

Krzysztof Skuza*, Magdalena Skuza**

Próba analizy roli subiektywnych potrzeb zdrowotnych w selekcji usług zdrowotnych

An Attempt at an Analysis of Subjective Health-related Needs in Selection of Health Care Services

* Katedra Finansów Publicznych Akademii Ekonomicznej w Krakowie

Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych.

S. Sontag

Cel pracy

Koncepcja potrzeb człowieka stanowi punkt wyjścia rozważań nie tylko filozoficznych, psychologicznych czy ekonomicznych, jest nie tylko jedną z podstaw, na których konstruuje się zadania polityki społecznej, ale stanowi jeden z ważnych kierunków badań i analiz z dziedziny szeroko rozumianych nauk o zdrowiu (17).

Niniejsze rozważania mają przybliżyć rozumienie potrzeb zdrowotnych, a zwłaszcza potrzeb subiektywnych, jako jednego z coraz ważniejszych czynników organizujących rynek usług zdrowotnych.

Prezentowane tu koncepcje potrzeb i usług, w mniejszym stopniu dotyczą ich *stricte* „medycznej” strony, a bardziej skupiają się na ich organizacji czy na aspekcie socjoekonomicznym. Powstanie konkurencyjnego rynku, na którym świadczenie zdrowotne jest podlegającym prawom podaży i popytu towarem, pozwala klientom (w naszym przypadku pacjentom i potencjalnym pacjentom) dokonywać wyboru usług, z jakich chcą korzystać, a świadczeniodawców, skłania

do oferowania usług jak najściślej odpowiadających zapotrzebowaniom rynku. Rola własnych preferencji pacjentów (lub raczej klientów) i indywidualnej troski o własne zdrowie staje się coraz ważniejsza nie tylko w lecznictwie, ale również w strukturach odpowiedzialnych za projektowanie systemu opieki zdrowotnej: w środowisku menedżerów i ekonomistów medycznych.

Potrzeby zdrowotne

Bardzo ogólne, lecz szeroko stosowane na gruncie polityki zdrowotnej jest określenie potrzeb zdrowotnych jako rozbieżności pomiędzy rzeczywistym stanem zdrowia a stanem „pożądanym”, traktowanym jako punkt odniesienia. Takie rozumienie potrzeb pozwala wyznaczyć nie tylko pewien zakres zjawisk zdrowotnych, ale również kierunek działań „prozdrowotnych”: likwidację tych czynników i procesów, które decydują o stanie zdrowia gorszym niż pożądany (24). Pozwala wskazać, czym są potrzeby zdrowotne oraz co zrobić, aby je zaspokoić.

Kategoria potrzeb zdrowotnych odnoszona jest również do zbioru uwarunkowań stanu zdrowia. Najczęściej wiązana jest z działaniem opieki zdrowotnej, a sformułowania „potrzeby zdrowotne” używa się w odniesieniu do potrzeb opieki zdrowotnej, czyli potrzeb medycznych, które ściśle wiążą się z realizacją usług zdrowotnych

** Studentka Instytutu Psychologii Stosowanej UJ

(medycznych). Pomimo tak wąskiego ujęcia potrzeb zdrowotnych, ograniczenia ich do obszaru wytwarzania i dostarczania świadczeń opieki zdrowotnej, można rozpatrywać je z różnych perspektyw, dzięki czemu wciąż można rozpatrywać je z innych perspektyw. Pozwala to mówić o potrzebach zdrowotnych, jako o (24):

1. czynnika, który motywuje ludzi do podejmowania określonych zachowań zdrowotnych;
2. czynnika, który uzasadnia podjęcie przez przedstawicieli służby zdrowia działań wobec określonego pacjenta;
3. kryterium decydującym o alokacji środków na opiekę zdrowotną;
4. kryterium oceny racjonalności i zasadności celów działania służby zdrowia.

Na gruncie wszystkich tych koncepcji można oceniać skuteczność systemu opieki zdrowotnej. Należy jednak pamiętać, że w pełni skuteczne działania nie są możliwe z różnych powodów, a jednym z nich jest występująca często rozbieżność pomiędzy obiektywną (badania kliniczne) a subiektywną (samoocena) oceną stanu zdrowia pacjenta. Znajduje to również odzwierciedlenie w ocenie potrzeb zdrowotnych jako obiektywnych bądź subiektywnych.

Obiektywne potrzeby zdrowotne

Utożsamianie potrzeb zdrowotnych ze stanem zdrowia, z chorobą albo czynnikami wpływającymi na stan zdrowia, pozwala traktować je jako obiektywnie istniejące stany rzeczy. Dla zwolenników koncepcji obiektywizmu jedynym kryterium uznania jakiegoś stanu za rzeczywistą potrzebę zdrowotną jest ocena profesjonalistów medycznych, dla potwierdzenia poparta wynikami badań laboratoryjnych. To sąd eksperta decyduje, czy w danym przypadku występuje patologia, rozumiana jako odchylenie od normy, a zatem istnieje potrzeba zdrowotna, którą należy zaspokoić.

Zasadność koncepcji obiektywizmu i wyłączości perspektywy profesjonalnej w szacowaniu potrzeb zdrowotnych została podważona m.in. przez Bradshawa (1, za: 24), który zaproponował następujące kategorie potrzeb:

- normatywne, czyli te, które w ocenie ekspertów zostały uznane za potrzeby,

- odczuwane, wynikające z refleksji nad własnym stanem i definiowane przez jednostkę, w celu zrozumienia sytuacji, w jakiej ona się znajduje,
- wyrażone, kiedy odczuwanie przez jednostkę swojego stanu jako potrzeby zdrowotnej, doprowadziło ją do podjęcia działań w celu zaspokojenia owej potrzeby.

Określane przez ekspertów potrzeby normatywne z typologii Bradshawa zastępują w pewnym sensie potrzeby obiektywne, jednakże potrzeby odczuwane powstają już w wyniku subiektywnej oceny jednostki, a w kategorii potrzeb wyrażonych, subiektywne odczucie łączy się z podejmowaną przez osobę aktywnością. Oczywiście należy nadmienić, że w momencie zaspokajania potrzeby, potrzeby wyrażane mogą odbiegać od potrzeb faktycznie zaspokojonych, które są realizowane poprzez określone usługi zdrowotne w obrębie systemu opieki zdrowotnej (22). Wynika to z dokonywanego przez profesjonalistów przeformułowania potrzeb wyrażanych na potrzeby normatywne.

Perspektywa obiektywnego definiowania zdrowia i potrzeb zdrowotnych jest jedną z wielu istniejących obecnie, a jak pisze Włodarczyk: „sposprzeżenia pacjentów na temat ich potrzeb są racjonalne z ich punktu widzenia, tak samo jak racjonalne, w odmiennej perspektywie są sądy profesjonalistów” (24).

Odejście od traktowania potrzeb jako obiektywnych i przejście do społecznej perspektywy definiowania zdrowia i potrzeb zdrowotnych wymaga pewnego „uzgodnienia wartości” przez różnych uczestników procesu ustalania potrzeb. Culyer (4) sformułował następujące warunki, które muszą zostać spełnione, aby potrzeby zdrowotne zostały zaakceptowane ze społecznej perspektywy „zdrowia” (w sensie korzystania z opieki zdrowotnej i prowadzenia polityki zdrowotnej):

- przesłanki wartościujące, które są przyjmowane w celu ustalenia potrzeb zdrowotnych, muszą być ujawnione i poddane dyskusji;
- potrzeby muszą być zdefiniowane tak, aby widoczne było ich wynikanie z celów, które zostały uznane za nadrzędne dla danego systemu zdrowotnego;
- konieczne jest sformułowanie dla potrzeb ich empirycznego odniesienia wobec zagadnień dystrybucji zasobów;

- potrzeby powinny być zdefiniowane w taki sposób, aby możliwe było jednoznaczne określenie podmiotów, jednostek lub grup, do których się odnoszą, oraz określenie rodzaju świadczeń, których udzielenie postulują;
- potrzeby powinny wyznaczać wprost, jakie zasoby powinny być wykorzystywane w czynnościach służących ich zaspokajaniu;
- potrzeby powinny być sformułowane w taki sposób, aby nie potęgowały nieuzasadnionych różnic w stanie zdrowia i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

W nowym podejściu do potrzeb, rezygnuje się z automatycznego utożsamiania obiektywnie określanych potrzeb z bezwzględną koniecznością ich zaspokajania. Współczesne, realistyczne stanowisko obejmuje dwa podstawowe założenia (24):

- nie każde odstępstwo od normy fizjologicznej (przejaw gorszego stanu zdrowia) jest traktowane jako potrzeba;
- nie każda stwierdzona potrzeba może i musi zostać zaspokojona.

Jak widać, stanowisko realistyczne podkreśla zarówno rolę subiektywnych odczuć „pacjenta” w procesie definiowania potrzeb, jak i znaczenie m.in. czynnika ograniczonych zasobów, bezpośrednio odnoszącego się do możliwości zaspokajania potrzeb poprzez dostarczanie odpowiednich usług.

Subiektywne potrzeby zdrowotne

W swej społecznej koncepcji zdrowia, oprócz szeregu warunków określania i akceptacji potrzeb zdrowotnych, Culyer (4) zaproponował również taką ich definicję, która wyraźnie opierała się na indywidualnych predyspozycjach pacjenta i, w dużym stopniu, opowiadała się za subiektywizmem potrzeb. W myśl tej definicji, potrzeba opieki zdrowotnej jest minimalną ilością zasobów, która jest niezbędna do tego, aby wyczerpały się zdolności jednostki do odniesienia korzyści ze świadczeń, które są jej oferowane (4). Podobną definicję formułuje również Williams, który uważa, że „potrzeba zdrowotna jest zdolnością odnoszenia korzyści z zastosowania dostępnych procedur medycznych przez osobę, wobec której działania zdrowotne mają być pod-

jęte” (23 za: 24). Z tych dwóch definicji jasno wynika, że określenie potrzeby zdrowotnej wymaga nie tylko jednoczesnego wskazania możliwości jej zaspokojenia, lecz także, że konieczne jest określenie indywidualnych zdolności danej osoby do korzystania ze świadczeń medycznych. Jednocześnie, z przyjęciem założenia o zróżnicowaniu tych zdolności wśród członków populacji łączy się konieczność rozpatrzenia subiektywizmu potrzeb zdrowotnych i jego właściwości.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na rolę wewnątrzspołecznych czynników różnicujących potrzeby zdrowotne. Prowadzone w wielu krajach badania wykazały, że pewne grupy ludzi charakteryzują się lepszym stanem zdrowia niż inne (8). Istotne okazało się powiązanie stanu zdrowia z szerokim wzorcem socjoekonomicznym, który koreluje z zaobserwowanymi nierównościami zdrowotnymi. Zaobserwowano regułę, nazwaną zasadą odwrotnie proporcjonalnej opieki, która obrazuje tendencję do niesymetrycznego rozkładu środków (publicznych i prywatnych) przeznaczanych na opiekę zdrowotną (17). Okazało się, że w większości społeczeństw grupy z największymi problemami zdrowotnymi, a więc takie, których rzeczywiste i subiektywnie odczuwane (aczkolwiek często niewyrażane) potrzeby zdrowotne są bardzo duże, zamieszkują na ogół obszary, których zaplecze medyczne jest bardzo słabo rozwinięte (8).

Na gruncie polityki zdrowotnej pojęcie potrzeby subiektywnej kończyło się w momencie, gdy „potencjalny” pacjent, realizując subiektywnie odczuwaną potrzebę polepszenia swojego zdrowia, zgłaszał się do medycznego profesjonalisty w celu zaspokojenia owej potrzeby, a wtedy następowała obiektywizacja potrzeby. Obecnie wnioski z badań psychologicznych i socjologicznych znajdują dużo szersze zastosowanie w obszarze zdrowia publicznego, rozbudowując tym samym zakres pojęcia „potrzeba subiektywna”. Nie trzeba być profesjonalistą a jedynie w miarę dokładnym obserwatorem życia społecznego, aby zauważyć, że wraz z szeregiem zmian społecznych, ze wzrostem społecznej świadomości, ludzie zmienili podejście do własnego stanu zdrowia. Dziś, z chwilą, gdy profesjonalista postawi diagnozę, czyli określi obiektywną potrzebę zdrowotną, potrzeby subiektywne nie zostają zdegradowane do roli uciążliwych doświadczeń somatycznych czy stanu napięcia

emocjonalnego. Jak wcześniej wspomnieliśmy, są tak samo racjonalne jak potrzeby zobiektywizowane.

Aby lepiej zrozumieć ich znaczenie, należy podkreślić, że subiektywnie odczuwane potrzeby zdrowotne są ważnymi czynnikami motywującymi jednostki nie tylko do podejmowania reaktywnych, ale również proaktywnych działań (21). Zachowania człowieka chorego są nie tylko odpowiedzią na odczuwany dyskomfort, czy też tylko i wyłącznie niezbywalnym, stałym elementem procedury medycznej (reakcją na bodziec). Trzeba pamiętać, że „z przewyższeniem choroby i powrotem do zdrowia wiążą się zachowania celowe, polegające na dążeniu do określonego celu poprzez przekształcanie sytuacji istniejącej w sytuację zamierzoną” (21). Proaktywność działań zdrowotnych jest zrozumiała, jeśli zdrowie ujmemy jako wartość instrumentalną, a więc pewien układ czynników, który jest korzystny dla osiągnięcia celów nadrzędnych, czyli innych wartości. Nie można jednak zapominać, że wielu ludzi i często zależnie od warunków, w jakich się znajdują, traktuje zdrowie jako wartość autoteliczną. Takim „warunkiem” sprzyjającym pełnemu uświadomieniu sobie znaczenia zdrowia, jako dobra samego w sobie, bywa niestety, dopiero sytuacja jego zagrożenia lub utraty.

Zanim przejdziemy do rozważań nad tym, jak mogą się przejawiać powiązania między subiektywnie odczuwanymi potrzebami zdrowotnymi a faktycznymi działaniami na rzecz zdrowia, czyli świadczeniami zdrowotnymi, należy przybliżyć pojęcie usług zdrowotnych.

Usługi zdrowotne

Usługi zdrowotne, w Polsce określane zwykle jako świadczenia zdrowotne, są dominującym rodzajem produktu wytwarzanym w sektorze opieki zdrowotnej. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku określa świadczenia zdrowotne jako „działania służące profilaktyce, za-

chowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”¹.

W literaturze przedmiotu istnieje rozbieżność opinii na temat definiowania usług. Jednak w większości źródeł, pomimo istniejących niezgodności, bardzo silnie akcentuje się znaczenie usług jako „zasadniczo niematerialnej czynności do bezpośredniego zaspokojenia czyichś (konkretnych) istotnych potrzeb” (11, 16, 18). Z kolei Bywalec proponuje, by przez usługi zdrowotne rozumieć „społecznie użyteczne czynności ludzkie skierowane na innego człowieka (zbiorowość ludzką), których efekt jest niematerialny” (2). Przykładem takich usług – czynności oraz ich niematerialnych efektów – może być porada lekarska, a w konsekwencji poprawa zdrowia i samopoczucia. W ten sposób zaspokajane są przede wszystkim tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne (gdy ze względu na swój stan zdrowia jednostka aktywnie poszukuje sposobu ich zaspokojenia), które wynikają z chorób, niedomagań czy wypadków, a przez to są najłatwiej zauważane i definiowane. Jak pisze Leowski (12), system opieki zdrowotnej powinien brać pod uwagę istnienie tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych (czyli tych, które istnieją, mimo, że często nie są wyrażane przez jednostkę ani nie są odnotowywane przez profesjonalistów medycznych) i zaspokajać je z własnej inicjatywy. W konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia cel działalności leczniczej sformułowany jest następująco: „uwolnienie ludzi od chorób i kalectwa, osiągnięcie pełni zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego wszystkich mieszkańców” (10).

Zasięg społeczny usług, źródła ich finansowania i formy organizacyjne są głównymi kryteriami różnicowania usług indywidualnych i usług społecznych (15).

Wytwarzanie dóbr społecznych, głównie usług, może być finansowane w całości lub tylko częściowo z funduszy publicznych, a tym samym nie wyklucza się partycypacji członków danego społeczeństwa w wytwarzaniu owych dóbr. Wynika z tego częściowa odpłatność i pokrywanie pewnych bieżących kosztów wytwarzania dane-

1. Artykuł 5 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

go dobra czy usługi, a wówczas dobro ma charakter mieszany, tzn. jest dobrem społeczno-prywatnym. Niebezpieczne będzie przypuszczenie, że sytuacja, gdy osoba uczestniczy w kosztach wytworzenia usługi, a następnie z niej korzysta, wpłynie na wzrost wymagań co do, m.in., jakości danej usługi zdrowotnej. W kwestii finansowania należy jeszcze dodać, że ze względu na ekwiwalent pieniężny, wszystkie usługi podzielić można na odpłatne, częściowo odpłatne i nieodpłatne.

W literaturze istnieje klasyczny zestaw standardowych cech, które są istotne dla usług medycznych, gdyż podkreślają ich jakościową odrębność (5). Te cechy to:

- indywidualizacja procesu świadczenia – ponieważ każdy leczony przypadek jest inny i uzależniony od przebiegu choroby samego pacjenta; wprowadzie tworzy się standardy obsługi oraz leczenia, jednak każdy pacjent jest rozpatrywany przede wszystkim indywidualnie;
- asymetria informacyjna – występuje, ponieważ pacjent nie ma wiedzy medycznej, aby ocenić przebieg leczenia, diagnozę i kompetencje lekarza; wiąże się z tym niepewność wynikająca z podejmowania ryzyka korzystania z usługi;
- kwalifikacje personelu – to fundamentalna cecha w przypadku świadczenia usług medycznych, ponieważ błąd może być brzemienne w skutkach dla usługobiorcy, czyli pacjenta; dlatego personel musi stale podnosić swoje kwalifikacje;
- heterogeniczność – określeniem tym próbuje się opisać i ująć specyficzną dla usług sytuację, kiedy to wielość i różnorodność wykonywanych świadczeń przybiera postać uporządkowanych podziałów; cecha ta sprawia jednak, że realizacje usług, a więc ich wyniki, bardzo trudno poddać procedurom standaryzacyjnym.

Znaczenie usług zdrowotnych

Przedmiotem zainteresowania ekonomii w dziedzinie opieki zdrowotnej są: popyt, podaż i dystrybucja dóbr oraz usług zdrowotnych. Z ekonomicznej perspektywy, to właśnie usługi będą spełniały kryteria towaru ekonomicznego.

Posiadają bowiem wartość handlową i podlegają wymianie: „pieniądz za usługi zdrowotne”. Oznacza to, że istnieje możliwość kupna i sprzedaży usługi zdrowotnej jako towaru, a zatem istnieje rynek na usługi zdrowotne. Konsumpcja usługi zdrowotnej wynika z założenia, że przyniesie ona wymierną (nawet jeśli tylko w subiektywnym odczuciu) korzyść dla stanu zdrowia jednostki. Dlatego właśnie popyt na usługi zdrowotne, jest popytem wyprowadzonym ze zmieniających się i stale rosnących potrzeb zdrowotnych (7), których zaspokojenie jest z kolei koniecznym i niezbywalnym warunkiem realizacji potrzeb wyższych. Jeśli uwzględnimy przy tym fakt, że zdrowie może być również wartością autonomiczną, a nie tylko instrumentalną, to można wysunąć tezę, że popyt na usługi zdrowotne jest wynikiem odczuwania potrzeb zdrowotnych, motywujących ludzi do podejmowania działań, których ostatecznym celem jest osiągnięcie jak najlepszego stanu zdrowia. A w takim przypadku rola usług zdrowotnych, wraz z rozszerzaniem się zakresu i jakości świadczeń, wydaje się ciągle wzrastać. Nie ma bowiem takiego prognozy, który oznaczałby pełne zaspokojenie tego rodzaju potrzeb.

Z tej perspektywy, potrzeby zdrowotne nabierają dodatkowego znaczenia, w związku z ekonomiczną funkcją, jaką mogą pełnić usługi zdrowotne. Jak pisze Bywalec (2), przez ekonomiczną funkcję tych usług, należy rozumieć wpływ, jaki wywierają ich efekty na procesy gospodarowania, takie jak wzrost produkcji czy wzrost intensywności i wydajności pracy. Oddziaływanie to odbywa się przede wszystkim poprzez utrzymywanie, a jednocześnie podnoszenie zdolności wytwórczych człowieka jako podstawowego czynnika produkcji. Profilaktyka zdrowotna, usługi medyczne mające na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych prowadzą bowiem, m.in., do przedłużenia życia ludzkiego, korzystnie wpływają na motywację w zakresie aktywności zawodowej oraz przyczyniają się do wzrostu przedsiębiorczości i poprawy jakości pracy (2).

Subiektywne potrzeby zdrowotne a selekcja usług zdrowotnych – próba analizy

Po przeanalizowaniu pewnych aspektów potrzeb zdrowotnych oraz usług zdrowotnych, war-

to zastanowić się nad rozważeniem kwestii, która wykracza poza oczywiste stwierdzenie, że usługi zdrowotne służą zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Pytanie dotyczy raczej roli, jaką potrzeby zdrowotne – przede wszystkim subiektywne, odgrywają w „przekształcaniu” czy pewnego rodzaju „selekcji” usług medycznych. Jak nasze preferencje i indywidualne definicje własnego stanu zdrowia wpływają na korzystanie z usług medycznych i czy na pewno jesteśmy tylko ich biernymi odbiorcami?

Przeobrażenia zachodzące w społeczeństwie, a przede wszystkim postępująca indywidualizacja w sferze zachowań ludzkich oraz w sferze wartości, objawia się również indywidualizacją strategii zaspokajania własnych potrzeb, w tym – potrzeb zdrowotnych. Jak już pisaliśmy, inną strategię przyjmuje bowiem osoba, dla której zdrowie ma wartość instrumentalną, a inną ktoś, dla kogo zdrowie jest dobrem samym w sobie. Przeprowadzenie ścisłego rozgraniczenia pomiędzy tymi dwoma wymiarami zdrowia (instrumentalnym i autotelicznym) jest trudne, ponieważ cechują się one zmiennością i w różnych okresach życia mogą zmiennie dominować u różnych ludzi (np. sytuacja poważnej, zagrażającej życiu choroby, poważna operacja, starzenie się). Te dwie postawy wobec własnego zdrowia nie są także przeciwnymi biegunami jakiegoś kontinuum, przyjmijmy jednak, że mogą odmiennie wpływać np. na styl życia, na zakres uwagi poświęcanej własnemu zdrowiu czy także na wymagania wobec usług zdrowotnych. Kwestia jakości świadczeń zdrowotnych zostanie omówiona w dalszej części, natomiast teraz warto się zastanowić nad motywami i oczekiwaniami, jakimi kierują się osoby, dla których zdrowie przybiera różną wartość. Osoby, dla których zdrowie nie ma wartości autotelicznej, bardzo rzadko poddają jego stan autorefleksji, tzn. jeśli nie odczuwają dyskomfortu fizycznego czy psychicznego, to zazwyczaj nie zastanawiają się nad stanem swojego organizmu. Subiektywne potrzeby zdrowotne zajmują w hierarchii miejsce potrzeb podstawowych, które powinny być zaspokajane automatycznie i, o ile nie nastąpi ich deprivacja, nie są uświadamiane. Pojawienie się niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej odczuwane jest przede wszystkim jako zagrożenie dla realizacji innych celów, osoba będzie więc skłonna do jak najszybszego, doraźnego zaspokojenia danej potrzeby, tak aby prze-

stała być odczuwana. Taką właśnie rolę mają do spełnienia usługi zdrowotne: ich funkcją ma być zaspokojenie potrzeb poprzez przywrócenie zaburzonego status quo, a zastosowanie procedury medycznej ma zlikwidować dolegliwości i negatywne doznania. Osoba o instrumentalnej orientacji zdrowotnej ograniczy raczej korzystanie ze świadczeń, procedur i środków medycznych do sytuacji choroby, wymagać ich będzie w celu zlikwidowania nieprzyjemnego napięcia. Jeśli nie występuje takie napięcie, czyli osoba jest zdrowa, będzie raczej propagować przekonanie, że „zdrowi nie potrzebują lekarza”, a w sytuacji choroby, z dostępnych jej środków i usług, najpewniej wybierze te, które szybko zminimalizują dyskomfort i przywrócą możliwość realizacji innych zadań. Można podsumować, że usługa zdrowotna ma znaczenie przede wszystkim jako środek służący zlikwidowaniu dolegliwości wynikających ze stanu „braku zdrowia”.

Inaczej może wyglądać sytuacja osoby, dla której zdrowie jest wartością samą w sobie, czyli dobrem, którego uznanie lub realizacja nie wymaga uzasadnień i nie jest jedynie warunkiem spełniania celów nadrzędnych. Zdrowie staje się przedmiotem świadomej refleksji, a subiektywne potrzeby zdrowotne są jednym z poważnych motywów organizujących działanie człowieka. Dzieje się tak w myśl zasady, że stan zdrowia to nic innego jak jakość jednostkowego życia: dobre (jak najlepsze) zdrowie to szczęście we wszystkich „sferach” funkcjonowania, nie tylko cielesnej, ale także psychologicznej i społecznej. Zdrowie jako centralną wartość życia przedstawia w pewien sposób Mandala zdrowia. Holistyczne ujęcie człowieka w tym modelu przesuwają „nacisk z profesjonalnej odpowiedzialności za zdrowie na indywidualną umiejętność życia. (...) Człowiek staje się podmiotem w sferze oddziaływania na własne zdrowie, przede wszystkim w możliwości dokonywania właściwych wyborów zachowań sprzyjających lub szkodzących zdrowiu” (6). Pozytywne zdrowie to dobra jakość życia, a korzystanie z usług zdrowotnych ma służyć utrzymaniu i polepszeniu tej jakości.

Subiektywne potrzeby zdrowotne są ciągle obecne w statusie motywacyjnym jednostki, gdyż, jak już pisaliśmy wcześniej, nie ma takiego stanu, który oznaczałby pełne ich zaspokojenie. W pierwszej chwili takie ujęcie potrzeb wskazuje na raczej ich negatywny (ograniczający) niż

pozytywny wpływ na jakość życia jednostki². Tymczasem chodzi o fakt, że dbałość o własne zdrowie nie oznacza tylko neutralizowania uciążliwych doznań w momencie pojawienia się choroby, lecz wiąże się z aktywnym dążeniem do lepszego stanu zdrowia. Osoba poszukuje jak najlepszych środków do zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych, a poszukiwanie to jest aktywnie: nie ogranicza się do szybko dostępnych świadczeń doraźnych i biernej ich „konsumpcji”. Potrzeby subiektywne a przez to preferowane usługi zdrowotne związane są raczej z profilaktyką zdrowotną i zapobieganiem pogorszeniu się swojego stanu zdrowia. Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie skłania do prowadzenia tzw. „zdrowego stylu życia”, który przejawia się tym, że osoba wykazuje chęć korzystania z usług zdrowotnych nie tylko w czasie choroby, ale w również, gdy jej stan psychofizyczny jest „w normie”. Preferowane usługi zdrowotne mogą obejmować m.in. utrzymywanie systematycznego kontaktu z profesjonalistami medycznymi w celu monitorowania swojego stanu zdrowia, korzystanie ze świadczeń „poprawiających” stan organizmu czy poprawiających jego odporność, takich jak np. nieobowiązkowe szczepienia, masaże, różnorodne usługi sanatoryjne czy usługi oferowane przez dietetyków (13). Warto zauważyć, że jeśli chodzi o finansowanie tego rodzaju usług, to dużą rolę odgrywają środki prywatne, a osoby korzystające z nich liczą się z ponoszeniem wydatków na rzecz polepszania własnego stanu zdrowia, a przez to podnoszenie jakości życia. Można zaobserwować wzrost zapotrzebowania a co za tym idzie rosnącą tendencję do korzystania z takich „wspomagających” usług zdrowotnych.

Indywidualizacja dotyczy nie tylko sfery wartości i różnych postaw wobec zdrowia. Jak już było mówione, wiąże się również z indywidualnymi strategiami zaspokajania własnych potrzeb zdrowotnych, a przez to, pośrednio, również ze wzrostem zainteresowania medycyną alternatywną. Ludzie nieusatysfakcjonowani oferowanymi im przez konwencjonalną opiekę zdrowotną świadczeniami zwracają się w stronę usług oferowanych im przez alternatywne od-

miany medycyny czy uzdrowicielstwa, takich jak homeopatia, akupunktura, medycyna Wschodu, różnego rodzaju terapie naturalne (8). Dążenie do zaspokajania swoich potrzeb zdrowotnych poprzez usługi medycyny alternatywnej wynika w dużej mierze z przekonania, że ta forma „opieki zdrowotnej” jest dużo bardziej zindywidualizowana. Mimo że indywidualizacja jest jedną z istotnych cech usług medycznych (22), to jednak medycyna konwencjonalna, „która z założenia opiera się na obiektywnym, naukowym rozumieniu przyczyn i metod leczenia określonych dolegliwości, przykłada niedostateczną wagę do wysłuchiwania wypowiedzianych przez pacjentów indywidualnych interpretacji stanu, w jakim się znajdują” (8). Ludzie zwracają się więc w kierunku, medycyny niekonwencjonalnej, która zazwyczaj w dużej mierze opiera się na bezpośredniej bliskości (fizycznej i psychicznej) pacjenta i terapeuty oraz nawiązywaniu między nimi pozytywnej więzi, a także skupia się na analizie odczuć pacjenta. Wiele badań dowiodło, że pozytywny, bliski kontakt z osobą leczącą (lekarzem czy „uzdrowicielem”) wzbudza u chorego pozytywne nastawienie co do własnego stanu zdrowia, co z kolei poprawia efektywność zastosowanej procedury leczniczej (19). Pacjenci oczekujący indywidualnego podejścia do ich potrzeb zdrowotnych czasem rezygnują z korzystania z usług oferowanych przez daną placówkę opieki zdrowotnej lub nawet nie nawiązują kontaktu z profesjonalistą medycznym, gdyż obawiają się (najczęściej na podstawie wcześniejszych doświadczeń), że zostaną potraktowani jak „chore ciało”, gdy tymczasem czują się „chorą osobą”. Potrzeba zindywidualizowanego, a jednocześnie holistycznego ujęcia ich potrzeb zdrowotnych, skłania ich do wyboru takich usług, które odpowiedzą na te potrzeby. W ten sposób tłumaczyć można nie tylko popularność medycyny niekonwencjonalnej, ale również fakt, że mimo takiego samego profesjonalizmu, pewni lekarze, pielęgniarki czy położne cieszą się większym uznaniem i zainteresowaniem pacjentów niż inni. Mimo że oferują usługi, które obiektywnie mają taką samą wartość, są częś-

2. Skrajne, dysfunkcyjne, lękowe nasilenia subiektywnych potrzeb zdrowotnych występują w przypadku niektórych fobii: algofobia (irracjonalny lęk przed bólem), mysyfobia (przed zakażeniem, zarazkami), patofobia (przed chorobami) (3).

ciej wybierani przez pacjentów dlatego, że „są bardziej ludzcy” i „mają dobre podejście do pacjenta”. Można zatem podsumować, że potrzeba indywidualnego traktowania jest jednym z ważnych czynników wpływających na selekcję usług zdrowotnych.

Ostatnim zagadnieniem, na które chcielibyśmy zwrócić uwagę, jest znaczenie jakości w usługach zdrowotnych. Wzrost znaczenia funkcji jakości we wszystkich obszarach życia nie został zupełnie pominięty w powyższych rozważaniach, jednak warto przyrzeć mu się w sposób bardziej systematyczny. Wzrost jakości w opiece zdrowotnej jest według WHO jednym z głównych priorytetów: „placówki służby zdrowia muszą dążyć do zadowolenia pacjenta, uwzględniać jego potrzeby oraz poprawiać jakość świadczonych usług” (14). Jeśli chodzi o sytuację w Polsce, to nawet na podstawie codziennych obserwacji, można wnioskować, że znaczenie jakości w ochronie zdrowia wzrasta. W dużym stopniu przyczyniła się do tego reforma opieki zdrowotnej przeprowadzona w 1999 roku, która upodobniła dotychczasowy rynek usług zdrowotnych do rynku opartego na konkurencji, a jednym z podstawowych wyznaczników konkurencyjności uczyniła jakość świadczonych usług zdrowotnych. W wyniku reformy wzrosła rola pacjentów i ich potrzeb: pacjent ma prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy i chce on uzyskać usługę medyczną wysokiej jakości, zgodną z jego potrzebami i wyobrażeniami (14).

Zadowolenie pacjenta z usługi jest jednym z ważnych wskaźników jej jakości oraz tego, czy pacjent będzie skłonny ponownie skorzystać z usług tego samego świadczeniodawcy. Jakość wg WHO jest to rezultat (jakość techniczna) usługi zdrowotnej, sposób wykorzystania środków (wydajność ekonomiczna), organizacja usług i satysfakcja pacjenta.

Ocena jakości danej usługi przez pacjenta wiąże się zarówno z jej obiektywnym poziomem medycznym i jej skutecznością, jak i z subiektywnym poczuciem pacjenta, że była to usługa, jakiej oczekiwał: dostosowana do jego indywidualnych potrzeb, a skorzystanie z niej umożliwiło mu ich satysfakcjonujące zaspokojenie. Rozpoznanie wymagań pacjenta i ocena jego zadowolenia z oferowanych usług są ważnymi

elementami projektowania opieki zdrowotnej, która będzie dostosowana do potrzeb ludności i przez to skutecznie będzie realizować zadania profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne.

Streszczenie

W pracy przedstawiono kilka koncepcji potrzeb zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy społeczno-ekonomicznej w analizie tych potrzeb. Omówione zostało podejście profesjonalne (jego uwarunkowania i rezultaty), które polega na dokonywaniu oceny potrzeb zdrowotnych przy pomocy obiektywnych, wymiernych kryteriów. Przeanalizowane zostały również koncepcje, które opowiadają się za większą indywidualizacją i subiektywizmem w określaniu potrzeb zdrowotnych. Zastosowanie perspektywy subiektywnej nie wiąże się z porzuceniem obiektywnych kryteriów oceny stanu zdrowia, ale raczej z zaakceptowaniem pewnej racjonalności indywidualnych ocen i działań podejmowanych przez pacjentów w celu poprawy własnego zdrowia. Działania te są związane z korzystaniem z usług zdrowotnych oferowanych przez profesjonalistów medycznych.

W artykule przedstawiono koncepcje usług zdrowotnych oraz ich znaczenie w zaspokajaniu potrzeb, w takim rozumieniu, jakie dominuje we współczesnej polityce opieki zdrowotnej. Zasadniczą część artykułu stanowi próba analizy rosnącej roli subiektywnych potrzeb zdrowotnych w selekcjonowaniu usług zdrowotnych przez pacjentów. Analizę przeprowadzono na podstawie przedstawionych wcześniej koncepcji potrzeb i usług zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem cech charakterystycznych procesu subiektywizacji potrzeb. Te cechy to: indywidualizacja strategii zaspokajania własnych potrzeb, traktowanie zdrowia jako wartości samej w sobie, poszukiwanie bliskiego i bezpiecznego kontaktu z profesjonalistą medycznym oraz, *last but not least*: domaganie się jak najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: **potrzeby zdrowotne, subiektywne potrzeby zdrowotne, usługi zdrowotne, selekcja usług zdrowotnych**

Summary

The paper presents a few concepts of health-related needs, with a particular attention paid to socio-economic perspective in analysing these needs. A professional approach (its conditions and results) that consists in assessment of health-related needs by means of objective, measurable criteria was discussed. Concepts that argue for a greater individualism and subjectivism in determination of health-related services were also analysed. Application of a subjective perspective does not entail abandonment of objective criteria of health condition assessment, instead, it means acceptance of some reasonableness of individual assessment and actions taken by patients to improve their health. These actions involve taking advantage of health services provided by medical professionals. The article presents a concept of health services and their significance in satisfying such needs, in the understanding prevalent in the contemporary health care policy.

The main part of the article is an attempt at an analysis of the growing importance of subjective health-related needs in selection health services by patients. The analysis was carried out based on concepts of the said health-related needs and health services, taking a special notice of features of the needs subjectivisation process. These features are: individualising the strategy of satisfying one's needs, treating the health as a value in itself, seeking a close and safe contact with medical professionals, and, last but not least, demanding the highest quality of health services.

Key words: health-related needs, subjective health-related needs, health services, selection of health services

Piśmiennictwo

- Bradshaw J.: A taxonomy of social need. [W:] McLachlan G. (red.): *Problems and Progress in Medical Care*. 7th series. Nuffield Provisional Hospital Trust, London 1972, 71–82.
- Bywalec C.: Ekonomiczne i kulturowe aspekty konsumpcji usług społecznych. [W:] Altkorn J. (red.): *Problemy teorii wymiany*. Oficyna Wydawnicza FOGRA, Kraków 1993, 95–102.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S.: *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. GWP, Gdańsk 2003.
- Culyer A.J.: Editorial: Need: The idea won't do – but we still need it. *Social Science and Medicine* 1995, 40, 6, 727–730.
- Dobbska M., Dobski P.: *Marketing usług medycznych*. Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa 1999.
- Frąckiewicz-Wronka A.: *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską*. Wydawnictwo AE, Katowice 1998.
- Getzen T. E.: *Ekonomika zdrowia*. PWN, Warszawa 2000.
- Giddens A.: *Socjologia*. PWN, Warszawa 2004.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. 1948.
- Kostrzewski J.: *Zdrowie ludności w świetle danych o chorobach i zgonach*. PZWL, Warszawa 1977.
- Kotler Ph.: *Marketing*. Gebetner i S-ka, Warszawa 1994.
- Leowski J.: *Funkcje zdrowia publicznego. Zdrowie Publiczne* 2001.
- Mała Encyklopedia Medycyny. Kostrzewski P., Ziółkowski J. red. PWN, Warszawa 1999.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*. CeDeWu, Warszawa 2003.
- Owsiak S.: *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2002.
- Payne A.: *Marketing usług*. PWE, Warszawa 1996.
- Poździuch S.: *System zdrowotny*. [W:] Czupryna A., Poździuch S., Ryś A., Włodarczyk W. C. (red.): *Zdrowie publiczne*. Vesalius, Kraków 2000, t.1, 127–144.
- Rogoziński K.: *Usługi rynkowe*. Wydawnictwo AE, Poznań 1993.
- Salmon P.: *Psychologia w medycynie*. GWP, Gdańsk 2003.
- Sontag S.: *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. PIW, Warszawa 1999.
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Topór-Mądry R., Glis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A.: *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*. Vesalius, Kraków 2002.

23. Williams A.: Economics, Society and Health Care Ethics. [W:] Gillon R. (red.): Principles of Health Care Ethics. John Wiley & Sons, Chichester 1994, 829–842.
24. Włodarczyk C. W.: Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Vesalius, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.

Adres do korespondencji

mgr Krzysztof Skuza
ul. Toporowskiego 34/54
24-546 Kielce
e-mail: k-skuza@o2.pl