

Iwona Czerska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: iwona.czerska@ue.wroc.pl

**KONCEPCJE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH
W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W POLSCE**

**CONCEPTS OF CORRECTIVE ACTIONS
IN PRIMARY HEALTH CARE IN POLAND**

DOI: 10.15611/pn.2018.526.13

Streszczenie: Celem niniejszego opracowania jest przegląd wybranych koncepcji działań naprawczych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce. Przeprowadzono analizę literatury przedmiotu oraz stron internetowych prezentujących rozwiązania systemowe w zakresie wsparcia funkcjonowania POZ. Wymieniono koncepcje działań naprawczych stanowiące jednocześnie strategiczne cele dla rozwoju opieki podstawowej. Omówiono trzy wybrane propozycje działań naprawczych, będące, według autora opracowania, najpoważniejszymi wyzwaniami dla podstawowej opieki zdrowotnej. W kolejności zaprezentowano: koncepcję edukatora zdrowia, zintegrowaną opiekę zdrowotną oraz mapy potrzeb zdrowotnych. Wspomniane propozycje rozwiązań systemowych mają szanse na powodzenie pod warunkiem rzetelnego opracowania założeń każdej koncepcji w kontekście rzeczywistych potrzeb i oczekiwań starzejącego się polskiego społeczeństwa. Według specjalistów bowiem Polsce potrzebna jest zasadnicza zmiana w sektorze zdrowia polegająca na przejściu na model kładący większy nacisk na profilaktykę.

Słowa kluczowe: POZ, edukator zdrowia, zintegrowana opieka zdrowotna, mapy potrzeb zdrowotnych.

Summary: The purpose of this study is to review the selected concepts of corrective actions in primary health care in Poland. The research methodology is the analysis of literature and websites presenting system solutions to support the functioning of PHC. Concepts of corrective actions that are both strategic goals for the development of primary health care were mentioned. Three selected corrective action proposals were discussed, that, according to the author of the study, are the most important challenges for primary health care. The concept of health educator, Integrated Health Care and Health Needs Maps, were presented. These proposals of systemic solutions have a chance of success on condition that the assumptions of each concept will be worked out reliably in the context of the real needs and expectations of an aging Polish society. According to specialists, Poland needs a fundamental change in the health sector, which consists of switching to a model that places greater emphasis on prevention.

Keywords: PHC, health educator, Integrated Health Care, Health Needs Maps.

1. Wstęp

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jako część systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga gruntownych przemian. Największym mankamentem działania POZ jest brak spójności z innymi obszarami systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i opieką szpitalną [Strzałkowska 2017, s. 7]. Nowoczesny system podstawowej opieki zdrowotnej, bazujący na najlepszych wzorcach światowych i europejskich, powinien być bowiem oparty na instytucji lekarza rodzinnego i specjalistach medycznych współpracujących z nim i wspierających jego działania. W realizacji zadań związanych z rozwojem POZ niezbędne powinny okazać się różne narzędzia i rozwiązania systemowe, które usprawniłyby procesy zarządzania na tym poziomie opieki. W związku z tym planowane są różne zmiany, wśród których najpoważniejszymi wyzwaniem, według autora opracowania, wydają się: zintegrowana opieka zdrowotna, edukator zdrowia oraz mapy potrzeb zdrowotnych.

Oprócz wspomnianych koncepcji istnieje szereg innych propozycji rozwiązań systemowych mających wesprzeć funkcjonowanie POZ. Można tu wymienić następujące koncepcje [Wiśniewska 2017]:

- POZ dla każdego – dostęp do świadczeń medycznych dla wszystkich, nawet dla nieubezpieczonych.
- POZ oparta na medycynie rodzinnej.
- Zespół medycyny rodzinnej – współpracujący ze sobą zespół profesjonalistów medycznych.
- Poprawa finansowania – stawka kapitałowa jako warunek konieczny, a w tym: opłata za usługę lub zadanie (*fee for service*) oraz bonus za osiągnięcie określonych wyników (*pay for performance*).
- Wzmocnienie roli profilaktyki zawodowej – zapobieganie chorobom, promocja zdrowia, współpraca zespołu medycyny rodzinnej z dietetykiem.
- Integracja wewnątrz- i międzysektorowa – lekarz jako przewodnik w systemie ochrony zdrowia kontrolujący zasadność wykorzystania kosztownych świadczeń specjalistycznych przy pomocy „powierzonego budżetu”.
- Informatyzacja – rozwój komunikacji elektronicznej, telekonsultacji, telemedycyny, telemonitoringu.
- Ograniczenie biurokracji – zmniejszenie obowiązków administracyjnych lekarza kluczem do zwiększenia ilości czasu na kontakt z pacjentem i poprawienia wydajności systemu.
- Poprawa jakości – popularyzacja akredytacji, rozwój wewnętrznej poprawy jakości.
- Rozwój badań naukowych – wspieranie przez uczelnie medyczne rozwoju katedr medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa rodzinnego.

Powyższe propozycje stanowią zarazem strategiczne cele dla opieki podstawowej.

Celem artykułu jest przegląd wybranych koncepcji działań naprawczych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce. Rodzajem wykorzystanej metodologii badawczej jest analiza literatury przedmiotu oraz stron internetowych prezentujących propozycje rozwiązań systemowych w POZ. Wybrano i omówiono trzy koncepcje działań naprawczych: edukatora zdrowia, zintegrowanej opieki zdrowotnej i map potrzeb zdrowotnych.

2. Koncepcja edukatora zdrowia w POZ

Zgodnie z opisem specjalności „edukator zdrowia” na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach absolwent powinien posiadać szeroką wiedzę w zakresie: czynników ryzyka chorób przewlekłych, ochrony zdrowia matki i dziecka, promocji zdrowia jamy ustnej, rodzajów profilaktyki, jak również metod komunikacji, technik behawioralnych oraz podstawowych technologii informacyjno-informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia [Specjalność: edukator zdrowia 2014]. Do tego powinien wykazać się umiejętnościami prowadzenia edukacji zdrowotnej, komunikowania się z pacjentem i stosowania technologii informatycznych w opiece zdrowotnej. Oprócz posiadania dużej wiedzy i umiejętności edukator zdrowia miałby współdziałać w procesie terapeutycznym.

Według autora artykułu powyższe wymagania w stosunku do edukatora zdrowia są bardzo ambitne, a biorąc pod uwagę fakt, iż praca w takim charakterze ma łączyć w sobie cechy profesji psychologa, lekarza i nauczyciela, tego typu zajęcie wydaje się formą misji społecznej. W kontekście wzrostu występowania chorób cywilizacyjnych, gdy coraz ważniejsza staje się czynna profilaktyka, rola edukatora zdrowia jako zawodu przyszłości wydaje się nieodzowna.

W Polsce bowiem potrzebna jest reorientacja służby zdrowia. Chodzi między innymi o rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, w czym niezbędna powinna być rola edukatora zdrowia. Jego działania powinny być również nakierowane na grupy społeczne oraz społeczności lokalne. Zachęcanie do działań proaktywnych w kontekście zdrowia całego społeczeństwa to budowanie mocnej pozycji podstawowej opieki zdrowotnej, będącej fundamentem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Edukacja zdrowotna w kontekście współczesnych przemian demograficznych to lepsze radzenie sobie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, zarówno na poziomie jednostki, jak i całej populacji. Wynika to, po pierwsze, z holistycznego podejścia do zdrowia, z wyraźnym akcentem na zdrowie psychospołeczne. Po drugie, następuje przeniesienie akcentu z przekazywania wiedzy na kształtowanie umiejętności dla zdrowia. Wreszcie, mamy do czynienia z de-medykalizacją edukacji zdrowotnej i włączeniem się do jej programowania i realizacji przedstawicieli nauk społecznych [Grad 2017].

3. Zintegrowana opieka zdrowotna

Opieka zintegrowana inaczej jest nazywana opieką koordynowaną, kierowaną, kompleksową, interdyscyplinarną [Kalbarczyk 2016; Konopacka 2016]. Stanowi ona jedną z najistotniejszych koncepcji związanych z zarządzaniem i organizacją systemów ochrony zdrowia. Zakłada ona koordynację procesu świadczenia usług oraz współdziałanie jednostek ochrony zdrowia [Hermanowski, Rutkowski 2015]. Należy to rozumieć jako celowe organizowanie opieki nad pacjentem przy współudziale dwóch lub większej liczby podmiotów (w tym pacjenta) zajmujących się pacjentem w celu ułatwienia odpowiedniego świadczenia usług zdrowotnych [Zapaśnik i in. 2016, s. 7]. Celem opieki koordynowanej jest bowiem osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów [McDonald i in. 2007].

Według dra Ignazio Cassisa, członka Parlamentu Konfederacji Szwajcarskiej, szefa Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej, opieka zintegrowana oznacza właściwą opiekę, dostarczoną w odpowiednim terminie i miejscu, bez trwonienia pieniędzy i czasu, a pacjent znajduje się w centrum procesu leczenia [Sulikowska 2017, s. 18]. W Szwajcarii model skoordynowanej ochrony zdrowia jest obecnie najlepszym rozwiązaniem w dziedzinie opieki nad pacjentem, gdyż charakteryzuje się wysoką jakością, a jednocześnie daje oszczędności. Jak zauważa bowiem Cassis, pacjenci w zintegrowanej opiece kosztują około 15% mniej niż pozostali [Sulikowska 2017, s. 19].

Ujęcie zintegrowanej opieki zdrowotnej jako holistycznej perspektywy zdrowia człowieka proponuje Iga Rudawska [2014], według której taki rodzaj opieki jest wypadkową wielu różnych czynników, zmierzającą do podnoszenia jakości i efektywności opieki. Takie relacyjne podejście do obsługi pacjenta to w istocie szersze spojrzenie na system ochrony zdrowia. Według bowiem dra Timothy'ego Evansa, starszego dyrektora Globalnej Praktyki ds. Zdrowia, Odżywiania i Populacji Banku Światowego, w zintegrowanym podejściu do zdrowia chodzi o wyniki systemu jako całości, w tym także o zasoby i rozwiązania państwa, czyli ustawodawstwo, podatki, bezpieczne obszary mieszkaniowe, dobrą komunikację [Opieka zintegrowana... 2017].

Koordynacja różnych obszarów systemu ochrony zdrowia wymaga odejścia od fragmentaryzacji opieki zdrowotnej na rzecz zarządzania jednostką chorobową pacjenta wraz z całym systemem wsparcia społecznego i środowiskowego. Oznacza to koncentrowanie się na pacjencie jako podmiocie usług zdrowotnych oraz wzrost odpowiedzialności instytucji za promocję zdrowia, kompleksową rehabilitację i usprawnienie mechanizmów zarządzania całym systemem ochrony zdrowia [Rudawska 2011, s. 145].

4. Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzia identyfikujące potrzeby w zakresie POZ

Określanie potrzeb zdrowotnych populacji stanowi podstawę racjonalnego planowania opieki zdrowotnej. Monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa służy wielokierunkowym działaniom, wśród których można wymienić [Metody oceny i monitorowania... 2012]:

- Szacowanie indywidualnego ryzyka zachorowania – na podstawie informacji o wpływie środowiska pracy i miejsca zamieszkania na stan zdrowia.
- Ocenę skuteczności działań profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie szkodliwym skutkom narażenia na czynniki środowiska pracy/miejsca zamieszkania.
- Ocenę efektywności swoistych metod oraz środków zapobiegawczych i leczniczych.

Dlatego system opieki zdrowotnej powinien stawiać na wczesne wykrywanie, diagnozę i prewencję zachorowań, gdyż tylko takie działania pozwolą zaoszczędzić wiele środków wydawanych na szpitalnictwo, opiekę rodziny nad chorym i system zabezpieczenia społecznego [Markiewicz 2017, s. 5].

W celu identyfikacji potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa Ministerstwo Zdrowia w ramach projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” wdraża szereg działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych, które mają ułatwić dostęp do niedrogich, trwałych i wysokiej jakości usług zdrowotnych. Realizacja tych założeń oparta jest na potrzebach zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób [O projekcie BASiW 2017].

Podstawą mapowania potrzeb zdrowotnych jest platforma analityczna zawierająca wyniki wielowymiarowych analiz epidemiologicznych, systemowych i ilościowych. Na platformie umieszczone są również prognozy kluczowych zmiennych z punktu widzenia interesariuszy, a także narzędzia do przeprowadzania analizy scenariuszowej. Dostęp do Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych jest otwarty, dzięki czemu możliwa jest szybka identyfikacja problemów oraz wymuszenie działań zaradczo-naprawczych [O Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych 2017].

Jeszcze do niedawna system ochrony zdrowia w Polsce nie był przygotowany do efektywnego wykorzystywania danych epidemiologicznych, a przecież, według dra Krzysztofa Chlebusa z Kliniki Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, właściwa diagnoza epidemiologiczna powinna stanowić punkt wyjścia do prowadzenia efektywnej polityki zdrowotnej [Markiewicz 2017, s. 6]. Narzędziami wykorzystującymi zebrane dane epidemiologiczne i ułatwiającymi podejmowanie właściwych decyzji dotyczących strategii zdrowotnych są mapy potrzeb zdrowotnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych jako nowe instrumenty polityki zdrowotnej spełniają następujące funkcje [Opublikowaliśmy kolejne mapy potrzeb zdrowotnych 2017]:

- Wspomagają procesy zarządcze w ochronie zdrowia.
- Wpływają na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

- Umożliwiają podejmowanie trafniejszych decyzji, istotnych z punktu widzenia pacjenta.
- Wspierają decyzje o przeznaczeniu środków inwestycyjnych w ochronie zdrowia.
- Pomagają w procesie zmiany organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Ułatwiają podejmowanie decyzji o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych.

Podsumowując, projekt „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” prezentuje holistyczne podejście do analizy rodzajów świadczeń w systemie opieki zdrowotnej, a dzięki platformie umożliwia precyzyjne zmapowanie stanu systemu ochrony zdrowia, a także pozwala na tworzenie krótko-terminowych prognoz dla zmiennych determinujących jego kształt i funkcjonowanie [Cele projektu 2017].

5. Zakończenie

Zaprezentowane koncepcje działań naprawczych stanowią wybrane propozycje rozwiązań systemowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Największym wyzwaniem z omówionych koncepcji wydaje się, według autorki opracowania, zintegrowana opieka zdrowotna. Dywagacje związane z opieką koordynowaną nie są *novum* w polskich realiach, gdyż rozważania na ten temat zostały podjęte i szeroko omówione przez Ięgę Rudawską [2014]. Niestety, problem integracji różnych obszarów opieki zdrowotnej wciąż jest otwarty.

Kolejnym wyzwaniem w kontekście działań naprawczych jest system mapowania potrzeb zdrowotnych zintegrowany z elektronicznym narzędziem – Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. Realizacja tego projektu ma wspomagać planowanie i zarządzanie środkami publicznymi w ochronie zdrowia. Jeśli ta koncepcja sprawdzi się na gruncie POZ, pozwoli to na dokonanie zmiany systemowej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych [O projekcie BASiW 2017].

Wreszcie koncepcja będąca szansą na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w zakresie POZ – edukator zdrowia. Ta propozycja, przyczyniając się do poprawy poziomu zdrowia społeczeństwa, ma optymalizować wydatki na ochronę zdrowia. Zadanie nie jest łatwe, a rola edukatora zdrowia jest złożona, gdyż nie powinna polegać jedynie na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu i chorobie, lecz uwzględniać wypracowane przez specjalistów wielu dziedzin różnorodne metody i techniki nakierowane na poprawę statusu zdrowotnego [Rezner i in. 2013].

Według autora niniejszego artykułu wspomniane koncepcje działań naprawczych mają szanse na powodzenie pod warunkiem rzetelnego opracowania założeń każdej propozycji w kontekście rzeczywistych potrzeb i oczekiwań starzejącego się polskiego społeczeństwa. Zdaniem Artura Dragana, głównego specjalisty w Biurze Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, Polsce potrzebna jest zasadnicza zmiana w sektorze zdrowia, a mianowicie przejście na model kładący większy nacisk na profilaktykę [Dragan 2011].

Reasumując, działania naprawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, stanowiącej integralną część systemu ochrony zdrowia, są, w kontekście wyzwań XXI wieku, konieczne i niezbędne do sprawnego funkcjonowania instytucji medycznych, a co za tym idzie – do poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

Literatura

- Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych, 2016, Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ, Warszawa.
- Cele projektu, 2017, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mpz.mz.gov.pl/cele-projektu> (3.10.2017).
- Dragan A., 2011, *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, Opracowania Tematyczne, OT-601, Biuro Analiz i Dokumentacji, Kancelaria Senatu, Warszawa.
- Grad T., 2017, *Edukacja zdrowotna w promocji zdrowia*, <http://www.debata.dyrektorszkoly.pl/debaty/index.php?site=t7> (11.12.2017).
- Hermanowski T., Rutkowski J., 2015, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej „Organizacja i Zarządzanie”, z. 83, s. 225-233.
- Kalbarczyk W.P., 2016, *Koordynowana, czyli jaka?*, <http://www.medexpress.pl/koordynowana-czyli-jaka/64736> (2.10.2017).
- Konopacka A., 2016, *II Sympozjum „Zintegrowana Opieka Zdrowotna – integracja i koordynacja”*, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Gdańsk.
- Kowalska K., Kalbarczyk W.P., 2013, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski*, Sprawne Państwo, Program EY, Warszawa.
- Markiewicz M., 2017, *W tworzeniu strategicznego dokumentu musi uczestniczyć wiele środowisk*, Puls Medycyny, nr 18 (349), s. 4-6.
- McDonald K.M., Sundaram V., Bravata D.M. i in., 2007, *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*, vol. 7, Care Coordination, Agency for Healthcare Research and Quality (US), Technical Reviews, no. 9.7.
- Metody oceny i monitorowania stanu zdrowia populacji. Ocena potrzeb zdrowotnych, 2012, <http://epidemiologia.sum.edu.pl/wp-content/uploads/2012/07/seminarium5.1.pdf> (12.02.2018).
- O Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, 2017, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mpz.mz.gov.pl/o-bazie-analiz-systemowych-i-wdrozeniowych> (3.10.2017).
- O projekcie BASiW, 2017, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mpz.mz.gov.pl/o-projekcie-basiw/> (1.10.2017).
- Opieka zintegrowana daje szersze spojrzenie na system, 2017, Rynek Zdrowia – służba zdrowia i medycyna: zarządzanie, finanse, polityka, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Opieka-zintegrowana-daje-szersze-spojrzzenie-na-system,169112,1.html> (12.02.2018).
- Opublikowaliśmy kolejne mapy potrzeb zdrowotnych, 2017, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/opublikowalismy-kolejne-mapy-potrzeb-zdrowotnych-2> (16.02.2018).
- Rezner A., Rezner W., Kosecka J., 2013, *Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce*, Probl Hig Epidemiol, 94 (3), s. 407-412.
- Rudawska I., 2011, *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*, Problemy Zarządzania, vol. 9, nr 3 (33), s. 140-152.

- Rudawska I., 2014, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, Wolters Kluwer Polska, Kraków.
- Specjalność: edukator zdrowia, 2014, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, <http://sum.edu.pl/39-wzp/1465-specjalnosc-edukator-zdrowia> (3.10.2017).
- Strzałkowska K., 2017, *NRL o POZ*, Gazeta Lekarska, nr 2.
- Sulikowska L., 2017, *Koordinacja daje oszczędności*, Gazeta Lekarska, nr 7-8, s. 18-19.
- Wiśniewska E., 2017, *10 strategicznych celów dla opieki podstawowej*, <http://www.agm-konsulting.pl/10-strategicznych-celow-dla-opieki-podstawowej> (21.10.2017).
- Zapaśnik A., Skłucki J., Tumaś J., Szykiewicz P., Jędrzejczyk T., Popowski P., 2016, *Koncepcja koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej*, <http://www.ptpz.pl/images/publikacjePTPZ/koncepcja.pdf> (14.02.2018).