

Kierunki zmian w sferze ochrony zdrowia

Nadesłany: 28.07.17 | Zaakceptowany do druku: 09.08.17

Henryk Mruk*

Spoleczeństwa Europy, w tym także Polski, starzeją się, a to zwiększa popyt na wydatki w sferze zdrowia. Wzrastać też będą ceny nowych leków i technologii medycznych. Fundusze na ubezpieczenia zdrowotne nie będą mogły w pełni pokryć rosnącego popytu na świadczenia medyczne. Państwa będą się wycofywały z ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie obywateli. Będzie wzrastał udział pacjentów za płacenie za usługi medyczne. Zwiększy się zainteresowanie dbałością o własne zdrowie, także samoopieką. Zmieni się rola aptek na rynku. Jako placówki z sąsiedztwa będą służyły pomocą, opieką farmaceutyczną. Wsparciem dla pacjentów będzie wiedza dostępna w mediach społecznościowych, także w różnych aplikacjach na telefony. Pomocne będzie korzystanie z osiągnięć ekonomii behawioralnej dla wspierania zdrowia pacjentów.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zmiany w sferze ochrony zdrowia, opieka farmaceutyczna, samoopieka.

Directions of Changes in Health Care

Submitted: 28.07.17 | Accepted: 09.08.17

European societies, including Poland, are aging, and this increases the demand for health spending. The prices of new medicines and medical technologies will also increase. Health insurance funds will not be able to fully cover the growing demand for medical care. States will disclaim responsibility for the health of citizens. The proportion of patients paying for medical services will increase. There will be an increased interest in managing your own health, including self-care. The role of pharmacies in the market will change. As neighborhood facilities, they will be of assistance, providing pharmaceutical care. Patient support will be available in social media, as well as in various mobile applications. It will be helpful to use the achievements of behavioral economics to support the health of patients.

Keywords: health care, changes in health care, pharmaceutical care, self-care.

JEL: I13, I18

* **Henryk Mruk** – prof. dr hab., Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Katedra Zarządzania Międzynarodowego.

Adres do korespondencji: Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, al. Niepodległości 10, 61-875 Poznań;
e-mail: henryk.mruk@ue.poznan.pl.

1. Wprowadzenie

Koniec drugiej dekady XXI wieku niesie z sobą wiele wątpliwości związanych z dotychczasowym modelem funkcjonowania szeroko rozumianej sfery ochrony zdrowia. Zachodzące zmiany będą różnokierunkowo oddziaływały na modyfikacje istniejących systemów i stosowanych rozwiązań. Starzejące się społeczeństwa Europy generują wzrost popytu na usługi związane ze zdrowiem. Nowe technologie medyczne wymagają wysokich nakładów na refundację świadczeń zdrowotnych. Rozwój mediów społecznościowych stwarza z kolei nowe możliwości doskonalenia współpracy z pacjentami. Rozwój ekonomii behawioralnej i wynikająca z tego wiedza o funkcjonowaniu umysłów umożliwia zwiększanie skuteczności w zarządzaniu zdrowiem pacjentów.

Te oraz inne zmiany są uzasadnieniem dla prowadzenia rozważań na temat kierunków zmian w sferze ochrony zdrowia. Podstawą ich prowadzenia jest krytyczna analiza literatury przedmiotu, a także informacje pochodzące ze źródeł wtórnych, obserwacji rynku, wywiadów o charakterze jakościowym prowadzonych z osobami pełniącymi funkcje zarządcze w podmiotach służby zdrowia. Rozważania opierają się także na autorskich doświadczeniach pochodzących ze współpracy ze szpitalami, lekarzami, farmaceutami, menedżerami, a także producentami leków. Metodyka badań wykorzystuje zasady wnioskowania dedukcyjnego, podejście krytyczne, komparatywne oraz myślenie abstrakcyjne. Struktura rozważań zasadza się na przechodzeniu od kwestii ogólnych do bardziej szczegółowych. Rozważania skupiają się zarówno na ujęciu diagnostycznym oraz przyczynowo-skutkowym, jak też na perspektywie zarysowania możliwych do wdrożenia rozwiązań.

2. Otoczenie ekonomiczno-społeczne

Metoda PEST, będąca klasycznym podejściem do analizy otoczenia, na pierwszym planie umieszcza czynniki polityczno-prawne. Jednakże w odniesieniu do sektora zdrowia podstawowe znaczenie można przypisać zmiennym ekonomicznym, demograficznym oraz społeczno-kulturowym. Sytuacja ekonomiczna krajów Europy, w tym także Polski, niezależnie od pojawiających się kryzysów jest stabilna, ukształtowana na wysokim poziomie. Świadczą o tym wskaźniki tempa wzrostu PKB oraz indeksy PKB *per capita* (na 1 mieszkańca). Tempo wzrostu PKB w Polsce oscylujące wokół 3% wpływa na wzrost poziomu dochodów ludności. W I kwartale 2017 r. zanotowano wysokie (ponad 4,7 %) tempo wzrostu wydatków na spożycie. W perspektywie gospodarstw domowych oznacza to zwiększenie możliwości współdziałania w finansowaniu usług w sferze ochrony zdrowia. Obok wzrostu poziomu dochodów ludności należy także zauważyć wzrost ich zróżnicowania. Efektem tego może być polaryzacja popytu na usługi związane ze zdrowiem. Obok segmentów pacjentów oczekujących głównie usług refundowanych

będą się pojawiać osoby gotowe finansować z własnych środków korzystanie z dostępnych, świadczonych na wysokim poziomie usług medycznych. Wzrost potencjału w segmencie ludzi o wyższych dochodach może być bodźcem do rozwijania palety usług świadczonych na zasadach rynkowych.

Od wielu lat obserwuje się zmiany w strukturze demograficznej zamożnych społeczeństw. Rośnie udział osób w wieku poprodukcyjnym. Zwiększa się średnia długość życia kobiet i mężczyzn. Maleje przyrost naturalny. Są to także zmiany, które przyczyniają się do wzrostu popytu na szeroko rozumiane usługi medyczne. Z drugiej strony warto zauważyć, że składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostają na podobnym poziomie jak w przeszłości. A zatem rosnąca skala popytu i stabilizacja budżetu w sferze ubezpieczeń zdrowotnych generuje możliwość powstawania, a nawet powiększania się luki finansowej. Czynnikiem, który przyczynia się do jej powiększania, są pozytywne efekty środków przeznaczanych na badania i rozwój. To właśnie te nakłady przyczyniają się w największym zakresie do rozwoju ekonomicznego, do wzrostu dobrobytu (Harari, 2014). Nowe urządzenia diagnostyczne, technologie medyczne, generacje nowych leków są z reguły droższe niż poprzednie rozwiązania. Oznacza to, że wspomaganie zdrowia społeczeństwa wymaga coraz wyższych kwot. W ten sposób rozwierają się wartości rosnącego popytu na usługi zdrowotne z możliwościami finansowania potrzeb z budżetu ubezpieczyciela. Powolne, aczkolwiek istotne zmiany są także obserwowane w otoczeniu społecznym oraz kulturowym. W mentalności wielu mieszkańców jest zakorzenione przekonanie o nieograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Utrzymuje to przekonanie, że każdy członek danej społeczności powinien mieć zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną przy niezmienności składek na ubezpieczenia. Wcześniej przywołane uwarunkowania (wzrost, zróżnicowanie dochodów) wpływają na wypieranie norm społecznych przez normy rynkowe (Sandel, 2013). W krajach o wysokich wskaźnikach zamożności powstają prywatne organizacje ubezpieczeniowe, które gwarantują członkom pełną i całodobową opiekę medyczną. Wysokość składek jest jednak barierą dla osób o niższych dochodach. Osoby, które dysponują odpowiednio wysokimi dochodami, kupują od np. osób z wirusem HIV polisy ubezpieczeniowe w zamian za wypłatę części jej wartości w gotówce. Uzyskują w ten sposób wyjątkowe wskaźniki zwrotu z inwestycji. I wreszcie, rosnąca mobilność, migracje wpływają na konieczność otwartego spojrzenia na zakres świadczonych usług zdrowotnych w przekroju Unii Europejskiej, ale też globalnym.

3. Otoczenie polityczno-prawne

Omówione dotąd kierunki zmian w sferze ekonomiczno-społecznej będą wpływały na istniejące dotąd rozwiązania w systemie politycznym i prawnym. Różnorodność źródeł informacji, wzrost natężenia bodźców, a także wiele innych czynników ma wpływ na polaryzację poglądów politycznych.

Niezależnie od ubiegających się o władzę partii oraz wyników wyborów, z dużą dozą prawdopodobieństwa można powiedzieć, że rządy wielu krajów będą się wycofywały z ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie swoich obywateli. Wspomniane rozwarcie między rosnącym popytem a możliwościami sfinansowania świadczeń będzie stymulowało zmniejszanie koszyka świadczeń zdrowotnych w ramach systemu ubezpieczeń. Będą się także wydłużały kolejki do lekarzy oraz czas oczekiwania na różnorodne zabiegi. W coraz większym zakresie pacjenci będą współfinansowali korzystanie z usług medycznych. Można oczekiwać takich zmian prawa, które umożliwią rozwój niepublicznego sektora opieki zdrowotnej (Pacenti i Mancini, 2015). Interesującym przykładem z tego zakresu może być w Polsce rynek usług stomatologicznych. Od roku 1990 systematycznie wzrasta współfinansowanie pacjentów w zakresie korzystania z tych usług. Interesujące jest, że zostało to zaakceptowane w wymiarze społecznym. Można zatem przewidywać, że również w odniesieniu do innych usług zdrowotnych będzie szybciej wzrastała liczba podmiotów prywatnych, a to przełoży się na wzrost wydatków ludności na usługi związane ze sferą zdrowia.

Zdając sobie sprawę z tych trendów, za właściwe należy uznać poszukiwanie rozwiązań, które będą wsparciem dla oczekiwań pacjentów w zakresie ich potrzeb związanych ze zdrowiem. W niewielkim zakresie można liczyć na wzrost efektywności funkcjonowania całego sektora zdrowia pod wpływem zmian organizacyjnych. Istniejące rozwiązania, struktury, podmioty, działają z dużą siłą inercji. Nie ma skutecznych sposobów radykalnego zwiększania efektywności działania wprowadzony w przeszłości rozwiązań.

4. Wiedza o pacjentach z perspektywy ekonomii behawioralnej

Rozwój ekonomii jako nauki bazował na paradygmacie homo oeconomicus, czyli racjonalizacji zachowań konsumentów. To założenie było też przyjmowane jako podstawa rozważań w odniesieniu do zachowań pacjentów. Oczekiwano, że ludzie będą dokonywać wyborów, kierując się racjonalnością. Jednakże badania prowadzone w latach 70. XX wieku zapoczątkowały rozwój nurtu nazwanego ekonomią behawioralną. Punktem wyjścia stało się przekonanie, że emocje, a nie racjonalność wpływają na zachowania konsumentów, a także pacjentów (Damasio, 1999). Korzystanie z eksperymentów jako nowej w ekonomii metody badawczej pokazało znaczenie czynników pozaracjonalnych w procesach decyzyjnych konsumentów i pacjentów (Kahneman, 2012). Rozwój neurobiologii pozwolił na prowadzenie badań nad mózgiem konsumentów w odniesieniu do ich procesów decyzyjnych (Pradeep, 2011). Wyniki badań prowadzonych za pomocą nowych metod (EEG, fMRI) wskazują na dominujący wpływ czynników emocjonalnych w sferze wyborów dokonywanych przez konsumentów i pacjentów (Ariely, 2017). Duża część wyborów jest dokonywana w nieświadomości (Mlodinow,

2016a; 2016b). Oznacza to, że byłoby błędem sądzić, że pacjenci z własnej woli będą się kierowali racjonalnością w działaniach.

Wobec nowej wiedzy o zachowaniach pacjentów za istotne można uznać poszukiwanie nowych sposobów wzmacniania decyzji pacjentów, wspieranie ich w podejmowanych decyzjach oraz inwestowania w odpowiednie programy informujące oraz edukacyjne. Poza kwestiami dotyczącymi wiedzy o rzeczywistych zachowaniach pacjentów istotne jest także poszukiwanie rozwiązań o charakterze organizacyjnym. Być może jest to najważniejsze wyzwanie, jakie stoi przed wysoko rozwiniętymi społeczeństwami. Prowadzone dalej rozważania będą się skupiały na wskazaniu różnych możliwości. Mogą one być punktem wyjścia do prowadzenia dalszych badań w tym obszarze.

5. Wokół zdrowia czy wokół chorób

W czasie życia Kopernika i Galileusza toczono spór o prawa związane z funkcjonowaniem układu słonecznego. Edison dowodził, że koncepcja prądu zmiennego Tesli jest błędna. Opóźnił swoim uporem upowszechnienie stosowania prądu zmiennego. Apple przełamuje stereotypy korzystania z surowców energetycznych na rzecz technologii pozyskiwania energii ze słońca. Podane powyżej przykłady mają być przyczynkiem do dyskusji na temat skupiania uwagi na zdrowiu bądź na chorobach. Na początku XXI wieku dość wyraźnie widać, że w odniesieniu do homo sapiens nakładane są różnorodne „ograniczenia” na prawo doboru naturalnego czy też teorię ewolucji. W dużych miastach, w populacji ptaków trwają te, których skrzydła umożliwiają przetrwanie między poruszającymi się w coraz większej liczbie samochodami i tramwajami. W odniesieniu natomiast do ludzi opracowano metody pozwalające zachować przy życiu jednostki słabsze, mniej przystosowane. To może być bez wątpienia dumą homo sapiens. Jednakże wymaga to większych funduszy na ochronę zdrowia, a przy tym wpływa na produktywność ludzi jako całej społeczności.

Tym bardziej, mając na uwadze ograniczoność środków, pojawia się pytanie, na czym się należy koncentrować, na promowaniu zdrowia czy stawianiu choroby w centrum uwagi. Aby głębiej się nad tym zastanowić, można spojrzeć na oczekiwania ludzi. Otóż dość powszechnym trendem jest zainteresowanie zdrowiem, estetyką, wysoką jakością życia. Są to oczekiwania, które nie budzą wątpliwości co do potrzeb pacjentów. Z drugiej jednak strony wiadomo, że ludzie mają bardzo ograniczoną zdolność myślenia w perspektywie długookresowej (Gazzaniga, 2013). Ilustracją może być przypadek pacjenta, który osiągnął wagę 350 kg. W jednym ze szpitali „zapadł się” stół (łóżko) porodowe, bowiem rodząca 28-letnia kobieta ważyła 165 kg. Dyrekcje szpitali wnioskuje do rad społecznych o akceptację wydatków na zakup sprzętu dla pacjentów o wadze powyżej 250 kg. Dotąd łóżka, podnośniki, karetki pogotowia były projektowane do 180 kg wagi pacjenta. W mediach podawane są informacje o rosnącej skali nadwagi

dzieci i młodzieży. W 2012 r. wprowadzono w Polsce zakaz reklamy aptek. Dozwolona jest jednak reklama suplementów diety, leków OTC, która sugeruje, że można jeść wszystko i w nieograniczonej ilości, jeśli ma się pod ręką odpowiedni specyfik. Otóż mózgi homo sapiens nie są tak racjonalne, jak się to wydaje (Ohme, 2017).

Podane oraz inne przykłady uzasadniają postawienie pytania: co będzie w centrum komunikowania się ze społeczeństwem – zdrowie czy choroby? Mówiąc o koncepcji rozwoju zrównoważonego, odpowiedź na to pytanie wiąże się z wprowadzeniem istotnej zmiany, a zatem skupieniu uwagi na promowaniu zdrowia. W ten sposób można otworzyć perspektywę wielu nowych programów badawczych, które będą nastawione na poszukiwanie metod promowania zdrowia, informowania oraz edukowania pacjentów w obszarze skutecznego zarządzania własnym zdrowiem, także zarządzania własną energią. Aby zilustrować zmianę sposobu podejścia, można wykorzystać przykład z rynku motoryzacyjnego (Scott, 2015). Otóż jedna z marek zmieniła komunikację z klientami na slogan: „Nie sprzedajemy samochodów. Pomagamy klientom je kupować”. W odniesieniu do sfery zdrowia można użyć modyfikację tego sloganu: „Pomagamy pacjentom cieszyć się zdrowiem”. To być może mało przekonujący slogan, jednak wskazujący na centrum zainteresowania – zdrowie czy choroba.

6. Nowe spojrzenie na rolę aptek i farmaceutów

Prowadząc dyskusję na temat zmian w sferze ochrony zdrowia, można spojrzeć na znaczenie aptek oraz farmaceutów. Omówione dotąd trendy (dłuższe kolejki u lekarzy, opłaty w placówkach prywatnych) będą wpływały na wzrost zainteresowania usługami opieki farmaceutycznej. Lokalizacja aptek umożliwia w miarę łatwy do nich dostęp (placówka z sąsiedztwa). Można się spodziewać, że część pacjentów zamiast do lekarzy, będzie kierować swoje kroki do aptek, aby uzyskać poradę w zakresie zdrowia (Mruk, Michalik i Barańkiewicz, 2013).

W tym obszarze należy także wskazać na kilka kwestii wymagających rozważenia. Przede wszystkim dotyczy to zmiany uregulowań prawnych w odniesieniu do świadczenia opieki farmaceutycznej w aptekach. Funkcjonowanie aptek w obszarze placówek zdrowia oznacza, że właściwe będzie refundowanie ponoszonych kosztów. Farmaceuta, który ma indywidualny kontakt z pacjentem, może być w znacznie większej części doradcą w zakresie zarządzania zdrowiem, a nie tylko leczenia chorób. Są to bez wątpienia procesy długotrwałe, trudne do wprowadzenia w krótkim czasie. Jednakże jest to właściwa droga do realizacji misji zawodu farmaceuty.

Aby to skutecznie realizować, warto budować odpowiednie modele mentalne (Haidt, 2014). Podstawowa kwestia to uzupełniania wiedzy na temat zdrowia, sposobu komunikacji z pacjentem, technik wywierania wpływu (Cialdini, 2016). Świadczenie opieki farmaceutycznej wymaga rozwijania, poszerzania

odpowiednich kwalifikacji przez farmaceutów. Drugi obszar w odniesieniu do modeli mentalnych to uporanie się z dysonansem poznawczym. Mamy tutaj na myśli sprzeczność, która pojawia się na styku misji zawodu farmaceuty oraz zapewnienia rentowności aptece. Wspomniany rok 2012 wprowadził w Polsce stałe ceny i marże na leki refundowane. Zapewnienie dodatkowej marży netto, a jest ona niezbędna dla trwania i rozwoju apteki na rynku, wymaga aktywności w sferze handlowej. Aby móc realizować misję zawodu, należy poszerzać asortyment w aptece (kosmetyki, sprzęt). To z kolei wymaga powiększania powierzchni handlowej (ekspozycja, półki). I to właśnie składa się na dysonans poznawczy – sprzeczność między misją zawodu farmaceuty a typową działalnością handlową. Wspomniana metoda modeli mentalnych pozwala rozwiązać ten kłopot, właśnie dzięki ułożeniu sobie wszystkiego we własnym umyśle.

7. Holokracja w służbie zwiększania produktywności

Rozpoczynając tę część rozważań, można się odwołać do metafory zakątka gęstej puszczy porośniętej ogromnymi, starymi drzewami. Kiedy przewróci się jedno z nich, odsłania ono przestrzeń, do której docierają promienie słoneczne. Na gruzach tego powalonego drzewa powoli rodzi się nowe życie – inne rośliny, inny świat. Podobnie jest w sferze ekonomiczno-społecznej. Na gruzach przemysłu wyrosły usługi. Stworzone w fabrykach systemy motywacji finansowej, pracy akordowej powoli są zastępowane nowymi, bardziej przyjaznymi ludzimi rozwiązaniami (Pink i Drive, 2011).

Na przełomie wieków XX i XXI w różnych częściach świata pojawiły się systemy nazywane holokracją. Są one oparte na płaskich strukturach, na relacjach typowych dla wioski, kręgu, rodziny (Laloux, 2015). Być może są one początkiem budowania nowej rzeczywistości społeczno-gospodarczej. Przywołany autor twierdzi, że są to rozwiązania, które będą zastępowały istniejące w gospodarce korporacje. Literatura omawia przykłady wysokiej skuteczności takich rozwiązań w różnych sektorach oraz w przedsiębiorstwach o różnej wielkości (od start-upów do dużych zakładów przemysłowych).

W odniesieniu do sfery zdrowia można przywołać przykład holenderskiej organizacji Burtstorg skupiającej pielęgniarki. Została ona powołana do życia w 2006 r. i po dziesięciu latach istnienia skupiła w swoich szeregach około 75% ogółu pielęgniarek w Holandii, zajmujących się opieką nad ludźmi w domach. Wyrosła ona z niezadowolenia z pracy w wysoce zbiurokratyzowanych, mało efektywnych i hierarchicznych organizacjach. Nowa organizacja jest oparta na pracy zespołów nie większych niż 12 osób, zarządzanych wyłącznie przez krąg pielęgniarek. Mogą one uzyskiwać wsparcie ze strony coachów. Hierarchia została niemal całkowicie wyeliminowana. Okazało się, że zwiększyła się produktywność pracy pielęgniarek. Wzrosło zadowo-

lenie oraz satysfakcja z pracy. Pozytywne zmiany wystąpiły także w dobrostanie pacjentów. Wzrosło zaangażowanie rodzin w udzielaniu wsparcia chorym.

Opisane rozwiązania mogą być inspiracją dla wprowadzania nowych, oryginalnych rozwiązań pozwalających pracować mądrzej, szybciej oraz lepiej (Duhigg, 2013).

8. Media społecznościowe w sferze ochrony zdrowia

Pogłębiający się brak równowagi między popytem na usługi związane ze zdrowiem a ich podażą skłaniają do korzystania z wszystkich możliwych narzędzi, aby służyć pacjentom. Jednym z instrumentów jest wykorzystanie mediów społecznościowych (szerzej – nowych technologii) do zwiększania skuteczności działania w sferze ochrony zdrowia. Internet, w tym także media społecznościowe, są wykorzystywane tak przez pacjentów, jak również podmioty służby zdrowia. Pacjenci za pomocą różnych aplikacji mogą monitorować stan własnego zdrowia, a także kontaktować się z lekarzami. Korzystają oni również z zasobów Internetu, szukając informacji o chorobach, lekach, technologiach.

Jest to problematyka, która będzie się rozwijała w wielu aspektach. Jednym z nich jest wykorzystanie mediów społecznościowych do zwiększania efektywności działania podmiotów służby zdrowia. Kwestia o charakterze podstawowym wiąże się z posiadaniem przez podmioty służby zdrowia wirtualnej lokalizacji, która staje się ważniejsza niż lokalizacja rzeczywista. Właściwe zaprojektowanie własnej strony oraz skuteczne zarządzanie jej treścią mają istotne znaczenie (Weinschenk, 2013). Są to kwestie w miarę znane, oceniane w literaturze i stosowane w praktyce. Jednakże wzrost znaczenia mediów społecznościowych wymaga analizowania treści komunikacji między pacjentami oraz obecności lekarzy na odpowiednich portalach (Scott, 2015). Wspomniany badacz twierdzi, że podmioty służby zdrowia powinny korzystać z mediów społecznościowych w odniesieniu do dwóch obszarów:

- informacyjnego,
- edukacyjnego.

Dla lepszego rozumienia nowej, wirtualnej rzeczywistości warto z dystansem spojrzeć na obiegowe zdanie, że „w Internecie jest wszystko”. W marketingu przyjmuje się, że jeśli dany podmiot ma ofertę dla każdego, to znaczy, że nie ma jej dla nikogo. Tak jak w marketingu liczy się dostosowanie oferty do klienta, tak w Internecie należy dbać o czytelny dostęp do zrozumiałej informacji. Oznacza to, że placówki służby zdrowia powinny monitorować treści pojawiające się w Internecie i od razu reagować. Wspomniany Scott podaje przykład lekarki, która zauważyła w mediach społecznościowych rozmowy dziewcząt na temat wielkości odstępu między udami. Zareagowała natychmiast, umieszczając profesjonalną informację na swojej stronie.

Każda placówka sfery zdrowia powinna tworzyć własne zasady działania, pozwalające na wykorzystanie mediów społecznościowych dla budowania właściwych relacji z pacjentami. Można je wykorzystywać w celu przyspieszenia powrotu pacjenta do zdrowia. Filmowanie ćwiczeń rehabilitacyjnych wykonywanych z pacjentem, udostępnianie ich pacjentowi powoduje, że może on je wykonywać poprawnie w domu. Kolejna generacja pacjentów niezwykle wysoko ceni krótkie filmy, które mogą być zamieszczane na stronie placówki czy lekarza. Część lekarzy powinna rozważyć obecność na portalu LinkedIn, bowiem jest on pomocny dla budowania marki własnej. Podmioty sfery zdrowia powinny być obecne w mediach, które są istotne dla danego segmentu pacjentów (Facebook, Instagram, Twitter). Ważne jest również to, aby możliwie szybko reagować na zamieszczane przez pacjentów wpisy, a szczególnie negatywne, nieprawdziwe, emocjonalne.

9. Sposoby wspierania pacjentów

Rosnące zasoby wiedzy na temat mózgu oraz zachowań pacjentów można wykorzystywać do zwiększania skuteczności działania podmiotów sfery zdrowia. Wiedząc, jak działają umysły pacjentów, można wybierać takie narzędzia, które będą im dobrze służyły (Thaler i Sunstein, 2012). Odwołamy się dalej do kilku przykładów, których celem będzie wskazanie sposobu, kierunku myślenia i działania.

Otóż wiadomo, że pewna część pacjentów nie pojawia się w umówionych terminach wizyt. Wykonanie telefonu do pacjenta poprzedniego dnia pozwala poprawiać wskaźniki efektywności. Przekazanie pacjentom mapki z lokalnymi punktami szczepień jest o wiele bardziej skuteczne niż rozdanie ulotek zachęcających do poddania się szczepieniu. Oferowanie jednego dolara dziennie nieletnim matkom zażywającym narkotyki za każdy dzień, jeśli nie zajdą ponownie w ciążę, przynosi pożądane efekty społeczne i ekonomiczne. Oferowanie przez ubezpieczycieli specjalnej premii za witalność poprawia stan zdrowia pacjentów. Polega to na tym, że jeśli ubezpieczony regularnie ćwiczy, ubezpieczyciel wypłaca co pół roku ekstra premię. Ustawienie w stołówkach szkolnych dań „zdrowych” na wysokości oczu (130–170 cm) spowodowało, że po kilku miesiącach spadła nadwaga młodzieży. Na półkach wyżej i niżej były frytki, chipsy, napoje gazowane. Wiedząc, że ludzie lubią mieć wybór oraz że wybierają to, co jest na wysokości wzroku, można im ułatwiać podejmowanie decyzji korzystnych dla ich zdrowia. Znaczenie opieki farmaceutycznej polega także na tym, aby farmaceuci bezpośrednio motywowali pacjentów do wprowadzania zmian korzystnych dla siebie. Człowiek potrzebuje wsparcia drugiej osoby, aby się zmieniać. Badania wskazują, że zaledwie 8% pacjentów potrafi na trwałe wprowadzać zmiany w swoim życiu.

10. Zakończenie

Homo sapiens coraz lepiej zdaje sobie sprawę z tego, że dobrobyt, który osiągnął, spowodował degradację środowiska oraz zmienił miejsce zwierząt w ekosystemie. Obserwacje otoczenia, podawane w mediach informacje, edukacja przyczyniają się do pojawiania się nowych modeli mentalnych. W Skandynawii, w Szwajcarii są tworzone lokalne wspólnoty, które same produkują i konsumują żywność. Opierają się na pracy własnych mięśni, aby ograniczyć dewastację środowiska. Budują relacje społeczne oparte bardziej na wartościach niematerialnych niż materialnych. Wymieniają się sposobami na temat życia w szczęściu, w harmonii ze samym sobą, z naturą (Tourell Soderberg, 2017). Korzystają z technologii, która pozwala na ochronę zasobów ziemi, na utrzymanie siebie i środowiska w równowadze. Coraz częściej pokazuje się miejsca na świecie, w których mieszkańcy żyją długo, są aktywni, troszczą się o siebie, będąc w ruchu oraz właściwie się odżywiając. W małych społecznościach lokalnych są zasoby energii, które mogą wprowadzać do praktyki zasady Hipokratesa, nawiązujące do pożywienia, słońca, ruchu, powietrza jako elementów, które wzmacniają zdrowie pacjentów.

Można mieć uzasadnioną nadzieję, że coraz więcej podmiotów będzie się skupiało na badaniach, które będą lepiej służyły promowaniu zdrowia pacjentów. Pozytywne zmiany, na pewno bardzo powoli zachodzące, będą zachodziły także w mentalności pacjentów. Oni sami w szerszym niż dotąd zakresie będą zainteresowani utrzymywaniem swojego organizmu w dobrym zdrowiu fizycznym i psychicznym.

Bibliografia

- Ariely, D. (2017). *Szczerza prawda o nieuczciwości*. Sopot: Smak Słowa.
- Cialdini, R. (2016). *Pre-swazja. Jak w pełni wykorzystać techniki wpływu społecznego*. Gdańsk: GWP.
- Damasio, A. (1999). *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*. Poznań: Rebis.
- Duhigg, C. (2013). *Sila nawyku*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gazzaniga, M. (2013). *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?* Sopot: Smak Słowa.
- Haidt, J. (2014). *Prawy umysł*. Sopot: Smak Słowa.
- Harari, Y. (2014). *Od zwierząt do bogów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kahneman, D. (2012). *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*. Poznań: Media Rodzina.
- Laloux, F. (2015). *Pracować inaczej*. Warszawa: Studio Emka.
- Mlodinow, L. (2016a). *Krótką historią rozumu*. Warszawa: Prószyński.
- Mlodinow, L. (2016b). *Nieświadomy mózg*. Warszawa: Prószyński.
- Mruk, H., Michalik, M. i Baralkiewicz, T. (2013). *Marketingowe zarządzanie apteką*. Kraków: Wolters Kluwer.
- Ohme, R. (2017). *Emo sapiens. Harmonia emocji i rozumu*. Wrocław: Bukowy Las.
- Pacienti, G. i Mancini, P. (2015). *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla sektora ochrony zdrowia*. Warszawa: CeDeWu.
- Pink, D.H. (2011). *Drive. Kompletnie nowe spojrzenie na motywację*. Warszawa: Studio Emka.

- Pradeep, A. (2011). *Mózg na zakupach. Neuromarketing w sprzedaży*. Gliwice: Helion.
- Sandel, M. (2013). *Czego nie można kupić za pieniądze. Moralne granice rynku*. Warszawa: Kurhaus.
- Scott, D. (2015). *Nie przeszkadzaj klientowi w zakupach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Thaler, R. i Sunstein, C. (2012). *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*. Poznań: Zys i S-ka.
- Tourell Soderberg, M. (2017). *Hygge. Duńska sztuka szczęścia*. Kraków: Insignis.
- Weinschenk, S. (2013). *100 rzeczy, które każdy projektant powinien wiedzieć o potencjalnych klientach*. Gliwice: Helion.