawna wiążąca się z jej niedochowaniem*. W: Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2020: s. 25-34 (rozdział w monografii).

W swojej działalności naukowej zajmowałam się również problematyką bezpieczeństwa pacjenta.

Jestem członkiem Komitetu Naukowego organizowanych corocznie od 2016 r. przez Warszawski Uniwersytet Medyczny, Konferencji Naukowych poświęconych bezpieczeństwu pacjenta. Jestem współredaktorem trzech monografii naukowych dotyczących tej problematyki, a także współautorem prac z tego obszaru. Za współredakcję dwóch monografii otrzymałam w 2020 r. nagrodę Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Do tego obszaru działalności zaliczam następujące publikacje:

1. Dykowska G., Augustynowicz A. (red), Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Prawo, etyka, organizacja. Część I, Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019.
2. Dykowska G., Sienkiewicz Z., Leńczuk-Gruba A., Augustynowicz A. (red), Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Organizacja i zarządzanie w opiece stacjonarnej, Część II. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019.
3. Dykowska G., Sienkiewicz Z., Czerw A., Augustynowicz A. (red.) Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Bezpieczeństwo pacjenta a farmakoterapia, Część IV. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2020.
4. Waszkiewicz M., Augustynowicz A., Dykowska G. *Przestrzeganie praw pacjenta jako element zagwarantowania jakości opieki zdrowotnej na przykładzie rozwiązań prawnych i etycznych regulujących wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty*. W: Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Prawo, etyka, organizacja. Część I. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019: s. 131-153 (rozdział w monografii)
5. Dykowska G., Wojtaszek E., Eid M., Kapliński A., Waszkiewicz M., Augustynowicz A. *Współpraca między personelem medycznym i jej wpływ na bezpieczeństwo pacjenta*. W: Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Prawo, etyka, organizacja. Część I. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019: 71-83 (rozdział w monografii).
6. Dykowska G., Szymański E., Świtalski J., Szpakowski R., Augustynowicz A. *Bezpieczeństwo pacjenta w wybranych szpitalach powiatowych z perspektywy personelu medycznego*. W: Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Organizacja i zarządzanie w opiece stacjonarnej, Część II. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019:96-107 (rozdział w monografii).
7. Dykowska G., Cieślak U., Augustynowicz A., Waszkiewicz M., Czerw A.I., Sińska B.I. Stan wiedzy na temat depresji wśród pielęgniarek w zależności od miejsca pracy a bezpieczeństwo pacjenta. W: Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta.

Organizacja i zarządzanie w opiece stacjonarnej, Część II. Oficyna Wydawnicza WUM, Warszawa 2019:71-86 (rozdział w monografii).

8. Dykowska G., Augustynowicz A., Czerw A. Bezpieczeństwo pacjenta vs. bezpieczeństwo pracownika. W: Zdarzenia niepożądane w pielęgniarstwie alergologicznym: II spotkanie robocze grupy polskich ekspertów: Przykłady Dobrych Praktyk w Pielęgniarstwie Alergologicznym, Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM, 2020: 59 – 68 (rozdział w monografii).

## **5.2. Informacja o udziale w zespołach badawczych realizujących projekty naukowe**

### **1. Projekt pt. „Dorosłość bez próchnicy”**

Projekt finansowany w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020”. Projekt realizowany jest w latach 2020-2023. Charakter udziału w projekcie: koordynator odpowiedzialny za współpracę z podmiotami leczniczymi i placówkami oświatowymi.

### **2. Projekt naukowy pt. „Czynniki determinujące prowadzenie programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie”**

Projekt realizowany w latach 2016-2018 w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Projekt finansowany ze środków Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Charakter udziału w projekcie: autorka projektu i główny badacz projektu.

### **3. Projekt naukowy pt. „Outsourcing w podmiotach leczniczych w 2012 r., w 2014 r. oraz w 2018 r.”**

Projekt realizowany był w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Projekt finansowano ze środków Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Charakter udziału w projekcie: współautor i współwykonawca projektu.

### **4. Projekt naukowy pt. „Autonomia zawodu pielęgniarstwa i położnej”**

Projekt badawczy realizowany był w latach 2017-2019 przez Szkołę Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Projekt finansowano ze środków Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Charakter udziału w projekcie: autorka projektu i główny badacz jednej z dwóch części projektu.

5. Projekt naukowy pt. „Uwarunkowania realizacji programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”

Projekt realizowany był latach 2018-2019 w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a następnie w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego. Projekt finansowany był ze środków Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Charakter udziału w projekcie: autorka projektu i główny badacz projektu.

### 5.3. Opieka naukowa nad doktorantami w charakterze promotora pomocniczego

1. Pełniłam funkcję promotora pomocniczego w zakończonym przewodzie doktorskim dr n. zdr. Marioli Borowskiej. Temat rozprawy: „Czynniki determinujące efektywność finansową outsourcingu w podmiotach leczniczych”. Obrona rozprawy doktorskiej odbyła się 19 marca 2019 r.
2. Pełnię funkcję promotora pomocniczego w dwóch przewodach doktorskich:
  - mgr Krzysztofa Bobińskiego. Temat rozprawy: „Ocena realizacji celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia w programach polityki zdrowotnej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego”,
  - mgr Natalii Pihowicz. Temat rozprawy: „Kreowanie aktywności fizycznej jako zadanie samorządów terytorialnych w zakresie zdrowia publicznego”.

### 5.4. Staże naukowe

1. Staż naukowy w Zakładzie Analiz Ekonomicznych i Systemowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH – od 4 listopada 2019 r. do 7 lutego 2020 r.

W trakcie stażu odbywanego w Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH pojawiły się pierwsze informacje o istotnym zagrożeniu dla zdrowia publicznego, a mianowicie zagrożeniu wywołanym wirusem SARS CoV-2. Tematyka ta stała się również przedmiotem zainteresowań naukowych w trakcie stażu. Efektem tych zainteresowań jest, opracowany w ramach współpracy naukowej, artykuł naukowy pt. *Treatment of people exposed to, suspected of being infected or infected with SARS CoV-2 virus. Evolution of legal regulations*, opublikowany w czasopiśmie „General Medicine and Health Sciences”.

Kolejny, wspólnie przygotowany artykuł pt. *COVID-19: Infection prevention in prisons and jails in Poland* jest zdeponowany w czasopiśmie „International Journal of Environmental Research and Public Health”.

Opracowywany jest kolejny artykuł naukowy dotyczący występowania zakażeń wirusem SARS CoV-2 wśród funkcjonariuszy i pracowników organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz wpływu rozwiązań prawno-organizacyjnych wprowadzonych przez ustawodawcę na transmisję wirusa SARS CoV-2 w tych grupach zawodowych.

2. Staż naukowy w Dziale Organizacji i Zarządzania Jakością Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc ul. Płocka 26 w Warszawie – od 15 maja do 15 czerwca 2018 r.

Staż naukowy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc związany był z jednym z istotnych aspektów mojej działalności naukowej, a mianowicie problematyką praktycznych aspektów realizacji praw pacjenta. W trakcie tego stażu uczestniczyłam w opracowaniu lub korekcie procedur szpitalnych dotyczących praw pacjenta. Bardzo praktyczne spojrzenie na zagadnienia praw pacjenta było czynnikiem inicjującym opracowanie i opublikowanie kilku prac w tym zakresie, np. dwóch rozdziałów w monografii pt. Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta. Prawo, etyka, organizacja. Jeden z nich to: *Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych a obowiązek zachowania tajemnicy przez lekarza*, drugi: *Przestrzeganie praw pacjenta jako element zagwarantowania jakości opieki zdrowotnej na przykładzie rozwiązań prawnych i etycznych regulujących wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry*.

### **5.5. Nagrody za działalność naukową lub dydaktyczną**

1. Nagroda zespołowa Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za opracowanie skryptu „Podstawy zdrowia publicznego”, 2009 r.;
2. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego za osiągnięcia dydaktyczne w 2011 r., 2012 r.;
3. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego za osiągnięcia dydaktyczne w 2013 r., 2014 r.;
4. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego za osiągnięcia dydaktyczne w 2015 r., 2016 r.;
5. Nagroda naukowa drugiego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za współautorstwo pracy pt. „Labour migration of Polish nurses: a questionnaire survey conducted with the Computer Assisted Web Interview technique”, 2017 r.;

6. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego za osiągnięcia dydaktyczne w 2016 r., 2017 r.;
7. Nagroda organizacyjna zespołowa trzeciego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za przygotowanie i organizację dwóch ogólnopolskich interdyscyplinarnych konferencji naukowych „Bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach systemu ochrony zdrowia”, 2017 r.;
8. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcia dydaktyczne, 2019 r.;
9. Dyplom Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego za osiągnięcia dydaktyczne w 2018 r., 2019 r.;
10. Nagroda zespołowa trzeciego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcia dydaktyczne w 2019 r. polegające na wprowadzeniu nowych form zajęć dydaktycznych z zastosowaniem samodzielnie opracowanych programów dydaktycznych - cykl otwartych wykładów i spotkań z praktykami prawa pt. "Okiem prawnika" zakończonych opracowaniem materiałów multimedialnych w formie wywiadów, 2020 r.;
11. Nagroda zespołowa drugiego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za redakcję monografii naukowej pt. Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta, część 1, Bezpieczeństwo pacjenta. Prawo, etyka, organizacja, 2020r.;
12. Nagroda zespołowa drugiego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za redakcję monografii naukowej pt. Wybrane zagadnienia z bezpieczeństwa pacjenta, część 2, Bezpieczeństwo pacjenta, Organizacja i zarządzanie w opiece stacjonarnej, 2020 r.

## **5.6. Dodatkowe informacje o działalności naukowej**

1. W trakcie mojej aktywności naukowej brałam czynny udział w wielu konferencjach naukowych, zarówno międzynarodowych, jak i krajowych. W trakcie konferencji wygłaszam wykłady na zaproszenie (14 wystąpień) oraz wykłady plenarne (26 wystąpień). Byłam również członkiem komitetu naukowego 10-ciu konferencji oraz członkiem komitetu organizacyjnego 3 konferencji. Szczegółowy wykaz konferencji naukowych, wraz ze wskazaniem charakteru udziału przedstawiłam w Załączniku Nr 3 s. 20-25.

2. Byłam recenzentem prac naukowych w czasopismach międzynarodowych i krajowych. W latach 2012-2020 recenzowałam 21 artykułów naukowych. Szczegółowy wykaz czasopism, w których byłam recenzentem wraz z informacją recenzowanych artykułów naukowych zamieściłam w Załączniku Nr 3 s. 26-28.
3. Jestem członkiem trzech towarzystw naukowych tj. **Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego oraz Polskiego Towarzystwa Higienicznego**. W Polskim Towarzystwie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego kieruję pracami sekcji współpracy z samorządami terytorialnymi w dziedzinie zdrowia publicznego.

## **6. INFORMACJA O AKTYWNOŚCI NAUKOWEJ REALIZOWANEJ W WIECEJ NIŻ JEDNEJ UCZELNI, INSTYTUCJI NAUKOWEJ**

1. W latach 2009-2013 zajmując się uwarunkowaniami prawnymi wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego współpracowałam z dr n. medycznych H. Owczarkiem z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Efektem tej współpracy jest szereg publikacji naukowych, wymienionych w autoreferacie, w tym m.in.: Owczarek H., Augustynowicz A., *Rola badań diagnostyki laboratoryjnej w procesie leczenia*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2009, 7(1), s. 270–277; Owczarek H., Augustynowicz A. *Propozycje zmian w systemie diagnostyki laboratoryjnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2010, 46(3), s. 339–344; Augustynowicz A., Owczarek H., Waszkiewicz M., *Interes publiczny a uznanie zawodu diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2011, 47(2), s. 211–217; Augustynowicz A., Owczarek H., *Czynności diagnostyki laboratoryjnej – analiza definicji oraz postulaty zmian*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2011, 47(1), s. 91–97; Augustynowicz A., Owczarek H., *Zawód diagnosty zawodem zaufania publicznego*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, 2012, 8, s. 304–315; Augustynowicz A., Owczarek H., *Dobro pacjenta w wykonywaniu zawodu diagnosty laboratoryjnego*, „Diagnostyka Laboratoryjna”, 2012, 48(1), s. 77–86.
2. W 2018 r. współpracowałam z prof. dr hab. I. Bojar z Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie realizując badanie dotyczące finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego szczepień przeciw HPV. Efektem tej współpracy jest artykuł naukowy Augustynowicz A., Bojar I., Borowska M., Bobiński K., Czerw

O. Self-government HPV vaccination programmes in Poland, 2009–2016, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2020; 27(3): 379-383

3. W 2018 r. współuczestniczyłam, w realizowanym we współpracy z Zakładem Analiz Ekonomicznych i Systemowych NIZP-PZH oraz Katedrą Medycyny i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. A.F. Modrzewskiego, badaniu dotyczącym rozpowszechnienia prezenteizmu w Polsce. Efektem tej współpracy jest publikacja naukowa Juszczak G., Augustynowicz A., Religioni U., Mikos M., Banaś T, Deptała A, Czerw A. Refusal to take a sick leave as an estimate of the phenomenon of presenteeism in Poland. *Oncotarget*. 2018;9(46): 28176–28184.
4. Okresowo wykładam zagadnienia prawa medycznego oraz organizacji opieki zdrowotnej w Wyższej Szkole Ekologii i Zarządzania w Warszawie Z tym jest związane opracowywanie, przerwane przez sytuację epidemiczną, programu badań sylwetek studentów zdrowia publicznego na uczelniach państwowych i prywatnych.

## **7. INFORMACJA O OSIĄGNIĘCIACH DYDAKTYCZNYCH, ORGANIZACYJNYCH ORAZ POPULARYZUJĄCYCH NAUKĘ.**

### **7.1. Osiągnięcia dydaktyczne**

#### **7.1.1. Osiągnięcia dydaktyczne w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym**

- Za osiągnięcia dydaktyczne otrzymałam w latach 2009, 2019 i 2020 nagrody Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- Od roku akademickiego 2020/2021 jestem koordynatorem przedmiotów z zakresu prawa na kierunkach: pielęgniarstwo studia I stopnia, położnictwo studia I stopnia, położnictwo studia II stopnia stacjonarne i niestacjonarne.
- Prowadzę zajęcia dydaktyczne na studiach I i II stopnia na kierunkach: Zdrowie Publiczne, Pielęgniarstwo, Położnictwo, Ratownictwo Medyczne z przedmiotów: „Prawo w ochronie zdrowia”, „Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne”, „Prawo medyczne”, „Podstawy prawne prowadzenia badań klinicznych”, „Prawo cywilne”, „Podstawy prawa”, „Prawa pacjenta”, „Prawo w praktyce położnej”, „Dostęp do informacji publicznej”.
- Do prowadzonych przedmiotów opracowałam programy zajęć dydaktycznych.

- Opracowałam autorski cykl multimedialnych kursów e-learningowych dla studentów kierunku zdrowie publiczne z przedmiotów: „Prawo w ochronie zdrowia”, „Prawo cywilne” oraz „Podstawy prawa”.
- W latach 2012-2010 osiągnęłam, na podstawie wyników ankiety studenckiej, następujące średnie oceny zajęć dydaktycznych: 2019/2020: 4,50; 2018/2019: 4,46; 2017/2018: 4,70; 2016/2017: 4,53; 2015/2016: 4,42; 2014/2015: 4,46; 2013/2014: 4,48; 2012/2013: 4,38.
- Od 2018 roku jestem opiekunem naukowym Studenckiego Koła Naukowego Prawa Medycznego działającego przy Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego.
- Byłam promotorem 38 prac licencjackich i 144 prac magisterskich. Prace te dotyczyły organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, kompetencji jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia, praw pacjenta, odpowiedzialności prawnej personelu medycznego.
- Byłam pomysłodawcą i współorganizatorem realizowanego od 2019 r. cyklu otwartych wykładów i spotkań z praktykami prawa pt. „Okiem prawnika” zakończonych opracowaniem materiałów multimedialnych:
  - w 2019 r. otwarte wykłady pt. „*Między odpowiedzialnością prawną personelu medycznego a bezpieczeństwem pacjenta*” odbyły się 17 kwietnia. Na ich podstawie opracowano materiały multimedialne w formie wywiadów, udostępnionych na stronie internetowej Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego WUM. Wywiady dotyczyły: wpływu etyki i kodeksów etycznych na wykonywanie zawodów medycznych, oraz granic między etyką a prawem; prawa pacjenta do wyrażenia zgody; prawa pacjenta do informacji. Za tą działalność otrzymałam nagrodę zespołową trzeciego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
  - w 2020 r., opracowano i udostępniono na stronie internetowej Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego WUM cykl otwartych multimedialnych wykładów prowadzonych przez praktyków prawa pt. „*COVID 19 - okiem prawnika*”. Otwarte wykłady dotyczyły: modyfikacji odpowiedzialności prawnej personelu medycznego w dobie COVID 19; problematyki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób wykonujących zawody medyczne w czasie i po epidemii COVID 19, oraz teleporady;

- w 2021 r. opracowano i udostępniono na stronie internetowej Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego WUM cykl otwartych multimedialnych wykładów prowadzonych przez członków Studenckiego Koła Naukowego Prawa Medycznego dotyczących prawnych aspektów zwalczania COVID 19. W wykładach poruszono kwestię dopuszczalności ograniczenia praw i swobód obywatelskich w ramach zwalczania epidemii; zakazu pracy personelu medycznego w wielu miejscach; praw pacjenta, a także stosowania środków przymusu bezpośredniego i pośredniego w zwalczaniu epidemii.
- Uczestniczyłam w charakterze wykładowcy oraz współtwórcy materiałów dydaktycznych w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pielęgniarek i położnych poprzez kształcenie podyplomowe organizowane przez WUM” – projekt realizowany w latach 2017-2019.

#### **7.1.2. Osiągnięcia dydaktyczne w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego**

- Za osiągnięcia dydaktyczne otrzymałam w latach 2012, 2014, 2016, 2017 i 2019 nagrody Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
- W latach 2007-2009 pełniłam funkcję opiekuna dydaktycznego kursu specjalizacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów „Zdrowie publiczne cz. 1”.
- Od 2019 r. pełnię funkcję opiekuna dydaktycznego kursu specjalizacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów „Podstawy prawa”.
- Prowadzę wykłady na kursach specjalizacyjnych i kursach doskonalących dla lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie: Odpowiedzialności karnej lekarza; Tajemnicy zawodowej; Zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne; Prawnych aspektów udzielania świadczeń zdrowotnych osobom małoletnim; Aspektów prawnych wykonywania szczepień ochronnych; Podstaw prawa.
- Uczestniczyłam w charakterze wykładowcy i współtwórcy materiałów dydaktycznych w projekcie unijnym realizowanym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” – projekt realizowanych w latach 2008-2015;
- Uczestniczę w charakterze wykładowcy i współtwórcy materiałów dydaktycznych w projekcie unijnym realizowanym przez Centrum Medyczne Kształcenia

Podyplomowego „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju” – projekt w trakcie realizacji zaplanowany na lata 2016-2023.

- Byłam współorganizatorem i wykładowcą w tzw. Letniej Szkole dla Absolwentów Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny organizowanej corocznie od 2016 r. przez Szkołę Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Uniwersytet Warszawski.
- W 2020 r. wzięłam udział w nagraniu wideowykładów z cyklu COVID 19 – informacje dla lekarzy, pielęgniarek, położnych i pracowników ochrony zdrowia. Nagrany przeze mnie wykład dotyczył odpowiedzialności prawnej lekarza.

## 7.2. Osiągnięcia organizacyjne

- Byłam członkiem Komitetu Organizacyjnego następujących konferencji:
  - I Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo Pacjenta w Podmiotach Systemu Ochrony Zdrowia”, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 20 styczeń 2016 r.;
  - III Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Bezpieczeństwo Pacjenta, prawda o błędach oraz naturze sukcesu w medycynie i lotnictwie”, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 1 grudzień 2017 r.;
  - VIII Studencka Konferencja Naukowo – Szkoleniowa „Teoria i praktyka pielęgniarska a pielęgniarstwo oparte na dowodach naukowych”, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 15 luty 2019 r.
- Byłam współorganizatorem tzw. Letniej Szkoły dla Absolwentów Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny organizowanej przez Szkołę Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Uniwersytet Warszawski - 2016 i 2018 r.; od 2016 r.
- Byłam współorganizatorem realizowanego od 2019 r. cyklu otwartych wykładów i spotkań z praktykami prawa pt. „Okiem prawnika” oraz cyklu wykładów multimedialnych „COVID 19 – okiem prawnika”. Zamieszczone na stronie internetowej Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego wykłady są źródłem wiedzy teoretycznej, ale również praktycznego ujęcia przepisów prawa dla studentów wszystkich kierunków Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – przyszłych

przedstawicieli zawodów medycznych a także studiujących na kierunku Zdrowie Publiczne.

### 7.3. Osiągnięcia w zakresie popularyzacji nauki.

- Byłam aktywnym uczestnikiem letnich pikników „Warszawski Uniwersytet Medyczny mieszkańcom Warszawy” odbywających się na Rynku Nowego Miasta, w trakcie którego mieszkańcy mogli uzyskać m.in. porady prawne w zakresie praw pacjenta.
- Na zamówienie Miasta Stołecznego Warszawy opracowałam w 2010 r. materiał pt. „Poradnik prawny dla kobiet w ciąży i młodych rodziców”
- Od 2011 r. do chwili obecnej uczestniczę w charakterze eksperta w organizowanych corocznie, pod patronatem Rzecznika Praw Pacjenta, Zjazdach Pełnomocników ds. Praw Pacjenta działających w podmiotach leczniczych. Współpracowałam również w opracowaniu materiałów o charakterze popularno-naukowym dla uczestników tych Zjazdów:
  - **Augustynowicz A.** Pacjent niezdolny do świadomego wyrażania zgody. W: II Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2011; s. 3-13.
  - **Augustynowicz A.** Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne. W: III Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2012; s. 18-31.
  - **Augustynowicz A.** Informowanie pacjenta i jego rodziny. W: III Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa 2012; s. 32-36.
  - **Augustynowicz A.** Brak zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne. W: IV Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2013; s. 13-24.
  - **Augustynowicz A.** Czy pacjent ma obowiązki w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych – okiem prawnika. W: V Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2014; s. 13-14.
  - **Augustynowicz A.** Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom trzecim. W: VI Ogólnopolski Zjazd Pełnomocników ds. Praw Pacjenta – Bezpieczeństwo informacji oraz komunikacja interpersonalna, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2015; s. 5-27.

- Od 2013 r. do chwili obecnej uczestniczę w charakterze eksperta naukowego w Zjazdach pod hasłem „Standardy przyjaznej izby przyjęć. Współpracowałam również w opracowaniu materiałów o charakterze popularno-naukowym dla uczestników tych Zjazdów:
  - **Augustynowicz A.** Procedury prawne związane z przyjęciem pacjenta do szpitala. W: Standardy przyjaznej izby przyjęć. Polskie Centrum Edukacji, Warszawa. 2013; s. 5-14.
  - **Augustynowicz A.** Prawne aspekty relacji pacjent – personel. W: Standardy przyjaznej izby przyjęć. Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2015; s. 5-22.
  - **Augustynowicz A.** Prawo pacjenta a prawa personelu medycznego związane z realizacją praw pacjenta. W: Standardy przyjaznej izby przyjęć. Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2016; s. 39-52.
  - **Augustynowicz A.** Osoby niezdolne do samodzielnego wyrażenia zgody. W: Standardy przyjaznej izby przyjęć, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2017; s. 38-54.
- Od 2012 r. do chwili obecnej uczestniczę w charakterze eksperta naukowego w organizowanych corocznie, pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskich Zjazdach Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych. Współpracowałam również w opracowaniu materiałów o charakterze popularno-naukowym dla uczestników tych Zjazdów:
  - **Augustynowicz A.** Procedury nadzoru nad dokumentacją medyczną a obowiązki pielęgniarki naczelnej. W: VII Ogólnopolski Zjazd Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2012; s. 59-68.
  - **Augustynowicz A.** Problematyka udzielania świadczeń zdrowotnych przy sprzeciwie pacjenta. W: VIII Ogólnopolski Zjazd Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2013; s. 49-60.
  - **Augustynowicz A.** Nadzór pielęgniarki naczelnej nad dokumentacją medyczną. W: IX ogólnopolski Zjazd Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych „Codzienne bezpieczne zarządzanie”. Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2014; s. 5-12.

- **Augustynowicz A.** Dokumentacja medyczna a ochrona danych osobowych – zagadnienia wybrane. W: X Ogólnopolski Zjazd Dyrektorów ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarek Naczelnych i Przełożonych - Zarządzanie zespołem, czasem, jakością i komunikacją. Polskie Centrum Edukacji. Zakopane. 2015; s. 30-38.
- W latach 2012-2015 współpracowałam w opracowaniu materiałów o charakterze popularno-naukowym dla kierowników medycznych laboratoriów diagnostycznych:
  - **Augustynowicz A.** Działalność medycznych laboratoriów diagnostycznych w ustawie o działalności leczniczej, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2012; s. 47-50.
  - **Augustynowicz A.** Diagnosta laboratoryjny na kontrakcie? Kontrakt czy umowa o pracę? W: Regulacje prawne. Ekonomia kosztów. Standardy jakości norm ISO a wyniki badań laboratoryjnych. Nowe możliwości diagnostyki laboratoryjnej. Praktyka codzienna i ograniczenia, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2013; s. 31-36.
  - **Augustynowicz A.** Odpowiedzialność prawna kierownika laboratorium i personelu. W: Organizacja, informatyzacja, odpowiedzialność prawna kierownika i personelu oraz inne zagadnienia związane z zarządzaniem laboratorium diagnostycznym, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2014; s. 25-40.
  - **Augustynowicz A.** Obowiązki diagnosty laboratoryjnego wobec ochrony zdrowia pacjenta i osób trzecich - granice ochrony tajemnicy pacjenta. Rola kierownika laboratorium w zakresie nadzoru postępowania pracowników wobec pacjentów. W: Zagadnienia prawne i organizacja pracy, Polskie Centrum Edukacji. Warszawa. 2015; s. 55-65.
- W 2012 r. powołana zostałam przez Prezesa Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w skład Zespołu Ekspertów ds. opracowania nowelizacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Następnie opracowałam ekspertyzę – projekt ustawy o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej stanowiącej podsumowanie działalności zespołu ekspertów ds. nowelizacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.
- W 2013 r. na zaproszenie Prezydenta Miasta Sopot, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie oraz Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania

Przemocy w Rodzinie, wystąpiłam w charakterze eksperta podczas sesji pt. „Instytucje w służbie dziecku krzywdzonemu”, Sopot 14 listopad 2013 r.

- W 2014 r. opracowałam, na zamówienie Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A., ekspertyzę dotyczącą zakresu przedmiotowego umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej diagnostów laboratoryjnych. Przygotowałam również propozycję ewentualnych zmian zakresu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej diagnostów laboratoryjnych wynikających z potrzeb rynku usług medycznych.
- W 2017 r. opracowałam, na zamówienie MSD Polska, ekspertyzę dotyczącą materiału pt. „Profilaktyka HPV w Polsce – wytyczne dla organizacji programów profilaktycznych przez jednostki samorządu terytorialnego”.
- W 2017 r. wzięłam udział w charakterze eksperta naukowego w naukowo-sędziowskim seminarium eksperckim organizowanym przez Rzecznika Praw Pacjenta pt. „Prawa pacjenta w świetle praktyki orzeczniczej sądów”, Warszawa 12 październik 2017 r.;
- W 2018 r. przeprowadziłam warsztaty pt. „Odpowiedzialność podmiotu leczniczego za zakażenia szpitalne”. Warsztaty były organizowane w ramach programu polityki zdrowotnej „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016-2020, Warszawa 15-16 czerwiec 2018 r.

*[Handwritten signature]*