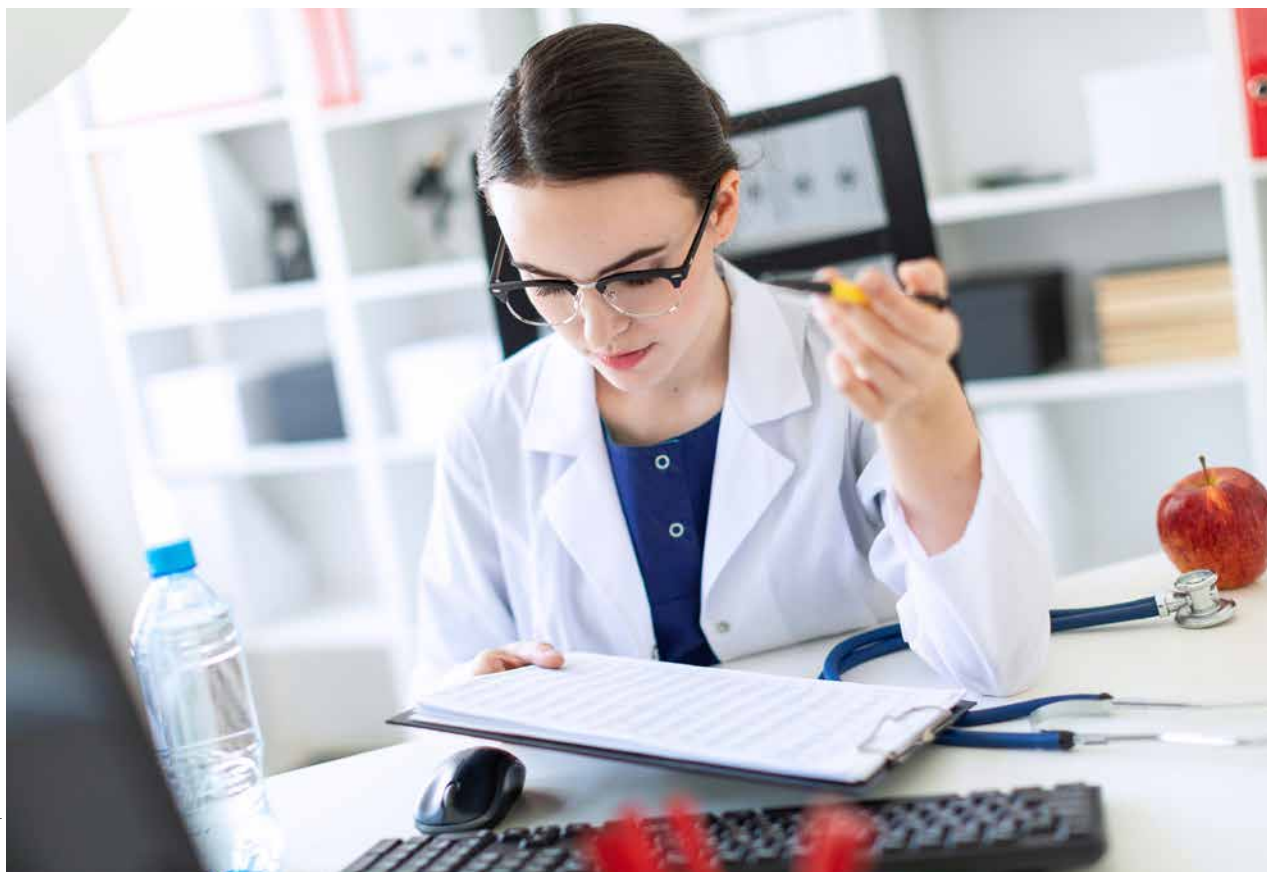


POZ Plus w doświadczeniach placówek średniej wielkości – wstępne wnioski z pilotażu



Fot. iStockphoto.com

POZ Plus czy minus?

Od rozpoczęcia pilotażu POZ Plus minęły trzy lata, a zatem połowa czasu jego realizacji przypadła na okres pandemii COVID-19. Obecnie projekt zmierza do końca i rozpoczynają się prace nad jego podsumowaniem. Wyprzedzając oficjalne oceny, prezentujemy opinie przedstawicieli trzech placówek opieki zdrowotnej średniej wielkości: dr. Andrzeja Zapaśnika z Przychodni BaltiMed w Gdańsku, Angeliki Milkiewicz-Ławickiej z Przychodni Medycyny Rodzinnej w Szczecinie oraz dr. Bartosza Pędzińskiego z Łomżyńskiego Centrum Medycznego.

Projekt POZ Plus został zaplanowany jako rozwiązanie dla małych i średnich placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a jego główną cechą było poszerzenie możliwości POZ o dodatkowe – i dodatkowo finansowane – świadczenia profilaktyczne, badania laboratoryjne i konsultacje lekarzy specjalistów.

Poza POZ Plus w tym samym czasie planowano pilotaże innych modeli opieki, kierowane do większych

placówek, obejmujących większą populację pacjentów, pod roboczą nazwą:

- POZ + AOS, w którym placówki pełniące funkcje POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) działają na zasadzie objęcia opieką określonej populacji,
- POZ + AOS + Szp, w którym do POZ i AOS dodawany jest poziom powiatowy (pierwszy poziom referencyjny) szpitala (Szp).

Do wdrożenia wymienionych pilotaży opieki koordynowanej nigdy jednak nie doszło.

Projekt

Celem omawianego pilotażu było zidentyfikowanie oraz przeprowadzenie oceny jakościowej założeń modelu POZ Plus, odróżniających go od istniejącego modelu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przyjęto, że projekt POZ Plus pomoże w rozwiązaniu następujących problemów ochrony zdrowia w kraju:

- niewystarczająca profilaktyka,
- poczucie zagubienia w systemie ochrony zdrowia u pacjenta,
- fragmentacja opieki – poszczególne placówki odpowiadają jedynie za część procesu opieki, brakuje koordynatora całości procesu,
- brak kontroli przebiegu choroby, co skutkuje brakiem właściwej i wczesnej reakcji na pogarszanie się stanu zdrowia,
- trudny dostęp do diagnostyki, którego efektem jest opóźnienie rozpoznania, ale także nadużywanie usług szpitalnych, ponieważ w innym trybie pewne świadczenia diagnostyczne są niedostępne,
- długi czas oczekiwania do specjalistów różnych dziedzin, co skutkuje podobnymi zjawiskami jak powyżej,
- brak nadzoru nad jakością świadczeń.

W odpowiedzi na te problemy zaproponowano model POZ Plus obejmujący:

- okresowe badania profilaktyczne dorosłych (bilanse zdrowia),
- edukację pacjenta, u którego zidentyfikowano ryzyko zdrowotne oraz chorobę przewlekłą,
- wprowadzenie funkcji koordynatora administracyjnego oraz koordynatora klinicznego – lekarza POZ,
- odrębne finansowanie wybranych badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych i fizjoterapii (budżet powierzony),
- wdrożenie programu zarządzania chorobą u pacjentów chorych przewlekle, w tym utworzenie indywidualnych planów opieki medycznej,
- dokumentację elektroniczną oraz jej wymianę między personelem medycznym,
- monitorowanie wskaźników jakości opieki.

W toku prac nad koncepcją pilotażu pojawiały się kontrowersje i różnice stanowisk, spośród których najważniejsze dotyczyły zakresu działań profilaktycznych oraz kryteriów kwalifikacji placówek opieki zdrowotnej do pilotażu.

W pierwszym wypadku chodziło o to, jakie czynności należy wykonać w ramach tzw. bilansu zdrowia osób dorosłych. Zwolennicy koncepcji „szerokiej” (przyjętej ostatecznie do realizacji) zaproponowali działania wymagające blisko godzinowego zaangażowania personelu medycznego do przeprowadzenia bilansu jednego pacjenta. Z kolei odrzucona koncepcja „selektywna” zakładała dobór badań uzależniony od wstępnej oceny

„Projekt POZ Plus już spowodował zmiany w systemie ochrony zdrowia, choć ich utrzymanie nie jest przesądzone”

ryzyka, co miało skutkować oszczędnością czasu poświęconego na przeprowadzenie badania, a co za tym idzie – niższym kosztem całkowitym badań.

W pierwotnych założeniach projekt miał być adresowany do małych placówek POZ, jednak ostre kryteria kwalifikacji spowodowały, że znalazły się w nim głównie podmioty większe, wielospecjalistyczne, z rozbudowanymi strukturami zarządzania oraz licznymi lokalizacjami udzielania świadczeń.

Pilotaż zaplanowano na dwa lata, jednak pod koniec tego okresu zdecydowano o jego przedłużeniu o dwa kolejne. W tym czasie sejm uchwalił ustawę o POZ, w której zapisano, że przetestowane i pozytywnie ocenione aspekty pilotażu zostaną włączone do praktyki kontraktowania POZ.

Obecnie, po trzech latach od rozpoczęcia pilotażu – a zatem połowa czasu jego realizacji przypadła na okres pandemii COVID-19 – projekt zmierza do końca i rozpoczynają się prace nad jego podsumowaniem.

Niejaką wyprzedzając oficjalne oceny, podsumowano doświadczenia w rozmowie z przedstawicielami trzech placówek opieki zdrowotnej średniej wielkości – Przychodni BaltiMed w Gdańsku, Przychodni Medycyny Rodzinnej w Szczecinie oraz Łomżyńskiego Centrum Medycznego. Podsumowanie to nie ma charakteru systematycznej analizy, nie zawiera oceny ilościowej. Jest to rodzaj analizy jakościowej, prezentującej opinie przedstawicieli placówek zarówno co do przebiegu, jak i wniosków z pilotażu.

Motywy przystąpienia do POZ Plus

Przedstawiciele trzech ww. podmiotów niejako czekali na rozwiązania zawarte w pilotażu POZ Plus, dlatego ich poparcie dla projektu może w pewnym stopniu wpływać na obiektywny charakter podsumowania.

W okresie kształtowania założeń modelu POZ Plus jednym z konsultantów Banku Światowego był dr Andrzej Zapaśnik, mający od lat 90. XX wieku doświadczenie związane z funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej zarówno na rynku prywatnym (abonamenty), jak i publicznym (kontrakty kas chorych). W 2013 r. wraz z zespołem pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego opracował on koncepcję koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uprzedzając prace nad podobnym zagadnieniem prowadzone w tym samym czasie w Ministerstwie Zdrowia.



Fot. iStockphoto.com

„ Bilans zdrowia dorosłego pacjenta, choć pożyteczny, powinien zostać bardziej sprofilowany, aby uniknąć zbędnych czynności angażujących czas personelu medycznego ”

Dwa lata przed rozpoczęciem pilotażu POZ Plus dr Bartosz Pędziński wdrożył autorski model kompleksowej opieki zdrowotnej, nazwany na własne potrzeby *one-stop shop*, współfinansowany ze środków regionalnego programu operacyjnego województwa podlaskiego. W modelu tym pacjent miał możliwość w jednym miejscu uzyskać porady z zakresu POZ i AOS wraz z badaniami laboratoryjnymi i obrazowymi (RTG i USG) wykorzystywanymi wspólnie przez lekarzy POZ i AOS. Informacje o świadczeniach trafiały do elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) dostępnej dla wszystkich uprawnionych pracowników Centrum.

Angelika Milkiewicz-Ławicka pracowała w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, obserwując rozwój i zmiany zachodzące w regulacjach dotyczących systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Gdy projekt startował, jako prawnik dołączyła do zespołu szczecińskich przychodni, zostając koordynatorem pilotażu POZ Plus. Zagadnienia możliwych zmian w obszarze pracy zespołów lekarza rodzinnego stanowią temat przewodni jej planowanej pracy doktorskiej. Główną motywacją jej zaangażowania w pilotaż było: poświęcenie większej uwagi pacjentom, zastosowanie szerszej perspektywy związanej ze zdrowiem i rozwojem choroby podopiecznych w postępowaniu lekarskim, objęcie pacjenta ze-

społową opieką skoordynowaną, otoczenie ciągłą, kompleksową opieką medyczną zarówno zdrowego, jak i chorego pacjenta. Motywem był również sam udział w pilotażu nowego rozwiązania, umożliwiającego zmierzenie potrzeby zmian w POZ.

Jakie problemy miał rozwiązać POZ Plus?

Według dr. Andrzeja Zapaśnika koncepcja opieki koordynowanej miała stanowić rozwiązanie następujących problemów:

- niedostateczna współpraca lekarzy i placówek różnych specjalności,
- brak standardów postępowania w leczeniu określonych schorzeń (brak standaryzacji praktyki klinicznej),
- nieudzielanie odpowiednich informacji pacjentom oraz innym lekarzom (obieg informacji),
- brak dbałości o jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Jego doświadczenia w zakresie opieki koordynowanej z lat 90. były zachęcające – zarówno pacjenci, jak i lekarze pracujący z dr. Zapaśnikiem byli zadowoleni z przewidywalnej, zespołowej pracy. Pilotaż POZ Plus miał stanowić niejako kontynuację procesu przyjmowania tych rozwiązań.

Od lat dr Bartosz Pędziński popierał ścisłą współpracę zespołu POZ (lekarz, pielęgniarka i położna) oraz delegowanie szerszych uprawnień na personel nielekarski i promowanie pielęgniarek na kierowników sekcji POZ. Jednocześnie dzięki temu, że Łomżyńskie Centrum Medyczne zatrudniało lekarzy AOS, w naturalny sposób funkcjonowała praktyka konsultowania przypadków między lekarzami POZ a AOS podczas nieformalnych spotkań. Problem braku koordynacji występujący w relacji POZ – AOS podczas leczenia pacjenta starano się rozwiązać, między innymi wprowadzając system informatyczny.

Gdy dwa lata przed pilotażem POZ Plus Łomżyńskie Centrum Medyczne wdrożyło własny model kompleksowej opieki, brakowało odpowiednich mechanizmów finansowania, aby zapewnić pacjentom stosowne świadczenia (zapewnić to, co konieczne, oraz ograniczyć to, co niekonieczne). Kierownictwo Centrum chciało skrócić proces diagnostyczno-terapeutyczny, niestety bez powodzenia, ponieważ lekarz POZ często nie mógł zlecać określonych badań, więc pacjent był zmuszony zapisać się na listę kolejkową do lekarza specjalisty i czekać często wiele tygodni na poradę. Rozwiązanie tych problemów stanowił zatem pilotaż POZ Plus.

Według Angeliki Milkiewicz-Ławickiej problemem ostatnich lat w POZ był wyłącznie kapitałowy system finansowania, słabo motywujący do poprawy efektywności funkcjonowania placówki. Skutkiem stało się rozproszenie opieki, niedostatecznie rozwinięta profilaktyka, słabe poczucie związku lekarza z pacjentem

„Znakomitym rozwiązaniem POZ Plus zarówno dla pacjenta, jak i placówek opieki zdrowotnej jest „bezkolejkowy” dostęp do konsultacji wybranych specjalistów i szerszego zakresu diagnostyki. To najjaśniejsza strona pilotażu, a jednocześnie niezbyt kosztowna”

i doraźna realizacja świadczeń opieki zdrowotnej. Zespoły POZ zmniejszyły zaangażowanie w proces prowadzenia pacjentów, co skutkowało ich niezadowoleniem, trudną współpracą z AOS i spadającymi ocenami opieki na poziomie POZ.

Kolejnym problemem, na który zwraca uwagę Angelika Milkiewicz-Ławicka, są kolejki do lekarzy specjalistów (endokrynologa, kardiologa i neurologa) wynikające z braków kadrowych połączonych z tendencją do przejmowania opieki nad pacjentami przez lekarzy AOS. Tymczasem kierowanie pacjenta do lekarza AOS powinno być dobrze uzasadnione, a wynik konsultacji dawać wyraźne wskazówki dotyczące jego dalszego prowadzenia przez lekarza POZ. Tego rodzaju współpraca podmiotów POZ i AOS w ramach lecznictwa otwartego przyspiesza diagnostykę, zmniejsza liczbę konsultacji, zwiększa kontrolę nad przebiegiem choroby oraz poprawia jakość opieki nad przewlekle chorym – po prostu służy pacjentowi, który staje się podmiotem w systemie opieki zdrowotnej. Jest to bezpośrednio związane z kontrolą przebiegu choroby oraz kontrolą jakości sprawowania opieki nad pacjentem przewlekle chorym w POZ.

Te elementy powodują stagnację zarówno samej POZ, jak i pacjentów, którzy nie dostrzegali swojej partnerskiej roli w procesie ich prowadzenia przez lekarzy rodzinnych. W takim stanie, przy zmiennych regulacjach prawnych trudno było o uzyskanie efektu systemu „pacjentocentrycznego”, opisywanego w literaturze i dokumentach strategicznych. Poszerzenie w sposób przemyślany profilaktyki realizowanej w POZ pozwala na lepszą współpracę z AOS, na elastyczne dostosowanie prowadzenia pacjentów w zdrowiu i chorobie. Podsumowując – to fragmentacja opieki stanowiła największą systemową przeszkodę w sprawowaniu opieki w POZ.

Czy narzędzia POZ Plus były odpowiednie?

Uczestnicząc w tworzeniu założeń POZ Plus, dr Andrzej Zapaśnik miał własne wyobrażenia o jego funkcjonowaniu. Ponieważ nastąpiła ewolucja przyjętego modelu POZ Plus, niektóre z proponowanych rozwiązań wywołały kontrowersje. Jednym z nich jest bilans zdrowia dorosłego pacjenta. Andrzej Zapaśnik podkreślał zdecydowanie bardziej selektywne i celowane działanie, niepowtarzanie badań, które nie wnoszą nowej informacji – generalnie opowiadał się za selektywnymi

działaniami oszczędzającymi czas pracy personelu. Ponadto dołączył do bilansu działania mające na celu poprawę realizacji badań przesiewowych w zakresie profilaktyki onkologicznej, aby wykorzystać obecność pacjenta oraz czas i zaangażowanie personelu.

Innym rozwiązaniem przyjętym w POZ Plus jest program zarządzania chorobą (PZCh), którego podstawą jest aktywna opieka nad przewlekle chorym. Zgodnie z programem pacjent jest aktywnym partnerem lekarza we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia na podstawie wspólnie opracowanego indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM). Według dr. Zapaśnika pilotaż wykazał korzyści z realizacji zadań PZCh zarówno dla pacjenta, jak i placówki opieki zdrowotnej, mimo pojawienia się kilku przeszkód. Główną barierę, jak się spodziewano, stanowiły przyzwyczajenia pacjentów związane z wizytą u lekarza specjalisty. Zgodnie z założeniami POZ Plus liczba wizyt pacjentów u lekarzy AOS powinna spadać, jednak mechanizm ten jeszcze nie funkcjonuje, ponieważ wielu pacjentów nadal korzysta jednocześnie ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach POZ Plus oraz porad w ramach AOS. Zdecydowanie dobrze sprawdza się planowanie opieki (IPOM) – pacjenci znają szczegółowo dalsze działania diagnostyczno-lecznicze, przez co zwiększa się ich poczucie podmiotowej roli w systemie opieki zdrowotnej. Indywidualny plan opieki medycznej pozwala jednocześnie na kontrolę realizacji zaleceń przez pacjenta, a zatem prawidłowego przebiegu terapii.

W Przychodni BaltiMed pewnego rodzaju przeszkodę stanowi brak narzędzi informatycznych, które zdecydowanie usprawniłyby kontrolną funkcję IPOM. Placówka stara się dostosować do standardów postępowania opracowanych przez Łódzki Uniwersytet Medyczny we współpracy z towarzystwami naukowymi. Najlepiej sprawdzają się protokoły opracowane dla nadciśnienia i cukrzycy.

Znakomitym rozwiązaniem POZ Plus zarówno dla pacjenta, jak i placówek opieki zdrowotnej jest „bezkolejkowy” dostęp do konsultacji wybranych specjalistów i szerszego zakresu diagnostyki. To najjaśniejsza strona pilotażu, a jednocześnie niezbyt kosztowna.

W Łomżyńskim Centrum Medycznym wykonuje się minimalną określoną umową liczbę bilansów zdrowia dorosłego pacjenta. Wynika to z faktu, że wcześniej



Foto: iStockphoto.com

„ W Przychodni Medycyny Rodzinnej w wysokim stopniu realizowane są okresowe badania profilaktyczne (bilans zdrowia dorosłego pacjenta) z wykorzystaniem możliwie szerokiego (zależnego od stanu zdrowia pacjenta) spektrum diagnostyki ”

w tej placówce realizowano wiele badań profilaktycznych w ramach środków z NFZ, Unii Europejskiej i samorządowych, dlatego w ocenie lekarzy powtarzanie badań w formie bilansu zdrowia nie było priorytetem. Szczególnie w sytuacji, gdy zgłaszały się na nie osoby stale korzystające z badań. Priorytetem zespołu medycznego placówki była opieka nad pacjentami przewlekle chorymi w ramach PZCh. Planowanie opieki w formie IPOM trudno było wdrożyć, ale po upływie 2,5 roku realizacji pilotażu 30 proc. osób dorosłych (1,5 tys. spośród 5,5 tys.) jest objętych tego rodzaju planem. W Centrum został powołany specjalny dział koordynacji świadczeń, który składa się z kilku osób pracujących na stanowiskach *call-center* i w recepcji, których zadaniem jest aktywna obsługa pacjenta. Bartosz Pędziński stara się, aby pracownicy *call-center* różnili się od pracowników rejestracji medycznej, bez-

refleksyjnie, biernie umawiających pacjenta na wizytę. Chce, aby rozpoznawali problem pacjenta i starali się wybrać optymalną ścieżkę w systemie opieki zdrowotnej, aktywnie kontaktowali się z pacjentem, planowali i pilnowali wykonania świadczeń zaleconych w IPOM lub indywidualnym planie postępowania zdrowotnego (IPPZ). Jest to ogromna praca, której nie udaje się zrealizować dwóm koordynatorom administracyjnym finansowanym z pilotażu. Lekarze POZ niechętnie korzystają z przyjętych w POZ Plus możliwości poszerzonego zakresu badań diagnostycznych. Nadal wolał, aby pacjent uzyskał te badania za pośrednictwem lekarza specjalisty, co z uwagi na strukturę Centrum jest możliwe, a także opłacalne finansowo. Ogromną trudnością było pozyskanie do współpracy niektórych lekarzy specjalistów. Należało również otworzyć pracownię fizjoterapii. Kiedy udało się to zrobić, zarówno lekarze POZ, jak i pacjenci docenili szybkie ścieżki konsultacji specjalistycznych i zabiegów fizjoterapeutycznych z pełnym dostępem lekarza POZ do wyników konsultacji i zabiegów. To, co na etapie wdrożenia było główną barierą, stało się największym atutem projektu.

Również według Angeliki Milkiewicz-Ławickiej poszerzenie uprawnień lekarza POZ to istotna korzyść wynikająca z pilotażu POZ Plus. Korzyść polegająca na współpracy zespołów oraz zaangażowaniu mało docenianego personelu pielęgniarstwa w aktywną opiekę nad pacjentem. W Przychodni Medycyny Rodzinnej w wysokim stopniu realizowane są okresowe badania profilaktyczne (bilans zdrowia dorosłego pacjenta) z wykorzystaniem możliwie szerokiego (zależnego od stanu zdrowia pacjenta) spektrum diagnostyki. Z bardzo dobrą oceną pacjentów spotykają się, odrębnie

finansowane (pieniądze pochodzą z budżetu powierzonego, którego rozliczenie nie jest łatwym zadaniem, ale z pewnością pozwala na skuteczny nadzór nad procesem leczenia pacjenta), wybrane badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne i fizjoterapia. Równie dobrze pacjenci przyjmują wprowadzenie PZCh skierowanego do przewlekle chorych, szczególnie wspólne z lekarzem sporządzanie IPOM i określanie ścieżek postępowania. W związku z tym monitorowanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej ma szansę odbywać się z pełnym zrozumieniem pacjentów – dobrze określony plan opieki i cele, do których dąży zespół, mogą pomóc w budowie nowej jakości POZ.

Wprowadzenie częściowo elektronicznej dokumentacji medycznej w Przychodni Medycyny Rodzinnej nastąpiło przed przystąpieniem placówki do pilotażu. Możliwość wykorzystywania tej formy dokumentacji w gronie poszerzonym o lekarzy specjalistów pozwoliła docenić jej wagę i przydatność. Prowadzenie opieki koordynowanej nad pacjentem bez dobrej koordynacji działań byłoby niemożliwe. W Przychodni Medycyny Rodzinnej działania koordynacyjne zostały podzielone między koordynatora pilotażu, który zajmuje się prowadzeniem dokumentacji i bieżącym zarządzaniem, a koordynatora nadzorującego opiekę medyczną nad pacjentem – lekarza POZ. Ten podział sprawdza się bardzo dobrze. Dywersyfikuje wiedzę, umiejętności, angażuje zespół POZ.

W realizacji pilotażu najtrudniejsze były dwa elementy: proces zmiany (przygotowanie, założenia, przebieg procesu) i fakt, że POZ jest formalnym wykonawcą świadczeń w zakresie znacznie wykraczającym poza dotychczasowy standard.

Oznaczało to inne zapotrzebowanie związane z oprogramowaniem, inne zasady rozliczeń z NFZ, w tym świadczeń dla pacjentów z COVID-19 (w ciągu ostatniego roku).

Wyzwaniem okazało się też zabezpieczenie diagnostyki zgodnej z założeniami pilotażu (krótki czas realizacji, jakiego placówka wymagała od podwykonawców i współpracowników), pozyskanie specjalistów konsultujących pacjentów w ramach pilotażu, a także opracowanie modelu optymalnej współpracy lekarza POZ i lekarza specjalisty, zgodnie z zasadami opieki koordynowanej, co wymagało zrozumienia ze strony pacjentów, lekarzy AOS i POZ.

Najłatwiej z kolei było zachęcić pacjentów do udziału w bilansie zdrowia. W związku z dobrym zabezpieczeniem świadczeń rehabilitacyjnych łatwe okazało się włączanie pacjentów w proces usprawniania, szczególnie w obszarze zespołów bólu kręgosłupa. Możliwość przeprowadzenia rehabilitacji w krótkim czasie pomogła w uzyskaniu oczekiwanego efektu terapeutycznego (pacjent nie kończył rehabilitacji po jednej sesji, mógł ją kontynuować, co pozwalało na nieprzerywanie rozpoczętego procesu).

„ W związku z dobrym zabezpieczeniem świadczeń rehabilitacyjnych łatwe okazało się włączanie pacjentów w proces usprawniania, szczególnie w obszarze zespołów bólu kręgosłupa ”

Efekty pilotażu w opinii wykonawców

Placówki nie mają pełnego obrazu efektów pilotażu. Nie posiadają ilościowych informacji o liczbie i kosztach poszczególnych działań. Dane te były rejestrowane i przekazywane do NFZ, ale nie zostały jeszcze udostępnione. W związku z tym obserwacje, którymi uczestnicy pilotażu mogli się podzielić, dotyczą zachowań i zjawisk, bez aspektu ilościowego.

Andrzej Zapaśnik zwraca uwagę na dobre przyjęcie przez pacjentów wdrożenia PZCh.

Na podstawie zachowań związanych z realizacją pilotażu wyodrębniono trzy grupy pacjentów:

- pacjenci, którzy stosują się do zaleceń lekarza i aktywnie współpracują,
- pacjenci, którzy wypadają z opieki, ponieważ nie zgłaszają się na kolejne wizyty bądź nie wykonują zleconych świadczeń opieki zdrowotnej (*non-compliance*),
- pacjenci, którzy stale wykraczają poza oferowany zakres opieki, zgłaszają się na wizyty i po skierowaniu na badania nieadekwatnie do realnych potrzeb zdrowotnych i przyjętego IPOM, a także korzystają jednocześnie ze świadczeń POZ Plus i AOS.

Dwiema ostatnimi, niewłaściwie współpracującymi grupami pacjentów niezwykle trudno zarządzać, między innymi dlatego, że przychodnia nie dysponuje systemem, który sprawnie wskazywałby pacjentów tego rodzaju. Na obecnym etapie przeszkodę stanowi również brak standaryzacji i wiarygodnych wskaźników, co wymaga dłuższej obserwacji i uzgodnień wśród realizatorów pilotażu. Wydaje się, że wdrożenie PZCh jest dość trudne, ponieważ wśród placówek uczestniczących w pilotażu są takie, w których programy zarządzania chorobą w ogóle nie ruszyły. Warto zaznaczyć, że nie wszystkie jednostki chorobowe (11) znajdujące się na liście PZCh są jednakowo łatwe w prowadzeniu w ramach tego typu programu. O ile w wypadku chorób krążenia i cukrzycy można opracować IPOM z dość dużą przewidywalnością, o tyle w wypadku niedoczynności tarczycy tego rodzaju plan zbyt rzadko wymaga interwencji. Z kolei w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy oskrzelowej zbyt często wy-



„Realizacja zadań POZ w sposób określony w pilotażu POZ Plus to duże wyzwanie. Nie każda placówka jest w stanie mu poddać. Wyzwanie to testuje dojrzałość zespołu POZ, a jednocześnie ją zwiększa. Podnosi poziom opieki, poprawia komunikację między członkami zespołu a pacjentem”

stępują zjawiska nieplanowane (zaostrzenia). Z całego programu najłatwiej było wdrożyć planowanie opieki i wydzielić w harmonogramie pracy godziny dla pacjentów POZ Plus. Stosunkowo łatwo było też zaplanować badania przesiewowe. Trudniejsze natomiast okazało się skoordynowanie tych działań z konsultacjami lekarzy specjalistów, a najtrudniejsze – i jak dotąd niezakończone – jest przygotowanie i wdrożenie odpowiedniego oprogramowania i współpraca z pacjentami niedyscyplinowanymi (*non-compliance*).

Kierownictwo Łomżyńskiego Centrum Medycznego ocenia pilotaż POZ Plus bardzo pozytywnie, dr Pędziński wielokrotnie deklaruje, że nie chciałby cofnąć się do realizowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach modelu opieki POZ sprzed trzech lat. Oczywiście dostrzega też minusy, które docelowo należy wyeliminować.

W realizacji bilansów zdrowia dorosłego pacjenta pewną trudność stanowiło przekonanie lekarzy o korzyściach płynących z tego typu działań. Finansowo wykonanie bilansów było opłacalne, ale zarządzanie personelem medycznym, mocno obciążonym pracą, który opiera swoje decyzje na kodeksie etycznym, wymaga również merytorycznego uzasadnienia ich prowadzenia. Z kolei ze strony pielęgniarek pewną

trudnością okazało się właściwe prowadzenie edukacji pacjenta po przeprowadzonym bilansie (zarówno w ramach projektu, jak i w toku studiów nie było szkoleń z nowoczesnej edukacji zdrowotnej pacjenta, uwzględniającej konkretne jednostki chorobowe w warunkach POZ). Innym problemem było utrzymanie zaangażowania pacjenta w proces edukacyjny (aktywny udział w ramach drugiej i trzeciej porady, przewidzianych w umowie).

W zakresie PZCh pozytywny odbiór wiązał się z szybkim dostępem do konsultacji specjalistycznych oraz fizjoterapii. Z frekwencji w Łomżyńskim Centrum Medycznym podczas pilotażu POZ Plus można wywnioskować, że pacjenci w regionie łomżyńskim mieli utrudniony dostęp do tych świadczeń w ramach dotychczasowej opieki zdrowotnej. Starsze, przewlekłe chore osoby bardzo pozytywnie odebrały sytuację, kiedy „ich” pielęgniarka dzwoniła w pierwszych miesiącach *lockdownu* spowodowanego pandemią COVID-19, aby przy okazji porady edukacyjnej zapytać o samopoczucie, konieczność wystawienia recepty lub zleceń na wyroby medyczne. Do dziś jednak nieznaną jest skuteczność tych działań ani w wymiarze klinicznym, ani ekonomicznym, w szczególności w skali populacyjnej. Dotychczas rozwiązania informatyczne (w ramach grantu technologicznego) nie pokazują osiągniętych efektów. Bartosz Pędziński z niecierpliwością czeka na odpowiednie opracowania sporządzone przez NFZ, który ma większe możliwości analityczne.

W Przychodni Medycyny Rodzinnej ocena pilotażu wypada bardzo korzystnie. Angelika Milkiewicz-Ławicka twierdzi, że była to inicjatywa trudna, ale dzięki temu mobilizująca zespół POZ do współpracy i stałego podnoszenia wiedzy, a lekarzy specjalistów i lekarzy POZ do ustalenia zasad współpracy i opracowania ścieżek opieki nad pacjentem, który stał się aktywnym uczestnikiem tego procesu. Pacjenci chwalą zarówno bilans zdrowia, jak i krótkie terminy konsultacji lekarzy specjalistów, a także dostęp lekarzy specjalistów do pełnej informacji o stanie ich zdrowia (wspólny dostęp lekarzy POZ i AOS do dokumentacji pacjenta).

Pilotaż pokazał, że działania *ad hoc* są skuteczne w stanach nagłych, a POZ musi się opierać na planach opieki. Program zwiększa znaczenie lekarza POZ, wprowadza go wraz z zespołem na ścieżkę aktywnej opieki nad pacjentem. Jest również dobrym wstępem do wprowadzenia porad pielęgniarskich – powierza im bardziej odpowiedzialne zadania, buduje podstawę triażu pielęgniarskiego. Jeśli to nie nastąpi, to proces włączania pielęgniarek w aktywną opiekę nad pacjentem będzie znacznie dłuższy.

Koordinacja w POZ staje się niezbędna i dotyczy zarówno zadań administracyjno-zarządczych, jak i postępowania klinicznego. Jest jednak działaniem kosztownym, którego bez dodatkowych pieniędzy, jakie oferuje pilotaż, placówki POZ nie udźwigną.

Po upływie 2,5 roku można powiedzieć, że personel Przychodni Medycyny Rodzinnej okrzepł w realizacji zadań pilotażu i bardziej elastycznie reaguje na zmiany. Pomógł wielu pacjentom poznać stan zdrowia, podjąć trud zmiany nawyków, nabrać zaufania do zespołu POZ. Wielu pacjentów skierowanych na rehabilitację znacznie mniej odczuwa ból i trudności w funkcjonowaniu, nauczyło się pracować nad dobrym samopoczuciem, podjęło rehabilitację we właściwym czasie. W trakcie realizacji pilotażu POZ Plus wystawiono kilka kart DILO, często pacjentom przekonanych o dobrym stanie zdrowia. Ustalono też potrzebę szczególnej obserwacji kobiet (mimo opieki lekarzy ginekologów bardzo rzadko miały wykonywane USG piersi).

Realizacja zadań POZ w sposób określony w pilotażu POZ Plus to duże wyzwanie. Nie każda placówka jest w stanie mu poddać. Wyzwanie to testuje dojrzałość zespołu POZ, a jednocześnie ją zwiększa. Podnosi poziom opieki, poprawia komunikację między członkami zespołu a pacjentem. Kierownictwo Przychodni chciałoby wprowadzenia rozwiązania podobnego do pilotażu POZ Plus dla pacjentów, którzy przeżyli COVID-19. Wydaje się, że w tym wypadku priorytetem powinny być świadczenia w zakresie neurologii, kardiologii, pulmonologii i psychiatrii.

Przyszłość

Podsumowując poczynione obserwacje, należy stwierdzić, że projekt POZ Plus już spowodował zmiany w systemie ochrony zdrowia, choć ich utrzymanie nie jest przesądzone. Przede wszystkim w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej z 27 października 2017 r. zapisano, że lekarze POZ powinni pełnić funkcje koordynatorów opieki, zdefiniowane w ustawie. Jednocześnie termin wejścia tego przepisu w życie ustalono początkowo na rok 2019, a obecnie na październik 2021 r. Zgodnie z prawem od tego terminu pewne funkcje koordynacyjne powinny być spełniane przez POZ. Jednocześnie minister zdrowia zapowiada wprowadzenie systematycznych badań profilaktycznych osób dorosłych jako odpowiedź na pogorszenie stanu zdrowia mieszkańców Polski w czasie pandemii COVID-19.

Z omówionych doświadczeń trzech placówek opieki zdrowotnej można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Bilans zdrowia dorosłego pacjenta, choć pożyteczny, powinien zostać bardziej sprofilowany, uwzględnić ryzyko zdrowotne, aby uniknąć zbędnych czynności angażujących czas personelu medycznego. Sposobem profilowania mogłaby być odpowiednio zaprojektowana ankieta (do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta), ewentualnie uzupełniona o analizę wykorzystanych w przeszłości świadczeń i leków.
2. Porady edukacyjne udzielane pacjentom w następstwie przeprowadzonych badań profilaktycznych wymagają wiedzy, umiejętności i kompetencji. Pielęgniarki, dietetycy i inne osoby pełniące funk-

Projekt POZ Plus jest wynikiem prac zapoczątkowanych przed 2009 r. w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, których celem było stworzenie nowych modeli świadczenia usług zdrowotnych opartych na koordynacji opieki nad pacjentem. Kierownictwo Departamentu zaangażowało między innymi Adama Koziarkiewicza. Kolejne etapy tego przedsięwzięcia obejmowały:

- publikację książki „Konsolidacja opieki zdrowotnej” autorstwa Adama Koziarkiewicza,
- organizację szkoleń obejmujących między innymi zagadnienia opieki koordynowanej, w których w latach 2010–2013 uczestniczyło ok. 6 tys. osób,
- opracowanie koncepcji pilotażu opieki koordynowanej przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z NFZ, finansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER),
- zaangażowanie Banku Światowego w realizację pilotażu przez NFZ,
- wprowadzenie ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2217 z późn. zm.) zawierającej przepisy dotyczące koordynacji opieki,
- uruchomienie pilotażu (listopad 2017 r.) nadzorowanego przez Departament Analiz i Strategii NFZ,
- zakończenie pilotażu planowane na wrzesień 2021 r.

cje edukatorów zdrowotnych powinny przechodzić szkolenia i zostać wyposażone w konkretne narzędzia edukacji zdrowotnej.

3. Program zarządzania chorobą powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości placówki (niekoniecznie wszystkie jednostki chorobowe muszą być prowadzone we wszystkich placówkach). Najważniejsze z nich, dotyczące chorób układu krążenia i cukrzycy, w mniejszym stopniu niedoczynności tarczycy, powinny się znaleźć w rozwiązaniach planowanych dla POZ (mnożnik 3,2), przy czym konieczne jest ich połączenie z poszerzonymi możliwościami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi.
4. Wdrożenie programów powinno być silnie wsparte działaniami szkoleniowymi, rozwojem oprogramowania informatycznego dla placówek POZ, a także bieżącą oceną jakości i analizą porównawczą działalności itp. Pozostawienie placówek bez takiego wsparcia spowoduje, że wdrożenie zmian będzie znacznie dłuższe i bardziej powierzchowne.
5. Zakończenie realizacji świadczeń w modelu POZ Plus oznaczałoby zamknięcie poszczególnych pracowni otwartych na potrzeby pilotażu (np. fizjoterapii), zwolnienie dietetyków, psychologów, koordynatorów i lekarzy specjalistów, a co najgorsze – rozbitcie zgranego zespołu profesjonalistów, który przez ostatnie trzy lata wypracował nowe standardy opieki nad pacjentem. Najwięcej straciliby pacjenci aktywnie prowadzeni w ramach programu zarządzania chorobą, posiadający indywidualny plan opieki medycznej i podlegający stałemu monitorowaniu stanu zdrowia.

Adam Koziarkiewicz, Dariusz Gilewski