

Katarzyna Badora-Musiał

Ocena pilotażu programu POZ PLUS w kontekście krzyżowania się kompetencji członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej

Streszczenie

Rola podstawowej opieki zdrowotnej przeszła ewolucję w ciągu ostatniego wieku, przechodząc od odpowiedzialności za podstawowe zadania na najniższym poziomie do centralnej roli w systemie opieki zdrowotnej, skoncentrowanej na pacjentach. Te zmiany są związane z rosnącymi potrzebami, gdyż oczekiwania pacjentów wobec usług zdrowotnych są wysokie i stale rosną, a społeczeństwa starzeją się, co prowadzi do częstszych i bardziej złożonych interwencji medycznych. Tradycyjne modele świadczenia opieki nie są wystarczające, aby skutecznie reagować na te warunki zdrowotne, dlatego rozwijane są wielodyscyplinarne podejścia dostosowane do konkretnych potrzeb zdrowotnych i społecznych. W rezultacie powstaje wiele nowych modeli opieki, które odpowiadają na wyzwania chorób przewlekłych i współistniejących schorzeń, takie jak programy zarządzania chorobami, opieka koordynowana czy współpraca wielospecjalistyczna w zespołach.

W ostatnich latach w Polsce również podejmowane są inicjatywy dotyczące opieki koordynowanej, jednak większość z nich skoncentrowana jest na pacjentach z konkretnymi schorzeniami, a niewiele rozwiązań opiera się na modelach populacyjnych. Jednym z nich był pilotażowy program POZ PLUS. Jego głównym celem było zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów i zapewnianie opieki zdrowotnej zarówno w przypadku choroby, jak i w zdrowiu, w przeciwieństwie do sporadycznych interwencji medycznych podejmowanych jedynie w reakcji na zaostrzenie choroby. Program ten miał na celu wzmocnienie zaniedbywanej w Polsce profilaktyki. Ponadto, zakładano, że integracja na poziomie POZ pomoże rozwiązać niektóre z długotrwałych problemów w polskim systemie opieki zdrowotnej i zrealizować wizję reformy świadczenia usług, w której głównym punktem kontaktu i opieki jest zespół POZ.

Rola koordynatora była testowana w wybranych podmiotach na terenie całego kraju przez okres czterech lat. Po tym czasie została formalnie wprowadzona jako nowy zakres umowy w podstawowej opiece zdrowotnej, umożliwiając wszystkim dostawcom usług świadczenie dodatkowych zadań. Te nowe rozwiązania stanowiły przedmiot analizy w niniejszej rozprawie.

Pierwsza część pracy dotyczyła podstawowej opieki zdrowotnej, poczynając od omówienia jej historycznych podstaw. Szczególny nacisk został położony na Deklarację z

Ałma-Aty, która odegrała kluczową rolę w rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, stawiając ją w centrum systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Zasady ustalone w 1978 roku nadal są aktualne i stanowią inspirację dla kolejnych reform. Następnie przedstawiono ewolucję podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, zaczynając od czasu odzyskania niepodległości, gdy lekarze domowi odgrywali ważną rolę w systemie ochrony zdrowia. Omówiono także model Siemaszki oraz integrację wprowadzoną przez Zespoły Opieki Zdrowotnej w latach 70. XX wieku. Kontynuując, przedstawiono zmiany zainicjowane transformacją ustrojową, a także przygotowanie i wprowadzenie w życie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w 2017 roku, która umożliwiła formalną koordynację opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Rozdział kończył się prezentacją obecnego stanu POZ w Polsce, w tym zasobów kadrowych i finansowania.

Drugi rozdział poświęcony jest analizie kompetencji personelu medycznego i okołomedycznego. Rozpoczyna się od przedstawienia definicji i różnic w podejściu terminologicznym dotyczącym kompetencji. Następnie omówione zostały kluczowe umiejętności pracowników ochrony zdrowia, starając się stworzyć zestaw kompetencji wspólnych dla różnych zawodów w sektorze zdrowotnym. W kolejnym punkcie poruszono kwestię krzyżowania się kompetencji, prezentując definicje i rozwój tej koncepcji, która obejmuje delegowanie zadań, przenoszenie uprawnień oraz wprowadzanie nowych zawodów do systemu opieki zdrowotnej.

Trzeci rozdział koncentruje się na tematyce koordynowanej opieki zdrowotnej. Rozpoczyna się od przedstawienia problemu związanego ze zdefiniowaniem koordynacji/integracji opieki, który wynika głównie z braku jednolitej terminologii i różnorodności podejść do tego zagadnienia. Koordynacja może dotyczyć perspektywy indywidualnej lub być skoncentrowana na populacji lub określonej grupie pacjentów. Może mieć różny stopień intensywności i odbywać się na różnych poziomach opieki. Koordynacja odnosi się zarówno do metod organizacji, finansowania i świadczenia usług zdrowotnych, jak i do osiągnięcia wspólnych celów, poprawy wyników, doświadczeń pacjentów i wykorzystania zasobów. W rozdziale omówione są również pojęcia ściśle związane z koordynacją, takie jak współpraca międzyzawodowa, praca zespołowa, ciągłość opieki, zarządzanie chorobami, zarządzanie przypadkami, zarządzanie opieką, model opieki nad pacjentem przewlekle chorym i nawigacja opieki/pacjenta. Następnie przedstawione są początki rozwoju opieki koordynowanej, ze szczególnym uwzględnieniem Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Holandii. Dalej omówiono polskie inicjatywy dotyczące koordynowanej opieki, w tym nad pacjentami onkologicznymi, kardiologicznymi, z cukrzycą, kobietami w ciąży, dziećmi,

osobami starszymi i pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Rozdział kończy się przedstawieniem międzynarodowych doświadczeń w zakresie koordynowanej opieki w podstawowej opiece zdrowotnej w Niemczech, we Włoszech, w Hiszpanii, Finlandii i Stanach Zjednoczonych.

Czwarty rozdział omawia program POZ PLUS, który był realizowany w formie pilotażu w wybranych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2018-2021. Przedstawiono uzasadnienie i cele wprowadzenia programu, które obejmowały poprawę koordynacji opieki w podstawowej opiece zdrowotnej oraz wzmocnienie usług profilaktycznych. Opisane zostały założenia programu, takie jak zadania zespołu POZ PLUS i ścieżka pacjenta, obejmująca badania bilansowe i program zarządzania chorobą dla 11 najczęściej występujących w Polsce chorób niezakaźnych leczonych ambulatoryjnie. Następnie przedstawiono dane dotyczące realizacji pilotażu, uwzględniające uczestniczące podmioty oraz charakterystykę pacjentów, którzy przystąpili do programu, wraz z informacjami o udzielonych im świadczeniach. Wskazano również nakłady finansowe oraz oceny doświadczeń uczestników programu POZ PLUS, zarówno realizatorów, jak i pacjentów. Rozdział kończy się przedstawieniem efektów pilotażu, w tym zmian prawnych wprowadzających opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce.

Piąty rozdział odnosi się do badania przeprowadzonego wśród realizatorów pilotażu w celu oceny funkcjonowania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce na przykładzie programu POZ PLUS, ze szczególnym uwzględnieniem rozszerzenia zespołu POZ o funkcję koordynatora.

Ostatnią część pracy stanowi dyskusja dotycząca zjawiska krzyżowania się kompetencji wśród pracowników ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem personelu podstawowej opieki zdrowotnej, które jest spowodowane rosnącymi potrzebami pacjentów i reformami mającymi wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną. Porównuje również wyniki badań przeprowadzonych na potrzeby rozprawy z oceną Banku Światowego dotyczącą pilotażu programu POZ PLUS.

Evaluation of the POZ PLUS program pilot in the context of the skill mix among members of the primary health care team

Summary

The role of primary health care has evolved over the last century, moving from being responsible for basic tasks at the grassroots level to a central, patient-centered role in the health care system. These changes are related to the growing needs, as patient expectations of health services are high and constantly growing, and societies are aging, leading to more frequent and complex medical interventions. Traditional models of care delivery are not sufficient to respond effectively to these health conditions, so multidisciplinary approaches tailored to specific health and social needs are being developed. As a result, many new models of care are emerging that address the challenges of chronic disease and comorbidities, such as disease management programs, integrated care, and multi-professional collaboration in teams.

In recent years, initiatives concerning coordinated care have also been undertaken in Poland, but most of them are focused on patients with specific diseases, and few solutions are based on population models. One of them was the PHC PLUS pilot programme. Its main objective was to meet the health needs of patients and to provide health care both in the case of illness and in health, as opposed to occasional medical interventions undertaken only in response to an exacerbation of a disease. This program was aimed at strengthening the neglected prevention in Poland. In addition, it was assumed that integration at the PHC level would help solve some of the long-standing problems in the Polish health care system and realize the vision of service delivery reform, in which the primary point of contact and care is the primary care team.

The role of the coordinator was tested in selected entities throughout the country for four years. After that, it was formally introduced as a new scope of contract in primary care, allowing all service providers to perform additional tasks. These new solutions were the subject of analysis in this dissertation.

The first part of this dissertation concerned primary health care, starting with a discussion of its historical foundations. Emphasis was placed on the Declaration of Alma-Ata, which played a key role in the development of primary health care, placing it at the heart of health systems around the world. The principles established in 1978 are still valid and inspire further reforms. Then, the evolution of primary health care in Poland is presented, starting from

the time of regaining independence, when family doctors played an important role in the health care system. The Siemaszko model and the integration introduced by the Health Care Teams in the 1970s are also discussed. Continuing, the changes initiated by the systemic transformation were presented, as well as the preparation and implementation of the Act on primary health care in 2017, which enabled formal coordination of care at the level of PHC. The chapter ended with a presentation of the current state of PHC in Poland, including human resources and financing.

The second chapter is devoted to the analysis of the competence of medical and medical-related personnel. It starts with the definition and differences in the terminology approach regarding competencies. Next, the key skills of healthcare professionals were discussed, trying to create a set of common competences to various professions in the healthcare sector. The next section addresses the issue of skill-mix, presenting the definitions and development of this concept, which includes delegation of tasks, transfer of powers and the introduction of new professions into the healthcare system.

The third chapter focuses on coordinated health care. It begins by presenting the problem of defining the coordination/integration of care, which is mainly due to the lack of uniform terminology and the diversity of approaches to this issue. Coordination can be from an individual perspective or focused on a population or specific group of patients. It can have varying degrees of intensity and take place at different levels of care. Coordination applies both to how health services are organised, funded, and delivered, as well as to achieving common goals, improving outcomes, patient experience, and resource use. The chapter also covers concepts closely related to coordination, such as cross-professional collaboration, teamwork, continuity of care, disease management, case management, care management, chronic care model, and care/patient navigation. Then, the beginnings of the development of integrated care are presented, with particular emphasis on the United States, Great Britain, and the Netherlands. Next, Polish initiatives on coordinated care are discussed, including for oncology, cardiology, diabetes, pregnant women, children, the elderly, and patients with mental health disorders. The chapter concludes with a presentation of international experiences of coordinated care in PHC in Germany, Italy, Spain, Finland, and the United States.

The fourth chapter discusses the PHC PLUS program, which was implemented as a pilot in selected primary healthcare facilities in Poland in 2018-2021. The rationale and objectives of the program were presented, which included improving care coordination in primary care and strengthening preventive services. The assumptions of the program were described, such as the tasks of the PHC PLUS team and the patient's path, including balance tests and a disease management program for the 11 most common outpatient non-communicable diseases in

Poland. Then, data on the implementation of the pilot project were presented, considering the participating entities and the characteristics of patients who joined the program, along with information on the services provided to them. Financial outlays and evaluations of the experiences of participants of the PHC PLUS program, both providers and patients, were also indicated. The chapter ends with a presentation of the effects of the pilot, including legal changes introducing coordinated care in primary health care in Poland.

The fifth chapter relates to the study conducted among the implementers of the pilot project to assess the functioning of coordinated care in primary health care in Poland on the example of the PHC PLUS program, with particular emphasis on extending the PHC team with the function of a coordinator.

The last part of this dissertation is a discussion on the phenomenon of skill mix among health care professionals, with particular emphasis on PHC staff, which is caused by the growing needs of patients and reforms to strengthen primary health care. It also compares the results of research conducted for the purposes of the dissertation with the World Bank's assessment of the PHC PLUS pilot program.