

ANALIZA

2.2. Raport ex post



ANALIZA

2.2. Raport ex post

Analiza i ocena
końcowego
przygotowania
świadczeniodawców
do realizacji pilotażu
programu POZ Plus

© 2020 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent. The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given. Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Spis treści

Słownik pojęć i skrótów	3
Wstęp	4
Informacje podstawowe	5
Wyniki oceny ex post pilotażu programu POZ Plus	8
Satysfakcja personelu POZ Plus	23
Podsumowanie najważniejszych wniosków	35

Słownik pojęć i skrótów

POZ	podstawowa opieka zdrowotna
POZ PLUS	Pilotaż opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej
OOK	organizacja opieki koordynowanej
IT	technika informacyjna (z ang. Information technology)
M&E	monitorowanie i ewaluacja
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia

Wstęp

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w dniu 28 listopada 2017 roku, NFZ realizuje pilotaż „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”.

Narodowy Fundusz Zdrowia zwrócił się do Banku Światowego z prośbą o wsparcie procesu monitorowania pilotażu programu POZ Plus w celu dokonania jego właściwej ewaluacji klinicznej i ekonomicznej, a co jest z tym związane określenia zaleceń dotyczących stworzenia modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w całym kraju.

Raport ten obejmuje swoim zakresem wnioski z przeprowadzonej przez Bank Światowy ostatniej części monitorowania i ewaluacji pilotażu programu POZ Plus, tzw. ewaluacji ex post. Ewaluacja ta ma charakter podsumowujący, a jej główne funkcje to: (1) pokazanie sukcesu lub porażki interwencji z punktu widzenia świadczeniodawców; (2) wsparcie procesów uczenia się, w tym przede wszystkim weryfikacja założeń leżących u podstaw pilotażu.

Ewaluacja ex post składała się z dwóch etapów: badania ankietowego oraz wywiadów pogłębionych skierowanych do świadczeniodawców biorących udział w pilotażu programu POZ Plus. Termin realizacji badania: 19 maja 2021 – 9 czerwca 2021 roku.

Nieodłączny element raportu stanowią jego dwa załączniki: „Ankieta dla świadczeniodawców”, zawierająca zadane im pytania, służące przeprowadzeniu ewaluacji ex post, a także przygotowany przez Bank Światowy na zlecenie NFZ raport „Analiza i ocena gotowości świadczeniodawców do realizacji programu pilotażowego POZ Plus – ex ante”, który zawiera wnioski dotyczące przeprowadzonej przez Bank Światowy pierwszej (początkowej) części monitorowania i ewaluacji pilotażu, w tym ewaluacji formatywnej świadczeniodawców biorących w nim udział.

1. Informacje podstawowe

1.1. Ewaluacja ex post – teoria i praktyka badawcza

Ewaluacja ex post¹ (nazywana także a posteriori, końcową, zamykającą) to badanie ewaluacyjne wykonane po zakończeniu interwencji (programu, działania, projektu itd.). Ewaluacja ta ma charakter podsumowujący (strategiczny), a jej główne funkcje to: wzmacnianie odpowiedzialności – przede wszystkim zbadanie relacji przyczynowo-skutkowej między podjętą interwencją a efektami i procesami wywołanymi w danym układzie, a w rezultacie pokazanie sukcesu lub porażki interwencji; wsparcie procesów uczenia się – szczególnie weryfikowanie teorii, założeń i paradygmatów leżących u podstaw interwencji.

Zgodnie z literaturą przedmiotu w praktyce ewaluacja ex post ocenia: wykorzystanie środków, mechanizmy zarządzania badaniem, użyteczność badania (zaspokojenie oczekiwań i rozwiązanie problemów), trwałość efektów proponowanej w badaniu interwencji; czynniki warunkujące powodzenie lub niepowodzenie badania; oraz pozwala określić/formułować najlepsze praktyki (rekomendacje), a także wnioski dotyczące polityki spójności (w tym przypadku zdrowotnej i społecznej).

Podejścia do ewaluacji ex post są zróżnicowane, w związku z czym ewaluatorzy przyjmują różne role. Wybór podejścia badawczego jest warunkowany celem badania (czyli tym, jakie funkcje ma ono spełnić) i wielkością badanej interwencji (program vs. projekt). W oparciu o literaturę tematu oraz praktyki (amerykańskie i europejskie) można wyróżnić kilka głównych podejść badawczych do ewaluacji ex post: eksperymentalne; wyłączające cele programu; uczestniczące oraz realistyczne.

Według literatury przedmiotu badanie ewaluacyjne jest procesem „produkcji wiedzy, systemowego uczenia się jednostek, zespołów, organizacji”² i z tego względu w ocenie ex post przeprowadzonej przez Bank Światowy wykorzystano podejście uczestniczące (z ang. *participatory evaluation*). W tym podejściu ewaluatorzy, a więc przedstawiciele Banku Światowego, pełnią głównie rolę animatorów dyskusji, a także asystentów technicznych – gromadzących i podsumowujących dane i informacje do dyskusji. Głównymi narzędziami badania są metody jakościowe i interaktywne: wywiady, panele dyskusyjne czy ankiety. Najważniejszą trudnością takiego podejścia jest zachowanie przez ewaluatorów obiektywizmu w ocenie, a także zapewnienie by ewaluacja nie pomijała kwestii kontrowersyjnych czy niewygodnych. Osia krytyki jest również to, że ewaluacja, zamiast być obiektywnym procesem oceny, staje się animowaną, wielogłosową dyskusją nad programem³.

¹ Haber, A. (2007). Ewaluacja ex-post. Teoria i praktyka badawcza, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa

² Leviton L.C., „Evaluation use: advances, challenges and applications”, American Journal of Evaluation 2003, nr 24, s. 525–535; Preskill H., Torres R., „The learning dimension of evaluation use”, New Directions for Evaluation 2000, nr 88, s. 25–37

³ Alkin M.C., Evaluation Roots: Tracing Theorists’ Views and Influences, Sage Publications, Thousand Oaks–London 2004, s. 33

Jednak ze względu na to, że całościowa ewaluacja pilotażu programu POZ Plus opisana szczegółowo w dokumencie „*Wdrażanie projektu POZ Plus – plan monitorowania i ewaluacji opieki koordynowanej – M&E Framework*” zawiera także narzędzia oceny pilotażu (w tym badania ilościowe oparte na bazach danych NFZ) uznano, że ocena ex post może, a nawet powinna, swoim zakresem obejmować podejście jakościowe, w tym przypadku tzw. uczestniczące.

1.2. Główne etapy ewaluacji ex post

Ewaluacja ex post składała się z dwóch etapów:

1. **Badania ankietowego przeprowadzonego wśród świadczeniodawców biorących udział w pilotażu programu POZ Plus przy użyciu narzędzia online SurveyMonkey®;**
2. **Wywiadów pogłębionych ze świadczeniodawcami biorącymi udział w pilotażu programu POZ Plus, przeprowadzanych on-line na platformie MS Teams lub telefonicznie.**

Wiedza uzyskana w trakcie wywiadów pogłębionych stanowiła uzupełnienie i uszczegółowienie informacji zebranych w badaniu ankietowym przeprowadzonym za pomocą narzędzia on-line. Ze względu na panującą w kraju pandemię Covid-19 zrezygnowano z przeprowadzenia wywiadów metodą kontaktu bezpośredniego (spotkań personalnych).

Przebieg badania ankietowego i wywiadów pogłębionych:

1. Przekazanie świadczeniodawcom linku do ankiety online celem jej wypełnienia;
2. Kontakt telefoniczny lub mailowy ze świadczeniodawcami celem: (1) umówienia terminu wywiadu, (2) określenia narzędzia do wywiadu (spotkanie online za pośrednictwem Ms Teams lub rozmowa przez telefon), (3) przypomnienia o konieczności wcześniejszego wypełnienia ankiety w formie on-line;
3. Przeprowadzenie wywiadów pogłębionych; na początku każdego wywiadu poinformowano świadczeniodawcę, że zgoda na udział w badaniu jest domniemana, tożsama z umową z NFZ, czyli za wyrażenie zgody uznaje się sam udział w pilotażu (Zarządzenie Prezesa NFZ, Nr 23/2018/DAiS). Poinformowano także, że informacje zebrane w ankiecie wypełnianej drogą on-line jak również informacje zebrane w formie wywiadów będą analizowane i zostaną przedstawiane łącznie dla wszystkich placówek biorących udział w pilotażu POZ Plus, bez identyfikacji konkretnych świadczeniodawców;
4. Analiza wyników, opracowanie raportu końcowego.

Respondentami badania były osoby reprezentujące kadrę zarządzającą placówek POZ Plus włączonych w pilotaż i/lub koordynatorzy POZ Plus zatrudnieni w poszczególnych placówkach biorących udział w pilotażu.

Do pilotażu programu POZ Plus łącznie przystąpiło 48 placówek. W trakcie trwania programu trzy placówki rozwiązały umowę związaną z realizacją pilotażu, natomiast pięć zawarło umowy w trakcie trwania pilotażu, po terminie, w którym przeprowadzono ankiety ex ante. Z związku z powyższym osiem placówek nie wzięło udziału w ankiecie ex post.

Łącznie ankiety ex post wypełniło 40 respondentów (placówek POZ Plus). Trzech ewaluatorów, którzy byli także w 2018 r. zaangażowani w ocenę ex ante pilotażu i znali specyfikę programu przeprowadziło 40 wywiadów pogłębionych, w tym 26 on-line oraz 14 telefonicznie; czas rozmowy wynosił ok. 30-40 min. Badanie trwało od 19 maja 2021 do 9 czerwca 2021 r.

1.2.1. Szczegółowy zakres badań

Ankieta online miała na celu w sposób ujednolicony zarejestrować zmiany, które nastąpiły w trakcie trwania pilotażu programu POZ Plus i dotyczyła działań bezpośrednio związanych z jego realizacją w zakresie m.in.: organizacji pracy w placówce, współpracy personelu czy narzędzi komunikacyjnych używanych przez placówki POZ Plus. Składała się z pytań zamkniętych oraz otwartych, przy czym pytania zamknięte były zarówno pytaniami jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru. Wzór ankiety stanowi Załącznik nr 1 do przedmiotowego raportu.

Ankieta składała się łącznie z 75 pytań i została podzielona na siedem części: (1) pytania ogólne dotyczące pilotażu, (2) koordynator opieki w ramach pilotażu, (3) praca w zespole POZ Plus, (4) komunikacja w ramach pilotażu, (5) zarządzanie placówką, (6) informatyzacja placówki, (7) pytania dodatkowe.

Informacje zebrane poprzez ankiety ex post analizowano analogicznie do informacji zebranych w ramach ankiet ex ante, tj. według pięciu następujących kategorii: (i) dojrzałość organizacyjna, (ii) dojrzałość teleinformatyczna, (iii) integracja opieki, (iv) jakość opieki, (v) spostrzeżenia ogólne/inne, umożliwiając tym samym analizę porównawczą obu ankiet.

Scenariusz wywiadu pogłębionego, zawierający pytania zadane respondentom w rozmowie, był następujący:

1. Jakie kluczowe problemy, przeszkody, utrudnienia w programie napotkała placówka?
(proszę rozwinąć pyt. 74 z ankiety on-line ewaluacji ex-post)
2. Jakie są kluczowe czynniki, uwarunkowania, które mogłyby ułatwić realizację pilotażu POZ Plus?
(proszę rozwinąć pyt. 75 z ankiety on-line ewaluacji ex-post)
3. Jakie korzyści przyniósł program POZ Plus:
 - a. dla pacjentów
 - b. dla personelu
 - c. dla placówki
4. Czy i jakie zmiany zaistniały w pracy Zespołu POZ w związku z udziałem w pilotażu?
5. Jakie efekty programu zostaną na stałe w placówce dzięki POZ Plus (wartość dodana)?
6. Gdyby dziś mieli Państwo podjąć decyzję o przystąpieniu do programu i mieliby Państwo dzisiejsze doświadczenie, to zdecydowałiby się Państwo na udział w pilotażu?
7. Jakie wskazówki/rekomendacje na bazie Państwa doświadczenia można zdefiniować na potrzeby pilotaży innych programów opieki koordynowanej?
8. Uwagi końcowe, wnioski, dodatkowe komentarze dotyczące pilotażu, nieuwzględnione w powyższych pytaniach.

2. Wyniki oceny ex post

2.1. Wyniki oceny ex post przeprowadzonej w ramach ankiety online

Na podstawie zebranych informacji można wnioskować, że placówki – chętne do realizacji pilotażu i dobrze zorganizowane pod względem kadrowym, podziału obowiązków i harmonogramu pracy – trudności w realizacji zadań napotkały z powodu braku właściwego przygotowania teleinformatycznego, tj. niedostarczenia na czas właściwego oprogramowania wspomagającego realizację działań. Miało to wpływ zarówno na postrzeganą przez realizatorów jakość możliwej do świadczenia opieki, jak i jej właściwą integrację w czasie trwania pilotażu. Wnioski te pozostają zbieżne z pochodzącymi z oceny ex ante placówek POZ Plus.

2.1.1. Dojrzałość organizacyjna placówek POZ Plus

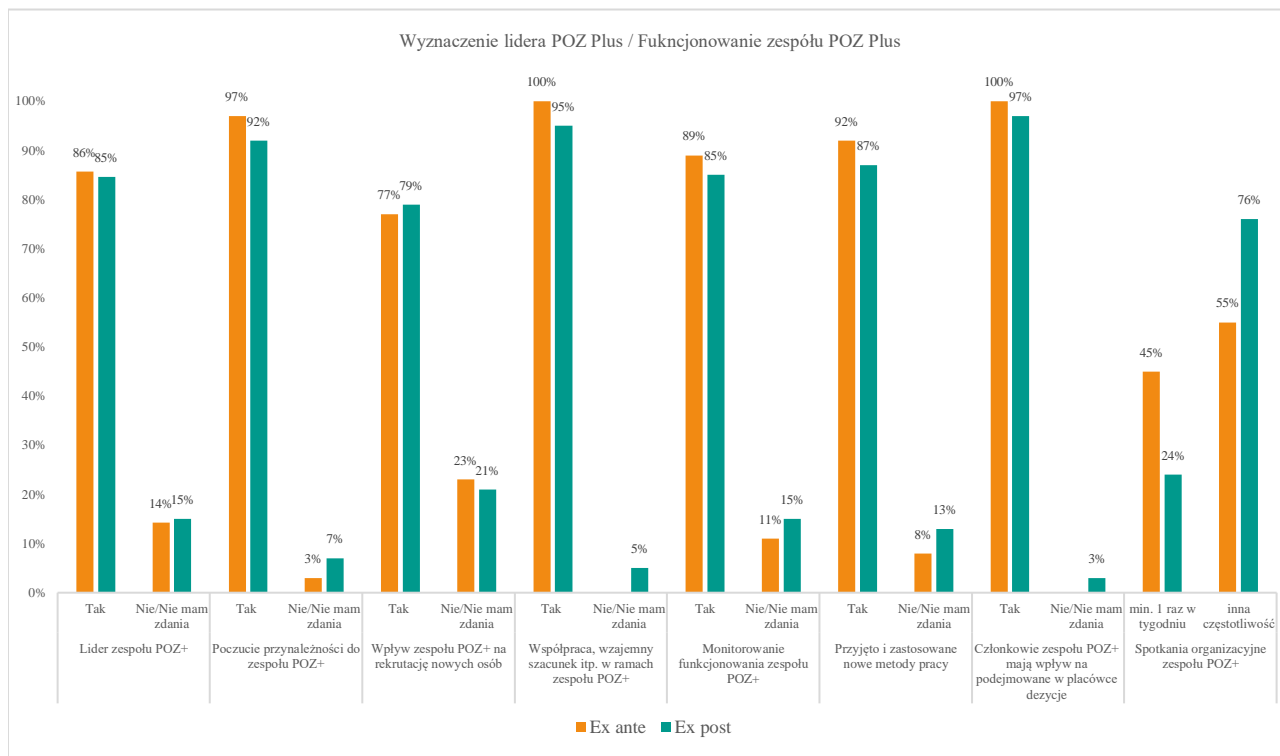
Dojrzałość organizacyjna placówek POZ Plus uległa niewielkiej poprawie w porównaniu ze stanem sprzed programu. W ramach oceny dojrzałości organizacyjnej pytaliśmy m.in. o: wyznaczenie lidera w placówce, funkcjonowanie zespołu POZ Plus, cykliczność spotkań organizacyjnych, korzystanie z narzędzi monitorujących stan zdrowia oraz satysfakcję pacjentów, jak również wyniki pracy personelu oraz mechanizmy przepływu informacji.

Wyniki szczegółowe:

- Wraz z końcem pilotażu POZ Plus 15% świadczeniodawców wciąż nie miało wyznaczonego **lidera w swojej placówce**, wcześniej było to 14%;
- Poczucie przynależności do **zespołu POZ Plus**, wpływ na rekrutację nowych osób, podejmowane decyzje, wzajemny szacunek itp. pozostały na podobnym, wysokim poziomie – deklarowanym przez ok. 90% świadczeniodawców;
- 47% świadczeniodawców deklaruje, że **spotkania organizacyjne zespołu** odbywają się nieregularnie; wcześniej 45% świadczeniodawców deklarowało takie spotkania min. jeden raz w tygodniu;
- **Narzędzia służące ocenie satysfakcji pacjentów** wykorzystywane są w niemal takim samym stopniu pod koniec pilotażu co i na początku (89% vs 88% świadczeniodawców deklaruje ich użycie);
- 57% świadczeniodawców stosuje **wewnętrzny system motywacyjny dla swoich pracowników**; 75% świadczeniodawców dodatkowo wynagradza pracowników osiągających dobre wyniki w pracy (wcześniej było ich 50%); pozafinansowe gratyfikacje stosuje 7% świadczeniodawców (wcześniej było ich aż 62%);
- 100% świadczeniodawców **monitoruje stan zdrowia pacjentów** POZ Plus (wcześniej było ich 79%), co pozostaje zgodne z ideą pilotażu;

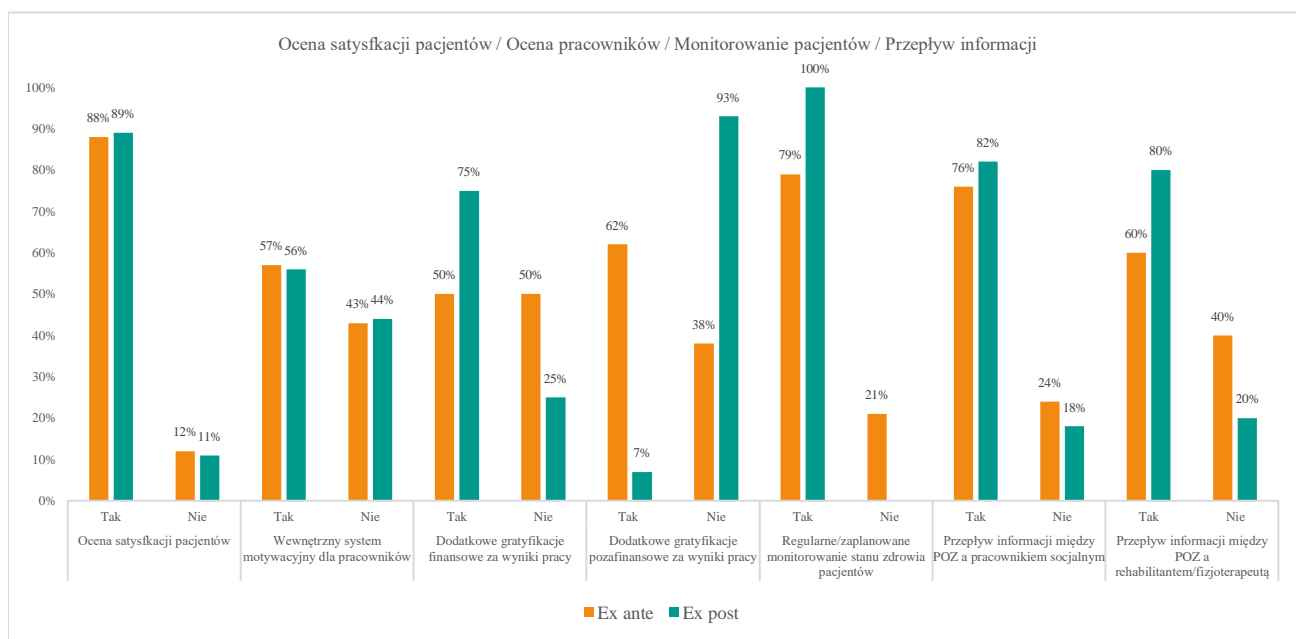
- 82% świadczeniodawców deklaruje stały kontakt z pracownikiem socjalnym, a 80% z rehabilitantem/fizjoterapeutą; wcześniej taki rodzaj przepływu informacji stosowało odpowiednio 76% i 60% świadczeniodawców.

RYC. 1 Dojrzałość organizacyjna (1): liderzy obecni, zespół POZ Plus funkcjonuje prawidłowo – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

RYC. 2 Dojrzałość organizacyjna (2): ocena satysfakcji pacjentów, wyników pracy personelu; monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, wzmocnienie przepływu informacji – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

2.1.2. Dojrzałość teleinformatyczna placówek POZ Plus

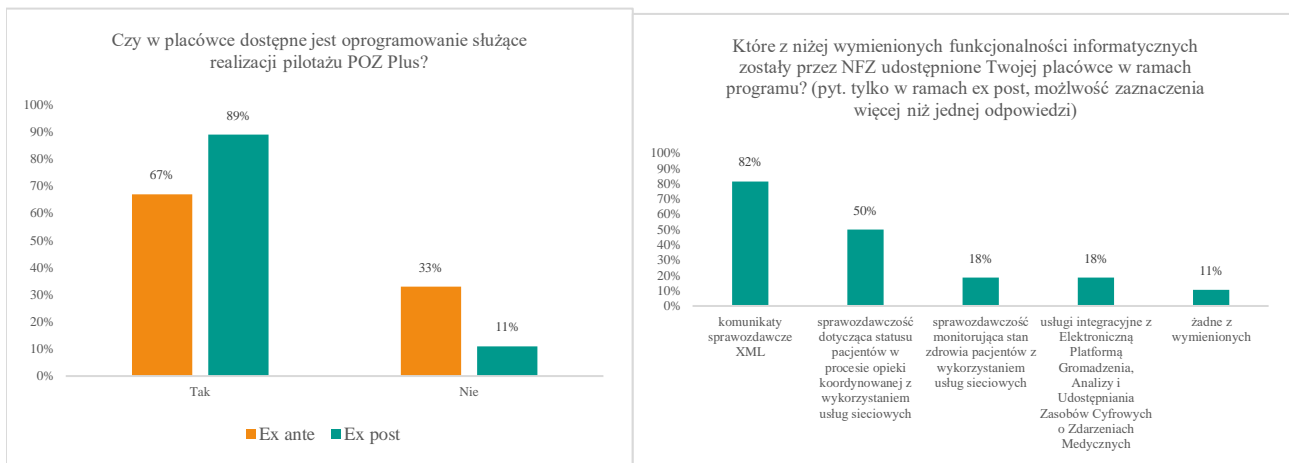
Dojrzałość teleinformatyczna placówek POZ Plus mimo zakończenia pilotażu nie uległa znaczącej poprawie. Jednocześnie jest to najgorzej oceniana kategoria ze wszystkich badanych w analizie ex post. W ramach oceny dojrzałości teleinformatycznej pytaliśmy m.in. o: dostęp do oprogramowania, jego funkcjonalność, system przypominania o wizytach pacjentów, posiadane kompetencje cyfrowe, w tym także prowadzenie elektronicznej dokumentacji pacjenta.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” (Zarządzenie Nr 23/2018/DAiS), świadczeniodawcy powinni mieć możliwość dostosowania systemu informatycznego do obsługi następujących funkcjonalności informatycznych: (1) komunikaty sprawozdawcze XML stosowane w pilotażu POZ PLUS; (2) sprawozdawczości dotyczącej statusu pacjentów w procesie opieki koordynowanej z wykorzystaniem usług sieciowych (web-serwisy); (3) sprawozdawczości monitorującej stan zdrowia pacjentów z wykorzystaniem usług sieciowych; (4) usług integracyjnych z Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

Wyniki szczegółowe:

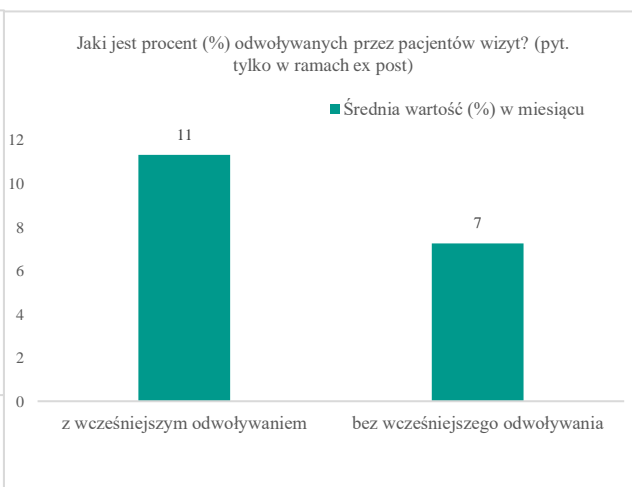
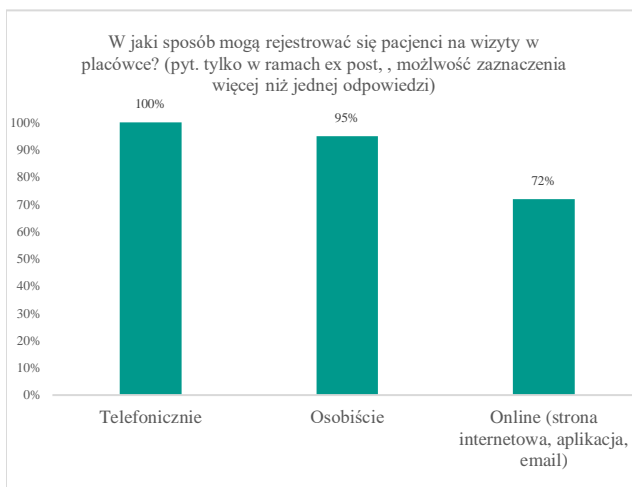
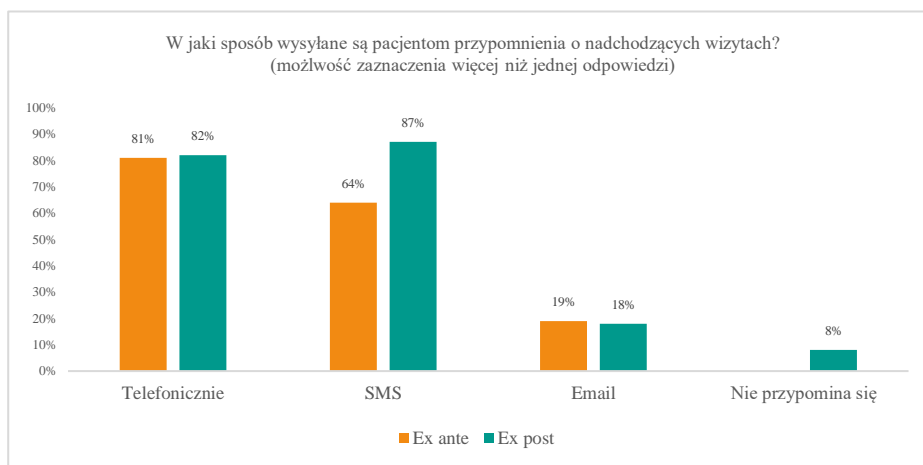
- 89% świadczeniodawców ma **dostęp do oprogramowania** oferowanego w ramach POZ Plus; wcześniej było to 67%;
- Nie wszystkie **funkcjonalności ww. oprogramowania** zostały udostępnione wraz z końcem programu: 11% świadczeniodawców twierdzi, że nie ma dostępu do wszystkich czterech zaplanowanych w umowie usług informatycznych – niemniej należy podkreślić, że komunikaty sprawozdawcze XML musiały zostać udostępnione przez NFZ – inaczej niemożliwe byłoby rozliczenie finansowe projektu przez placówkę;
- Większość świadczeniodawców (87%) **przypomina o nadchodzących wizytach** za pośrednictwem smsów (wcześniej były to rozmowy telefoniczne, z funkcji sms korzystało 64% świadczeniodawców). Wraz z końcem programu niemal 8% świadczeniodawców nadal nie przypomina swoim pacjentom o nadchodzących wizytach; wszystkie placówki oferują możliwość umawiania się na wizyty przez telefon, forma zapisów online dostępna jest w przypadku 72% placówek; 18% zaplanowanych wizyt nie dochodzi do skutku;
- **Elektroniczna dokumentacja pacjenta** wykorzystywana jest przez 72% świadczeniodawców (wcześniej 52%); 41% świadczeniodawców, czyli tyle samo co na początku projektu, ma dostęp do wyników badań zlecanych poza placówką; nieco więcej placówek (47%) ma dostęp do wyników z zewnątrz, jeśli wykonywane one były w ramach tej samej „sieci” placówek.

RYC. 3 Dojrzałość teleinformatyczna (1): oprogramowanie zostało udostępnione, ale nie spełnia wszystkich wymogów zapisanych w umowie – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



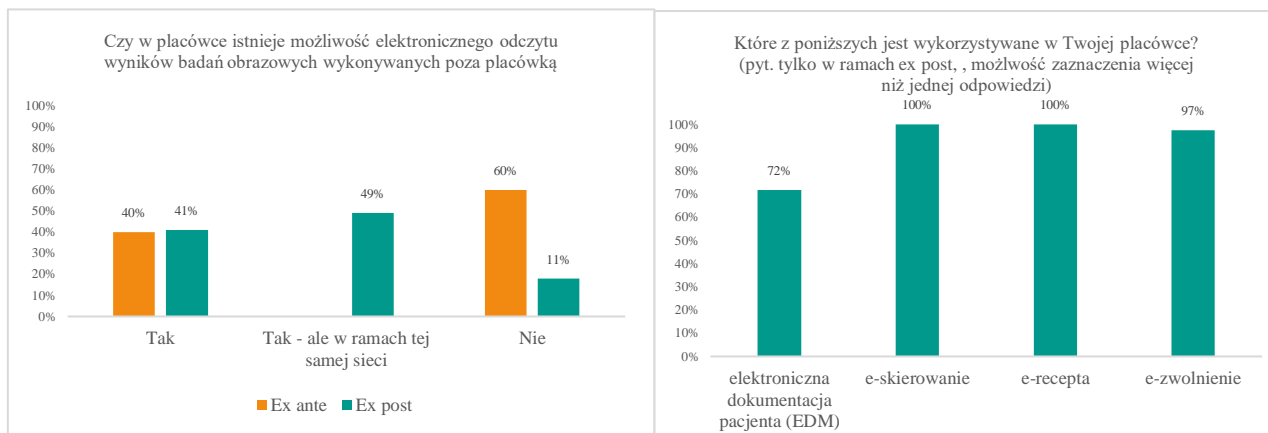
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 4 Dojrzałość teleinformatyczna (2): najczęściej pacjenci powiadamiani są o nadchodzących wizytach za pomocą smsów; część placówek nie przypomina o wizytach w ogóle; 18% wizyt w miesiącu nie odbywa się – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

RYC. 5 Dojrzałość teleinformatyczna (3): wiele placówek korzysta z EDM, ale informacje w niej zawarte dotyczą głównie świadczeń realizowanych we własnej placówce – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

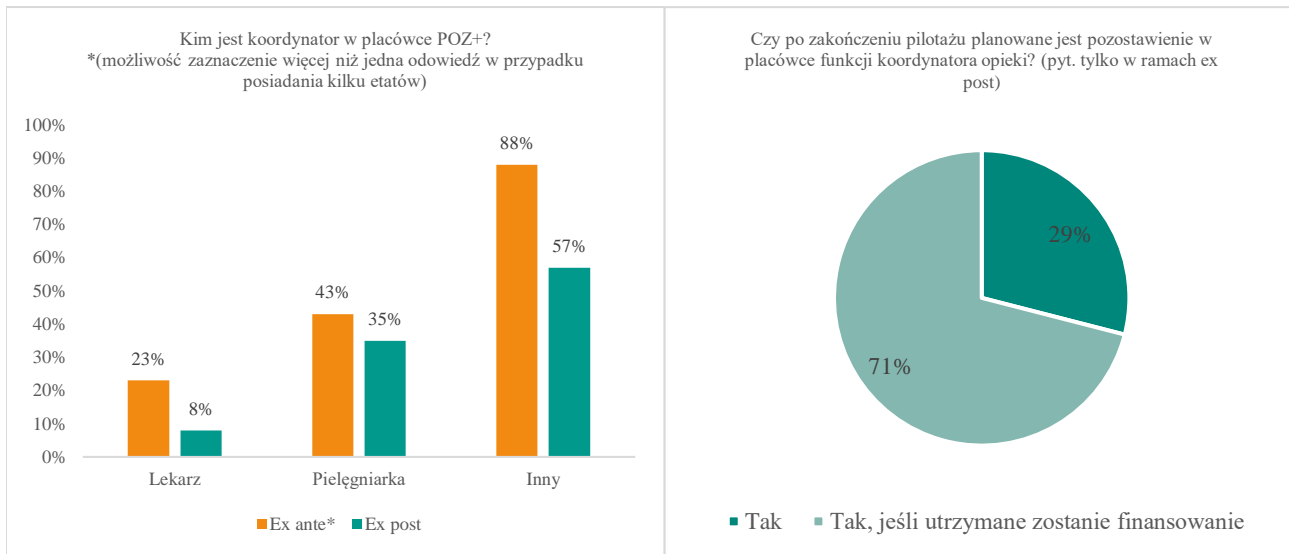
2.1.3. Integracja opieki w placówkach POZ Plus (koordynator opieki)

Integracja opieki w placówkach POZ Plus – w tym rola koordynatora opieki – nie uległa znaczącej zmianie; od początku wdrażania pilotażu była uważana za bardzo istotną. W ramach integracji opieki pytaliśmy m.in. o: stanowisko koordynatora opieki (liczbę zatrudnionych koordynatorów, ich wykształcenie oraz doświadczenie), wykorzystywanie w ramach pilotażu dodatkowych narzędzi opieki (telefony służbowe, dostęp do list z danymi kontaktowymi pacjentów, dostęp do narzędzi planowania wizyt, badań oraz planów opieki); realizację działań integrujących opiekę (konsultacje medyczne między lekarzami o różnej specjalizacji oraz z fizjoterapeutami, diabetologami, edukatorami).

Wyniki szczegółowe:

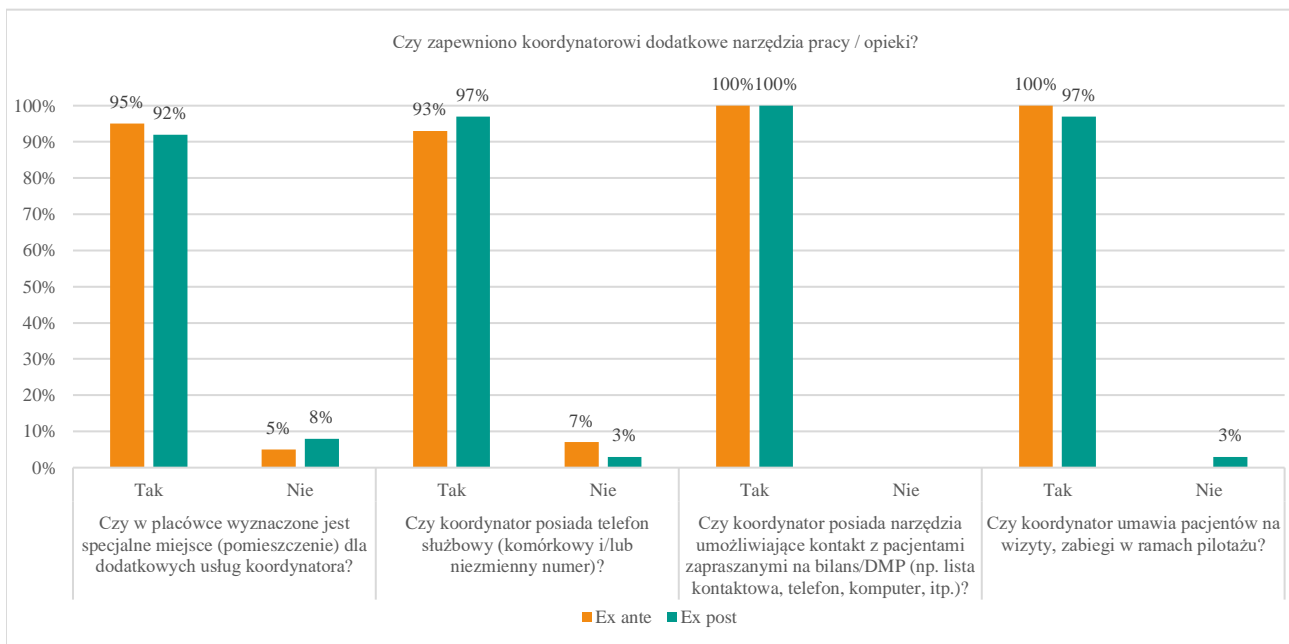
- Zarówno na początku, jak i pod koniec programu **rolę koordynatora** najczęściej pełniła inna osoba niż pielęgniarka czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej; pod koniec projektu 57% świadczeniodawców twierdzi, że funkcję tę obejmował pracownik administracyjny. Połowa świadczeniodawców zatrudnia dwóch koordynatorów, a wszyscy świadczeniodawcy wyrazili chęć utrzymać w placówce tej funkcji po zakończeniu projektu;
- Od początku trwania projektu **koordynator opieki był wyposażony** przez ponad 95% świadczeniodawców w telefon służbowy, komputer oraz dostęp do takich narzędzi opieki, jak listy kontaktowe do pacjentów, system umawiania na wizyty, badania oraz planowania opieki. Świadczeniodawca zapewniał mu także osobne miejsce na terenie placówki do wykonywania obowiązków;
- W trakcie przeprowadzania ankiety ex ante w większości placówek POZ Plus **realizowane były już w ramach programu spotkania lekarza specjalisty z pacjentem lub z lekarzem POZ**. Wraz z końcem projektu 97% świadczeniodawców deklarowało, że już wcześniej zatrudniali specjalistę (najczęściej nowy kontakt nawiązywano z diabetologiem; dot. 37% placówek). Do udziału w projekcie najtrudniej było pozyskać endokrynologów (dot. 37% placówek).

RYC. 6 Integracja opieki (1): wszystkie placówki wyrażają chęć utrzymania stanowiska koordynatora opieki po zakończeniu projektu; w tej funkcji najlepiej się sprawdzają pracownicy administracyjni i/lub absolwenci zdrowia publicznego – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



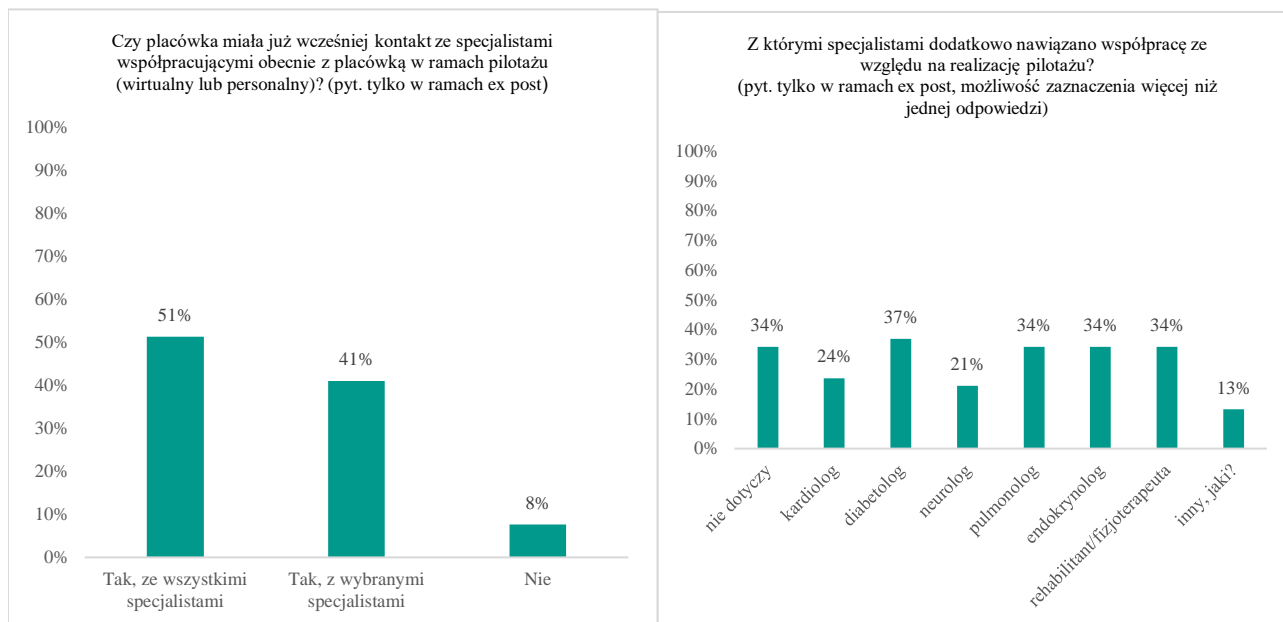
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 7 Integracja opieki (2): od początku trwania projektu niemal wszystkie placówki wyposażyły koordynatora w dodatkowe narzędzia opieki, ułatwiając mu wykonywanie obowiązków – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



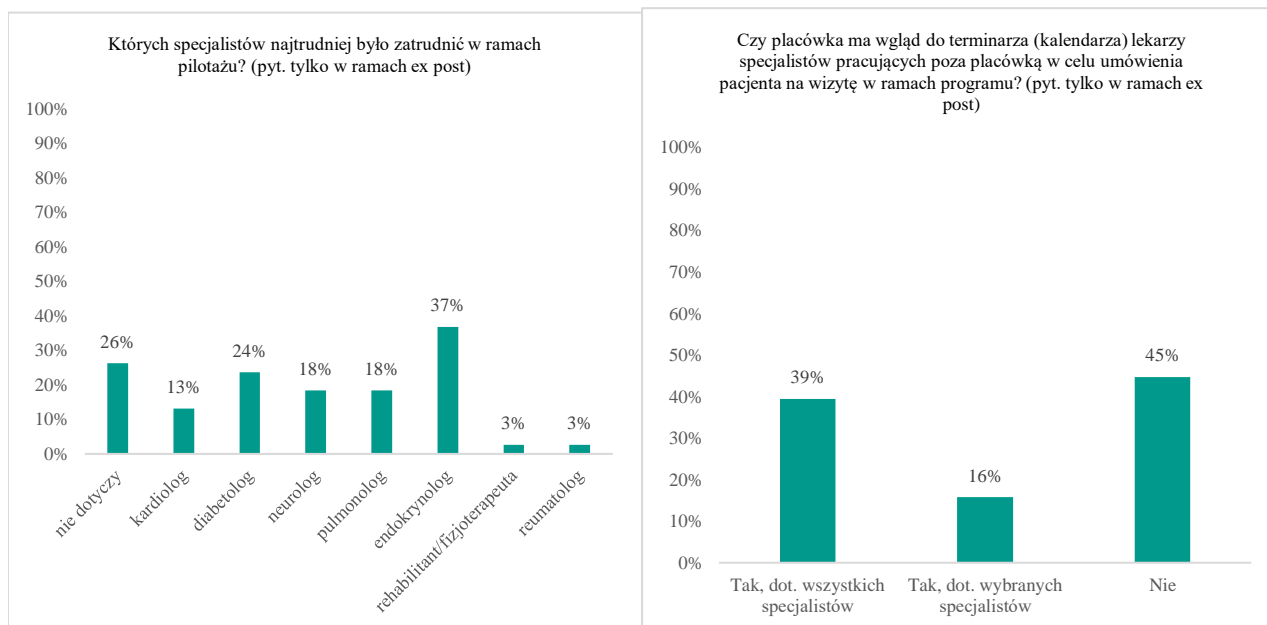
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 8 Integracja opieki (3): konsultacje specjalistyczne oferowane w ramach projektu stanowią jego ważną część, realizowaną od początku wdrożenia POZ Plus – dodatkowa wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

RYC. 9 Integracja opieki (4): spośród specjalistów najtrudniej było pozyskać endokrynologów; wciąż utrudniony jest dostęp do harmonogramu specjalistów poza placówką – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

2.1.4. Jakość opieki nad pacjentem w placówkach POZ Plus

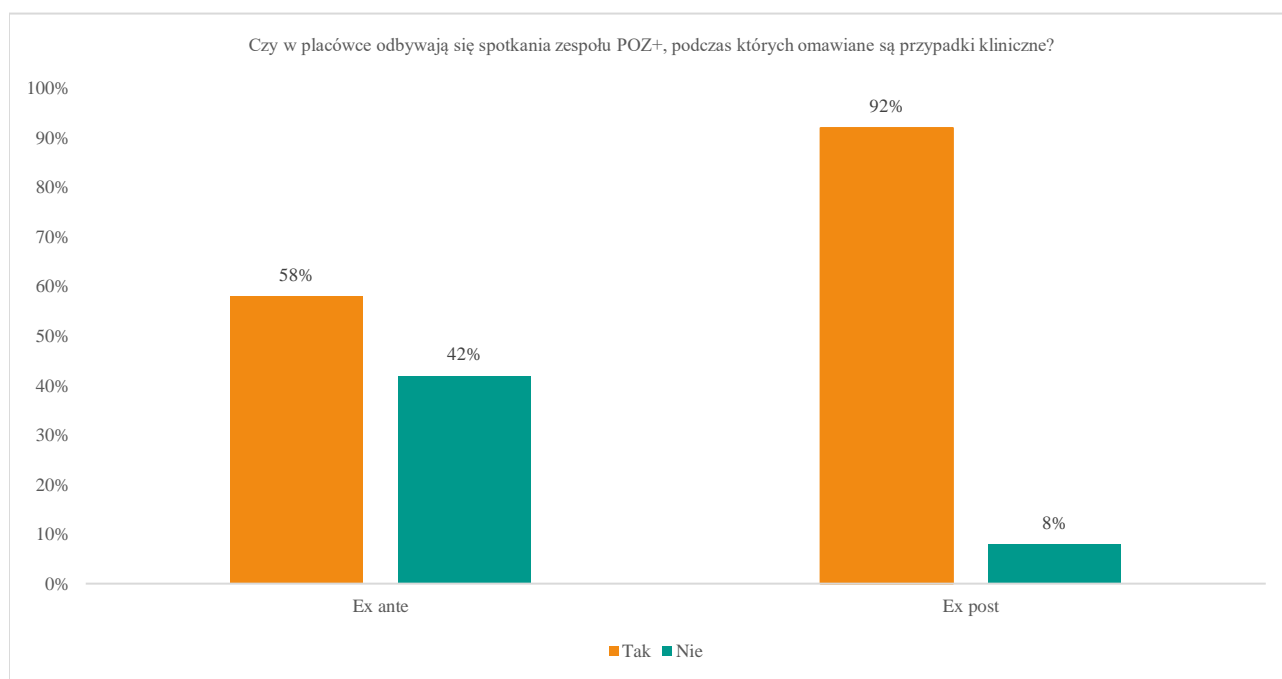
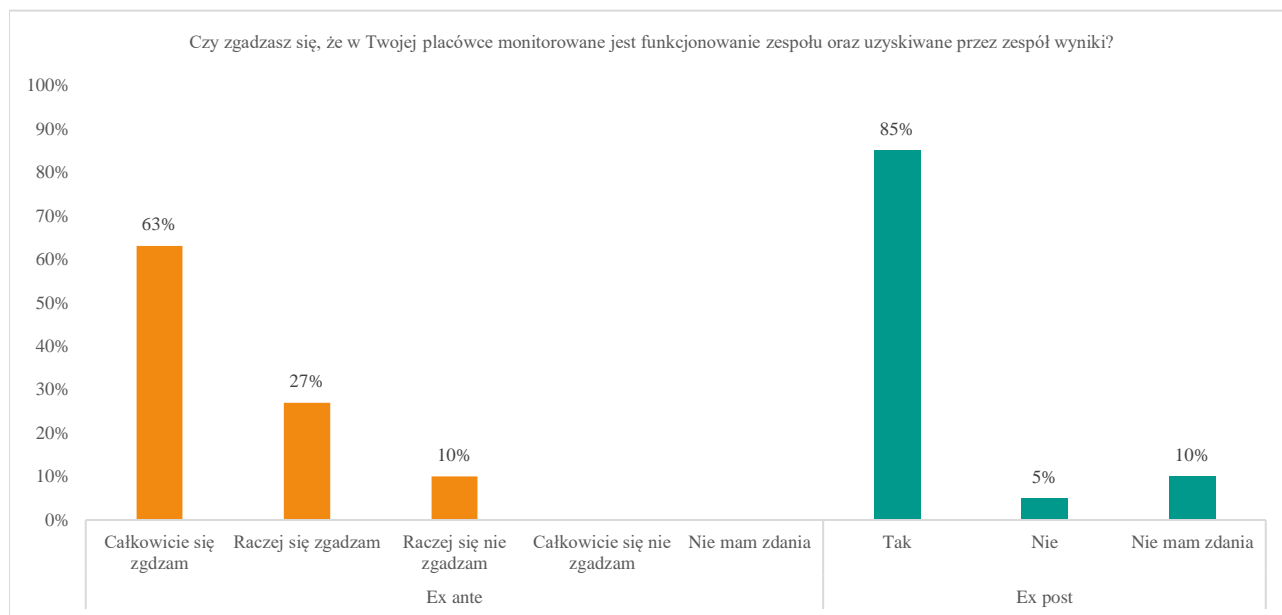
Jakość opieki w placówkach POZ Plus rozumiana jako praca zespołowa ukierunkowana na pacjenta chorującego przewlekle uległa poprawie w porównaniu z początkiem wdrażanych zmian. Pytając o jakość opieki nad pacjentem chorującym przewlekle, uwzględnialiśmy m.in. monitorowanie wyników pracy zespołu POZ Plus, organizację

spotkań zespołu POZ Plus dedykowanych konkretnym pacjentom, dostęp do dodatkowych narzędzi opieki przeznaczonych dla pacjentów, a także pozyskiwanie i wykorzystywanie informacji od pacjentów na temat świadczonej im w placówce opieki.

Wyniki szczegółowe:

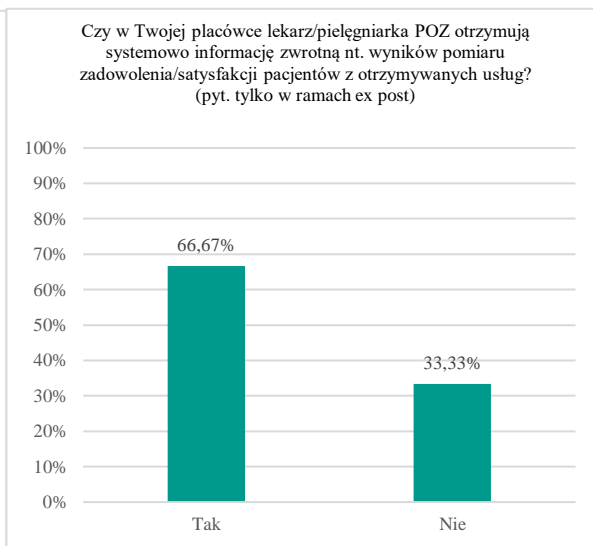
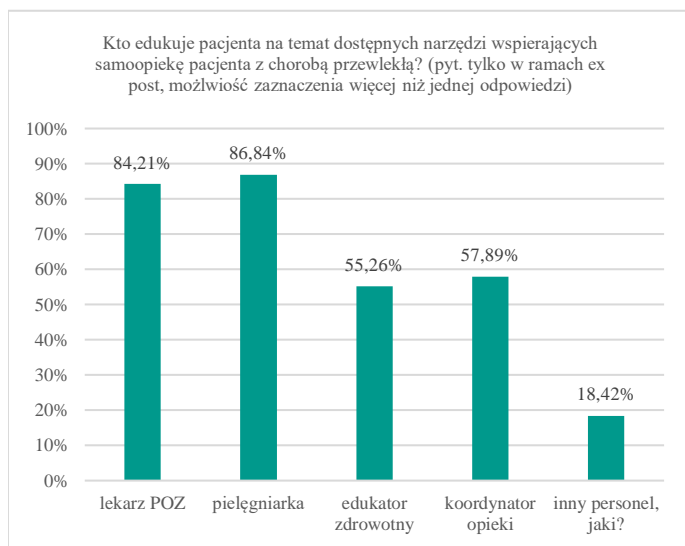
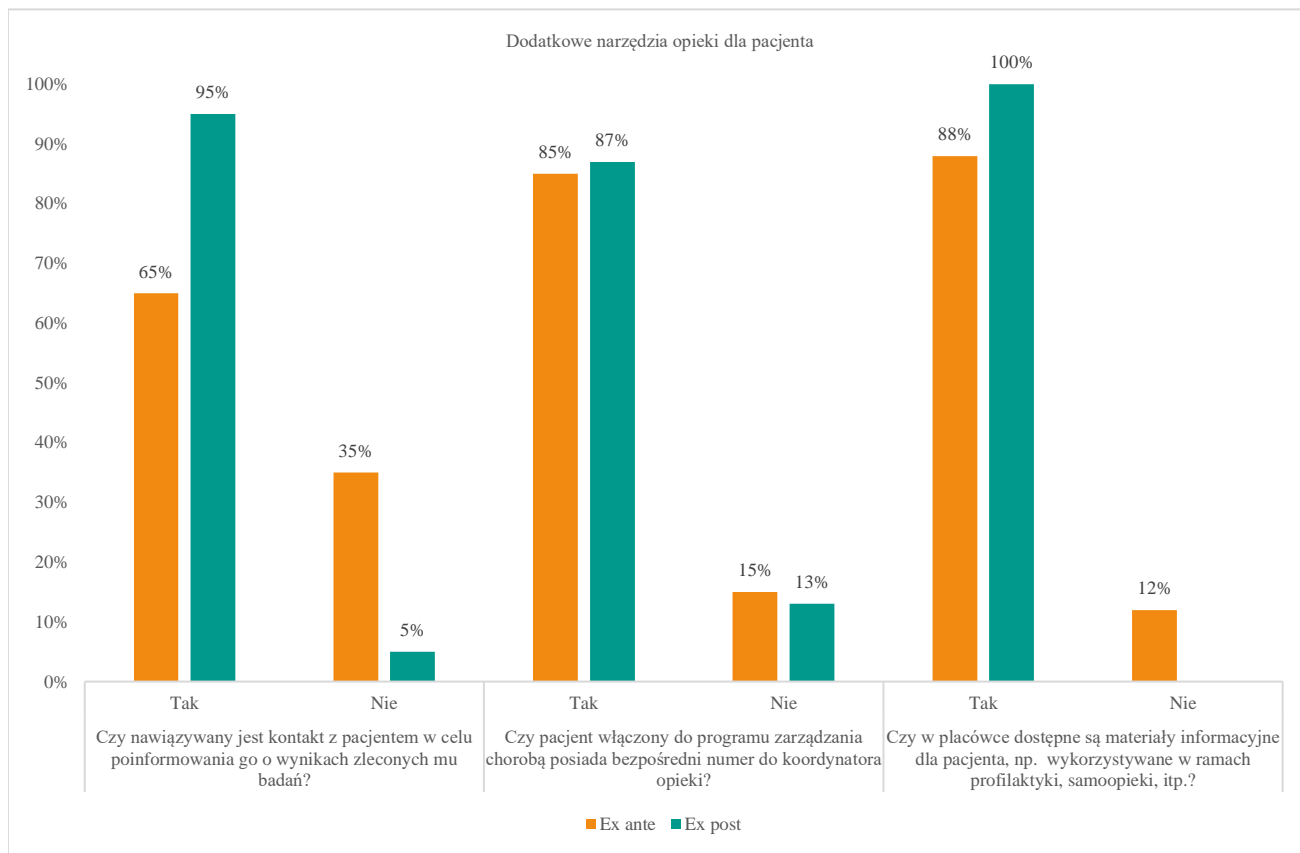
- 85% świadczeniodawców deklaruje **monitorowanie funkcjonowania zespołu POZ Plus** i uzyskiwanych przez niego wyników; 10% nie ma zdania w tym zakresie (wcześniej 90% całkowicie lub częściowo zgadzało się z takim podejściem);
- 92% świadczeniodawców twierdzi, że w ramach projektu odbywały się spotkania w celu prezentowania i **konsultowania z pozostałymi lekarzami z placówki przypadków klinicznych w ramach tego samego ośrodka** (wcześniej 85%); w spotkaniach takich udział biorą zarówno lekarze i pielęgniarki, jak i koordynatorzy, edukatorzy, dietetycy, psychologowie i inni;
- 95% **świadczeniodawców kontaktuje się z pacjentami, by poinformować o dostępności wyników zleconych im badań** – najczęściej dotyczy to gotowości do odbioru (wcześniej 65%). We wszystkich placówkach **dostępne są materiały informacyjne** dla pacjenta w ramach samoopieki (wcześniej 88%); najczęściej **za edukację pacjenta odpowiedzialne są pielęgniarki**. W 87% przypadkach pacjent posiada bezpośredni numer kontaktowy do koordynatora opieki (wcześniej 85%);
- Z prowadzonej systemowo oceny satysfakcji pacjentów (pomiar zadowolenia pacjentów z otrzymywanymi usługami) korzysta jedynie 67% świadczeniodawców.

RYC. 10 Jakość opieki (1): więcej placówek monitoruje wyniki pracy zespołu w ramach projektu oraz organizuje spotkania zespołu służące omówieniu konkretnych przypadków pacjentów – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

RYC. 11 Jakość opieki (2): pod koniec projektu niemal wszystkie placówki zwiększyły dostęp do materiałów informacyjnych dla pacjentów oraz edukacji zdrowotnej; wciąż w niewystarczającym stopniu placówki wykorzystują opinie pozyskane od pacjentów na temat świadczonej im opieki – wizualizacja zmian na podstawie wyników ankiet ex ante / ex post



Źródło danych: WB (2021)

2.2. Wyniki oceny ex post przeprowadzonej w ramach ankiety online

Poniżej przedstawiono informacje zebrane od respondentów i zagregowane wokół głównych kwestii omawianych w trakcie rozmów zgodnie ze scenariuszem wywiadu.

2.2.1. Kluczowe czynniki i uwarunkowania utrudniające / ułatwiające realizację pilotażu POZ Plus

Wsparcie techniczno-informatyczne

W opinii świadczeniodawców najważniejszym czynnikiem utrudniającym realizację pilotażu było znikome wykorzystanie narzędzi IT: zbyt późno udostępnionych, niekompatybilnych i niejednorodnych dla wszystkich podmiotów włączonych w pilotaż. Problem nie został rozwiązany przez cały okres realizacji pilotażu, co wymuszało prowadzenie podwójnej dokumentacji i dublowanie wpisów dotyczących pacjentów w różnych systemach. Poważnym utrudnieniem był również brak możliwości eksportu danych, np. list z danymi pacjentów celem zwiększenia ich użyteczności. W związku z koniecznością dostosowania programu informatycznego do wymogów sprawozdawczości w kilku przypadkach świadczeniodawcy zainwestowali własne środki finansowe. Respondenci podkreślali, że wdrożone systemy informatyczne nie zapewniły realnego wsparcia koordynacyjno-rejestracyjnego pilotażu. Wraz z końcem programu w dostarczonym przez NFZ systemie informatycznym nadal brakowało opcji monitorowania procesu leczenia pacjentów. W opinii świadczeniodawców sprawny system informatyczny powinien być wyposażony w alerty automatycznie przypominające o nadchodzących wizytach, ułatwiając pracę koordynacyjno-rejestracyjną, co ma znaczenie dla ciągłości opieki, zwłaszcza świadczonej dużej liczbie pacjentów. Problem z oprogramowaniem i raportowaniem miał także wpływ na brak płynności w finansowaniu i wypłacie środków za wykonane usługi POZ Plus. Proponowana przez NFZ sprawozdawczość była postrzegana niejednokrotnie jako nadmiernie rozbudowana (tj. nie zawsze potrzebna i nie w pełni wykorzystywana).

Wszyscy świadczeniodawcy podkreślają, że system informatyczny powinien być dostarczony na czas przez jednego dostawcę, czyli w momencie wdrożenia pilotażu, spójny dla wszystkich podmiotów i łatwy w obsłudze.

Wsparcie informacyjno-promocyjne

W opinii respondentów pilotaż programu POZ Plus nie miał właściwej promocji. Niejednokrotnie wskazywano niewielkie zainteresowanie pacjentów udziałem w pilotażu przez cały okres jego trwania szczególnie w małych placówkach POZ. Pacjenci POZ często zgłaszali obawy związane z wyrażeniem pisemnej zgody na uczestnictwo w programie – obawiając się m.in. ponoszenia ukrytych kosztów finansowych lub udziału w eksperymencie klinicznym.

Świadczeniodawcy zgłaszali także brak odpowiednich szkoleń dla pracowników biorących udział w pilotażu (w szczególności dotyczących pracy w zespole oraz wykorzystywania umiejętności interpersonalnych), jak również przygotowania pakietu rzetelnych materiałów informacyjno-edukacyjnych umożliwiających właściwą realizację określonych w pilotażu działań (w tym edukacji zdrowotnej pacjentów). Według niektórych świadczeniodawców POZ nawet sami lekarze specjaliści nie rozumieli do końca idei projektu. Sytuacja ta wymagała wdrożenia intensywnych działań promocyjno-edukacyjnych w placówkach włączonych w pilotaż. Niektórzy świadczeniodawcy określali ten etap „procesem ewangelizacji”.

W ocenie respondentów organizowane przez NFZ spotkania odbywały się za rzadko, a „w początkowym okresie wręcz wprowadzały chaos informacyjny”. W trakcie realizacji pilotażu placówki same inicjowały i organizowały cykliczne spotkania, dzięki czemu możliwa była wymiana doświadczeń i wiedzy z zakresu wdrażania programu.

Wraz z końcem programu świadczeniodawcy do kwestii kluczowych zaliczają właściwą promocję pilotażu, wcześniejsze przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz zaplanowanie cyklicznych spotkań i szkoleń dla uczestników.

Wsparcie kadrowo-infrastrukturalne

Przeszkodę w realizacji pilotażu stanowił dostęp do specjalistów szczególnie w tych placówkach, które w zespołach nie zatrudniały AOS i musiały ich kontraktować wyłącznie na potrzeby pilotażu POZ Plus. W opinii respondentów problem ten można było rozwiązać przez wprowadzenie możliwości zatrudniania również specjalistów pierwszego stopnia, w szczególności w placówkach w małych miejscowościach, które miały ogromny problem ze znalezieniem i zatrudnieniem specjalistów drugiego stopnia.

Ponadto w związku z brakami kadrowymi oraz infrastrukturalnymi (np. brak pracowni fizjoterapeutycznej) niektóre placówki nie podejmowały się realizacji wybranych programów zarządzania chorobą, stanowiącej jedną z głównych interwencji pilotażu.

Czynniki zewnętrzne

Poważnym utrudnieniem realizacji pilotażu była pandemia Covid-19. W opinii respondentów wpłynęła przede wszystkim na realizację bilansów zdrowia, drugiej – obok zarządzania chorobą przewlekłą – głównej interwencji pilotażu. Ze względu na obawy pacjentów przed zakażeniem większość odmawiała zaplanowanych w związku z bilansami wizyt w placówce.

2.2.2. Korzyści pilotażu POZ Plus dla poszczególnych podmiotów systemu

W ramach wywiadów pogłębionych respondenci wskazali na szereg zalet i korzyści wynikających z realizacji pilotażu. W celu klarownej analizy przedstawiono je w kategoriach: pacjent, pracownik i placówka.

Wskazywane przez respondentów korzyści dla pacjentów:

- ✓ skrócenie czasu oczekiwania i zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych;
- ✓ dodatkowe wsparcie psychologiczne, dietetyczne, edukacyjne oraz fizjoterapeutyczne;
- ✓ zapewnienie pacjentowi planu leczenia (kontynuacja opieki);
- ✓ dostęp do koordynatora (zwanego także „centrum dowodzenia”), który planuje i monitoruje przebieg diagnostyki i terapii, a także przypomina o nadchodzących wizytach;
- ✓ wzrost zaufania do placówki, personelu oraz lekarza POZ;
- ✓ wzrost świadomości na temat konieczności dbania o własne zdrowie, wdrażania działań profilaktycznych.

Wskazywane przez respondentów korzyści dla pracowników:

- ✓ możliwość rozwoju zawodowego (nowe wyzwania, nowe doświadczenia);
- ✓ nabycie nowych kompetencji, w tym także cyfrowych (dzięki udziałowi w pilotażu POZ Plus personel był przygotowany na sprawne wdrożenie e-recept, e-skierowań);
- ✓ szersze spektrum udzielanych świadczeń wzmocniło tzw. „poczucie sprawczości” personelu (zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek);
- ✓ poprawa komunikacji, wymiany informacji oraz lepsza współpraca między członkami zespołu, jak również lekarzem rodzinnym a lekarzami innych specjalności;
- ✓ wzrost wynagrodzenia personelu związany ze zwiększeniem zakresu realizowanych zadań;
- ✓ możliwość wymiany informacji i doświadczeń między lekarzem rodzinnym a lekarzami innych specjalności;
- ✓ zwiększony dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów pozwolił lepiej poznać ich problemy zdrowotne i zaplanować właściwą opiekę;
- ✓ udział w pilotażu przyczynił się do zwiększenia liczby zatrudnienia.

Wskazywane przez respondentów korzyści dla placówki POZ:

- ✓ poprawa i usprawnienie organizacji pracy – przesunięcie części obowiązków z lekarzy na pielęgniarki oraz z pielęgniarek na koordynatorów (skill-mix);

- ✓ pozyskanie nowych pacjentów – zwiększyła się liczba składanych deklaracji do danej placówki POZ;
- ✓ lepsza wiedza o populacji pacjentów, dzięki której można planować dalsze działania prozdrowotne w regionie;
- ✓ wzrost konkurencyjnej pozycji na rynku w porównaniu z innymi placówkami POZ (np. jedna z placówek dzięki sprawniej realizacji pilotażu uzyskała tytuł Przedsiębiorcy Roku 2019, co pokazuje jak ważny jest pozytywny wizerunek placówki w lokalnej społeczności);
- ✓ korzyści lokalowe – poprawił się wystrój przychodni, placówki wyposażono w nowy sprzęt (komputery, spirometry, aparaty RTG i inne);
- ✓ zmiana perspektywy finansowania świadczeń; z jednej strony „uświadomiono sobie, że nie można bazować tylko na kapitacji, konieczne jest poszerzanie działalności i podejmowanie nowych wyzwań/aktywności”, a z drugiej strony zwrócono uwagę na spadek przychodów z usług prywatnych, ponieważ większy odsetek pacjentów korzystał z systemu publicznego POZ Plus (zmiana struktury przychodów).
- ✓ lepsze przygotowanie placówki do procesu akredytacji;
- ✓ rozwój współpracy z innymi podmiotami systemu, np. w zakresie diagnostyki.

2.2.3. Zaistniałe zmiany w pracy zespołu podstawowej opieki zdrowotnej

W ramach wywiadów pogłębionych respondenci wskazali na szereg zmian związanych z wprowadzeniem pracy zespołowej personelu POZ:

- ✓ wzmocnienie motywacji pracowników, zwiększenie kompetencji oraz nowy podział ról;
- ✓ częstszy kontakt między pracownikami i poszerzona współpraca; początkowo każda grupa profesjonalistów medycznych realizowała „oddzielnie” swoje zadania w ramach programu. W trakcie realizacji poszczególne „podgrupy” zespołu przestały być postrzegane jako oddzielne części. Zwiększyła się świadomość znaczenia innych grup i wzrósł poziom ich wzajemnego doceniania (np. pielęgniarek przez lekarzy): „w przypadku lekarzy zaobserwowano przyjazne nastawienie do personelu wspomagającego i docenienie ich roli i kompetencji”;
- ✓ praca zespołowa nie do końca się sprawdziła w przypadku lekarzy specjalistów z zewnątrz („outsiderzy”);
- ✓ usprawnienie pracy poprzez zarządzanie czasem całego zespołu, uporządkowanie harmonogramu pracy;
- ✓ dzięki wdrożeniu pracy zespołowej „powstała grupa osób odważniejszych do wprowadzania kolejnych zmian”.

2.2.4. Wartość dodana: elementy programu, które pozostaną w placówce dzięki realizacji pilotażu POZ Plus

W ramach wywiadów pogłębionych respondenci wskazali na elementy pilotażu, które chcieliby w swoich placówkach zachować, nawet jeśli program nie będzie kontynuowany i finansowany w dotychczasowej formie:

- ✓ utrzymanie stanowiska/funkcji koordynatora opieki;
- ✓ utrzymanie stanowiska dietetyka;
- ✓ utrzymanie mechanizmów pracy planistycznej, w której każdy członek zespołu ma wyraźnie zdefiniowane zadania i jest za nie w pełni odpowiedzialny;
- ✓ utrzymanie modelu pracy zespołowej;
- ✓ utrzymanie znaczenia/wagi działań profilaktycznych oraz edukacji zdrowotnej;
- ✓ dalsze korzystanie z narzędzi podziału populacji w zależności od ich stanu zdrowia celem lepszego monitorowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego (stratyfikacja, segmentacja).

2.2.5. Decyzja o ponownym przystąpieniu do pilotażu POZ Plus w oparciu o aktualne doświadczenie

Zdecydowana większość respondentów ponownie przystąpiłaby do realizacji pilotażu programu POZ Plus. Podkreślano, że choć jego realizacja w początkowym okresie wiązała się z koniecznością pokonywania pewnych trudności, to z perspektywy trzyletniego doświadczenia ocena całości pilotażu jest zdecydowanie pozytywna. Tylko w dwóch przypadkach odpowiedź nie była entuzjastyczna. Zwracano uwagę na nadmiar pracy administracyjnej związanej z przygotowywaniem wymaganej dokumentacji do sprawozdawczości, jak również trudności z pozyskaniem pacjentów do programu. Kilka placówek zgłosiło nawet gotowość do udziału w kolejnych edycjach. Respondenci zwracali uwagę, że dzięki udziałowi w pilotażu POZ Plus zarówno pacjenci, jaki i zespół POZ Plus nauczyli się funkcjonować w nowych, lepszych warunkach. Zaistniała silna potrzeba realizowania w dalszym ciągu świadczeń w taki sposób i utrzymania płynących z tego korzyści.

2.2.6. Uwagi końcowe, dodatkowe komentarze respondentów

- ✓ W obowiązującym systemie ochrony zdrowia nie zwraca się uwagi na komunikację i pracę zespołową. Konieczne wydaje się zatem systemowe włączenie w proces kształcenia kadr medycznych zagadnień dotyczących współpracy w zespole terapeutycznym; udział w pilotażu POZ Plus pokazał jak wiele korzyści niesie za sobą praca zespołowa;
- ✓ Respondenci często wskazywali zwiększenie dostępu do rehabilitacji jako ważną korzyść dla pacjentów i szczególnie przez nich docenianą. Problemy związane z długim czasem oczekiwania na tego rodzaju usługi oraz prognozowany wzrost zapotrzebowania na tzw. rehabilitację po-covidową pokazuje, jak duże ma to znaczenie dla pacjentów. Jednocześnie zwracano uwagę, że jeśli jest ona dobrze zaplanowana i zorganizowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej to może być efektywnym narzędziem wykorzystywanym do zmiany stylu życia pacjentów (także zmiany diety czy podniesienia aktywności fizycznej); zwiększony dostęp do rehabilitacji stanowił część pilotażu POZ plus;
- ✓ Zwrócono uwagę, że w trakcie realizacji pilotażu POZ Plus powstała „Akademia NFZ” – bardzo dobra platforma wymiany informacji. Za pomocą aplikacji powstałe grupy wymieniały doświadczenia także z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Centrum e-Zdrowia;
- ✓ W opinii respondentów dzięki pilotażowi POZ Plus lekarze i pielęgniarki zwiększyli wiedzę o stanie zdrowia swoich pacjentów, a dostęp do wyników badań diagnostycznych weryfikował konieczność dalszego kierowania ich do lekarzy specjalistów. Według respondentów takie rozwiązanie systemowe ograniczyłoby liczbę porad specjalistycznych w AOS, a lekarz rodzinny byłby w stanie zapewnić opiekę części pacjentów bez konieczności kierowania ich do innych lekarzy. Podkreślano, że utrzymanie takiego systemu opieki koordynowanej może być szansą na skrócenie oczekiwania do specjalistów.

3. Satysfakcja personelu POZ Plus

3.1. Informacje wstępne – wybór narzędzia pomiaru

W ramach procesu monitorowania i ewaluacji pilotażu programu POZ Plus, szczegółowo opisanego w dokumencie „Wdrożenie projektu POZ Plus – plan monitorowania i ewaluacji opieki koordynowanej”, przeprowadzono badanie satysfakcji personelu biorącego udział w pilotażu.

Istniejące na świecie miary stosowane w badaniu satysfakcji z pracy najczęściej mają postać kwestionariuszy. Najbardziej znane z nich to: Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) i Job Descriptive Index (JDI). Oba składają się z twierdzeń odnoszących się do odczuć respondenta wobec pracy, w tym także wynagrodzenia. Wyniki uzyskane w każdym z tych kwestionariuszy dają w rezultacie jeden wynik ogólny związany z satysfakcją. Uzyskuje się go poprzez zsumowanie punktów za odpowiedzi na poszczególne pytania.⁴ MSQ jest kompleksową miarą satysfakcji z pracy, opracowaną przez Weissa (1967). Dostępne są trzy wersje kwestionariusza: dwie pełne (zaprojektowane w latach 1967 i 1977) i jedna skrócona z 1977 roku (dostępna także w polskiej wersji językowej). Kwestionariusz ten jest wciąż uważany za miarę dostarczającą znacznie więcej szczegółowych informacji niż większość ogólnych narzędzi badawczych wykorzystywanych w tym samym celu.⁵ W związku z powyższym został on wykorzystany w pilotażu programu POZ Plus do pomiaru satysfakcji personelu.

Ostatnia adaptacja kulturowa oraz językowa tego kwestionariusza została przeprowadzona w 1977 r., podjęto zatem decyzję o ponownej walidacji skali MSQ na potrzeby pilotażu. Kulturowa i językowa walidacja kwestionariusza w Polsce na potrzeby pilotażu programu POZ Plus została przeprowadzona zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), pn.: „Proces tłumaczenia i adaptacji instrumentów”.⁶ Celem tego procesu jest uzyskanie takiej wersji językowej kwestionariusza angielskiego, która odpowiadałaby koncepcyjnie kulturze polskiej. Oznacza to, że kwestionariusz powinien być tak samo naturalny i akceptowalny oraz spełniać te same funkcje, jak wersja oryginalna. W przeprowadzonej walidacji nacisk położono bardziej na adekwatność międzykulturową i koncepcyjną kwestionariusza niż na równoważność językową, tj. dosłowność treści. Sprawdzone metodą na osiągnięcie tego celu są tłumaczenia naprzemienne (z ang. *back and forward translation*) przeprowadzone przez ekspertów, wstępne testowanie kwestionariusza, wywiad poznawczy oraz utworzenie wersji ostatecznej.

Proces adaptacji rozpoczął się zatem od przetłumaczenia kwestionariusza MSQ na język polski. Tłumaczenie zostało zweryfikowane przez dwie niezależne osoby. Następnie polską wersję narzędzia przetłumaczono zwrótnie na język angielski. Dokonał tego trzeci niezależny tłumacz. Pierwsza wersja narzędzia została zweryfikowana przez kompetentnego sędziego, zaznajomionego z tematyką pomiaru satysfakcji z pracy personelu medycznego. Przy pomocy drugiej wersji narzędzia przeprowadzono wywiady kognitywne z czterema osobami z personelu medycznego. Po analizie i zaktualizowaniu narzędzia o uwagi respondentów przygotowano jego ostateczną wersję.

Wzór ankiety stanowi Załącznik nr 1 do przedmiotowego raportu.

3.2. Realizacja badania oraz dobór uczestników

Założono dwukrotne przeprowadzenie badania przy użyciu kwestionariusza MSQ, tj. na początku i na końcu programu, co umożliwiło porównanie satysfakcji z obu etapów pilotażu. Pierwszą turę badania przeprowadzono od listopada 2019 do kwietnia 2020 roku, drugą turę od listopada 2020 do kwietnia 2021 roku. Badanie zostało

⁴ Sedlak&Sedlak (2021). Pobrano z: <https://badaniahr.pl/biblioteka/badanie-satysfakcji-z-wynagrodzenia-metody-kwestionariuszowe-czesc-i/10>; dostęp z dnia 30.09.2021

⁵ Jw.

⁶ Dostępny online pod adresem: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.

przeprowadzone zarówno w grupie personelu POZ Plus, jak i w grupie kontrolnej (wśród personelu POZ nie biorącego udziału w pilotażu).

W pierwszej turze badania satysfakcji udział wzięło 38 placówek należących do programu POZ Plus oraz 69 placówek kontrolnych. W listopadzie 2020 roku te same placówki zostały zaproszone do udziału w drugiej turze badania. Z udziału w drugiej turze badania satysfakcji zrezygnowało kolejno: jedna placówka POZ Plus (całkowita rezygnacja z udziału w pilotażu POZ Plus) oraz 15 placówek kontrolnych. Głównymi powodami rezygnacji z badania przez placówki kontrolne była sytuacja pandemiczna w kraju, a także wycofanie przez pacjentów zgody na udział w badaniu (brak zainteresowania badaniem satysfakcji lub brak czasu na wypełnienie ankiety). W drugiej turze łącznie badanie satysfakcji przeprowadzono wśród 207 osób należących do personelu medycznego. W ramach grupy POZ Plus przebadano 110 pracowników, natomiast w grupie kontrolnej 97 pracowników.

Tabela 1. Realizacja badania w dwóch turach

	Liczba placówek POZ Plus biorących udział w badaniu	Liczba pracowników POZ Plus biorących udział w badaniu	Placówka kontrolna	Liczba osób w placówce kontrolnej
I tura badania	38	153	69	114
II tura badania	37	110	54	97
Response rate	-	71,9%	-	85,1%

Źródło danych: Danae (2021)

W obu grupach dobór do próby miał charakter przypadkowy. Przypadkowość oznacza, że zaproszono do badania wszystkie chętne osoby, do których udało się dotrzeć.

3.3. Metodologia pomiaru

Metodologia pomiaru wyników kwestionariusza MSQ została przeprowadzona w oparciu o dostępne wytyczne⁷ (Weiss 1967). Wypełnianie skali MSQ rozpoczynało się od odpowiedzi na dwa pytania „*Jak bardzo to, co robisz obecnie w swojej pracy przypomina to, co chciałaś/eś robić, gdy wybierałaś/eś zawód?*” oraz „*Jak bardzo poszczęściło Ci się w życiu?*”. Respondenci odpowiadali na te pytania zgodnie z pięciostopniową skalą odpowiedzi od „wcale” (1) do „bardzo mocno” (5). Następnie respondenci odpowiadali na 20 pytań podstawowych o pięciostopniowym formacie odpowiedzi: (1) „bardzo niezadowolona/y”; (2) „niezadowolona/y”; (3) ani niezadowolona/y ani zadowolona/y; (4) „zadowolona/y”; (5) „bardzo zadowolona/y” w kontekście poszczególnych aspektów pracy.

Wyniki dla skali MSQ zostały znormalizowane, gdzie 0 oznacza najniższy poziom satysfakcji, a 100 najwyższy. Poziom satysfakcji z pracy stanowi średnią wszystkich uzyskanych znormalizowanych odpowiedzi, wskazując ogólny poziom cechy (od 1 do 5). Im wyższy wynik, tym wyższa satysfakcja z pracy. Skala umożliwia również podział czynników na zewnętrzne, zawierające sześć pytań (ang. extrinsic) oraz wewnętrzne (ang. intrinsic) zawierające 14 pytań z 20 pytań zawartych w kwestionariuszu.

Analizę porównującą wyniki odpowiedzi między poszczególnymi podgrupami (tzn. względem grupy kontrolnej, płci i wieku, a także długości doświadczenia zawodowego w latach oraz zajmowanym stanowiskiem) przeprowadzono za pomocą analizy wariancji. Dostarczyła ona ogólnych informacji, czy różnice między średnimi wartościami w analizowanych podgrupach były znacząco różne. We wszystkich analizach jako poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą oprogramowania IBM SPSS Statistics v19.

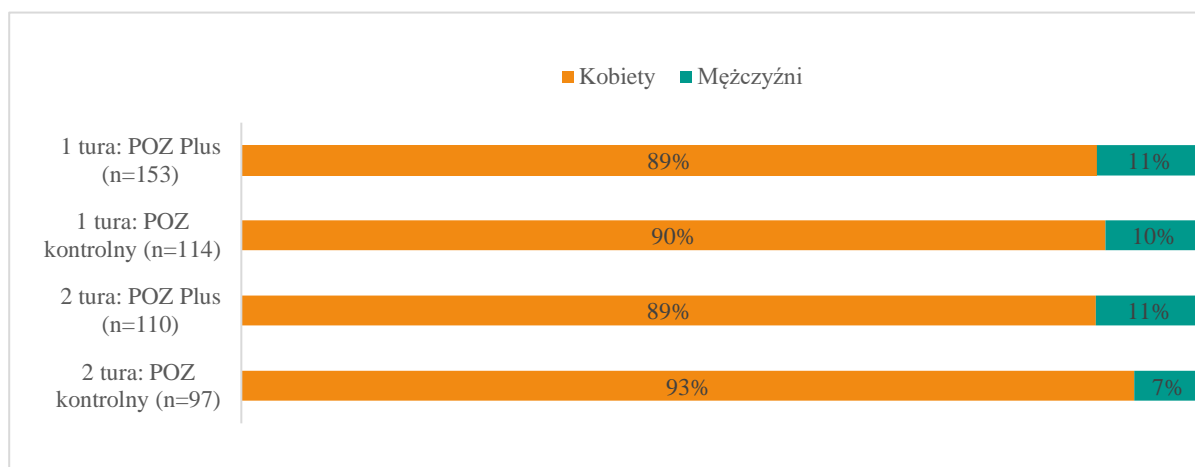
⁷ Weiss D., Dawis R., England G., Lofquist L. 1967. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire, University of Minnesota.

3.4. Wyniki

3.4.1. Charakterystyka populacji biorącej udział w badaniu satysfakcji

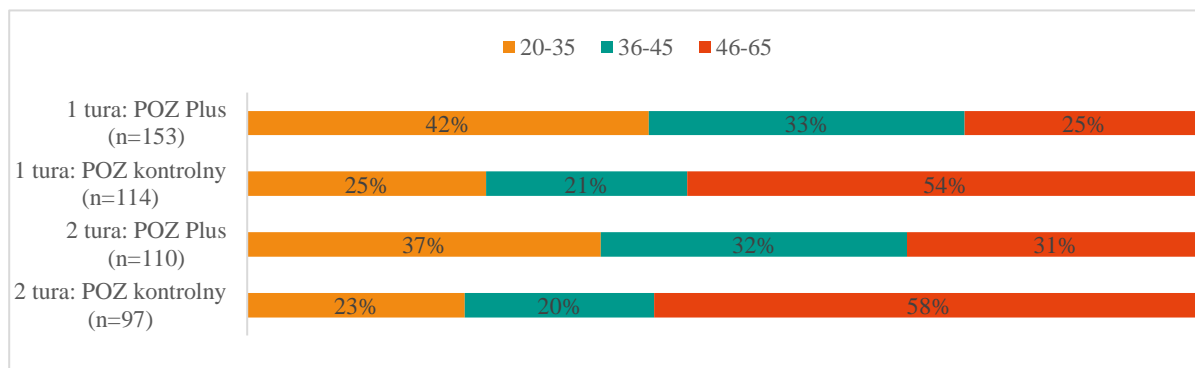
Porównanie próby POZ Plus i kontrolnej pod względem danych socjodemograficznych pozwoliło na wstępny opis podobieństw i różnic personelu medycznego tych placówek. Pierwszą porównywaną cechą była płeć respondenta. W każdej z ww. grup dominowały kobiety. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły w obu przypadkach osoby przynależące do grupy wiekowej 36-45 lat, a także z wykształceniem wyższym. Pielęgniarki stanowiły największą grupę respondentów – drugą z kolei pod względem liczebności byli pracownicy rejestracji. (Rysunek 1-4).

Rysunek 1. Rozkład płci w grupie respondentów



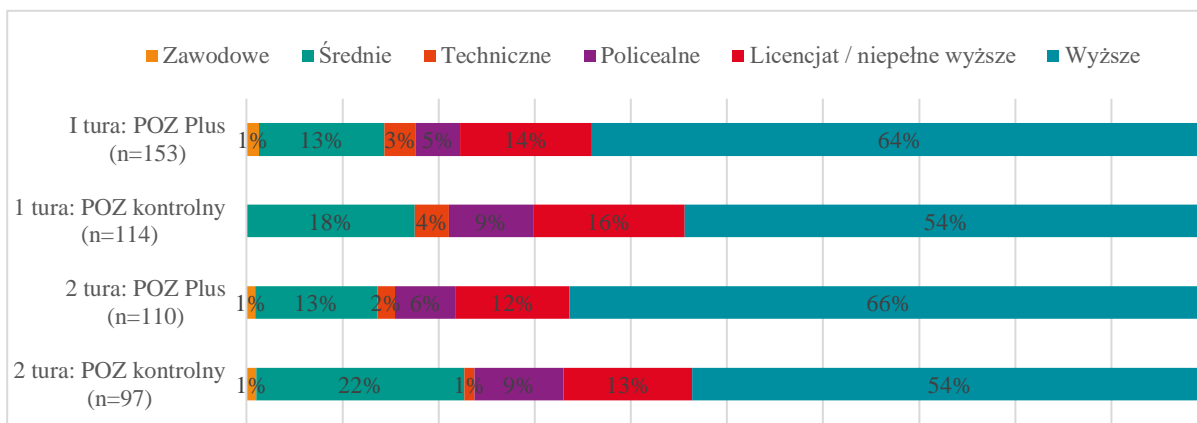
Źródło danych: Danae (2021)

Rysunek 2. Rozkład wieku w grupie respondentów



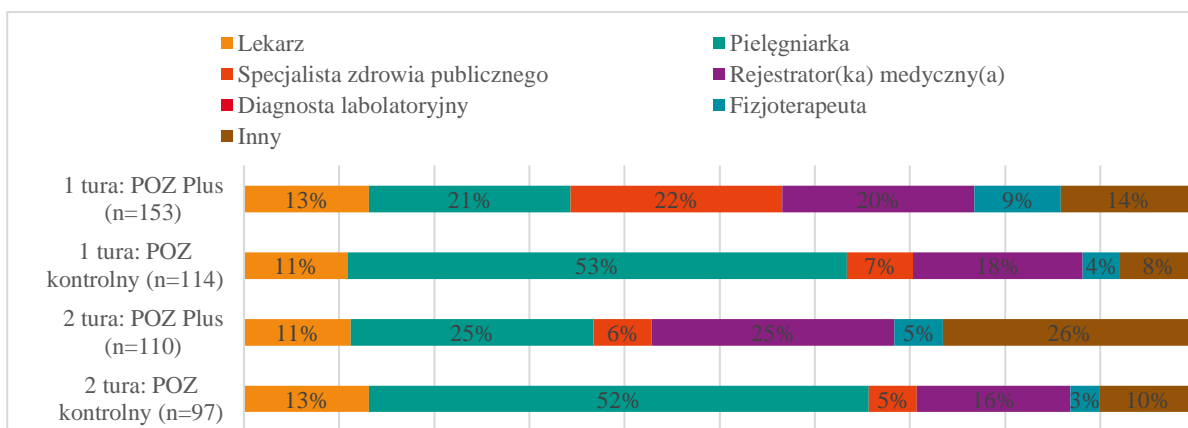
Źródło danych: Danae (2021)

Rysunek 3. Rozkład wykształcenia w grupie respondentów



Źródło danych: Danae (2021)

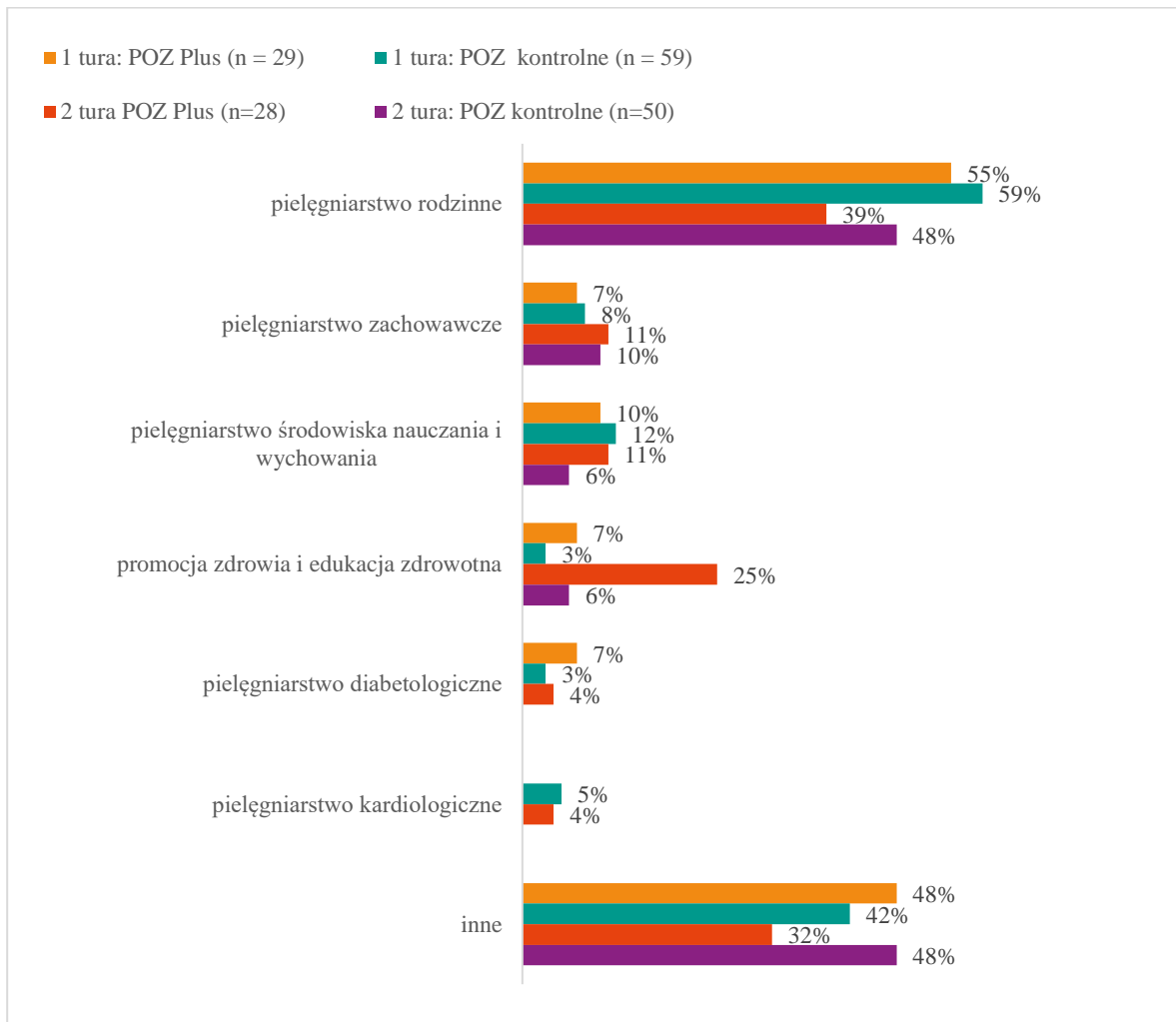
Rysunek 4. Rozkład stanowisk w grupie respondentów



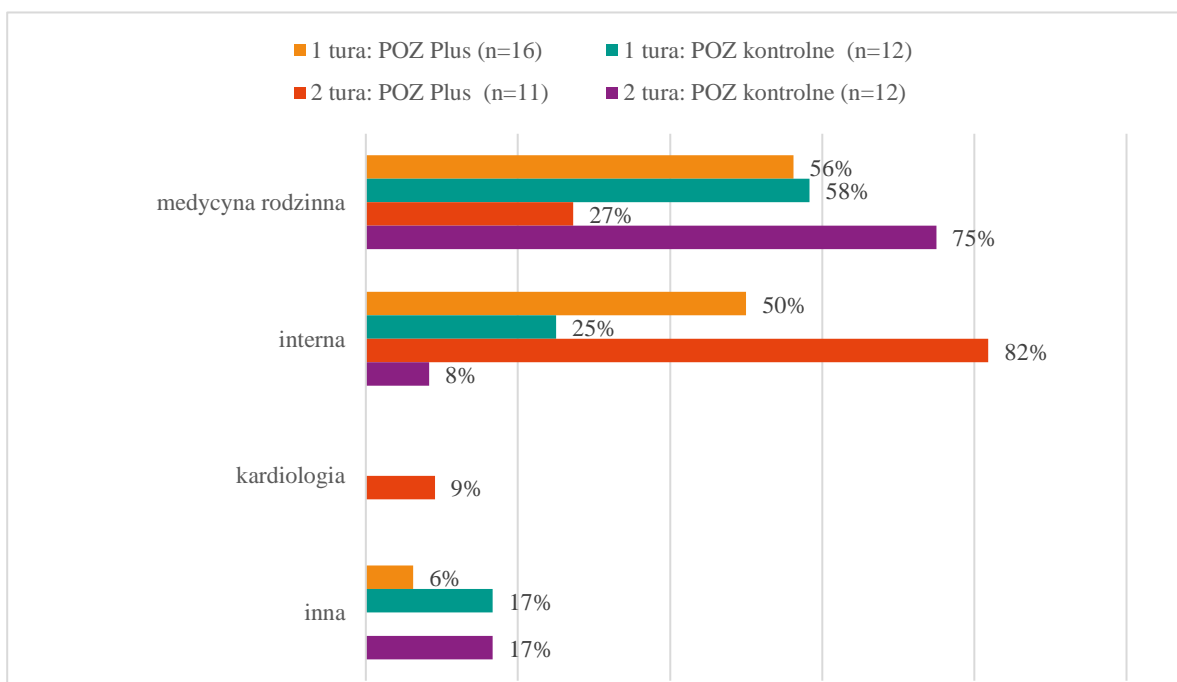
Źródło danych: Danae (2021)

Lekarzy i pielęgniarki biorących udział w badaniu poproszono o wskazanie specjalizacji. Ponad 80% lekarzy wskazało internę/medycynę rodzinną, a ponad 50% pielęgniarek pielęgniarstwo rodzinne. (Rysunek 5-6) Średnio personel medyczny pracował w zawodzie od 11-20 lat, przy czym w badanej placówce od 6-10 lat. (Rysunek 7-8)

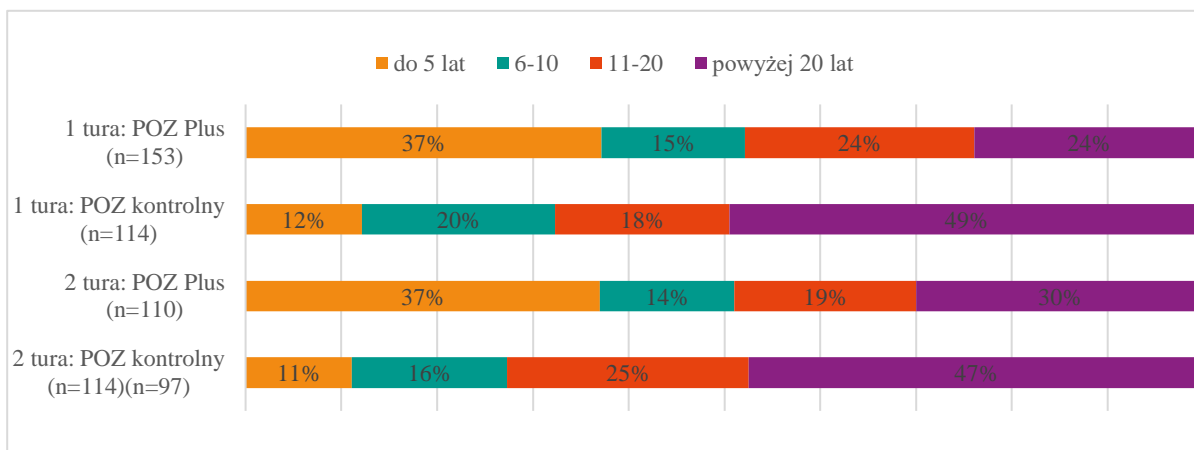
Rysunek 5. Rozkład specjalizacji w grupie respondentów (podstawa pielęgniarki)



Rysunek 6. Rozkład specjalizacji w grupie respondentów (podstawa lekarze)

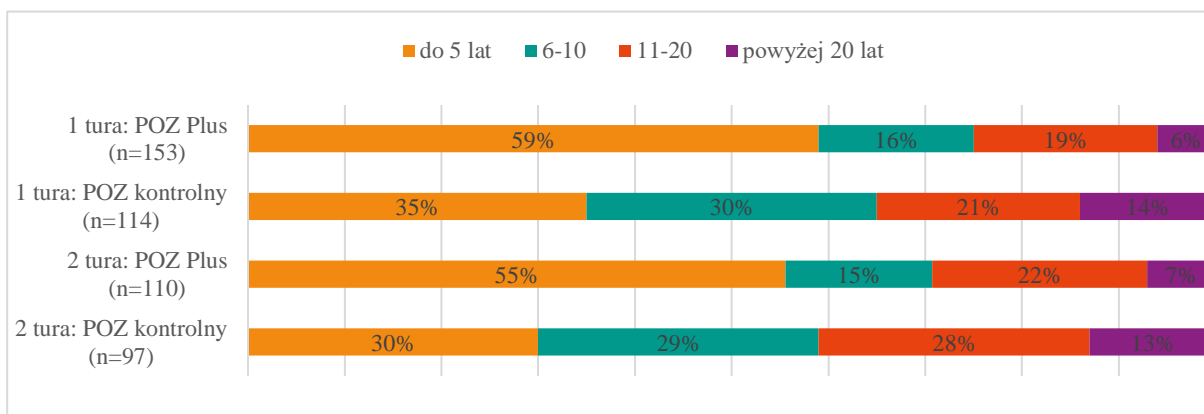


Rysunek 7. Rozkład ogólnego stażu pracy w grupie respondentów



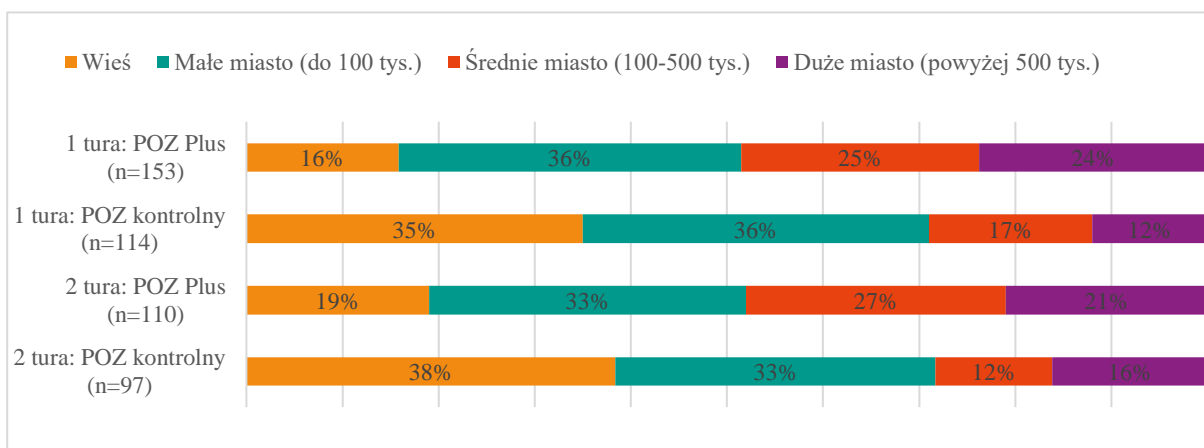
Źródło danych: Danae (2021)

Rysunek 8. Rozkład ogólnego stażu pracy w grupie respondentów



Pracownicy z placówek nie objętych projektem pilotażowym POZ Plus częściej zamieszkiwali wsie w porównaniu do personelu z placówek objętych programem POZ Plus. Z kolei osoby pracujące z pacjentami POZ Plus częściej zamieszkiwały średnie miasta.

Rysunek 9. Wielkość miejscowości zamieszkiwanej przez respondentów



Źródło danych: Danae (2021)

3.4.2. Wyniki końcowe

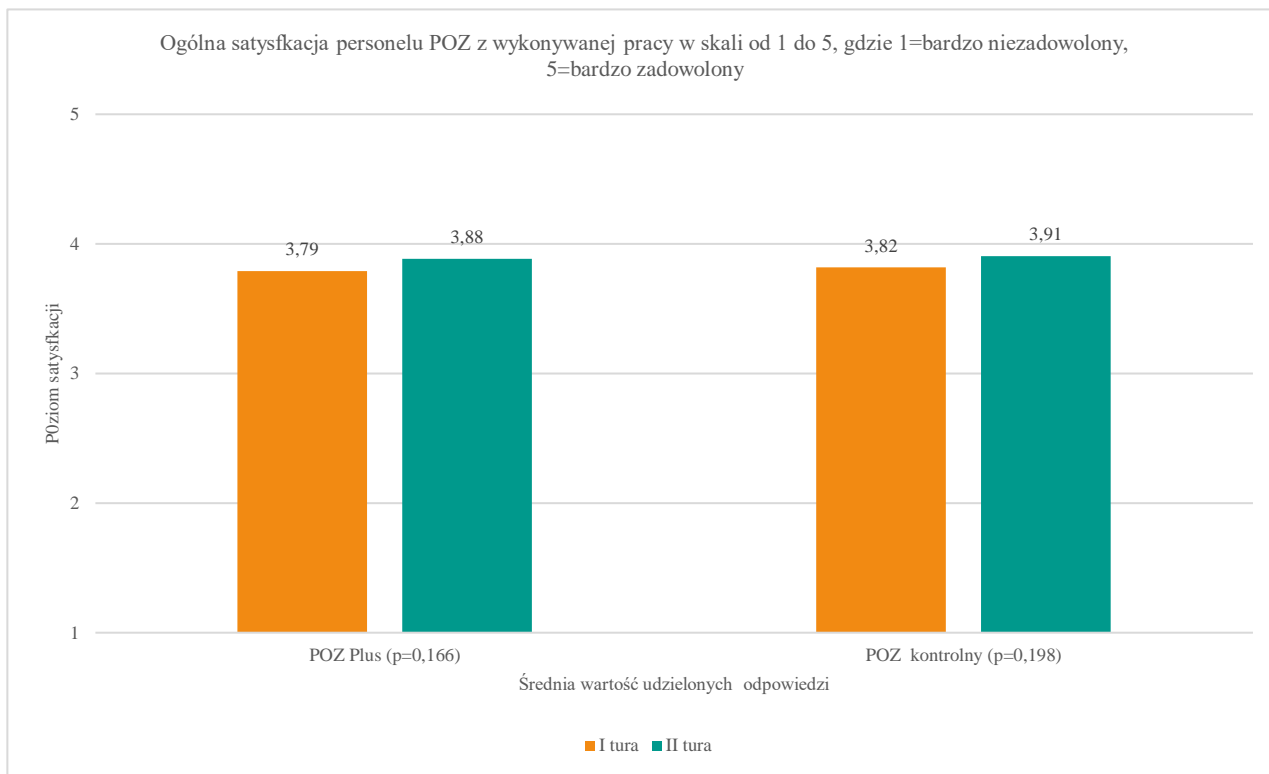
Szczegółowe wyniki przeprowadzonych analiz zostały przedstawione na rycinach poniżej.

Poziom satysfakcji personelu biorącego udział w pilotażu POZ Plus nie uległ istotnie statystycznej różnicy między początkiem a końcem pilotażu ($p=0,166$). Różnica ta okazała się także nieistotna dla grupy kontrolnej ($p=0,198$). (Ryc. 12) Pytania dotyczące satysfakcji związanej z aspektami zewnętrznymi mającymi wpływ na pracę (tzn. wynagrodzenie, kompetencje przełożonego, polityka firmy, ilość pracy, szansa na rozwój, pochwały) były ogólnie gorzej oceniane przez personel POZ Plus niż tzw. aspekty wewnętrzne (tzn. samodzielność, różnorodność zadań, swoboda w podejmowaniu decyzji, poczucie spełnienia itp.). Różnice te również nie były istotne statystycznie. (Ryc. 13 i 14)

Na podstawie przeprowadzonych analiz nie można także jednoznacznie stwierdzić, kto (dotyczy płci), w jakim wieku, z jakim wykształceniem oraz stażem pracy jest istotnie mniej lub bardziej zadowolony ze swojej pracy w POZ. (Ryc. 15 – Ryc. 18)

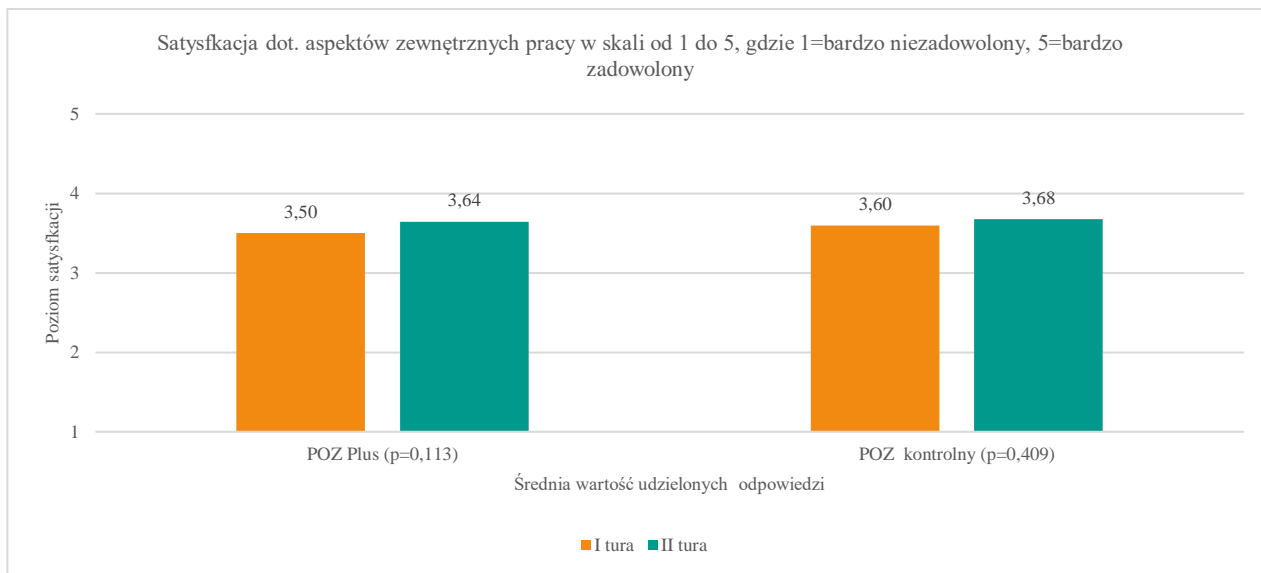
Zarówno na początku, jak i na końcu pilotażu większość personelu POZ (tzn. >50%) była „zadowolona” z badanych 20 aspektów pracy – dotyczyło to zarówno personelu POZ Plus, jak i grupy kontrolnej. Natomiast w grupie personelu POZ Plus znalazł się większy odsetek pracowników „bardzo zadowolonych” z wykonywanej pracy niż w grupie kontrolnej. (Ryc. 19 a b c)

RYC. 12 Ogólny poziom satysfakcji personelu (general Score) – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki



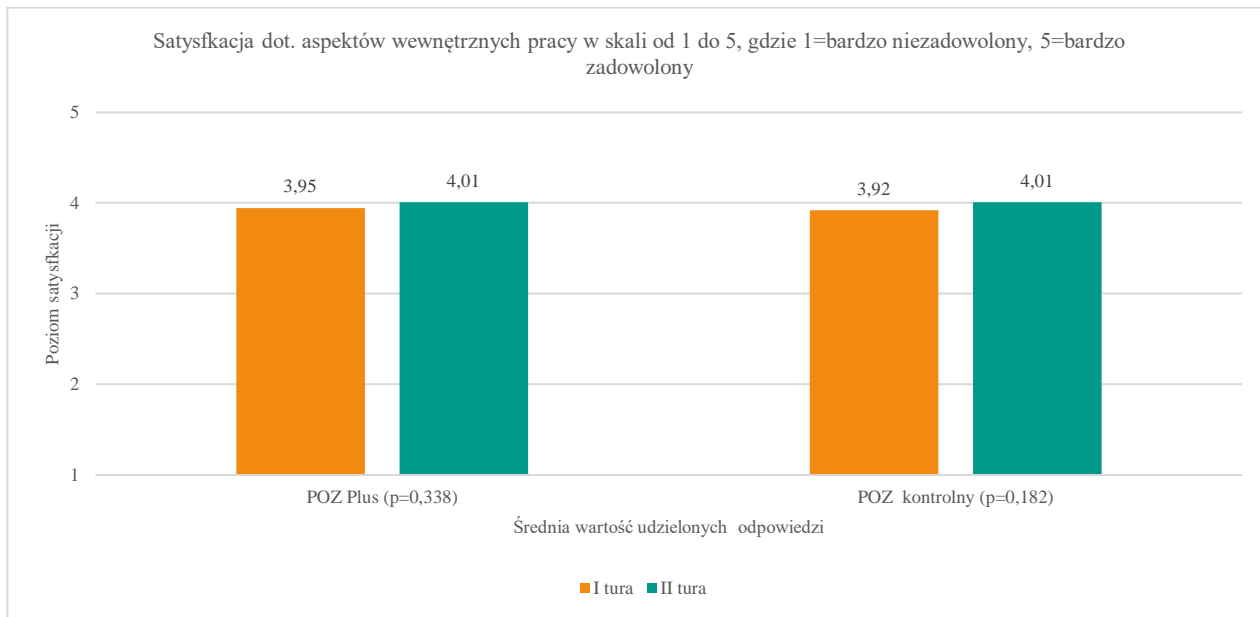
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 13 Poziom satysfakcji personelu związany z zewnętrznymi czynnikami mającymi wpływ na pracę (extrinsic Score) – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki



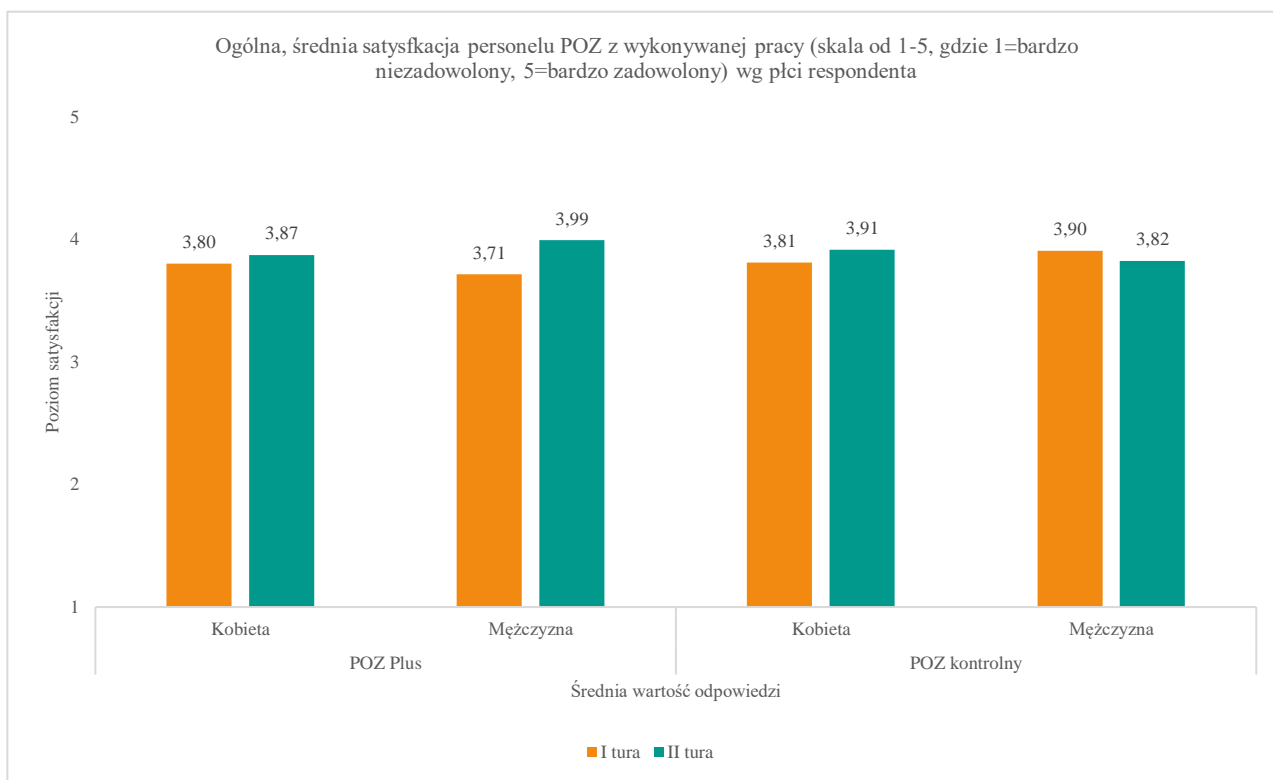
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 14 Poziom satysfakcji personelu związany z wewnętrznymi czynnikami mającymi wpływ na pracę (intrinsic Score) – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki



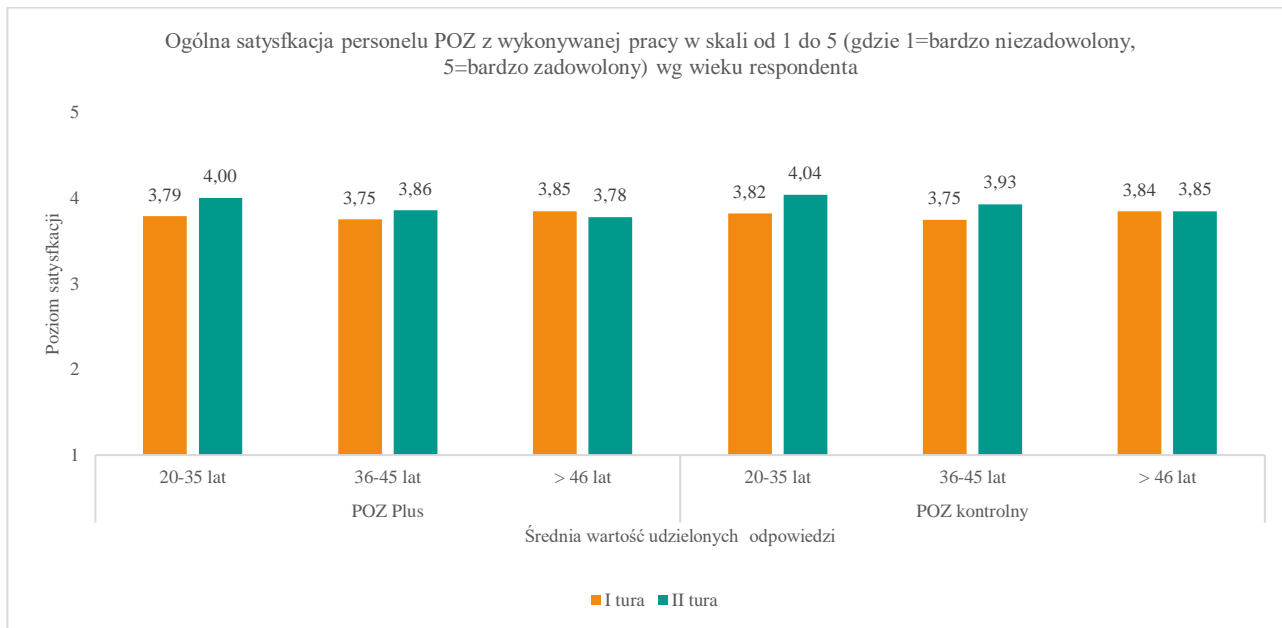
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 15 Ogólny poziom satysfakcji personelu – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według płci respondenta



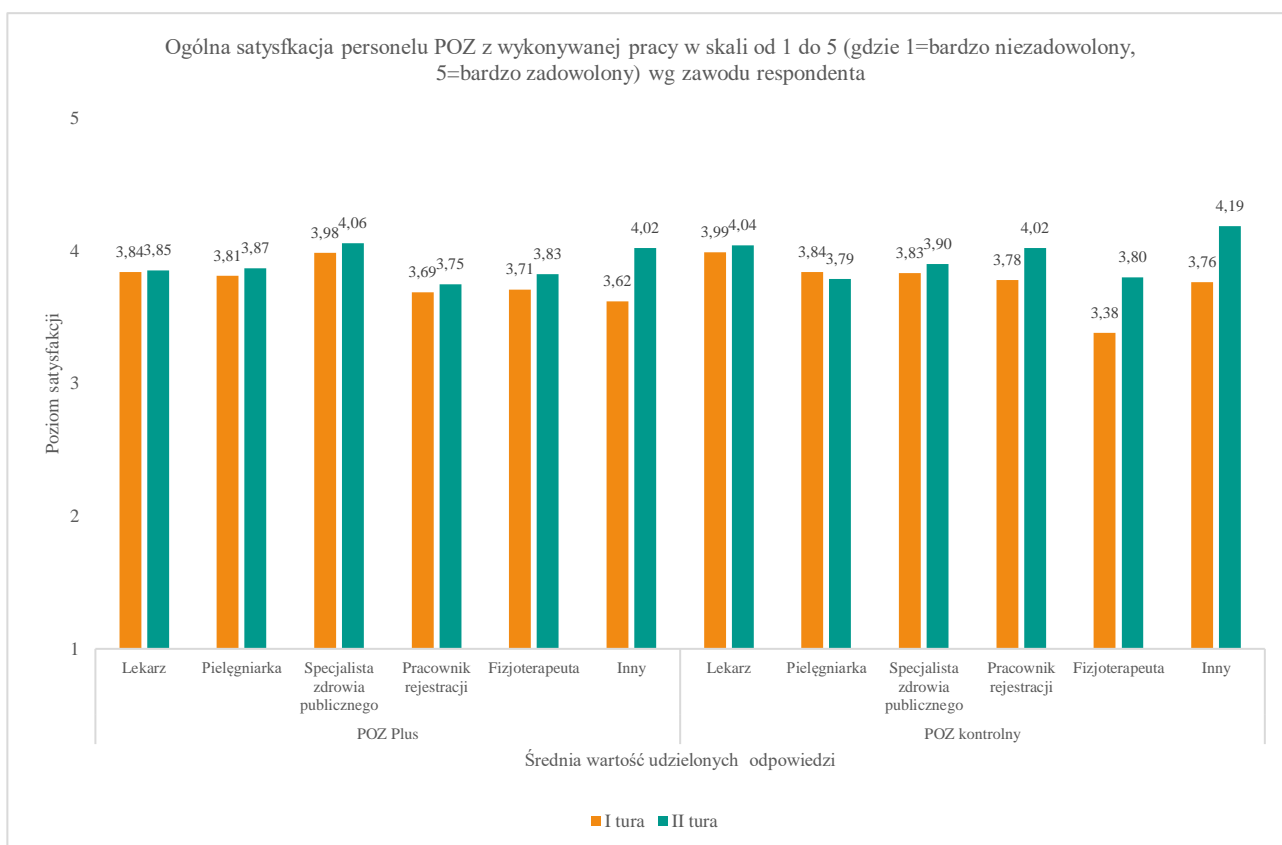
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 16 Ogólny poziom satysfakcji personelu – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według wieku respondenta



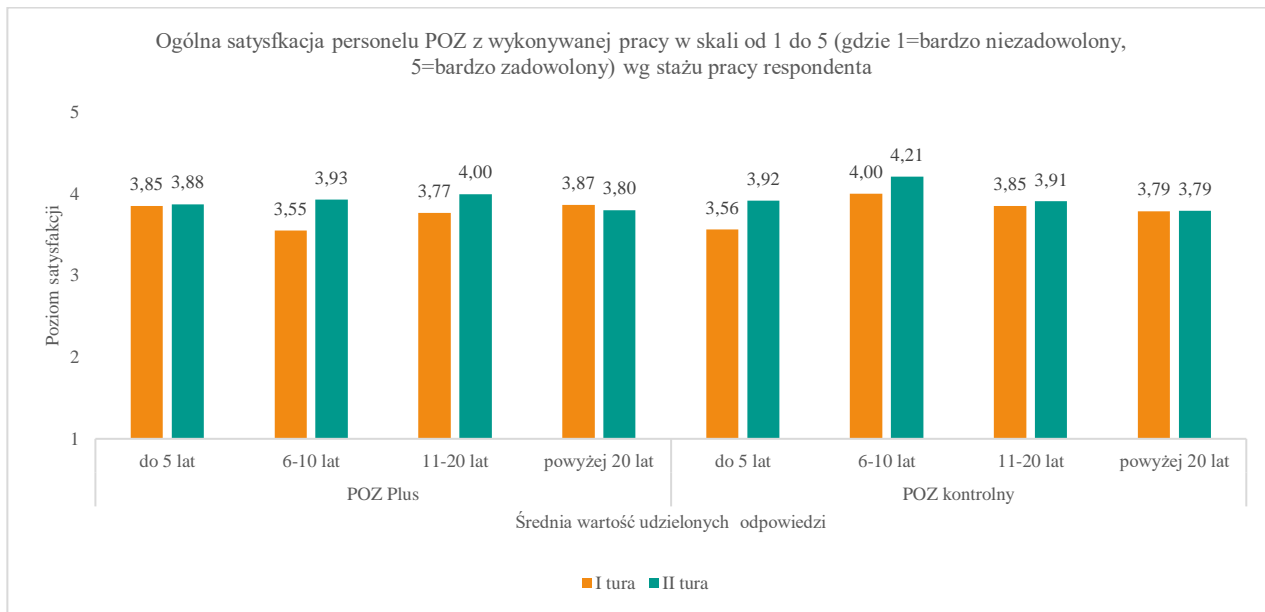
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 17 Ogólny poziom satysfakcji personelu – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według zawodu respondenta (POZ Plus vs POZ kontrolny)



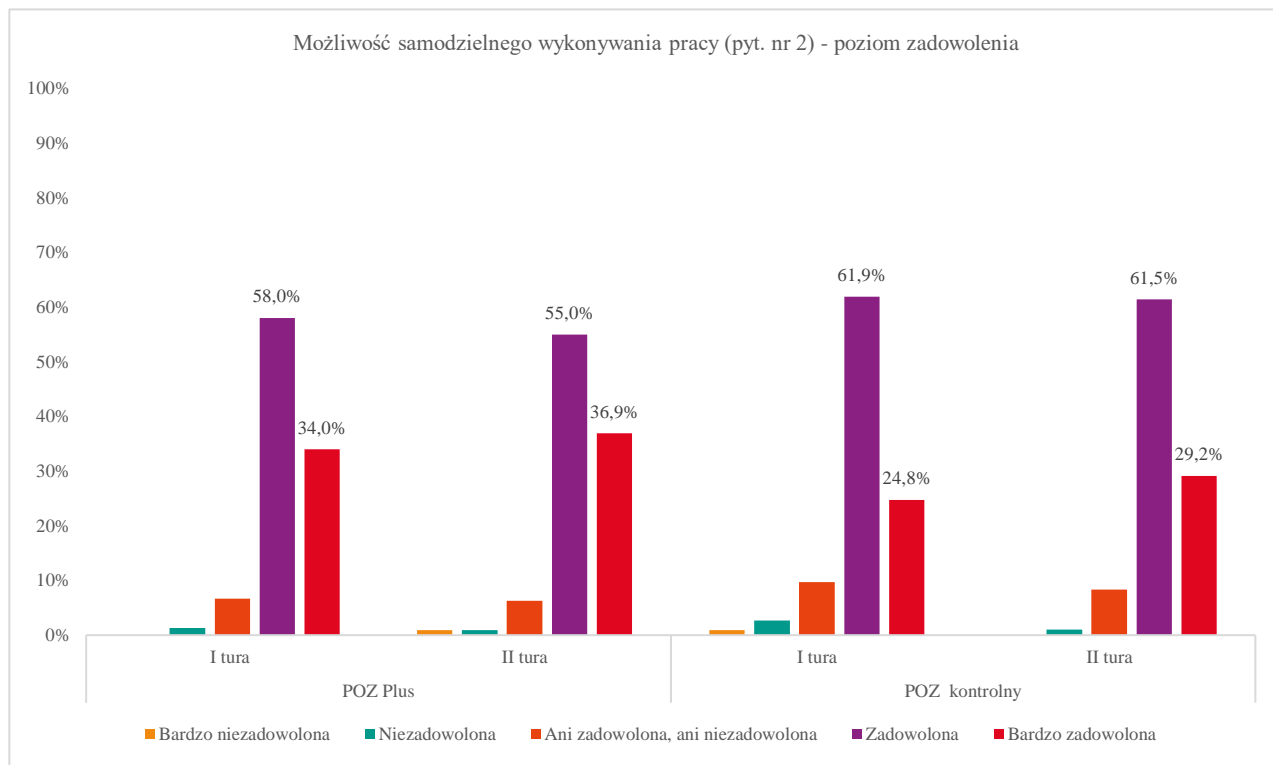
Źródło danych: WB (2021)

RYC. 18 Ogólny poziom satysfakcji personelu – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według stażu pracy respondenta (POZ Plus vs POZ kontrolny)

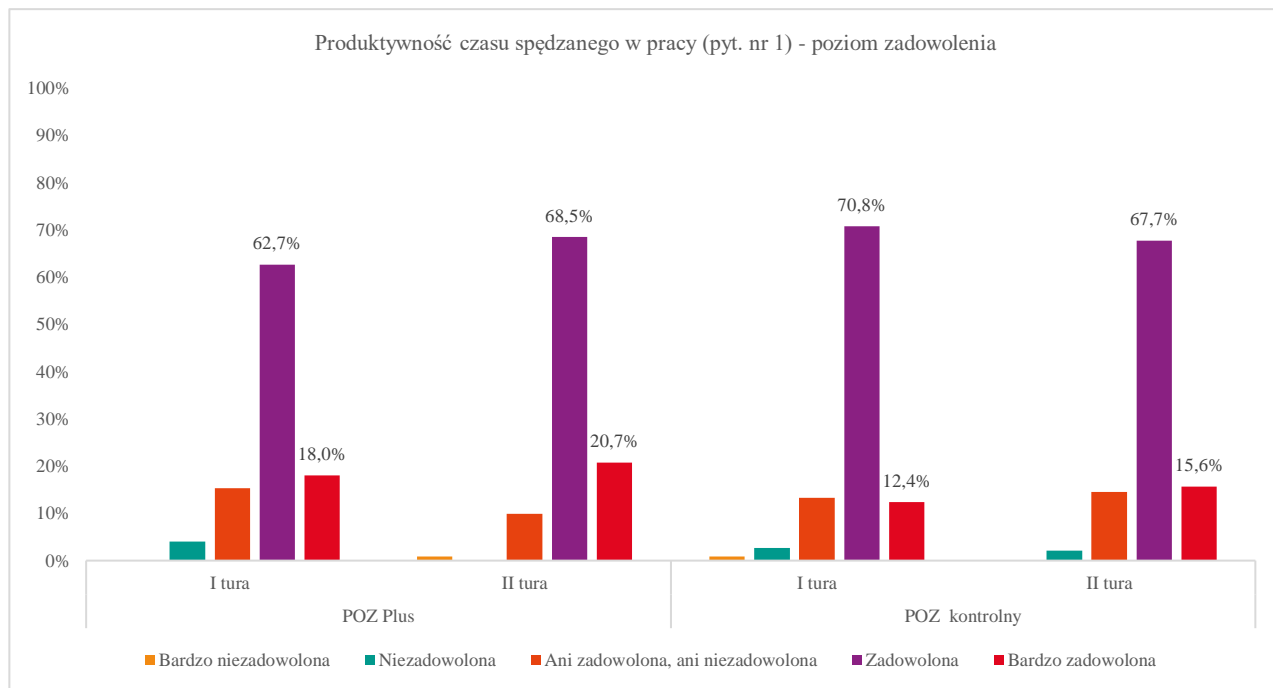


Źródło danych: WB (2021)

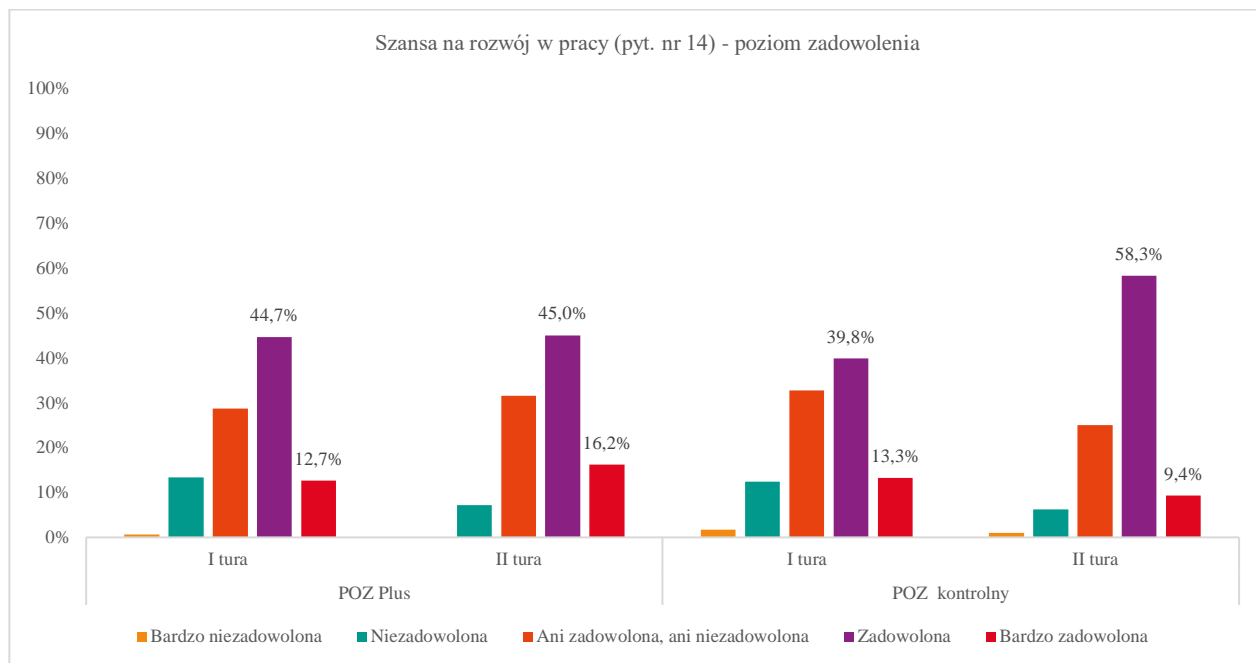
RYC. 19 Poziom zadowolenia personelu z wybranych aspektów pracy – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki oraz tury badania (SAMODZIELNOŚĆ)



RYC. 20 Poziom zadowolenia personelu z wybranych aspektów pracy – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki oraz tury badania (PRODUKTYWNOŚĆ)



RYC. 21 Poziom zadowolenia personelu z wybranych aspektów pracy – zmiana między początkiem a końcem pilotażu według rodzaju placówki oraz tury badania (ROZWÓJ)



Źródło danych: WB (2021)

4. Podsumowanie najważniejszych wniosków

Zdecydowana większość respondentów badania ex post pozytywnie ocenia realizację pilotażu POZ Plus. Bazując na doświadczeniach zdobytych w programie, byłaby gotowa do ponownego w nim udziału. Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają wnioskować, że udział w pilotażu dał placówkom szansę na rozwój, nabycie nowych umiejętności, a także możliwość poprawy zakresu i jakości usług świadczonych pacjentom.

Realizację pilotażu utrudniał nieodpowiednio przygotowany system informatyczny, zwracano uwagę zarówno na opóźnienie w jego dostawie, niekompatybilność, jak również słabą przyjazność dla użytkownika. W wywiadach pogłębionych podkreślano, że system informatyczny powinien być identyczny dla wszystkich placówek i dostarczony przez jednego dostawcę na czas, a więc w momencie rozpoczęcia pilotażu. **Wśród innych utrudnień wskazywano na niewystarczającą promocję programu oraz początkowe obawy pacjentów i niechęć do udziału w programie.** Bariery te udało się jednak skutecznie pokonać dzięki zaangażowaniu realizatorów pilotażu (tzn. świadczeniodawców). Duże zróżnicowanie placówek POZ włączonych w pilotaż skutkowało zupełnie innymi wyzwaniami. W mniejszych placówkach (i tych niebędących częścią większych sieci medycznych) pojawiało się więcej trudności techniczno-administracyjnych i problemów związanych z pozyskaniem do współpracy określonych lekarzy specjalistów. W większych placówkach nierzadko pojawiały się wątpliwości dotyczące wymaganej sprawozdawczości – w opinii respondentów jej zakres powinien być lepiej przeanalizowany i ograniczony do rzeczywiście koniecznych informacji, które są wykorzystywane przez NFZ do analizowania danych.

Przez wszystkich świadczeniodawców biorących udział w pilotażu bardzo pozytywnie oceniona została funkcja koordynatora opieki, dzięki któremu nastąpiło usprawnienie pracy w zespole i odciążenie kadr medycznych od zadań administracyjnych. Respondenci opisując rolę koordynatora, używali m.in. takich określeń jak: „*centrum dowodzenia usług zdrowotnych*”, „*partner dla pacjenta*”, „*wsparcie dla kadr medycznych*”, „*latarnik*”. Kilku respondentów podkreśliło, że w roli koordynatora bardzo dobrze sprawdzają się zarówno pracownicy administracyjni, jak i specjaliści zdrowia publicznego, którzy w toku studiów uzyskują interdyscyplinarne kompetencje, znają specyfikę organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Wielu respondentów zadeklarowało, że nawet po zakończeniu pilotażu planują utrzymanie w placówce funkcji koordynatora POZ, gdyż usprawnia funkcjonowanie placówki i poprawia jakość obsługi pacjenta. Prawie we wszystkich placówkach zadeklarowano wyraźne usprawnienie pracy, część zadań została przesunięta z lekarza na pielęgniarkę, a z pielęgniarki na koordynatora. W kontekście aktualnych deficytów kadr medycznych, uzyskanie takiego efektu programu ma bardzo duże znaczenie.

Bazując na doświadczeniach z udziału w pilotażu, **respondenci rekomendują konieczność przygotowania rzetelnych i precyzyjnych wytycznych oraz opisu procesów/procedur, które zapewniłyby świadczeniodawcom klarowną realizację tego typu projektów w przyszłości.** Zwrócono także uwagę na potrzebę wdrożenia szkoleń dla pracowników jeszcze przed

rozpoczęciem pilotażu. Podnoszono także konieczność współpracy międzyresortowej na różnych poziomach (w przypadku POZ dobra współpraca z samorządem terytorialnym, podmiotami opieki społecznej oraz placówkami edukacyjnymi). W opinii respondentów niezbędne są kampanie społeczne i budowanie partnerstwa na rzecz opieki koordynowanej (w tym działań profilaktycznych) między poszczególnymi podmiotami, co ma szczególne znaczenie w trakcie realizacji programów na poziomie lokalnym.

Poziom satysfakcji personelu biorącego udział w pilotażu POZ Plus nie uległ znaczącej zmianie. Zarówno na początku, jak i na końcu pilotażu większość personelu POZ Plus była zadowolona z badanych 20 aspektów pracy.