

Absolwent zdrowia publicznego jako przyszły koordynator opieki zdrowotnej

Dominika Drężek¹, Wojciech Boratyński²

¹ *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska*

² *Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska*

Drężek D, Boratyński W. Absolwent zdrowia publicznego jako przyszły koordynator opieki zdrowotnej. *Med Og Nauk Zdr.* 2019; 25(2): 118–125. doi: 10.26444/monz/109663

Streszczenie

Cel pracy. Celem pracy było uzyskanie opinii przyszłych potencjalnych pracowników systemu na temat koordynowanej opieki zdrowotnej oraz objęcia stanowiska koordynatora przez absolwentów zdrowia publicznego, co jest istotne, biorąc pod uwagę usprawnienie funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ponadto przedmiotem badania było dokonanie oceny obecnego systemu oraz szansy powodzenia wdrożenia założeń koordynacji.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 264 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w wieku 22–27 lat, w tym 227 kobiet i 37 mężczyzn. Podczas uzyskiwania odpowiedzi wśród respondentów użyto techniki PAPI w trzech grupach: kierunek lekarski (IV–VI rok), kierunek zdrowie publiczne (I–II rok, studia magisterskie) oraz pielęgniarstwo (I–II rok, studia magisterskie).

Wyniki. Studenci zdrowia publicznego wykazali większą znajomość definicji koordynowanej opieki zdrowotnej w porównaniu ze studentami kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa. Dodatkowo studenci zdrowia publicznego wyżej ocenili istotność założeń koordynacji w strukturze systemu oraz szansę jej funkcjonowania w Polsce. Na stanowisko koordynatora 90,6% studentów kierunku lekarskiego wybrało lekarza, 67,6% studentów pielęgniarstwa wybrało lekarza, zaś 10,8% spośród nich absolwenta zdrowia publicznego, natomiast 78,8% studentów zdrowia publicznego wybrało absolwenta swojego kierunku.

Wnioski. Opinia dotycząca koordynowanej opieki zdrowotnej różni się w zależności od studiowanego przez respondentów kierunku. W obecnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej w Polsce nie wykorzystuje się potencjału absolwentów zdrowia publicznego. Ponadto występują nieprawidłowości związane z precyzyjnością charakterystyki programu kształcenia i przyszłą ścieżką zawodową specjalistów zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe

zdrowie publiczne, studenci zdrowia publicznego, koordynator, koordynowana opieka zdrowotna, zarządzane programami opieki, zarządzanie opieką nad pacjentem

WPROWADZENIE

Dotychczas nie znaleziono odpowiedzi na pytanie, jak powinien wyglądać idealnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Mimo uprzednich doświadczeń oraz ewaluacji wszelkich dziedzin szeroko pojętej nauki nie stworzono bezkonkurencyjnego rozwiązania. Jednym z pomysłów na rozwój i poprawę systemowych założeń opieki zdrowotnej jest jej koordynowanie. Koordynowanie to trafne zarządzanie oraz kompleksowe i zintegrowane kierowanie strukturą opieki zdrowotnej na różnych poziomach, co przede wszystkim wpływa na praktykę biznesową, jaką jest finansowanie. Zgodnie z definicją National Library of Medicine koordynowana opieka zdrowotna to osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy jednoczesnym ograniczaniu zbędnych kosztów. Działania, które mają na celu wesprzeć ww. założenia, to m.in.: ekonomiczna motywacja lekarzy i pacjentów dotycząca wyboru właściwej formy leczenia, ocena rzeczywistej potrzeby udzielania danych usług medycznych, przeanalizowanie podziału kosztów ponoszonych przez beneficjentów, nadzór nad liczbą i czasem trwania wszelkich hospitalizacji, ukierunkowanie lekarzy na przeprowadzanie zabiegów w trybie ambulatoryjnym, wybiórcze kontraktowanie podmiotów leczniczych oraz wzmoczone zarządzanie,

szczególnie przy wysokich kosztach opieki zdrowotnej [1]. W 2014 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) upełniła definicję koordynowanej opieki zdrowotnej o aspekty dotyczące szeroko pojętej promocji zdrowia. Istotne stało się zatem kontynuowanie jej założeń, co oznacza postawienie na pierwszym miejscu profilaktyki, a w dalszej kolejności procesu diagnostyczno-terapeutycznego, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwraca również uwagę na działanie zgodne z faktycznym zapotrzebowaniem, zachęca do przeprowadzania różnego rodzaju analiz, które pomogą sprecyzować problem zdrowotny i jego skalę oraz namawia pracowników systemu do aktywnej współpracy [2]. Definicja koordynowanej opieki zdrowotnej wiąże się z pojęciem opieki zintegrowanej, polegającej na łączeniu zasobów, procesów świadczenia usług, zarządzania i organizacji usług zdrowotnych w nawiązaniu do diagnostyki, terapii, rehabilitacji i promocji zdrowia [3]. Zadaniem opieki zintegrowanej jest pełnienie roli uzupełniającej i działanie pomiędzy strukturami, które składają się z oddzielnych, jednakże wzajemnie powiązanych komponentów, w celu realizacji wspólnych zadań, osiągnięcia wspólnych założeń oraz optymalizacji wyników [4].

Schemat funkcjonowania koordynowanej opieki zdrowotnej określa zakłady lecznicze jako głównego realizatora. Sieć tych współdziałających podmiotów leczniczych zarządzana jest przez menadżerów. To oni odpowiedzialni są za aspekty finansowe i organizacyjne, aby proces świadczenia usług medycznych mógł przebiegać sprawnie, przy możliwie jak

Address do korespondencji: Dominika Drężek, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Żwirki i Wigury 61, 02-091, Warszawa, Polska
E-mail: xdominikadrezek@gmail.com

Nadesłano: 2 Kwietnia 2019; Zaakceptowano do druku: 27 Maja 2019

najszerszym zakresie usług, a dodatkowo nie obciążał systemu zbędnymi kosztami. Ponadto do zadań menadżera należy również kierowanie opieką nad pacjentem, która dotyczy ciągłości leczenia i nadzoru jakości w obrębie danej placówki medycznej.

Twórcami założeń koordynowanej opieki zdrowotnej byli specjaliści ze Stanów Zjednoczonych. To właśnie tam narodziła się jej koncepcja, która zrewolucjonizowała tamtejszy sektor opieki zdrowotnej. Jednym z pierwszych kroków było powołanie organizacji opieki koordynowanej (HMO), która odpowiadała za ukształtowanie zarządzanej opieki w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych oraz pełniła funkcję łącznika pomiędzy pacjentami a podmiotami świadczącymi dane usługi. W chwili obecnej koordynacja prężnie działa również w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Szwajcarii, Hiszpanii, Australii czy w niektórych krajach Azji Południowo-Wschodniej [5]. Najważniejszymi elementami, którym koordynacja zawdzięcza swój światowy sukces, są techniki zarządzania kosztami medycznymi i jakością w systemie. W miarę możliwości kluczowe jest wprowadzanie zasady 2S – substytucji i stosowności, dzięki której leczenie ze szpitali przeniesione zostaje do leczenia ambulatoryjnego. Zwrócenie uwagi na działania profilaktyczne i prewencyjne powoduje natomiast obniżenie kosztów leczenia oraz przynosi pozytywne efekty zdrowotne, a ustalone standardy postępowania i nowo powstałe systemy IT służą podczas wyszukiwania i leczenia pacjentów, szczególnie tych z wieloma współistniejącymi chorobami [1].

Polska wciąż zmagają się z trudnościami panującymi w systemie opieki zdrowotnej. Brakuje w nim odpowiedniego i skutecznego zarządzania, rozsądnego i trafnego finansowania oraz rzetelnej i długofalowej polityki zdrowotnej. Według raportu OECD/EC „Health at a Glance 2018” polska ochrona zdrowia wśród innych krajów członkowskich Unii Europejskiej zajmuje pośrednie miejsce [6]. Niestety w pewnych obszarach plasujemy się na ostatnim miejscu i są one istotnie powiązane z założeniami koordynowanej opieki zdrowotnej. Dotyczy to m.in. liczby praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców (w Polsce 2,4 lekarza w 2016 roku w porównaniu do średniej Unii Europejskiej wynoszącej 3,6) oraz liczby lekarzy rodzinnych (w Polsce 9% w porównaniu do średniej Unii Europejskiej, wynoszącej 23%). Kłopotliwy i ryzykowny deficyt lekarzy jest utrudnieniem dla pacjentów, ale również dla samych pracowników systemu. Z raportu wynika, że lekarz w Polsce przyjmuje przeciętnie 3104 pacjentów rocznie, natomiast średnia dla Unii Europejskiej wynosi 2147 konsultacji przypadających na jednego lekarza rocznie. Dla porównania w Szwecji liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza wynosi 679. Dane dotyczące oceny systemu z perspektywy pacjentów wykazują, że 60% z nich ma poczucie, że podczas odbytych wizyt lekarze nie poświęcili im wystarczającej ilości czasu i uwagi. Problem dotyczy również tematu decyzyjności i relacji lekarz–pacjent, a mianowicie mniej niż połowa polskich lekarzy (48%) włącza pacjenta w proces zaplanowania dla niego odpowiedniej ścieżki terapeutycznej, przy czym średnia dla Unii Europejskiej wynosi około 96%. Powodem takiego stanu rzeczy może być kwestia biurokracji, z jaką zmagają się polscy lekarze, oraz brak sprawnie funkcjonującego elektronicznego systemu dokumentacji medycznej (w 2016 roku w Polsce jedynie 30% lekarzy pierwszego kontaktu używało elektronicznej dokumentacji medycznej, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej wynosiła 80%) [6, 7].

CEL PRACY

Celem pracy było uzyskanie opinii przyszłych potencjalnych pracowników systemu na temat koordynowanej opieki zdrowotnej oraz objęcia stanowiska koordynatora przez absolwentów zdrowia publicznego, co jest istotne, biorąc pod uwagę usprawnienie funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ponadto przedmiotem badania było dokonanie oceny obecnego systemu oraz szansy powodzenia wdrożenia założeń koordynacji.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zrealizowane zostało w okresie maj–wrzesień 2018 roku za pomocą autorskiego kwestionariusza, który składał się z 16 pytań, w tym 14 w formie zamkniętej i 2 w formie otwartej. Ankieta zawierała pytania dotyczące: definicji koordynowanej opieki zdrowotnej oraz znajomości jej założeń, oceny polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz potrzeby wprowadzenia do niego elementów koordynacji, poglądów na temat odpowiedniego kandydata na stanowisko koordynatora i opinii na temat współpracy pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej w Polsce. W końcowej części ankiety respondenci zapytani zostali o płeć, wiek, kierunek i rok studiów, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców i sytuację materialną. Odpowiedzi zebrano przy użyciu techniki PAPI w trzech grupach studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: kierunku lekarskiego (IV–VI rok), kierunku zdrowie publiczne (I–II rok studia magisterskie) oraz pielęgniarstwa (I–II rok studia magisterskie). W badaniu wzięło udział 264 studentów w wieku 22–27 lat, w tym 227 kobiet i 37 mężczyzn. Dobór próby z wykorzystaniem metody kuli śnieżnej służył uzyskaniu opinii w zakresie podejmowanego obszaru tematycznego wśród przyszłych pracowników systemu opieki zdrowotnej. Pozwolił również na spełnienie założonych kryteriów włączających, takich jak: rok i kierunek studiów oraz uczelnia, na której studiowali respondenci.

Uzyskany materiał poddano analizie statystycznej wykonanej za pomocą programu Statistica v. 13.1. Zmienne ilościowe zaprezentowano jako średnia \pm odchylenie standardowe. Natomiast zmienne jakościowe przedstawiono jako liczbę zdarzeń oraz procent z całości. Normalność rozkładu badano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Za poziom istotny statystycznie przyjęto klasyczną wartość $p < 0,05$. Istotność różnic pomiędzy grupami analizowano przy użyciu testu U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa oraz testem t-Studenta w przypadku zmiennych ilościowych, a w przypadku zmiennych jakościowych przy użyciu testu χ^2 . Korelacje badano za pomocą testu rang Spearmana.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 264 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w wieku od 22 do 27 lat. Średnia wieku wynosiła 23,7 lat. Wśród ankietowanych było 86% kobiet ($n = 227$) i 14% mężczyzn ($n = 37$). Studenci włączeni do badania to przyszli absolwenci kierunku lekarskiego – 20,1% ($n = 53$), pielęgniarstwa – 28% ($n = 74$) i zdrowia publicznego – 51,9% ($n = 137$).

Tabela 1. Liczba respondentów w podziale na kierunek i rok studiów

Liczba respondentów w podziale na kierunek i rok studiów								
Kierunek studiów	Rok studiów	Lekarski			Pielęgniarstwo		Zdrowie Publiczne	
		IV	V	VI	I (II st.)	II (II st.)	I (II st.)	II (II st.)
Liczba studentów	n	21	20	12	32	42	64	73
	%	7,9%	7,5%	4,7%	12,1%	15,9%	24,3%	27,6%
Razem	n	53			74		137	
	%	20,1%			28%		51,9%	
	n					264		
	%					100%		

n- liczba respondentów, %- odsetek respondentów

Respondenci zostali zapytani o miejsce zamieszkania przed rozpoczęciem nauki na uczelni. Najwięcej osób pochodziło z dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców) – 40,9% (n = 108) oraz z miast średnich (od 21 do 100 tys. mieszkańców) – 31,4% (n = 83). Uczestnicy badania pochodzący z małych miast (od 5 do 20 tys. mieszkańców) stanowili 14,8% (n = 39), a respondenci z obszaru wiejskiego i miast poniżej 5 tys. mieszkańców – 12,9% (n = 34). Ankietyowanych poproszono o wskazanie poziomu wykształcenia swoich rodziców bądź opiekunów. Większość matek posiadała wykształcenie wyższe – 35,6% (n = 94), natomiast wykształcenie średnie – 30,3% (n = 80) i zawodowe – 29,6% (n = 78) oraz wykształcenie podstawowe – 4,5% (n = 12). Stopień edukacji ojców różnił się znacząco: wykształcenie wyższe posiadało 34,9% (n = 92), średnie – 20,8% (n = 55), zawodowe – 40,1% (n = 106) i podstawowe – 2,3% (n = 6) oraz inne – 1,9% (n = 5). Swoją sytuację materialną 43,2% (n = 114) studentów określiło jako dobrą, zaś 36,4% (n = 96) jako średnią. Bardzo dobrze swoją sytuację materialną oceniło 18,6% (n = 49) studentów, natomiast odpowiedź „bardzo zła” nie została wskazana. Przeprowadzona analiza wykazała zależności istotne statystycznie pomiędzy odpowiedziami studentów na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu a zmiennymi takimi jak wiek, studiowany kierunek, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie rodziców. Płeć, rok studiów i status materialny to zmienne, które nie wpływały na odpowiedzi respondentów.

Najistotniejsze zależności wynikały z odmiennych kierunków studiów respondentów. Pierwsza z nich dotyczyła odpowiedzi na pytanie sprawdzające znajomość definicji koordynowanej opieki zdrowotnej oraz jej założeń. Spośród sześciu odpowiedzi na to pytanie dwie były prawidłowe, zgodne z podstawową definicją koordynowanej opieki zdrowotnej wg National Library of Medicine [1]. Respondenci mieli za zadanie wybrać dwa z sześciu założeń, które ich zdaniem najtrafniej określały definicję koordynacji. Poprawne odpowiedzi wskazywała zdecydowana większość studentów zdrowia publicznego i pielęgniarstwa. Prawidłowe założenie związane z osiąganiem wysokiego poziomu ochrony zdrowia wybrało 125 osób, a wśród nich: 50,4% (n = 63) studentów zdrowia publicznego, 36% (n = 45) studentów pielęgniarstwa i 13,6% (n = 17) studentów kierunku lekarskiego. Drugie prawidłowe stwierdzenie dotyczące ograniczania zbędnych kosztów wybrało 39 osób, spośród których 74,4% (n = 29) to studenci zdrowia publicznego, 12,8% (n = 5) to studenci kierunku lekarskiego oraz 12,8% (n = 5) – studenci pielęgniarstwa. Oprócz tych odpowiedzi uwagę studentów zdrowia

publicznego zwróciła odpowiedź dotycząca wypracowania współpracy między pracownikami wszystkich sektorów systemu opieki zdrowotnej. Tę odpowiedź wybrało 40 osób, wśród których 92,5% (n = 37) to studenci zdrowia publicznego. Studenci kierunku lekarskiego z kolei wskazywali odpowiedź dotyczącą uzyskania rzetelnej diagnozy i zaplanowanej drogi leczenia dla pacjentów (na 110 osób, które wybrały tę odpowiedź spośród studentów trzech kierunków 37,3% (n = 41) respondentów to przyszli lekarze). W badaniu sprawdzono również wiedzę studentów na temat realizowania założeń koordynacji w innych państwach na świecie. Lepszą świadomością w tej kwestii wykazali się studenci kierunku lekarskiego. Nie tylko posiadali wiedzę dotyczącą funkcjonowania koordynacji w skali międzynarodowej, ale potrafili również prawidłowo wskazać państwa realizujące założenia koordynacji.

Tabela 2. Ocena istotności koordynacji w strukturze systemu opieki zdrowotnej

Ocena istotności koordynacji w systemie opieki zdrowotnej							
Ocena w skali od 1 do 5		1	2	3	4	5	Razem
Kierunek studiów							
Lekarski	n	1	18	22	8	4	53
	%	1,9	34	41,5	15	7,6	100
Pielęgniarstwo	n	0	19	22	31	2	74
	%	0	25,7	29,7	41,9	2,7	100
Zdrowie Publiczne	n	2	2	19	63	51	137
	%	1,5	1,5	13,8	46	37,2	100

n- liczba respondentów, %- odsetek respondentów

W tabeli nr 2 przedstawiono zależność, która dotyczy oceny istotności elementu koordynacji w systemie opieki zdrowotnej. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że studenci kierunku lekarskiego neutralnie wybierali do oceny istotności koordynacji, w większości wybierając odpowiedź „3” – 41,5% (n = 22). Studenci pielęgniarstwa w większości wybierali odpowiedź „4” – 41,9% (n = 31), podobnie jak studenci zdrowia publicznego – 46% (n = 63). Warto jednak zwrócić uwagę, że kolejnym stopniem oceny studentów zdrowia publicznego była odpowiedź „5” – 37,2% (n = 51).

Tabela 3. Ocena efektywności obecnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Ocena systemu opieki zdrowotnej w Polsce							
Ocena w skali od 1 do 5		1	2	3	4	5	Razem
Kierunek studiów							
Lekarski	n	2	17	18	14	2	53
	%	3,8	32	34	26,4	3,8	100
Pielęgniarstwo	n	5	48	16	5	0	74
	%	6,7	65	21,6	6,7	0	100
Zdrowie Publiczne	n	21	63	43	9	1	137
	%	15,3	46	31,4	6,6	0,7	100

n- liczba respondentów, %- odsetek respondentów

W tabeli nr 3 przedstawiono opinię na temat organizacji, jakości i efektywności obecnego systemu opieki zdrowotnej

w Polsce. Najgorzej, wybierając odpowiedź „2”, ocenili obecny system studenci pielęgniarstwa – 65% (n = 48) i zdrowia publicznego – 46% (n = 63). Ponadto warto dodać, że studenci zdrowia publicznego wybierali przeważnie odpowiedzi od „1” do „3”. Respondenci z kierunku lekarskiego w większości wybierali środkową odpowiedź „3” – 34% (n = 18), jednak zakres udzielanych odpowiedzi wahał się przeważnie od odpowiedzi „2” do „4”.

Badanie pokazało stosunek studentów do kwestii potrzeby wprowadzenia skoordynowanej opieki zdrowotnej do polskiego systemu w celu jego usprawnienia oraz opinię dotyczącą szansy powodzenia funkcjonowania założeń koordynacji pod względem organizacji i kosztów jej działań. Konieczność wprowadzenia koordynacji badana była za pomocą skali Likerta [8]. Studenci kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa w zakresie wdrożenia koordynacji do polskiego systemu najczęściej wybierali odpowiedzi od „raczej nie” do „raczej tak”. Najliczniej jednak, choć z niewielką przewagą do niższych stopni, wybierali odpowiedź: „raczej tak” – studenci kierunku lekarskiego 37,7% (n = 20) i studenci pielęgniarstwa 62,2% (n = 46). Respondenci ze zdrowia publicznego najczęściej wybierali odpowiedź „raczej tak” – 47,5% (n = 65), jednak dla odmiany drugą co do wielkości wskazywaną oceną była odpowiedź „zdecydowanie tak” – 39,4% (n = 54).

Tabela 4. Ocena szansy funkcjonowania koordynacji w systemie opieki zdrowotnej w Polsce

Ocena szansy funkcjonowania koordynacji w Polsce							
Ocena w skali od 1 do 5	1	2	3	4	5	Razem	
Kierunek studiów							
Lekarski	n	1	30	16	5	1	53
	%	1,9	56,6	30,2	9,4	1,9	100
Pielęgniarstwo	n	3	41	27	2	1	74
	%	4	55,4	36,5	2,7	1,4	100
Zdrowie Publiczne	n	4	19	70	39	5	137
	%	3	13,8	51,1	28,5	3,6	100

n- liczba respondentów, %- odsetek respondentów

W tabeli nr 4 przedstawiono ocenę szansy funkcjonowania koordynacji w polskim systemie opieki zdrowotnej. Co do opinii powodzenia założeń koordynacji – odpowiedzi plasują się bardzo podobnie. Studenci kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa wybierali ocenę „2” – 56,6% (n = 30) przyszłych lekarzy i 55,4% (n = 41) przyszłych pielęgniarek. Natomiast ponad połowa osób studiujących zdrowie publiczne zdecydowała się na odpowiedź „3” – 51,1% (n = 70).

W badaniu zawarto dwa pytania otwarte dotyczące dziedzin udzielania świadczeń medycznych, w których według respondentów opieka skoordynowana mogłaby mieć najlepsze zastosowanie oraz cech i umiejętności, które powinna posiadać osoba będąca przyszłym koordynatorem. Odnośnie do rodzaju specjalizacji świadczeń medycznych najczęściej powtarzające się odpowiedzi padały w grupie osób studiujących pielęgniarstwo. Kluczową dziedziną dla tego kierunku okazała się „rehabilitacja”, w grupie osób, które wskazały tę odpowiedź 45,4%, to studenci właśnie tego kierunku. Przyszli lekarze wskazywali rehabilitację w 31,9%, absolwenci zdrowia publicznego w 22,7%. Najliczniej wskazywaną dziedziną okazała się „podstawowa opieka zdrowotna”. Odpowiedź tę zaznaczyło 81 respondentów, w tym 38,3% (n = 31) studentów pielęgniarstwa, 37% (n = 30) studentów zdrowia publicznego

oraz 24,7% (n = 20) studentów kierunku lekarskiego. Z analizy wynika, że studenci kierunku lekarskiego najliczniej wskazywali chirurgię – 59,1% przyszłych lekarzy. Przedstawiając wyniki pytania dotyczącego umiejętności przyszłego koordynatora, zasadnicze jest podkreślenie, jakiej kategorii były to cechy. Te związane z organizacją i zarządzaniem padały w odpowiedziach studentów zdrowia publicznego. Przyszli lekarze i pielęgniarki skupiali się raczej na umiejętnościach przydatnych w nawiązywaniu kontaktu z pacjentem i współpracy z nim. Odpowiedzi najczęściej wybierane przez absolwentów zdrowia publicznego to „zarządczy” – 80% (n = 24 na 30 odpowiedzi), „odpowiedzialny” – 79,3% (n = 23 na 29 odpowiedzi) oraz „zdeteminowany” – 52,40% (n = 11 na 21 odpowiedzi). Wśród studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa najczęściej padały odpowiedzi „otwarty” – 50% (n = 20 na 40 odpowiedzi) studentów pielęgniarstwa, 32,5% (n = 13 na 40 odpowiedzi) studentów kierunku lekarskiego – oraz „opanowany” – 50% (n = 12 na 24 odpowiedzi) studentów pielęgniarstwa, 29,2% (n = 7 na 24 odpowiedzi) studentów kierunku lekarskiego.

W kwestii wyboru osób, które odpowiadałyby za pełnienie funkcji koordynatora opieki zdrowotnej, studenci poszczególnych kierunków wskazywali następująco:

- studenci kierunku lekarskiego – 90,6% (n = 48) wybrało lekarza, pozostałe 9,4% (n = 5) osób wskazało pielęgniarkę lub położną;
- studenci pielęgniarstwa – 67,6% (n = 50) wybrało lekarza, 21,6% (n = 16) wybrało pielęgniarkę lub położną, pozostałe 10,8% (n = 8) osób wskazało absolwenta zdrowia publicznego;
- studenci zdrowia publicznego – 78,8% (n = 108) wybrało absolwenta zdrowia publicznego, 19% (n = 26) wybrało absolwenta administracji, pozostałe 2,2% (n = 3) osób wskazało absolwenta zarządzania.

Natomiast zapytani o to, czy absolwent zdrowia publicznego posiada odpowiednie kompetencje, aby objąć posadę koordynatora, odpowiadali w następujący sposób: respondenci kierunku lekarskiego najczęściej unikali bezpośredniej odpowiedzi, wybierając „nie wiem” – 62,3% (n = 33), w drugiej kolejności odpowiadali „nie” – 24,6% (n = 13); studenci pielęgniarstwa również wybierali odpowiedź „nie wiem” – 50% (n = 37), kolejną po niej – 40,5% (n = 30) – była jednak odpowiedź potwierdzająca kompetencje absolwentów zdrowia publicznego; studenci zdrowia publicznego przeważnie odpowiadali na to pytanie twierdząco, wybierając odpowiedź „tak” w 79,6% (n = 109).

Tabela 5. Ocena współpracy między pracownikami systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Ocena współpracy pracowników opieki zdrowotnej w Polsce							
Ocena w skali od 1 do 5	1	2	3	4	5	Razem	
Kierunek studiów							
Lekarski	n	1	6	25	18	3	53
	%	1,9	11,3	47,2	34	5,6	100
Pielęgniarstwo	n	23	38	10	3	0	74
	%	31	51,4	13,6	4	0	100
Zdrowie Publiczne	n	8	53	61	14	1	137
	%	5,8	38,7	44,5	10,3	0,7	100

n- liczba respondentów, %- odsetek respondentów

W tabeli nr 5 przedstawiono ocenę współpracy pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej w funkcjonującym obecnie systemie w Polsce. Wyniki analizy ukazują, jak poszczególne grupy studentów oceniają ową współpracę. Studenci kierunku lekarskiego i zdrowia publicznego najczęściej wybierali odpowiedź „3” – 47,2% (n = 25) i 44,5% (n = 61) spośród wszystkich respondentów w tych grupach. Najgorzej współpracę oceniali osoby z kierunku pielęgniarstwo, które w większości wybierały odpowiedź „2” – 51,4% (n = 38). W zależności od kierunku drugorzędne odpowiedzi nakreślają tendencje w danych grupach. Studenci kierunku lekarskiego w drugiej kolejności oceniali współpracę na „4” – 34% (n = 18), natomiast 31% (n = 23) przyszłych pielęgniarzek wybierała ocenę „1”. W kwestii stwierdzenia mówiącego o tym, że prawidłowa współpraca pomiędzy pracownikami systemu opieki zdrowotnej przyczynia się do poprawy jakości i efektywności świadczonych usług studenci byli właściwie zgodni. Ankietowani z kierunku lekarskiego, podobnie jak z pielęgniarstwa, wybierali odpowiedź „raczej tak” – 54,7% (n = 29) oraz 58,1% (n = 43). Natomiast 46% (n = 63) studentów zdrowia publicznego zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak”.

Podsumowujące pytania ankiety dotyczyły zamiaru podjęcia w przyszłości pracy w zawodzie medycznym lub takim, który pozwoli studentom wykorzystać zdobytą na studiach wyższych wiedzę oraz opinii na temat stwierdzenia, że wprowadzenie elementów koordynacji do systemu opieki zdrowotnej w Polsce usprawni w przyszłości korzystanie z usług medycznych przez studentów. Grupą, która była najpewniejsza podjęcia w przyszłości pracy w zawodzie, byli studenci kierunku lekarskiego – 92,5% (n = 49) osób udzieliło w tej kwestii odpowiedzi twierdzącej, kolejni byli studenci pielęgniarstwa – 89,2% (n = 66). Studenci zdrowia publicznego byli grupą najmniej zdecydowaną co do podjęcia pracy w zawodzie – 67,9% (n = 93) respondentów odpowiedziało twierdząco, pozostali natomiast nie byli zdecydowani lub wykazali niechęć. Co do opinii na temat usprawnienia korzystania z systemu w przyszłości – wszystkie grupy najczęściej wybierały odpowiedź „raczej tak” – studenci kierunku lekarskiego w 51% (n = 27), studenci pielęgniarstwa w 58,1% (n = 43), natomiast studenci zdrowia publicznego w 51,8% (n = 71).

Po zestawieniu zależności pomiędzy odpowiedziami respondentów a miejscem, z którego pochodzą, istotna statystycznie okazała się wiedza studentów na temat stosowania założeń koordynacji w innych państwach na świecie. Respondenci pochodzący ze wsi i małych miast oraz miast średnich najczęściej odpowiadali „nie wiem” – 61,7% (n = 45) mieszkańców wsi i małych miast oraz 66,3% (n = 55) mieszkańców miast średnich. Natomiast osoby dorastające w dużych miastach w 47,2% (n = 51) wykazały się wiedzą w tym zakresie i były w stanie prawidłowo podać przykład takiego państwa. Ponadto zasadnicze okazało się powiązanie miejsca zamieszkania z wyborem osoby na stanowisko koordynatora przez studentów. Respondenci pochodzący ze wsi i małych miejscowości w 52,1% (n = 38) na tym stanowisku widzieliby absolwenta zdrowia publicznego, mieszkańcy średnich miast w 49,4% (n = 41) wskazywali lekarza. Natomiast mieszkańcy największych miast w Polsce w 48,2% (n = 52) wybierali absolwenta zdrowia publicznego, a w 41,7% (n = 45) lekarza. Zastosowanie współczynnika korelacji porządku rang Spearmana pozwoliło zauważyć dwie zależności. Pierwsza dotyczyła oceny obecnego systemu opieki zdrowotnej

w Polsce – im większe było miasto zamieszkania respondenta, tym wyższa i korzystniejsza była również ocena obecnego systemu ($r = 0,16$; $p = 0,01$). Natomiast druga zależność dotyczyła oceny współpracy pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej w obecnie funkcjonującym systemie w Polsce – ustalono, iż wraz ze wzrostem wielkości miast, z których pochodzili respondenci, wzrasta również przychylna ocena współpracy ($r = 0,24$; $p = 0,00007$).

Stosując test rang Spearmana, ukazano korelacje związane z takimi zmiennymi jak wiek i wykształcenie rodziców lub opiekunów oraz powiązania między poszczególnymi pytaniami. Wykształcenie rodziców wpływa na ocenę obecnego systemu opieki zdrowotnej i współpracy pomiędzy pracownikami służby zdrowia w Polsce. Z analizy wynika, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ojca bądź opiekuna wzrasta pozytywna ocena systemu ($r = 0,15$; $p = 0,02$). Zauważono również, że im wyższe było wykształcenie obojga rodziców bądź opiekunów, tym korzystniej respondenci oceniali współpracę personelu medycznego (wynik dla matki/opiekunki $r = 0,16$, $p = 0,02$), (wynik dla ojca/opiekuna $r = 0,15$; $p = 0,02$). Korelacje związane z wiekiem respondentów pokazują, że zmienna ta maleje wraz ze wzrostem: korzystnej oceny istotności elementu koordynacji w systemie ($r = -0,20$; $p = 0,001$), pozytywnej opinii na temat potrzeby wprowadzenia koordynowania ($r = -0,20$; $p = 0,044$) oraz przychylnego zdania na temat ułatwień związanych z korzystaniem z usług medycznych po wprowadzeniu koordynacji do systemu ($r = -0,18$; $p = 0,003$). Ponadto przeprowadzona analiza przedstawia zależności pomiędzy wiekiem studentów zdrowia publicznego a ich zdaniem na temat programu realizowanego podczas studiów i przygotowania do pracy w zakresie koordynacji. Większość studentów zdrowia publicznego miała poczucie, że jest na siłach pracować na takim stanowisku i zgadzała się ze stwierdzeniem, że to właśnie ze studiów wynosi swoją wiedzę w tym obszarze. Proporcjonalnie wiek respondentów maleje wraz ze wzrostem liczby odpowiedzi, które potwierdzają powyższe stwierdzenie ($r = 0,20$; $p = 0,017$). Powiązania pomiędzy poszczególnymi pytaniami zawartymi w kwestionariuszu wykazały, że istnieje zależność pomiędzy oceną obecnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce a oceną potrzeby wprowadzenia do systemu koordynacji. Im bardziej negatywna była opinia studentów na temat organizacji i efektywności opieki zdrowotnej, tym silniej wyrażali oni potrzebę wprowadzenia koordynacji w celu jej usprawnienia ($r = -0,35$; $p = 0,000$). Z badania wynika również, że im wyżej studenci oceniali istotność elementu koordynacji w systemie, tym chętniej zgadzali się ze sformułowaniem, że koordynacja ułatwi im w przyszłości korzystanie z systemu jako pacjentom ($r = 0,24$; $p = 0,00008$). W analogiczny sposób odnieśli się do oceny potrzeby wprowadzenia elementów koordynacji w kontekście czerpania z niej korzyści w przyszłości. Im silniej wyrażali potrzebę wprowadzenia koordynacji, tym chętniej zgadzali się z powyższym stwierdzeniem ($r = 0,35$; $p = 0,00000$).

DYSKUSJA

Analizując wyniki badania, można zauważyć, że największe zróżnicowanie odpowiedzi wiąże się z odmiennymi kierunkami studiów respondentów. Zupełnie inaczej rozumieją i precyzują koordynację przyszli lekarze niż przyszli absolwenci pielęgniarstwa czy zdrowia publicznego. Zgłębiając

podjęty w pracy temat, szczególną uwagę należy skupić na opiniach studentów zdrowia publicznego. Ograniczenia metodologiczne badania polegają na braku doboru losowego oraz przeprowadzeniu badania wyłącznie na jednej uczelni medycznej w Polsce. Zdrowie publiczne jako jedna z dziedzin nauk medycznych uzyskało status prawny w Polsce w latach 2000–2005. Jedną z uczelni wyższych, która kształci studentów w zakresie polityki zdrowotnej i zarządzania, jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. Zgodnie z założeniami uczelni absolwent zdrowia publicznego posiada interdyscyplinarną wiedzę m.in. z zakresu nauk społecznych i medycznych, polityki i promocji zdrowia, a przede wszystkim organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Dysponuje również odpowiednimi kompetencjami do pełnienia funkcji kierowniczych we wszystkich obszarach medycznych, w tym w licznych jednostkach współpracujących z Ministerstwem Zdrowia [9]. Przeprowadzone badanie ukazało, że przyszli absolwenci zdrowia publicznego posiadają wiedzę na temat koordynacji i jako jedyni prawidłowo wskazują jej główne założenia dotyczące osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy jednoczesnym ograniczaniu zbędnych kosztów. Wykazują zainteresowanie strukturą systemu opieki zdrowotnej w Polsce, poruszając nie tylko aspekty związane z pacjentami, ale również kwestie dotyczące organizacji, finansowania czy współpracy między pracownikami służby zdrowia. Posiadają wiedzę o tym, że na wysoki poziom ochrony zdrowia składa się skuteczne leczenie, które osiągnąć można wyłącznie dzięki sprawnie funkcjonującemu systemowi.

Potencjał osób posiadających wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego jest jednak na polskim rynku ochrony zdrowia niewykorzystany. Absolwenci tego kierunku już podczas studiów zmagają się z trudnościami dotyczącymi kwestii przyszłego zatrudnienia w zawodzie, który nie jest dokładnie sprecyzowany. Brak odpowiedniego zarządzania kapitałem ludzkim i stosownych regulacji prawnych powoduje, że zazwyczaj wszystkie zadania w służbie zdrowia wykonywane są przez lekarzy i wspomagające ich pielęgniarki. W Ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ustawodawca określił definicję koordynowanej opieki zdrowotnej oraz jej główne założenia, które znacznie odbiegają od tych przyjętych w literaturze międzynarodowej. Ustawodawca jako koordynatora wymienił lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który współpracując z pielęgniarką i położną, ma za zadanie kierować jednostką podstawowej opieki zdrowotnej poprzez inicjowanie lub kontynuowanie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną [10]. Natomiast z badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2016 roku odnośnie do społecznej oceny uczciwości i rzetelności zawodowej wynika, że zawody lekarza i pielęgniarki są w pierwszej dziesiątce zawodów zaufania publicznego [11]. Pojawia się pytanie, czy słuszne jest powierzanie zadań dotyczących zarządzania opieką zdrowotną lekarzom lub pielęgniarkom. Ich niewątpliwą przewagą jest posiadanie wiedzy medycznej oraz znacznie większe praktyczne przygotowanie do wykonywania zawodu. Wyniki badania ukazują jednak, że mimo posiadania wiedzy o istnieniu koordynacji respondenci kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa nie do końca poprawnie rozumieją jej definicję oraz założenia. Większość z nich postrzega koordynację jako szansę na udoskonalenie drogi leczenia pacjentów lub rozwój nowych technologii. Są to aspekty silnie związane z pacjentami, którzy w ich

opinii powinni być na pierwszym miejscu. Nie zwracają jednak uwagi na fakt, że aby spełnić te elementy, należy skupić się na strukturze całego systemu, którego odpowiednie funkcjonowanie zapewnia wysoką jakość opieki zdrowotnej. Ponadto studenci kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa nie są przekonani co do istotności założeń koordynacji i realnej potrzeby jej wprowadzenia. Nie traktują systemu jak organizację, która do sprawnego działania oprócz celu i głównych założeń wymaga również prawidłowego zarządzania. W tej sytuacji warto rozważyć wykorzystanie podejścia i kluczowych kompetencji specjalistów z dziedziny zdrowia publicznego, którzy mogliby sprawnie przejąć obowiązki związane z koordynacją i kierowaniem opieką zdrowotną. Jedyną obawą dotyczącą powierzenia funkcji koordynatora absolwentom zdrowia publicznego może być brak odpowiedniego doświadczenia związanego z praktycznym przygotowaniem do wykonywania pracy. Warto jednak dodać, że w polskim systemie opieki zdrowotnej bezustannie spotykany jest problem braku lekarzy i pielęgniarek czynnie wykonujących swój zawód lub przeciążanie ich obowiązkami, szczególnie tymi o charakterze niemedyce. Stale zachęceni do szkolenia się w innych dziedzinach, obejmują stanowiska niemedyce, zamykając tym samym możliwości absolwentom zdrowia publicznego, którzy chcieliby podjąć pracę na stanowisku, na którym będą mogli wykorzystać zdobytą podczas studiów wiedzę merytoryczną [12]. Zatem wprowadzenie koordynacji niesłoby nie tylko usprawnienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, ale także zapewnienie w przyszłości stanowisk pracy dla absolwentów zdrowia publicznego oraz jednocześnie odciążenie od obowiązków lekarzy i pielęgniarek. Ważne jest również uświadamianie i nauczanie studentów, do czego predysponowani są absolwenci poszczególnych kierunków, w celu maksymalnego wykorzystania potencjału przyszłych pracowników systemu.

Badania innych autorów potwierdzają powyższe spostrzeżenia, jednak żadne z nich nie zestawia w jednakowy sposób kwestii dotyczących podjętej tematyki. D. Cianciara i wsp. w badaniu nad zapotrzebowaniem na pracowników zdrowia publicznego w Polsce na podstawie dostępnych ofert pracy ustalili, że średnio co pół roku pojawiają się zaledwie 32 zgłoszenia od potencjalnych pracodawców na terenie całej Polski. Wynika z niego również, że zdecydowanie więcej ofert pracy dostają pielęgniarki, fizjoterapeuci, technicy farmaceutyczni czy masażyści. Autorzy wnioskują, że konieczne jest zwiększanie podaży miejsc pracy dla specjalistów zdrowia publicznego w celu rozwijania potencjału tej dziedziny nauk medycznych [13]. Dodatkowo D. Cianciara i wsp. w kolejnej części badania poruszają aspekty planów zawodowych studentów kierunku zdrowia publicznego. Celem było zebranie opinii wśród studentów tego kierunku na temat preferowanych cech przyszłej pracy zawodowej. Największa grupa absolwentów zdrowia publicznego w przyszłości chciałaby pracować przy zadaniach związanych z zarządzaniem i edukacją zdrowotną. Respondenci mieli neutralny stosunek do adaptacji na rynku pracy, aczkolwiek byli skłonni do kształcenia się [14].

Kwestie związane z nieusystematyzowanym programem kształcenia na kierunku zdrowie publiczne oraz brakiem kreowania ścieżki zawodowej przyszłego specjalisty przedstawili A. Foldspang i R. Otok. Autorzy sporządzili krótki raport pilotażowy mówiący o głównych kompetencjach i umiejętnościach niezbędnych do wykonywania podstawowych zadań w pracy absolwenta zdrowia publicznego. Badanie

przeprowadzono w czterech krajach europejskich: Francji, Polsce, Portugalii i Wielkiej Brytanii. Z raportu wynika, że każdy kraj kierował się swoimi założeniami, odmienną nomenklaturą i podejściem do wykonywania zleconych zadań. Wnioskiem jest chęć utworzenia wspólnych wytycznych odnośnie do kształcenia przyszłych specjalistów zdrowia publicznego w celu sprawniejszej współpracy międzynarodowej i podwyższenia standardów sfery zdrowia publicznego. Wskazane jest również przeprowadzanie większej liczby szkoleń z zakresu tej dyscypliny [15]. Dodatkowo z badania zrealizowanego przez D. Cianiarę wynika bezpośrednio, że kwalifikacje absolwentów zdrowia publicznego w Polsce nie pokrywają się w pełni z kompetencjami absolwentów innych krajów [16]. Z doniesienia wstępnego Joanny Gotlib (J. Gotlib i wsp.) dotyczącego analizy poziomu kompetencji przywódczych wśród specjalistów zdrowia publicznego wynika, że istnieje potrzeba wprowadzenia zmian programowych, które powinny być zorientowane na dodatkowe zajęcia zwiększające poziom cech przywódczych wśród studentów zdrowia publicznego [17].

T.E. Getzen w swej publikacji szczegółowo przedstawia rolę koordynatora w opiece zdrowotnej. Autor wskazuje, że zasadniczą różnicą między tradycyjnymi praktykami medycznymi a opieką koordynowaną jest ingerencja koordynatora w transakcję pomiędzy lekarzem a pacjentem. Do jego głównych zadań należy monitorowanie i kontrola udzielanych usług medycznych oraz wyodrębnianie odbiegających od przyjętych standardów epizodów leczenia. Działania te mają na celu nałożenie kontroli nad przepływem środków finansowych i jakością świadczonych usług medycznych. Rolą koordynatora jest zatem przełożenie odpowiedzialności finansowej na instytucje opieki koordynowanej, które chcąc utrzymać się na rynku, zobligowane są do zadbania o efektywność świadczeń. T.E. Getzen, określając zadania leżące po stronie koordynatora, wskazuje, że osoba pełniąca taką funkcję oprócz wiedzy medycznej powinna posiadać kompetencje z zakresu zarządzania oraz umiejętności analityczne [18].

W raporcie K.V. Stein dotyczącym zestawienia przykładów funkcjonowania opieki koordynowanej, które mają na celu pomóc usprawnić podstawową opiekę zdrowotną w Polsce, opieka koordynowana została określona jako strategia nieustannego rozwoju z długoterminową perspektywą. Aby model koordynowanej opieki zdrowotnej odniósł sukces, niezbędne jest projektowanie i wdrażanie założeń koordynacji wraz z inwestycją w zasoby ludzkie. Autorka wnioskuje, że rolą koordynatora jest usystematyzowanie wspólnych korzyści i stworzenie koalicji na rzecz zmian w celu uzyskania wsparcia i zaangażowania specjalistów i decydentów w tym zakresie. Dodatkowo Stein wskazuje, że kliniczne i administracyjne przywództwo oraz silne struktury koordynujące i odpowiednie metody motywacyjne są kluczem do zapewnienia zrównoważonego rozwoju założeń koordynacji w systemie [19].

Na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia [20] od 28 listopada 2017 roku realizowany jest projekt „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”. Szacowana data jego zakończenia to 31 grudnia 2019 roku. Celem projektu pilotażowego jest weryfikacja założeń modelu koordynowanej podstawowej

opieki zdrowotnej oraz oszacowanie szans powodzenia funkcjonowania koordynacji w polskim systemie. W przygotowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokumencie opisującym przebieg pilotażu wskazani są jego adresaci, źródła i metody finansowania dodatkowych zadań oraz zakładane korzyści wynikające z przekształcenia systemu. Realizatorzy programu określają również stanowisko koordynatora, który dzięki sprawnemu systemowi informatycznemu ma odegrać istotną rolę przy wymianie informacji o zaplanowanych i zrealizowanych zdarzeniach medycznych. Do zadań tej osoby należeć będą zatem czynności administracyjne, takie jak wstępna kwalifikacja do badań bilansowych, prowadzenie terminarza, umawianie wizyt oraz sporządzanie sprawozdań bilansu. Przedstawiony dokument nie wskazuje wprost, kto powołany jest do pełnienia funkcji koordynatora podczas przeprowadzania pilotażu. Zawiera jedynie zapis określający, że funkcję tę pełnić może nie tylko pracownik medyczny, ale również pracownik podmiotu współpracującego, np. specjalista lub edukator zdrowotny. Dokument nie zawiera jednak podanej wprost informacji o tym, że absolwent zdrowia publicznego mógłby objąć stanowisko koordynatora [20, 21].

WNIOSKI

- Opinia dotycząca koordynowanej opieki zdrowotnej jest różna w zależności od kierunku studiów uczestników badania. Znacząco większą wiedzą w tym zakresie wykazują się studenci zdrowia publicznego.
- W obecnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej w Polsce nie wykorzystuje się potencjału absolwentów zdrowia publicznego. Ponadto występują nieprawidłowości związane ze stopniem precyzyjności charakterystyki programu kształcenia i przyszłą ścieżką zawodową specjalistów zdrowia publicznego.
- Wskazane jest rozpoczęcie przygotowań do zmian wynikających z wprowadzenia stanowiska koordynatora – objęcie go przez absolwenta zdrowia publicznego usprawni dotychczasowy system opieki zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

- Kozierkiewicz A. Consolidation and integration of medical care [Poland]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa; 2011.
- Schrijvers G. Integrated Care, Better and Cheaper. Reed Business Information. Amsterdam; 2016.
- European Office for Integrated Health Care Services 2001. Integrated Care, Working Definition. 2001.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002; 2: e12.
- Kalbarczyk WP, Kowalska K. Coordinated health care, International experience, proposals for Poland [Poland]. Sprawne Państwo – Program EY. Warszawa; 2013.
- OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (dostęp: 3.01.2019).
- Kobosz T. What is the worst in Poland's health care in Europe [Poland]. <http://www.medexpress.pl/w-czym-polska-ochrona-zdrowia-jest-najgorsza-weuropie/72279> (dostęp: 4.12.2018).
- Węziak-Białowolska D. Science notebooks: Operationalization and scaling in quantitative social research [Poland]. Warszawa; 2011.
- Stankiewicz-Choroszuca B, Samoliński B. Academic education in the field of health sciences [Poland]. *Varia Zdrowie Publiczne*; 2011.
- Primary Health Care Act of 2017, Dz.U. z 2017 r. poz. 2217 (October 27, 2017).

11. Centrum Badań Opinii Społecznej. Social evaluation of integrity and professional integrity [Poland]. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_034_16.PDF (dostęp: 12.03.2019).
12. Gierczyński J, Wysocki MJ, Krajewski R. Potential of doctors and dentists with public health specialty in Poland [Poland]. Warszawa: Aluna; 2016.
13. Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak H. Human resources for public health and health promotion in Poland, Part II, Job offers [Poland]. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(3): 482–488. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2010/phe-2010-3-475.pdf> (dostęp: 16.01.2019).
14. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Human resources for public health and health promotion in Poland, Part III, Professional plans of public health students [Poland]. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(3): 482–488. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2010/phe-2010-3-482.pdf> (dostęp: 16.01.2019).
15. Foldspang A, Otok R. Main competences and skills to perform Essential Public Health Operations, offered by Schools of Public Health in four European countries: a short pilot report. *International Journal of Public Health* 2016; 61(6): 633–639.
16. Cianciara D. Learning outcomes in public health education in Poland according to international settlements [Poland]. *Przegląd Epidemiologiczny* 2009; 63: 325–332.
17. Gotlib J, Cieślak I, Zarzeka A, Iwanow L, Jaworski M, Panczyk M. Analysis of the level of leadership competencies in the group of public health specialists – graduates of the Warsaw Medical University – initial reports [Poland]. *Public Health Forum*; 2017.
18. Getzen TE. *Health economics* [Poland]. Warszawa: PWN; 2000: 246–273.
19. Stein KV. Coordinated care in the world, Examples to help improve (basic) health care in Poland [Poland]. *Symposium edukacyjne OOK!*. Warszawa; 2016.
20. Ordinance of the President of the National Health Fund on a pilot care program coordinated in primary care „POZ PLUS”. No 23/2018/DAiS (March 16, 2018).
21. Description of the pilot program. Preparation, testing and implementation of coordinated care organization in the health care system (OOK), Stage II Pilot phase- type POZ PLUS [Poland]. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia; 2017. https://www.nfz.lodz.pl/attachments/article/7658/Za%C5%82.201_Opis%20pilota%C5%BCu.pdf (dostęp: 10.03.2019).

The graduate of public health as a future health care coordinator

Abstract

Objectives. The aim of the work was to obtain the opinion of future potential employees of the system on the subject of a coordinated health care, and to assume the position of a coordinator by public health graduates wanting to improve the functioning of health care in Poland. An additional object of the study was to obtain an assessment of the current system and the chance of success in implementing the coordination assumptions.

Materials and method. The study was attended by 264 students of the Medical University of Warsaw, aged 22–27, including 227 women and 37 men. During the responding process, PAPI was used in three groups: medical direction (IV–VI year), public health (I–II year master's degree) and nursing (I–II year master's degree).

Results. Public health students showed greater knowledge of the definition of coordinated health care, compared to medical and nursing students. In addition, public health students assessed the relevance of coordination assumptions in the structure of the system and the chance of its functioning in Poland. For the position of the coordinator, students of the medical faculty in 90.6% chose a doctor, nursing students in 67.6% chose a doctor, and 10.8% of a public health graduate, while public health students in 78.8% chose a graduate in their field of study.

Conclusions. The opinion on coordinated health care varied depending on the direction studied by the respondents. In the currently functioning health care system in Poland, the potential of public health graduates is not used. In addition, there are irregularities related to the precise characterization of the education programme and the future professional path of public health specialists.

Key words

public health, public health students, coordinator, coordinated health care, manager care programs, patient care management