

Prusaczyk, Artur, Karczmarz, Sabina, Bogdan, Magdalena, Żuk, Paweł, Oberska, Joanna. Family medicine in rural areas - perspectives and development opportunities. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(11):58-62. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.11.008> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/40447> <https://zenodo.org/record/7231725>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2022; This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 26.09.2022. Revised: 30.09.2022. Accepted: 20.10.2022.

## Family medicine in rural areas - perspectives and development opportunities Medycyna rodzinna obszarów wiejskich - perspektywy i możliwości rozwoju

Artur Prusaczyk<sup>1</sup>, Sabina Karczmarz<sup>1</sup>, Magdalena Bogdan<sup>2</sup>,  
Paweł Żuk<sup>1</sup>, Joanna Oberska<sup>2</sup>

1. Centrum Medyczno-Diagnostyczne, Siedlce
2. Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

### Abstract

Access to health care should be universal and equal regardless of health needs, socio-economic status and place of residence. Empirical research confirms, however, that there are differences in access to health care between people in urban and rural areas. The main challenges for the health care system in rural areas are staff shortages, greater distance from large hospitals, difficult access to specialist and preventive services, and lower effectiveness of emergency care.

The aim of the study was to analyze practical solutions to improve the organization of care in POZ, taking into account the principles of coordinated care in rural areas.

As part of this study, an attempt was made to present practical solutions that may help to improve the organization of care in primary health care in rural areas. It is worth emphasizing once again that effective and efficient care for the population must be consistent with the concept of care coordination. In addition, the work shows how important from the perspective of the development of medicine in rural areas can be the inclusion of teamwork, financial motivators, including the so-called 'Rural addition' and the impact of modern technologies based on self-care and remote monitoring of patients' health.

**Key words:** family medicine; rural areas; open treatment; adipose tissue; Primary Healthcare

### Wprowadzenie

Dostęp do opieki zdrowotnej powinien być powszechny i równy bez względu na potrzeby zdrowotne, status społeczno-ekonomiczny i miejsce zamieszkania. Badania

empiryczne potwierdzają jednak, że istnieją różnice w dostępie do opieki zdrowotnej pomiędzy mieszkańcami obszarów miejskich i wiejskich. Wyzwaniami dla systemu ochrony zdrowia na terenach wiejskich są przede wszystkim braki kadrowe, większa odległość od dużych szpitali, utrudniony dostęp do świadczeń specjalistycznych oraz profilaktycznych i niższa skuteczność opieki w nagłych wypadkach [1].

Ostatni czas przynosi wiele pozytywnych zmian dla rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło materializowanie zapisów ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. [2], wprowadzając pierwsze ramy prawne do wdrożenia koordynowanej opieki zdrowotnej. Po wielu latach podtrzymywanej stagnacji obserwuje się początek reformy POZ zgodnej z zasadami realizacji programów populacyjnych, wzorem rozwiązań funkcjonujących w krajach rozwiniętych.

Opieka koordynowana jest szansą zbliżenia kompleksowej medycyny rodzinnej do pacjentów z małych ośrodków na obszarach wiejskich i depopulacyjnych. Jednak, aby z sukcesem zrealizować to wyzwanie, warunkiem koniecznym są dalsze zmiany legislacyjne, wsparcie techniczne, edukacyjne, właściwa wycena za efektywną pracę i dodatki związane z logistyką.

Wprowadzona w latach 90-tych koncepcja medycyny rodzinnej stworzyła podwaliny pod nowoczesny system opieki nad pacjentem. Zadania podstawowej opieki zdrowotnej opierają się na zbiorze podstawowych wartości medycyny rodzinnej, w tym kompleksowej opieki medycznej z silną rolą profilaktyki zdrowotnej i wczesnej diagnostyki chorób. Model zakłada realizowanie świadczeń przez lekarzy rodzinnych „z pacjentem w centrum uwagi” - z uwzględnieniem wszystkich zgłaszanych przez pacjenta problemów zdrowotnych, zarówno z zakresu zdrowia psychicznego i fizycznego, jak i dobrostanu pacjenta. Istotnym elementem jest również ciągłość opieki nad pacjentem przez wybranego lekarza przez całe jego życie.

Najnowsze dane Głównego Urzędu Statystycznego z 2020 roku wskazują, że 40% Polek i Polaków mieszka na obszarach wiejskich i wartość ta nie zmieni się znacząco do 2050 roku. Zgodnie z prognozami, liczba mieszkańców wsi w wieku post-produkcyjnym będzie rosła (do 26,9% populacji w 2050 roku z 19,0% w 2020) [3]. Ważnym elementem planowania dostępności opieki zdrowotnej dla ludności wiejskiej są różnice w stanie zdrowia między mieszkańcami wsi i miast. Mieszkańcy terenów wiejskich częściej niż mieszkańcy miast mają nieprawidłową masę ciała i stosują nieprawidłową dietę [4], [5].

Dostęp do opieki medycznej na terenach wiejskich w Polsce jest zróżnicowany. W niektórych województwach dostępność świadczeń jest optymalna, w innych dostęp ten jest znacznie ograniczony [6].

Zróżnicowanie w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej wiąże się z różnicami w rozmieszczeniu przestrzennym personelu medycznego w Polsce oraz ilością dostępnej infrastruktury medycznej. Mimo, że od 2010 roku liczba mieszkańców wsi wzrosła, a liczba mieszkańców miast zmniejszyła się, liczba przychodni na wsi wzrosła nieproporcjonalnie do liczby przychodni w miastach (10,5% na wsi oraz 35,8% w miastach). Na obszarach przeważająco wiejskich liczba lekarzy POZ na 10 tys. ludności wahała się w zależności od regionu od 8,4 do 30,4, podczas gdy w regionach przeważająco miejskich wartości te wahały się od 13,9 do 60,5. Podobnie przedstawia się rozmieszczenie pielęgniarek POZ (na terenach wiejskich liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności wynosi od 24,5 do 66,9, a w miastach od 26,9 do 102,5) [3].

Kobiety mieszkające na wsiach zmagają się również z utrudnionym dostępem do świadczeń ginekologiczno-położniczych. Kontrola Narodowej Izby Kontroli z 2016-2017 roku wykazała, że są województwa, w których w większości gmin nie ma poradni ginekologiczno-położniczej. W województwie podlaskim aż 78,8% gmin nie posiadało poradni ginekologiczno-położniczej. W 6 spośród 8 województw objętych kontrolą

występowały obszary w których w promieniu co najmniej 20 km nie było zakontraktowanej przez NFZ poradni ginekologiczno-położniczej [7].

Dodatkowym utrudnieniem dla mieszkańców wsi jest brak koordynacji pomiędzy Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i szpitalami. Aby zrealizować świadczenia specjalistyczne, pacjenci muszą często mierzyć się z wykluczeniem komunikacyjnym i trudnościami w umawianiu terminów planowanych badań diagnostycznych, konsultacji czy planowego leczenia szpitalnego. Dostępność do specjalistów, badań diagnostycznych oraz bliskość infrastruktury medycznej jest negatywnie oceniana przez ogół Polaków [8], a problemy z nimi związane są szczególnie dotkliwe dla ludności na wsi.

Celem pracy była analiza praktycznych rozwiązań usprawniających organizację opieki w POZ z uwzględnieniem zasad opieki koordynowanej na terenach wiejskich.

### **Pozioma i pionowa współpraca zespołów**

Aktualnym problemem, z jakim boryka się system ochrony zdrowia są powszechne braki kadrowe. Problem ten wydaje się być szczególnie istotnym na terenach wiejskich. Jego rozwiązaniem może być agregacja personelu medycznego przy wsparciu nowych technologii. Wiąże się to ze zmianą kultury organizacyjnej i pokonaniem barier technicznych, ale jak wskazują doświadczenia z wdrażania e-ZLA, e-recepty, czy e-skierowania; jest możliwy do rozwiązania. W czasie kryzysu związanego z pandemią COVID-19 wdrożono rozwiązania telemedyczne na szerszą skalę, a aktualnie proces ten jest kontynuowany przez Centrum e-Zdrowia budując tym samym niezbędny element poprawy dostępności, jakim są e-konsylia, przepływ EDM i współdzielenie indywidualnego planu opieki pacjenta. Rozwiązania te usprawniają organizację opieki szczególnie w podmiotach leczniczych funkcjonujących na terenach wiejskich, które to borykają się z brakami kadrowymi.

Doświadczenia krajowe i międzynarodowe pokazują, że niezbędna jest także budowa zespołów profesjonalistów medycznych i personelu pomocniczego zarówno w ramach zespołu POZ jak i współpracy z AOS. Zmiana podejścia, polegająca na kaskadowaniu obowiązków z lekarzy na pielęgniarki i położne, koordynatora czy rejestratorki umożliwia lepszą organizację pracy opartą na efektywniejszym wykorzystaniu kompetencji specjalistów niezbędną przy brakach kadrowych personelu medycznego. Należy natomiast podkreślić istotę równoległej edukacji pacjenta i budowy jego zaufania dla nowych ról i organizacji opieki.

Dobrym przykładem mogą być rozwiązania duńskie, gdzie grupa lekarzy współpracuje ze sobą w ramach lokalnego „klastra”, a zapotrzebowanie na usługi medyczne jest dostosowane do uwarunkowań populacji i realizowane zgodnie z wcześniej uzgodnionym planem. Takie rozwiązania funkcjonują również w polskiej praktyce gospodarczej. Są naturalną, racjonalną odpowiedzią na ograniczone zasoby i rozproszenie. Lekarze specjaliści chętnie przyjeżdżają na konsultacje pacjentów do przychodni ulokowanych na terenach wiejskich. Warunkiem jest przygotowanie wcześniejszej diagnostyki, wyselekcjonowanie przypadków wymagających pogłębionej konsultacji i umówienie na konkretny dzień konkretnej liczby pacjentów. Ważne są także motywatory w formie korektorów finansowych dla lekarzy.

### **Dodatek wiejski**

Wspomniany wyżej korektor finansowy na dojazdy to element „dodatku wiejskiego”. Rozwiązania finansowe, które w polskiej praktyce gospodarczej nie funkcjonuje, a którego wdrożenie jest absolutnie kluczowe dla zmotywowania personelu do pracy poza większymi ośrodkami, a tym samym poprawy opieki nad pacjentami z terenów wiejskich.

Gratyfikacja pracy na obszarach odległych i słabo zaludnionych powinna dotyczyć wszystkich członków zespołu POZ – lekarzy, pielęgniarek, położnych, koordynatorów,

współpracujących specjalistów AOS i innych. Stanowi element rozwiązania problemu zakłóconej równowagi potrzeb pacjentów i odpowiedzialności płatnika za konstytucyjną solidarność społeczną. Sprawdzone rozwiązania już funkcjonują na świecie, do nich zaliczyć można m.in. wskaźnik RIO (ang. *Rurality Index for Ontario Score*) [9]. Dobrym rozwiązaniem dla polskiego systemu mógłby być korektor stawki kapitacyjnej na podstawie 3 warunków sumujących się w zależności od spełnionych warunków, tj. określony wskaźnik Degurba [10], gęstość zaludnienia i odległość od uniwersytetu medycznego.

### **Nowoczesne technologie**

Niekwestionowanym pomysłem na poprawę organizacji opieki na terenach wiejskich są rozwiązania telemedyczne. Wspomniane już wcześniej e-ZLA, e-recepty czy e-skierowania wdrożona na szerszą skalę w trakcie pandemii COVID-19 powinny zostać rozszerzone o e-konsylia, które umożliwią zdalne konsultacje specjalistów, a także pełną koordynację opieki nad pacjentami z terenów wiejskich. Prawie 80% ankietowanych Polaków w 2021 roku skorzystało z usług telemedycyny [11]. Pokazuje to, jak popularne jest to rozwiązanie.

Oprócz wdrażania rozwiązań organizacyjnych warto podkreślić są także nowatorskie urządzenia telemedyczne, które wspierają przede wszystkim samoopiekę pacjenta, ale także umożliwiają nadzór lekarza rodzinnego nad stanem zdrowia pacjentów objętych opieką.

Urządzenia telemedyczne to zarówno rozwinięte stacje domowe umożliwiające na monitorowanie stanu zdrowia pacjenta bez hospitalizacji, jak i inteligentna elektronika czyli „wearables”. Zróżnicowanie dostępnych na rynku urządzeń pozwala zarówno na monitorowanie zdrowia pacjenta, jak i jego diagnostykę czy rehabilitację. Wśród nich są wagi, holtery EKG, stetoskopy, analizatory oddechu, ciśnieniomierze, glukometry, sensory do bezinwazyjnego pomiaru poziomu nasycenia tlenem hemoglobiny, aparaty do telerehabilitacji [12]. Rozwijającym się segmentem jest technologia monitorowania urządzeń wszczepialnych, takich jak kardiowertery (wykorzystywane do ciągłego pomiaru TM-EKG) czy implanty monitorujące ciśnienie w prawej komorze lub ciśnienie płucne (wykorzystywane do monitorowania stanu chorych z niewydolnością serca) [13].

### **Podsumowanie**

Problemy zdrowotne z jakimi borykają się Polacy różnią się w zależności od terenów zamieszkania. Według danych GUS w Polsce 40% osób mieszka właśnie na wsi, dlatego tematyka organizacji opieki i zabezpieczenia zdrowotnego ludności na terenach wiejskich wydaje się być tak istotna [3].

W ramach niniejszej pracy starano się przedstawić praktyczne rozwiązania, które mogą pomóc w usprawnieniu organizacji opieki w POZ na terenach wiejskich. W głównej mierze warto raz jeszcze podkreślić, iż skuteczna i efektywna opieka nad populacją musi być zgodna z koncepcją koordynacji opieki. Ponadto praca ukazuje, jak istotne z perspektywy rozwoju medycyny na terenach wiejskich może być uwzględnienie pracy zespołowej, motywatorów finansowych, w tym tzw. ‘dotatku wiejskiego’ oraz wpływu nowoczesnych technologii opartych na samoopiece i zdalnym monitorowaniu stanu zdrowia pacjentów.

Warto także podkreślić fakt, iż wiele udało się już osiągnąć dzięki rozwiązaniom wymuszonym i wdrożonym w dobie pandemii COVID-19. Stopniowe wdrażanie ich na szeroką skalę od jednostek przygotowanych będzie kolejnym krokiem profesjonalizacji, wyrównywania szans i dostępności opieki.

## Piśmiennictwo

- [1] WHO Regional Office for Europe, „Rural poverty and health systems in the WHO European Region”, Copenhagen, 2010.
- [2] *Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej*, Dz. U. 2017 poz. 2217.
- [3] Główny Urząd Statystyczny i Urząd Statystyczny w Olsztynie, „Obszary wiejskie w Polsce w 2020 r.”, Warszawa, Olsztyn, 2022.
- [4] G. Nowicki, B. Ślusarska, H. Piasecka, A. Bartoszek, K. Kocka, i A. Deluga, „The Status of Cardiovascular Health in Rural and Urban Areas of Janów Lubelski District in Eastern Poland: A Population-Based Study”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, t. 15, nr 11, s. 2388, paź. 2018, doi: 10.3390/ijerph15112388.
- [5] L. Panasiuk, „Wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia mieszkańców wsi”, *Zdr. Publiczne Zarządzanie*, t. 12, nr 4, 2014.
- [6] P. Ucieklak-Jeż i A. Bem, „Availability of health care in rural areas in Poland”, *Probl. Small Agric. Hold. Probl. Drobnych Gospod. Rolnych*, t. 4, s. 117–131, 2018, doi: 10.15576/PDGR/2017.4.117.
- [7] W. Radgowski, „Opieka medyczna na terenach wiejskich. Dostępność do świadczeń ginekologiczno-położniczych”. Ustalenia kontroli NIK, 2018.
- [8] Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), „Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej”. 2018. Dostęp: 1 październik 2022. [Online]. Dostępne na: [https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K\\_089\\_18.PDF](https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_089_18.PDF)
- [9] „The Rurality Index for Ontario (RIO)”. <https://apps.oma.org/RIO/index> (dostęp 1 październik 2022).
- [10] „Stopień urbanizacji (DEGURBA)”. <https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/unijne-typologie-terytorialne-tercet/stopien-urbanizacji-degurba/> (dostęp 1 październik 2022).
- [11] Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat®, „Sondaż «Zdrowie Polaków – telemedycyna w 2021»”, 2022. Dostęp: 1 październik 2022. [Online]. Dostępne na: <https://www.biostat.com.pl/az-80-polakow-skorzystalo-w-2021-roku-z-uslug-telemedycznych.php>
- [12] PwC, „Pacjent w świecie cyfrowym. Czyli jak nowe technologie zmieniają rynek usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej”, 2016. Dostęp: 1 październik 2022. [Online]. Dostępne na: <https://www.pwc.pl/pl/pdf/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc.pdf>
- [13] Telemedyczna Grupa Robocza, „Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?”, Warszawa, 2018. Dostęp: 1 październik 2022. [Online]. Dostępne na: [http://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP\\_raportTGR%20raport-www.pdf](http://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP_raportTGR%20raport-www.pdf)