

*Izabela Książkiewicz*

## Szlachetne zdrowie: ile kosztujesz, nim się zepsujesz...

Recenzja książki *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, red. Violetta Korporowicz, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, ss. 387, autorzy: Violetta Korporowicz, Adam Kurzynowski, Tadeusz Szumlicz, Piotr Błędowski, Jolanta Gładys-Jakóbiak, Adam Kozierekiewicz, Anna Kozowska, Tomasz Karkowski, Lisbeth Fagerström, Wioletta Baran, Iwona Wrześniewska-Wal, Adrianna Filimonowicz, Grzegorz Myśliwiec

Współcześnie problematyka zdrowia jest tematem gorących dyskusji na wielu poziomach. Z jednej strony określamy zdrowie jako kategorię przynależną jednostce – osobie; opisujemy je na podstawie wskaźników obiektywnych oraz subiektywnej samooceny. Z drugiej strony mówimy o służbie zdrowia – instytucjonalnej maszynie, której funkcjonowanie zależy od personelu medycznego, administracji, obsługi technicznej; te zaś są uwarunkowane przez decyzje polityczne, regulacje organizacyjne, sposób finansowania oraz poziom rozwoju danego systemu społeczno-ekonomicznego. Pojawia się też problem dostępności i efektywności systemów opieki zdrowotnej, tego, jakie są możliwości zaspokajania rosnącego „popytu na zdrowie” przez państwo, a także tematy związane z monitorowaniem zagrożeń zdrowotnych w populacji.

Ważnym i ciekawym głosem w dyskusji o zdrowiu jest przygotowana pod redakcją V. Korporowicz publikacja *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, która ukazała się na rynku we wrześniu 2015 r. Wyróżnikiem tego opracowania jest interdyscyplinarność podejścia do tematu, interesujący autorzy będący specjalistami oraz połączenie teoretycznej analizy z praktyką. Praca składa się z 16 rozdziałów, podzielonych na trzy części tematyczne: *O kierunkach w zarządzaniu progresywnym*

zdrowiem, *Strategie zarządzania progresywnego w sektorze ochrony zdrowia oraz Metody wykorzystywane w zarządzaniu progresywnym podmiotem leczniczym.*

Struktura rozdziałów jest spójna i są one napisane przystępnym językiem. Bibliografia zamieszczona po każdym z rozdziałów stanowi cenne uzupełnienie ich treści. Oto tytuły i autorzy rozdziałów:

- część I: *Zarządzanie progresywne – idea i pojęcia podstawowe* – V. Korporowicz; *Diagnoza potrzeb zdrowotnych* – A. Kurzynowski; *Zarządzanie systemem zabezpieczenia zdrowotnego – podejście progresywne* – T. Szumlicz; *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem* – P. Błądowski; *Demedykalizacja procesu leczenia jako kierunek zarządzania progresywnego ryzykiem choroby* – J. Gładys-Jakóbk;
- część II: *Koordynowana opieka zdrowotna – strategia wykorzystywana w nowoczesnym zarządzaniu opieką zdrowotną* – A. Koziarkiewicz; *Promocja zdrowia jako przykład demokratycznej i nastawionej na rozwój strategii w zarządzaniu progresywnym* – V. Korporowicz; *Profilaktyka chorób w kontekście idei społecznej odpowiedzialności biznesu* – V. Korporowicz, A. Kozłowska; *Jakość usług zdrowotnych, TQM oraz zewnętrzne systemy oceny jakości – strategia zarządzania progresywnego* – T. Karkowski; *Przekształcenia własnościowe w opiece zdrowotnej w Polsce jako podstawa w kształtowaniu strategii zarządzania progresywnego* – V. Korporowicz;
- część III: *Stan zdrowia oraz koszty leczenia mężczyzn i kobiet w świetle zachowań autodestrukcyjnych jako metoda badania potrzeb zdrowotnych* – V. Korporowicz; *System RAFAELA – oparte na badaniach naukowych narzędzie służące do planowania zatrudnienia pielęgniarek. Przypadek Finlandii* – L. Fagerström; *Rachunkowość zarządcza w realizacji kontroli zarządczej w zarządzaniu progresywnym w podmiotach leczniczych* – W. Baran; *Odpowiedzialność podmiotu leczniczego strategią ograniczenia nieprawidłowości zarządczych* – I. Wrześniewska-Wal; *Wpływ zmian przepisów prawnych na konsumpcję narkotyków z wyszczególnieniem środków zastępczych – metoda badania potrzeb w zarządzaniu progresywnym* – A. Filimonowicz; *Komunikacja progresywna na poziomie organizacji ochrony zdrowia w perspektywie rozwiązywania problemów kompetencyjnych* – G. Myśliwiec.

Poszczególne rozdziały omawianej publikacji stanowią wartość dodaną do wiedzy o zarządzaniu progresywnym zdrowiem, należy jednak podkreślić merytoryczny wkład redaktora naukowego V. Korporowicz, która jest równocześnie autorką czterech rozdziałów i współautorką jednego. W każdej z trzech części redaktor naukowy wprowadza w omawiane zagadnienia, podsumowuje aktualny stan wiedzy w zakresie danego tematu oraz określa ramy dysputy podejmowanej przez poszczególnych Autorów. Postawa taka jest wyrazem rzadko spotykanej dbałości o klarowność przekazu.

Idea zarządzania progresywnym zdrowiem jest analizowana w wymiarze indywidualnym, społecznym, ekonomicznym, organizacyjnym i politycznym. Definicja, którą przyjęła redaktor naukowa, brzmi: „(...) zarządzanie progresywne w odniesieniu do ochrony zdrowia jest to filozofia kierowania, która podlega ciągłym przeobrażeniom, gdyż rozwija się ona sama i jednocześnie wpływa na rozwój lokalnego otoczenia przez odwołanie się do istniejących potrzeb zdrowotnych. Jest to postrzeganie zarządzania jako demokratycznego i partycypacyjnego procesu, który z jednej strony przejawia się umiejętnością członków społeczności dbania o swoje zdrowie, z drugiej zaś artykułowaniem potrzeb zdrowotnych. W zarządzaniu progresywnym w ochronie zdrowia zwraca się uwagę na sam produkt czy usługę, a nie tylko na podejście czy metodę zarządzania. Nie jest to zatem tylko metoda czy technika zarządzania. Jest to strategia postępowania, składająca się z sekwencji postępowania w celu zrealizowania założonej misji, której celem jest wysoka jakość świadczonych usług oraz rozwój potencjału zasobów ludzkich, rzeczowych i struktur organizacyjnych” (*Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, s. 46).

Im wyższy poziom interdyscyplinarności w podejściu do zarządzania w obszarze zdrowia, tym większa szansa na osiągnięcie wysokiego poziomu efektywności i jakości. Jakie elementy są ważne? Każdy z Autorów wskazuje na inne obszary, co daje czytelnikowi możliwość zapoznania się różnorodnymi rozwiązaniami.

## Pierwsza część publikacji

A. Kurzynowski w rozdziale *Diagnozowanie potrzeb zdrowotnych* podkreśla rolę państwa jako organizatora i inicjatora polityki zdrowotnej. Przejrzyście prezentuje metody diagnozowania, dostępne źródła informacji o potrzebach zdrowotnych oraz możliwe formy prezentacji danych. Dobra metodologia zbierania i przetwarzania informacji służy rozwojowi regionalnemu oraz społeczności lokalnej – wskazuje Autor, zaś strategia jako formalny dokument nie jest dana raz na zawsze; by była skuteczna, powinna być okresowo monitorowana.

Rozdział trzeci, autorstwa T. Szumlicza, wprowadza w zagadnienia teoretyczne. Każdy praktyk powinien wiedzieć, dlaczego obowiązują konkretne rozwiązania legislacyjne, jakie spory kryją się za rozstrzygnięciami systemowymi, jak ewoluowały cele polityki społecznej i co miało decydujący wpływ na ich określenie. Rozdział jest ważny z perspektywy ekonomicznej i politologicznej analizy procesów zarządzania systemem zabezpieczenia zdrowotnego.

Procesy starzenia się ludności przedstawia w rozdziale czwartym P. Błędowski. Jak możemy przygotować system na problemy będące konsekwencją zmian

demograficznych? Jak analizować dostępne dane? Kto i w jakim zakresie powinien podejmować decyzje? Autor odpowiada na te pytania i wskazuje, jakie powinny być najważniejsze elementy przyszłego systemu.

Ciekawa socjologiczna analiza procesów (de)medykalizacji procesu leczenia została przedstawiona przez J. Gładys-Jakóbk. Choroba czy chory to pojęcia, które towarzyszą wszystkim społecznościom i stanowią jednocześnie odniesienie do działalności lekarzy (medyków, znachorów) i sposobu organizowania opieki zdrowotnej (systemu wsparcia w chorobie). Autorka stawia pytania: Jak ludzie myślą o chorobie i zdrowiu? Jaka jest zależność między zdrowiem a strukturą społeczną, płcią i procesami tworzenia kapitału społecznego? Jakie jest miejsce socjologii medycyny wśród nauk o zdrowiu?

## Druga część publikacji

W części drugiej, a także w kolejnej autorzy analizują praktyczne obszary zarządzania opieką zdrowotną. Rozdział *Koordynowana opieka zdrowotna – strategia wykorzystywana w nowoczesnym zarządzaniu opieką zdrowotną*, autorstwa A. Koziarkiewiczza, przedstawia koncepcję opieki koordynowanej (*manager care* – MC) w kontekście problemów funkcjonowania całego sektora. Autor omawia rozwiązania, które są przyjęte i dopracowywane w USA. To, jakie warunki powinny być spełnione, by koncepcja ta mogła być wdrożona w Polsce, jest pytaniem szczególnie ważnym w kontekście opublikowanego w listopadzie 2015 r. raportu *Health at a Glance 2015 OECD*, który prezentuje jakość usług medycznych i opieki nad pacjentami oraz długość życia obywateli krajów należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). W ogólnym podsumowaniu autorzy raportu piszą, że rośnie długość życia, jakość opieki, dostęp do nowoczesnych leków, ale jednocześnie wymieniają Polskę jako kraj, w którym powszechny dostęp do służby zdrowia jest hipotetyczny, szczególnie na poziomie pierwszego kontaktu. Poszczególne aspekty opieki medycznej, które zostały zestawione w tej publikacji, pokazują, jak bardzo Polska odstaje od pozostałych państw OECD, szczególnie tych europejskich. Stoiemy więc przed koniecznością wprowadzenia konkretnych zmian, które nie tylko usprawnią funkcjonowanie naszego systemu opieki zdrowotnej, ale także poprawią dostęp do lekarza i niezbędnych usług medycznych w skali całego kraju. W tej sytuacji rozdział autorstwa A. Koziarkiewiczza inspirowa do poszukiwania rozwiązań, które mogą poprawić jakość opieki zdrowotnej poprzez wykorzystanie nowych strategii z zastosowaniem metod zarządzania progresywnego.

W kolejnym rozdziale jest poruszony problem wdrażania idei promocji zdrowia, która jest jednym z elementów zarządzania progresywnego w sektorze ochrony zdrowia. Profilaktyka oraz promowanie zdrowia i zdrowego stylu życia oparte na demokratycznych zasadach i partycypacyjnym podejściu są związane z zarządzaniem progresywnym, mają bowiem bezpośredni wpływ na zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia, uwzględniające potrzeby danej społeczności i poszczególnych jednostek. Demokratyczne podejście w promocji zdrowia, co podkreśla autorka tego rozdziału – V. Korporowicz, zakłada podmiotowość człowieka w działaniach promocyjnych na rzecz zdrowia oraz wzajemne wspieranie się i troskę o siebie w środowisku rodzinnym, zawodowym, lokalnym. Przyjmuje się, że w procesie promocji zdrowia zyskujemy samoświadomość oraz przejawiamy odpowiedzialne działanie człowieka w środowisku. W Polsce w ostatnich latach rozwijają się akcje na rzecz promocji zdrowia, ich wpływ na zachowania społeczne monitoruje Główny Urząd Statystyczny poprzez europejskie ankietowe badanie zdrowia (EHIS), które jest realizowane co 5 lat. Ostatnie wyniki (z czwartego kwartału 2014 r.) pokazują, że w porównaniu z poprzednią edycją badania mniej palimy tytoniu i mniej pijemy alkoholu: „Tytoń pod różną postacią pali codziennie 29% dorosłych mężczyzn i 17% kobiet (w 2009 r. 31% dorosłych mężczyzn i 18% kobiet). Szczególnie często nałóg palenia występuje u pięćdziesięciolatków (50–59 lat) – w tej grupie tytoń pali prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet. (...) W porównaniu z wynikami poprzedniego badania odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe zmniejszył się o ponad 2 punkty procentowe. Całkowitą abstynencją w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało blisko 28% badanych osób. Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30–49 lat<sup>1</sup>”.

Procesy, które analizuje w rozdziale *Promocja zdrowia jako przykład demokratycznej i nastawionej na rozwój strategii w zarządzaniu progresywnym* V. Korporowicz, znajdują potwierdzenie w danych empirycznych, to znaczy, że dobrze zintegrowane działania w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej mają bezpośrednie przełożenie na zachowania jednostek. Być może ich dynamika nie jest taka, jakiej oczekivaliby specjaliści, ale to tylko powinno być zachętą do dalszych działań. Wyniki wspomnianego badania EHIS wskazują, że przy tendencji spadkowej liczby osób palących i pijących alkohol zwiększa się liczba osób korzystających z badań profilaktycznych w Polsce: z badań cytologicznych skorzystało ponad 85% kobiet, w tym większość na własne życzenie, z badań mammograficznych 47%, a profilaktyczne badania kolonoskopowe wykonało około 15% populacji<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

<sup>2</sup> Główny Urząd Statystyczny, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

Spółeczna odpowiedzialność biznesu (*corporate social responsibility* – CSR), jako kolejny ważny obszar łączący się i z wdrażaniem zasad profilaktyki, i ze strategią zarządzania progresywnego, jest tematem rozdziału dziewiątego, opracowanego przez V. Korporowicz i A. Kozłowską. CSR jest dynamicznie rozwijającą się w ostatnich latach strategią zarządzania, która ma wzmocnić konkurencyjność przedsiębiorstwa na poziomie globalnym i lokalnym. Autorki w ciekawy i przejrzysty sposób dokonały analizy wpływu tej koncepcji na podmioty systemu ochrony zdrowia. Podejście wypracowane przez CSR może być, według Auterek, z powodzeniem wykorzystane w projektowaniu zasad zarządzania progresywnego w jednostkach medycznych.

Problem zarządzania jakością w kontekście strategii zarządzania progresywnego jest tematem kolejnego rozdziału części drugiej. Kluczowym problemem analizowanym w tekście T. Karkowskiego *Jakość usług zdrowotnych, TQM oraz zewnętrzne systemy oceny jakości – strategia zarządzania progresywnego* jest diagnoza i zaspokojenie potrzeb klientów/pacjentów w kontekście oceny jakości usług zdrowotnych oraz systemu ich certyfikowania. Szczegółowe opisanie poszczególnych norm obowiązujących w usługach zdrowotnych oraz modelu TQM jest ważne dla praktyków, którzy na co dzień w procesie zarządzania muszą brać je pod uwagę. Ciekawym problemem poruszonym przez Autora są metodologiczne założenia do budowania indeksu wskaźników i mierników oceny jakości usług zdrowotnych.

Ostatni rozdział części drugiej, *Przekształcenia własnościowe w opiece zdrowotnej w Polsce jako podstawa w kształtowaniu strategii zarządzania progresywnego* V. Korporowicz, przedstawia analizę problemów własnościowych oraz procesy odchodzenia od scentralizowanego systemu zarządzania w systemie opieki zdrowotnej. W rozdziale tym szczegółowo i chronologicznie są opisane procesy przekształceń własnościowych oraz zmiany instytucjonalne w opiece zdrowotnej w Polsce. Niestety, w Polsce niemal nieustająco jesteśmy w procesie przekształceń w systemie ochrony zdrowia, ma to bezpośredni wpływ na ocenę wdrażanych zmian przez społeczeństwo. Autorka pisze, że „wdrażane przez państwo reformy zyskują stopniowo aprobatę społeczną” (s. 112), jednak badania społeczne nie wydają się tego potwierdzać. Według ósmej odsłony „Barometru WHC”, przygotowanej przez fundację Watch Health Care, Polacy mają ograniczony dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, szczególnie w zakresie konsultacji specjalistycznych i dostępu do szpitala, mimo że mamy wystarczającą liczbę łóżek przypadających na jednego pacjenta. Polacy oczekują poprawy jakości usług zdrowotnych, a niezadowolonych z obecnego stanu jest ponad 58% badanych<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> *Barometr WHC*, [www.korektorzdrowia.pl/barometr](http://www.korektorzdrowia.pl/barometr).

Przekształcenia własnościowe oraz zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia w Polsce przedstawione w omawianym rozdziale są ważne w kontekście problemu dotyczącego tego, w jakim stopniu w zmieniającej się sytuacji można wdrażać zmiany z uwzględnieniem zasad zarządzania progresywnego. Po lekturze tego rozdziału pojawia się pytanie: w jaki sposób w jakościową zmianę włączyć władze samorządowe, które są organami prowadzącymi zakłady ochrony zdrowia? Z punktu widzenia spójności systemu organizacji zdrowia jest to ważny tekst, zostały w nim bowiem podjęte zagadnienia związane z zarządzaniem w ochronie zdrowia, które jest uzależnione od zewnętrznych procesów zachodzących na poziomie społeczności lokalnej i lokalnych struktur władzy.

## Część trzecia publikacji

Część trzecia publikacji rzetelnie prezentuje zagadnienia związane z metodami zarządzania progresywnego. W rozdziale jedenastym, *Stan zdrowia oraz koszty leczenia mężczyzn i kobiet w świetle zachowań autodestrukcyjnych jako metoda badania potrzeb zdrowotnych*, V. Korporowicz omawia wybrane wskaźniki zdrowia kobiet i mężczyzn w Polsce. Problem korelacji stanu zdrowia i jakości życia z płcią oraz pozycją w strukturze społecznej jest ważnym aspektem analiz socjologicznych i ekonomicznych, które powinny być uwzględnione w procesie zarządzania progresywnego zdrowiem. Autorka wykazuje aplikacyjność badań stanu zdrowia w kontekście poprawienia jakości ochrony zdrowia.

Kontynuację zaproponowanego przez V. Korporowicz podejścia intelektualnego rozwiązania problemu można znaleźć w rozdziale piętnastym. A. Filimonowicz omówiła w nim problemy uzależnienia od narkotyków oraz wpływ przepisów prawnych na monitorowanie zjawiska narkomanii. Diagnozowanie samego zjawiska jest ważnym zagadnieniem z perspektywy zarządzania progresywnego, podobnie jak te zaprezentowane w rozdziale jedenastym.

W kolejnym rozdziale, *System RAFAELA – oparte na badaniach naukowych narzędzie służące do planowania zatrudnienia pielęgniarek. Przypadek Finlandii*, L. Fagerström opisuje system zarządzania kadrą pielęgniarską w Finlandii w latach 90. W tekście został wykazany związek między zasobami pielęgniarskimi a wskaźnikami jakości, w tym m.in. śmiertelnością pacjentów. Celem wdrożenia systemu „RAFAELA” było i jest promowanie podstawowych zasad pielęgniarskich” (s. 256). Przyczynił się on do lepszego diagnozowania potrzeb na szczeblu lokalnym. Autorka wykazała, że system ten jest skutecznym narzędziem stosowanym w zarządzaniu progresywnym, a jego wyróżnikiem jest możliwość integrowania go z całym systemem zarządzania

w danej placówce. Rozdział ten prowokuje pytania: czy można taki system zbudować w Polsce i czy bez zmian systemowych, które zachęcą do podejmowania zawodu pielęgniarzki/pielęgniarskiego, jesteśmy w stanie zabezpieczyć potrzeby środowiskowe i instytucjonalne w zakresie usług pielęgniarzki/pielęgniarskiej?

W rozdziale pod tytułem *Rachunkowość zarządcza metodą realizacji kontroli zarządczej w zarządzaniu progresywnym w podmiotach leczniczych* omówiono zasady i rolę rachunkowości zarządczej, której istota polega na dostarczaniu informacji wspomagających menadżera w procesie decyzyjnym.

W pozostałych rozdziałach przedstawiono kwestie odpowiedzialności podmiotu leczniczego (rozdział czternasty), zasady komunikacji progresywnej i jej wpływ na rozwiązywanie problemów kompetencyjnych (rozdział szesnasty).

\*\*\*

We wstępie do omawianej pracy zaznaczono, „że monografia nie ma charakteru kompendium wiedzy w zakresie zdrowia i zarządzania nim. Jest próbą rozpoznania licznych problemów niezbędnego do zrozumienia procesów zachodzących w sferze zdrowia, które wymagają nowego, dogłębnego, efektywnego podejścia do zarządzania ochroną zdrowia” (s. 18). Mimo że przy lekturze poszczególnych rozdziałów brakuje odniesienia do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, to recenzowana publikacja jest spójna, inspirująca do dalszych studiów i napisana żywym i zrozumiałym językiem. Skrótowe omówienie każdego rozdziału nie oddaje wielowątkowości podjętych przez autorów tematów, opracowanych zgodnie ze standardami tekstów naukowych. Autorzy monografii, przedstawiając tematyczne zagadnienia, starali się wskazać rozwiązania zgodne z założeniami zarządzania progresywnego w ochronie zdrowia, które mogą być wdrożone w Polsce i przyczynić się tym samym do jakościowej zmiany w systemie ochrony zdrowia.

W publikacji zabrakło pewnego rodzaju podsumowania czy zakończenia, które uwypukliłoby konkluzje i było swoistym postulatem zrealizowania zadań w obszarze systemu ochrony zdrowia zgodnie z założeniami zarządzania progresywnego. Brakuje także indeksu rzeczowego, który byłby pomocny w lekturze, szczególnie dla praktyków związanych z ochroną zdrowia. Praca jest jednak bardzo dobra pod względem merytorycznym i edytorskim.

Interdyscyplinarność i wielowątkowość podjętych zagadnień w kontekście problematyki zarządzania progresywnego wyróżniają tę publikację na rynku wydawniczym pod względem merytorycznym, dzieje się tak m.in. dzięki panelowemu ujęciu problemu, bogactwu źródeł, nieschematyczności opracowania tematu. Adresatem publikacji jest szeroki krąg odbiorców, stanowi ona bowiem ważny głos w dyskusji nad kierunkiem zmian w systemie ochrony zdrowia nie tylko Polsce.



## **Bibliografia**

*Barometr WHC*, [www.korektorzdrowia.pl/barometr](http://www.korektorzdrowia.pl/barometr).

*Główny Urząd Statystyczny*, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).

