

Raport końcowy

Ocena trafności i skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER



Raport opracowany przez:

IBC GROUP Central Europe Holding S.A.

Streszczenie

Badanie *Ocena trafności i skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER* zostało przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w okresie sierpień – grudzień 2020 roku. Celem ewaluacji było dokonanie charakterystyki i oceny jakości interwencji ze środków finansowych z Europejskiego Funduszu Społecznego w zakresie wdrażania ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej, a także ocena sposobu i efektów realizacji tych Programów.

W trakcie badania wykorzystano szereg jakościowych i ilościowych metod badawczych. Dokonano także analizy wybranych opracowań i źródeł naukowych dotyczących tematyki profilaktyki zdrowotnej. Na etapie ilościowym przeprowadzono trzy niezależne badania ankietowe, w trakcie których pozyskano opinie beneficjentów konkursowych, uczestniczących w projektach przedstawicieli podmiotów leczniczych i pacjentów. Informacje o przebiegu projektów pozyskiwano także w trakcie wywiadów i dyskusji grupowych z bezpośrednimi ich uczestnikami: przedstawicielami podmiotów leczniczych, przedstawicielami administracji publicznej i pacjentami.

Rozważania o programach profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER należy rozpocząć od stwierdzenia, że są to ważne i potrzebne przedsięwzięcia. Niewątpliwie analizowane programy wpisują się w istniejące potrzeby i zwiększają dostępność do świadczeń profilaktycznych. Nie odbywa się to bez przeszkód. Obserwowane w ostatnich miesiącach trudności w realizacji założonych celów generowane są przez ograniczenia związane z pandemią COVID-19. Niemniej byłoby zbyt dalekim uproszczeniem poprzestanie na tej obserwacji. W trakcie badania zdiagnozowano także inne czynniki wpływające negatywnie na poziom realizacji i efektywność programów profilaktycznych. Zwraca uwagę m.in. niewielka motywacja i zaangażowanie POZ, a to właśnie na tych podmiotach oparto rekrutację pacjentów. Nie bez znaczenia jest także niechęć samych pacjentów do udziału w badaniach. Ma to swoje źródła zarówno w naturalnej obawie przed potencjalnie negatywną diagnozą, jak też w bardziej przyziemnych czynnikach, takich jak np. obowiązek wypełnienia złożonej dokumentacji. Istotna pozostaje odległość szpitala od miejsca zamieszkania pacjenta. Wstępują obszary, na których placówki POZ są oddalone od realizatorów programów o dziesiątki kilometrów, co stanowi duże utrudnienie dla aktywnych zawodowo osób.

Wskazane wyżej trudności nie wpływają jednak negatywnie na ogólny odbiór programów, które zostały pozytywnie ocenione przez beneficjentów i uczestników. Pozytywne efekty programów są widoczne już teraz. Poza samą możliwością wykrycia w trakcie badań chorób

nie można także zapominać o długofalowych rezultatach. Oprócz dodatniego ego wpływu na pacjentów sukcesem programów profilaktycznych jest także edukacja personelu medycznego. Lekarze oraz pielęgniarki w placówkach POZ poszerzyli swoją wiedzę w obszarze profilaktyki oraz leczenia wybranych typów schorzeń. W trakcie realizacji programów udało się osiągnąć także inne pozytywne, choć nieplanowane efekty. Wzmocniono m.in. sieci powiązań wśród środowiska lekarskiego. Dzięki temu możliwym będzie w przyszłości podejmowanie wspólnych działań nakierowanych na leczenie pacjentów i prowadzenie badań naukowych o charakterze interdyscyplinarnym. Także wybór projektów w podziale na makroregiony należy uznać za dobre rozwiązanie. Dzięki temu możliwym jest uniknięcie białych plam na mapie Polski i objęcie zasięgiem programów większej liczby osób.

Jednocześnie można wskazać szereg elementów wymagających poprawienia. Realizatorzy podkreślali zbyt duże skomplikowanie dokumentacji, jaką są obarczeni. Konieczność wielokrotnego powielania informacji, podpisów i krótkie terminy przekazywania formularzy sprawiają, że placówki POZ, pracownicy administracyjni, a ostatecznie także sami pacjenci objęci wsparciem tracą motywację i zniechęcają się do uczestnictwa w programach.

Kwestią problematyczną jest także alokacja środków i ich podział na koszty pośrednie i bezpośrednie oraz ryzyko niewykorzystania przeznaczonych środków ze względu na niewystarczającą ilość pacjentów biorących udział w programach. Realizatorzy negatywnie oceniają brak możliwości zmiany stawek jednostkowych. Zdaniem badanych należy zwiększyć pulę środków do realizacji kosztów pośrednich. Takie działanie umożliwiłoby prowadzenie efektywniejszej promocji programów, co w rezultacie przełoży się na realizację wyższego poziomu wskaźników.

Sukces programów jest w dużej mierze uzależniony od współpracy z placówkami POZ, dlatego należy opracować efektywny model korelacji pomiędzy nimi a beneficjentami programów. Zaangażowanie jednostek POZ pozwoli na szybszą rekrutację uczestników. Warto by w programach przewidzieć także miejsce dla pielęgniarek środowiskowych, które mogą odegrać ważną rolę w rekrutacji pacjentów, podobnie jak lekarze medycyny pracy. Dzięki stosunkowo regularnym kontaktom z grupą docelową projektu możliwe będzie pozyskanie przez nich większej liczby pacjentów. W przeciwieństwie bowiem do placówek POZ osoby pozostające aktywnie zawodowo są zobligowane do wizyt w gabinecie lekarzy medycyny pracy.

Elementem, który warto rozwijać, jest także segment promocji programów i komunikacji z potencjalnymi uczestnikami. Wiele w tym zakresie się działo i większość z programów była



promowana. Niemniej warto, by propagowanie programów profilaktycznych odbywało się równocześnie na dwóch poziomach: regionalnym - poświęconym konkretnemu programowi, jak też ogólnokrajowym – promującym samą ideę badań profilaktycznych jako elementu dbania o zdrowie każdego człowieka.

Istotą popularyzacji programów profilaktycznych powinno być nie tylko informowanie o możliwości udziału w darmowych badaniach. Niezbędne jest dążenie do zmiany świadomości społecznej, budowanie właściwych postaw i nawyku odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie nie tylko w sytuacji pogarszającej się kondycji organizmu, ale także wtedy, gdy choroba jeszcze nie wystąpiła lub jest w początkowym etapie swojego rozwoju.

Summary

The study concerning the assessment of the relevance and effectiveness of preventive programs implemented under the OP KED was carried out at the request of the Ministry of Health during August - December 2020. The purpose of the evaluation was to characterize and assess the quality of interventions from the European Social Fund concerning the implementation of nationwide health policy programs, as well as to evaluate the manner and effects of implementing these Programs.

A number of qualitative and quantitative research methods were used during the study. Existing studies and data reported during project implementation were also analysed. At the quantitative stage, three independent surveys were conducted, during which opinions were obtained from the programme beneficiaries, representatives of medical institutions and patients participating in the projects. Information concerning how these projects were carried out was also obtained during interviews and group discussions with direct project participants: representatives of healthcare entities, representatives of public administration and patients.

Thanks to the use of various research methods and the inclusion of the opinions of all key actors, it was possible to answer the research questions posed. Actions were recommended as a response to the problems diagnosed during the study. The implementation of the proposed recommendations will make it possible to eliminate key obstacles hindering the use of the full potential of the implemented preventive programs.

Considerations about preventive programs implemented under the OP KED should start with the statement that these are important and necessary undertakings. Undoubtedly, the analysed programs meet the existing needs and increase the availability of preventive services. However it does not happen without obstacles. The difficulties in achieving the goals that have been observed in recent months are conditioned by the limitations related to the COVID-19 pandemic. Nevertheless, it would be too simplistic to stop at this observation. During the study, other factors negatively influencing the implementation and effectiveness of preventive programs were also diagnosed. What draws attention, among others limitations, is the fact that there is little motivation and commitment among the primary health care institutions, and it was these primary care entities that the actual implementation of preventive measures was based upon. The reluctance of the patients themselves to participate in the research is also significant. It has its sources both in the natural fear of a potentially negative diagnosis and in more down-to-earth factors, such as the obligation to complete complex documentation. The distance between the hospital and the patient's place

of residence remains important. There are areas where the primary healthcare facilities are tens of kilometres away from the programs implementer, which is a major obstacle for professionally active people.

However, the above-mentioned difficulties do not negatively affect the overall perception of the programs, which was positively assessed by the beneficiaries and participants. The positive effects of the programs are already visible. In addition to the ability to detect diseases with diagnostic activities, the long-term results must not be forgotten either. Apart from having a positive impact on patients, the success of the preventive programme concerns also the education of the medical personnel. Doctors and nurses in primary health care facilities have expanded their knowledge in the area of prevention and treatment of selected types of diseases. During the implementation of the programs, other positive, though unplanned, effects were also achieved. The network of connections among the medical community has been strengthened. Thanks to this phenomenon, it will be possible in the future to undertake joint activities aimed at treating patients and conducting interdisciplinary research. The selection of projects in terms of different macro-regions should also be considered a good solution. This strategy enabled the avoidance of the so called "white spots" on the map of Poland - therefore extending the coverage of programs to a larger number of people.

At the same time, a number of elements worth improving can be indicated. The executors emphasized that the documentation they were burdened with was too complicated. The necessity to repeatedly duplicating information, signatures, as well as the short deadlines for submitting all the forms make the employees of the primary care units, the administrative staff, and ultimately the supported patients themselves lose their motivation and become discouraged from participating in the programs.

The allocation of funds and their division into direct and indirect costs as well as the risk of not using the allocated funds due to the insufficient number of patients participating in the program are also problematic. Implementers negatively assess the inability to change unit rates. According to the respondents, the pool of funds for the implementation of indirect costs should be increased. Such action would enable a more effective promotion of the programs, which in turn would translate into the implementation of a higher level of indicators.

The success of the programs largely depends on the cooperation with the primary health units, therefore an effective model of partnership between them and the programs beneficiaries should be developed. The involvement of PH units will allow for faster recruitment of participants. Programs should also provide a place for community nurses who



can play an important role in recruiting patients, similarly to the Occupational Medicine Institutions. Thanks to relatively regular contacts with the target group of the project, it will be possible for them to attract more patients. This is because, unlike primary health care facilities, professionally active people are obliged to visit the office of occupational medicine doctors.

Another element worth developing is the segment of programs promotion and communication with potential participants. A lot has happened in this regard and most of the programs have been promoted. Nevertheless, it is worth promoting preventive programs at on two levels: regional level, which is dedicated to a specific program, and nationwide - promoting the very idea of preventive examinations as an element of caring for the health of every human being.

The importance of promotion of preventive programs should be not only based on informing about the possibility of participating in free tests. It is necessary to strive to change social awareness, build the right attitudes and the habit of responsibility for one's life and health not only in a deteriorating condition, but also when the disease has not occurred yet or is at the initial stage of its development.

Spis treści

Streszczenie	2
Summary	5
Spis treści	8
1. Słownik i wykaz skrótów	12
1.1. Słownik: objaśnienie terminologii	12
1.2. Wykaz skrótów	14
Wprowadzenie	15
2. Metodologia	20
2.1. Badania ilościowe	20
2.2. Badania jakościowe	20
3. Szczegółowe wyniki badania	22
3.1. Analiza desk-research	22
3.2. Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi	34
3.2.1. Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia	39
3.2.1.1. Realizacja celów PPZ	39
3.2.1.2. Efekty PPZ	42
3.2.1.3. Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ	45
3.2.1.4. Świadomość zdrowotna	47
3.2.1.5. PPZ w opinii pacjentów	47
3.2.1.6. Problemy w trakcie realizacji PPZ	50
3.2.1.7. Realizacja zaplanowanych interwencji	53
3.2.2. Postęp finansowy i efektywność wsparcia	55
3.2.2.1. Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne	55
3.2.2.2. Stawki jednostkowe	56
3.2.2.3. Efektywność finansowa	57
3.2.2.4. Koszty alternatywne	58
3.2.3. Zasady i procedury realizacji PPZ	61
3.2.3.1. Procedury realizacji PPZ	62
3.2.3.2. Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ	65
3.2.3.3. Ocena zgłaszalności pacjentów	67

3.2.3.4.	Nieschematyczne rozwiązania	70
3.2.3.5.	Podział na makroregiony	71
3.2.4.	Koordinacja działań profilaktycznych	73
3.2.4.1.	Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom	73
3.2.4.2.	Współpraca w ramach działań profilaktycznych	76
3.2.4.3.	Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów	79
3.2.4.4.	Zaangażowanie POZ w realizację PPZ	79
3.2.5.	Komunikacja	81
3.2.6.	Podsumowanie	83
3.2.7.	Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych	87
3.3.	Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów	89
3.3.1.	Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia	94
3.3.1.1.	Realizacja celów PPZ	94
3.3.1.2.	Efekty PPZ	96
3.3.1.3.	Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ	99
3.3.1.4.	Świadomość zdrowotna	102
3.3.1.5.	PPZ w opinii pacjentów	103
3.3.1.6.	Problemy w trakcie realizacji PPZ	106
3.3.1.7.	Realizacja zaplanowanych interwencji	109
3.3.2.	Postęp finansowy i efektywność wsparcia	110
3.3.2.1.	Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne	110
3.3.2.2.	Stawki jednostkowe	111
3.3.2.3.	Efektywność finansowa	112
3.3.2.4.	Koszty alternatywne	113
3.3.3.	Zasady i procedury realizacji PPZ	118
3.3.3.1.	Procedury realizacji PPZ	118
3.3.3.2.	Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ	121
3.3.3.3.	Ocena zgłaszalności pacjentów	124
3.3.3.4.	Nieschematyczne rozwiązania	127
3.3.3.5.	Podział na makroregiony	128
3.3.4.	Koordinacja działań profilaktycznych	130
3.3.4.1.	Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom	130
3.3.4.2.	Współpraca w ramach działań profilaktycznych	132
3.3.4.3.	Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów	136
3.3.4.4.	Zaangażowanie POZ w realizację PPZ	137
3.3.5.	Komunikacja	138
3.3.6.	Podsumowanie	140

3.3.7.	Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych	144
3.4.	Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych	146
3.4.1.	Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia	149
3.4.1.1.	Realizacja celów PPZ	149
3.4.1.2.	Efekty PPZ	153
3.4.1.3.	Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ	156
3.4.1.4.	Świadomość zdrowotna	158
3.4.1.5.	PPZ w opinii pacjentów	159
3.4.1.6.	Problemy w trakcie realizacji PPZ	164
3.4.1.7.	Realizacja zaplanowanych interwencji	166
3.4.2.	Postęp finansowy i efektywność wsparcia	167
3.4.2.1.	Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne	167
3.4.2.2.	Stawki jednostkowe	169
3.4.2.3.	Efektywność finansowa	170
3.4.2.4.	Koszty alternatywne	171
3.4.3.	Zasady i procedury realizacji PPZ	174
3.4.3.1.	Procedury realizacji PPZ	174
3.4.3.2.	Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ	175
3.4.3.3.	Ocena zgłaszalności pacjentów	178
3.4.3.4.	Nieschematyczne rozwiązania	179
3.4.3.5.	Podział na makroregiony	180
3.4.4.	Koordinacja działań profilaktycznych	181
3.4.4.1.	Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom	181
3.4.4.2.	Współpraca w ramach działań profilaktycznych	183
3.4.4.3.	Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów	186
3.4.4.4.	Zaangażowanie POZ w realizację PPZ	186
3.4.5.	Komunikacja	187
3.4.6.	Podsumowanie	190
3.4.7.	Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych	193
3.5.	Wnioski w obszarze analizy wszystkich PPZ	195
3.5.1.	Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia	197
3.5.1.1.	Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ	197
3.5.1.2.	PPZ w opinii pacjentów	200
3.5.1.3.	Problemy w trakcie realizacji PPZ	205
3.5.1.4.	Realizacja zaplanowanych interwencji	210
3.5.2.	Postęp finansowy i efektywność wsparcia	211
3.5.2.1.	Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne	211
3.5.2.2.	Stawki jednostkowe	212



3.5.3.	Zasady i procedury realizacji PPZ _____	214
3.5.3.1.	Procedury realizacji PPZ _____	214
3.5.3.2.	Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ _____	216
3.5.3.3.	Ocena zgłaszalności pacjentów _____	218
3.5.3.4.	Nieschematyczne rozwiązania _____	222
3.5.3.5.	Podział na makroregiony _____	223
3.5.4.	Koordinacja działań profilaktycznych _____	224
3.5.4.1.	Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom _____	224
3.5.4.2.	Współpraca w ramach działań profilaktycznych _____	225
3.5.4.3.	Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów _____	227
3.5.4.4.	Zaangażowanie POZ w realizację PPZ _____	228
3.5.5.	Komunikacja _____	229
3.5.6.	Podsumowanie _____	233
4.	Synteza odpowiedzi na pytania ewaluacyjne _____	237
5.	Tabela wniosków i rekomendacji _____	248
6.	Spis tabel i rysunków _____	256
7.	Bibliografia _____	259

1. Słownik i wykaz skrótów

1.1. Słownik: objaśnienie terminologii

Analiza danych zastanych (analiza <i>desk research</i>)	Metoda wtórnej analizy danych (m.in. dokumentów, wytworzonych już danych i informacji oraz raportów i innych publikacji zawierających wyniki już zrealizowanych badań, ekspertyz, analiz, itp.).
CAWI (Computer Assisted Web Interview)	Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony www – metoda zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej, w której respondent jest proszony o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej. Osoba badana w systemie CAWI, samodzielnie lub w asyście ankietera, odczytuje z ekranu treść pytań i udziela odpowiedzi, które rejestrowane są na docelowym serwerze. Oprogramowanie komputerowe obsługujące ankietę internetową dba o zachowanie właściwej kolejności pytań przesyłanych respondentowi, weryfikuje poprawność logiczną wprowadzanych odpowiedzi.
CATI (Computer Assisted Telephone Interview)	Technika badawcza, za pomocą której wywiad z respondentem prowadzony jest przez telefon. W wywiadach telefonicznych CATI ankieter odczytuje pytania, korzystając z elektronicznego kwestionariusza, na którym również notuje uzyskane odpowiedzi.
Telefoniczne pogłębione wywiady indywidualne TDI (Telephone Depth Interview)	Technika badawcza polegająca na szczegółowej, wnikliwej rozmowie z informatorem/respondentem, której celem jest dotarcie do precyzyjnych informacji oraz poszerzenie wiedzy związanej z tematem badania; w trakcie prowadzonego telefonicznie (opcjonalnie za pośrednictwem komunikatorów internetowych np. Zoom, Google Meets, Microsoft Teams, Skype, Webex, itp.) wywiadu indywidualnego podejmowane są pytania



	badawcze o charakterze eksploracyjnym, próby wyjaśniania/zrozumienia zjawisk, motywacji, postaw, zachowań.
Tele-Diady	Wywiady pogłębione o charakterze jakościowym, prowadzone jednocześnie z dwoma respondentami, których celem jest skonfrontowanie opinii i prześledzenie interakcji zachodzących pomiędzy dwoma osobami. Diady będą prowadzone drogą telefoniczną (poprzez opcję rozmowy konferencyjnej) lub za pośrednictwem komunikatorów internetowych np. Zoom, Google Meets, Microsoft Teams, Skype, itp.
Warsztat ekspercki on-line typu <i>design thinking</i> (w skrócie: DT, czyli „myślenie projektowe”)	Określa metodę twórczego rozwiązywania problemów, tworzenia nowych produktów i wypracowywania innowacyjnych rozwiązań. Jak się okazuje, metoda ta nie jest skierowana tylko i wyłącznie do sfery biznesu, do której odnosi się jej geneza, ale wszędzie tam, gdzie problemy nie mają jednego, oczywistego rozwiązania.
Ważenie (z ang. weighting)	Procedura obliczeniowa, której celem głównym jest skorygowanie próby badanej w taki sposób, aby w możliwie jak największym stopniu była reprezentatywna dla populacji, z której została pobrana.
Zogniskowany wywiad grupowy FGI prowadzony on-line (e-Focus Group Interview)	Technika polegająca na zebraniu grupy badanych osób i zainicjowaniu ich dyskusji. Wywiady będą realizowane za pośrednictwem komunikatorów internetowych, np. Zoom, Google Meets, Microsoft Teams, Skype, Webex, itp. Technika ta jest często stosowana w badaniach społecznych. Metoda zogniskowanych wywiadów grupowych (tzw. grupy fokusowe) ma formę ustrukturyzowanej dyskusji prowadzonej przez moderatora, którym jest zazwyczaj badacz podający tematy do omówienia. Umożliwia zebranie w jednym miejscu reprezentantów różnych grup



	społecznych w celu wzajemnej dyskusji i konfrontacji opinii.
--	--

1.2. Wykaz skrótów

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CATI	Computer Assisted Telephone Interview (Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny)
CAWI	Computer Assisted Web Interview (Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony www)
CT8	Celu Tematyczny 8: Promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia oraz wspieranie mobilności siły roboczej
DT	Design Thinking
e-FGI	e-Focus Group Interview (Zogniskowany wywiad grupowy on-line)
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MFiPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PO KL	Program Operacyjny Kapitał Ludzki
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
PPZ	Program Profilaktyki Zdrowotnej
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
SCC	Squamous Cell Carcinoma (Nowotwór kolczystokomórkowy skóry)
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
TDI	Telephone Depth Interview (Telefoniczny pogłębiony wywiad indywidualny)
UP	Umowy Partnerstwa

Wprowadzenie

Raport OECD – „Health at a Glance: Europe 2018”¹, opublikowany w listopadzie 2018 r., pokazuje, że rocznie 570 tys. mieszkańców Europy w wieku produkcyjnym umiera z powodu chorób przewlekłych. W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów lokuje nasz kraj na 9 miejscu, wśród najwyższych wskaźników, w grupie 28 krajów. Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promocja zdrowia, którą należy rozumieć jako proces obejmujący działania prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie oraz odejście od często zbyt zmedykalizowanego systemu leczenia. Oznacza to przeniesienie wagi tradycyjnej terapii w systemie opieki zdrowotnej, wykorzystującej często drogie technologie, na rzecz nauki o własnym zdrowiu. Prowadzenie zdrowego stylu życia wynika z warunków, w jakich żyjemy, indywidualnych wzorców zachowania oraz osobistych cech charakteru. Zdrowy styl życia jest w dużej mierze efektem popularyzacji właściwych zachowań, diety, ochrony środowiska, etc. W promocję zdrowia wpisuje się wiele różnych czynników mających wpływ na zdrowie człowieka, jak np.: możliwość odpowiedniego zatrudnienia, wyżywienie, edukacja, poczucie bezpieczeństwa, relacje z innymi osobami, zachowanie więzi rodzinnych, egzystencja w czystym środowisku naturalnym. To nie tylko koncepcja i wytyczne, jak należy wzmacniać zdrowie i jego potencjał, ale również szereg działań mających na celu nauczanie społeczeństwa, jak to robić prawidłowo. Ten element promocji zdrowia nazwany jest edukacją zdrowotną, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu oraz zwiększenie skuteczności kontroli nad własnym zdrowiem. Promocja zdrowia nie jest tożsama z edukacją zdrowotną i różni się też od profilaktyki chorób. Można ją realizować wśród osób zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i chorych, równolegle do różnych faz profilaktyki. Skuteczność działań promocyjnych i edukacyjnych potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych. Badania L. Goldmana oraz E.F. Cooka wykazały, iż spadek umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Stanach Zjednoczonych w latach 1968–1975 był w ponad 60% skutkiem zmiany stylu życia oraz poprawy kontroli czynników ryzyka tej choroby. Wzrost jakości świadczonych usług medycznych odpowiadał jedynie w 1/3 za redukcję umieralności. Z kolei realizowany w Finlandii, od 1972 r., program prewencji choroby niedokrwiennej serca doprowadził do zmniejszenia umieralności mężczyzn w wieku 35–64 lata o 65% dla całego kraju i o 73% dla Karelii², gdzie zaczęto realizować go najwcześniej. Profilaktyka chorób to także działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami. Może ona

¹ http://ec.europa.eu/health/state/docs/health-glance_2016_rep_en.pdf.

² J. A. Indulski, Z. Jethon, L.T. Dawydzik, „Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia”, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2000, s. 321-339.

skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczaniem jej skutków. Koncepcja profilaktyki, od lat 60-tych XX wieku, powszechnie bazuje na podziale działań na trzy etapy. Profilaktyka pierwotna (I fazy) – to profilaktyka, która powinna zapobiegać powstaniu procesów chorobowych. Obejmuje działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. To m.in. szczepienia ochronne oraz edukacja zdrowotna³. Profilaktyka wtórna (II fazy) – polegająca na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych, zanim wystąpią objawy, wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo⁴. Ostatnim etapem profilaktyki jest profilaktyka trzeciorzędowa (III fazy) – ograniczająca skutki już rozwiniętej choroby. Dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami⁵.

Zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 (dalej: UP) działania z obszaru profilaktyki zdrowotnej realizowane są w Celu Tematycznym 8 Promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia oraz wspieranie mobilności siły roboczej (dalej: CT8) w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się (dalej: PI 8vi). Działania realizowane w ramach CT8 koncentrują się przede wszystkim na wydłużeniu aktywności zawodowej na rynku pracy w dobrym stanie zdrowia. Kierowane są głównie do osób w wieku aktywności zawodowej i obejmują działania profilaktyczne, których celem jest poprawa zdrowia osób pracujących poprzez realizację programów profilaktycznych i diagnostycznych ukierunkowanych na główne jednostki chorobowe zidentyfikowane na poziomie krajowym lub specyficzne jednostki chorobowe dla danego regionu, mające wpływ na sytuację w danym województwie. Ponadto, w zakresie ułatwiania powrotu do aktywności zawodowej, zaplanowane zostały działania związane z rehabilitacją. Realizowane są także przedsięwzięcia nakierowane na eliminację czynników zagrażających zdrowiu w miejscu pracy. Konsekwencje problemów zdrowotnych osób w wieku produkcyjnym znacząco oddziałują na rynek pracy. Podejmowane interwencje dotyczą m.in.: tworzenia i rozwijania

³K. Lewtak, M. Gajewska, L. Sugay, A. Rutyna, Profilaktyka chorób – definicja, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/> (dostęp: 19.8.2020).

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

programów polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania schorzeniom istotnie wpływającym na dezaktywizację zawodową, opracowania i wdrożenia programów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia oraz programów naprawczych minimalizujących zdrowotne czynniki ryzyka zawodowego w miejscu pracy.

W dokumencie pn. „Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”⁶ wskazuje się, że problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej są niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie. Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, że w Polsce odnotowuje się deficyt finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. W dokumencie jako mocne strony obszaru profilaktyki i promocji zdrowia wskazuje się:

- realizację ogólnokrajowych i regionalnych programów zdrowia publicznego;
- systematyczny wzrost zgłaszalności na badania populacyjne w kierunku wykrywania nowotworów złośliwych;
- wysoki poziom wyszczepialności w stosunku do średniej UE;
- uznawanie zdrowia za jedną z najistotniejszych wartości cenionych przez polskie społeczeństwo.

Jako „słabość” systemu działań prewencyjnych w ochronie zdrowia, za ww. dokumentem, uznać należy:

- niską świadomość zdrowotną społeczeństwa;
- ograniczony zakres szczepień obowiązkowych finansowanych ze środków publicznych;
- niższą niż w innych krajach UE zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych;
- niską wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych;
- rozdrobnienie, ograniczoną koordynację oraz integrację programów zdrowotnych;
- brak wystarczającego powiązania działań profilaktycznych z potrzebami lokalnych społeczności;
- brak odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów z obszaru zdrowia publicznego;
- niewystarczającą liczbę programów ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem.

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper>, str. 39.

W ramach PO WER projekty profilaktyczne realizowane są w Działaniu 5.1 Programy profilaktyczne. Realizują one Cel szczegółowy 1: Wdrożenie programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej. Logika tej interwencji określona została zgodnie z zapisami pkt. 5 Rozdziału 4 Wytucznych w ten sposób, aby najpierw w ramach projektu pozakonkursowego określić jednostki chorobowe, które w szczególności należy objąć na poziomie ogólnokrajowym wsparciem o charakterze profilaktycznym i w oparciu o tę diagnozę opracować programy profilaktyki zdrowotnej, a następnie – w trybie konkursowym wybrać realizatorów tych PPZ, którzy będą w ramach projektów PO WER udzielać wsparcia w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej tych chorób, realizację badań diagnostycznych (przesiewowych) i działania informacyjno-edukacyjne. Katalog możliwych form wsparcia w ramach tej interwencji został opisany w Rozdziale 4 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (dalej: Wytucznych). W ramach perspektywy finansowej 2014-2020 wsparcie w zakresie profilaktyki chorób jest znacznie szersze niż w ramach poprzedniego okresu programowania (2007-2013, Działanie 2.3 PO KL), kiedy to dotyczyło ono jedynie opracowania ogólnokrajowych programów profilaktycznych w zakresie chorób zawodowych, które stanowią zaledwie 1,6 % wszystkich pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy. Istotnym ograniczeniem wcześniejszej interwencji publicznej z EFS dotyczącej działań profilaktycznych był brak możliwości finansowania badań diagnostycznych. Doświadczenia z realizacji projektów w latach 2007-2015 wskazały na potrzebę koncentracji interwencji na przedsięwzięciach wpływających w największym stopniu na rozwiązywanie kluczowych problemów zdrowotnych i demograficznych. Jednocześnie, zgodnie z przyjętą demarkacją, programy polityki zdrowotnej mogą być realizowane zarówno na poziomie ogólnokrajowym (przez MZ), jak i przez samorządy województw.

Ewaluację przeprowadzono w celu dokonania charakterystyki i oceny jakości interwencji ze środków EFS w zakresie wdrażania programów polityki zdrowotnej (PPZ), a także analizy i ocena sposobu oraz efektów realizacji PPZ. Celem głównym ewaluacji jest: charakterystyka i ocena jakości interwencji ze środków EFS w zakresie wdrażania programów polityki zdrowotnej (PPZ), a także analiza i ocena sposobu oraz efektów realizacji PPZ.

Cel główny zostanie osiągnięty poprzez realizację następujących pięciu celów szczegółowych:

- a) ocena adekwatności PPZ współfinansowanych w ramach PO WER do potrzeb zdrowotnych indywidualnych uczestników projektów (pacjentów) oraz możliwości i potencjału beneficjentów;

- b) ocena skuteczności PPZ współfinansowanych w ramach PO WER;
- c) ocena efektywności wdrażania PPZ współfinansowanych w ramach PO WER;
- d) ocena użyteczności wsparcia otrzymanego dzięki realizacji PPZ współfinansowanych w ramach PO WER;
- e) analiza sposobu oraz efektów realizacji 3 wybranych PPZ (dalej: 3 PPZ), dofinansowanych w ramach PO WER, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. 2017 r. poz. 2476):
 - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi
 - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów
 - Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych (ICD10: I60-I69)

Badanie zrealizowano z uwzględnieniem czterech perspektyw opisanych kolejnymi kryteriami ewaluacyjnymi: adekwatności, skuteczności, efektywności i użyteczności.

Tabela 1. Kryteria ewaluacji

Adekwatności	Skuteczności	Efektywności	Użyteczności
ocena stopnia, w jakim zakres i faktyczna realizacja PPZ odpowiada na określone w nich oraz rzeczywiście istniejące potrzeby zdrowotne indywidualnych uczestników projektów	ocena stopnia, w jakim zostały zrealizowane cele i wskaźniki określone dla PPZ oraz cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER, a także opis sposobu realizacji ww. celów oraz ocena osiągniętych efektów realizacji PPZ	ocena osiągniętych rezultatów w stosunku do poniesionych nakładów finansowych	ocena przydatności wiedzy uzyskanej przez beneficjentów i ich partnerów w projektach oraz przez poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie realizacji projektów

2. Metodologia

W ramach badania ewaluacyjnego „Ocena trafności i skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER” pozyskano wiedzę i opinie od kilkudziesięciu lekarzy i ekspertów reprezentujących różne specjalizacje medyczne. Przeprowadzono także ogólnopolskie badania ilościowe zarówno z lekarzami, jak też pacjentami uczestniczącymi w programach profilaktycznych. Dokonano również analizy istniejących materiałów i opracowań oraz danych raportowanych w ramach konkursów i w trakcie realizacji projektów. Zastosowana triangulacja metod ilościowych i jakościowych to niewątpliwy atut przedmiotowego badania. Przyjęta metodologia i sposób działania umożliwiły analizę funkcjonowania programów nie tylko na wielu poziomach, ale też z różnych perspektyw. Dzięki temu uzyskano wiedzę o dużej wartości merytorycznej, cenną z punktu widzenia zarządzania interwencją publiczną.

Przeprowadzona w ramach badania analiza desk research miała charakter przeglądowy w zakresie danych zastanych, istniejących danych i raportów, a także publikacji (w tym naukowych) dotyczących przedmiotu badania. W wyniku przeprowadzonej analizy udało się poznać i opisać szeroki kontekst społeczny dla potrzeb wdrażania i realizacji programów profilaktycznych.

2.1. Badania ilościowe

Celem efektywnego dotarcia do respondentów w warunkach pandemii COVID-19 w przypadku badań ilościowych oparto się na metodach/technikach badawczych umożliwiających pozyskiwanie danych bez konieczności bezpośredniego kontaktu między ankieterami a respondentami. Przeprowadzono badania, w trakcie których pozyskano opinie:

- przedstawicieli beneficjentów konkursowych (CAWI, n=68),
- uczestniczących w projektach przedstawicieli podmiotów leczniczych (CAWI/CATI, n=550),
- uczestniczących w nich pacjentów (CATI, n=1050).

2.2. Badania jakościowe

Drugim istotnym komponentem badania były badania jakościowe, które miały na celu uzyskanie pogłębionych informacji o przebiegu analizowanych projektów. Podobnie jak w przypadku badań ilościowych, informacje pozyskiwano w sposób umożliwiający rozmowę z wybranymi ekspertami bez konieczności bezpośredniego kontaktu między członkami zespołu badawczego a respondentami. Były to pogłębione wywiady indywidualne realizowane przez telefon (TDI) z koordynatorami projektów. W trakcie badań przeprowadzono 24 pogłębione

wywiady telefoniczne (TDI) z koordynatorami projektów (lub wskazanymi przez nich osobami), z czego:

- 9 koordynatorami projektów realizowanych w ramach „Programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”,
- 5 koordynatorami projektów realizowanych w ramach PPZ: Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych,
- 10 koordynatorami projektów realizowanych w ramach PPZ: Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Informacje uzyskane w trakcie rozmów z osobami zaangażowanymi w realizację projektów uzupełniono o wiedzę i obserwacje przedstawicieli administracji publicznej, z którymi przeprowadzono 6 dodatkowych wywiadów pogłębionych. Wskazani eksperci byli pracownikami: Ministerstwa Zdrowia (4 osoby), Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (1 osoba) i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (1 osoba).

Obraz funkcjonowania programów profilaktycznych nie byłby pełen bez uwzględnienia stanowiska pacjentów. Celem bliższego poznania ich perspektywy przeprowadzono trzy telediady, w których wzięły udział osoby uczestniczące w analizowanych programach profilaktycznych.

W końcowej fazie badania zorganizowano także on-line zogniskowany wywiad grupowy (e-FGI) ze zróżnicowanym gremium, w skład którego weszli: koordynatorzy projektów, przedstawiciele podmiotów leczniczych uczestniczących w projektach i pacjenci.

Na ostatnim etapie badania odbył się warsztat design-thinking z udziałem lekarzy, których specjalizacje są zbieżne z zakresem programów:

- Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi,
- Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych,
- Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów.

Badanie to koncentrowało się nie na analizie samych projektów, ale kreatywnym poszukiwaniu rozwiązań umożliwiających usprawnienie przebiegu programów profilaktycznych. To finalne spotkanie koncentrowało się nie na analizie samych projektów, ale kreatywnym poszukiwaniu rozwiązań umożliwiających usprawnienie przebiegu programów profilaktycznych. W trakcie warsztatu uczestnicy zapoznali się z insightami (informacjami o użytkownikach końcowych - pacjentach, uczestnikach programu profilaktycznego) pochodzącymi ze zrealizowanych wywiadów.

3. Szczegółowe wyniki badania

3.1. Analiza desk-research

W ramach techniki desk research analizie poddane zostały następujące dokumenty:

- dokumenty strategiczne i programowe (Strategia Europa 2020, Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020, Krajowe Ramy Strategiczne - Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, PO WER, SzOOP PO WER, Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020; Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 – w zakresie stosowania ich do dnia zawieszenia, czyli do dnia 1.02.2020 r., Quality in primary healthcare (WHO Report, WHO/HIS/SDS/2018.54, 1 August 2018), A vision for primary healthcare in the 21st century: towards Universal health coverage and the Sustainable Development Goals (WHO Report, WHO/HIS/SDS/2018.15), Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives (WHO Report, WHO, ISBN: 978-92-4-151395-1);
- dokumentacja związana z PPZ (programy, regulaminy konkursów PO WER);
- opinie wydane przez Prezesa AOTMiT w stosunku do PPZ finansowanych w ramach PO WER;
- wnioski o dofinansowanie projektów, w ramach których realizowane były 3 wybrane PPZ (przekazane przez Zamawiającego); 26 projektów (dotyczyły umów nierozwiązanych);
- dane monitoringowe z systemu SL2014 (przekazane przez Zamawiającego) – dane dotyczące beneficjentów, uczestników i dane wskaźnikowe: obowiązkowe w danym projekcie wskaźniki rezultatu i wskaźniki produktu, a także wskaźniki wskazane we wniosku przez wnioskodawców;
- inne informacje kontekstowe, takie jak prawodawstwo, zalecenia i wytyczne, powszechnie dostępne bazy danych, statystyki publiczne, analizy, badania i ekspertyzy dotyczące profilaktyki chorób, a także dokumenty naukowe i publikacje.

W ramach badania przeanalizowano metodą desk-research następujące programy polityki zdrowotnej:

Tabela 2. Programy profilaktyki zdrowotnej

Lp.	Tytuł PPZ	Cel programu
1	„Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia”	Celem niniejszego programu polityki zdrowotnej jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych w wybranej populacji mieszkańców Polski w latach realizacji programu
2	„Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi”	Celem głównym programu jest zmniejszenie, w okresie jego realizacji, o 10% ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego u kobiet po leczeniu raka piersi poprzez edukację i rehabilitację oraz poprawę lub podtrzymanie wydolności fizycznej
3	„Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”	Celem głównym jest wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi w okresie realizacji programu
4	„Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”	Celem programu jest zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wykrywalności Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w celu zapewnienia utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej chorych na RZS spośród grupy docelowej programu w okresie jego realizacji
5	„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)”	Celem programu jest profilaktyka i wczesne rozpoznanie objawów chorób naczyń mózgowych, w szczególności udarów mózgu i przemijającego ataku niedokrwinnego (TIA), u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) w okresie realizacji i na terenie realizacji programu

6	„ABCDE samokontroli znamion – Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry”	Celem programu jest wzrost, dzięki edukacji w okresie realizacji programu, świadomości grupy docelowej na temat zapobiegania nowotworom skóry i metod samobadania znamion
7	„Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych”	Celem programu jest wdrożenie w ośrodkach uczestniczących w programie skoordynowanego systemu wczesnej identyfikacji kobiet w wieku 50 -70 lat zagrożonych złamaniamiiskoenergetycznymi oraz chorych z już dokonanymi złamaniami i kierowania ich do właściwych ośrodków zajmujących się diagnostyką, prewencją i leczeniem osteoporozy
8	„Ogólnopolski Program Profilaktyki w Zakresie Miażdżycy Tętnic i Chorób Serca Poprzez Edukację Osób z Podwyższonymi Czynnikiem Ryzyka Sercowo-Naczyniowego (KORDIAN)”	Celem głównym programu jest wzrost świadomości oraz stopnia wykrywania chorób układu sercowo-naczyniowego u osób w wieku aktywności zawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem identyfikacji pacjentów obciążonych genetycznie FH, w okresie i na terenie realizacji programu
9	„Pilotażowy Program Profilaktyki Nowotworów Wątroby Poprzez Wczesne Wykrywanie Przewlekłych Zakażeń HCV i HBV u Dorosłych Mieszkańców Polski”	Celem programu jest zwiększenie liczby pacjentów z HCV i HBV kierowanych do leczenia, jak również działania edukacyjne w zakresie potrzeby unikania zachowań sprzyjających nowotworom wątroby
10	„Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”	Celem programu jest wzrost o 15% wczesnego wykrywania depresji poporodowej poprzez edukację i wzrost świadomości społecznej na temat depresji poporodowej w okresie realizacji programu
11	„Ogólnopolski Program Edukacyjny Dotyczący Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP)”	Celem programu jest wzrost świadomości społecznej na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w okresie i na terenie realizacji programu

12	„Ogólnopolski Program Profilaktyki Przewlekłych Bólów Kręgosłupa”	Celem programu jest zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencja przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób czynnych zawodowo z terenu całego obszaru Polski poprzez przeprowadzenie działań edukacyjno-diagnostyczno-terapeutycznych
13	„Pilotażowy Program Profilaktyki Chorób Odkleszczowych”	Celem głównym programu jest zmniejszenie zapadalności i poprawa wykrywalności boreliozy z Lyme poprzez działania edukacyjno-informacyjne wśród 17 000 osób zakwalifikowanych do programu z populacji w wieku aktywności zawodowej ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka ze względu na wykonywany zawód, uprawiane hobby i inne czynności wykonywane w terenie w czasie wolnym od pracy, do końca roku 2023
14	„Ogólnopolski Program Profilaktyki Uzależnień od Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych u Młodzieży i Młodych Dorosłych”	Celem programu jest ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych i społecznych poprzez prowadzenie proponowanych działań profilaktycznych w populacji młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-26 lat na terenie i co najmniej w okresie trwania programu
15	„Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży”	Celem głównym programu jest wzrost o 60% wiedzy młodzieży uczestniczącej w programie o zasadach profilaktyki próchnicy zębów w okresie realizacji programu. Lepsza świadomość grupy docelowej w zakresie profilaktyki próchnicy i zasad higieny jamy ustnej przyczyni się do ograniczenia występowania próchnicy wśród uczestników programu w późniejszym okresie

Analiza PPZ

Programy polityki zdrowotnej będące przedmiotem analizy odnoszą się do zróżnicowanych problemów zdrowotnych, jednak wszystkie spełniają zasadę celowości, uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i jako takie zostały przewidziane do finansowania w ramach środków publicznych. Struktura wszystkich programów jest jednolita, obok danych informacyjnych zawiera: opis problemu badawczego, cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności, charakterystykę populacji docelowej oraz interwencji, omówienie kosztów, monitorowanie i ewaluację. We wszystkich przeanalizowanych programach opierano się w ocenie problemu na aktualnych danych

epidemiologicznych, jak również na aktualnej wiedzy medycznej i w zakresie zdrowia publicznego (Evidence Based Medicine, Evidence Based Public Health). Na uwagę zasługuje odwoływanie się w przypadku programów dotyczących schorzeń onkologicznych do danych Krajowego Rejestru Nowotworów, dostępnego na stronie internetowej www.onkologia.org.pl, na której ostatnie aktualne dane epidemiologiczno-statystyczne publikowane są z roku 2013. Brak jest późniejszych danych publicznych.

Cele programów są we wszystkich przypadkach ustalone zgodnie z zasadą SMART (specific, measurable, achievable, relevant, time-bound), jakkolwiek w zakresie celów głównych istnieje istotna różnorodność prowadząca do osiągnięcia różnych, często odmiennych od deklarowanych, celów. Dla przykładu program „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP)...” za cel główny stawia „poprawę wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych w wybranej populacji mieszkańców Polski w latach realizacji programu”⁷, a w programie „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi” za cel główny postawiono „wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi w okresie realizacji programu”⁸. W przypadku tego drugiego programu do mierników efektywności zaliczono liczbę wykonanych konsultacji lekarskich (min. 35197), co sugeruje raczej, że celem jest zwiększenie wykrywalności chorób nowotworowych głowy i szyi. Jednym z mierników obowiązkowych był *„Odsetek uczestników deklarujących wzrost wiedzy o nowotworach głowy i szyi w okresie i na terenie realizacji programu – co najmniej 60%, miernik weryfikowany za pomocą ankiety”* (wartość narastająco, osiągnięta na podstawie danych zaraportowanych przez SL2014 – 174%). Wskaźnik ten nie jest wskaźnikiem świadczącym o podniesieniu świadomości, ale o samodeklaracji osób badanych nim. Brak mierników o charakterze zwiększenia samej świadomości (np. badania ex-ante i ex-post w zakresie poziomu wiedzy). Pod tym względem program wykazuje rozbieżność w zakresie celu i struktury.

Podobnie na wzroście poziomu wiedzy (świadomości) grupy docelowej skupia się program „ABCD samokontroli znamion – Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry”, a także „Ogólnopolski Program Profilaktyki w Zakresie Miażdżycy Tętnic i Chorób Serca...”. W przypadku obu tych programów, podobnie jak w poprzednim, zabrakło zastosowania

⁷ Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia, s. 14.

⁸ Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi, s. 21.

narzędzi oceniających rezultat w postaci realizacji celu głównego – poprawy świadomości grupy docelowej. Określono miernik obowiązkowy, specyficzny dla programu „*Odsetek uczestników projektu deklarujących wzrost wiedzy o nowotworach skóry, w szczególności w zakresie samoobserwacji i umiejętności wykorzystania nowoczesnych technologii do samoobserwacji – co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety)*”, jednak miernik ten dotyczy samooceny wiedzy, a nie rzeczywistego przyrostu wiedzy. W przypadku jednego beneficjenta (nr umowy POWR.05.01.00-00-0007/18-00, Kliniczny Szpital Wojewódzki im. F. Chopina w Rzeszowie) wskaźnik ten na chwilę prowadzenia analizy wynosi 0% , w przypadku beneficjenta Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie wskaźnik narastająco wynosi 299%, zaś w przypadku beneficjenta Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu wskaźnik ten w wartości narastającej wynosi 395,56%. Niemniej – jak wspomniano wcześniej – wskaźnik ma charakter deklaracyjny, a nie opiera się na rzeczywistym przyroście wiedzy (ocena ex-post i ex-ante). W ramach Ponieważ dokumenty strategiczne (m.in. Policy Paper) jako cel 1 w ramach celów długoterminowych do roku 2030 rekomenduje „opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych”⁹, rekomenduje się, aby programy profilaktyki zdrowotnej w przyszłej perspektywie były oceniane również z punktu widzenia jakości i poprawności konstrukcji celu głównego i spójności tych celów z przyjętymi dokumentami strategicznymi.

Na uwagę zasługuje włączanie do działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej w każdym PPZ podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej jako pierwotnych punktów kontaktowych dla pacjentów, gdzie także przeprowadzana ma być kwalifikacja wstępna do programu. Niemniej, uznaje się w każdym z PPZ, że „poradnią POZ” jest „poradnia lekarza POZ” (co należy rozumieć po zakresie zadań, jakie mają być wykonywane na tym etapie). Biorąc pod uwagę kompetencje pielęgniarek POZ, ich przygotowanie zawodowe i umocowanie prawne do prowadzenia samodzielnie działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej¹⁰, a w szczególności realizacji programów polityki zdrowotnej (zał. 2, ust. A1 pkt. 6 rozp. MZ z dnia 27.11.2019), wydaje się kluczowe poszerzenie zakresu współpracy realizatorów PPZ w ramach podstawowej opieki zdrowotnej także z pielęgniarkami POZ i nietraktowanie „poradni

⁹ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, Warszawa, marzec 2014., s. 56.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2019.2335).

POZ” literalnie tylko jako poradni lekarza POZ. Rekomendację w tym zakresie uwzględniono w ostatniej części raportu.

Analiza dokumentów programowych

Poddane analizie w niniejszym badaniu dokumenty strategiczne służyły określeniu merytorycznego obszaru zagadnienia, jak również ustaleniu zbieżności programów polityki zdrowotnej z tymi dokumentami.

Wiodącym dokumentem jest „Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjająca włączeniu społecznemu Europa 2020”¹¹, która wskazuje za jeden z wiodących celów skoncentrowanie polityki europejskiej na zdrowiu, starzeniu się społeczeństw. Na poziomie krajowym zobowiązuje się państwa członkowskie do wdrażania technologii e-zdrowia (elektronicznego dostępu do usług związanych ze zdrowiem, zmniejszanie nierówności w zdrowiu, działania wspierające zdrowie (w tym także profilaktykę zdrowotną), a także – co wydaje się kluczowe – dostosowywanie ram prawnych i „inteligentnych regulacji” do nowych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa.

Strategia Komisji Europejskiej w zakresie zdrowia jest spójna ze „Strategią na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”¹², w której szczególne znaczenie przypisano programom profilaktyki zdrowotnej, wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych, zasobów pracy oraz zagrożeń niepełnosprawnością. Istotne znaczenie z punktu widzenia SOP ma m.in. poprawa dostępności do różnego typu usług publicznych o charakterze rozwojowym, w tym szczególnie społecznych związanych ze zdrowiem. Reformę systemu ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie dostosowania jej do funkcjonowania i finansowania w nowych warunkach organizacyjnych, zmiany sposobu alokacji środków publicznych zarówno na szczeblu centralnym i regionalnym, wpisano do SOP jako jeden z jej projektów strategicznych.

Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020 zatwierdzona przez Komisję Europejską 22.01.2020 r. na podstawie decyzji wykonawczej C(2020)230¹³ wskazuje, że przedsięwzięcia w zakresie zintegrowanych usług zdrowotnych i społecznych, w szczególności w zakresie przedsięwzięć mających na celu powstawanie i rozwój środowiskowych form opieki zdrowotnej, kształtowanie prawidłowych nawyków w zakresie zdrowego trybu życia, mają

¹¹ Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Komisja Europejska, Bruksela, 3.3.2010, KOM(2010) 2020 wersja ostateczna, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF>.

¹² Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030r.), <https://www.gov.pl/documents/33377/436740/SOR.pdf>.

¹³ Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 – Umowa Partnerstwa, MFIPR, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>.

priorytetowy charakter w finansowaniu oddziaływań w ramach środków europejskich.

Poświęcono tym zagadnieniom Priorytet inwestycyjny 8vi (EFS) Aktywne i zdrowe starzenie się (PO WER, RPO), 9a (EFRR) Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego, 9iv (EFS) Ułatwienie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

Stanowiący podstawę dla realizacji projektów Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020¹⁴ w Osi V – Wsparcie dla obszaru zdrowia zawiera szczegółowe rozwiązania dla finansowania programów polityki zdrowotnej. Na szczególną uwagę zasługuje Priorytet Inwestycyjny 8vi, w ramach którego wyodrębniono cel „wdrażanie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. Skonkretyzowany opis wsparcia w ramach PO WER zawiera dokument „Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020”¹⁵, gdzie opisano założenia programowe dla działania 5.1. Programy profilaktyczne.

Analizowane PPZ realizowane były zgodnie z „Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”¹⁶, zgodnie z którymi opracowano system monitorowania postępu rzeczowego realizacji projektów w oparciu o wskaźniki (finansowe, produktu, rezultatu). W analizie poszczególnych wniosków o dofinansowanie na realizację PPZ wnioskodawcy odwołują się do wymaganych wskaźników obligatoryjnych, zaś proponowane przez nich wskaźniki dodatkowe są przedmiotem oceny eksperckiej na etapie wyboru projektu. Zarówno w kontekście wartości tych wskaźników, jak i ich adekwatności w stosunku do dokumentów strategicznych, oceny dokonują eksperci.

Jednym z ważnych dokumentów programowych są, analizowane także w ramach niniejszego badania, „Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020”¹⁷.

¹⁴ Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/program-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/>.

¹⁵ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, wersja 20, 23.11.2020, <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/>.

¹⁶ Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Minister Funduszy i Polityki Regionalnej, Warszawa 2020, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/93254/Wytyczne_monitorowanie_lipiec_2020.pdf.

¹⁷

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/54997/Wytyczne_w_zakresie_rownosci_zatwierdzone_050418.pdf

Dokument ten nie odnosi się bezpośrednio do realizowania projektów specyficznie w dziedzinie zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, ale do wszystkich innych projektów realizowanych w ramach wdrażania EFS, EFRR i FS. Celem wytycznych jest zapewnienie zgodności realizacji PO z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn, a także zapewnienie spójnego podejścia w tym zakresie w ramach EFS, EFRR i FS. WOD będące podstawą dla zawarcia umowy o realizację PPZ zostały poddane ocenie eksperckiej, w ramach której obligatoryjnie ocenia się także spełnienie zasad spełniania zasady równości szans i niedyskryminacji, rozumianej jako – jakiegokolwiek różnicowanie, wykluczanie lub ograniczanie ze względu na jakiegokolwiek przesłanki (na przykład wiek, niepełnosprawność, płeć, rasę, orientację seksualną, pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd), którego celem lub skutkiem jest naruszenie lub zniweczenie uznania, korzystania lub wykonywania wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności w dziedzinie polityki, gospodarki, społecznej, kulturalnej, obywatelskiej lub w jakiegokolwiek innej, na zasadzie równości z innymi osobami.

Dokumentem analizowanym na etapie badania były także „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”¹⁸, których stosowanie zostało zawieszone w dniu 1.02.2020. Zawieszenie wytycznych wynikało z konieczności dopuszczenia do realizacji nowych projektów lub zmian w dotychczas realizowanych projektach - zakładających działania na rzecz walki z epidemią choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV2 i jej skutkami. Projekty takie, ze względu na swój powszechny i doraźny charakter, a także pilną potrzebę uruchomienia, nie musiały podlegać obostrzeniom i warunkom wskazanym w wytycznych. Szczególną uwagę zwrócono w wytycznych na zapisy rozdziału 4 – Programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach PO WER. Z założenia programy te realizowane miały być jako projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierających komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznymi ośrodkami a lekarzami POZ oraz szpitalami w celu przeciwdziałania fragmentacji opieki nad pacjentem.

Opis interwencji

Analizowane w badaniu projekty realizujące PPZ finansowane były w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, w ramach osi priorytetowej V –

¹⁸<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/>.

Wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia, Działania 5.1. – Programy profilaktyczne. Konkursy są uszczegółowieniem zapisów zawartych w dokumentach „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne” oraz „Porozumienie w sprawie realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020”. W ramach konkursów zrealizowano określony w SzOOP PO WER typ projektu: „Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem”. We wszystkich konkursach wyłonieni zostali realizatorzy programów polityki zdrowotnej, które zyskały akceptację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zgodnie z zapisami ujętymi w dokumencie pn.: „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” działania pilotażowe i testujące w zakresie profilaktyki zdrowotnej mają służyć wypracowaniu i wdrożeniu w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom, które są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej¹⁹. Czynności podejmowane w ramach programów realizowano w obszarze działań edukacyjno-informacyjnych, jak również diagnostyczno-terapeutycznych.

Analiza literaturowa

Przeprowadzone badania i analizy wskazują, iż rzeczywisty wpływ medycyny na stan zdrowia społeczeństw nie ma kluczowego znaczenia. Wskazuje się, że systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności wynosi zaledwie 10%. Tymczasem nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają tylko 1,5%, podczas gdy ich wpływ na redukcję umieralności sięga 43%²⁰. Narastanie w społeczeństwach, zwłaszcza krajów wysoko rozwiniętych, problemów zdrowotnych związane jest z coraz częstszym występowaniem tzw. chorób cywilizacyjnych, tj. globalnie i powszechnie występujących chorób, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzeniania jest postęp współczesnej cywilizacji²¹.

W społeczeństwie polskim dominuje przekonanie, że obowiązek ochrony zdrowia spoczywa głównie na samych pacjentach (uważa tak 55% badanych), jednak w porównaniu z danymi z roku 2012 zanotowano aż dwukrotnie wyższe wyniki wskazujące, że to państwo i jego odpowiednie władze powinny troszczyć się o zdrowie obywateli (wzrost wskazań z 20% do

¹⁹ Regulamin konkursu „Profilaktyka chorób odkleszczowych”, konkurs POWR.05.01.00-IP.05-00-014/19, https://www.power.gov.pl/media/81365/Regulamin_konkursu.pdf.

²⁰ A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 143.

²¹ W. Kitajewska, W. Szeląg, Z. Kopański, Z. Maslyak, I. Sklyarow, Choroby cywilizacyjne i ich prewencje, Journal of Clinical Health Care, www.jchc.eu/numery/2014-1/2014-11.

41%)²². W tym samym czasie obserwuje się wzrost zadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, bowiem ok. 30% ocenia te działania pozytywnie (wzrost o 7%), a ok. 66% ocenia system negatywnie (spadek o 8%)²³. Dominuje więc stale, mimo wszystko, liczba osób niezadowolonych z systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Raport OECD – „Health at a Glance: Europe 2020”²⁴, opublikowany 19 listopada 2020 r., dowodzi, że rocznie 550 tys. mieszkańców Europy w wieku produkcyjnym umiera z powodu chorób przewlekłych, a gospodarka UE traci z tego powodu blisko 1% PKB (115 mld €). W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosi 305 (średnia dla UE to 201) i lokuje nasz kraj na 6 miejscu, wśród najwyższych wskaźników, w grupie 28 krajów. Większość państw UE ma wskaźnik niższy od średniej dla całej UE.

Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promocja zdrowia, którą należy rozumieć jako proces obejmujący działania prowadzące do zwiększenia osobistego oddziaływania na własne zdrowie i jego utrzymanie oraz odejście od często zbyt zmedykalizowanego systemu leczenia. Oznacza to przeniesienie wagi tradycyjnej terapii w systemie opieki zdrowotnej, wykorzystującej często drogie technologie, na rzecz nauki o własnym zdrowiu. Prowadzenie zdrowego stylu życia wynika z warunków, w jakich żyjemy, indywidualnych wzorców zachowania oraz osobistych cech charakteru. Zdrowy styl życia jest w dużej mierze efektem popularyzacji właściwych zachowań, diety, ochrony środowiska, etc.

W promocję zdrowia wpisuje się wiele różnych czynników mających wpływ na zdrowie człowieka, jak np.: możliwość odpowiedniego zatrudnienia, wyżywienie, edukacja, poczucie bezpieczeństwa, relacje z innymi osobami, zachowanie więzi rodzinnych, egzystencja w czystym środowisku naturalnym, itd. To nie tylko koncepcja i wytyczne, jak należy wzmacniać zdrowie i jego potencjał, ale również szereg działań mających na celu nauczenie społeczeństwa, jak to robić prawidłowo. Ten element promocji zdrowia nazwany jest edukacją zdrowotną, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu oraz zwiększenie skuteczności kontroli nad własnym zdrowiem. Promocja zdrowia nie jest tożsama z edukacją zdrowotną i różni się też od profilaktyki zdrowotnej. Można ją realizować wśród osób zdrowych, zagrożonych chorobą, jak i chorych, równoległe do różnych faz profilaktyki. Skuteczność działań promocyjnych i edukacyjnych potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych. Badania L. Goldmana oraz E.F. Cooka wykazały, iż spadek umieralności z powodu choroby

²² Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków, Komunikat z badań nr 138/2016, CBOS, Warszawa 2016.

²³ Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, Komunikat z badań 89/2018, CBOS, Warszawa 2018.

²⁴ Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en.

niedokrwiennej serca w Stanach Zjednoczonych w latach 1968–1975 był w ponad 60% skutkiem zmiany stylu życia oraz poprawy kontroli czynników ryzyka tej choroby. Wzrost jakości świadczonych usług medycznych odpowiadał jedynie w 1/3 za redukcję umieralności. Z kolei realizowany w Finlandii, od 1972 r., program prewencji choroby niedokrwiennej serca doprowadził do zmniejszenia umieralności mężczyzn w wieku 35–64 lata o 65% dla całego kraju i o 73% dla Karelii²⁵, gdzie zaczęto go realizować najwcześniej.

Profilaktyka chorób to także działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i ich szkodliwymi konsekwencjami. Może ona skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczaniem jej skutków. Koncepcja profilaktyki, od lat 60-tych XX wieku, powszechnie bazuje na podziale działań na trzy etapy. Profilaktyce pierwotnej – która powinna zapobiegać powstaniu procesów chorobowych, profilaktyce wtórnej – polegającej na wczesnym wykrywaniu procesów/zmian chorobowych, zanim wystąpią objawy, oraz trzeciorzędowej – ograniczającej skutki już rozwiniętej choroby. W potocznym rozumieniu – zapobieganie chorobom obejmuje profilaktykę pierwotną i wtórną, a trzeciorzędowa rozumiana jest jako leczenie²⁶.

Ustalenia NIK wskazują, że w Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej, obejmującego planowanie działań w tym obszarze, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Ponadto, niekompletność i niewiarygodność danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów nie pozwalają na przeprowadzanie w oparciu o ten rejestr rzetelnych analiz realizowanych programów profilaktycznych, także w zakresie ich efektywności. Utrudnia to ocenę ich wpływu na stan zdrowia ludności²⁷.

Choroby układu krążenia, mimo niewielkiej poprawy w ostatnich latach, stanowią główny problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną prawie połowy zgonów. Niepełnosprawność spowodowana chorobami sercowo-naczyniowymi powoduje duże straty społeczne i ekonomiczne. Współczynnik przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń jest w dalszym ciągu zbyt wysoki. Pomimo tego, że rozwój kardiologii interwencyjnej, dzięki której jest o połowę mniej zgonów w porównaniu do leczenia zachowawczego, pozwolił na poprawę sytuacji pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, to brak w Polsce nowoczesnego i zintegrowanego systemu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej nie

²⁵ J.A. Indulski, Z. Jethon, L.T. Dawydzik, Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2000, s. 321-339.

²⁶ A. Wojtczak, Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, PZWL, Warszawa 2017.

²⁷ Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2017, KZD.430.007.2016.

pozwała na osiągnięcie pełnych efektów leczenia interwencyjnego²⁸. W wielu badaniach wykazano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka stanowią o poprawie rokowania i jakości życia osób z chorobami układu krążenia, a także są efektywne kosztowo²⁹. Programy kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji są obecnie uważane za standard w postępowaniu z pacjentami z chorobami naczyniowo-sercowymi lub niewydolnością serca, zwłaszcza po ostrych zespołach wieńcowych i/lub rewaskularyzacji serca³⁰.

3.2. Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi

Do nowotworów głowy i szyi zaliczamy ponad 20 różnych lokalizacji anatomicznych, według klasyfikacji ICD-X są to kody: C00-C15, C30-C33, C69, C73. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów w 2013 roku nowotwory głowy i szyi rozpoznano w Polsce u 10 801 osób, a 5 990 zmarło. Ta grupa chorób stanowiła 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet³¹. W latach 1999-2013 nastąpił gwałtowny wzrost zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Liczba nowych rozpoznań wzrosła o 25%, tj. z 8 694 do 10 801. Rośnie również liczba zgonów, w 1999 roku wynosiła 5 080, a w 2013 r. 5 990 – wzrost o 18%.

Nowotwory głowy i szyi ze względu na swoje umiejscowienie rozwijają się skrycie i wywołują objawy niecharakterystyczne, towarzyszące banalnym infekcjom górnych dróg oddechowych takie jak: ból gardła, ból podczas połykania, chrypka. Rozwój większości nowotworów głowy i szyi zachodzi w błonie śluzowej górnych dróg oddechowych i przełyku, w tym w jamie ustnej, gardle, krtani, jamie nosowej i zatokach. Mogą one powstawać również w śliniankach, tarczycy i gruczołach przytarczycowych, tkance miękkiej, kościach i skórze. Najczęściej

²⁸ Raport „Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012, Warszawa, 2014.

²⁹ M. F. Piepoli, W. Benzer, B. Bjarnason-Wehrens, P. Dendale, D. Gaita, H. McGee, M. Mendes, J. Niebauer, A.D. Zwisler, J.P. Schmid, Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010; 17: 1–17; także: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2012; 33: 1635–1701.

³⁰ G.J. Balady, P.A. Ades, V.A. Bittner, B.A. Franklin, N.F. Gordon, R.J. Thomas, G.F. Tomaselli, C.W. Yancy, Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2011; 124: 2951–2960.

³¹ U. Wojciechowska, J. Didkowska, Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/>.

występującym nowotworem złośliwym głowy i szyi jest rak płaskonabłonkowy i rak brodawkowaty tarczycy.

Ekspozycja na alkohol i tytoń jest kluczowym czynnikiem wpływającym na powstanie nowotworów błon śluzowych górnych dróg oddechowych i górnej części przełyku.

Nowotwory głowy i szyi są typowo związane z używaniem tytoniu, a ryzyko powstania pierwotnego, a następnie ryzyko rozwoju kolejnych nowotworów pierwotnych jest wprost proporcjonalne do czasu i intensywności używania tytoniu. Podobnie szacuje się, że przedłużone spożywanie alkoholu, w zależności od konsumowanej ilości, 2-3-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka. Ponadto ryzyko zachorowania u osób, które regularnie spożywają alkohol i palą, jest 10-20 razy wyższe niż u osób niepijących/niepalących. Coraz więcej badań przemawia również za tym, iż istnieje związek między wirusem brodawczaka ludzkiego a rozwojem nowotworów gardła³².

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów nowotwory głowy i szyi (wg klasyfikacji ICD-X choroby kodowane jako: C00-C15, C30-C33, C69, C73) stanowiły w 2013 roku 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet. Według danych WHO każdego roku rozpoznaje się na świecie 550 000 nowych zachorowań na nowotwory jamy ustnej i gardła oraz 160 000 krtani. Szacuje się, iż rocznie na nowotwory głowy i szyi umiera około 400 000 osób³³.

W Polsce w 2013 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi (rozumiane szeroko, tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) stanowiły czwartą u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 10 801 nowych zachorowań (tj. 6 552 przypadków u mężczyzn i 4 249 u kobiet), co w stosunku do roku 1999 oznacza wzrost o 25% (tj. 2 107 przypadków). Wartości standaryzowanego współczynnika zachorowalności różnią się pomiędzy województwami. U mężczyzn wynoszą od 17,7-25,4/105, u kobiet od 8,8-19/10.

Przeżycia 5-letnie w Polsce wśród pacjentów z nowotworami języka w ciągu pierwszej dekady XXI nieznacznie wzrosły: u mężczyzn z 22,7% do 28,0%, u kobiet z 43,3% do 45,8%. Wśród pacjentów z nowotworami krtani w ciągu pierwszej dekady XXI przeżycia 5-

³² S. Jatin, Chirurgia i onkologia głowy i szyi, Tom 1, str. 1-9, redakcja wydania polskiego Wojciech Golusiński, Wrocław 2014.

³³ J. Ferlay, I. Soerjomataram, M. Ervik, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray, GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

letnie w Polsce u mężczyzn pozostały na poziomie 50,6%, natomiast u kobiet nieznacznie wzrosły z 60,4 % do 62,7%³⁴.

W ramach niniejszej analizy przeprowadzono rezultaty wsparcia w ramach Działania 5.1 PO WER „Profilaktyka nowotworów głowy i szyi” realizowanego przez 10 beneficjentów na łączną kwotę wydatków kwalifikowanych 18.323.958,22 zł. Program (PPZ) prowadzono na terenie całego kraju przez 10 ośrodków, które zawarły umowy o współpracy z podmiotami POZ.

Przedmiotem konkursu były projekty, które przewidywały wdrożenie ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. Przewidziano objąć wsparciem projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m. in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. Podmiotami uprawnionymi do składania wniosków o dofinansowanie były uczelnie medyczne działające w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, medyczne instytuty badawcze działające w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, szpitale kliniczne lub podmioty lecznicze posiadające umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: onkologiczne leczenie skojarzeniowe (tzn. udziela świadczeń łącznie w zakresie chemioterapii, chirurgii onkologicznej oraz radioterapii). Alokacja na konkurs wynosiła 15 mln zł. W wyniku konkursu zawarto następujące umowy.

Tabela 3. Zawarte umowy

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Tytuł projektu	Okres realizacji	Wartość wskaźnika kluczowego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”	Wartość wskaźnika kluczowego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”

³⁴ Program Polityki Zdrowotnej „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania nowotworów Głowy i Szyi”, okres realizacji 2016-2023, https://www.pacjent.gov.pl/sites/default/files/2019-09/zalacznik_18_program_nowotwory_glowy_i_szyi.pdf.



				Docelowa we WOD	Osiągnięta (na podst. SL2014)
1	Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. Z O.O.	Wdrożenie ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi	od: 2017-09-01 do: 2021-06-30	2500	1324
2	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu	Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi na terenie województw: dolnośląskiego, lubuskiego, opolskiego	od: 2017-10-01 do: 2019-12-31	4800	2544
3	Nu-Med Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	ZAPOBIEGAJ I DZIAŁAJ Z GŁOWĄ - Regionalny Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi – NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki	od: 2017-07-01 do: 2021-06-30	6000	7831
4	Kliniki Neuroradiologii Spółka Z O.O.	Profilaktyka nowotworów głowy i szyi	od: 2017-08-01 do:	10000	7604



			2020-12-31		
5	Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach	Twój świadomy wybór - program profilaktyki nowotworów głowy i szyi	od: 2017-09-01 do: 2021-12-31	12400	8115
6	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	DAJ SOBIE SZANSE - program profilaktyczny nowotworów głowy i szyi	od: 2017-07-01 do: 2020-12-31	1290	2121
7	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Łódzki program profilaktyki nowotworów głowy i szyi	od: 2017-10-01 do: 2020-12-31	6600	3937
8	Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	Realizacja Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim	od: 2017-09-01 do: 2021-06-30	7500	4083
9	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Profilaktyka Nowotworów Głowy i Szyi	od: 2017-09-01 do: 2021-08-31	4000	Brak danych
10	Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Nie trać głowy - program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi	od: 2017-09-01 do: 2020-12-31	3416	11
			Suma:	58506	37570

W czasie prowadzenia badania projekty realizowało 9 beneficjentów, na czas prowadzenia badania efektywność, liczona jako wartość wskaźnika „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”, wynosiła 64,2%. Na szczególną uwagę zasługuje przekroczenie wskaźnika zaplanowanego we WOD przez beneficjentów: NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej (130,5%) oraz Uniwersytet Medyczny w Poznaniu (164,4%).

3.2.1. Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia

3.2.1.1. Realizacja celów PPZ

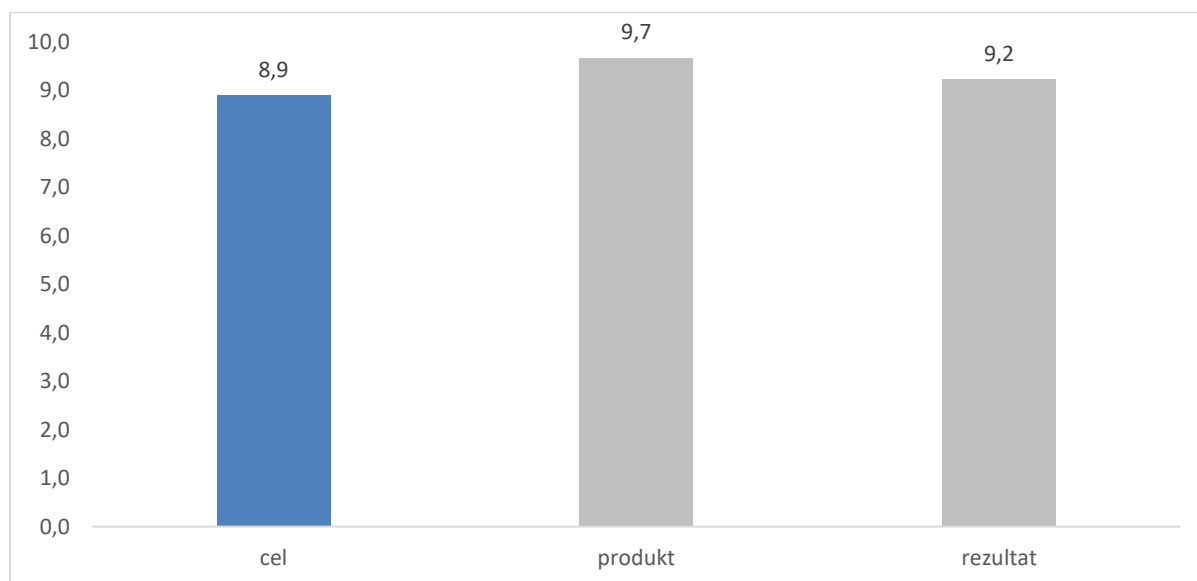
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?
- W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?
- W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?
- Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?

• W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?

Stopień realizacji celów PPZ jest oceniany wysoko. W przypadku badania przeprowadzonego w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) uzyskano bardzo wysokie oceny zrealizowanych celów PPZ (średnia ocen: 8,9).

Rysunek 1. Ocena realizacji zaplanowanych celów projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

- **W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?**

Celem szczegółowym 1 dla V. Osi priorytetowej PO WER było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. Wszystkie PPZ, w tym Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, zakładały wdrożenie takich działań, które dotyczyły opracowania standardów postępowania w zakresie interwencji związanej z określoną jednostką chorobową, przewidywały konkretne, celowane czynności związane z zapobieganiem tej chorobie (w rozumieniu profilaktyki na każdym jej etapie, poczynając od zapobiegania chorobie, a skończywszy na redukcji szkód wynikających z pojawienia się konsekwencji choroby). Ponadto wszystkie analizowane PPZ przewidywały utrzymywanie trwałości rezultatów polegających na stałym monitorowaniu choroby, a także szczegółowych działań profilaktycznych, tym samym spełniając wymóg dotyczący dalszego samodoskonalenia w oparciu o aktualną wiedzę medyczną (Evidence Based Medicine) i aktualne zasady zdrowia publicznego (Evidence Based Public Health). Analizowane PPZ w pełni zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER.

- **W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?**

Większość realizowanych w chwili prowadzenia badania projektów wykazuje w analizie wskaźników (zarówno kluczowych, jak i specyficznych) wartości znacznie niższe niż zakładane we WOD. Stan taki wynikać może z jednej strony z tego, że działania merytoryczne w tych projektach zaplanowane są na późniejsze ich etapy, a z drugiej z tego, że część podmiotów leczniczych włączonych do realizacji projektów - w tym placówki POZ - są obecnie zaangażowane w realizowanie zadań związanych z walką z pandemią COVID-19. PPZ zakładały obligatoryjną współpracę z lekarzami POZ, których praktyki od marca 2020 są w zdecydowanej większości ograniczone w dostępie do pacjentów z przyczyn epidemiologicznych. Większość pacjentów - co pokazują badania literaturowe (M.E. Czeisler, K. Marynak, K.E. Clarke, et al. Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19-Related Concerns — United States, June 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1250–1257. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>), chorujących na choroby przewlekłe - w tym będące podstawą dla PPZ - zdecydowanie zrezygnowała z kontaktów z systemem ochrony zdrowia, tym samym nie zgłasza się do projektów realizowanych w ramach PPZ.

W tej sytuacji nie można ustalić jednoznacznie, w jaki sposób cele Działania 5.1 PO WER zostały zrealizowane przez Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w kontekście ich faktycznego zrealizowania.

Celami szczegółowymi osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia były:

1. Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
2. Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
3. Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
4. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Celem szczegółowym Działania 5.1. Programy profilaktyczne było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. W tym znaczeniu - na poziomie deklaratywnym - cel ten został zrealizowany w całości.

- **Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?**

Cele, które zostały w programach zdefiniowane jako dotyczące konkretnego stanu, jaki należy osiągnąć, np. zmniejszenie o określoną wartość ryzyka wystąpienia choroby, zmniejszenie opóźnień diagnostycznych, poprawa wykrywalności choroby, dla stwierdzenia zrealizowania celu wymagają oceny parametrów wskaźnikowych, które będą o tym świadczyły. Na etapie badania - jak już wspomniano wcześniej - projekty są w fazie realizacji, a wskaźniki monitorujące wykazują wartości zerowe lub znacznie poniżej oczekiwań zdefiniowanych we WOD. Przyczynami takiego stanu rzeczy mogą być: m.in. pandemia COVID-19, która spowodowała przekształcenie niektórych podmiotów leczniczych w szpitale dedykowane zwalczaniu epidemii (np. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z O.O.), ograniczenie dostępności do podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy o współpracy w ramach realizacji projektów, mniejsze zainteresowanie pacjentów korzystaniem z opieki medycznej w trakcie epidemii oraz zachorowanie niektórych pacjentów, zakwalifikowanych do projektów, na COVID.

3.2.1.2.

Efekty PPZ

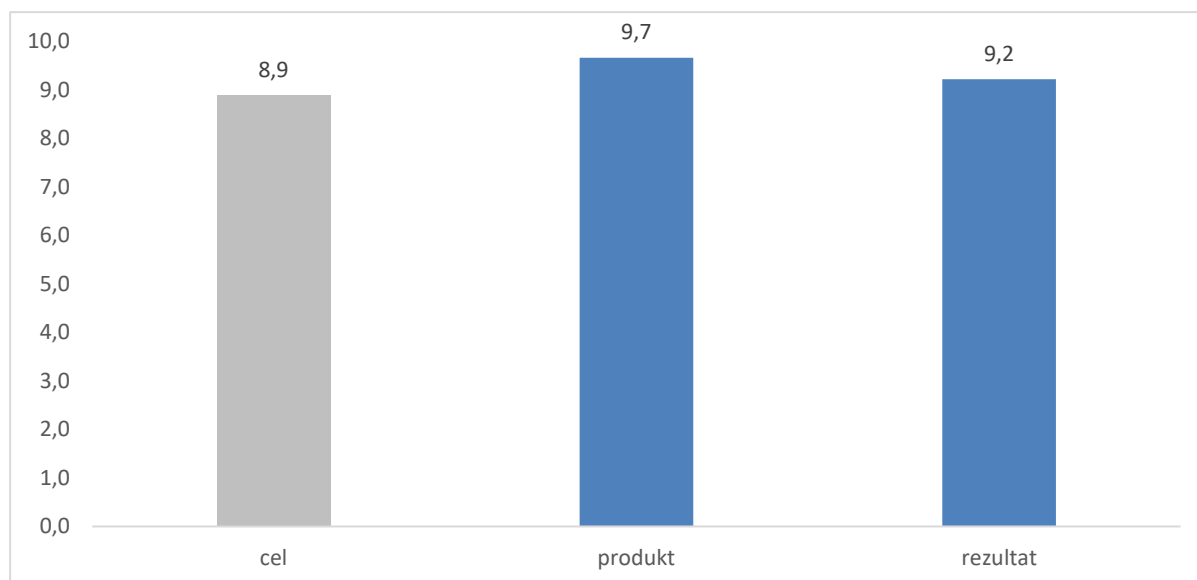
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)? Jakiek są rezultaty długoterminowe PPZ?
- Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?
- Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?

- **W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)? Jakiek są rezultaty długoterminowe PPZ?**

W przypadku badania przeprowadzonego w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) uzyskano bardzo wysokie oceny zrealizowanych efektów PPZ w obszarach: celu, produktów i rezultatów. Wysoko oceniono również poziom realizacji zaplanowanych działań – 72,7% beneficjentów konkursowych jest zdania, że zrealizowano zakładane działania w projekcie. Wyniki zostały zobrazowane poniżej.

Rysunek 2. Ocena realizacji zaplanowanych efektów projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Częstość wskazywania przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) długoterminowych rezultatów realizacji programów profilaktycznych przedstawiono poniżej. Masowo zaznaczano budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej (88,9%) – odpowiedź



ta była wskazywana istotnie częściej niż pozostałe rezultaty. Na kolejnym miejscu znalazł się wzrost znaczenia POZ.

Rysunek 3. Długoterminowe rezultaty realizacji projektów profilaktycznych (w tabeli podano liczebności)



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Powyższe dane potwierdzają także opinie pozyskane podczas wywiadów z przedstawicielami beneficjentów. Podkreślano w ich trakcie, że długoterminowym rezultatem, który jednoznacznie wynika z obranych celów programu, jest właśnie zwiększenie świadomości pacjentów oraz, co ważne, także personelu medycznego na temat specyfiki nowotworów głowy i szyi. Promowanie profilaktyki celem zapobiegania wykrycia chorób w zbyt późnym czasie to ważne zadanie programów profilaktycznych. Ujęcie elementu edukacyjnego w programach profilaktycznych wspiera proces podnoszenia społecznego poziomu świadomości zdrowotnej.

Myślę, że kwestia ta, taka szkoleniowa pozostanie, bo generalnie prowadziliśmy dotychczas takie kwestie, ale w tym temacie, w którym realizujemy projekt, myślę, że będziemy w tym zakresie działać.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

Na poziom realizacji wskaźników nie rzutowały wyłącznie omówione działania z obszaru medycznego, o stopniu wykonania decydowały także działania edukacyjne - zwiększenie świadomości na temat profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. Z uwagi na grupę docelową objętą programem – osoby w wieku produkcyjnym, aktywne zawodowo – wystąpiły problemy związane z niską partycypacją w realizowanych szkoleniach.

Natomiast dużą bolączką, tak jak Pani wcześniej wspomniałam, była działalność edukacyjno-informacyjna, czyli te wszystkie szkolenia i pozyskiwanie osób do szkoleń, do spotkań informacyjnych. Ze względu na ten wiek, odpowiedni wiek uczestników, wiek aktywności zawodowej, było trudno do nich dotrzeć, a biorąc pod uwagę, że te spotkania to nie były spotkania godzinne, tylko były przewidziane projektem jako kilkugodzinne, to ciężko było wygospodarować uczestnikom te, powiedzmy, pięć godzin. To było trudnością. Skończyliśmy te spotkania w ubiegłym roku. To było trudnością, aczkolwiek zrealizowaliśmy ten fakt.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

- **Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?**

Wyniki przeprowadzonego badania CAWI pokazały, że 2,3% beneficjentów konkursowych obserwuje inne, ale nieplanowane efekty realizacji programów profilaktycznych. Jeden z beneficjentów z uwagi na duże zainteresowanie programem zdecydował się na dwukrotne zwiększenie wskaźników. Tym samym placówka ta zrealizowała dwukrotnie więcej badań niż założyła na początku programu.

Dwukrotnie wskaźniki podnosiliśmy z uwagi na duże zainteresowanie badaniami, więc staraliśmy się zapewnić jak najszerzy dostęp do badań laryngologicznych. Widzieliśmy duże zapotrzebowanie, no i same osoby były chętne do udziału w badaniach.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Program odpowiedział także na zidentyfikowane braki wiedzy personelu medycznego (w szczególności pracowników POZ) w obszarze nowotworów laryngologicznych oraz wpłynął pozytywnie na zwiększenie świadomości na temat tejże choroby. Spełnił funkcję edukacyjną nie tylko wśród pacjentów, ale także wśród personelu medycznego POZ, który będzie mógł sięgać do swojej wiedzy podczas wypełniania codziennych obowiązków zawodowych.

Także edukacja służby zdrowia, na przykład w POZ nie było takiej dużej świadomości na temat nowotworów laryngologicznych - jak zaczęliśmy realizować szkolenia dla kadr medycznych placówek POZ, no to też się okazało, że tutaj w przypadku lekarzy POZ na przykład czy pielęgniarek, które są zatrudnione w POZ, też świadomość na temat tej grupy nowotworów laryngologicznych jest bardzo, bardzo niewielka.

Przedstawiciel beneficjenta (3)

- **Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?**

Żaden beneficjent nie obserwował negatywnych efektów w trakcie prowadzenia programów profilaktycznych. Spośród przedstawicieli podmiotów medycznych jedynie 3,6% badanych wskazało, że zauważyło nieplanowane efekty negatywne w trakcie realizacji programu profilaktycznego, nie opisując jednocześnie szerzej ich charakteru.

3.2.1.3. Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?
- Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?

- **Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?**

Realizatorzy oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ pozytywnie oceniają przydatność wiedzy uzyskanej w trakcie trwania programu. Dzięki niemu pacjenci mają większą świadomość istotności badań profilaktycznych. Blisko 61% z nich wskazało jedną spośród dwóch najwyższych ocen, natomiast zaledwie 10,5% - zaznaczyło odpowiedzi z zakresu 0-6³⁵. Podejmowane działania informacyjno-edukacyjne spełniły swoją rolę i poszerzyły wiedzę uczestników projektu.

I w tym zakresie, i z informacji, które posiadam, i z potwierdzeń, które mamy od pacjentów, które przyjmujemy, zdecydowanie można wnioskować, iż wzrosła taka świadomość i z całą pewnością program przełoży się pozytywnie.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

- **Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?**

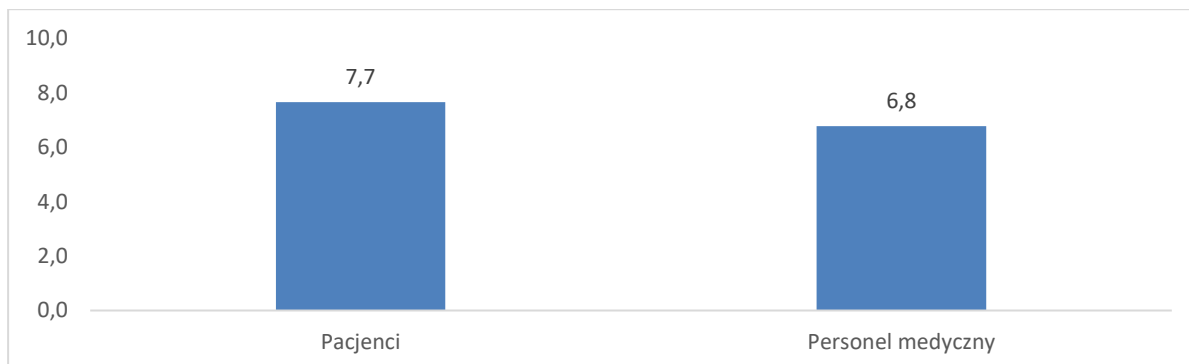
Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie obserwowano różnic w ocenie poziomu zdobytej wiedzy przez pacjentów i przedstawicieli podmiotów leczniczych – obie grupy zostały pozytywnie ocenione pod względem wiedzy zdobytej poprzez udział w PPZ.

³⁵ W pytaniu zastosowano skalę odpowiedzi od 0 do 10. Im wyższy wynik, tym wyżej oceniano przydatność zdobytej wiedzy.



Istnieje jednak tendencja wskazująca na wyższą przydatność wiedzy w grupie pacjentów. Otrzymany wynik graficznie przedstawiono poniżej.

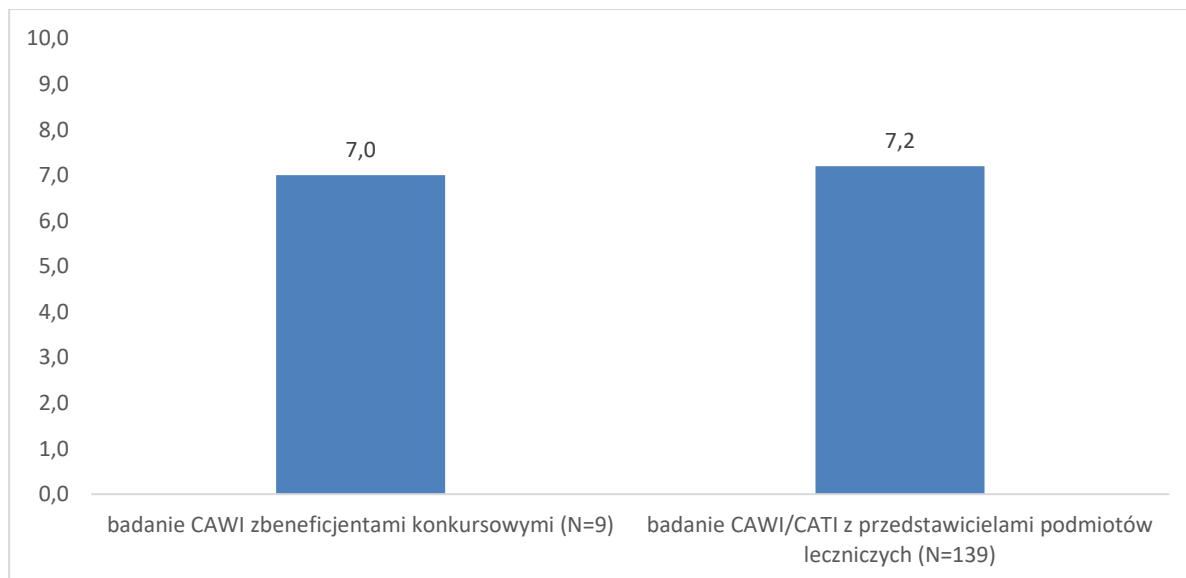
Rysunek 4. Ocena wiedzy zdobytej w grupie pacjentów i personelu medycznego



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

W opinii beneficjentów (badanie CAWI) przedstawiciele podmiotów leczniczych biorący udział w analizowanych projektach profilaktycznych przeciętnie oceniają przydatność wiedzy szkoleniowej. Otrzymane wyniki nie różniły się znacząco od opinii przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI). Ich zdaniem poziom przydatności wiedzy został oceniony wysoko, podobnie jak znaczenie wiedzy dla lepszej realizacji projektów. Graficznie wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 5. Ocena przydatności wiedzy zdobytej w grupie pacjentów i personelu medycznego



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

3.2.1.4. Świadomość zdrowotna

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?
- Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?

- **Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?**

W świetle pozyskanych danych należy uznać, że udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie (średnia wyniosła 8,16³⁶). Wnioski te potwierdzane są także opiniami przedstawicieli beneficjentów wskazujących na istotną rolę programów profilaktycznych w procesie wczesnego wykrywania chorób na początkowym etapie ich rozwoju.

- **Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?**

Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektów profilaktycznych były oceniane wysoko przez pacjentów (badanie CATI). Udział w projekcie przełożył się również na to, że ich uczestnicy wysoko oceniają rolę programów profilaktycznych w wykrywaniu choroby we wczesnym etapie. Dzięki programowi pacjenci mają większą świadomość istotności badań profilaktycznych. Podejmowane działania informacyjno-edukacyjne spełniły swoją rolę i poszerzyły wiedzę uczestników projektu. Zdecydowana większość pacjentów (82,1%; badanie CATI) zwraca również uwagę na wzrost posiadanej przez siebie wiedzy, przeciwnej opinii jest 8,3%, natomiast 3,9% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie.

3.2.1.5. PPZ w opinii pacjentów

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

³⁶ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że udział w projekcie, zdaniem pacjentów, przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie.

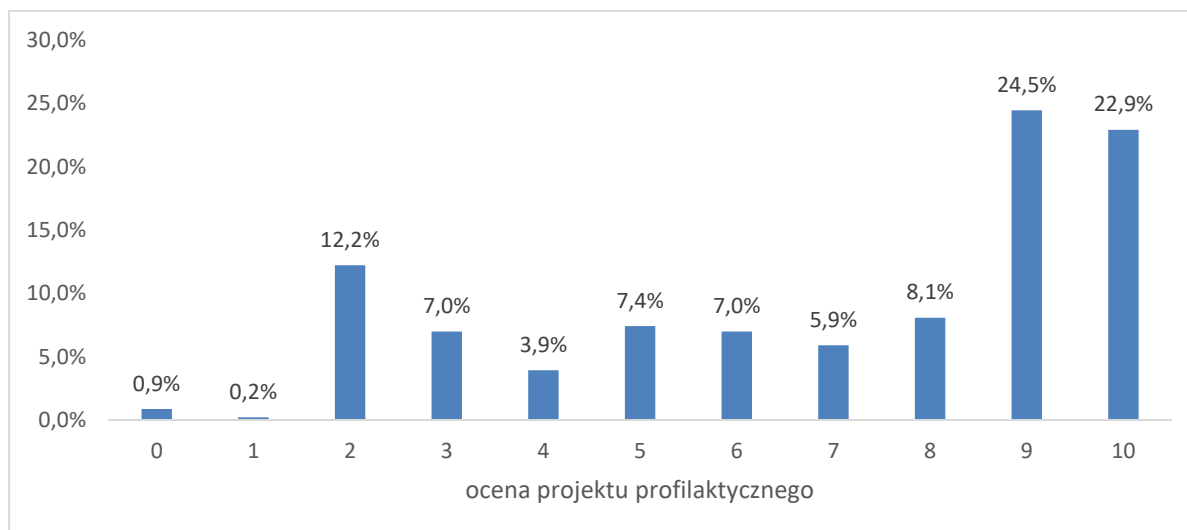


- Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?
- Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?
- Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?

• Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?

Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, pozytywnie oceniają program. Programy profilaktyczne wypełniają lukę w obszarze ochrony zdrowia związaną z długimi kolejkami do lekarzy specjalistów. 38,6% pacjentów oceniło projekt, w którym brali udział, najwyżej na 6, natomiast 47% pacjentów oceniło projekt bardzo wysoko (przynajmniej jedną z dwóch najwyższych ocen). Graficznie wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 6. Ocena udziału w programie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)

• Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?

Do najczęściej wskazywanych zalet uczestnictwa w projektach profilaktycznych w opinii pacjentów należy lepsza dostępność do specjalistów rozumiana jako łatwiejszy dostęp do wizyty u lekarzy specjalistów. Potwierdzają to dane na temat spostrzeganych zalet korzystania z projektów profilaktycznych, których wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 7. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)

Pod względem zmian, jakie pacjenci obserwowali w swoim życiu po udziale w projekcie profilaktycznym, wskazywano głównie: lepszą dostępność do lekarzy specjalistów i innych pracowników ochrony zdrowia (93%), wcześniejszą diagnozę (89%) oraz zwiększenie wiedzy na temat choroby (89%). Zaledwie 50% pacjentów wskazało na większe zaufanie do instytucji ochrony zdrowia, natomiast 55% na mniejsze obawy związane z wykonywaniem badań profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 8. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym

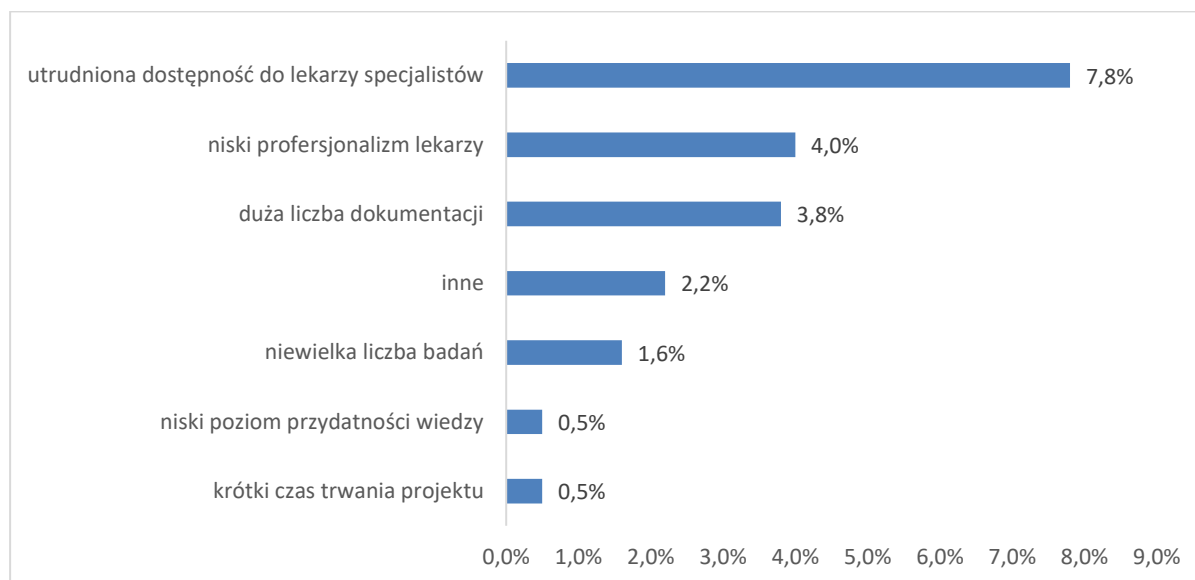


Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)



Na rysunku przedstawiono najczęściej wskazywane wady uczestnictwa w projektach profilaktycznych. Blisko 79,6% pacjentów deklaruje, że nie widzi mankamentów w projektach, w których brali udział. Wśród wad najczęściej wskazywano: niską dostępność do lekarzy specjalistów oraz niski profesjonalizm lekarzy.

Rysunek 9. Wady korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)

Warto zwrócić uwagę, że element dostępności do lekarzy specjalistów został wskazany zarówno jako najistotniejsza zaleta, jak też najistotniejsza wada programów. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że zdecydowanie mniejszy odsetek ankietowanych zasygnalizował dostępność specjalistów jako wadę. Byli to inni ankietowani niż osoby, które w tym elemencie upatrują kluczowej zalety PPZ. Zaledwie 2,2% pacjentów doświadczyło negatywnego efektu udziału w programie profilaktycznym. Wśród wskazywanych objawów wymieniano gorsze samopoczucie.

- **Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?**

Kluczowym elementem mogącym usprawnić realizację programów jest polepszenie komunikacji – szerokie upowszechnianie informacji o projektach. Drugie ważne dla pacjentów usprawnienie to ograniczenie ilości koniecznej do wypełnienia przez nich dokumentacji.

3.2.1.6. Problemy w trakcie realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?
- Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?
- Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?

• **Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?**

Wśród problemów zgłaszanych przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI), które obserwowano w trakcie realizacji programu profilaktycznego, wskazywano głównie niespełnianie wymogów uczestnictwa przez pacjentów (67%), brak zainteresowania pacjentów (33%) oraz brak wyraźnych zalet uczestnictwa (33%).

W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) około 67% nie obserwowało większych problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych. Głównymi mankamentami wskazywanymi przez tę grupę były problemy związane z rekrutacją do programu. Na innego rodzaju wyzwania wskazywali przedstawiciele beneficjentów, z którymi prowadzono wywiady.

Kluczowym problemem występującym w trakcie realizacji PPZ jest nadmierne obciążenie beneficjentów dodatkowymi formalnymi obowiązkami. Potwierdzają to m.in. opinie wyrażone w trakcie wywiadów indywidualnych z koordynatorami projektów. Zwracali oni uwagę, że zbyt obszerna dokumentacja zniechęca lekarzy, jak i pacjentów do wzięcia udziału w programie. Lekarze w jednostkach POZ, którzy muszą wywiązywać się ze swoich obowiązków wynikających z ich codziennej pracy, nie mają czasu na to, żeby wypełniać obszerną dokumentację.

Wydaje się też, że ta spora papierologia, która była, trochę utrudniała realizację projektu – jednak tych papierów jest dużo do wypełnienia - poświadczeń, zaświadczeń...

To czasami, po prostu, lekarze, mając tak bardzo dużo pracy papierkowej, nie są w stanie wybrać tych dodatkowych obowiązków i to wydaje mi się, że trochę, trochę utrudniało też osiągnięcie tych wskaźników.

Przedstawiciel beneficjenta (4)

Zasygnalizowano także, że koordynatorzy stykali się z problemem braku zaangażowania ze strony niektórych jednostek POZ. Brak motywacji, przeciążenie obowiązkami zawodowymi wpłynęły na niską aktywność w obszarze pozyskiwania pacjentów do programu.

No to jest różnie z tymi POZ-ami. Niektóre są bardzo aktywne, niektóre mniej. Myślę, że też jest dużo zadań narzuconych na tych lekarzy rodzinnych i oni nawet, bo jak zaproszenie do tego projektu to było chyba ciężko nam pozyskać te POZ-y i trzeba było tłumaczyć, że jednak warto. Chociaż każdy, kto uczestniczy w tym projekcie, ma parę złotych zapłacone za swoją pracę, co jest też bardzo ważne, nie? I lekarz rodzinny, i pielęgniarka, i sekretarka, i lekarz – no to zostało naprawdę bardzo dobrze przygotowane, ale myślę, że brak lekarzy, mnóstwo się wrzuca na ich barki, powoduje (...)

Przedstawiciel beneficjenta (2)

- **Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?**

Zdaniem 16,5% przedstawicieli podmiotów leczniczych wszystkie problemy związane z realizowaniem programów profilaktycznych zostały rozwiązane. Warto zaznaczyć jednak, że większość lekarzy uczestniczących w projektach nie zgłaszała żadnych problemów.

Niespodziewaną trudnością w realizacji programu okazał się być stan zagrożenia epidemiologicznego. Z uwagi na zaistniałą sytuację zmniejszyła się liczba pacjentów, którzy chcieliby poddać się przewidzianym badaniom. Miała na to także wpływ specyfika badania – przesiewowe badanie laryngologiczne. W tym czasie lekarze, jak i pacjenci, chętniej korzystają z możliwości teleporady, nieliczni decydują się na wizytę w przychodni.

W marcu wszedł koronawirus, są teleporady, właściwie pacjenci nie odwiedzają POZ-ów i tak samo POZ-y przestają być zainteresowane braniem na siebie zobowiązań w postaci przesiewu.

Przedstawiciel beneficjenta (4)

Zdecydowana większość beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) jest zdania, że udało im się rozwiązać wszystkie problemy, jakie pojawiły się w trakcie realizacji programu profilaktycznego (77,8%).

- **Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać?**
Jeśli tak, to w jaki sposób?

Z uwagi na jasno sprecyzowaną grupę docelową, do której adresowany jest program, należy zastanowić się nad rozwiązaniem problemu dotyczącego działań edukacyjnych. Osoby pracujące, będące w wieku produkcyjnym nie zawsze mogą partycypować w długich szkoleniach. Rozwiązaniem tego problemu może być realizacja szkoleń w wersji e-learningu.

Kolejną rekomendacją odpowiadającą na trudności w zakresie realizacji działań edukacyjnych jest poszerzenie grupy uczestników szkoleń o osoby w wieku poprodukcyjnym.

Zmiany te umożliwiłyby realizację kluczowych wskaźników (jak np. liczba osób objętych wsparciem) oraz pozwoliłyby na transmitowanie uzyskanej podczas szkoleń wiedzy pomiędzy członkami rodziny (np. pokolenie dziadków może przekazywać wiedzę pokoleniu swoich dzieci i wnuków).

Generalnie musimy realizować szkolenia, tę działalność, aczkolwiek jest ona trudna. Chyba że, ewentualnie, skierować ją do wszystkich osób: i do młodzieży, i do tych aktywnych zawodowo, i osób starszych. Wtedy dzieci mogłyby przekazać wiedzę rodzicom i namówić ich na badanie, a seniorzy swoje dzieci, w ten sposób. A my musimy realizować to ściśle docelowo w tej grupie, która przyjdzie do nas na badanie.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

3.2.1.7. Realizacja zaplanowanych interwencji

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?
- Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?
- Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?

• Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?

Stan realizacji przyjętych wskaźników – wedle opinii badanych – jest m.in. zależny od chęci współpracy jednostek POZ ze szpitalami. Pozyskanie jednostek POZ w wielu przypadkach wymaga dużego zaangażowania ze strony beneficjentów programu. Problemem jest to, że rozpoczęcie współpracy wymaga wypełnienia szeregu dokumentów, to samo dotyczy się późniejszych etapów, w których personel medyczny jest zobligowany do prowadzenia obszernej dokumentacji pacjentów. Współpracę z jednostkami POZ może także zaburzać sposób rozliczania. Beneficjenci rekomendowali, aby nie rozliczać się z placówkami POZ, a bezpośrednio z lekarzem lub pielęgniarką, którzy faktycznie odpowiadają za realizację programu w swojej jednostce. Takie ustalenie mogłoby zwiększyć motywację personelu medycznego do pozyskiwania pacjentów oraz realizacji badań. Jednak z powodów formalnych rozwiązanie to w obecnej chwili jest niemożliwe do wdrożenia.

Kwestia finansowania wyglądała w ten sposób, że tę kwotę, jakby za to świadczenie, otrzymywał POZ, tak. Czyli POZ nam wystawiał fakturę i my płaciliśmy POZ-owi za to świadczenie. No, ale POZ, jeżeli nie przekazał części przynajmniej tego wynagrodzenia pielęgniarkie, to ta pielęgniarka niespecjalnie była zainteresowana realizacją tego programu, no, bo to jest jej dodatkowy czas, prawda?

Przedstawiciel beneficjenta (3)

Opinia jednego beneficjenta konkursowego (badanie CAWI) potwierdzała niski poziom motywacyjny POZ, które poprzez działania premiowe mogłyby skuteczniej realizować zadania projektowe.

Nie obserwowano różnic w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) w ocenie zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego w obszarach: celu projektu, produktów oraz rezultatów – wszystkie obszary ocenione były bardzo wysoko. Zdaniem 88,9% beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane, natomiast 11,1% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie. W grupie korzystających z programu, wśród czynników mających wpływ na jego powodzenie, wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i innego personelu medycznego.

Niezaprzeczalnie sukcesem programu profilaktycznego PO WER jest zwiększenie wykrywalności choroby na jej wczesnym etapie. W ramach realizowanego programu beneficjentom udało się wykryć zmiany nowotworowe u niektórych z badanych pacjentów, a dzięki zidentyfikowaniu problemu we wczesnej fazie oraz szybkiemu podjęciu leczenia istnieje duża szansa na wyleczenie takich osób.

Mamy tutaj z doświadczenia kilka takich przypadków, gdzie bez objawów tak naprawdę osoba miała początek nowotworu. Oczywiście, jest on wyleczalny, kiedy jest na stopie minimalnej, aczkolwiek jest to coś ważnego. Mieliśmy dotychczas wykrytych siedem nowotworów.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

- **Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?**

W trakcie wywiadów wskazywano, że jedną z barier w osiągnięciu projektowych sukcesów była nieefektywność upowszechniania informacji o projektach wdrażających PPZ. Niestety, mimo takiej możliwości, żaden z ankietowanych beneficjentów nie wypowiedział się na temat czynników, które wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane.

- **Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?**

Część beneficjentów wykazała się dużym zaangażowaniem, podejmując szereg różnorodnych działań promocyjnych, które pozwoliły im stawić czoło problemowi rekrutacji uczestników projektu. Wielu z nich decydowało się na reklamy w mediach społecznościowych, radiu, telewizji czy uczestniczenie w festynach, jak widać, wychodzili naprzeciw potencjalnym uczestnikom programu.

Zapewnialiśmy różne formy dotarcia z komunikatem i przez lekarzy, i przez firmę, i przez różne instytucje, administracji publicznej, poprzez bezpośrednią edukację i poprzez artykuły, i poprzez media społecznościowe, Internet, więc szliśmy dość szeroko.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Zaangażowanie, aktywna postawa to czynniki, które pozwoliły przezwyciężyć pojawiające się wyzwania oraz doprowadziły do sukcesu. Regularność współpracy oraz zaangażowanie wpłynęły pozytywnie na współpracę z placówkami POZ.

Cały czas, nie tylko na początku realizacji programu, tylko również na późniejszych etapach właściwie, te osoby cały czas pracowały jakby na rzecz, te osoby, które pracowały w terenie, jeździły do tych POZ, odwiedzały i odbierały dokumentację medyczną, która tutaj jest u nas przechowywana. Tak, że oni też nie musieli nam nic pocztą wysłać. W razie problemów to żeśmy też byli w stanie reagować, no, ta współpraca była taka bardzo na bieżąco, jest cały czas, tak, że to myślę, że jest taką naszą mocną stroną.

Przedstawiciel beneficjenta (3)

3.2.2. Postęp finansowy i efektywność wsparcia

3.2.2.1. Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?
- Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?

- **Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?**

W przekonaniu ankietowanych beneficjentów środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb (średnia odpowiedzi 7,56³⁷).

³⁷ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb.

W opinii reprezentantów administracji publicznej wszelkie wydatki na profilaktykę prozdrowotną są odpowiednimi inwestycjami. Przekonanie to wynika ze zrozumienia różnicy pomiędzy kosztami profilaktyki a zdecydowanie wyższymi kosztami leczenia.

Jedną z najważniejszych tak naprawdę inwestycji w życiu jest zdrowie, tak? To może są takie stwierdzenia bardziej populistyczne, ale są prawdziwe i rzeczywiste. I tak naprawdę ta kwota, którą Pan wspomniał, jest kwotą wysoka. Natomiast na pewno w przyszłości też widziałbym pewnie zwiększenie. Możliwość zwiększenia tej kwoty na potrzeby zdrowotne jest duża. W tym wszystkim także, jak najbardziej, te kwoty przeznaczone ze środków unijnych i to z czego korzysta minister zdrowia na realizację tych PPZ-ów jak najbardziej jest zasadne, potrzebne.

Ekspert (AOTMiT)

- **Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?**

Jedynym ryzykiem związanym z brakiem wydatkowania środków jest zagrożenie epidemiczne, które uniemożliwi beneficjentom wykonywanie badań. Jednak, jeśli terminy dla nich zostaną wydłużone, to ryzyko braku wydatkowania zostanie zminimalizowane. Przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystają w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne (średnia odpowiedzi 8,44³⁸).

3.2.2.2. Stawki jednostkowe

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

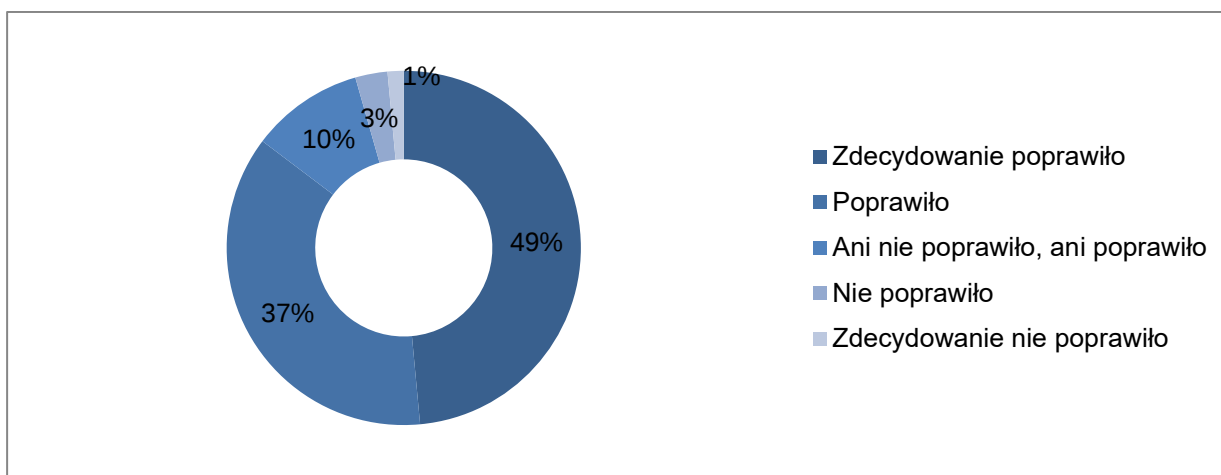
- Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?
- Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?

- **Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?**

Wprowadzenie stawek jednostkowych ogólnie było oceniane pozytywnie, co potwierdziło 86% badanych techniką CAWI.

³⁸ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że beneficjent wykorzysta w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.

Rysunek 10. Czy wprowadzenie stawek jednostkowych poprawiło realizację projektu



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Podobny pogląd odnotowano w toku badań jakościowych, gdzie beneficjenci zauważali, że samo wprowadzenie stawek jednostkowych jest słuszne, ale należy pamiętać o waloryzowaniu ich.

Uważam, że zmieniłbym znacznie sposób finansowania tego, gdyż stawki jednostkowe są ułatwieniem w procedurach stricte medycznych i ich waloryzowanie powinno następować w ramach realizacji projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

- **Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?**

Należy jednak pamiętać, że problem stawek jednostkowych, według beneficjentów, dotyczył ich wysokości z perspektywy lekarzy. W przekonaniu reprezentantów tej grupy zawodowej były one zdecydowanie zbyt mało motywujące, ale jednak z perspektywy pielęgniarek stawały się one już bardziej atrakcyjne.

3.2.2.3. Efektywność finansowa

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy osiągnięte w programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?
- Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?

- **Czy osiągnięte w programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?**

Badani reprezentanci administracji publicznej zauważali, że na tę chwilę trudno jednoznacznie określić, czy projekty były realizowane w sposób w pełni efektywny, ponieważ wiele z nich nadal trwa.

Chyba nie za bardzo mamy, nie mamy zbyt dużej ilości projektów zakończonych w ogóle w 5.1. Z tego, co kojarzę, jeszcze sobie tutaj zerknę. No, raczej trudno będzie mi tu powiedzieć, jak finalnie wychodzą te projekty. Ekspert (MZ)

- **Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?**

Natomiast wedle opinii beneficjentów większą efektywność finansową można byłoby zapewnić tylko przy zwiększeniu budżetów – zwłaszcza w zakresie kosztów pośrednich. Zatem należy wnioskować, że te same rezultaty można było osiągnąć tylko przy wykorzystaniu analogicznej alokacji.

3.2.2.4. Koszty alternatywne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?
- W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?

- **Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?**

Koncentrując się na efektywności wsparcia, należy zauważyć, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działanie profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest

odpowiednia. Beneficjenci jasno i dobitnie podkreślali, że wysokość alokacji była wystarczająca na realizację założonych celów.

Cała suma finansowa to w naszym przypadku jest ona wystarczająca. Mogliśmy wnioskować o zwiększenie kwoty, nie robiliśmy tego, to też z wyliczeń statystycznych wynikała konkretna ilość badań i suma właściwie z tego wynikała. Dla nas będzie wystarczająca, zmieściliśmy się w alokacji.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

Koszty leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER nie są jednorodne i zależą od wielu czynników, takich jak m.in.: trajektorium pacjenta (różnorodność i zmienność leczenia, dostosowana do realnych potrzeb wynikających ze specyfiki stanu zdrowia)³⁹, miejsce prowadzenia leczenia (istnieje wiele zmiennych regionalnych, które powodują odmienne koszty tych samych procedur w różnych podmiotach leczniczych), niewdrożenie jednolitego modelu rachunku kosztów działań, co prowadzi do braku wiedzy na temat faktycznych kosztów ponoszonych w związku z leczeniem konkretnego pacjenta. Podstawą analizy są więc koszty szacunkowe, a zatem niedokładne i niepodzielone na pośrednie i bezpośrednie, zawarte w PPZ.

Tabela 4. Koszty szacunkowe w trzech PPZ

Lp.	Nazwa PPZ	Koszty szacunkowe wg PPZ
1	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania RZS	821,80 zł
2	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi	983,00 zł
3	Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)	2053,00 zł

Trzeba podkreślić, że we wszystkich przypadkach autorzy PPZ wobec braku danych opierali się wyłącznie o szacunkowe koszty, dane historyczne, które nie mogą świadczyć o kosztach rzeczywistych podmiotów leczniczych. Tym samym nie można wprost odpowiedzieć na pytanie, ile wynoszą koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia pacjenta.

Analiza danych może w tym zakresie opierać się wyłącznie o koszty pośrednie i bezpośrednie zawartych umów z beneficjentami, niemniej nie odzwierciedlają one faktycznie

³⁹ P. Karniej, M. Kęsy, J., Stępniewski (red.), Innowacje organizacyjne w szpitalach. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 143.

ponoszonych kosztów (w tym szczególnie kosztów utraconych w związku z konsekwencjami choroby, takimi jak absencja chorobowa, utrata dochodów pracownika, przedwczesna umieralność, dodatkowe koszty systemu). Te uwarunkowania nie były przedmiotem niniejszej analizy. Co więcej, dla przykładu, koszty porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podawane jako podstawa obliczeń w poszczególnych PPZ, opiera się o koszty standardowe (48 zł), co w wielu przypadkach znacznie odbiega od faktycznych cen tej usługi.

Pojawiły się opinie wskazujące na istotność promowania wszelkiego rodzaju badań profilaktycznych oraz głosy postulujące zwiększenie funduszy na działania z zakresu edukacji oraz wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. Jednak generalnie rzecz biorąc, alokacja była odpowiednia, zdaniem badanych, co do celów, które sobie w ramach analizowanych PPZ wyznaczili, ale jednocześnie twierdzą, że profilaktyka jest dość kosztochłonną sferą ochrony zdrowia.

Generalnie na tę profilaktykę można wydać na pewno zdecydowanie więcej pieniędzy i to by się na pewno opłaciło. No, cały świat idzie w profilaktykę, bo to jest tańsze niż leczenie, więc tutaj nie trzeba nikogo przekonywać.

Przedstawiciel beneficjenta (8)

Mimo wskazywanych trudności w zakresie realizacji celów programu żaden z beneficjentów nie wspomniał o ryzyku niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER.

Kwestią problematyczną w obszarze finansowania programu był podział środków na koszty pośrednie oraz koszty bezpośrednie. W realizacji założeń programu pomogłaby zmiana proporcji wyżej wymienionych środków. Możliwość przeznaczenia większych funduszy na promocję pozwoliłaby na dotarcie do szerszej grupy uczestników programu. Ważną rolę w projekcie odgrywają działania administracyjne, które także są finansowane ze środków pośrednich, nieproporcjonalnie małych w stosunku do wyznaczonych środków na koszty bezpośrednie.

Cała oś została zdefiniowana właściwie w taki sposób, iż realizowanie zadań koordynacyjne w ramach ich finansowania, w ramach kosztów bezpośrednich, jest całkowicie niemożliwe. Pozostaje tylko możliwość realizowania takich zadań z kosztów pośrednich, które są na bardzo niskim poziomie w tej osi i w założeniu, powiedzmy, do ogólnego programu czy też do samego RPO, EFS-u, czy jakkolwiek to nazwać, zależy jak wysoko sięgniemy, może i na niektóre projekty przekłada się to pozytywnie.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

- **W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?**

Powyższe wnioski potwierdzają analizy wyników badania CAWI, gdzie zaobserwowano, że w grupie beneficjentów konkursowych wysoko oceniono adekwatność środków finansowych do potrzeb oraz poziom, w jakim wykorzystane zostaną przeznaczone środki. Istotnym czynnikiem ułatwiającym realizowanie programów profilaktycznych jest wprowadzenie stawek jednostkowych. Blisko 88,9% beneficjentów konkursowych zgadza się z tym twierdzeniem. Większość beneficjentów konkursowych, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie (n=3), jest zdania, że należy zmienić stawki jednostkowe dotyczące lekarzy.

Jednocześnie warto także odnotować opinie, które wskazywały, że rozwiązaniem wartym rozważenia jest uelastycznienie stawek jednostkowych. Zdaniem części koordynatorów stawki powinny być modyfikowane nie tylko w czasie, tak by mogły być dostosowane do zmieniającej się sytuacji rynkowej. Sygnalizowano także konieczność różnicowania ich w poszczególnych regionach, by były one dopasowane do realiów konkretnych obszarów i miejscowości.

Tak, uważam, że zmieniłbym znacznie sposób finansowania tego, gdyż stawki jednostkowe są ułatwieniem w procedurach stricte medycznych i ich waloryzowanie powinno następować w ramach realizacji projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

W kontekście odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu koszty leczenia jednego pacjenta zdiagnozowanego z powodu jednostki chorobowej objętej wsparciem PPZ da się zredukować, można założyć jedynie teoretycznie (ze względu na brak dostępu do danych szczegółowych), że środki na profilaktykę są zawsze niższe niż na interwencje medyczne. Wydatki sektora ochrony zdrowia na profilaktykę wynoszą obecnie ok. 1% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia (w roku 2019 było to 0,24% sumy wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne)⁴⁰. Nakłady na leczenie w poszczególnych zakresach są zdecydowanie i nieporównywalnie wyższe. Ponieważ profilaktyka zdrowotna jest zawsze tańsza niż leczenie, należy przyjąć, że działanie to jest opłacalne, ale ze względu na brak konkretnych danych nie można udzielić wartościowej odpowiedzi na to pytanie.

3.2.3. Zasady i procedury realizacji PPZ

⁴⁰ Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019, 2020, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>.

3.2.3.1. Procedury realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?
- Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?
- Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?
- Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?

- **Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?**

Przeprowadzona ewaluacja potwierdza, że w celu ulepszenia programu należy udoskonalić pewne procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ. Przede wszystkim powinno się uprościć procedury akceptowania wniosków, co umożliwiłoby sprawniejszą realizację projektu (skrócenie czasu oczekiwania na decyzje i płatności).

Mamy wrzesień. Więc dobrze by było zoptymalizować się, czas weryfikacji innych wniosków aplikacyjnych czy wniosków o płatności, czy też wniosków sprawozdawczych.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Co ciekawe, w trakcie badania ilościowego z beneficjentami konkursowymi jedynie jedna osoba wskazała, że procedury związane z wdrażaniem programu profilaktycznego można udoskonalić, uprościć, wskazując jednocześnie, że zasadnym jest wydłużenie czasu trwania projektów dla tych, gdzie jest bardzo duże zainteresowanie.

Zdaniem 6,5% przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) procedury związane z wdrażaniem PPZ można udoskonalić lub uprościć. Wśród rekomendacji znaleziono głównie propozycje dotyczące zmniejszenia liczby dokumentacji projektowych, np.:

1. ZASADA JEDNEGO PODPISU. Połączenie wszystkich podpisywanych dokumentów w jeden z licznymi aneksami – tak żeby podawać dane osobowe tylko raz i tylko raz podpisywać całość.
2. ZASADA ZDALNOŚCI. Wprowadzenie możliwości wypełniania dokumentów on-line (zamiast tylko i wyłącznie wypełniania papierowych dokumentów w POZ) i składania podpisu za pomocą profilu zaufanego.

3. ZASADA DEBIUROKRATYZACJI. Odciążenie personelu medycznego od wszelkich obowiązków dokumentacyjnych, ponieważ są na tyle obciążeni, że każda minuta ich pracy jest zdecydowanie bardziej potrzebna przy innych zadaniach niż tworzenie dokumentacji.

- **Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?**

Największą trudnością w obszarze wdrażania PPZ jest jednak szeroko rozumiana biurokracja. Zbyt dużo regulacji, zbyt obszerna dokumentacja oraz skomplikowane procedury i wymogi związane z partycypacją w projektach unijnych. Wszystkie te składowe budzą obawę przed wzięciem udziału w tego typu programach. Zostało to już w stypologizowany sposób określone powyżej (zob. podrozdział 4.1.1.4). W tym miejscu warto podkreślić, że wszelkie odformalizowanie i optymalizacja procedur są oceniane przez ewaluatorów jako celowe i zgodne z oczekiwaniami beneficjentów.

Myślę, że na pewno w wielu obszarach można by zredukować liczbę tych wymaganych dokumentów... I od strony właśnie naszej, nawiązywania współpracy, i na przykład z POZ-ami było dużym obciążeniem, bo mały POZ, który musi wypełnić dość dużo dokumentacji po to, żeby przystąpić do współpracy w projekcie, tak naprawdę nie jest to jakaś, nie wiem, umowa, tylko umowa o współpracę, to stanowiło duże utrudnienie.

Przedstawiciel beneficjenta (4)

Pojedynczy koordynatorzy wskazali na problemy podczas realizacji PPZ, które wystąpiły po stronie Instytucji Pośredniczącej. Wspomniano o zbyt długim oczekiwaniu na wypłatę środków czy o zmianie opiekuna, co nieznacznie zaburzyło ciągłość realizacji programu.

W naszym przypadku zmienił się chyba jeden z opiekunów projektu, nawet nie wiem, czy nie dwukrotnie. To było taką dosyć dużą trudnością, bo zanim jeden się wdrożył, odszedł i kolejny musiał się wdrożyć. Były tutaj pewne problemy.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

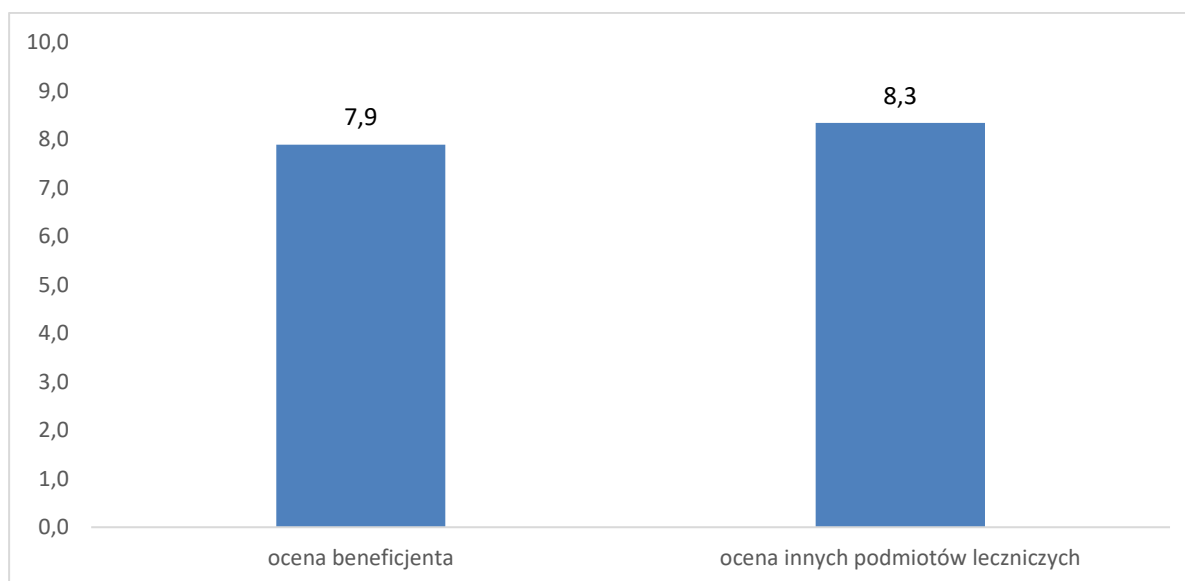
Jednak podkreślić tu należy, że opinie te zostały skonfrontowane z perspektywą Instytucji Pośredniczącej, gdzie potwierdzono występowanie podobnych komplikacji w początkowej fazie realizacji projektów. W wyniku wewnętrznego monitoringu procedur dokonano jednak rewizji obłożenia opiekunów projektowych zadaniami i szybko upowszechniono dobre praktyki zarządzania finansowego. Ponadto, opóźnienia, które nadal powstawały po wdrożeniu zoptymalizowanych procedur, wynikały z winy beneficjentów, którzy popełniali liczne uchybienia formalne, zaś ich rozpatrywanie zgodnie z procedurami wiązało się z dodatkowym czasem oczekiwania na płatności.



Wnioski te częściowo potwierdzają badani beneficjenci. Zdaniem 11,1% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) możliwa jest modyfikacja procedur związanych z wdrażaniem programu profilaktycznego. Wskazywano głównie te związane z potrzebą zmniejszenia dokumentacji oraz szybszej kwalifikacji pacjentów do programów profilaktycznych.

Wysoko ocenione zostały założenia realizowanych programów profilaktycznych. Nie obserwowano różnic między oceną beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) a innych przedstawicieli podmiotów leczniczych, z którymi podejmowano współpracę w trakcie trwania programu profilaktycznego. Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 11. Ocena założeń realizowanych programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Pomimo wysokiej oceny założeń programów wysoko oceniano również poziom ich przeregulowania. Podobnie oceniano poziom skomplikowania dokumentacji i formalności związanych z realizowaniem programu profilaktycznego; te obszary zdaniem beneficjentów powinny zostać uproszczone. Przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zgłaszają potrzebę ograniczenia wymogów oraz dokumentacji przy tworzeniu kolejnych programów profilaktycznych. Zwracają również uwagę na konieczność podniesienia stawek lekarzom POZ.

- **Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?**

Jedynie jeden przedstawiciel beneficjenta wskazał, że w PPZ czegoś brakuje. Respondent ten zaproponował, by wprowadzić programy premiowe dla ośrodków realizujących dobrze swoje projekty.

Pacjenci o programie dowiadywali się z plakatów, ulotek, ale także od swoich lekarzy. Przy czym w opinii pacjentów taki zakres promocji jest niewystarczający i powinien być poszerzony. Zdaniem uczestników kluczowe przy realizacji tego typu projektów jest zaangażowanie lekarzy POZ.

Ja natomiast powoli, lecz rodzinie dowiedziałam się, że coś takiego jest. Moja pani doktor lubi, żeby nie przeoczyć czegoś, czegoś więcej się dowiedzieć i dlatego tak wyszło.

Pacjenci (diada 1)

Ja myślę nadal, że to powinno być przez gabinety lekarzy rodzinnych, ponieważ ja, na przykład, prowadząc działalność gospodarczą, jednoosobową, nie korzystam z medycyny pracy, a korzystam z lekarza rodzinnego, a tam w przypadku obydwu projektów, w których uczestniczyłem, nie spotkałem żadnej informacji, nawet na rozmowie na wizycie u lekarza rodzinnego, był zdziwiony, że takie coś w naszym regionie się odbywa.

Pacjenci (diada 2)

- **Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?**

Badani mieli także możliwość zaproponowania swoich sugestii co do oczekiwanych dodatkowych działań, które należy uwzględnić w czasie planowania kolejnych programów polityki zdrowotnej. Opierając się na opiniach badanych, należy przewidzieć większą ilość działań promocyjnych i reklamowych, a także więcej programów kardiologicznych i związanych z leczeniem otyłości.

3.2.3.2. Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?
- Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je?
- Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?

- **Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?**

W trakcie badania zidentyfikowano dwa główne problemy występujące w tym zakresie. Wąskim gardłem w trakcie realizacji projektów było terminowe wypłacanie kolejnych transz środków finansowych. Opóźnienia są istotnym utrudnieniem, z którym mierzą się przedstawiciele beneficjentów. Należy podkreślić jednak, że niekiedy to działania samych beneficjentów przyczyniają się do powstawania opóźnień, np. w sytuacjach, gdy składana okresowo dokumentacja ma błędy lub jest niepełna. W trakcie badania sygnalizowano także problem, jakim są rotacje kadrowe w zespołach obsługujących beneficjentów. Zwracano uwagę, że – szczególnie w pierwszym okresie po zmianie koordynatora – współpraca jest trudniejsza, a uzyskanie informacji bardziej czasochłonne. Należy jednak podkreślić, że tego rodzaju zmiany kadrowe są naturalne i powinny być przez beneficjentów uwzględniane w toku planowania własnych prac i zabezpieczenia zaplecza kadrowego (a więc i zasobów wiedzy i doświadczenia) po stronie podmiotów realizujących PPZ.

- **Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?**

Uczestnicy projektów, którzy zostali objęci wsparciem diagnostycznym, wskazywali, że ich droga do znalezienia się w projektach miała trojaki przebieg:

1. Rekrutacja przez lekarzy POZ. W tym przypadku pacjenci oceniali rekrutację jako przejrzystą, lekarze i pielęgniarki przekazywali komplet informacji niezbędnych do tego, aby zdecydować się na udział w badaniach profilaktycznych.

Moja pani doktor lubi, żeby nie przeoczyć czegoś, czegoś więcej się dowiedzieć i dlatego tak wyszło.

Pacjenci (diada 2)

2. Rekrutacja podczas wydarzeń plenerowych, gdzie prowadzono działania upowszechniające wśród przechodniów czy osób przebywających na plaży albo na festynie. Pacjenci zgadzali się na udział z uwagi na element zaskoczenia oraz przez to, że docierano do nich w miejscach, do których sami zdecydowali się udać, sami się zainteresowali i wypytali o szczegóły.

Jakiś ambulans był wystawiony i coś tam...już nie pamiętam, co tam badano i dawali te kartki, no i tym się zainteresowałem, poszedłem.

Pacjenci (diada 3)

3. Rekrutacja w trakcie trwania turnusów sanatoryjnych. Tutaj zauważano, że brakowało pewnych informacji kontekstowych pozwalających pacjentom czuć się w pełni poinformowanymi co do celów i zakresu oferowanego im wsparcia. Padały przykładowo następujące określenia:

Tak jak powiedziałam, z rozdzielnika byłam i nie spodziewałam się tego. Można powiedzieć tylko tyle, że zabiłam czas w tym nudnym bardzo miejscu.

Pacjenci (diada 1)

Procedury rekrutacyjne w myśl ustaleń ewaluacji powinny być nastawione na:

1. Transparentność – każdy uczestnik powinien mieć jak najwięcej informacji kontekstowych.
2. Aktywne poszukiwanie uczestników – uczestnicy powinni być rekrutowani nie tylko w przychodniach POZ, ale również na wydarzeniach plenerowych poprzez media drukowane i elektroniczne.

3.2.3.3. Ocena zgłaszalności pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?
- Jakiego działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?
- Jakiego dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?

- **Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?**

Jeden beneficjent konkursowy (badanie CAWI) zgłosił problemy związane z rekrutowaniem personelu medycznego. Najczęściej wskazywano kwestie związane z niskimi stawkami dla lekarzy. Żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił problemów związanych z rekrutowaniem pacjentów. Także w grupie przedstawicieli ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI) niewielki procent (6,5%) zwrócił uwagę na problem związany z niską zgłaszalnością pacjentów do programów profilaktycznych.



- **Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?**

Beneficjenci, chcąc zrealizować założone wskaźniki, wdrażali różnego rodzaju metody rekrutacyjne. Otwarta postawa oraz wychodzenie na zewnątrz z promocją programu okazały się dla niektórych kluczem do sukcesu. Popularyzacja nie zamykała się wyłącznie w przestrzeni wirtualnej. Przekaz był kierowany do potencjalnych uczestników także za pomocą radia i telewizji.

Sprawdzała się też współpraca z różnymi instytucjami, sprawdzały się wywiady w mediach, sprawdzał się Internet. Każdym kanałem komunikacji dotarliśmy do tej jakiejś grupy osób, która wzięła później udział w badaniach. Elastyczne dobieranie kanału komunikacji do grupy docelowej.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

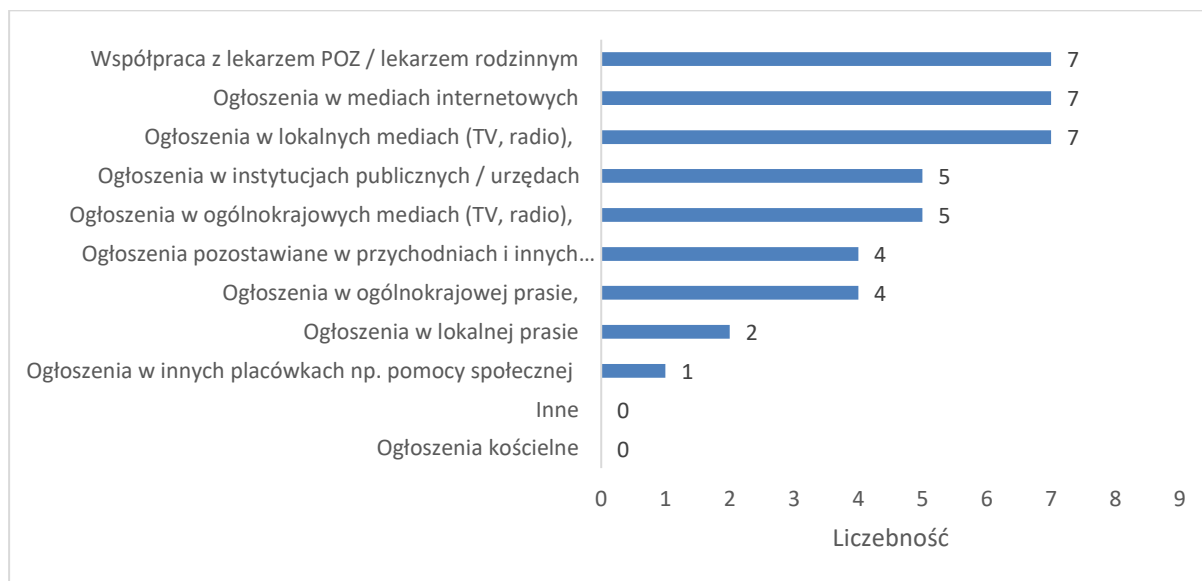
Ważną rolę w procesie rekrutacji odgrywały też bezpośrednie kontakty między pacjentami a lekarzami. To w trakcie tych osobistych rozmów lekarze mieli możliwość nie tylko poinformowania pacjentów o badaniach profilaktycznych, ale także mogli rozwiązać pojawiające się obawy.

Niestety, wiedza w społeczeństwie jest różna i w wielu przypadkach to była indywidualna praca i długi proces przekonywania, że warto się zbadać, że badania są wykonywane między innymi w szpitalu, to nic nie znaczy, że, no..., że od razu są chorzy.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Najczęściej podejmowanymi przez beneficjentów konkursowych działaniami, mającymi na celu promocję realizowanych programów profilaktycznych, były: nawiązywanie współpracy z lekarzami POZ, ogłoszenia w Internecie oraz lokalnych mediach. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

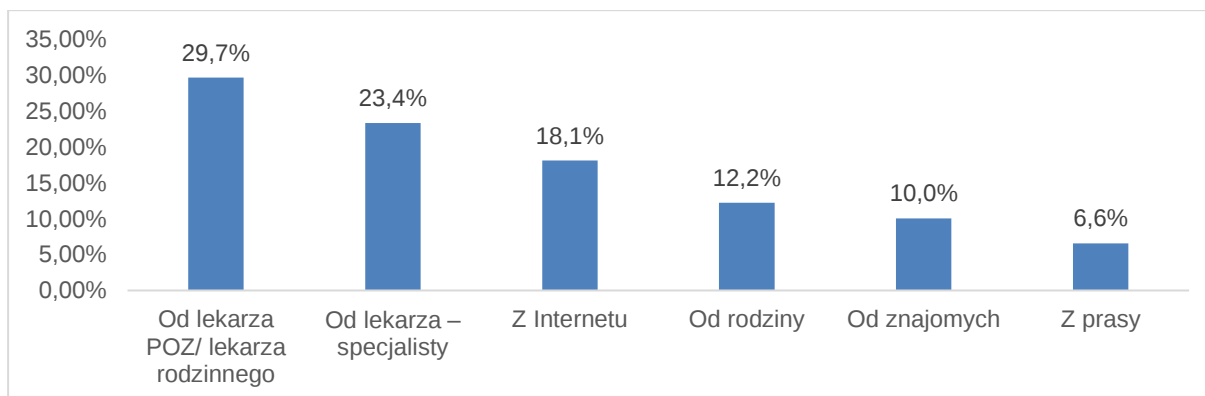
Rysunek 12. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Zdaniem pacjentów (badanie CATI) najczęściej o projekcie profilaktycznym, w którym brali udział, dowiadywali się od lekarzy POZ (29,7%) lub specjalistów (23,4%). Około 18% pacjentów wiedzę na temat projektu profilaktycznego znalazło w Internecie. Najrzadziej wskazywanym źródłem wiedzy była prasa (6,6%). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 13. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)

Te działania przynosiły pozytywne efekty. Ocena dostępności do badań profilaktycznych w badaniu CATI (pacjenci) również została oceniona wysoko. Zdaniem pacjentów dostępność do badań profilaktycznych była znacznie większa w trakcie trwania projektu – odpowiedź taką wskazało 63,1% respondentów. Ponadto, zdaniem 31,2% badanych, dostępność nie uległa zmianie, natomiast według 5,7% - pogorszyła się.

- **Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?**

Z opinii badanych jasno wynika, że szczególną skuteczność miały bezpośrednie rozmowy lekarzy z pacjentami. Kontakt taki nie tylko umożliwiał przekazanie informacji o badaniu profilaktycznym, ale dawał także szansę rozwiania pojawiających się obaw i lęków. Ważne, by pacjentom prezentować PPZ nie tylko jako szansę na zdiagnozowanie choroby, ale przede wszystkim jako krok, który umożliwi podjęcie szybkiego i małoinwazyjnego leczenia.

3.2.3.4. Nieschematyczne rozwiązania

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy?
- Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?
- Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?

- **Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy? Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?**

Zdaniem większości beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) czynności podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania (77,8%). W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zaledwie 5,0% zwraca uwagę na fakt, że zdarzyło im się w trakcie realizacji programu profilaktycznego podejmować działania, które wychodziły poza wypracowane rozwiązania. Ponadto blisko 11% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) deklaruje, że skorzystali z nieschematycznych rozwiązań w trakcie realizacji programów profilaktycznych. Podczas badań ilościowych respondenci niestety nie doprecyzowali, jaki te działania miały charakter. Nieco więcej światła na ten temat rzuciły wywiady, w trakcie których beneficjenci wskazywali działania, które podejmowali, a które w ich opinii mają innowacyjny charakter wychodzący poza dotychczasowe schematy. Działaniem tym miało być zaangażowanie organizacji pozarządowych w proces komunikacji z grupą docelową PPZ.

Edukowaliśmy też streetworkerów, NGO, pracowników miejskich ośrodków pomocy społecznej. Dlatego, że oni mają kontakt z grupą docelową, która rzadko trafia do lekarza. Wiadomo, że ci, którzy są obciążeni najbardziej czynnikami ryzyka, to są osoby, które nadużywają alkoholu często, to są takie osoby, które nie trafiają do lekarzy.

Przedstawiciel beneficjenta (4)

- **Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?**

Respondenci nie byli w stanie jednoznacznie określić, czy stosowanie nieschematycznych rozwiązań poprawiło skuteczność i jakość prowadzonych działań. Żaden z badanych beneficjentów konkursowych nie udzielił odpowiedzi twierdzącej ani przeczącej. Tak zachowawcze stanowisko należy tłumaczyć faktem, że brak jest punktu odniesienia umożliwiającego sformułowanie wiarygodnej opinii. Przedstawiciele beneficjentów nie mają możliwości porównania swojego programu z identycznym przedsięwzięciem, w którym nie stosowano by nieschematycznych rozwiązań i tym samym analizy wpływu dodatkowych działań na skuteczność i jakość wsparcia.

3.2.3.5. Podział na makroregiony

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFSA+?
- Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?

- **Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFSA+?**

Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle 77,8% badanych, zaledwie dwóch beneficjentów konkursowych zgłosiło odmienne zdanie. Przeprowadzona w ramach niniejszego badania analiza CAWI skłania do wniosku, że struktura makroregionalna sprawdziła się, jednak w analizie desk-research wyniki nie są już tak jednoznaczne.

Zastosowanie w wyborze metody realizacji projektów struktury makroregionalnej opiera się o dwa fundamenty: z jednej strony chodzi o zapewnienie wysokich kompetencji kadr medycznych związanych z opiniowaniem o stanie zdrowia, identyfikowaniem przyczyn chorób, wyborem metod terapeutycznych, co jest możliwe po osiągnięciu określonego pułapu liczby konsultacji (efekt skali), lepszej alokacji kosztochłonnego sprzętu diagnostyczno-terapeutycznego (np. PET), a także – co jest istotne z punktu widzenia

kształcenia podyplomowego personelu medycznego – organizowanie szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek w zakresie „szybkiej interwencji” w ramach leczenia otwartego (np. w Programie Diagnostyki i Leczenia Chorób Onkologicznych). Znaczenie tych argumentów może być ograniczone z drugiej strony poprzez: zmniejszenie dostępności do świadczeń medycznych objętych PPZ dla pacjentów zamieszkałych daleko od ośrodka medycznego, brak zainteresowania podmiotów POZ współpracą z oddalonym ośrodkiem akademickim (lub specjalistycznym), nieefektywne relacje finansowe pomiędzy podmiotami realizującymi umowę, w ramach której prowadzony jest PPZ, a podmiotami podwykonawcami. Jak wynika z przeprowadzonych badań, w przypadku Działania 5.1 PO WER trudności wystąpiły również w konkursach z zakresu profilaktyki zdrowotnej, do których nabory od 2018 r. przeprowadzane są w formule rundowej w podziale na 6 makroregionów, w ramach których nie spotkano się z zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów, przez co nie wykorzystano połowy przyznanej na ten cel alokacji. Do problemu odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów (przeprowadzonego w ramach badania ewaluacyjnego On-going w roku 2018), którzy sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działanie środków. Z kolei respondenci badania IDI sugerowali możliwość przywrócenia zasad aplikowania stosowanych przed 2018 r., tj. przed okresem wprowadzenia formuły rundowej i podziału na 6 makroregionów⁴¹.

Kolejnym argumentem przemawiającym przeciwko strukturze makroregionalnej jest analiza wskaźników projektu, w której wątpliwości może budzić wskaźnik „liczba wdrożonych PPZ”. Jeden program profilaktyczny może być wdrażany poprzez kilka projektów (np. realizowanych w makroregionach). Wartość wpisana w SL to liczba projektów wybranych do dofinansowania, a nie liczba wdrożonych programów profilaktycznych. Dlatego informacja w SL o liczbie wdrożonych programów jest zawyżona⁴².

Wobec tego, że na etapie badania nie można ocenić stopnia realizacji projektów, nie wiadomo, w jakim zakresie środki przeznaczone na poszczególne umowy zostaną wykorzystane, a także w jakim stopniu trwająca epidemia COVID wpłynie na brak woli współpracy placówek POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z beneficjentami realizującymi umowy, trudno jednoznacznie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy struktura makroregionalna jest efektywna czy też nie.

⁴¹ Ewaluacja On-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER, Grupa BST Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Gdańsk 2018, <http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje/Pobierz/id/56.html>.

⁴² Ewaluacja mid-term postępu rzeczowego i finansowego PO WER 2014-2020 oraz wyliczenie wartości wskaźnika rezultatu długoterminowego. Raport końcowy, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Warszawa 2019, s. 294.

- **Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?**

W toku wywiadów prowadzonych z przedstawicielami administracji publicznej pozytywnie oceniono formułę wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony. Wskazywano jednoznacznie, że formuła ta sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFSA+. Takie oceny uzasadniane były następującymi argumentami:

1. Zwiększenie dostępności do projektów poza kluczowymi aglomeracjami – „konkurencja pomiędzy wnioskodawcami; rozpatrujemy na poziomie makroregionu (np. tylko łódzkie i mazowieckie w makroregionie centralnym), a nie na poziomie całej Polski (...), gdzie Warszawa ma trzy projekty, a inni żadnego” (respondent 1, administracja publiczna).
2. Pokrycie białych plam. Dzięki tej formule „obejmujemy wsparciem całą Polskę, że w każdym makroregionie będziemy mieli co najmniej jeden. Jeżeli chodzi o dostępność lokacji” (respondent 2, administracja publiczna).

Rekomenduje się zwrócenie uwagi – na podstawie przeprowadzonej analizy desk-research – na pojawiające się głosy podważające ten podział środków na projekty realizowane w ramach PPZ i podjęcie w przyszłych programach decyzji w oparciu o wskaźniki zakończonych projektów w ramach PPZ.

3.2.4. Koordynacja działań profilaktycznych

3.2.4.1. Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom

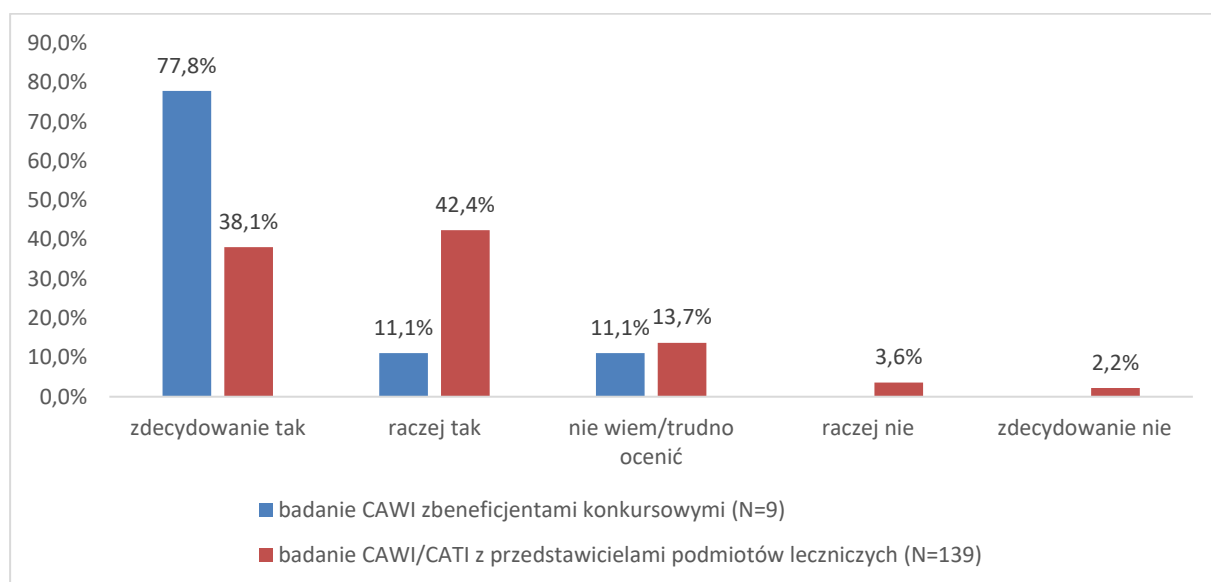
W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?
- Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?
- W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?

- **Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?**

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) 78% twierdzi, że wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Zdaniem 88,9% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wszystkie elementy systemu zostały zaangażowane odpowiednio w procesie realizacji programów profilaktycznych. Podobny procent uzyskano w grupie pracowników podmiotów leczniczych (80,6%, badanie CAWI/CATI).

Rysunek 14. Ocena zaangażowania elementów systemu w proces realizacji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

Przedstawiciele beneficjentów pozytywnie wypowiadali się na temat podejmowanej w ramach projektów współpracy. Właściwie przypisane role poszczególnym instytucjom (beneficjentom i POZ) przekładają się na pozytywne rezultaty projektu.

Trzy punkty AOS-u zapewniał partner. Z partnerem już realizowaliśmy kolejne projekty, więc współpraca też jest fajna, sprawna.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Tutaj muszę przyznać, że współpraca była bardzo dobra. Ze względu na to, że, tak jak Pani wspomniałam, jeden z naszych partnerów zrzeszał wszystkie POZ-ty, powiedzmy tutaj, w bliskich regionach, było to dla nas prostsze, jeśli chodzi o kontakt z wszystkimi



POZ-ami. My tutaj nie mieliśmy AOS-u, mieliśmy tylko POZ-y, jeśli chodzi o współpracę i rekrutację tutaj, wiem od innych ośrodków, że jest z tym trudność. My tak naprawdę w niewiele ponad dwa miesiące zrekrutowaliśmy chyba 75% placówek.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

- **Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?**

Zwracano uwagę na konieczność nadania większej roli lekarzom POZ – takiego zdania jest około 22% beneficjentów konkursowych. Blisko 66,7% nie znało odpowiedzi na to pytanie. Powyższy pogląd podzielali także przedstawiciele beneficjentów, z którymi prowadzono wywiady. Wskazywano w ich trakcie, że pomimo istotnego wpływu placówek POZ na realizację celów programu to właśnie jednostki POZ można wskazać jako te elementy systemu, które nie zawsze są odpowiednio zaangażowane w działania projektowe.

Jeśli możemy powiedzieć o tych POZ-ach, które zaczęły współpracę, to nie. Jeśli chodzi o ich działania, to częściowo niektóre po prostu podpisały z nami umowę, aczkolwiek nie realizowały projektu, bo nie miały chętnych, czy nie udało się kogoś zrekrutować z ich strony, a część działała ponad miarę, tak? Jakby trzy POZ-y działały w jednym.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

Do głównych zalet podejmowania współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej wskazywano (w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych – badanie CAWI/CATI): możliwość dotarcia do większej liczby pacjentów poprzez informowanie ich o istniejących programach oraz zachęcanie do wzięcia w nich udziału. Wśród wad zaangażowania lekarzy POZ beneficjenci konkursowi (badanie CAWI) wskazywali wysoką roszczeniowość tej grupy. W zespole przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wymieniano brak wystarczającej wiedzy o projekcie przez lekarzy POZ.

W trakcie rozmów rekomendowano także większe angażowanie w proces rekrutacji pacjentów pielęgniarek środowiskowych, które, podobnie jak lekarze rodzinni, mają stały kontakt z pacjentami oraz są w stanie zaobserwować, kto z nich znajduje się w podwyższonej grupie ryzyka (np. ze względu na styl życia lub inne choroby).

Zawsze ten drugi dom jest lepszy. No, myślę, że parę rzeczy bym tutaj zrobił, że wciągnąłbym oprócz lekarzy rodzinnych pielęgniarce środowiskowe, nie? Które kiedyś zaprosiłem, to one były bardzo zainteresowane. No, pewne modyfikacje, uproszczenia na pewno by były.

Przedstawiciel beneficjenta (2)

- **W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?**

W ramach PPZ należy dążyć do włączenia lekarzy medycyny pracy, z którymi regularnie stykają się osoby z grupy docelowej. W odróżnieniu od placówek POZ wizyty u lekarza medycyny pracy odbywają się stosunkowo regularnie, co zapewnia możliwość włączenia do programu większej liczby pacjentów.

3.2.4.2. Współpraca w ramach działań profilaktycznych

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?
- Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?
- Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?

- **Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?**

Szczególnie istotna w realizacji projektu była współpraca z placówkami POZ. Lekarze POZ znają swoich pacjentów, mają z nimi regularny kontakt, dzięki czemu im najłatwiej, spośród osób pracujących w ochronie zdrowia, zidentyfikować pacjenta z grupy podwyższonego ryzyka oraz skierować go na badania.

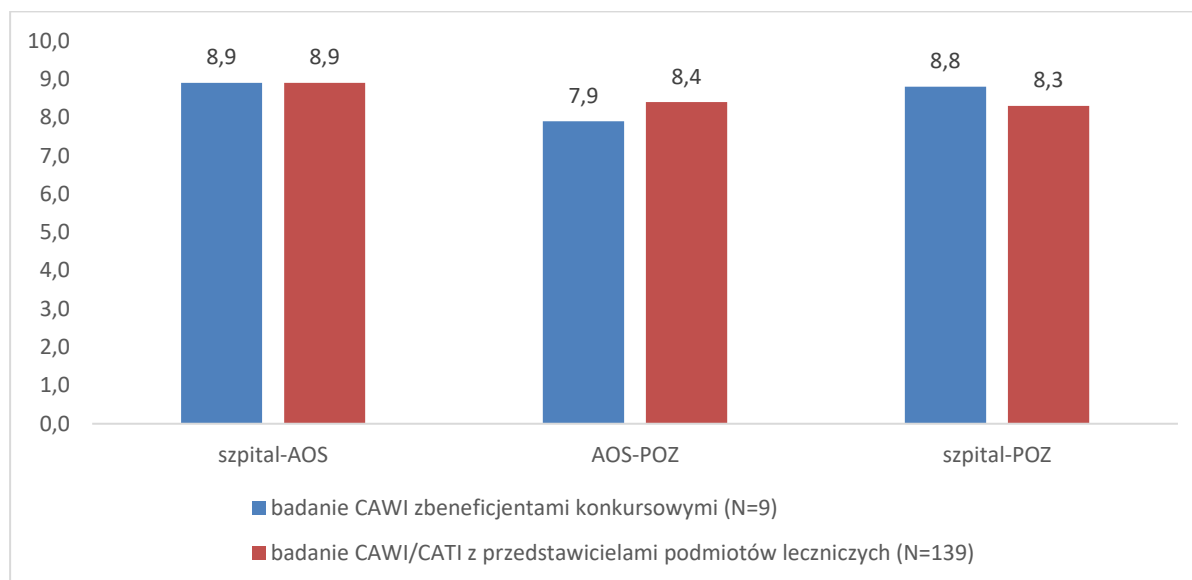
Uważam, że włączenie POZ w takie programy profilaktyczne jest bardzo dobrym działaniem i to przekłada się również na zwiększoną liczbę wykonanych badań w ośrodku, chociażby w naszym ośrodku, chociaż nie możemy tego wykazać, bo bardzo często lekarze odmawiają wypełnienia dokumentów. Ale rzeczywiście, na tym etapie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej... łatwo było wychwycić, lekarz w łatwy sposób wychwycił tego pacjenta z grupy podwyższonego ryzyka.

Przedstawiciel beneficjenta (7)

Wśród beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniona została współpraca, w trakcie realizowania projektów profilaktycznych, pomiędzy szpitalem, AOS a POZ. Dokładna analiza pokazała, że współpraca AOS-POZ oceniana była istotnie statystycznie niżej niż szpitala z AOS oraz szpitala z POZ. Warto jednak zwrócić uwagę na niską liczbę obserwacji. Graficznie przedstawiono to na rysunku 15.

Istotnych różnic nie obserwowano również między ocenami współpracy, jakiej dokonali przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI). Poniżej otrzymane wyniki przedstawiono w formie graficznej.

Rysunek 15. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

Z kolei w badaniach ilościowych bardzo pozytywnie oceniona została również współpraca z placówkami POZ przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI).

Podsumowując kwestię współpracy międzypodmiotowej na linii POZ – szpitale, podkreślić należy fakt, że idea podobnej współpracy oceniana jest pozytywnie, lecz wdrożenie jej w życie może stanowić istotne wyzwanie koordynacyjne. Jednak ustalenia ewaluacyjne pozwalają ocenić dodatnio to współdziałanie, które na domiar wnosi wartość dodaną w postaci sieciowania podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce.

- **Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?**

Zdaniem większości badanych wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne.

Tabela 5. Ocena zaangażowania w działania profilaktyczne

Odpowiedź	% odpowiedzi
Zdecydowanie tak	38,1%
Raczej tak	42,4%



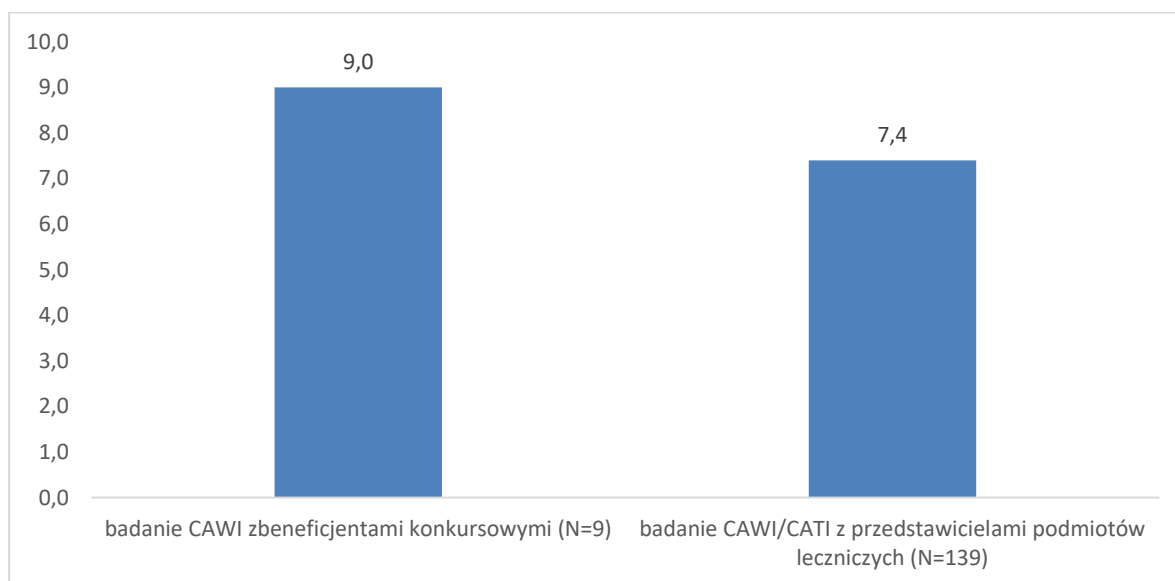
Trudno powiedzieć	13,7%
Raczej nie	3,6%
Zdecydowanie nie	2,2%

Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

- **Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?**

Fragmentacja opieki nad pacjentem stanowi przeciwieństwo jej koordynacji, a więc połączenia działań i wysiłków różnych interesariuszy na rynku opieki medycznej: POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitali i innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wysoko oceniono poziom poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI). Warto zaznaczyć, że przedstawiciele ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI) znacznie niżej ocenili stopień, w jakim poradzano sobie z tym problemem. Potwierdzają to dane przedstawione na poniższym wykresie.

Rysunek 16. Poradzenie sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

Analizowane w niniejszym badaniu informacje prowadzą do wniosku, że wyeliminowana została fragmentacja opieki nad pacjentem, ponieważ zapewniono koordynację współpracy pomiędzy świadczeniodawcami szpitalnymi, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, POZ, jak również dają możliwość przepływu informacji na temat rzeczywistych i spersonalizowanych potrzeb pacjentów.

Wydaje mi się, że ze względu na fakt, że nasz szpital jest onkologiczny, mieliśmy to zaplecze naprawdę bardzo dobrej kadry, gdzie mogliśmy zająć się tym pacjentem kompleksowo. Myślę, że tym zyskaliśmy i sympatię, i zaufanie pacjentów, tak mi się wydaje.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

Warto podkreślić, że gabinety POZ odgrywają w tym programie bardzo ważną rolę, ponieważ lekarze pracujący w tych placówkach znają dobrze swoich pacjentów, dzięki czemu są w stanie przekonać ich do wzięcia udziału w programie oraz posiadają wiedzę, która umożliwia im wskazanie osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka.

Lekarze POZ-u znają swoich pacjentów w większości, więc też potrafią i tutaj skutecznie przekonać do udziału w projekcie.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Celem, dla którego wdraża się koordynowaną opiekę zdrowotną, jest nie tylko poprawa jakości i dostępności opieki medycznej, ale też holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta i ewentualność ich realizacji w warunkach możliwych i dopuszczalnych przez system ochrony zdrowia. W tym znaczeniu fragmentacja opieki ma charakter działań przeciwnych, w których każdy z interesariuszy, niezależnie od innych, wykonuje swoje zadania, nie dbając o ciągłość i kompleksowość opieki.

3.2.4.3. Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?

- **Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?**

Na podstawie wywiadów z pacjentami, ale także wyników badania ankietowego należy stwierdzić, że świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników - pacjentów. Opinię taką wyraziło 63,1% uczestników projektów (pacjentów).

3.2.4.4. Zaangażowanie POZ w realizację PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?
- Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?

- **Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?**

Zdaniem większości beneficjentów konkursowych ich współpraca z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programu profilaktycznego przebiegała bardzo dobrze (średnia odpowiedzi 8.78)⁴³.

Incydentalnie sygnalizowane problemy współpracy z placówkami POZ można rozwiązać dzięki obligowaniu placówek do aktywnego uczestniczenia w tego typu programach profilaktycznych. Placówki POZ odgrywają kluczową rolę w rekrutacji pacjentów, dlatego też tak istotnym jest zaangażowanie tych jednostek do aktywnego uczestniczenia w projekcie.

Tylko problem polega na tym, że nikt tego odgórnie nie ustalił z POZ-ami (...)Przełożyło to na pojedynczych beneficjentów w makro- i w mikroregionach, który właściwie trudno określić, w jaki sposób mieliby wpłynąć na POZ-y o to, żeby je tym programem zainteresować.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

- **Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?**

Na podstawie uzyskanych informacji należy wskazać szereg zalet zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ. Najważniejsze z nich to: pierwsza selekcja pacjentów (36,7% wskazań⁴⁴), możliwość dotarcia do większej ilości pacjentów (15,8% wskazania), lepsza komunikacja z pacjentami (10,8% wskazań) i odciążenie lekarzy specjalistów (7,9% wskazań). W trakcie badania wskazywano także na walor, jakim jest możliwość sieciowania różnych podmiotów, które następnie mogły współpracować we wszelkim możliwym pozaprojektowym wymiarze.

⁴³ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że współpraca z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programu profilaktycznego przebiegała zdecydowanie dobrze.

⁴⁴ Badanie ankietowe z uczestnikami projektów – przedstawicielami podmiotów leczniczych (CAWI i CATI).

Główną wadą była niechęć niektórych POZ do podejmowania współpracy. Dodatkowo, w trakcie badania ilościowego, zwracano uwagę na zbyt duże rozproszenie odpowiedzialności (10,1%) i brak wystarczającej wiedzy o projekcie (5%). Niemniej należy podkreślić, że zdecydowana większość (82,7%) ankietowanych uczestników projektów – przedstawiciele podmiotów leczniczych nie wskazywała wad.

3.2.5. Komunikacja

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?
- Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?
- Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?

- **Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów? Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?**

Działania komunikacyjne należy ocenić dobrze. Były one prowadzone na szeroką skalę przy użyciu różnego rodzaju mediów. Pozyskiwanie pacjentów do programu to kluczowy aspekt w realizacji przyjętych celów. Informacje o programach profilaktycznych były upowszechniane w mediach społecznościowych, w radiu oraz telewizji, a także w prasie.

Zapewnialiśmy różne formy dotarcia z komunikatem i przez lekarzy, i przez firmę, i przez różne instytucje administracji publicznej, poprzez bezpośrednią edukację i poprzez artykuły, i poprzez media społecznościowe, Internet, więc, szliśmy dość szeroko.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

W działaniach komunikacyjnych kluczową rolę odgrywały komponenty promocyjne. Można liczyć na samorzutny wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa, objawiający się regularnym monitoringiem stanu zdrowia i udziałem w badaniach profilaktycznych, ale jednak badani wskazywali rolę upowszechniania informacji prozdrowotnych.

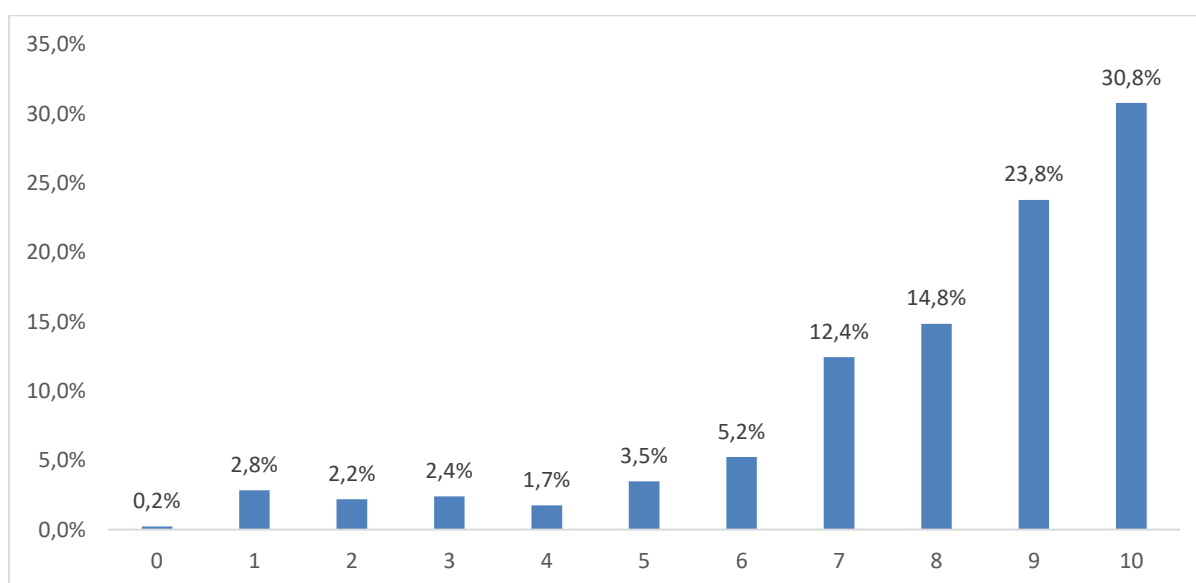
Większa ilość reklam w prasie, w Internecie, w telewizji. To oczywiście wszystko wiąże się z kosztami dodatkowymi. No, ale jednak są to takie metody, dzięki którym jesteśmy w stanie dotrzeć do tych pacjentów.

Przedstawiciel beneficjenta (7)

- Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne?**

Pacjenci bardzo dobrze ocenili prowadzone działania komunikacyjne. Żeby dotrzeć z przekazem do jak najszerszej grupy odbiorców, zdecydowano się nie tylko na upowszechnianie informacji o projektach poprzez środki masowego przekazu, ale także na inne kanały promocji – np. podejmowano współpracę z różnego rodzaju organizacjami, zakładami pracy, co w efekcie zapewniło skuteczność rekrutacji.

Rysunek 17. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=458)

Kluczową rolę w tym aspekcie odegrały także placówki POZ. Personel medyczny, z uwagi na swoje kwalifikacje, może zachęcić pacjentów do wzięcia udziału w tego typu programach.

Myślę, że ta współpraca z POZ-ami, jak zdążyliśmy się przekonać, bardzo dobrze wpływa na pozyskanie potencjalnych uczestników. Ta działalność edukacyjna i docieranie do każdego możliwego zakładu pracy czy szkół, czy domów pomocy społecznej, czy innych szpitali też jest bardzo ważne. Myślę, że uruchomienie mediów lokalnych. Mieliśmy dużą współpracę z mediami, jak również z wszelkimi fundacjami i stowarzyszeniami, które skupiają pacjentów onkologicznych. To też była dla nas cenna rzecz.

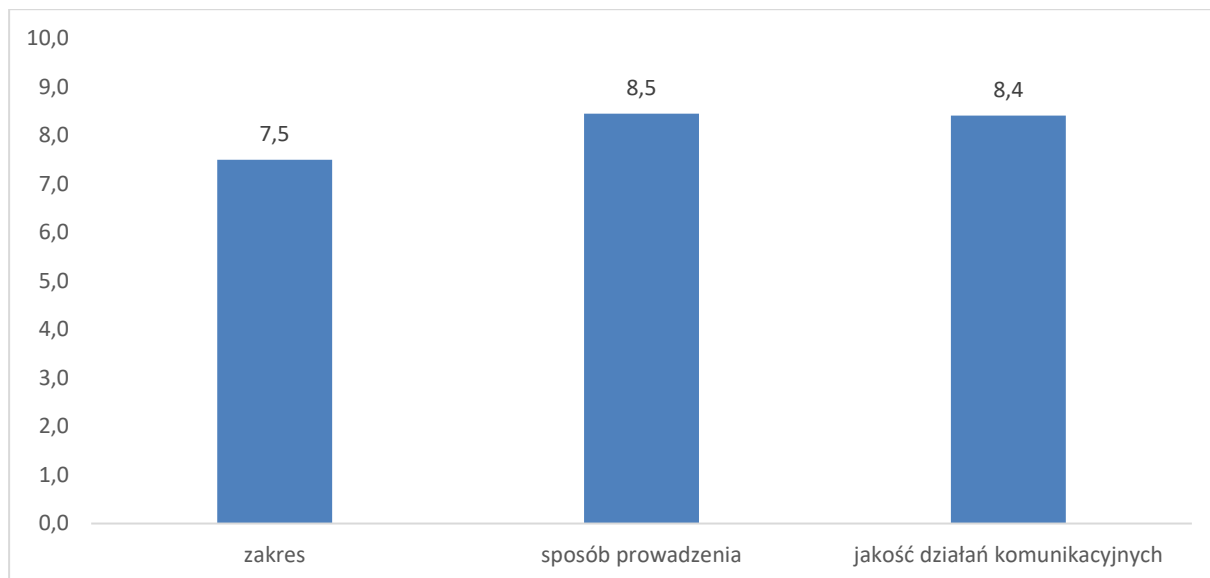
Przedstawiciel beneficjenta (5)

Przebadana grupa przedstawicieli ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI) wysoko ocenia działania komunikacyjne w zakresie rekrutacji pacjentów pod względem sposobów



prowadzenia oraz jakości działań komunikacyjnych; istotnie statystycznie niżej oceniano zakres działań komunikacyjnych. Graficznie otrzymane wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 18. Ocena działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=139)

Zaledwie 5% analizowanej grupy przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zaznacza, że należałoby zmienić oraz wdrożyć działania usprawniające komunikację w PPZ.

3.2.6. Podsumowanie

Stopień osiągnięcia celów PPZ jest zróżnicowany. Beneficjenci podejmują liczne starania, które mają w efekcie prowadzić do realizacji zamierzonych wskaźników. Trudności w urzeczywistnieniu założonych celów dotyczą nie tylko liczby przeprowadzonych badań, beneficjenci borykają się także z problemem w zakresie działań edukacyjnych.

Na problemy w osiągnięciu wyznaczonych wartości wskaźników mają wpływ takie aspekty jak:

- a) **brak zaangażowania ze strony placówek POZ** – lekarze oraz pozostały personel medyczny jest częstokroć przeciążony swoimi codziennymi obowiązkami zawodowymi. Decydując się na wzięcie udziału w programie, należy wypełnić obszerną dokumentację medyczną, co w efekcie zniechęca lekarzy pierwszego kontaktu do partycypacji w programie;
- b) **niechęć pacjentów do wzięcia udziału w projekcie** z uwagi na obowiązek wypełnienia wielu dokumentów oraz niską świadomość społeczną na temat badań

profilaktycznych. Wizyta u lekarza budzi w pacjentach lęk. Szpital, lekarz nie kojarzy im się z profilaktyką, lecz przywołuje na myśl konieczność rekonwalescencji i poddania się leczeniu;

- c) **nieprzewidzianym problemem okazał się być stan zagrożenia epidemiologicznego.** Z uwagi na specyfikę badania – badanie laryngologiczne – pacjenci, a nawet lekarze odmawiali poddania się czy przeprowadzenia badania. W związku z zaistniałą sytuacją rosnącą popularnością zaczęły cieszyć się teleporady; założenia programu nie przewidywały jednak realizacji przyjętych projektów za pomocą porad telefonicznych;
- d) **niska frekwencja na szkoleniach** – problemy związane z realizacją działań edukacyjnych wynikały ze zbyt długiego czasu szkoleń. Program jest dedykowany osobom w wieku produkcyjnym, które z uwagi na swoje obowiązki zawodowe nie są w stanie partycypować w tego typu szkoleniach. Rozwiązaniem problemu jest możliwość realizacji programu edukacyjnego w oparciu o e-learning.

Wskazane wyżej trudności nie wpływają jednak negatywnie na ogólną ocenę programu, który został pozytywnie zaopiniowany przez beneficjentów, jak i uczestników. Pozytywne efekty programu są widoczne już teraz, na aktualnym etapie jego realizacji. Przyczynił się on do wykrycia zmian nowotworowych na wczesnym etapie ich istnienia - pacjenci zostali poddani leczeniu, które z uwagi na szybkie wykrycie choroby może przynieść pozytywne rezultaty w krótkim czasie. Dzięki realizacji programu zwiększyła się wiedza pacjentów na temat istotności profilaktyki, a także leczenia nowotworów głowy oraz szyi. Poza pozytywnym wpływem na pacjentów sukcesem programu profilaktycznego jest także edukacja personelu medycznego. Lekarze oraz pielęgniarki w placówkach POZ poszerzyli swoją wiedzę w obszarze profilaktyki oraz leczenia tego typu nowotworów.

Założenia programu dotyczące finansowania zostały ustalone na odpowiednim poziomie, tym samym można stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. W obszarze finansowania negatywne opinie budzi jednak proporcja środków przeznaczonych na koszty pośrednie oraz bezpośrednie. Zdaniem badanych, należy zwiększyć pulę środków do realizacji kosztów pośrednich. Takie działanie umożliwiłoby prowadzenie efektywniejszej promocji programu, co w rezultacie przełoży się na realizację wyższego poziomu wskaźników.

Zasady i procedury prowadzenia PPZ są znane beneficjentom programu. Dzięki jasno sprecyzowanym przepisom uczestnicy wiedzą, jakie jest ich zadanie w programie, mogą skoncentrować się na realizacji założonych celów. Mimo pozytywnej oceny zasad PPZ

trudnością jest szeroko rozumiana biurokracja. Nazbyt obszerna dokumentacja oraz skomplikowane wymogi związane z uczestnictwem w projektach unijnych powodują, że wiele jednostek rezygnuje z pomysłu zaangażowania się w programy profilaktyczne. Wydaje się słuszną rekomendacją, aby wymóg rzetelnej i dokładnej sprawozdawczości (co jest ważne z punktu widzenia rozliczenia projektu) skonfrontować z trudnościami, jakie napotykają beneficjenci angażujący często do tego celu personel merytoryczny, a nie administracyjny projektu. Działania takie wynikają z niedostatecznych środków w ramach kosztów pośrednich, jakie można przeznaczyć na finansowanie obsługi projektu. Dlatego też zwrócono uwagę na propozycję zmiany proporcji kosztów pośrednich do bezpośrednich (poprzez ich podwyższenie – o ile pozwolą na to wytyczne w zakresie kwalifikowalności), jak również przesunięcie wydatków w ramach promocji i profilaktyki zdrowotnej z kosztów pośrednich do bezpośrednich (jako odrębne zadanie projektowe), tym samym umożliwiające zostanie wykorzystanie kosztów pośrednich na odciążenie personelu merytorycznego projektu od trudnych dla nich działań administracyjnych.

Instytucje ochrony zdrowia wypowiedziały się pozytywnie na temat podejmowanej między sobą współpracy, tym samym oznacza to, że przypisane role zostały właściwie rozdzielone. Należy jednak wspomnieć, że w programie nie znalazły się pielęgniarki środowiskowe, które mogłyby odegrać kluczową rolę w rekrutacji pacjentów z uwagi na specyficzny charakter ich pracy. Mają one stały kontakt z pacjentami, poza tym, ze względu na posiadaną wiedzę na temat ich stanu zdrowia, mogą zidentyfikować osoby znajdujące się w grupie ryzyka zachorowania na nowotwór głowy i szyi.

Sukces programu jest w dużej mierze uzależniony od współpracy z placówkami POZ, dlatego też należy opracować najbardziej efektywny wzór współpracy pomiędzy ośrodkami Podstawowej Opieki Zdrowotnej a beneficjentami programu. Zaangażowanie jednostek POZ pozwoli na szybszą rekrutację uczestników. Z rekomendacji wynika, że należy się pochylić nad sposobem finansowania placówek POZ w PPZ, trzeba zachęcić lekarzy pierwszego kontaktu oraz pozostałych pracowników medycznych do aktywnego uczestniczenia w programie.

Działania komunikacyjne dotyczące rekrutacji w ramach PPZ można ocenić pozytywnie. Wykonawcy programu korzystali z różnych form przekazu. Działali aktywnie w sieci wirtualnej, telewizji, udzielali się w radiu, o programie można było także dowiedzieć się z lokalnych gazet. Nie zapominali również o wychodzeniu z przekazem na zewnątrz. Uczestniczyli w festynach, odwiedzali zakłady pracy czy też nawet różnego rodzaju ośrodki sportu i turystyki, gromadzące w sezonie wakacyjnym ludzi (gminne plaże, itp.).

Celem promocji projektów było zrekrutowanie jak największej liczby uczestników, jednak działania komunikacyjne przyniosły także efekty w postaci zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat często pomijanego w ogólnym dyskursie medycznym problemu, jakim są nowotwory głowy i szyi. Łącznie w ramach alokacji na wszystkie projekty w ramach PPZ przeznaczono sumę (jako wkład UE w ramach dofinansowania z EFS) 120.499.452,48 zł, wartość wydatków kwalifikowanych w ramach projektów wyniosła łącznie 143.074.852,56 zł. Całkowita alokacja dla naboru wynosiła 235.997.868,20 zł. Najwyższy poziom alokacji przewidziano dla projektów realizowanych w ramach konkursu POWER.05.01.00-IP.05-00-008/18 „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo–naczyniowego (KORDIAN), gdzie kwota alokacji wynosiła 40.000.000,00 zł, a wartość wydatków przewidzianych do finansowania w ramach EFS 15.411.29493 zł.

Na podstawie analizy porównawczej, w stosunku do innych osi priorytetowych, stan realizacji celu pośredniego na rok 2018 dla wskaźnika finansowego, przyjętego jako ryzyko niepowodzenia w wykonaniu celu pośredniego, wynosił:⁴⁵

- a) 4. Innowacje społeczne i współpraca międzynarodowa: 73%
- b) 1. Osoby młode na rynku pracy: 55,1%
- c) 2. Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji: 14,9%
- d) 5. Wsparcie dla obszaru zdrowia: 13,4%
- e) 3. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju: 6,8%

Zdaniem NIK, na dzień 30 czerwca 2017 r., cel pośredni na koniec 2018 r. dla wskaźnika finansowego dotyczącego całkowitej kwoty certyfikowanych wydatków był skutecznie realizowany w ramach osi 4. Istniało niskie ryzyko niepowodzenia w wykonaniu celu pośredniego wskaźnika finansowego dla osi 1 oraz wysokie ryzyko niepowodzenia dla osi 2, 3 i 5. Należy zaznaczyć, że alokacje w ramach projektów zostały uruchomione w latach 2016-2020, a więc także w osi 5. Wsparcie dla obszaru zdrowia wartości te cechują się niskim ryzykiem niepowodzenia.

⁴⁵Zarządzanie wykorzystaniem środków UE na lata 2014-2020 w ramach polityki spójności, raport NIK, KAP.430.019.2017, Warszawa, grudzień 2017.

3.2.7. Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych

Tabela 6. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi

Program	Cel programu	Autorzy programu	Adresaci (pacjenci)	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Efektywność	Wartość	Wartość	Satysfakcja pacjentów	Satysfakcja pacjentów	Satysfakcja pacjentów
				Docelowa	Osiągnięta (na podst. SL2014)		Wartość ogółem UMD	Alokacja (na podstawie opisu programu)	Ogólna ocena udziału	Ocena dostępności badań profilaktycznych	Przydatność
Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów	Celem głównym jest wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi	Grupa robocza składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przy	Osoby w wieku 40 - 65 lat, będący w grupie podwyższonego ryzyka. Do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami,	58506	37570	64,2%.	18.323.958 zł	15 mln zł	6,9	6,8	8,3



w głowy i szyi	w okresie realizacji programu	merytorycznym udziale prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Golusińskiego	nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występują określone w programie objawy								
-------------------	-------------------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

3.3. Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, postępującą chorobą autoimmunologiczną o niepoznanej do końca etiologii. Charakteryzuje się obecnością stanu zapalnego w stawach obwodowych części ciała. Zwykle rozpoczyna się podstępnie stanem zapalnym symetrycznych stawów, ma nieprzewidywalny i zróżnicowany przebieg, choć dolegliwości bólowe i niesprawność mogą być zmniejszane poprzez wczesne rozpoznanie choroby oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Częstość występowania w populacji tej choroby waha się od 0,5% do 1,5%. RZS częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn – proporcja 3:1. Choroba pojawia się w 30 – 55 roku życia. RZS skutkuje postępującą niesprawnością, prawie u połowy chorych obserwuje się znaczną funkcjonalną niesprawność w ciągu 10 lat trwania choroby. RZS skraca oczekiwaną długość życia o wiele lat zarówno u kobiet, jak i mężczyzn⁴⁶.

Czynniki ryzyka RZS

Czynniki, które mogą zwiększyć ryzyko reumatoidalnego zapalenia stawów, obejmują:

- płeć – kobiety są bardziej narażone na rozwój RZS niż mężczyźni;
- wiek – RZS może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej zaczyna się pomiędzy 40-60 rokiem życia;
- historia rodziny – jeśli członek rodziny ma RZS, możesz posiadać zwiększone ryzyko wystąpienia choroby.

Współczynnik chorobowości

RZS jest rozpoznawane u osób powyżej 16 roku życia. Dotyczy 0,8% – 2% ogólnej populacji, roczna zachorowalność to 60 – 80 przypadków/100.000. Kobiety chorują 2-4 razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zachorowań przypada na okres między 30 a 50 rokiem życia. W Polsce choroba jest przyczyną niepełnosprawności i/lub inwalidztwa około 400 tysięcy osób. Szacuje się, że co czwarty chory na RZS wymaga wymiany dużego stawu. Po 5 latach choroby 50% z nich traci zdolność do pracy, a po 10 latach liczba ta wzrasta do 100%.

Wspomniana choroba trzy razy częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, a szczyt zachorowalności przypada na 4. i 5. dekadę życia. Coraz częściej reumatoidalne zapalenie stawów dotyczy osób młodych, w przypadku których proces zapalny jest bardziej aktywny i wcześniej prowadzi do inwalidztwa. U osób powyżej 60. roku życia postęp choroby jest

⁴⁶ American College of Rheumatology ad hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2002;46:328–46.

bardziej gwałtowny i powoduje szybszą utratę sprawności fizycznej, a ponad połowa chorych w wieku powyżej 65 lat w pierwszej dekadzie choroby jest niezdolna do wykonywania czynności zawodowych. Według AOTMiT RZS dotyczy 136 tys. Polaków, co stanowi 0,5% populacji. U 70% pacjentów stosowanie tradycyjnych leków modyfikujących przebieg choroby (metotreksat, cyklosporyna, leflunomid, sulfasalazyna) w monoterapii lub skojarzeniu pozwala na uzyskanie zadowalającej poprawy – co najmniej niskiej aktywności choroby. Mniej więcej 30% wymaga dodania do nich, bądź ich zastąpienia (w przypadku działań niepożądanych), tzw. leków biologicznych. Na podstawie powyższych danych możliwe jest oszacowanie liczby nowych zachorowań na RZS na poziomie od 8 tys. do około 30,5 tys. osób w ciągu roku. Przy czym 30% tych chorych (2,3 tys. – 9,15 tys.) kwalifikowanych jest do leczenia lekami biologicznymi⁴⁷.

Współczynnik śmiertelności

RZS nie jest chorobą śmiertelną, a więc nie opracowuje się danych dotyczących śmiertelności z tego powodu. W grupie chorych leczonych z powodu RZS zauważa się nieco podwyższoną śmiertelność wskutek powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego. Choi i wsp. w prospektywnym badaniu kohortowym wykazali mniejszą śmiertelność wśród chorych na RZS leczonych metotreksatem (MTX) w porównaniu z chorymi otrzymującymi inne leki modyfikujące proces zapalny, ale – jak sami piszą – obserwacja ta wymaga potwierdzenia w badaniach z randomizacją⁴⁸.

Następstwa RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów powoduje skrócenie życia w związku z licznymi schorzeniami współistniejącymi. Na samym początku ponad połowa chorych ma przynajmniej jedną chorobę współistniejącą, a po 5 latach jej trwania ponad 94% chorych⁴⁹.

RZS doprowadza również do częstego występowania depresji. To zaburzenie pojawia się u 17–41,5% chorych, natomiast objawy depresji oraz depresji połączonej z lękiem u 53,2–70,8% chorych, w zależności od stosowanych metod diagnostycznych i analizowanej populacji⁵⁰. RZS wraz z chorobami współistniejącymi doprowadza szybko do niepełnosprawności. Z badania przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce, które

⁴⁷ Tocilizumab (RoActemra®) w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Analiza problemu decyzyjnego, Roche Polska, Warszawa 2012.

⁴⁸ J. Hamilton, I.B. McInnes, E.A. Thomson, D. Porter, J.A. Hunter, R. Madhok, H.A. Capell, Comparative study of intramuscular gold and methotrexate in a rheumatoid arthritis population from a socially deprived area, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2001; 60: 566-572.

⁴⁹ Innala L, Sjöberg C, Möller B et al. Co-morbidity in patients with early rheumatoid arthritis – inflammation matters. *Arthritis Research & Therapy*. 2016; 18: 33-41.

⁵⁰ Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al. Anxiety and depression with rehaumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007; 26: 872-878.

objęło 1000 respondentów chorych na RZS spośród pacjentów 50 losowo wybranych poradni reumatologicznych w kraju, wynika, że 53% chorych na RZS ma orzeczenie niepełnosprawności⁵¹.

Najczęstszymi przyczynami zgonu wykazywanymi na podstawie karty zgonu wg ICD-9 w RZS⁵² są:

- choroby układu krążenia – 52,7%,
- choroby układu oddechowego – 37,8%,
- nowotwory – 21,2 %,
- zakażenia – 16,9 %.

Chorzy na RZS umierają częściej w wyniku, w porównaniu do populacji ogólnej, występujących schorzeń współistniejących, a RZS jako pierwotna przyczyna zgonu wykazywane jest tylko u 19,5% chorych.

W ramach programu profilaktyki RZS analizie poddano rezultaty projektów realizowanych w ramach konkursu POWR.05.01.00-IP.05-00-003/17 „Profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów”, w którym zawarto umowy na realizację 10 projektów na łączną kwotę wydatków kwalifikowanych 17.196.654,32 zł. Program był przeprowadzany na terenie województw:

- dolnośląskiego – Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
- kujawsko-pomorskiego – Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o. o.
- lubelskiego (2 realizatorów)
- lubuskiego
- łódzkiego (2 realizatorów)
- małopolskiego
- mazowieckiego (2 realizatorów)
- opolskiego
- podkarpackiego
- pomorskiego (2 realizatorów)
- śląskiego (2 realizatorów)
- świętokrzyskiego (2 realizatorów)
- warmińsko-mazurskiego (2 realizatorów)

⁵¹ Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Reumatologia. 2013; 51 (5): 348-354.

⁵² Molina E, del Rincon I, Restrepo JF et al. Mortality in Rheumatoid Arthritis (RA): factors associated with recording RA on death certificates. BMC Musculoskeletal Disorders. 2015; 16: 277-284.

- zachodniopomorskiego.

Programem nie były objęte województwa-: wielkopolskie i podlaskie. Rekrutacją do programu zajmowali się lekarze POZ, z którymi realizatorzy zawarli stosowne umowy o współpracy. Łącznie na terenie kraju podjęto współpracę z 473 świadczeniodawcami POZ.

Tabela 7. Okres realizacji projektów

Lp.	Beneficjent	Okres realizacji projektu	Wartość wskaźnika obligatoryjnego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”. Docelowa we WOD	Wartość wskaźnika obligatoryjnego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”. Osiągnięta na podstawie danych z SL2014 (na dzień analizy)	Liczba współpracujących podmiotów POZ
1	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	od: 2017-10-01 do: 2021-03-31	2600	Brak danych	63
2	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KOŚCIERZYNIE Sp. z o. o.	od: 2017-08-01 do: 2020-07-31	900	393	61
3	SANUS Szpital Specjalistyczny Sp. z o. o.	od: 2017-07-01 do: 2020-12-31	3200	759	31

4	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	od: 2017- 10-02 do: 2021-08- 31	2320	971	68
5	Wojskowy Instytut Medyczny	od: 2017- 09-01 do: 2020-12- 31	500	55	20
6	Narodowy Instytut Geriatryi, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	od: 2017- 08-01 do: 2020-06- 30	2000	539	45
7	Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o. o.	od: 2017- 08-01 do: 2020-12- 31	2050	319	47
8	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	od: 2017- 08-01 do: 2021-12- 31	2360	516	73
9	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Barbary w Sosnowcu	od: 2017- 09-01 do: 2019-12- 31	2880	37	62
10	Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.	od: 2017- 07-01 do: 2021-12- 31	1800	836	94
		Suma:	20610	4425	564

W chwili prowadzenia niniejszej analizy projekt jest stale realizowany przez 7 beneficjentów.

W momencie przeprowadzania analizy efektywności realizacji projektu liczona wartością

wykonania założonego wskaźnika liczby osób, które skorzystały z usługi medycznej, wynosi 21,47%.

3.3.1. Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia

3.3.1.1. Realizacja celów PPZ

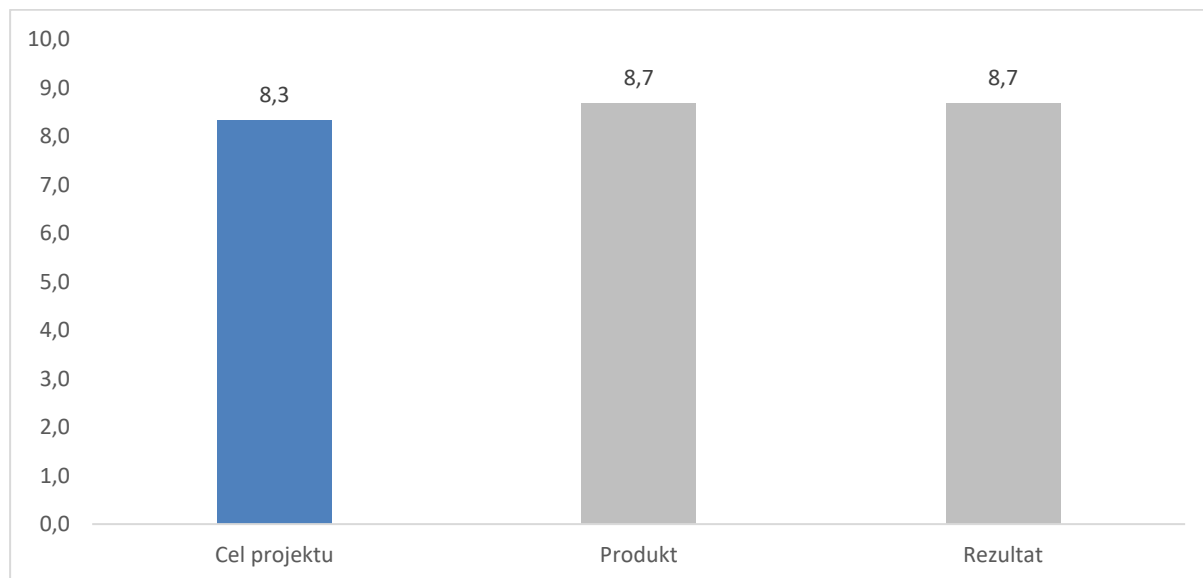
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?
- W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?
- W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?
- Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?

• W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?

Stopień realizacji celów PPZ jest wysoki. W przypadku badania przeprowadzonego w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) uzyskano bardzo wysokie oceny zrealizowanych celów PPZ (średnia ocen: 8,3).

Rysunek 19. Ocena zaplanowanych celów projektu profilaktycznego



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

• W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?

Celem szczegółowym 1 dla V. Osi priorytetowej PO WER było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. Wszystkie PPZ, w tym

Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania RZS, zakładały wdrożenie takich działań, które związane były z opracowaniem standardów postępowania w zakresie interwencji związanej z określoną jednostką chorobową, przewidywały konkretne, celowane czynności dotyczące zapobiegania tej chorobie (w rozumieniu profilaktyki na każdym jej etapie, poczynając od zapobiegania chorobie, a skończywszy na redukcji szkód wynikających z pojawienia się konsekwencji choroby). Ponadto wszystkie analizowane PPZ, w tym Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów, przewidywały utrzymywanie trwałości rezultatów polegających na stałym monitorowaniu choroby, a także szczegółowych działań profilaktycznych, tym samym spełniając wymóg dotyczący dalszego samodoskonalenia w oparciu o aktualną wiedzę medyczną (Evidence Based Medicine) i aktualne zasady zdrowia publicznego (Evidence Based Public Health).

- **W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?**

Większość realizowanych w chwili prowadzenia badania projektów wykazuje w analizie wskaźników (zarówno kluczowych, jak i specyficznych) wartości znacznie niższe niż zakładane we WOD. Stan taki wynikać może z jednej strony z tego, że działania merytoryczne w tych projektach zaplanowane są na późniejsze ich etapy, a z drugiej z tego, że część podmiotów leczniczych zaangażowanych do realizacji projektów - w tym placówki POZ - są obecnie skupione na realizowaniu zadań związanych z walką z pandemią COVID-19. PPZ zakładały obligatoryjną współpracę z lekarzami POZ, których praktyki od marca 2020 są w większości ograniczone w dostępie do pacjentów z przyczyn epidemiologicznych. Zdecydowana większość pacjentów - co pokazują badania literaturowe (M.E. Czeisler, K. Marynak, K.E. Clarke, et al. Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States, June 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1250–1257. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>), chorujących na choroby przewlekłe - w tym będące podstawą dla PPZ - kategorycznie zrezygnowała z kontaktów z systemem ochrony zdrowia, tym samym nie zgłasza się do projektów realizowanych w ramach PPZ.

Stanowi to przyczynę, dla której nie można ustalić jednoznacznie, w jaki sposób cele Działania 5.1 PO WER zostały zrealizowane przez Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania RZS w kontekście ich faktycznego zrealizowania. Celami szczegółowymi osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia były:

1. Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
2. Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
3. Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
4. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Celem szczegółowym Działania 5.1. Programy profilaktyczne było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. W tym znaczeniu - na poziomie deklaratywnym - cel ten został zrealizowany w całości.

- **Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?**

Cele, które zostały w programach zdefiniowane jako dotyczące konkretnego stanu, jaki należy osiągnąć, np. zmniejszenie o określoną wartość ryzyka wystąpienia choroby, zmniejszenie opóźnień diagnostycznych, poprawa wykrywalności choroby, dla stwierdzenia zrealizowania celu wymagają oceny parametrów wskaźnikowych, które będą o tym świadczyły. Na etapie badania - jak już wspomniano wcześniej - projekty są w fazie realizacji, a wskaźniki monitorujące wykazują wartości zerowe lub znacznie poniżej oczekiwań zdefiniowanych we WOD. Przyczynami takiego stanu rzeczy mogą być: **m.in.** pandemia COVID-19, która spowodowała przekształcenie niektórych podmiotów leczniczych w szpitale dedykowane zwalczaniu epidemii (np. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o. o., Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM - Szpital Weteranów w Łodzi i in.), ograniczenie dostępności do podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy o współpracy w ramach realizacji projektów, mniejsze zainteresowanie pacjentów korzystaniem z opieki medycznej w trakcie epidemii oraz zachorowanie niektórych pacjentów, zakwalifikowanych do projektów, na COVID.

3.3.1.2. Efekty PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)?
- Jakie są rezultaty długoterminowe PPZ?



- Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?
- Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?

- **W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)?**

Działania podejmowane w ramach PPZ pozwalają na wdrażanie przedsięwzięć wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz zwiększających dostępność do programów zdrowotnych w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności. Każdy z wyznaczonych beneficjentów wykazuje się podejmowaniem kroków ku realizacji celów projektowych, aby osiągnąć w efekcie cele Programu.

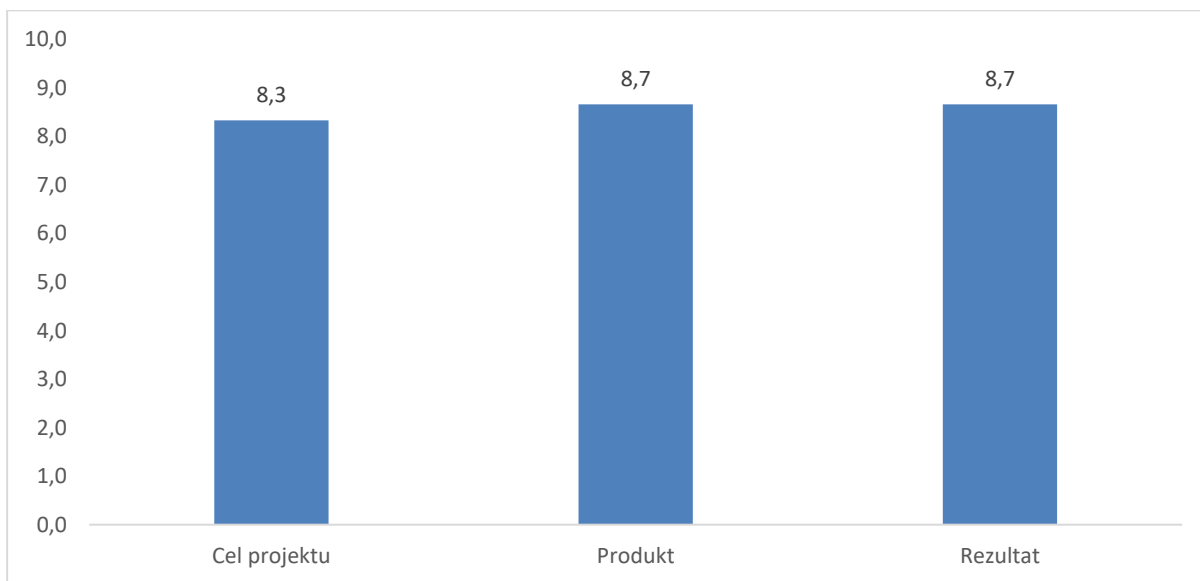
Stan wykonania poszczególnych wskaźników jest na zróżnicowanym poziomie w obrębie każdej jednostki. Mimo to, uzyskane dane pozwalają zakładać, że uda się osiągnąć zamierzone wartości.

Mamy całkiem sporą populację przebadaną już w tej chwili, dosyć wysokie mieliśmy założone wskaźniki i chyba zmierzamy nawet przyzwoicie w kierunku ich realizacji, więc tak, mamy i dużo chętnych, i sporą wykrywalność.

Przedstawiciel beneficjenta (17)

Nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) w ocenie zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego w obszarach: cel projektu, produkty oraz rezultaty – wszystkie efekty ocenione zostały wysoko. Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 20. Ocena zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Zdaniem 55,6% beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. Przeciwnego zdania jest 33,3% beneficjentów, natomiast 11,1% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie.

Żaden beneficjent konkursowy (badanie CAWI) nie zaobserwował brakujących elementów realizowanych programów profilaktycznych.

- **Jakie są rezultaty długoterminowe PPZ?**

Najczęściej wskazywanymi długoterminowymi rezultatami realizacji programów profilaktycznych przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) były: budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej (n=5) – odpowiedź ta pojawiała się istotnie częściej niż pozostałe rezultaty. Najrzadziej wskazywano większą dostępność do specjalistów oraz większe zaufanie do instytucji ochrony zdrowia.

- **Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?**

W trakcie badania ilościowego żaden spośród przebadanych beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie zgłosił dodatkowych pozytywnych, lecz nieplanowanych skutków realizowanych programów profilaktycznych. Blisko 53% nie znało odpowiedzi na to pytanie, które brzmiało: Udało się osiągnąć inne pozytywne, ale nieplanowane efekty realizacji PPZ. Więcej informacji dostarczyły badania jakościowe. Jednym z najważniejszych jest diagnoza innych chorób w trakcie prowadzenia badań profilaktycznych pod kątem chorób reumatycznych. Wykorzystywana technologia pozwoliła na wykrycie, w przypadku części pacjentów, m.in. chorób nowotworowych.

Udało nam się znaleźć wiele innych schorzeń, dlatego że pacjenci się nie badają, nie mają na to czasu, różne argumenty są, padają, a u nas jakby był przegląd zdrowia, tak naprawdę, nie tylko poszukiwanie RZS-u, ale przy okazji były robione rentgeny, które potrafiły wykryć guzy albo gruźlicę, też był przypadek, więc jakby nie tylko kwestie RZS-u, nie tylko chorób reumatycznych.

Przedstawiciel beneficjenta (16)

Beneficjenci PPZ wskazują również na tworzenie sieci powiązań wśród środowiska medycznego jako wartości dodanej w trakcie działań podejmowanych w ramach projektu. Dzięki temu możliwym będzie w przyszłości podejmowanie nowych przedsięwzięć badawczych, naukowych czy też rozpoczęcie współpracy nakierowanej na pracę z pacjentami. Równocześnie warto podkreślić brak obserwacji negatywnych nieplanowanych efektów realizacji PPZ.

To poprawia nam też sprawną współpracę ze specjalistami innych dziedzin, których nasi pacjenci siłą rzeczy na różnych etapach swojego chorowania, powiedzmy troszkę tak może nieelegancko, mogą się zetknąć i tu ortopeda, myślę o neurologach czy rehabilitantach. To też ułatwia nam pewne zrozumienie i szybszą komunikację.

Przedstawiciel beneficjenta (19)

- **Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?**

Jeden beneficjent konkursowy zauważył natomiast negatywne rezultaty działania realizowanego programu (niskie zainteresowanie wynikające prawdopodobnie z niskiej efektywności reklam); w przypadku przedstawicieli ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI) procent ten wyniósł 2,2%.

Jednocześnie aż 67,8% przedstawicieli podmiotów leczniczych (CATI i CAWI) stwierdziło, że nie wystąpiły żadne efekty negatywne, a 30% nie znało odpowiedzi na to pytanie. Jedynie 4 osoby zadeklarowały, że takie efekty się pojawiły, nie precyzując, jaki miały one charakter.

3.3.1.3. Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?
- Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?

- **Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?**

Realizacja projektu pozwoliła także na podniesienie świadomości personelu medycznego POZ dotyczącej istnienia chorób reumatologicznych. Dzięki temu lekarze staną się wyczuleni na pewnego rodzaju objawy, co pozwoli na szybsze diagnozowanie pacjentów poprzez kierowanie ich na odpowiednie badania. Jest to szczególnie cenny rezultat o charakterze długotrwałym, pozwalający wielu osobom na pozostanie aktywnym zawodowo przez dłuższy okres czasu.

Po zrealizowaniu tego projektu powinna u nas na stałe funkcjonować, inaczej, powinniśmy jakby poprzez poprawę świadomości lekarzy w POZ, spośród tych kilku województw z nami współpracujących, spośród tych POZ-ów z tych województw, no ci lekarze z tą wiedzą pozostaną. Zostali przeszkoleni, zostali, oczywiście, jeśli mówimy o projekcie, to było dodatkowe finansowanie właśnie takiej porady w ramach projektu, potem tutaj jest ta szybka ścieżka diagnostyczna tego pacjenta, ale przede wszystkim ta świadomość lekarzy jest trochę bliżej objawów RZS-u, spowoduje, że ci pacjenci będą do nas trafiać w odpowiednim momencie, a nie, jak już wcześniej wspomniałem, często bywało za późno.

Przedstawiciel beneficjenta (18)

Duże znaczenie w kontekście zwiększania świadomości społeczności lokalnych w zakresie działań profilaktycznych mają prowadzone szkolenia realizowane w ramach PPZ. Są one dużym atutem, jednak i tu pojawiają się problemy dotyczące np. liczebności osób, która powinna brać udział w planowanym szkoleniu.

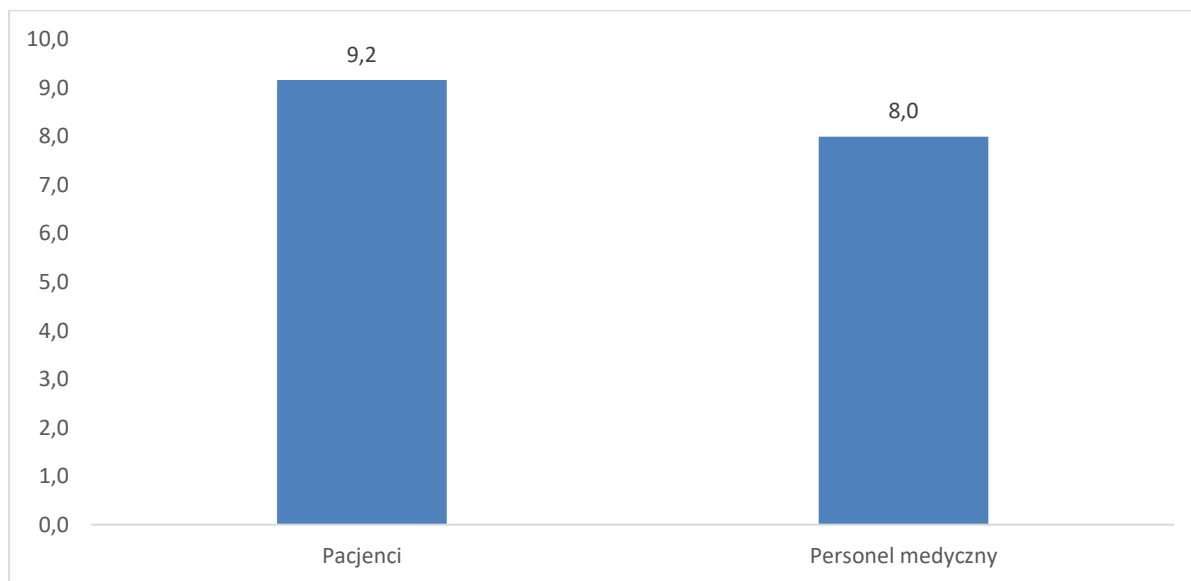
Robiliśmy też takie spotkania z pacjentami, takie edukacyjne, więc no, siłą rzeczy, z różnych oddziałów zapraszaliśmy pacjentów, którzy byli mobilni, na to, żeby przyszli na prelekcję dotyczącą tego tematu i przy okazji też personel medyczny, w niektórych przypadkach, przysłuchiwał się temu. No i myślę, że na tle działań szpitala również ta nasza reumatologia się fajnie zapisała, takie mam odczucia.

Przedstawiciel beneficjenta (19)

- **Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?**

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie obserwowano różnic w ocenie poziomu zdobytej wiedzy przez pacjentów i personel medyczny – w obu grupach oceniano wysoko poziom wiedzy.

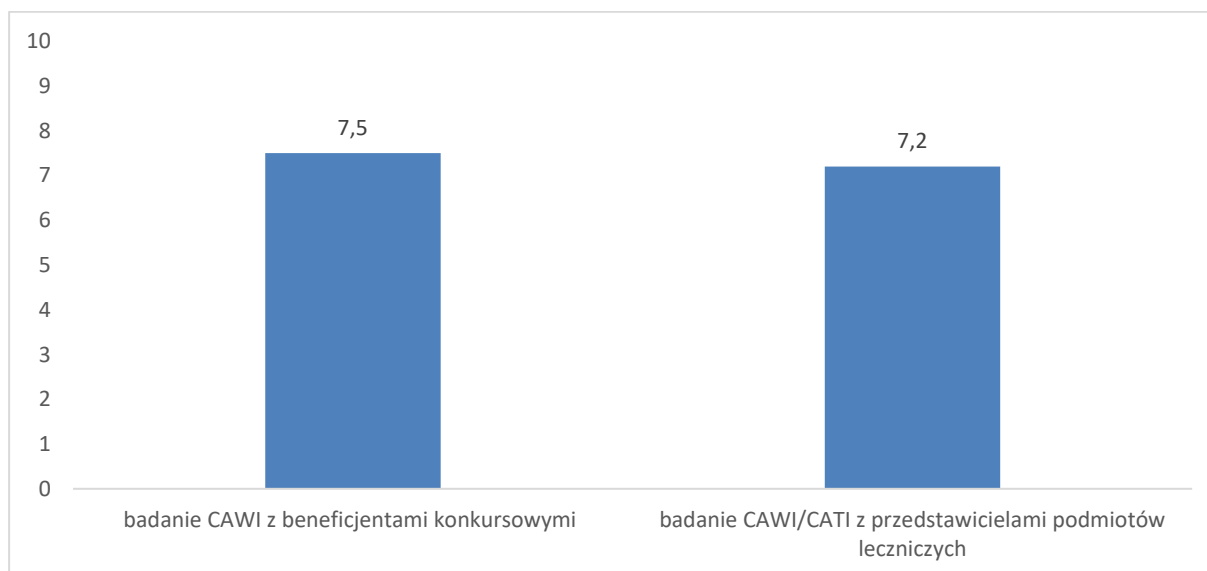
Rysunek 21. Ocena poziomu zdobytej wiedzy



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

Ponadto, w opinii beneficjentów konkursowych, personel medyczny biorący udział w analizowanych projektach profilaktycznych przeciętnie ocenia przydatność wiedzy szkoleniowej. Otrzymane wyniki nie różniły się znacząco od opinii przedstawicieli podmiotów medycznych (badanie CAWI/CATI). Ich zdaniem poziom przydatności wiedzy został oceniony wysoko, znaczenie wiedzy dla lepszej realizacji projektów podobnie. Graficznie przedstawiono to poniżej.

Rysunek 22. Ocena przydatności zdobytej wiedzy



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)

3.3.1.4.

Świadomość zdrowotna

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?
- Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?

- **Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?**

Przebadani pacjenci uważają również, że udział w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie – średnia wyniosła 8,32⁵³.

Budującym jest fakt, że, zdaniem beneficjentów, udział pacjentów w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności chorób o podłożu reumatologicznym we wczesnej fazie ich rozwoju. W ocenie ekspertów biorących udział w badaniu potwierdza to fakt, że prowadzenie i realizacja programu jest potrzebna i odnosi sukcesy.

Choć oczywiście też mamy taką obserwację, no bo tych osób, gdzie tę chorobę potwierdziliśmy, to jest na poziomie, powiedzmy, kilkunastu czy kilkudziesięciu procent (...) Ale nawet było, kolokwialnie mówiąc, wyłapanie tych kilkudziesięciu czy kilkunastu procent pacjentów, którzy do nas trafiają z chorobą RZS-u, jest bardzo ważne i być może by się mogło okazać, że oni by przez dłuższy czas jeszcze do nas nie trafili, a tak to już trafiają do poradni tutaj i są leczeni tak jak pozostali pacjenci, którzy u nas już się leczą latami.

Przedstawiciel beneficjenta (18)

- **Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?**

⁵³ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że udział w projekcie zdaniem pacjentów przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie.



Zdecydowana większość pacjentów (badanie CATI) (85,2%) zwraca również uwagę na wzrost posiadanej przez siebie wiedzy; przeciwnej opinii jest 10,7%, natomiast 4,1% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie. Pacjenci oceniali także wysoko przydatność wiedzy zdobytej w trakcie uczestnictwa w programach profilaktycznych.

3.3.1.5. PPZ w opinii pacjentów

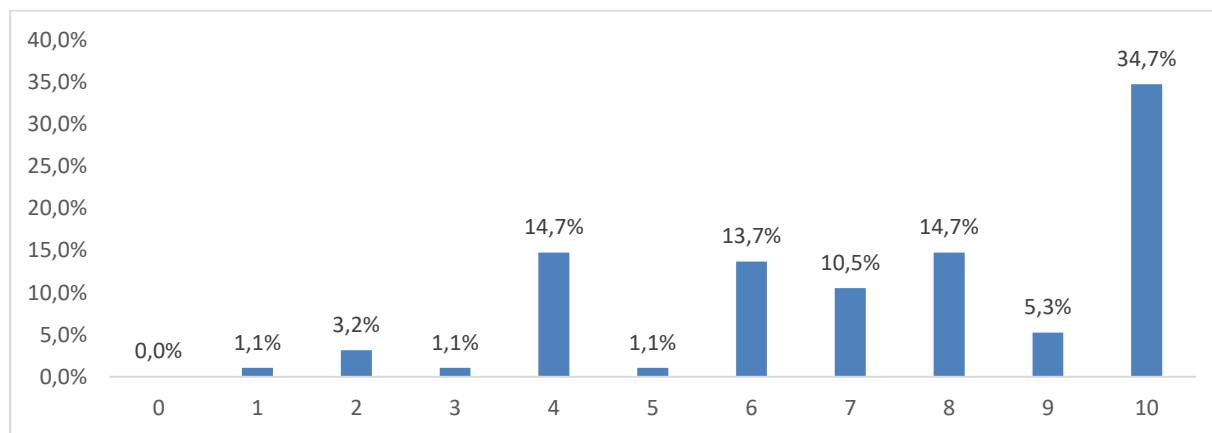
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?
- Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?
- Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?

• Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?

Średnia ocena udziału w projekcie profilaktycznym przez pacjentów oceniana była stosunkowo wysoko⁵⁴. Pod względem ocen warto zaznaczyć, że 37,2% pacjentów oceniło projekt, w którym brali udział, najwyżej na 6, natomiast 44% pacjentów oceniło projekt bardzo wysoko (przyznając jedną z dwóch najwyższych ocen). Graficznie wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 23. Ocena udziału w projekcie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

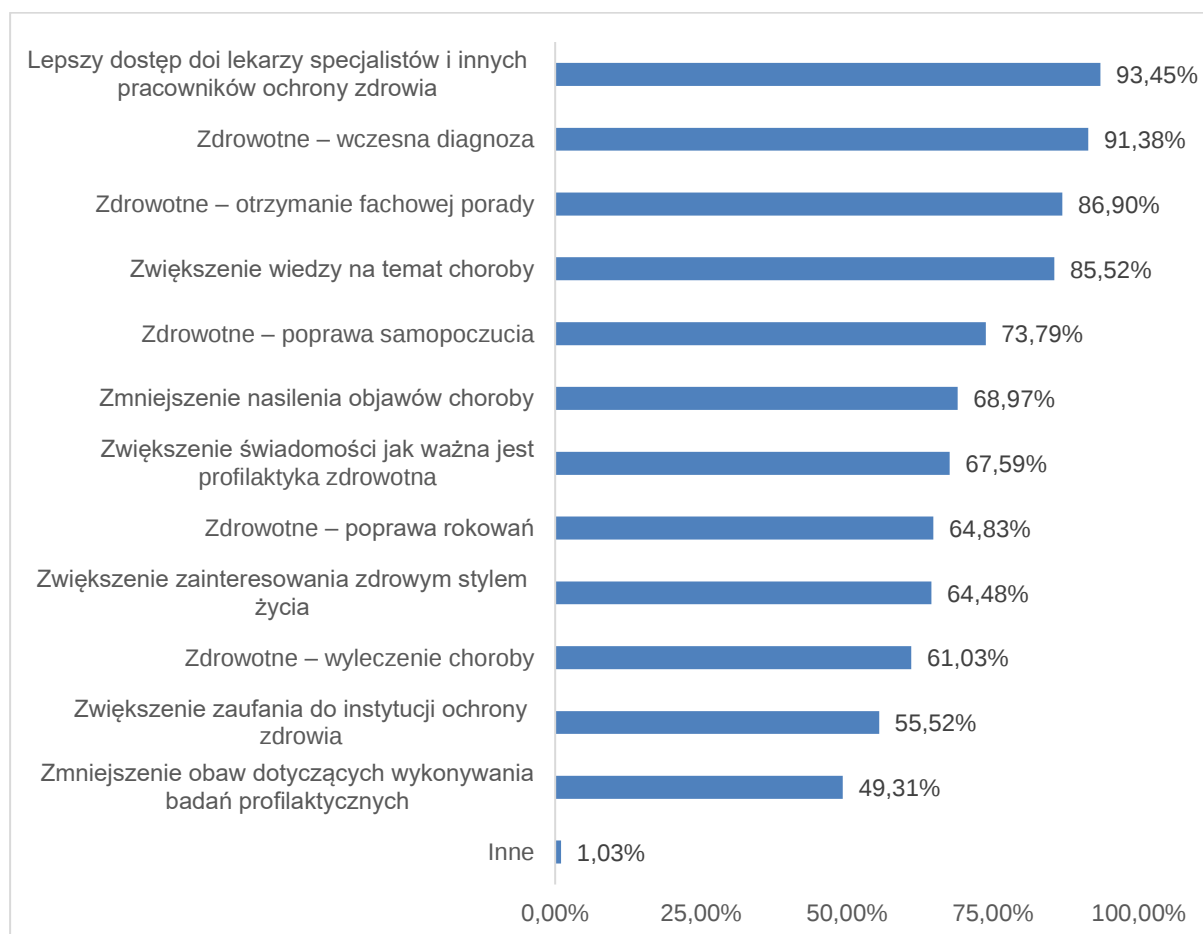
- Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?

⁵⁴ Wskaźnik przyjmował oceny od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyższa ocena udziału w projekcie.



Pod względem zmian, jakie pacjenci obserwowali w swoim życiu po udziale w projekcie profilaktycznym, wskazywano głównie: lepszą dostępność do lekarzy i innych specjalistów (93,5%) oraz wcześniejszą diagnozę (91,4%). Zaledwie 55,5% pacjentów zaznaczyło większe zaufanie do instytucji ochrony zdrowia, natomiast 49,3% mniejsze obawy związane z wykonywaniem badań profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 24. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym

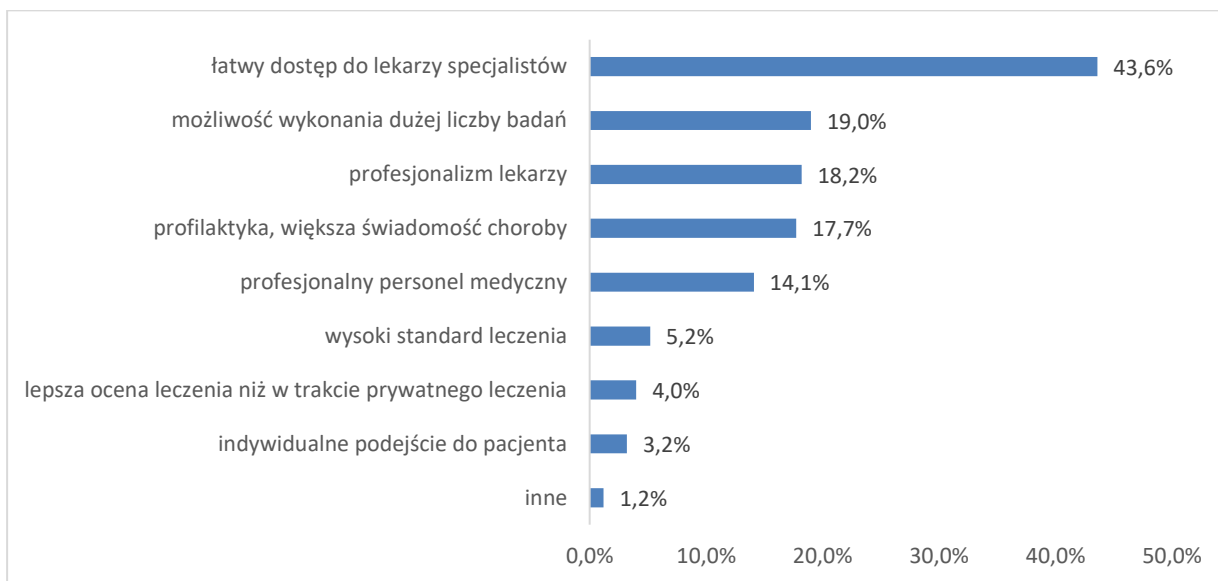


Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

Zaledwie 2,8% pacjentów doświadczyło negatywnego efektu udziału w projektach profilaktycznych. Wśród wskazywanych objawów wymieniano przede wszystkim gorsze samopoczucie.

Do najczęściej wskazywanych zalet uczestnictwa w projektach profilaktycznych pacjenci (badanie CATI) zaliczyli łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów.

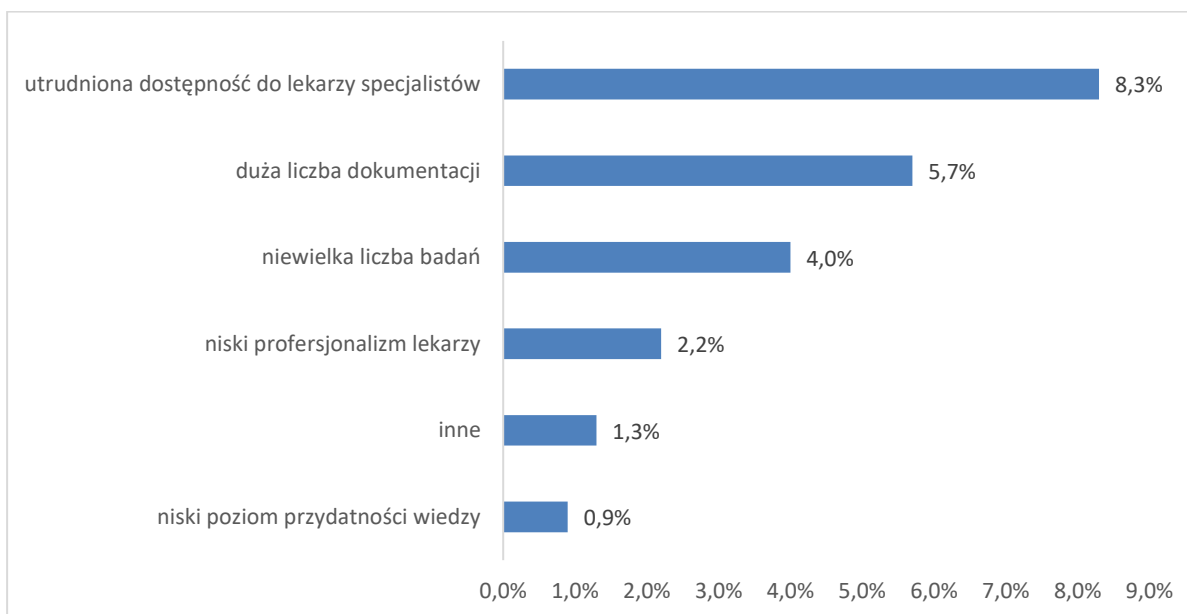
Rysunek 25. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

Na rysunku poniżej przedstawiono najczęściej wskazywane wady uczestnictwa w projektach profilaktycznych. Blisko 77,6% pacjentów deklaruje, że nie widzi niedociągnięć w projektach, w których brali udział. Wśród wad najczęściej wskazywano: utrudnioną dostępność do lekarzy specjalistów oraz dużą liczbę dokumentacji i formalności w projekcie.

Rysunek 26. Wady korzystania z projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

- **Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?**

Na podstawie przeprowadzonego badania można postawić tezę, że możliwe jest usprawnianie prowadzonych projektów przede wszystkim poprzez wdrożenie dodatkowych działań promocyjnych. Co ważne, działania te powinny mieć na celu nie wyłącznie informowanie o możliwości przeprowadzenia badań profilaktycznych, ale także przekonywanie pacjentów do udziału w nich. Budowanie postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie jest kluczowe, zważywszy na fakt, że wiele osób z grupy docelowej to ludzie stosunkowo młodzi i dobrze się czujący, a zatem rzadko wykazujący troskę i zaniepokojenie swoim stanem zdrowia.

Mimo wielu pozytywów dostrzeżonych w trakcie realizacji PPZ nadal istnieją obszary wymagające usprawnienia, które mogą w realny sposób przyczynić się do zwiększenia satysfakcji pacjentów z partycypacji w projekcie. Mowa tutaj między innymi o możliwości wypisania recepty przez specjalistę w ośrodkach diagnostycznych, tak aby pacjent nie był zmuszony do następnej wizyty u lekarza w placówce POZ.

To jest projekt profilaktyczny, czyli my nie leczymy, tylko rozpoznajemy chorobę. I nasz lekarz reumatolog w ośrodku wczesnej diagnostyki, bo tak się nazywa ten nasz twór, w którym my pacjentów przyjmujemy na potrzeby tego projektu, nie może wystawić recepty, więc to się trochę robi błędne koło, bo pacjent, przychodząc do lekarza, mając diagnozę, no, oczekuje już konkretów. A nasz lekarz może wystawić informację dla lekarza kierującego z POZ-u, na której napisze, jakie jest rozpoznanie, jakie są zalecenia co do leczenia. Napisze informację, jakie leki pacjent powinien przyjmować i jak dawkowane, ale ten pacjent musi z tym kwitem wrócić do lekarza rodzinnego.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

3.3.1.6. Problemy w trakcie realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?
- Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?
- Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?

- **Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?**

Mimo pozytywnych wypowiedzi poszczególnych koordynatorów należy podkreślić szereg problemów, z jakimi wiąże się realizacja programu. Beneficjenci PPZ wskazują przede wszystkim na opóźnienia w realizacji wynikające z obecnej sytuacji epidemicznej w Polsce. Konieczność fizycznego kontaktu z pacjentem, w przypadku wielu placówek POZ, sprawia, że w aktualnej sytuacji program jest zawieszony. Ponadto koordynatorzy podkreślają, że w trakcie walki z epidemią COVID-19 priorytetyzacja działań w placówkach POZ odsuwa realizację programu na dalszy plan. Warto jednak zauważyć, że wszystkie działania prowadzone są od 2017 roku. Przez większość czasu realizacji programu profilaktycznego wyzwania związane z pandemią COVID-19 nie występowały. Przyczyn ewentualnych trudności w realizacji założonych poziomów wskaźników należy zatem upatrywać tak w pandemii, jak też w niedostatecznie skutecznych działaniach promocyjnych podejmowanych przed marcem 2020 roku.

No, w tej chwili zachwiane jest przyjmowanie przez placówki POZ, które w głównej mierze przyjmują w formie teleporad, a w przypadku naszych projektów, nie (...) badań, które są wykonywane, nie ma mowy o teleporadzie i możliwości przebadania pacjenta przez telefon. No i dlatego, że POZ jest obciążony innymi zadaniami, więc projekty schodzą na dalszy tor. Natomiast gdyby tego nie było, to byłby jeszcze większy efekt, taki zadowalający, w realizacji tych projektów.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

Kolejną z barier, która w znaczący sposób wpływa na stan realizacji celów stawianych przed PPZ, jest niska aktywność części placówek POZ w ramach programu.

- **Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?**

Wymienionych powyżej problemów nie udało się w pełni rozwiązać. Beneficjenci PPZ wskazują również na brak możliwości sprawowania kontroli i wywierania wpływu na działania prowadzone przez placówki POZ, które podpisały umowy o współpracy. Prowadzi to do poczucia bezsilności i bezradności koordynatorów, którzy nie posiadają narzędzi do motywowania placówek POZ do większego zaangażowania.

My mamy założonych 100 przychodni POZ, w tym momencie mamy ich 89, czyli nadal mamy 11 do pozyskania, ale z tych 89 przychodni to może jedna trzecia aktywnie bierze udział w projekcie – to znaczy przesyła nam pacjentów, których my badamy i na podstawie których możemy wyciągać jakieś wnioski. Więc realnie ta skala powinna być dużo wyższa, ale przychodnie twierdzą, że nie mają kogo przysyłać, no i my nie jesteśmy też w stanie tego zweryfikować ani negocjować. A skądinąd wiemy, że po prostu im się nie chce tego robić, bo tutaj trzeba poświęcić czas na papierologię, tak jak to w projektach unijnych i z tego powodu one są nieaktywne.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

Odwołując się do problemów z realizacją programu i pracy z ośrodkami POZ, należy zwrócić uwagę na niską motywację tych placówek do wykonywania działań programowych.

Beneficjenci podkreślają, że fakt podpisania umowy o współpracy z oddziałem POZ nie jest równoznaczny z kierowaniem na badania pacjentów z danej jednostki. Część placówek pomimo podpisanych umów pozostaje bierna w ramach programu i nie realizuje powierzonych zadań, a koordynatorzy, prócz sztuki retoryki, nie mają argumentów, które pomogłyby podnieść ich zaangażowanie. Determinanty odpowiadające za niski stopień aktywności placówek POZ to: niewystarczająca liczba środków przeznaczanych na pracę POZ oraz nadmiar dokumentacji, jaką zobligowani są przysyłać.

Po pierwsze, jest to mnożenie papierologii, marnotrawienie papieru i też jakby dokładanie kolejnych obowiązków lekarzom. Bo jeśli on przyjmuje pacjenta i ma nam w ciągu trzech dni przesłać skan dokumentacji i my dzięki temu wiemy, że taki pacjent jest już po wizycie, to później my jeszcze oczekujemy od niego, przynajmniej raz na kwartał, przekierowywania tych oryginałów (...) można by się było ograniczyć już do jednej formy przekazywania, na przykład tej elektronicznej. Po drugie, zminimalizować maksymalnie jak się da wszelkie te dokumenty. Czyli jak teraz lekarz rodzinny, przyjmując pacjenta pod kątem RZS-u, musi wypełnić, powiedzmy, na jednej wizycie przynajmniej z sześć dokumentów, to przynajmniej o połowę, żeby to było zmniejszone.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

- **Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać?**
Jeśli tak, to w jaki sposób?

Mimo wskazanych problemów podczas współpracy z placówkami POZ to właśnie one przesądzą o ostatecznym sukcesie programu. To one finalnie decydują o ilości skierowanych pacjentów do dalszej diagnozy, dlatego tak ważne jest pochylenie się nad kwestią współpracy z tymi jednostkami medycznymi oraz znalezienie rozwiązań, które zapewnią odpowiednią motywację do rzetelnego prowadzenia działań w ramach programu. Beneficjenci PPZ w momencie zdiagnozowania problemów z pozyskiwaniem placówek POZ do współpracy i niewielką aktywnością części z nich, podejmowali działania zaradcze. Jednym z nich było powołanie funkcji koordynatora do spraw współpracy z POZ.

Uruchomiliśmy taką funkcję koordynatora do spraw współpracy z POZ-ami, czyli taką osobę, która miała tam zachęcać, nazwijmy to, lekarzy do kierowania pacjentów w ramach programu.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

Zdecydowana większość beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) jest zdania, że udało im się rozwiązać wszystkie problemy, jakie pojawiły się w trakcie realizacji programu profilaktycznego (66,7%), co należy rozumieć jako konsekwentne prowadzenie działań mimo wskazanych wyżej problemów i utrzymującej się niewielkiej aktywności części POZ.

Również kryterium wieku, w kontekście objęcia wsparciem programu, jest kwestią budzącą refleksje. Beneficjenci podkreślili, że istnieje cienka granica między wiekiem 65 i 66 lat, a wiele osób, które nie kwalifikują się do programu ze względu na rok urodzenia, w dalszym ciągu pozostają aktywni zawodowo. Dlatego sądzimy, że przyjęcie kryterium akcesowego powinno zostać uelastycznione. Innymi słowy, należałoby odejść od kryterium bycia w grupie osób w wieku produkcyjnym na rzecz udokumentowanego pozostawania aktywnym na rynku pracy mimo wieku przekraczającego cezurę kohorty w wieku produkcyjnym.

Ostatecznie jakaś interpretacja spójna została przyjęta i chyba do urodzin jest to liczone, niemniej jednak ta różnica między 65-latkami a 66-latkami, często wciąż aktywnym zawodowo, jest dosyć cienka i my się spotykamy z negatywnymi opiniami i takim odzewem ze strony pacjentów, którzy trochę wyrażają swoje niezadowolenie z tego powodu, także ograniczenie populacji pacjentów do 65 roku życia jest niedobrze oceniane przez bezpośrednich odbiorców.

Przedstawiciel beneficjenta (17)

3.3.1.7. Realizacja zaplanowanych interwencji

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?
- Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/ nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?
- Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?

• Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?

Zdaniem większości badanych beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. Część beneficjentów podkreśla, że pomimo wyznaczonego czasu trwania programu pacjenci trafiają pod stałą opiekę specjalisty reumatologa. Beneficjenci chcą, aby pacjenci objęci wsparciem PPZ ostatecznie uzyskali także długotrwałą pomoc w ramach danego ośrodka.

Część właśnie tych pacjentów, którzy pojawili się u nas troszkę dzięki projektowi, zostanie objętych trwałą opieką reumatologiczną, także to jest naszym zdaniem ten cel,

żeby pacjenci zwłaszcza z małych ośrodków z ograniczonym dostępem do reumatologa, który w ogóle jest rzadką dosyć specjalnością, trafiają wreszcie pod stałą opiekę,

Przedstawiciel beneficjenta (17)

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) jedynie 3 osoby wskazały, że nie wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

- **Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?**

Jedynie dwie osoby reprezentujące beneficjentów konkursowych (CAWI) wskazały przyczyny, które wpłynęły negatywnie na zakres zrealizowanych działań: brak chętnych pacjentów.

- **Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?**

Wśród czynników mających wpływ na sukces wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu medycznego.

3.3.2. Postęp finansowy i efektywność wsparcia

3.3.2.1. Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?
- Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?

- **Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?**

W przekonaniu ankietowanych beneficjentów środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb (średnia odpowiedzi 8,33⁵⁵). W tym miejscu warto także przywołać opinie przedstawicieli administracji publicznej, którzy w trakcie wywiadów wskazywali, że wszelkie wydatki na profilaktykę prozdrowotną są odpowiednimi

⁵⁵ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb,

inwestycjami, bowiem przynoszą istotne oszczędności - mniejsze koszty w porównaniu z koniecznością leczenia chorób w ich rozwiniętym stadium.

- **Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?**

Na obecnym etapie nie występuje realne ryzyko niewykorzystania w pełni środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne. Biorący udział w badaniu przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystują w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne (średnia odpowiedzi 8,44⁵⁶).

3.3.2.2. Stawki jednostkowe

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?
- Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?

- **Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?**

Istotnym czynnikiem ułatwiającym realizowanie programów profilaktycznych jest wprowadzenie stawek jednostkowych. Blisko 89% beneficjentów zgadza się z tym twierdzeniem. Dwóch beneficjentów konkursowych jest zdania, że należy zmienić stawki jednostkowe dotyczące lekarzy. Pozostała część wskazywała pozostały personel medyczny (głównie pielęgniarki).

To jest tak, że jeżeli klujemy tego pacjenta i wiemy, że na tego pacjenta idzie jedna strzykawka, jedna igła, worek na odpady i tak dalej, przedstawianie tych wszystkich kosztów, to by było milion pozycji. Natomiast tak przedstawiamy jedną pozycję, wizytę pacjenta.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

Rozwiązanie to ma swoich zwolenników, ale warto także odnotować opinie, które wskazywały, że rozwiązaniem wartym rozważenia jest uelastycznienie stawek jednostkowych. W opinii części koordynatorów stawki powinny być modyfikowane nie tylko w czasie, tak by mogły być dostosowane do zmieniającej się sytuacji rynkowej. Sygnalizowano

⁵⁶ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że beneficjent wykorzysta w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.

także konieczność różnicowania ich w poszczególnych regionach, by były one dopasowane do realiów konkretnych obszarów i miejscowości.

Stawka, stawka właśnie, która jest ogólnie narzucona przez Ministerstwo Zdrowia, czyli 48 złotych za wizytę, no, jest żadna. Lekarze nam tu przedstawiają swoje wyliczenia, ile tak naprawdę oni muszą jeszcze do tego dołożyć, jeśli by chcieli realizować ten projekt z nami.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

- **Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?**

Zdaniem respondentów zmianie powinny ulec wszystkie stawki jednostkowe poprzez podniesienie ich do atrakcyjnego poziomu, który będzie motywował pracowników POZ do tego, aby angażować się we współpracę ze szpitalami w realizacji PPZ.

3.3.2.3. Efektywność finansowa

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy osiągnięte w programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?
- Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?

- **Czy osiągnięte w programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?**

Nie odnotowano przekonania respondentów co do tego, aby rezultaty mieralne i niemieralne były nieproporcjonalne do kosztów. Rozmówcy z tego programu również wskazywali, przy pytaniu o proporcjonalność rezultatów do kosztów, na inne problemy. Mianowicie zauważali, że nieodpowiednie są proporcje kosztów pośrednich do bezpośrednich.

Wychodzi tam 20% tych kosztów pośrednich, bo to zależy od kwoty łącznej projektu i my, w ramach tych kosztów, mamy często sfinansować stanowisko koordynatora projektu, bo na to w kosztach bezpośrednich nie mamy pieniędzy, plus pokryć jakieś tam koszty administracyjne związane z mediami, związane z jakimś zakupem artykułów biurowych

czy nawet jakichś usług księgowych, to siłą rzeczy z tej puli nam już nie wystarczy pieniędzy na jakieś intensywne działania promocyjne, których na przykład nie możemy założyć w ramach kosztów bezpośrednich.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

- **Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?**

Nikt z badanych nie wskazał na to, że podobne rezultaty można byłoby osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych. Przeciwnie, wręcz wskazywano na to, że nakłady powinny być większe.

Większym, to może jakoś, wie Pani, było z czego zatrudnić właśnie kogoś dodatkowego, to, wie Pani, nie. A tak jak wszyscy, czy ja np., to ja jestem właściwie wyznaczona koordynatorem medycznym, ale jakby nie jestem finansowana z projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

3.3.2.4. Koszty alternatywne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?
- W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?

- **Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?**

W ramach działania 5.1 PO WER przeprowadzono łącznie 17 konkursów i 1 projekt pozakonkursowy na łączną kwotę alokacji 235.997.868,20 zł, z czego wartość wydatków kwalifikowanych wynosiła 143.074.852,56 zł, a wartość dofinansowania UE 120.499.452,48 zł. Największy udział zaangażowanych środków został przeznaczony na konkurs POWR.05.01.00-IP.05-00-008/18 „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo –

naczyniowego (KORDIAN). W ramach tego konkursu zawarto 3 umowy: z Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie (kwota wydatków kwalifikowanych: 7.595.721,00 zł), ze SPZPZ Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie (kwota wydatków kwalifikowanych 4.819.805,25 zł), z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku (kwota wydatków kwalifikowanych 5.870.300,70 zł). Wszystkie te projekty są w trakcie realizacji, okres ich zakończenia przypada odpowiednio na 09/2021, 06/2022 i 12/2021. Brak jest obecnie danych dotyczących wykorzystania środków przez beneficjentów, więc nie sposób ocenić adekwatności otrzymanego dofinansowania do potrzeb projektów. Ze względu na prawdopodobne opóźnienia w realizacji niektórych etapów projektów, z powodu pandemii COVID-19, wydaje się racjonalne niedokonywanie w tej chwili oceny wykorzystania środków.

Fakt, iż w ramach perspektywy finansowej 2014-2020 wyróżniamy w Polsce dwie kategorie regionów, skutkuje koniecznością stosowania różnych poziomów dla wkładu UE. Zgodnie z art. 120 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 poziom wkładu UE dla projektów realizowanych na obszarach regionów słabiej rozwiniętych wynosi 85% wartości całego projektu, natomiast dla Mazowsza – 80%.

W związku z systemem „pro rata” oraz biorąc pod uwagę specyfikę poszczególnych osi priorytetowych (szczególnie dotyczy to osi priorytetowej I oraz osi priorytetowej IV), poziom finansowania projektów ze środków UE oraz współfinansowania krajowego w ramach POWER jest uśredniony dla obu kategorii regionów i wynosi odpowiednio⁵⁷:

- oś priorytetowa I (dla projektów realizowanych w ramach Inicjatywy): 91,89% / 8,11%,
- oś priorytetowa I (dla projektów realizowanych poza Inicjatywą): 84,28% / 15,72%,
- oś priorytetowa II: 84,28% / 15,72%,
- oś priorytetowa III: 84,28% / 15,72%,
- oś priorytetowa IV: 94,29% / 5,71%,
- oś priorytetowa V: 84,28% / 15,72%,
- oś priorytetowa VI: 84,28% / 15,72%

Tabela 8. Szczegółowe wartości alokacji dla poszczególnych osi priorytetowych

Lp.	Nazwa osi priorytetowej	Alokacja ogółem	Wkład UE
1.	I. Osoby młode na rynku pracy	2.035.181.126 EUR	1.757.133.267 EUR
2.	II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji	877.653.957 EUR	739.722.842 EUR

⁵⁷ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/1960/SZOOPO_PO_WER_14_20.pdf

3.	III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju	1.253.290.853 EUR	1.056.325.064 EUR
4.	IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa	711.400.391 EUR	670.766.087 EUR
5.	V. Wsparcie dla obszaru zdrowia	357.354.116 EUR	301.192.742 EUR
6.	VI. Pomoc techniczna	194.734.037 EUR	164.129.853 EUR
	Suma:	5.429.614.480 EUR	4.689.269.855 EUR

Analizując poszczególne alokacje, należy stwierdzić, że dla osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia przeznaczono łącznie 6,58% alokacji ogółem, oraz 6,42% wartości wkładu UE w realizowane projekty.

Koszty leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania RZS nie są jednorodne i zależą od wielu czynników, takich jak m.in.: trajektorium pacjenta, miejsce prowadzenia leczenia, niewdrożenie jednolitego modelu rachunku kosztów działań, co prowadzi do braku wiedzy na temat faktycznych kosztów ponoszonych w związku z leczeniem konkretnego pacjenta. Podstawą analizy są więc koszty szacunkowe, a zatem niedokładne i niepodzielone na pośrednie i bezpośrednie, zawarte w PPZ.

Tabela 9. Koszty szacunkowe w trzech PPZ

Lp.	Nazwa PPZ	Koszty szacunkowe wg PPZ
1	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania RZS	821,80 zł
2	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi	983,00 zł
3	Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)	2053,00 zł

Trzeba podkreślić, że we wszystkich przypadkach autorzy PPZ wobec braku danych opierali się wyłącznie o szacunkowe koszty, dane historyczne, które nie mogą świadczyć o kosztach rzeczywistych podmiotów leczniczych. Tym samym nie można wprost odpowiedzieć na pytanie, ile wynoszą koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia pacjenta.

Analiza danych może w tym zakresie opierać się wyłącznie o koszty pośrednie i bezpośrednie zawartych umów z beneficjentami, niemniej nie odzwierciedlają one faktycznie ponoszonych kosztów (w tym szczególnie kosztów utraconych w związku z konsekwencjami choroby, takimi jak absencja chorobowa, utrata dochodów pracownika, przedwczesna

umieralność, dodatkowe koszty systemu). Te uwarunkowania nie były przedmiotem niniejszej analizy. Co więcej, dla przykładu, koszty porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podawane jako podstawa obliczeń w poszczególnych PPZ, opiera się o koszty standardowe (48 zł), co w wielu przypadkach znacznie odbiega od faktycznych cen tej usługi.

- **W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?**

Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez beneficjentów za zadowalającą. Część realizatorów wskazała konieczność przeznaczenia większych środków na wykonywanie badań diagnostycznych oraz prowadzenie szerzej zakrojonych działań edukacyjnych na potrzeby realizacji PPZ.

Na pewno te środki, fajnie by było, jakby były większe w przyszłości, większe alokacje, możliwość aplikowania o większe, większy budżet. Przede wszystkim też właśnie na te działania edukacyjne, bo widzę, że bardzo trafia tutaj do pacjentów, jakieś takie, czy nawet i do lekarzy, broszury, wykłady czy konferencje w przypadku personelu medycznego.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

Takie spostrzeżenie nie musi świadczyć jednak wcale o nieprawidłowości w zakresie alokacji, ale na nie dość adekwatnym poziomie wartości wskaźników rezultatu. W przypadku projektów realizowanych wobec populacji często trudno jest na etapie wniosku o dofinansowanie odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu zadania realizowane w ramach projektu (także w przypadku, gdy są to zadania z zakresu profilaktyki zdrowotnej) będą cieszyły się zainteresowaniem ze strony pacjentów. W tym znaczeniu uwaga jest słuszna, ale nie musi świadczyć o niewłaściwej alokacji środków finansowych.

Rezultaty osiągane w ramach PPZ są wedle badanych proporcjonalne do wydatków poniesionych w ramach projektu.

Koszty są proporcjonalne. Myślę, że warto uczestniczyć w tym projekcie. Również pomijając też ten bardzo ważny aspekt, o którym powiedzieliśmy, zdrowia pacjenta, profilaktyki i wczesnej diagnostyki, to również jakby tutaj, już z perspektywy finansów spółki, uważam, że warto uczestniczyć w takim projekcie.

Przedstawiciel beneficjenta (18)

W ocenie badanych niemożliwym jest osiągnięcie obecnych rezultatów programu mniejszym nakładem finansowym. Co więcej, epidemia COVID-19 powoduje znaczący wzrost kosztów,

które nie były zaplanowane w początkowym budżecie. Konieczność zakupu środków ochrony osobistej w znaczący sposób przyczynia się do wzrostu wydatków ponoszonych przez wszystkie jednostki zaangażowane w prace projektowe.

Teraz wszystkie te ceny przy środkach dezynfekcyjnych rosną. To jest tak, że jeśli projekt się zaczynał, powiedzmy, trzy lata temu, to stawki były fajne. Natomiast już po trzech latach to jest te trzydzieści procent za mało, tak byśmy powiedzieli.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

Analizując kwestie finansowe, należy wyartykułować rekomendacje realizatorów PPZ, które mogą pomóc w pracach nad przyszłymi projektami. Mowa tutaj między innymi o konieczności podniesienia kwoty przeznaczanej na koszty pośrednie. Dzięki temu koordynatorzy zyskają większą elastyczność w trakcie realizacji działań oraz będą mogli skuteczniej reagować na nieplanowane, niekorzystne sytuacje.

W przypadku kosztów takich pośrednich, no, dobrze by było, żeby te koszty też były trochę większe, żeby można było jeszcze więcej, jak gdyby móc, mieć taką bazę do wykorzystania, tak jak było to w poprzedniej perspektywie PKL właśnie dla pracowników administracyjnych, do zarządu, żeby można było też faktycznie stawki takie, no, rynkowe, no, my dajemy stawki tym pracownikom, niestety, mocno okrojone, co nie przekłada się na ilość pracy, którą oni wkładają i zaangażowanie, do tego, jak to jest w projektach komercyjnych.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

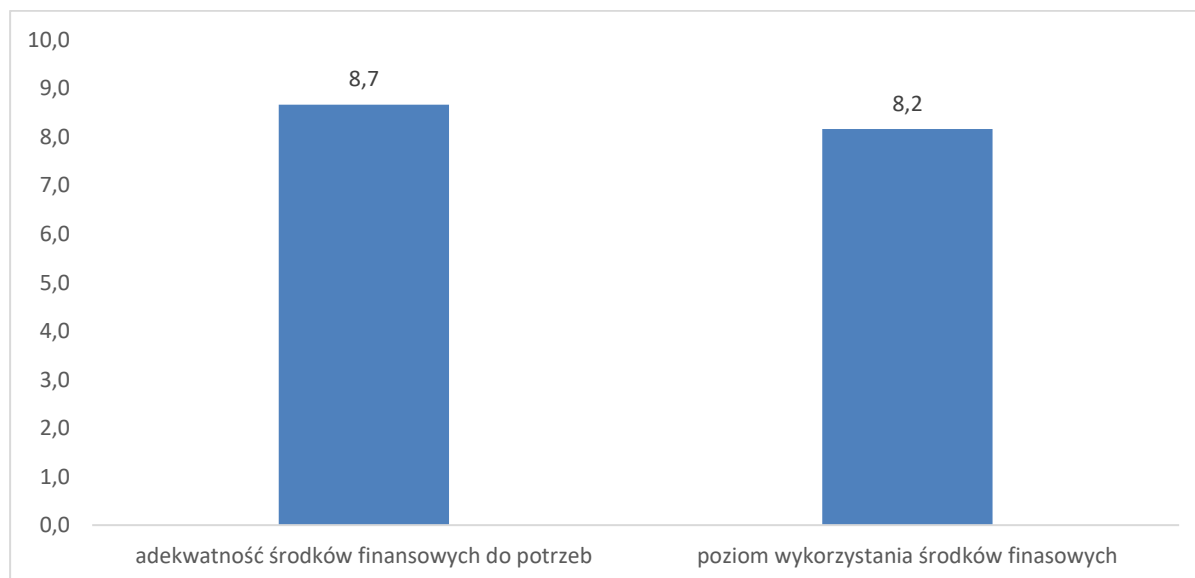
Zwrócono również uwagę, że zwiększenie środków przeznaczanych na koszty pośrednie pozwoli na zaangażowanie osób mogących podjąć obowiązki biurowe wynikające z konieczności zabezpieczenia procesu poprawnego obiegu dokumentacji.

Biorąc pod uwagę obciążenia, takie właśnie czysto administracyjno-biurowe, związane z realizacją tych programów, ja bym dyskutowała nad wysokością kosztów pośrednich, tak, pośrednich, bo bezpośrednie, no, to to jest to, co się przekłada na liczbę pacjentów, którą zakładamy, i jedni mogą bardziej skromny projekt zaplanować, drudzy trochę większy, w zależności od swoich możliwości i zasobów, natomiast koszty pośrednie, tak naprawdę, wszyscy ci, którzy są skrajnie zaangażowani w tę realizację ze względu na dużą ilość po prostu papierów, mówiąc kolokwialnie, no to ich nie ma gdzie umieścić w inny sposób, niż w kosztach pośrednich, więc ja bym dyskutowała, rozważałabym wyższy wskaźnik kosztów pośrednich.

Przedstawiciel beneficjenta (17)

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniono adekwatność środków finansowych do potrzeb oraz poziom, w jakim wykorzystane zostaną przeznaczone środki⁵⁸. Graficznie wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 27. Ocena adekwatności i wykorzystania przyznanych środków finansowych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

W kontekście odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu koszty leczenia jednego pacjenta zdiagnozowanego z powodu jednostki chorobowej objętej wsparciem PPZ da się zredukować, można założyć jedynie teoretycznie (ze względu na brak dostępu do danych szczegółowych), że środki na profilaktykę są zawsze niższe niż na interwencje medyczne. Wydatki sektora ochrony zdrowia na profilaktykę wynoszą obecnie ok 1% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia (w roku 2019 było to 0,24% sumy wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne)⁵⁹. Nakłady na leczenie w poszczególnych zakresach są zdecydowanie i nieporównywalnie wyższe. Ponieważ profilaktyka zdrowotna jest zawsze tańsza niż leczenie, należy przyjąć, że działanie to jest opłacalne, ale ze względu na brak konkretnych danych nie można udzielić wartościowej odpowiedzi na to pytanie.

3.3.3. Zasady i procedury realizacji PPZ

3.3.3.1. Procedury realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

⁵⁸ Oceny przyznawano na skali od 0 (zdecydowanie nie) do 10 (zdecydowanie tak).

⁵⁹ Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019, 2020, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>

- Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?
- Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?
- Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?
- Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?

• **Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?**

Tylko jeden z beneficjentów konkursowych (CAWI) uznał, że procedury związane z wdrażaniem programu profilaktycznego można udoskonalić lub uprościć, wskazując jednocześnie na potrzebę ograniczenia dokumentacji projektowej.

Procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ są możliwe do udoskonalenia oraz uproszczenia, jednak aby to osiągnąć, należy włączyć w proces ich przygotowywania praktyków, osoby, które na co dzień pracują z projektami. Programy profilaktyczne zostały opracowane przez specjalistów, przyjęte rekomendacją AOTMiT. Te same gremia w konsultacji z przedstawicielami beneficjentów mogą dokonać oceny przebiegu programów w ostatnich latach i zaproponować korekty uwzględniające cele PPZ, ale także realia ich funkcjonowania.

Angażując ekspertów do napisania programu profilaktyki zdrowotnej, na bazie którego Ministerstwo później ogłasza konkurs aplikacyjny, by to na etapie pisania było konsultowane właśnie z potencjalnymi realizatorami (...), po to, żeby na przykład nie wypuszczać programów czy dokumentacji i żeby bardziej, no, praktycy w tym brali udział niżeli teoretycy.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

Beneficjenci wielokrotnie podkreślali zbyt duże skomplikowanie dokumentacji, jaką są obarczeni. Konieczność wielokrotnego powielania informacji, podpisów i krótkie terminy przekazywania formularzy sprawiają, że placówki POZ, pracownicy administracyjni, a ostatecznie także sami pacjenci objęci wsparciem tracą motywację i zniechęcają się do uczestnictwa w programie.

Ilość dokumentacji dla POZ-ów, my zgłaszamy wniosek o płatność, że ta ilość dokumentów jest zbyt duża, że potencjalni pacjenci nie powinni być traktowani jako uczestnicy projektu i wpisywani do Excela, tylko powinno to być po prostu w jakikolwiek

inny sposób, tak? No, bo to na pewno zniechęca POZ-y do przystąpienia do projektu i do podjęcia działań, jeżeli oni mają stertę papierów do uzupełnienia.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

Problemem dla placówek POZ jest również krótki termin przewidziany na przekazywanie formularzy zgłoszeniowych do programu. W przypadku włączania pojedynczych osób podczas kolejnych tygodni funkcjonowania programu przesyłanie korespondencji zostaje wpisane w obowiązki personelu medycznego. Rekomenduje się możliwość przekazywania dokumentacji pacjentów pewnymi transzami, co pozwoliłoby na zmniejszenie poczucia presji odczuwanej przez personel i uniknięcia błędów, a w konsekwencji zminimalizowania konieczności wprowadzania wielu poprawek do wniosków o płatność, które opóźniają wypłatę środków.

Na bieżąco przekazywane. To też generuje mnóstwo błędów i później, żeby rozliczyć jednego pacjenta, czasem trwa to kwartał bądź dwa, bo dokumenty krążą między nami a lekarzami w celu poprawienia ich.

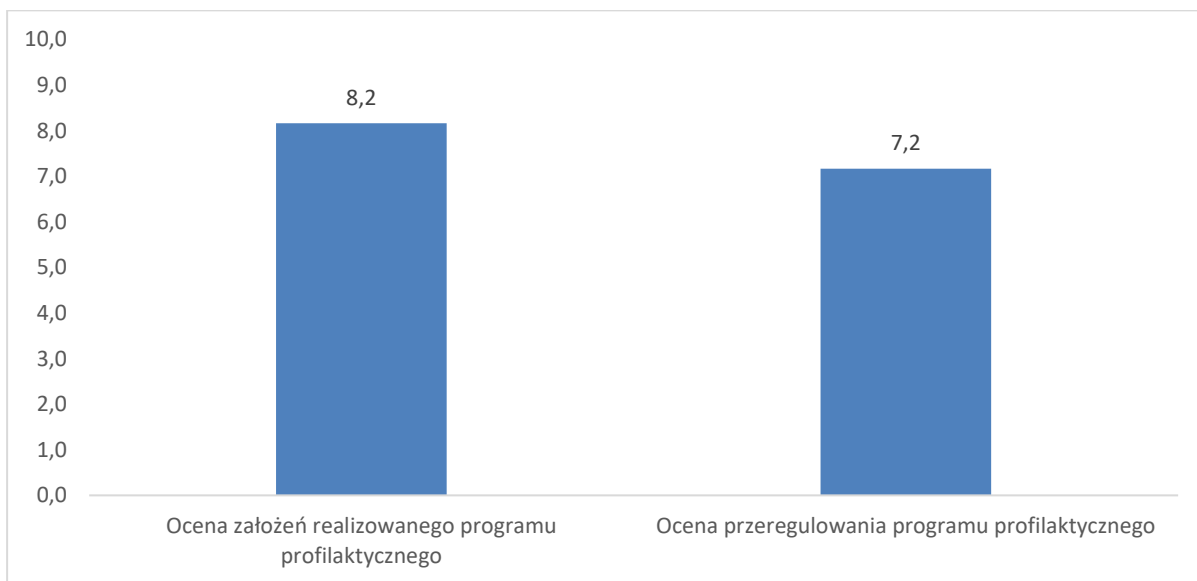
Przedstawiciel beneficjenta (24)

- **Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?**

Wysoko ocenione zostały założenia realizowanych programów profilaktycznych. Niższa ocena występowała u beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) w porównaniu z innymi podmiotami leczniczymi, z którymi podejmowano współpracę w trakcie trwania programu profilaktycznego. Pomimo wysokiej oceny założeń programów wysoko oceniano również poziom ich przeregulowania⁶⁰. Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 28. Ocena założeń i przeregulowania realizowanych programów profilaktycznych

⁶⁰ Ocena dokonywana była na skali od 0 do 10, gdzie wraz ze wzrostem wyniku beneficjenci oceniali dany program jako bardziej spełniający założenia/przeregulowania (zależnie od pytania).



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

- **Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?**

Żaden z ankietowanych przedstawicieli beneficjentów konkursowych (CAWI) nie wskazał, by programowi cokolwiek brakowało. 6 osób wskazało, że nie, a 3 nie potrafiły zająć jednoznacznego stanowiska.

- **Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?**

Zdaniem 11,1% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) możliwa jest modyfikacja procedur związanych z wdrażaniem programu profilaktycznego. Wśród wskazywanych procedur wymieniano te związane z potrzebą zmniejszenia dokumentacji.

Przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zgłaszają natomiast potrzebę ograniczenia wymogów oraz dokumentacji przy tworzeniu kolejnych programów profilaktycznych (91%).

3.3.3.2. Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?
- Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy?
- Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać?

- Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je?
- Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?

- **Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?**

Jedynym przykładem problemów, które – z perspektywy beneficjentów – odnotowano w trakcie realizacji projektów po stronie Instytucji Pośredniczącej są odroczone płatności. O innych problemach nie wspomniano, wskazując, że to są jedyne warte podkreślenia problemy na pewnym etapie realizacji projektów.

[W Ministerstwie – red.] mówią, że mają dużo projektów, żeby się na nią nie denerwować, bo ona ma tam 15 czy ileś. Że jest ich mało, wie Pani. Ja to rozumiem, bo mi też jest mało. Ja też, to nie jest moja praca. Ja to robię społecznie, bo lubię. Bo nie ma pieniędzy na takie dodatkowe wynagrodzenia. Ale skoro się podjęłam, no to robię. Wie Pani. A my tam jeszcze, bo się ludzie wściekali, że, wie Pani, płatności nie ma, no jakby szefostwo, księgowość powiedziała w końcu, że nie będzie płacić. No bo, wie Pani, no bo za coś trzeba będzie to zapłacić. No to u nas jeszcze się wszyscy denerwowali. Rentgen i takie. Ale jakoś potem te pieniądze jakoś to się ruszyło,

Przedstawiciel beneficjenta (20)

Jednak – zgodnie z tym, co następnie dodawano – problemy te przestały być obecne. Wskazywano, że Instytucja Pośrednicząca wprowadziła plan naprawczy, zatrudniła dodatkowych opiekunów projektów oraz podjęła działania mające na celu wskazanie beneficjentom popełnianych błędów, co przełożyło się na ulepszenie składanych wniosków o płatności. Te ostatnie, gdy były pozbawione błędów, to również były szybciej rozliczane. W przypadku części realizatorów dostrzeżono jednak problemy na linii IP – Beneficjent. Dotyczyły one głównie potwierdzania wniosków o płatność, co przekładało się na problemy związane z płynnością finansową. To ogromna bolączka. Brak zapewnienia środków w odpowiednim czasie może być powodem, dla którego beneficjenci zawieszają działalność PPZ. Niewypłacanie świadczeń w obowiązujących terminach to również zachwianie zaufania do IP, do instytucji, która winna być oparciem dla realizatorów borykających się z wieloma trudnościami podczas wdrażania programu i na innych polach.

Częsta zmiana opiekunów projektu to kolejny z problemów, z którym muszą mierzyć się beneficjenci PPZ. Pojawianie się nowej osoby przy pracy nad projektem na tak ważnym stanowisku znacząco utrudnia realizację pewnych działań i uniemożliwia szybkie uzyskanie odpowiedzi na pytania realizatorów.

W naszym przypadku często zmieniający się opiekunowie, bo mieliśmy chyba kalejdoskop czterech kolejnych osób, dobrze mówię, czy... czterech, chyba, tak, bardzo długi okres weryfikacji wniosków o płatność.

Przedstawiciel beneficjenta (17)

- **Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać?**

W zakresie rekrutacji podkreślano, że problematyczne było postawienie całej rekrutacji pacjentów na jedyne źródło, jakie stanowiły POZ.

Rekrutacja POZ-ów to długo, długo były problemy. W zasadzie dopiero, no, niedawno uzyskaliśmy taką, ten wskaźnik, który mieliśmy uzyskać. Natomiast jeśli chodzi o rekrutację pacjentów to tak samo, tak jak mówię, teraz przy tym Covidzie zdecydowanie jest problem z rekrutowaniem pacjentów do badań. I POZ-y nie rekrutują, i pacjenci też jakby sami też nie zgłaszają jakieś takiej, nie dzwonią, nie pytają, może też boją się kontaktu ze służbą zdrowia w tych czasach.

Przedstawiciel beneficjenta (21)

Istotą tego problemu jest sposób działania POZ, który bazuje na stawce kapitacyjnej, a ta z kolei nie jest uzależniona od tego, ilu pacjentów zostało obsłużonych, a od tego, ilu pacjentów jest do danego POZ zapisanych. Podobna konstrukcja finansowania sprawia, że POZ od lat funkcjonuje w trybie podażowym nie zaś popytowym (uzależnionym od popytu). W pewien sposób – w przekonaniu badanych – może przekładać się to na brak przyzwyczajenia POZ do tego, aby zabiegać o pozyskanie pacjenta do częstszych wizyt diagnostycznych.

- **Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?**

W rekrutacji postawić należy na dywersyfikację źródeł rekrutacji pacjentów:

- **Eventy:** Podczas organizowanych wydarzeń, które skupiają wielu ludzi, zachodzi dobra okazja do rekrutowania bezpośrednio uczestników. W kategorii tej mieszczą się również imprezy gminne;
- **Plaże miejskie:** Również dobrą okazją rekrutacyjną jest fakt gromadzenia się w sezonie letnim ludzi na plażach w mniejszych turystycznych miejscowościach;
- **Supermarkety:** Podobnie rzecz ma się w przypadku galerii handlowych i supermarketów, gdzie fakt skupiania obecności wielu osób można wykorzystać, aby prowadzić działania rekrutacyjne;

- **Poradnie medycyny pracy:** Są one miejscami, do których pewne pracujące osoby częściej udają się niż do lekarzy POZ;
- **Przychodnie Podstawowej Opieki Zdrowotnej:** Nie należy wykreślać tej kategorii podmiotów do rekrutacji, ale warto pamiętać o ograniczeniach, jakie są po ich stronie.

3.3.3.3. Ocena zgłaszalności pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?
- Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?
- Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?

- **Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?**

Zaledwie jeden beneficjent konkursowy zasygnalizował problem związany z niską zgłaszalnością pacjentów do realizowanych programów profilaktycznych. Także w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) niewielki procent (3,9%) zwrócił uwagę na problem związany z niską zgłaszalnością pacjentów do programów profilaktycznych.

Podnosząc kwestie związane z rekrutacją uczestników do projektu, należy zaznaczyć, że zdecydowana część pacjentów wykazywała chęć skorzystania z PPZ. Istnieją jednak obszary w ramach rekrutacji, które okazują się problematyczne i wymagają pewnej interwencji celem usprawnienia programu. Mowa tutaj między innymi o wspomnianej roli placówek POZ. Przeciążeni pracą lekarze oraz nadmiar wymaganej dokumentacji sprawiają, że nie kierują oni do projektu takiej liczby pacjentów, jaka faktycznie powinna zostać objęta wsparciem.

Jeżeli chodzi o dotychczasowe nasze doświadczenia, to raczej pacjenci są chętni, zgłaszają się. Największy problem, no, w przypadku POZ-ów, bo oni są obłożeni w ogóle pracą, tak? Więc jeszcze do tego ten dodatkowy czas, który muszą poświęcać, żeby wypytywać pacjentów z danymi jednostkami chorobowymi, to na pewno. Większa byłaby zgłaszalność pacjentów bezpośrednio do specjalistów z pominięciem POZ-u. Natomiast

te programy zakładają właśnie poprawę współpracy między POZ-em a specjalistami, tak? Może gdyby te stawki były wyższe dla lekarzy POZ-u, byłoby to też dla nich bardziej intratne, bo jeżeli oni czterdzieści osiem złotych dostają od pacjenta, jest to stawka taka brutto-brutto, my nie wnioskujemy (...) kosztem takim ryczałtowym, przekazywane do POZ-u, czy POZ zapłaci to w całości lekarzowi, czy nie wiem, część z tego. Choć to są naprawdę niewielkie pieniądze za czas i pracę włożoną w jednego pacjenta.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

Kolejnym z problemów rekrutacyjnych, który dotyka realizatorów programu, jest krótki, 14-dniowy odstęp między pierwszą a drugą wizytą u lekarza specjalisty. Pacjenci zwracają uwagę, że często nie są w stanie spełnić tego kryterium. Prywatne obowiązki oraz w wielu przypadkach znaczna odległość od placówki, do której należy udać się w celu odbycia wizyty, to istotne przeszkody w szczególności dla społeczności z obszarów wiejskich.

Ograniczenia w programie, był 14-dniowy odstęp między wizytą pierwszą a drugą u reumatologa, my z naszej strony staraliśmy się dotrzymywać tych terminów, ale trzeba pamiętać, że pacjenci często dojeżdżają z małych miejscowości, jest taki okres w roku, w którym ludzie mieszkający, nie wiem, na wsi albo właśnie w małych miejscowościach mają po prostu inne zajęcia i tłumaczyli się tym na różne, rozmaite sposoby, że nie mogą przyjechać w danym momencie, no to bardzo ściśle tak jest przestrzegane przez instytucje pośredniczące, wielokrotnie nas tutaj upominano, że wizyty, które będą odbywały się dłużej, niż po tych 14 dniach, to nie będą rozliczane, no czasami są sytuacje indywidualne, które trzeba rozpatrywać też indywidualnie, więc taka ścisła bardzo ta procedura, nie wiem, może należałoby ją nieco uelastyczyć.

Przedstawiciel beneficjenta (17)

- **Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?**

Mimo wszelkich opisanych powyżej problemów podczas rekrutacji pacjentów do programu przez lekarzy POZ to właśnie oni stanowią źródło jej ewentualnego powodzenia i tylko dzięki ich zaangażowaniu możliwym jest odniesienie sukcesu realizacji poszczególnych wskaźników w projekcie. W celu zapewnienia bezpieczeństwa realizacji programu w należyty sposób rekomenduje się zwiększenie udziału pacjentów, których można rekrutować do programu z pominięciem placówek POZ.

Dopuszcza się możliwość tak zwanej bocznej ścieżki, czyli możemy tam około dwudziestu – trzydziestu procent pacjentów mieć spoza POZ-ów, no i tutaj, to jakby jest coś, co absolutnie u nas działa świetnie, choć są pacjenci, których często gdzieś tam, informujemy kolegów, że jeżeli mieliby pacjentów do szybkiej diagnostyki, to mogą nam takich pacjentów kierować i my taką diagnostykę w kierunku RZS-u im zrobimy. I tutaj

mamy, poza tym, że ta ścieżka bardzo dobrze działa, mimo że ci lekarze nie dostają za to wynagrodzeń, to, po drugie, mamy bardzo wysoką wykrywalność tutaj, czyli większość tych pacjentów, których diagnozujemy, to ta choroba się potwierdza. No bo to są reumatolodzy, ortopedzi i osoby, które jakby zawodowo się z tą chorobą stykają i umieją wstępnie takiego pacjenta zdiagnozować.

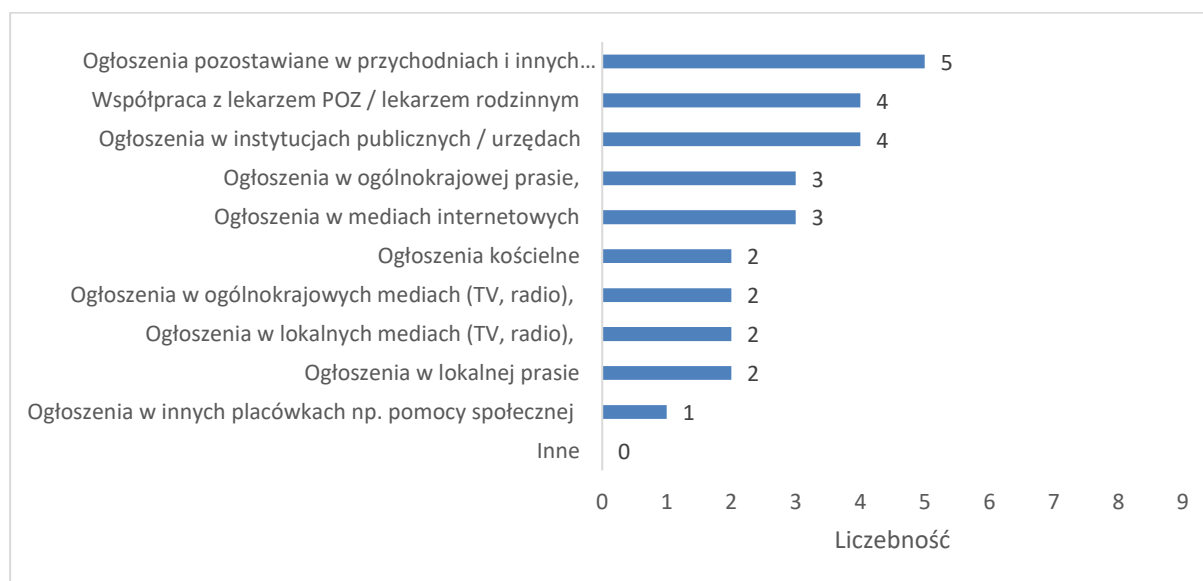
Przedstawiciel beneficjenta (23)

Zgodnie z wynikami badania CAWI żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił problemów związanych z rekrutowaniem personelu medycznego.

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) do najbardziej efektywnych metod poprawiających zgłaszalność pacjentów do programu profilaktycznego zaliczyć można przedstawianie pacjentom korzyści wynikających z uczestnictwa w nim.

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) najczęściej podejmowanymi działaniami mającymi na celu promocję realizowanego programu profilaktycznego były: ogłoszenia w przychodniach oraz podejmowanie współpracy z lekarzami POZ. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 29. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9)

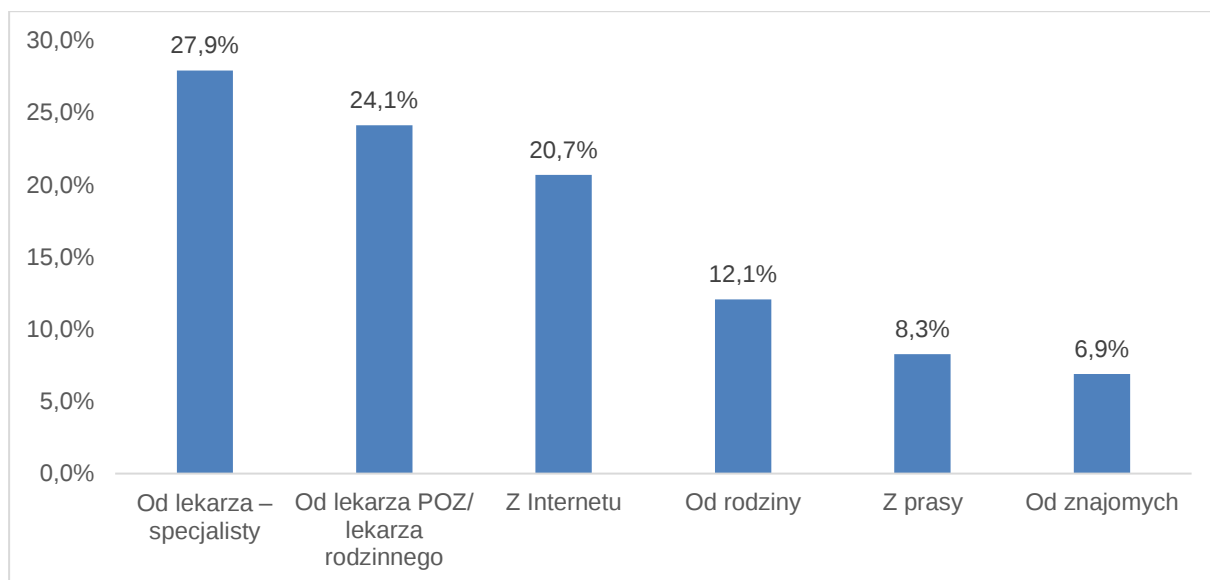
- **Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?**

Zdaniem pacjentów (badanie CATI) najczęściej o projekcie profilaktycznym, w którym brali udział, dowiadywali się od lekarzy POZ (24,4%) lub specjalistów (27,9%). Około 20,6% pacjentów wiedzę na temat projektu profilaktycznego znalazło w Internecie. Najrzadziej



wskazywanym źródłem wiedzy byli znajomi (6,9%). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 30. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

Beneficjenci wskazują na konieczność stworzenia kanału przepływu informacji między lekarzami specjalistami a personelem medycznym realizującym obowiązki służbowe w placówkach POZ. Poprawa komunikacji między obiema grupami pozwoli na częstsze przekazywanie sobie informacji, a co za tym idzie, objęcie wsparciem większej ilości pacjentów.

Celem utworzenia takiej szybkiej ścieżki jest, żeby byli ci koordynatorzy gdzieś tam rozrzućeni w sieci, żeby ludzie nie ginęli gdzieś pomiędzy lekarzem POZ-u kierowanym do reumatologa, gdzieś utyka, że tak powiem, gdzieś w systemie, no to stworzenie tego kontaktu pomiędzy reumatologami i POZ-ami, wtedy na pewno nie będzie też takiej dokumentacji, żeby ta ścieżka była szybsza i jakby to jest, jakby to do nas trafia jaki feedback z placówek POZ-u, które nie wykazują zbyt dużej aktywności w samym projekcie, a czy da radę to zmienić, to mam nadzieję, że da, bo pacjenci potrzebują mieć możliwość szybkiego dotarcia do specjalisty.

Przedstawiciel beneficjenta (16)

3.3.3.4. Nieschematyczne rozwiązania

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy?



- Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?
- Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?

- **Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy? Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?**

Zdaniem większości beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) czynności podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania (66,7%).

W grupie przedstawicieli ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI) zaledwie 5,0% zwraca uwagę na fakt, że zdarzyło im się w trakcie realizacji programu profilaktycznego podejmować działania, które wychodziły poza wypracowane rozwiązania.

Jedynie sześciu beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) deklaruje, że skorzystali z nieschematycznych rozwiązań w trakcie realizacji programów profilaktycznych, nie wskazując jednocześnie, na czym to działanie polegało.

- **Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?**

Zdaniem 100% beneficjentów, którzy stosowali nieschematyczne rozwiązania, podjęte działania wpłynęły na poprawę skuteczności i jakości wsparcia.

3.3.3.5. Podział na makroregiony

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFS+?
- Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?

- **Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu**

przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFSA?

Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle 33,3% badanych, sześciu beneficjentów konkursowych zgłosiło odmienne zdanie. Ponadto 77,8% twierdzi, że wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Wartym podkreślenia jest fakt, że zwracano uwagę na konieczność zwiększenia roli lekarzy POZ – takiego zdania jest około 11% beneficjentów konkursowych.

Zastosowanie w wyborze metody realizacji projektów struktury makroregionalnej opiera się o dwa fundamenty: z jednej strony chodzi o zapewnienie wysokich kompetencji kadr medycznych związanych z opiniowaniem o stanie zdrowia, identyfikowaniem przyczyn chorób, wyborem metod terapeutycznych, co jest możliwe po osiągnięciu określonego pułapu liczby konsultacji (efekt skali), lepszej alokacji kosztocłonnego sprzętu diagnostyczno-terapeutycznego, a także – co jest istotne z punktu widzenia kształcenia podyplomowego personelu medycznego – organizowanie szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek w zakresie „szybkiej interwencji” w ramach leczenia otwartego. Znaczenie tych argumentów może być ograniczone z drugiej strony poprzez: zmniejszenie dostępności do świadczeń medycznych objętych PPZ dla pacjentów zamieszkałych daleko od ośrodka medycznego, brak zainteresowania podmiotów POZ współpracą z oddalonym ośrodkiem akademickim (lub specjalistycznym), nieefektywne relacje finansowe pomiędzy podmiotami realizującymi umowę, w ramach której prowadzony jest PPZ a podmiotami podwykonawcami. Jak wynika z przeprowadzonych badań, w przypadku Działania 5.1 PO WER trudności wystąpiły również w konkursach z zakresu profilaktyki zdrowotnej, do których nabory od 2018 r. przeprowadzane są w formule rundowej w podziale na 6 makroregionów, w ramach których nie spotkano się z zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów, przez co nie wykorzystano połowy przyznanej na ten cel alokacji. Do problemu odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów (przeprowadzonego w ramach badania ewaluacyjnego On-going w roku 2018), którzy sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działanie środków. Z kolei respondenci badania IDI sugerowali możliwość przywrócenia zasad aplikowania stosowanych przed 2018 r., tj. przed okresem wprowadzenia formuły rundowej i podziału na 6 makroregionów⁶¹.

⁶¹ Ewaluacja On-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER, Grupa BST Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Gdańsk 2018, <http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacje/Pobierz/id/56.html>

Kolejnym argumentem przemawiającym przeciwko strukturze makroregionalnej jest analiza wskaźników projektu, w której wątpliwości może budzić wskaźnik „liczba wdrożonych PPZ”. Jeden program profilaktyczny może być wdrażany poprzez kilka projektów (np. realizowanych w makroregionach). Wartość wpisana w SL to liczba projektów wybranych do dofinansowania, a nie liczba wdrożonych programów profilaktycznych. Dlatego informacja w SL o liczbie wdrożonych programów jest zawyżona⁶².

Wobec tego, że na etapie badania nie można ocenić stopnia realizacji projektów, nie wiadomo, w jakim zakresie środki przeznaczone na poszczególne umowy zostaną wykorzystane, a także w jakim stopniu trwająca epidemia COVID wpłynie na brak woli współpracy placówek POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z beneficjentami realizującymi umowy, trudno jednoznacznie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy struktura makroregionalna jest efektywna czy też nie. Przeprowadzona w ramach niniejszego badania analiza CAWI prowadzi do wniosku, że struktura makroregionalna sprawdziła się, jednak w analizie desk-research wyniki nie są już tak jednoznaczne.

- **Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?**

Rekomenduje się zwrócenie uwagi – na podstawie przeprowadzonej analizy desk-research – na pojawiające się głosy podważające ten podział środków na projekty realizowane w ramach PPZ i podjęcie w przyszłych programach decyzji w oparciu o wskaźniki zakończonych projektów w ramach PPZ.

3.3.4. Koordynacja działań profilaktycznych

3.3.4.1. Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?
- Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?

⁶² Ewaluacja mid-term postępu rzeczowego i finansowego PO WER 2014-2020 oraz wyliczenie wartości wskaźnika rezultatu długoterminowego. Raport końcowy, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Warszawa 2019, s. 294.

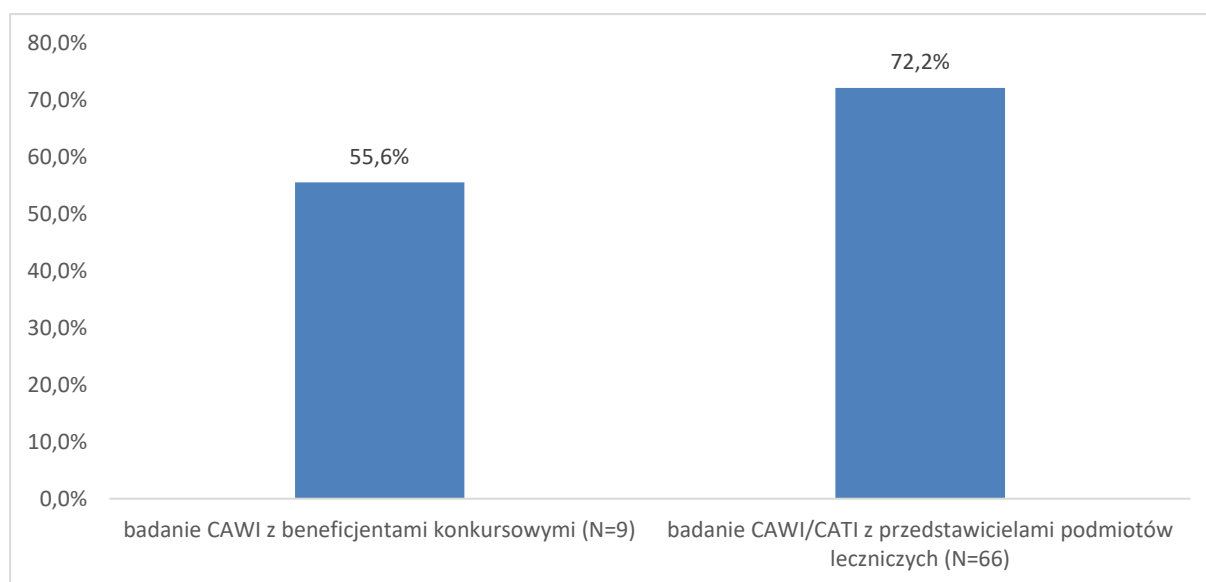


- W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?

- **Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?**

Wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ przypisane właściwe role. W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) 77,8% twierdzi, że wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Zdaniem 55,6% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wszystkie elementy systemu zostały zaangażowane odpowiednio w procesie realizacji programów profilaktycznych. Znacznie wyższy procent uzyskano w grupie przedstawicieli ośrodków leczniczych (72,2%; badanie CAWI/CATI). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 31. Ocena odpowiedniego zaangażowania wszystkich elementów systemu w proces realizacji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)

- **Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?**

Mimo tego wniosku część realizatorów wskazuje na możliwość dodatkowego zaangażowania podmiotów niezależnych, np. pracodawców. W trakcie badania ilościowego tylko jeden beneficjent wskazał, że istnieją instytucje, które powinny być w większym stopniu włączone w schemat realizacji wsparcia. Nie doprecyzował jednak, jakie instytucje ma na myśli. Więcej informacji w tym zakresie dostarczyły badania jakościowe. Respondenci wskazywali, że nawiązanie współpracy z dużymi pracodawcami może pozwolić na objęcie badaniem większej liczby pacjentów zgromadzonych w jednym miejscu w krótkim czasie. Co więcej, takie działanie przyczyni się do zwiększenia poziomu świadomości samych pracodawców w zakresie potrzeby delegowania pracowników na badania profilaktyczne. W takim przypadku ostatecznym beneficjentem jest również podmiot działający na rynku pracy.

Widzimy taką możliwość, że nie tylko przez lekarzy POZ, ale bezpośrednie takie dotarcie do pacjenta przez takie czy imprezy masowe, na przykład dotarcie do takiego zakładu pracy, porozmawianie, że słuchajcie, dzisiaj przez dwa-trzy dni nasi pracownicy będą przychodzić, będą robili ankietę, będziemy rozmawiać.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

- **W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?**

Respondenci dostrzegli możliwość włączenia do aktywności w ramach PPZ w tym zakresie, oprócz lekarzy POZ, także lekarzy medycyny pracy. Zaangażowanie tej grupy wpłynęłoby na skuteczność udzielanego wsparcia i otworzyłoby kolejną ścieżkę rekrutacji pacjentów. W odróżnieniu od placówek POZ, wizyty u lekarza medycyny pracy odbywają się stosunkowo regularnie i są dla wielu pracujących osób obowiązkowe.

3.3.4.2. Współpraca w ramach działań profilaktycznych

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

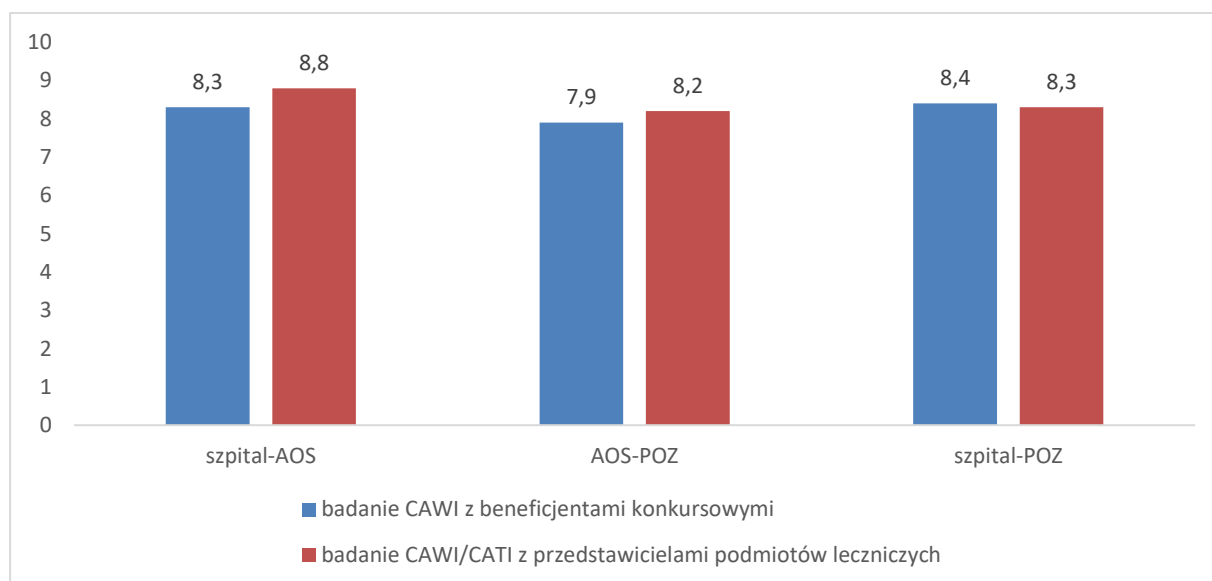
- Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?
- Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?
- Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?

- **Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?**

Wśród beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniona została współpraca w trakcie realizowania projektów profilaktycznych pomiędzy szpitalem, AOS a POZ. Dokładna analiza nie dała podstaw do wnioskowania o istnieniu różnic między poszczególnymi obszarami współpracy. Graficznie przedstawiono to na rysunku 15.

Istotnych statystycznie różnic nie obserwowano również między ocenami współpracy, jakiej dokonali przedstawiciele ośrodków leczniczych (badanie CAWI/CATI). Poniżej otrzymane wyniki przedstawiono w formie graficznej.

Rysunek 32. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)

Bardzo pozytywnie ocenione zostało również współdziałanie z placówkami POZ przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI).

Jako główne zalety podejmowania współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej wskazywano (w grupie pacjentów): możliwość dotarcia do większej liczby osób poprzez informowanie ich o istniejących programach (n=2) oraz zachęcanie do wzięcia w nich udziału (n=2). Przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zwracali z kolei uwagę na pierwszą selekcję pacjentów, którzy mogliby uczestniczyć w programach profilaktycznych.

Beneficjenci konkursowi (badanie CAWI) nie wskazali wad współpracy z lekarzami POZ. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wymieniano brak wystarczającej wiedzy o projekcie przez lekarzy POZ oraz zbyt duże rozproszenie odpowiedzialności (65%).

Więcej informacji o problemach w realizacji projektów dostarczyły wywiady z ich wykonawcami. Komentarze beneficjentów PPZ dotyczące współpracy z pozostałymi obszarami ochrony zdrowia wskazywały na, opisane we wcześniejszych częściach raportu, problemy w tym zakresie z placówkami POZ. Istnieje grupa ośrodków, które pomimo świadomego podpisania umowy o współpracę nie kierują pacjentów do dalszej diagnostyki i wstrzymują się od pracy na rzecz programu.

Oczywiście, na to dobrze składają się takie ośrodki, takie jednostki ochrony służby zdrowia, które dostają ocenę celującą i te inne, z drugiego krańca i tu średnią byśmy gdzieś na tę ocenę dobrą mieli. Ale to znaczy, że jest przewaga tych, którzy współpracują, tych, którzy są aktywni.

Przedstawiciel beneficjenta (18)

Trudnością okazała się nie tylko współpraca z częścią placówek POZ, ale również rekrutacja samych jednostek do programu. Wskazywano, że aby nawiązać kontakt z daną placówką nierzadko trzeba było wykorzystać prywatne relacje społeczne. Rekrutacja placówek POZ to także konieczność odbywania wyjazdów, wizyt terenowych, spotkań motywacyjnych. Nawiązanie współpracy z jednostkami POZ wymaga dużego zaangażowania.

Natomiast wszystkie POZ-y musieliśmy aktywnie pozyskiwać. Mało tego, musieliśmy często, jakby wykorzystywać do tego swoje osobiste kontakty, znajomości, żeby jakby namówić kogoś do udziału, więc był to ogromny, ogromny problem i kosztowało nas to wiele wyjazdów, jakichś wykładów i tak dalej, które często organizowaliśmy, nie wiem, typu, w Rajgrodzie byłem na jakichś wykładach, żeby POZ-y z Podlasia zaprosić albo gdzieś tam w innej części Polski i tak tego typu spotkań odbyliśmy kilka.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

To, co mobilizuje POZ do włączenia się w PPZ przy niewielkich stawkach jednostkowych, to prestiż. Możliwość nawiązania współpracy z liderami ośrodków leczenia w danym regionie jest niewątpliwą zaletą i wzrostem znaczenia dla placówek POZ.

Niewątpliwie jest to prestiż jakiś dla jednostki wziąć udział w czymś takim i to też na pewno jest istotny czynnik, nie tylko pieniądze.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

Mimo wielu opisywanych problemów współpracy z placówkami POZ nie odnotowano pomysłów, rekomendacji, które mogłyby rozwiązać opisywane trudności.

Próba wywierania jakiegś presji czy karania POZ-ów w tego typu projektach też by było nietrafione. No bo żaden POZ nie podpisałby umowy, jeżeli byłyby jakieś zapisy o jakiejś penalizacji w przypadku niewywiązania się z umowy. Więc to absolutnie też by niczego

nie zmieniło. Po prostu musiałyby się coś zmienić, że ta wola do realizacji projektów byłaby większa.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

- **Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?**

Zdaniem zdecydowanej większości uczestników projektów – przedstawicieli podmiotów leczniczych (CAWI i CATI) wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne.

Tabela 10. Ocena zaangażowania w działania profilaktyczne

Odpowiedź	% odpowiedzi
Zdecydowanie tak	32,8%
Raczej tak	39,4%
Trudno powiedzieć	20,0%
Raczej nie	5,0%
Zdecydowanie nie	2,8%

Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)

- **Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?**

Fragmentacją opieki nad pacjentem nazywamy zjawisko przeciwne koordynacji, w którym każdy z realizatorów opieki medycznej (POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, szpital) realizuje tylko część procesu diagnostyczno-terapeutycznego przypisanego jego kompetencjom, w dalszej części nie ingerując lub nie współpracując z innym świadczeniodawcą. W sytuacji powszechnego w polskim systemie ochrony zdrowia braku systemowej koordynacji opieki zdrowotnej, wydaje się, że problem fragmentacji był bardzo dotkliwy dla samych pacjentów.

Poddane analizie w niniejszym raporcie programy profilaktyczne zakładały – zgodnie z dokumentami strategicznymi, m.in. Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem EFS w obszarze zdrowie na lata 2014-2020” (s. 11) – eliminację fragmentacji poprzez zbudowanie sieci wzajemnej współpracy pomiędzy podmiotami w systemie ochrony zdrowia.

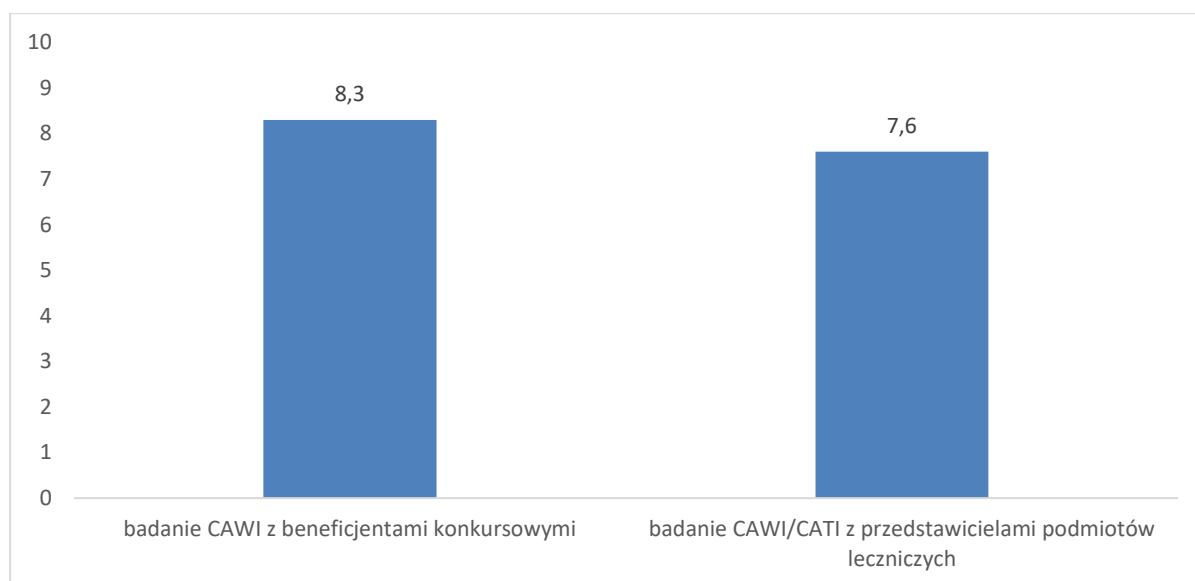
My mamy swój własny oddział reumatologiczny i rehabilitacyjny, więc tutaj ci pacjenci, którzy tego potrzebują, są objęci bardzo taką bezpośrednią i intensywną opieką. Ci, którzy tego mniej wymagają, to informacja zwrotna trafia do lekarza rodzinnego, czy też niektórzy wręcz lekarze rodzinni dzwonią i pytają, w jaki sposób mają działać, a z tych

okolic dalszych to, tak jak wspomniałem, te pozostałe ośrodki bardzo się włączają. Jesteśmy w pełnej współpracy, nie ma między nami żadnego konfliktu.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

W trakcie badania wysoko oceniono poziom poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI). Warto zaznaczyć, że przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) znacznie niżej ocenili stopień, w jakim poradzono sobie z tym problemem⁶³. Graficznie uzyskany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 33. Ocena poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=9) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)

Badanie udowodniło skuteczność pokonania problemu fragmentacji opieki nad pacjentem przez programy profilaktyczne w ramach Działania 5.1. PO WER.

3.3.4.3. Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?

⁶³ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10, gdzie im wyższy wynik, tym lepiej oceniano poradzenie sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem.

. Zdaniem pacjentów (badanie CATI) dostępność do badań profilaktycznych była znacznie większa w trakcie trwania projektu – odpowiedź taką wskazało 64,1% respondentów.

Ponadto, zdaniem 27,9% badanych, dostępność ta nie uległa zmianie, natomiast według 7,9% - pogorszyła się. W grupie pacjentów ocena dostępności do badań wyniosła 6,9⁶⁴.

Należy podkreślić fakt dotarcia jednostek PPZ do osób zamieszkujących tereny wiejskie, które często mają utrudniony kontakt z lekarzami specjalistami. Dzięki wdrożeniu programu mieszkańcy wsi mają większe szanse na skorzystanie z profesjonalnej opieki medycznej.

Tu były małe miejscowości, gdzie dostęp do tych specjalistów, myślę, że jest trudniejszy, gdyż chociażby wiąże się to z pewną odległością, którą trzeba było pokonać, a tutaj była ta możliwość.

Przedstawiciel beneficjenta (16)

3.3.4.4. Zaangażowanie POZ w realizację PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?
- Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?

- **Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?**

Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze. Średnia ocena tego elementu dokonana przez przedstawicieli beneficjentów to 8.67 (max. ocena to 10).

- **Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?**

Na podstawie przeprowadzonych badań CAWI z przedstawicielami beneficjentów można wskazać dwie główne zalety zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ:

- fakt, że ułatwiają decyzje pacjentów o wejściu do projektu

⁶⁴ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10, gdzie im wyższy wynik, tym wyżej oceniano dostępność do badań.

- fakt, że informują one pacjentów o dostępnych w ramach PPZ finansowanych z Osi V PO WER badaniach profilaktycznych.

Jednocześnie nie ustalono wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER.

3.3.5. Komunikacja

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?
- Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?
- Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?

- **Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?**

Zakres, sposób i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ należy ocenić jako bardzo dobry. Beneficjenci udowadniali, że przedsięwzięli wszelkie możliwe środki do promocji programu. Do tego celu wykorzystywano ulotki, broszury, plakaty, działalność w mediach społecznościowych, informacje na stronach szpitali. Co więcej, w ramach promocji programu osoby zaangażowane w jego realizację pojawiały się w lokalnych mediach, uczestniczyły w audycjach radiowych, udzielały wywiadów do prasy. Organizowano stoiska informacyjne w trakcie wydarzeń lokalnych, podczas których każdy miał możliwość konsultacji z personelem medycznym.

Udało nam się przeforsować tę reklamę w radiu i to było bardzo naprawdę dobre posunięcie, bo istotnie nam wzrosła liczba pacjentów w tym okresie po reklamie. I, no tak, naprawdę nasza informacja w postaci takich działań marketingowych do przychodni POZ, które włączaliśmy do projektu plus do mediów – wysyłanie informacji prasowych, których efektem były jakieś tam artykuły w prasie, które się ukazywały. Brałszy też udział tam w dniach otwartych funduszy europejskich – to tutaj w szpitalu, ale to też jakby było poza projektem samym, tylko, no, taka dodatkowa aktywność.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

Komunikaty trafiały do zainteresowanych pacjentów sprawnie, bo wyszły też broszury edukacyjne po POZ-ach, po tutaj, po naszej (...) przychodniach różnych, strona

internetowa, artykuły właśnie w gazetce takiej (...) bardzo nam się sprawdziły artykuły informacyjne o projekcie w gazetce szpitalnej, gdzie dużo pacjentów też potem się zgłaszało, puszczałyśmy też takimi kanałami przez rzecznika prasowego o eventach, w radiu lokalnym. Także tutaj myślę, że to zadziałało i było skuteczne.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

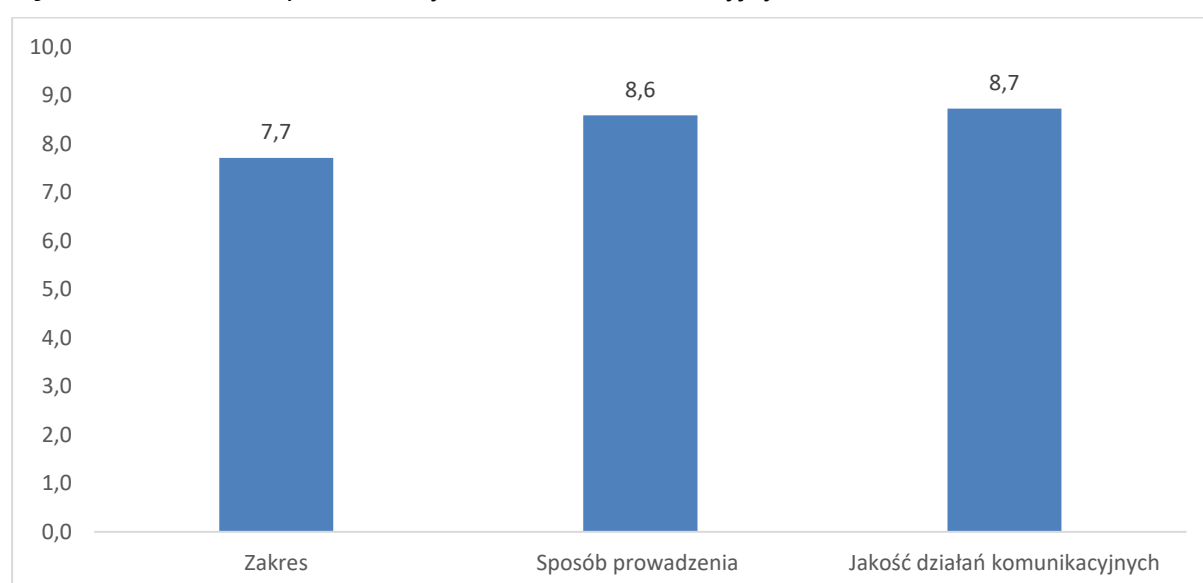
Mimo ogromnego zaangażowania realizatorów w promocję PPZ sam program wymaga usprawnienia w zakresie komunikacji. W ramach badania zwrócono uwagę na niewielką ilość środków przeznaczoną na promocję, co wielokrotnie skutkowało koniecznością finansowania materiałów promocyjnych ze środków własnych. Wskazano również na podnoszoną do IP kwestię dotyczącą konieczności realizacji kampanii informacyjnej, która mogłaby objąć zasięgiem większą liczbę potencjalnych odbiorców. Brak wsparcia IP w tym zakresie jest szczególnie dotkliwy dla realizatorów programu, w szczególności w momencie, gdy same jednostki włożyły znaczny wysiłek w promocję PPZ.

Uważam, że tutaj dużo więcej moglibyśmy osiągnąć, gdyby organy centralne, na przykład ministerstwo czy NFZ, takie, które mają łatwy dostęp do lekarzy rodzinnych w całej Polsce, nas troszkę wsparły w jakieś kampanii informacyjnej przed wdrożeniem projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

Przebadana grupa przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wysoko ocenia działania komunikacyjne w zakresie rekrutacji pacjentów pod względem sposobów prowadzenia oraz jakości działań komunikacyjnych; istotnie niżej oceniano zakres działań komunikacyjnych. Graficznie otrzymane wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 34. Ocena prowadzonych działań komunikacyjnych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=66)



- **Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?**

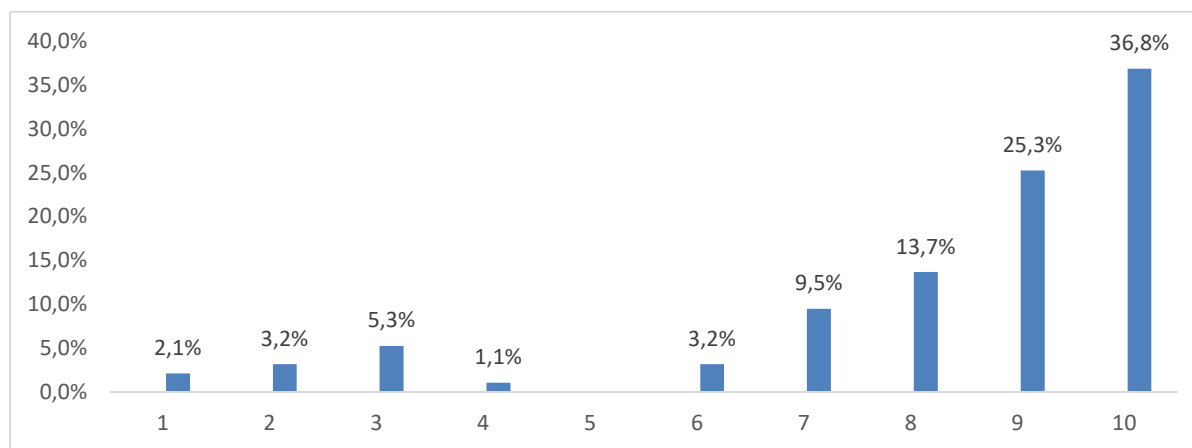
Zaledwie 3,9% analizowanej grupy przedstawicieli podmiotów leczniczych zaznacza, że należałoby zmienić oraz wdrożyć działania usprawniające komunikację w PPZ.

- **Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?**

Udział w projekcie przełożył się również na to, że pacjenci wysoko oceniają rolę programów profilaktycznych w wykrywaniu choroby we wczesnym etapie.

Grupa docelowa pacjentów pozytywnie ocenia działania edukacyjne oraz kampanie informacyjne prowadzone w ramach przedsięwzięć programowych. Średnia w tej grupie wyniosła 8,2. Dokładny rozkład wyników przedstawiono poniżej.

Rysunek 35. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=95)

3.3.6. Podsumowanie

Stan realizacji poszczególnych wskaźników w obrębie każdego z uczestników programu jest na zróżnicowanym poziomie, jednakże obecny poziom wskaźników każe przypuszczać, że założone wartości zostaną osiągnięte.

Beneficjenci swoimi działaniami udowadniają pełne zaangażowanie w realizację PPZ, która wiąże się z wieloma trudnościami na poszczególnych etapach. Najważniejsza z nich to obecnie panujący stan epidemii w Polsce – aktualna sytuacja związana z COVID-19 powoduje opóźnienia w realizacji programu. Konieczność fizycznego kontaktu z pacjentem wymusza w przypadku wielu placówek POZ zawieszenie działalności programu. Nie bez znaczenia pozostaje priorytetyzacja działań w placówkach POZ w dobie walki z epidemią. Powoduje to odsunięcie realizacji działań programowych na dalszy plan.

W ramach programu beneficjenci zmagają się z niską aktywnością części placówek POZ. To niskie zaangażowanie wynika między innymi z niedopasowanych stawek jednostkowych, które znacząco odbiegają od stawek rynkowych, oraz zbyt obszernej dokumentacji projektowej. Beneficjenci PPZ wskazują również na brak możliwości sprawowania kontroli i wywierania wpływu na działania prowadzone przez jednostki POZ, które podpisały umowy współpracy.

Mimo wskazanych problemów udało się odnotować długotrwałe rezultaty wynikające z działalności programu. Mowa tutaj między innymi o podniesieniu świadomości lekarzy i pacjentów z zakresu zapadalności na choroby i schorzenia o podłożu reumatologicznym. Dzięki funkcjonowaniu programu część pacjentów zostanie objęta pomocą specjalisty w dłuższym okresie czasu.

W trakcie realizacji projektu udało się osiągnąć inne pozytywne, ale nieplanowane efekty. Jednym z najważniejszych jest diagnoza innych chorób w trakcie prowadzenia badań profilaktycznych pod kątem schorzeń reumatycznych. Wykorzystywana technologia pozwoliła na wykrycie w przypadku części pacjentów m.in. chorób nowotworowych. Zaobserwowano również powstawanie sieci powiązań wśród środowiska lekarskiego. Dzięki temu możliwym będzie w przyszłości podejmowanie wspólnych działań nakierowanych na leczenie pacjentów czy prowadzenie badań naukowych o charakterze interdyscyplinarnym.

Budującym jest fakt, że udział pacjentów w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności chorób o podłożu reumatologicznym we wczesnej fazie rozwoju. Dzięki temu szanse pacjentów na pełen powrót do zdrowia są znacząco wyższe, a co za tym idzie, czas ich aktywności zawodowej zostanie wydłużony.

Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach POWER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez badanych za zadowalającą. Pomocnym narzędziem okazało się wprowadzenie stawek jednostkowych.

Rezultaty osiągane w ramach PPZ, mierzalne jak i niemierzalne, są wedle badanych proporcjonalne do wydatków poniesionych podczas realizacji projektu. Równocześnie niemożliwym jest osiągnięcie zanotowanych do tej pory wyników niższym nakładem finansowym. Co więcej, pandemia COVID-19 powoduje znaczący wzrost kosztów, które nie były zaplanowane w początkowym budżecie. Konieczność zakupu środków ochrony osobistej przyczynia się do wzrostu wydatków ponoszonych przez wszystkie jednostki zaangażowane w prace projektowe.

Rekomenduje się podniesienie sumy środków zabezpieczającą koszty pośrednie. Dzięki temu beneficjenci będą mieli szansę na elastyczne działania, a co za tym idzie, będą mogli sprawniej reagować na pojawiające się w trakcie trwania projektu problemy.

Uczestnicy wielokrotnie podkreślali zbyt duże skomplikowanie dokumentacji, jaką są obarczeni. Konieczność wielokrotnego powielania informacji, podpisów i krótkie terminy przekazywania formularzy sprawiają, że placówki POZ, pracownicy administracyjni, a ostatecznie także sami pacjenci objęci wsparciem tracą motywację i zniechęcają się do uczestnictwa w programie.

Problemem dla placówek POZ jest również krótki termin przewidziany na przekazywanie formularzy zgłoszeniowych do programu. W przypadku włączania pojedynczych osób podczas kolejnych tygodni funkcjonowania programu przesyłanie korespondencji staje się elementem wpisanym w obowiązek personelu medycznego.

Na ogół współpraca z Instytucją Pośredniczącą – Ministerstwem Zdrowia – przebiegała bez zarzutów. IP wspierała i okazywała pomoc realizatorom programu. Mimo to w przypadku części z nich zaobserwowano pewne problemy na linii IP – Beneficjent. Dotyczyły one głównie potwierdzania wniosków o płatność oraz częstej zmiany opiekunów projektu.

Wybór projektów w podziale na makroregiony należy uznać za pozytywne rozwiązanie. Dzięki temu możliwym jest uniknięcie *białych plam* na mapie Polski i objęcie zasięgiem programów większej populacji kraju.

Wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ przypisane właściwe role. Mimo to, część z nich wskazuje na możliwość zaangażowania podmiotów niezależnych, np. włączenie zakładów pracy może przynieść wymierne korzyści.

Należy podkreślić dużą dynamikę realizatorów w trakcie rekrutacji placówek POZ do programu. Nierzadko wiąże się to z koniecznością wykorzystania prywatnych relacji społecznych. W obliczu nieadekwatnych stawek jednostkowych tym, co motywuje część placówek POZ do przystąpienia do programu, jest prestiż, jaki zapewnia podjęcie współpracy z liderami w zakresie medycyny w regionie.

Program odniósł sukces związany ze zwiększeniem dostępności do świadczeń profilaktycznych dla indywidualnych uczestników projektu. Należy podkreślić dotarcie PPZ do ludności wiejskiej, która często ma utrudniony kontakt z lekarzami specjalistami.

Zakres, sposób i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ można ocenić jako bardzo dobre. Mimo ogromnego zaangażowania realizatorów w promocję PPZ sam program wymaga usprawnienia w zakresie komunikacji. Zwrócono uwagę na niewielką ilość środków przeznaczonych na ich



popularyzację, co wielokrotnie skutkowało koniecznością finansowania materiałów promocyjnych ze środków własnych. Wskazano również na podnoszoną do IP kwestię dotyczącą konieczności realizacji kampanii informacyjnej, która mogłaby objąć zasięgiem większą liczbę potencjalnych odbiorców.

3.3.7. Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych

Tabela 11. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów

Program	Cel programu	Autorzy programu	Adresaci (pacjenci)	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Efektywność	Wartość	Wartość	Satysfakcja pacjentów w	Satysfakcja pacjentów w	Satysfakcja pacjentów
				Docelowa	Osiągnięta (na podst. SL2014)		Wartość ogółem UMD	Alokacja (na podstawie opisu programu)	Ogólna ocena udziału	Ocena dostępności badań profilaktycznych	Przydatność wiedzy
Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego	Zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wykrywalności RZS w celu zapewnienia	Grupa robocza składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przy	Wszyscy pacjenci w wieku aktywności zawodowej z podejrzeniem reumatoidalnego zapalenia stawów - dotyczy pacjentów z	20610	4453	21%	17.196.654 zł	15 mln (2016: 0 zł, 2017: 4 000 000 zł, 2018: 5 000 000 zł, 2019: 3 000 000 zł, 2020: 3 000 000 zł)	6,9	6,9	8,2



zapalenia stawów	utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej	merytorycznym udziale i wsparciu dr hab. n. med. Brygidy Kwiatkowskiej, prof.. NIGRiR	bolesnymi stawami i objawami								
------------------	--	---	------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

3.4. Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych

Choroby naczyń mózgowych to grupa schorzeń, którą obserwuje się zarówno w populacji dzieci, jak i osób dorosłych, z tym że w populacji dziecięcej znacznie rzadziej.

Udar mózgu stanowi u pacjentów dorosłych trzecią przyczynę zgonów na świecie. Do najważniejszych czynników ryzyka udaru mózgu należą: podeszły wiek, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, choroba niedokrwienna serca, otyłość, dyslipidemie oraz cukrzyca. Stwierdzono, że cukrzyca nie tylko zwiększa ryzyko udaru, ale także pogarsza rokowanie w momencie jego wystąpienia. Wśród podstawowych mechanizmów odpowiedzialnych za zwiększone zagrożenie udarem mózgu u chorych na cukrzycę, zwłaszcza typu 2, należy wymienić hiperglikemię i hiperinsulinizm. Ryzyko to potęgują współistniejące często z cukrzycą nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, hiperhomocysteinemia, otyłość, zaburzenia krzepnięcia oraz zaburzenia lipidowe. Udary mózgu u chorych na cukrzycę, pomimo istotnego postępu diagnostyki oraz w mniejszym stopniu leczenia, są jednym z najcięższych powikłań tej choroby prowadzącym często do trwałego kalectwa lub przedwczesnej śmierci. Najlepszym sposobem ograniczenia ryzyka wystąpienia udaru mózgu jest wdrożenie intensywnych działań prewencyjnych. Zaobserwowano, że redukcja ciśnienia tętniczego krwi, dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy oraz stosowanie leków przeciwplatekcyjnych mogą istotnie zmniejszyć częstość udaru mózgu u chorych na cukrzycę⁶⁵.

Choroby niedokrwienne mózgu, takie jak udar niedokrwienny czy choroby małych naczyń, wiążą się z szeregiem objawów, spośród których największą uwagę skupiają zwykle wszelkiego rodzaju deficyty ruchowe i czuciowe. Symptomy te, choć nie wybijają się na pierwszy plan, mogą czasem obniżyć jakość życia pacjenta w stopniu równie poważnym co niedowład ruchowy. Takie procesy jak pamięć, uwaga czy działanie funkcji wykonawczych są zaangażowane niemal w każde ludzkie działanie – od jego planowania, poprzez nadzorowanie wykonania, po ocenę efektów i wyciągnięcie wniosków na przyszłość⁶⁶.

Współczesne zasady postępowania w udarach mózgu skupiają się na szybkim i sprawnym rozpoznawaniu udaru jako stanu bezpośredniego zagrożenia życia, ukierunkowanej diagnostyce, efektywnym leczeniu swoistym i nieswoistym, odpowiednio wcześnie rozpoczętej rehabilitacji oraz współdziałaniu wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Poza sprawnym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym

⁶⁵ A. Kropiwnicka, J. Drzewoski, Udary mózgu u chorych na cukrzycę, *Diabetologia Kliniczna*, 2001, 2(3): 183 – 190.

⁶⁶ M. Kolan, Zaburzenia funkcji poznawczych, a choroby niedokrwienne mózgu, *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu*, 2009 – 2011, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, 94 – 105.

kładzie się nacisk przede wszystkim na profilaktykę pierwotną, czyli eliminację modyfikowalnych czynników ryzyka udaru mózgu oraz wtórną, tj. zapobieganie ponownemu wystąpieniu incydentu naczyniowego u osób, które przeżyły udar mózgu lub u których wystąpiły przemijające napady niedokrwienne (TIA).

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności oraz śmierci w krajach rozwiniętych. W Polsce około 60 tys. osób rocznie zapada na udary mózgowe, co plasuje nas na średnim europejskim poziomie i jest niezmiennie od kilku lat. Niestety, wskaźniki śmiertelności w udarach są w naszym kraju znacznie wyższe niż w USA i krajach Europy Zachodniej.

Dzięki wprowadzeniu powszechnej profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia oraz poprawie opieki nad pacjentami z udarem w wielu krajach świata notuje się systematyczny spadek umieralności i niesprawności związanej z udarem mózgu. Rokowanie w chorobie można wyraźnie poprawić dzięki odpowiedniemu postępowaniu prewencyjnemu. Profesjonalne działania profilaktyczne i terapeutyczne mogą znacznie zmniejszyć liczbę i nasilenie powikłań będących główną przyczyną śmiertelności we wczesnym okresie udaru.

Czynniki ryzyka chorób naczyń mózgowych

Nagle wystąpienie objawów ogniskowych, związanych z uszkodzeniem mózgu, spowodowane jest zaburzeniem krążenia mózgowego i określane mianem udaru mózgu. Udar może mieć postać niedokrwinną lub krwotoczną, a jego podłoże stanowić może krwotok mózgowy, zakrzep lub zator tętnic mózgowych. Przyjmuje się, że 80-85% udarów ma charakter niedokrwienno, a około 15-20% krwotoczny⁶⁷.

Najczęstsze przyczyny uszkodzenia mózgu pochodzenia naczyniowego to nadciśnienie tętnicze, miażdżycy i sercowopochodne zatory.

Znane czynniki ryzyka chorób naczyniowych odpowiadają za 50–60% ryzyka populacyjnego udaru mózgu. Istnieją sugestie, że ryzyko udaru może być także związane z predyspozycją genetyczną. Współczynnik zgodności udaru jest wyższy wśród bliźniąt monozygotycznych niż wśród dizygotycznych. Obciążający wywiad rodzinny wiąże się z 2–3-krotnym wzrostem ryzyka udaru. Obserwacje te sugerują, że wystąpienie udaru może być częściowo uwarunkowane zmiennością genetyczną. Około 1% udarów występuje w przebiegu rzadkich

⁶⁷ Do innych czynników ryzyka zalicza się: zapalenie tętnic, w przebiegu AIDS, kiły lub tocznia układowego, urazy tętnic mózgowych, tętniaki i malformacje tętniczo-żylny, powikłania po angiografii, migrena, niektóre choroby krwi, doustne środki antykoncepcyjne, amfetamina, przedawkowanie leków przeciwzakrzepowych.

jednogenowych chorób systemowych. Większość incydentów udarowych warunkowana jest jednak poligenowo i determinowana przez wiele genów o niewielkim efekcie fenotypowym⁶⁸.

Współczynnik chorobowości

Choroby naczyń mózgowych stanowią w Polsce istotny problem epidemiologiczny. Na podstawie dostępnych danych Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia można stwierdzić, że choroby naczyń mózgowych stanowią 3,16% wszystkich przyczyn identyfikowania przyczyny medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej (ogółem zidentyfikowano 11 470 878 przyczyn z czego 362 284 przyczyny mają swój związek z chorobami naczyń mózgowych). Dostępne dane pozwalają wyznaczyć współczynnik zapadalności na 940 przypadków na 100 000, co jest bardzo wysokim współczynnikiem i stanowi tym samym ważne wyzwanie epidemiologiczne w Polsce⁶⁹.

Tabela 12. Umowy z beneficjentami w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych

Lp.	Beneficjent	Okres realizacji projektu	Wartość wskaźnika obligatoryjnego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”	Wartość wskaźnika obligatoryjnego „Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym”	Liczba współpracujących podmiotów POZ
			Docelowa we WOD	Osiągnięta na podstawie danych z SL2014 (na dzień analizy)	
1	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	od: 2017-11-01 do: 2020-12-31	6810	1607	66

⁶⁸ G. Gromadzka, Genetyczne uwarunkowanie udaru mózgu, Polski Przegląd Neurologiczny 2011; 7 (2): 53–72.

⁶⁹ P. Karniej, J. Rosińczuk, M. Pierzchała, Analiza najistotniejszych dla populacji polskiej problemów zdrowotnych w ramach pięciu grup chorób stanowiących istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej, którym należy zapobiegać lub ograniczać ryzyko ich występowania w ramach programów polityki zdrowotnej, Raport IBC GROUP na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015, s. 116.

2	107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Wałczu	od: 2017- 12-01 do: 2020-10- 31	7800	1304	60
3	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	od: 2017- 11-01 do: 2021-04- 30	6000	2073	60
4	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	od: 2018- 01-08 do: 2020-03- 31	6056	6680	60
5	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KOŚCIERZYŃNIE Sp. z o. o.	od: 2018- 01-01 do: 2020-09- 30	6000	79	60
6	Szpital Pomorskie Sp. z o.o.	od: 2017- 11-01 do: 2020-06- 30	6000	3689	60
		Suma:	38666	15432	366

W czasie prowadzenia badania projekt, w ramach programu, realizowało 2 beneficjentów, łączny wskaźnik efektywności programów liczony jako stosunek liczby osób, które skorzystały z usługi medycznej w ramach programu, wyniósł 39,91%.

3.4.1. Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia

3.4.1.1. Realizacja celów PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?
- W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?
- W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?
- Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?

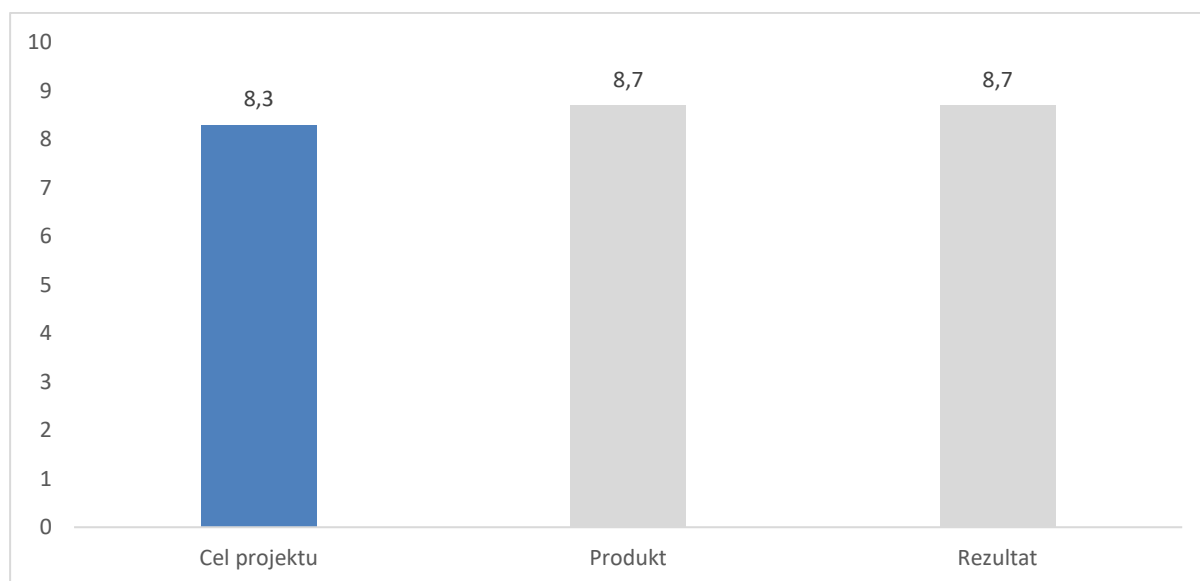
- **W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ?**



Każdy z beneficjentów programu wykazuje się podejmowaniem działań dążących do zrealizowania wyznaczonych wskaźników. Jednocześnie w większości przypadków jest to proces, który obciążony jest wieloma problemami, co rzutuje na opóźnienia w realizacji.

Koordynatorzy wskazują, że trudności natury rekrutacyjnej oraz administracyjnej spowalniają realizację projektów profilaktycznych. Nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) w ocenie zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego w obszarach: celu projektu, produktów oraz rezultatów – wszystkie ocenione zostały wysoko. Graficznie uzyskany wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 36. Ocena zaplanowanych celów projektu profilaktycznego



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6)

Z pewnością należy zauważyć, że w przekonaniu AOTMiT cele profilaktyki z działania 5.1 zostały spełnione za pomocą PPZ, zwłaszcza badanych 3 PPZ, ponieważ doskonale wpisują się w cel przeciwdziałania dezaktywacji zawodowej spowodowanej obecnymi w nich schorzeniami.

Na pewno przypisują z tego względu, że zarówno reumatoidalne zapalenie stawów, jak i udar mózgu czy na przykład nowotwory głowy i szyi uniemożliwiają na pewno, bo pewnie o to chodzi Panu, tak? Uniemożliwiają one na pewno funkcjonowanie typowe w życiu społecznym, tak? Przez każdego z pacjentów.

Ekspert (AOTMiT)

Zatem dostarczenie medycznych usług profilaktycznych jest z pewnością bardzo efektywne kosztowo oraz przybliża nas do celu utrzymania wyższego współczynnika aktywności zdrowotnej.

W RZS stosujemy odpowiednie działania lecznicze, które powodują, że pacjent nie cierpi na tę poranną sztywność stawów. Dzięki temu może samodzielnie ubrać się i wyjść do pracy. Przykładowo, jako kierowca może wykonywać swój zawód i tak naprawdę nie obciąża systemu ochrony zdrowia. (...) Każde działanie profilaktyczne, nawet ukierunkowane na znajomość pacjenta na temat choroby, na temat znajomości pacjenta, do którego specjalisty się udać, w jakim czasie, jak postępować z tą swoją chorobą, to one mają znaczenie, ponieważ w tym przypadku uświadomiony pacjent też może efektywnie skorzystać z pomocy, która mu przysługuje i też lepiej będzie rozumiał ten język medyczny, który będzie tłumaczył mu w przyszłości lekarz, więc też trzeba pamiętać o tym, że te programy mogą być ukierunkowane właśnie w tym celu. (...) Przez wspomaganie stanu zdrowia zmniejszamy koszty, którymi obarczone potem jest całe społeczeństwo. (...) Działania te są przecież wielokrotnie tańsze w porównaniu do programów lekowych, które ukierunkowane są np. na trzecie, czwarte stadia nowotworów złośliwych.

Ekspert (AOTMiT)

- **W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER?**

Celem szczegółowym 1 dla V. Osi priorytetowej PO WER było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. Wszystkie PPZ, w tym Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych, zakładały wdrożenie takich działań, które związane były z opracowaniem standardów postępowania w zakresie interwencji związanej z określoną jednostką chorobową, przewidywały konkretne, celowane czynności związane z zapobieganiem tej chorobie (w rozumieniu profilaktyki na każdym jej etapie, poczynając od zapobiegania chorobie, a skończywszy na redukcji szkód wynikających z pojawienia się konsekwencji choroby). Ponadto wszystkie analizowane PPZ przewidywały utrzymywanie trwałości rezultatów polegających na stałym monitorowaniu choroby, a także szczegółowych działań profilaktycznych, tym samym spełniając wymóg dotyczący dalszego samodoskonalenia w oparciu o aktualną wiedzę medyczną (Evidence Based Medicine) i aktualne zasady zdrowia publicznego (Evidence Based Public Health).

Realizacja celu szczegółowego nr 1 dla V OP PO WER jest zróżnicowana w obrębie beneficjentów. Tylko jeden beneficjent programu zadeklarował wywiązanie się z założonych wartości wskaźników.

Powiem więcej, nawet sobie sami zgłosiliśmy do ministerstwa prośby o to, żeby zostały zwiększone jakby wskaźniki, jeżeli chodzi o same badania.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

- **W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ?**

Większość realizowanych w chwili prowadzenia badania projektów wykazuje w analizie wskaźników (zarówno kluczowych, jak i specyficznych) wartości znacznie niższe niż zakładane we WOD. Stan taki wynikać może z jednej strony z tego, że działania merytoryczne w tych projektach zaplanowane są na późniejsze ich etapy, a z drugiej z tego, że część podmiotów leczniczych uprawnionych do realizacji projektów - w tym placówki POZ - są obecnie zaangażowane w realizowanie zadań związanych z walką z pandemią COVID-19. PPZ zakładały obligatoryjną współpracę z lekarzami POZ, których praktyki od marca 2020 są z konieczności ograniczone w dostępie do pacjentów z przyczyn epidemiologicznych. Zdecydowana większość osób - co pokazują badania literaturowe (M.E. Czeisler, K. Marynak, K.E. Clarke, et al. Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns — United States, June 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1250–1257. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>), chorujących na choroby przewlekłe - w tym będące podstawą dla PPZ - zdecydowanie zrezygnowała z kontaktów z systemem ochrony zdrowia, jednocześnie nie zgłasza się do projektów realizowanych w ramach PPZ.

W tej sytuacji nie można ustalić jednoznacznie, w jaki sposób cele Działania 5.1 PO WER zostały zrealizowane przez Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w kontekście ich faktycznego zrealizowania.

Celami szczegółowymi osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia były:

5. Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
6. Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
7. Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
8. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Celem szczegółowym Działania 5.1. Programy profilaktyczne było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. W tym znaczeniu - na poziomie deklaracyjnym - cel ten został zrealizowany w całości.

- **Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?**

Cele, które zostały w programach zdefiniowane jako dotyczące konkretnego stanu, jaki należy osiągnąć, np. zmniejszenie o określoną wartość ryzyka wystąpienia choroby, zmniejszenie opóźnień diagnostycznych, poprawa wykrywalności choroby, dla stwierdzenia zrealizowania celu wymagają oceny parametrów wskaźnikowych, które będą o tym świadczyły. Na etapie badania - jak już wspomniano wcześniej - projekty są w fazie realizacji, a wskaźniki monitorujące wykazują wartości zerowe lub znacznie poniżej oczekiwań zdefiniowanych we WOD. Przyczynami takiego stanu rzeczy mogą być: m.in. pandemia COVID-19, która spowodowała przekształcenie niektórych podmiotów leczniczych w szpitale dedykowane zwalczaniu epidemii (np. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Szpital Specjalistyczny w Chorzowie, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM - Szpital Weteranów w Łodzi i in.), ograniczenie dostępności do podmiotów POZ, z którymi zawarto umowy o współpracy w ramach realizacji projektów, mniejsze zainteresowanie pacjentów korzystaniem z opieki medycznej w trakcie epidemii, zachorowanie niektórych pacjentów, zakwalifikowanych do projektów, na COVID.

3.4.1.2. Efekty PPZ

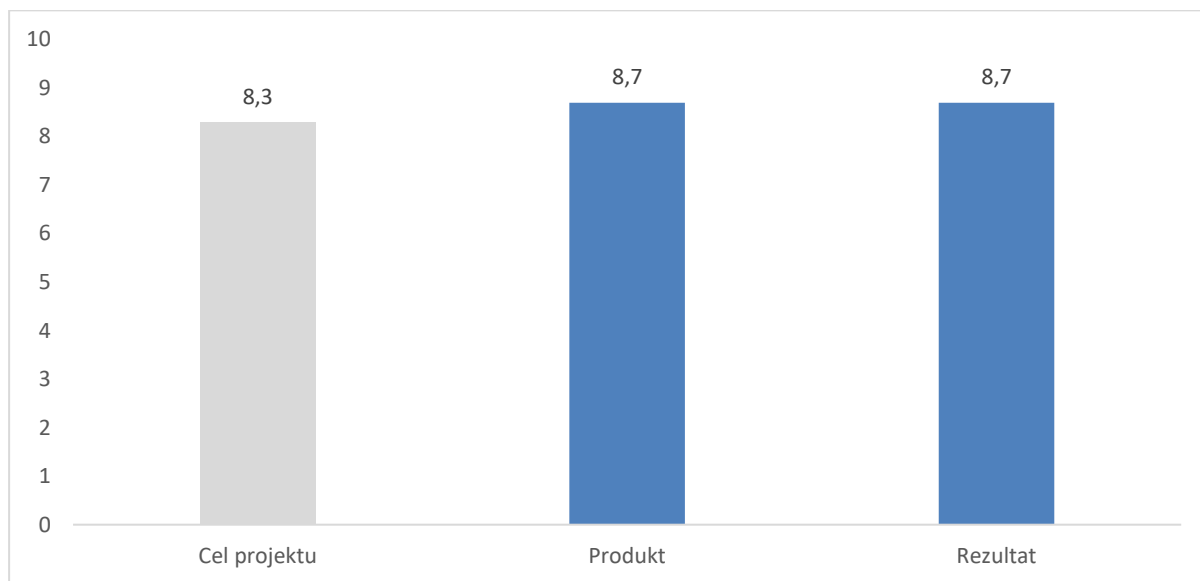
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)?
- Jakie są rezultaty długoterminowe PPZ?
- Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?
- Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?

- **W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)?**

Na podstawie badania przeprowadzonego w grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) należy stwierdzić, że uzyskano bardzo wysokie oceny zrealizowanych efektów PPZ w obszarach: celu, produktów i rezultatów. Graficznie uzyskany wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 37. Ocena zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego



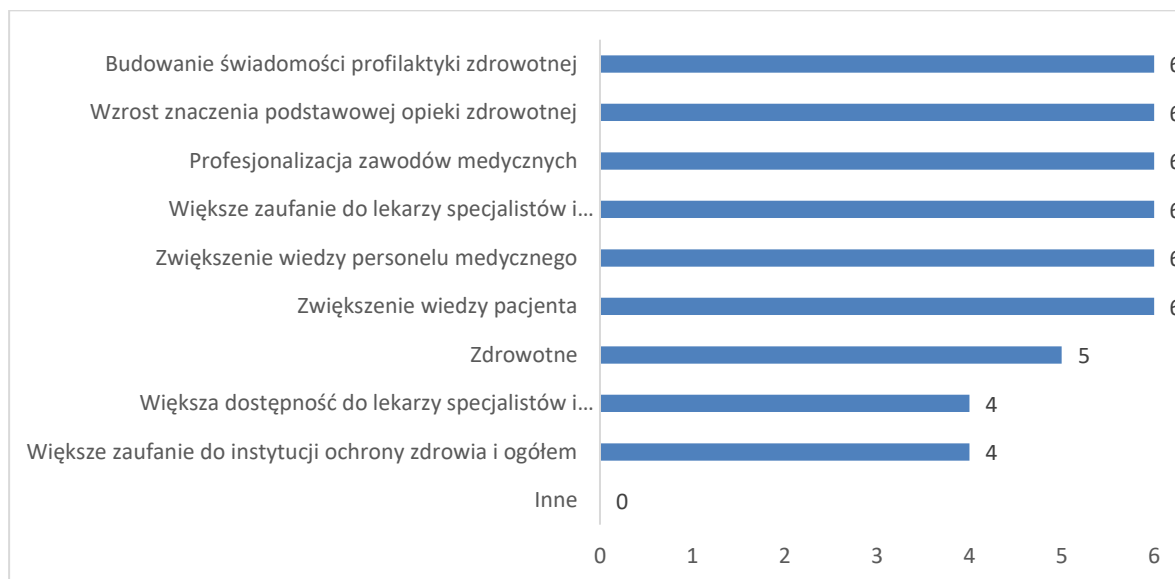
Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6)

- **Jakie są rezultaty długoterminowe PPZ?**

Skupiając uwagę na długoterminowych rezultatach PPZ, należy wskazać cel, w ramach którego został on stworzony, jakim jest wydłużenie aktywności zawodowej społeczeństwa poprzez ograniczenia zasięgu występowania chorób, które mogą być wykrywane na ich wczesnym etapie lub których występowanie może być ograniczone poprzez działania edukacyjne. Partycypacja w projekcie pozwoliła na zrozumienie istoty problemu, która wiąże się ze zbyt późnym wykrywaniem chorób. W związku z powyższym część lekarzy pracujących w POZ chętniej kieruje zainteresowanych na badania specjalistyczne, mając na uwadze profilaktykę.

Częstość wskazywania przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) długoterminowych rezultatów realizacji programów profilaktycznych przedstawiono poniżej. Najczęściej notowanymi były - budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej (88,9%) – odpowiedź tę wskazywano istotnie częściej niż pozostałe rezultaty. Ze względu na niską liczbę obserwacji zaleca się ostrożność przy interpretacji wyników. Na kolejnych miejscach umiejscowiono - wzrost znaczenia POZ.

Rysunek 38. Długoterminowe rezultaty realizacji projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6)

- **Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji?**

Warto podkreślić, że w trakcie funkcjonowania programu zaobserwowano nieplanowane pozytywne efekty jego realizacji, choć tylko jeden spośród przebadanych beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) zgłosił dodatkowe pozytywne skutki realizowanych programów profilaktycznych. W przypadku przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) niczego nie zgłoszono.

Warto m.in. wskazać, że podmioty biorące udział w programie zaczęły ze sobą ściślej współpracować. Proces wymiany informacji, akumulacja wiedzy i podtrzymywanie wzajemnych relacji to szczególnie pozytywny efekt uboczny działalności programu, który może przełożyć się na przedsięwzięcie działań mających na celu dobro pacjentów w przyszłości.

Ja bym powiedział networking czy tam nawiązanie współpracy pomiędzy tymi podmiotami, ponieważ w tych programach profilaktycznych są rady naukowe, takie merytoryczne, ciała odpowiedzialne za merytoryczny postęp, za jakość tych badań też. I te rady są powołane z kadry wszystkich projektów wybranych w konkursie. W tych projektach jest ta część, ta kadra, taka administracyjna tylko do wniosków o płatność, ale jest też kadra taka naukowa.

Ekspert (MZ 1)

Jako inny pozytywny skutek można podać przykład działalności placówek POZ, które, po wykorzystaniu puli przyznanych dotacji, realizowały badania profilaktyczne pacjentów ze środków własnych. Takie podejście było konsekwencją kompetencji nabytych dzięki partycypacji w programie.

Kiedy dany pacjent już się nie kwalifikował później, np.: pula środków została wykorzystana, wiem, bo mi POZ-y raportowały, że po prostu we własnym zakresie pomagali tym pacjentom.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

- **Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?**

Podając przykłady pozytywnych niezamierzonych efektów (np. rozpoczęcie współpracy między podmiotami), warto również podkreślić brak oznak niezaplanowanych negatywnych następstw funkcjonowania programu.

3.4.1.3. Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?
- Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?

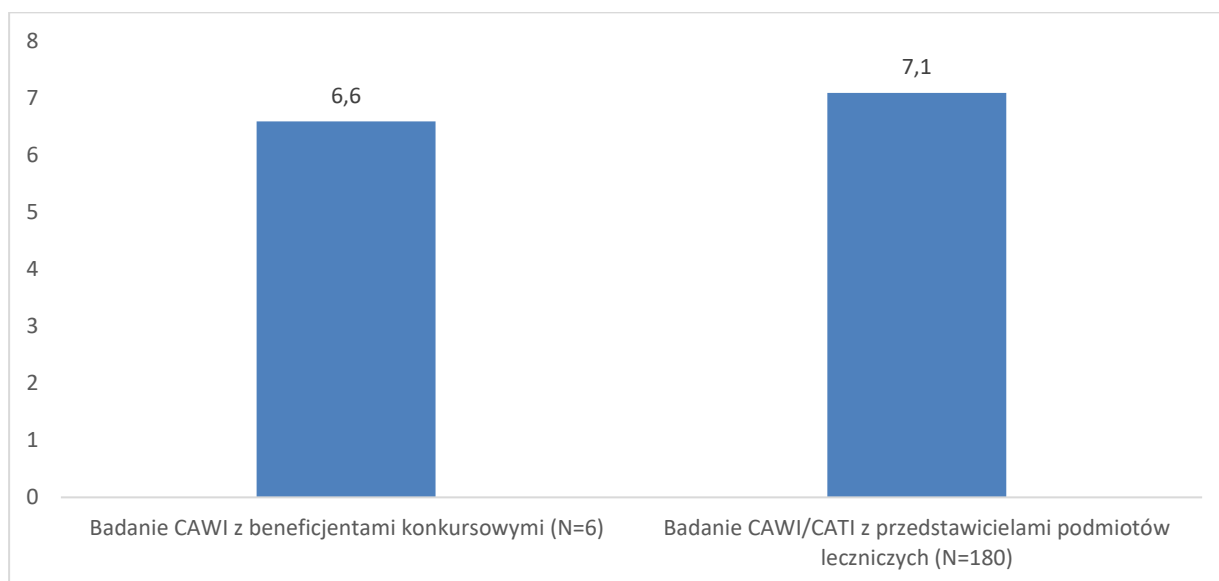
- **Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?**

Zgodnie z wynikami badania CATI/CAWI zdecydowana większość pacjentów (82,1%) zwraca uwagę na wzrost posiadanej przez siebie wiedzy. Zainteresowani oceniali także wysoko przydatność wiedzy zdobytej w trakcie uczestnictwa w programach profilaktycznych – średnia wyniosła 8,2⁷⁰.

Jednocześnie, w opinii beneficjentów konkursowych, personel medyczny biorący udział w analizowanych projektach profilaktycznych przeciętnie ocenia przydatność wiedzy szkoleniowej. Otrzymane wyniki nie różniły się znacząco od opinii przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI). Ich zdaniem poziom przydatności wiedzy został oceniony również wysoko, natomiast znaczenie wiedzy dla lepszej realizacji projektów przeciętnie. Graficznie wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 39. Ocena przydatności zdobytej wiedzy

⁷⁰ Ocena dokonywana była na skali od 0 do 10 – wraz ze wzrostem wyniku rosła ocena przydatności zdobytej wiedzy.



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=180)

- **Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?**

Personel medyczny w trakcie przeprowadzonych szkoleń oraz dzięki wzięciu udziału w projekcie nabył kompetencje z zakresu pracy z pacjentem. Poszerzenie wiedzy z zakresu pracy z osobą zagrożoną wystąpieniem chorób naczyń mózgowych to cenna nauka wykorzystywana w codziennej pracy także poza programem.

Na pewno lekarze posiadli dużą wiedzę na temat tego, co robić z pacjentem, który ma zagrożenie takie już duże udarem, nie? Oni już wiedzą, co robić, gdzie go kierować, jak go kierować, ale w ramach systemu, no nie? Bo my, jak ich szkoliliśmy, to nie tylko z projektu, ale w ogóle w ramach kwestii tych udarów. Więc myślę, że teraz już wielu lekarzy, po pierwsze, zwraca na to uwagę, że to mogą być takie symptomy sugerujące, że coś się dzieje. Po drugie, wiedzą, jak reagować, więc na tym poziomie to oni potrafią lepiej wykorzystać te narzędzia, które już w systemie są.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

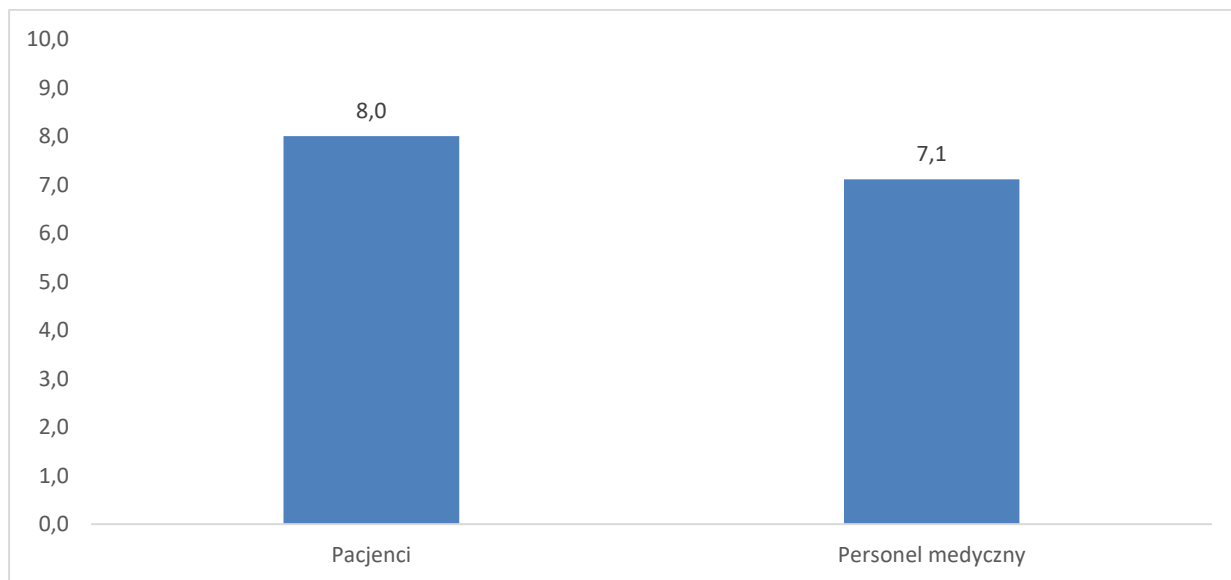
Szkolenia wsparły lekarzy także w zakresie prowadzenia dokumentacji. Rzetelne, sumienne i przede wszystkim poprawne wypełnianie kwestionariuszy zwiększa pewność działania i możliwość skupienia się na praktycznym aspekcie pracy. W ramach współpracy z placówkami POZ przeznaczano odpowiednią ilość czasu szkoleniowego na zaznajomienie się personelu medycznego z dokumentacją programową, co przynosi wymierne korzyści.

To też nie raz nie było łatwe, w niektórych POZ – ale poświęciliśmy na to pięć minut, a w niektórych pięćdziesiąt pięć, ale jak wszystko było jasne i wiadome, to już od tego momentu szło gładko.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie obserwowano różnic w ocenie poziomu zdobytej wiedzy przez pacjentów i personel medyczny – w obu przypadkach uzyskano wysokie oceny. Graficznie wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 40. Ocena poziomu zdobytej wiedzy



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6)

3.4.1.4. Świadomość zdrowotna

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?
- Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?

- **Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?**

Pacjenci wysoko oceniają rolę programów profilaktycznych w wykrywaniu choroby we wczesnym etapie. Przebadani wyrazili opinie, że udział w projekcie przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie – średnia wyniosła 8,27⁷¹.

W ramach prowadzonej analizy należy podkreślić, że wedle badanych udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności chorób na wczesnym etapie wśród pacjentów. Wszystko to w kontekście pracy z osobami zagrożonymi chorobami naczyń mózgowych sprowadza się do uratowania im życia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym jej stadium mają oni o wiele większe szanse na powrót do pełnego zdrowia.

Oczywiście, nawet wynika to z naszego, że tak powiem, programu, gdzie u osób przebadanych, u 70% osób przebadanych wykryliśmy na przykład nadciśnienie tętnicze. U 51% wykryliśmy zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych. U 34% wykryto zaburzenia gospodarki lipidowej, u 15% cukrzycę, a u 22% zaburzenia pracy serca. Już samo to pokazuje, ile jeden program, który my prowadziliśmy, ile, że tak powiem, pomógł, jeśli chodzi o wykrywalność.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

- **Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?**

Dzięki udziałowi w PPZ wzrasta świadomość zdrowotna pacjentów. Wzrost ten można zaobserwować m.in. przez pryzmat zmiany stylu życia – np. w obrębie zwyczajów żywieniowych.

Jak przyjdzie taka kobieta i pogadamy chwilę i sam trochę też siebie tym interesuję, bo sam mam trochę nadwagową kwestię i sobie normalnie, po prostu, rozmawiamy z tymi paniami i mówimy, co może nastąpić za, czy może nastąpić to, a czy może nastąpić to, prawda? To jest taka rozmowa, że widać, że kobiety trochę szerzej im się oczy otwierają, że żeby schudnąć, to wcale nie jest tak, że ona ma mniej jeść.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

3.4.1.5. PPZ w opinii pacjentów

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?

⁷¹ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że udział w projekcie zdaniem pacjentów przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie.

- Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?
- Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?

• Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?

Średnia ocena udziału w projekcie profilaktycznym przez pacjentów (badanie CATI) oceniana była przeciętnie. Pod względem ocen warto zaznaczyć, że 38,6% pacjentów oceniło projekt, w którym brali udział, najwyżej na 6, natomiast 47% zainteresowanych oceniło projekt bardzo wysoko (przyznając jedną z dwóch najwyższych ocen)⁷². Wyniki badań ilościowych były potwierdzane przez wypowiedzi pacjentów, którzy pozytywnie ocenili swój udział w projekcie. Są oni zadowoleni z możliwości skorzystania z badań profilaktycznych, które przebiegały bez długiego czasu oczekiwania.

Ja to widzę tak, że był to bardzo szybki dostęp do wysoko specjalistycznych badań, badania były wykonane bardzo, bardzo profesjonalnie przez bardzo empatycznego lekarza i w ogóle cały zespół, no ja pierwszy raz uczestniczyłem w takim projekcie

Pacjenci (diada 2)

Program został pozytywnie odebrany przez pacjentów. Dzięki udziałowi w nim wzrosła świadomość korzyści płynących z badań profilaktycznych, a możliwość przebadania i pozytywne doświadczenia sprzyjają wypracowaniu postawy nakierowanej na niezbędną profilaktykę.

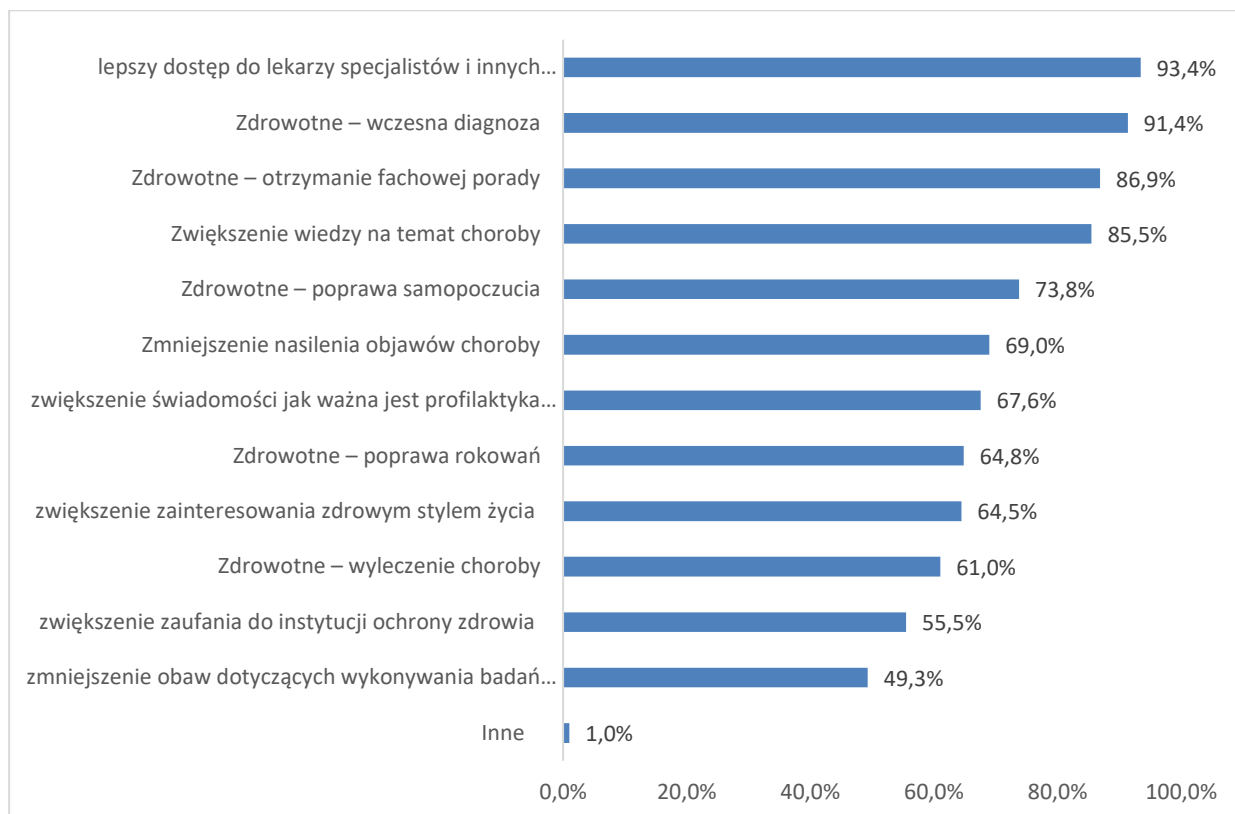
Świadomość rośnie tych osób poprzez prowadzenie takiego programu, bo tam jest masa pytań zadawanych, oni się o sobie dowiadują, zdają sobie sprawę z różnych problemów, które mogą też przygotować na przyszłe zdrowie.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

Pod względem zmian, jakie pacjenci (badanie CATI) obserwowali w swoim życiu po udziale w projekcie profilaktycznym, wskazywano głównie: lepszą dostępność do lekarzy specjalistów (93%), wcześniejszą diagnozę (91%) oraz otrzymanie fachowej porady (87%). Zaledwie 56% pacjentów wskazało na większe zaufanie do instytucji ochrony zdrowia, natomiast 49% na mniejsze obawy związane z wykonywaniem badań profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 41. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym

⁷² Wskaźnik przyjmował oceny od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyższa ocena udziału w projekcie.

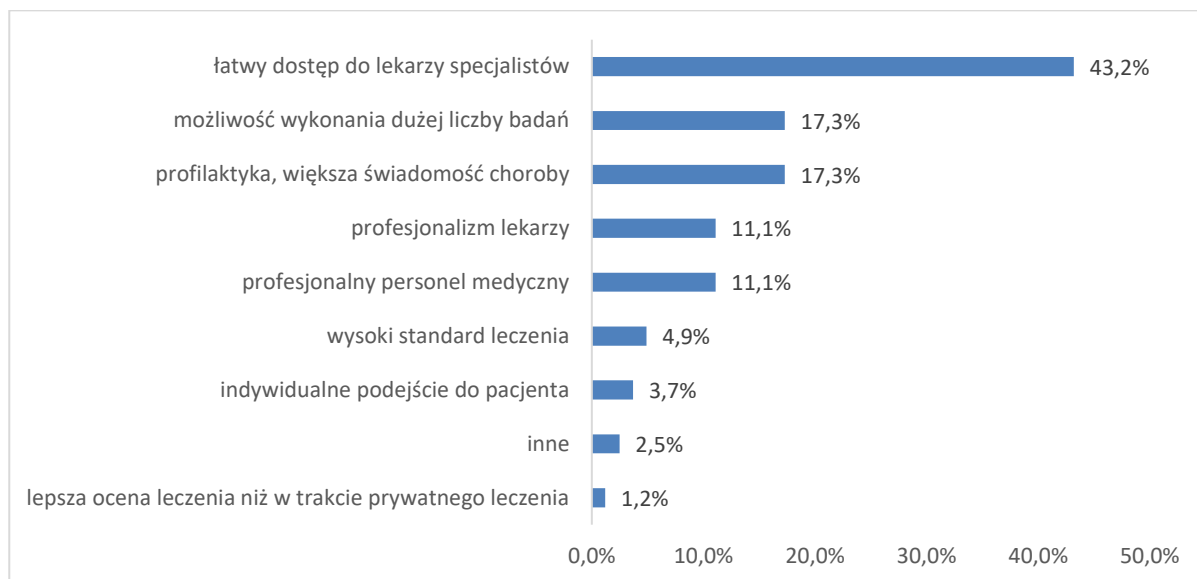


Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=290)

- **Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?**

Do najczęściej wskazywanych zalet uczestnictwa w programach profilaktycznych, według pacjentów (badanie CATI), należy łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów. Dokładne informacje zobrazowano poniżej.

Rysunek 42. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=290)

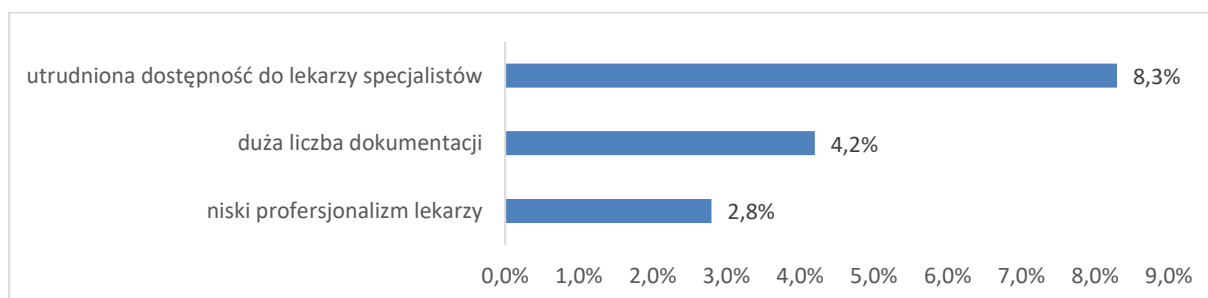
Powyższe dane znalazły także swoje potwierdzenie w trakcie bezpośrednich rozmów z pacjentami. Jako największą zaletę programu wskazywali oni możliwość skorzystania ze specjalistycznych badań diagnostycznych. Wartością dodaną jest krótki okres czasu dzielący umówioną wizytę od dnia rejestracji do programu.

Korzyści są po prostu super z tego względu, że żeby nie ten projekt, to ja bym wcale nie poszła i nie przebadana się. No bo wiadomo – są kolejki do lekarza. Człowiek długo czeka. A tu? – bez problemu...no naprawdę: zadzwoniłam, umówiłam się, poszłam, zrobiłam badanie. Także no, jestem naprawdę bardzo zadowolona z tego.

Pacjenci (diada 3)

Blisko 79,6% pacjentów (badanie CATI) deklaruje, że nie widzi wad projektów, w których brali udział. Wśród niedoskonałości najczęściej wskazywano niską dostępność oraz krótki czas trwania projektu.

Rysunek 43. Wady korzystania z projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=290)

- **Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?**

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wśród czynników mających wpływ na sukces wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu medycznego. Biorąc pod uwagę ogólnie bardzo pozytywny odbiór programu Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych, należy uznać, że nie wymaga on istotny korekt. Wśród elementów, których nie można uznać za konieczne, a jedynie za zalecane są ograniczenia ilości dokumentacji wypełnianej przez pacjenta (np. skrócenie ankiet satysfakcji, jak też szersza promocja programu w grupie osób zainteresowanych).

Stopień osiągania zamierzonych efektów jest związany również z odległością, jaka dzieli pacjenta od jednostki, w której wykonuje się specjalistyczne badania. Koordynatorzy wskazywali na problemy, z jakimi muszą borykać się osoby aktywne zawodowo. Pacjenci, chcąc wziąć udział w programie, niejednokrotnie muszą brać urlop, aby dotrzeć do miejsca, w którym przeprowadzane są badania. Obserwacja ta prowadzi do wniosku, że należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań umożliwiających tej grupie pacjentów udział w badaniach mimo obowiązków zawodowych – np. poprzez wprowadzenie możliwości brania zwolnień lekarskich w związku z uczestnictwem w badaniach profilaktycznych.

Jeśli potrzeba byłaby takiego wejścia do trzeciego etapu realizacji – do szczegółowej diagnostyki, która się odbywa na terenie szpitala. To te osoby ciężko jest namówić, żeby przyjeżdżały. Musimy, dlatego też koncentrujemy się na POZ-ach położonych stosunkowo blisko, żeby mieć w ogóle chęć osób do pojawiania się u nas. Niestety, no, jak jest daleko, sto kilometrów, no, to ciężko jest namówić do przyjechania na badania diagnostyczne, szczególnie, że to są osoby, jak już wspomnieliśmy, aktywne zawodowo, więc muszą tam sobie wszystko zorganizować.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

Istnieje możliwość usprawnienia projektu w taki sposób, aby spotkał się on z jeszcze większą satysfakcją pacjentów. W tym celu należy w pierwszej kolejności ograniczyć liczbę danych przekazywanych do systemu SL. W ramach prowadzonego badania zwrócono również uwagę na możliwość realizacji drugiej z trzech wizyt pacjenta w ramach teleporady. Warto podkreślić, że rekomendacje te mogą znaleźć zastosowanie także w innych programach profilaktycznych.

Kluczowa jest ta pierwsza wizyta, bo na tej pierwszej wizycie to my z tym pacjentem rozmawiamy, tłumaczymy, prawda? Wyjaśniamy, gadamy, bo na tej wizycie wypełnia się tę ankietę, on tam mówi, jak on je, jak on śpi, jak on tam czy się na coś leczy, czy nie leczy i tak dalej, od razu to omawiamy. Ta druga wizyta to powiem tak: przekazuje się temu pacjentowi informację o wyniku tych badań laboratoryjnych i to jest krótka, lakoniczna jakby informacja (...) Według mnie ta druga wizyta mogłaby się odbyć metodą telefoniczną.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

3.4.1.6. Problemy w trakcie realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?
- Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?
- Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?

- **Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?**

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie zgłaszano problemów w trakcie realizacji programu profilaktycznego. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) około 67% nie obserwowała większych problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych. Zdecydowana większość beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) uważa, że udało się rozwiązać problemy, jakie pojawiły się w trakcie realizacji programu profilaktycznego (77,8%). Jednocześnie jednak wywiady z beneficjentami ujawniły szereg wyzwań, z którymi wiąże się realizacja programów. Można przyjąć, że pozytywne oceny z badania ilościowego dotyczą ogólnego przebiegu programu. W trakcie rozmów skupiono się natomiast na utrudnieniach i przeszkodach o systemowym charakterze.

Pierwszym z nich jest samo znalezienie wystarczającej liczby placówek POZ, które są zainteresowane wzięciem udziału w programie.

W tym momencie, w którym ja się zajmowałem projektem sytuacja się wyklarowała taka, że spośród tych tam 60 kontrahentów, powiedzmy tam namówionych do uczestnictwa w projekcie i z tego wyłoniło się kilku kontrahentów dosłownie, którzy byli zainteresowani, poprowadzili tę akcję ze względów finansowych czy opieki nad pacjentami. Część kontrahentów, no, było widać małe zainteresowanie czy tam prawie żadne.

Przedstawiciel beneficjenta (14)

To bardzo istotna przeszkoda, bowiem od tych jednostek zależy rekrutacja pacjentów, co w konsekwencji przekłada się na wartość przyjętych wskaźników.



Świetna praca personelu medycznego, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, bo to ona głównie tych pacjentów werbowwała, informowała, wychwytywała i przede wszystkim potrafiła zachęcić do tego. Jak wiadomo, różni są ludzie, niektórzy się opierają, jeżeli ktoś ma dobry wpływ na swojego pacjenta i potrafi go zachęcić, to on chętnie przystąpi do takiego projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

Problemem wskazywanym przez koordynatorów jest także niewielka motywacja lekarzy pracujących w POZ. Czasochłonność związana z wypełnianiem dokumentacji projektowej jest nazbyt duża do czasu, jakim dysponują lekarze. Ich niewielka liczba sprawia, że trudno im pogodzić obowiązki związane z opieką nad pacjentem i wypełnianiem dodatkowej dokumentacji. Ponadto koordynatorzy wskazywali na fakt że stawki obowiązujące w projekcie nie motywują w należyty sposób lekarzy do partycypacji w programie.

To nie są małe pieniądze, które są przeznaczane. One nie są obiektywnie, one nie są małe, natomiast w stosunku do przychodu lekarza za prowadzenie takiej prawidłowej, normalnego nadzoru nad POZ-mi to są nie za duże. Jest też mnóstwo dokumentacji, raportowania, wypełniania tego wszystkiego i jakby nie przekłada się, mam wrażenie, na motywację, która ma do tego służyć.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

W trakcie badania podnoszono także wątek przeszkód generowanych przez pandemię COVID-19. Odbywanie wizyt w postaci teleporad uniemożliwia prawidłowy nabór pacjentów do programu.

Właściwie w tej chwili program jest martwy, dlatego że nabór do tego programu musi się odbywać po bezpośrednim kontakcie z osobą, która ma być do niego włączona. Czyli ona musi wypełnić ankietę, musi zostawić, pomiary trzeba jej zrobić, czasami trzeba jeszcze inną diagnostykę poprowadzić. W związku z powyższym w tej chwili jest ten program martwy, dlatego że w dużej mierze teleporady jak gdyby wykluczyły możliwość przeprowadzenia na miejscu tego, tych ankiet programowych. W tej chwili praktycznie nic do nas nie dociera od kilku miesięcy, jeśli chodzi o nowo wprowadzane osoby.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

Przeszkody będące wynikiem ograniczeń wprowadzonych w związku z pandemią warto odnotować, choć jednocześnie wymaga podkreślenia fakt, że program profilaktyki chorób naczyń mózgowych rozpoczął się przed pandemią. Trudności nią wywołane nie mogą zatem wyjaśniać całości ewentualnych problemów w realizacji celów programu.

- **Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane? Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?**

Zdaniem 16,5% przedstawicieli podmiotów leczniczych wszystkie problemy związane z realizowaniem programów profilaktycznych zostały rozwiązane, warto zaznaczyć jednak, że większość z nich nie zgłaszała żadnych problemów.

Przykładem istotnego problemu, który został rozwiązany, była trudność w rekrutacji placówek POZ. Aby zachęcić jednostki do partycypowania w projekcie, koordynatorzy programu na poziomie szpitali podejmowali osobisty kontakt z przedstawicielami POZ-ów. Autorytet lekarzy specjalistów oraz prestiż związany z możliwością podjęcia współpracy z np. uznanymi szpitalami do pewnego stopnia pozwalał na rozwiązanie opisanego problemu.

Pierwsze, co wymyśliśmy w tym momencie, poza tym, że staraliśmy się jakoś tam motywować i wspierać tych naszych POZ-owców, prawda? Tam dopieszczać ich tak, jak mogliśmy.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

W trakcie wywiadów beneficjenci zwracali uwagę, że zbyt duża liczba wymaganych informacji koniecznych do przekazania oraz obowiązki wynikające z uczestnictwa w projekcie prowadzą do rezygnacji z przystąpienia do programu przez wstępnie zainteresowane osoby. Koordynatorzy podkreślali, że redukcja informacji, jakie powinien podawać pacjent, przyniosłaby duże korzyści w zakresie rekrutacji do programu, a w konsekwencji wpłynęłaby na realizację założonych wartości wskaźników. Zdaniem 6,5% przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) pewne procedury związane z wdrażaniem PPZ można udoskonalić lub uprościć. Wśród rekomendacji znaleziono głównie propozycje dotyczące zmniejszenia ilości dokumentacji projektowej. Jednocześnie jednak nie wskazywali oni, które konkretnie dokumenty należy uprościć. Zgłaszany postulat miał charakter ogólny.

3.4.1.7. Realizacja zaplanowanych interwencji

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania badawcze:

- Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?
- Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/ nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?
- Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?

- **Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały zrealizowane?**

Zdaniem 88,9% beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane, natomiast 11,1% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie.

- **Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?**

Badani nie wskazywali, by interwencje nie zostały zrealizowane.

- **Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?**

Wśród czynników, które doprowadziły do sukcesu działań, należy wskazać przede wszystkim fakt, że to sami lekarze informowali pacjentów o projekcie i o korzyściach wynikających z udziału w nim (na podstawie wyników badania CAWI z beneficjentami konkursowymi).

3.4.2. Postęp finansowy i efektywność wsparcia

3.4.2.1. Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?
- Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?

- **Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?**

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. Równocześnie kwestią problematyczną jest alokacja środków, podział środków na koszty pośrednie i bezpośrednie oraz ryzyko niewykorzystania przeznaczonych funduszy ze względu na niewystarczającą liczbę pacjentów biorących udział w programie.

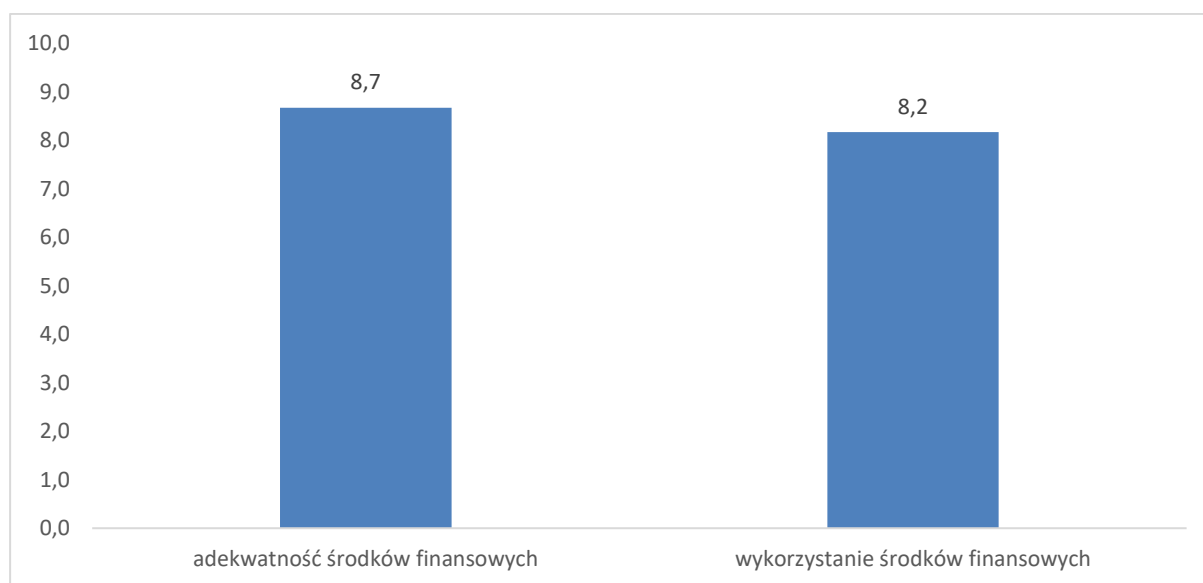


O samej sumie środków, no, nie mogę powiedzieć, że jest źle, bo my nie wykonamy tego budżetu. Po prostu, bo my go nie wykonamy, dlatego że nie będziemy mieć tylu pacjentów.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniono adekwatność środków finansowych do potrzeb oraz poziom, w jakim wykorzystane zostaną przeznaczone środki.

Rysunek 44. Ocena adekwatności i wykorzystania środków finansowych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6)

- **Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?**

Na obecnym etapie nie występuje realne ryzyko niewykorzystania w pełni środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne. Biorący udział w badaniu przedstawiciele beneficjentów deklarują, że zużytkują zasoby finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne (średnia odpowiedzi 8,17⁷³).

Równocześnie należy podkreślić, że istnieją placówki, które nie mają problemu z wykorzystaniem środków finansowych. Co więcej, koordynatorzy tych placówek deklarują, że alokacja funduszy w ich przypadku była zbyt niska i byłoby w stanie nawiązać współpracę z większą liczbą placówek.

⁷³ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że beneficjent wykorzysta w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.

W stu procentach więc udało nam się, ale myślę, że gdyby środki finansowe na to pozwoliły, to można by było nawet więcej przychodni pozyskać do tego programu. Przychodni z założenia miało być 60, my pozyskaliśmy 63. Niemniej, gdyby to finansowanie było większe, można by było 120 przychodni zaangażować w ten program.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

3.4.2.2. Stawki jednostkowe

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?
- Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?

- **Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?**

Zdaniem 66,7% przedstawicieli beneficjentów wprowadzenie stawek jednostkowych utrudniło realizację projektów, przeciwnego zdania jest 33,3% z nich. Tym niemniej należy podkreślić, że opinia ta nie jest powiązana z samym rozwiązaniem, ale z przyjętą wysokością stawek sprawiają, że realizacja działań programowych pozostaje wedle opinii badanych na krawędzi opłacalności.

Cieężko zrobić profilaktykę po tych cenach, które, że tak powiem, są oferowane tutaj, bo te ceny w ogóle nie są atrakcyjne w stosunku do tego, co jest płacone przez POZ za szeroko rozumianą opiekę.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

Prócz zbyt niskich stawek dla lekarzy pracujących w placówkach POZ stawki płacowe dla edukatorów okazały się być niewystarczające. Wymagania względem tego stanowiska, wedle badanych, mają odzwierciedlenia w proponowanym wynagrodzeniu.

Niełatwo było znaleźć, gdyż te wymogi, jeśli chodzi o wykształcenie, o posiadane umiejętności, były bardzo wysokie, a natomiast kwota oferowana nie była adekwatna do tych wymogów.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

- **Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?**

Badani wskazali, że należy zmienić stawki jednostkowe dotyczące lekarzy. Wyniki badania ilościowego nie dostarczają w tym zakresie dodatkowych informacji. Udzielono jedynie

dwóch odpowiedzi, które nie stanowią dostatecznego wyjaśnienia przedmiotowej kwestii (odpowiedzi: „lekarze”, „POZ”).

Kwestią problematyczną okazała się być również wysokość środków zabezpieczona na wynagrodzenia lekarzy działających w jednostkach POZ, nie czuli się oni wystarczająco zmotywowani do rzetelnej pracy, biorąc pod uwagę szereg wymagań, jakie przed nimi stawiano. Mowa tutaj m.in. o ilości dokumentacji projektowej, do jakiej wypełnienia zostali zobligowani.

Z punktu widzenia rozmów z lekarzami POZ-u i tej części, którą otrzymywali lekarze POZ-ów, w ich ocenie nakład pracy z dokumentacją papierową nie odzwierciedlał środków, które, że tak powiem, otrzymali, że tak powiem, generalnie było zadanie lekarzy POZ-u, z którymi współpracowaliśmy, za mało, żeby zmotywować ich do jakiejś większej pracy. No, te same środki, jeżeli w całości powiedzmy otrzymywała je pielęgniarka, były oceniane przez pielęgniarki jako dobre.

Przedstawiciel beneficjenta (14)

3.4.2.3. Efektywność finansowa

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy osiągnięte w Programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?
- Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?

- **Czy osiągnięte w Programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie?**

Beneficjenci, szczególnie ci, którzy dopiero niedawno zaczęli realizować projekty, nie wykazują żadnych wskaźników ani konkretnych wydatków. W analizowanych danych nie prowadzono badania szczegółowego wykorzystania środków (ponoszenia wydatków) przez beneficjentów w stosunku do uzyskanych rezultatów. Rezultaty nie zostały dotąd zaraportowane w systemie oceny wskaźników.

- **Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?**

Wedle badanych niemożliwym byłoby osiągnięcie obecnych rezultatów przy wykorzystaniu mniejszego nakładu finansowego. Istotna jest praca nad odpowiednim podziałem środków w obrębie kosztów pośrednich i bezpośrednich.

Pracownicy administracyjni są świadomi konieczności pracy nad elastycznością przekazywanego wsparcia, jednak jest to zadanie szczególnie trudne do realizacji ze względu na funkcjonowanie w oparciu o ściśle zdefiniowane stawki jednostkowe, które nie mogą zostać zmienione.

Mamy sygnały, że po tych stawkach jednostkowych, w niektórych projektach beneficjentom bardzo trudno było zrealizować z efektem, z sukcesem, te działania planowane, które zostały wycenione w oparciu o te stawki. Chyba bym bardziej wysnuła tezę, że jednak trzeba pewną elastyczność zapewnić w przypadku projektowania podobnego wsparcia.

Przedstawiciel beneficjenta (14)

Badani rekomendują pochylenie się nad ulepszeniem elastyczności mechanizmu finansowego, tak aby możliwym było przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom na rynku pracy czy też interwencji w ramach stale zmieniającego się otoczenia.

3.4.2.4. Koszty alternatywne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?
- W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?

- **Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER?**

Ze względu na to, że w podmiotach leczniczych nie wdrożono rachunku kosztów działań (model ABC rachunku kosztów), brak jest odniesienia wydatków ponoszonych przez podmioty lecznicze (zarówno na etapie opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej) do diagnozowania i leczenia jednej jednostki chorobowej. Osoby, które zgłaszają się z

problemem stanowiącym podstawę do włączenia do projektu realizującego jeden z 3 PPZ, są pacjentami wielochorobowymi, tak więc izolowana - wskutek realizacji projektu - interwencja nie jest jedyną, z jakiej korzysta zainteresowany z określoną jednostką chorobową. Z tego też powodu nie można w prosty sposób „zsumować” kosztów pośrednich i bezpośrednich wydatkowanych na leczenie określonej jednostki chorobowej objętej wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER, nie istnieje także standard rachunku kosztów dla leczenia takich pacjentów.

Koszty leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER nie są jednorodne i zależą od wielu czynników, takich jak m.in.: trajektorium pacjenta (różnorodność i zmienność leczenia, dostosowana do realnych potrzeb wynikających ze specyfiki stanu zdrowia)⁷⁴, miejsce prowadzenia leczenia (istnieje wiele zmiennych regionalnych, które powodują odmienne koszty tych samych procedur w różnych podmiotach leczniczych), niewdrożenie jednolitego modelu rachunku kosztów działań, co prowadzi do braku wiedzy na temat faktycznych kosztów ponoszonych w związku z leczeniem konkretnego pacjenta. Podstawą analizy są więc koszty szacunkowe, z konieczności niedokładne i niepodzielone na pośrednie i bezpośrednie, zawarte w PPZ.

Tabela 13. Koszty szacunkowe w trzech PPZ

Lp.	Nazwa PPZ	Koszty szacunkowe wg PPZ
1	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania RZS	821,80 zł
2	Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi	983,00 zł
3	Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)	2053,00 zł

Trzeba podkreślić, że we wszystkich przypadkach autorzy PPZ wobec braku danych opierali się wyłącznie o szacunkowe koszty, dane historyczne, które nie mogą świadczyć o kosztach rzeczywistych podmiotów leczniczych. Tym samym nie można wprost odpowiedzieć na pytanie, ile wynoszą koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia pacjenta.

Analiza danych może w tym zakresie opierać się wyłącznie o koszty pośrednie i bezpośrednie zawartych umów z beneficjentami, niemniej nie odzwierciedlają one faktycznie

⁷⁴ P. Karniej, M. Kęsy, J., Stępniewski (red.), Innowacje organizacyjne w szpitalach. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 143.

ponoszonych wydatków (w tym szczególnie kosztów utraconych w związku z konsekwencjami choroby, takimi jak absencja chorobowa, utrata dochodów pracownika, przedwczesna umieralność, dodatkowe koszty systemu). Te uwarunkowania nie były przedmiotem niniejszej analizy. Co więcej, dla przykładu, koszty porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podawane jako podstawa obliczeń w poszczególnych PPZ, opiera się o koszty standardowe (48 zł), co w wielu przypadkach znacznie odbiega od faktycznych cen tej usługi.

W kontekście odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu koszty leczenia jednego pacjenta zdiagnozowanego z powodu jednostki chorobowej objętej wsparciem PPZ można zredukować, zakłada się jedynie teoretycznie (ze względu na brak dostępu do danych szczegółowych), że środki na profilaktykę są zawsze niższe niż na interwencje medyczne. Wydatki sektora ochrony zdrowia na profilaktykę wynoszą obecnie ok. 1% całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia (w roku 2019 było to 0,24% sumy wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne)⁷⁵. Nakłady na leczenie w poszczególnych zakresach są zdecydowanie i nieporównywalnie wyższe. Ponieważ profilaktyka zdrowotna jest zawsze tańsza niż leczenie, należy przyjąć, że działanie to jest opłacalne, ale ze względu na brak konkretnych danych nie można udzielić wartościowej odpowiedzi na to pytanie.

- **W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?**

Środki pochodzące z alokacji w ramach Działania 5.1. PO WER powodują redukcję nakładów na diagnozowanie i leczenie pacjentów w ten sposób, że pozwalają:

- 1) wydatkować środki odrębne od dotychczasowych budżetów podmiotów leczniczych (pochodzących głównie z NFZ);
- 2) dedykować interwencję finansową w sposób ustandaryzowany, celowany, określony przez sposób postępowania wobec pacjenta ustalony w PPZ (co nakazuje określoną „ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną”);
- 3) wdrożyć model koordynacji pionowej w opiece nad pacjentem z określonym problemem chorobowym w ten sposób, że „z urzędu” generuje potrzebę współpracy wielospecjalistycznej i wielopoziomowej w sektorze ochrony zdrowia (lekarze POZ, AOS, szpitale)⁷⁶wskazuje bez wątpienia, że wdrażanie rozwiązań w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej wpływają na obniżenie ogólnych kosztów (nakładów) na opiekę zdrowotną.

⁷⁵ Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019, 2020, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>

⁷⁶ T. Jędrzejczyk, W.P. Kalbarczyk, P. Szynkiewicz, Koordynowana opieka zdrowotna, Prometriq Akademia Zarządzania, Fundacja Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2019.

Tak więc samo wdrażanie projektów opartych o PPZ, odrębne ich finansowanie ze środków UE, wymuszenie angażowania różnych interesariuszy w systemie, a także standaryzowanie modelu opieki służą redukcji kosztów opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi.

3.4.3. Zasady i procedury realizacji PPZ

3.4.3.1. Procedury realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?
- Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?
- Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?
- Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?

- **Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?**

Wysoko ocenione zostały założenia realizowanych programów profilaktycznych. Nie obserwowano różnic między oceną beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) a innych podmiotów leczniczych, z którymi podejmowano współpracę w trakcie trwania programu profilaktycznego. Pomimo wysokiej oceny założeń programów wysoko oceniano również poziom ich przeregulowania.

Oceniając zasady i procedury realizacji PPZ, należy podkreślić, że program posiada jasny i czytelny system, który od strony merytorycznej jest w pełni zabezpieczony. Mimo to, w trakcie przeprowadzania programu beneficjenci stanęli przed wyzwaniem wypełnienia wielu dokumentów w formie papierowej, a następnie wdrożenia danych do cyfrowego systemu SL2014. Wedle badanych jest to jeden z największych mankamentów programu, który w dotkliwy sposób utrudnia jego płynną realizację.

Mnie się wydaje, że akurat procedury i cała, jakby wszystkie procedury związane z realizacją projektu, są na tyle jasne i czytelne, że tutaj jakby nie można mieć żadnych zastrzeżeń, można na przykład większy nacisk położyć na jakby elektroniczny system, też przy wdrażaniu tych projektów, czyli na przykład mniej dokumentów, które trzeba dokumentować, które trzeba autoryzować podpisem, własnoręcznie, np.: przez lekarza,

np.: pielęgniarka, lekarz, uczestnik projektu, to jest jakby bardzo dużo dokumentów w wersji papierowej i to jest właśnie problem, i to jest duży problem, i na to narzekają właściwie wszyscy uczestnicy projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

- **Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane” / zbyt skomplikowane? Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?**

Jedynie jeden beneficjent konkursowy (badanie CAWI) jest zdania, że zauważa pewne brakujące elementy realizowanych programów. Zwrócono uwagę na brak programów premiowych dla ośrodków realizujących efektywnie programy profilaktyczne. Zmniejsza to poziom motywacji pracowników, którzy nie mają dodatkowego bodźca do angażowania się w rekrutację pacjentów.

Przedstawiciele beneficjentów wskazują na trudności występujące w momencie pojawiania się próśb o wydłużenie realizacji programu. Każda zmiana w harmonogramie projektu powoduje opóźnienia, które mają realne przełożenie na pracę IP.

Wydłużenia to chyba jest dla IP największy problem. Bardzo często te projekty, no, realizatorzy prosili o wydłużenie okresu realizacji projektu. Oczywiście mieli na to argumenty, ale to nam powodowało, że osiągnięcie wskaźników nam się przesunęło w czasie, wydatkowanie nam się przesunęło w czasie, certyfikaty nam się przesunęły w czasie, więc to wszystko miało też negatywny wpływ na IP.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

- **Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?**

Zdaniem 50% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) możliwa jest modyfikacja procedur związanych z wdrażaniem programu profilaktycznego. Wśród wskazywanych propozycji znalazły się te związane z potrzebą zmniejszenia dokumentacji.

Przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zgłaszali potrzebę ograniczenia wymogów oraz dokumentacji przy tworzeniu kolejnych programów profilaktycznych.

3.4.3.2. Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?

- Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?

- **Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?**

W trakcie realizacji PPZ zaistniały problemy we współpracy z Instytucją Pośredniczącą – Ministerstwem Zdrowia. Trudności dotyczyły w szczególności opóźnień w wypłacaniu środków z tytułu wniosków o płatność. Dla szpitali biorących udział w projekcie są to sytuacje szczególnie uciążliwe ze względu na ich zobowiązania finansowe wobec placówek POZ biorących udział w programie. Otrzymanie środków z opóźnieniem od IP przyczynia się do zaburzenia płynności finansowej, co finalnie przekłada się na opóźnienia w wynagrodzeniach osób zaangażowanych w program. Negatywną konsekwencją tego rodzaju praktyk może być zniechęcenie lekarzy, spadek ich motywacji, co znajdzie odzwierciedlenie w mniejszej liczbie pacjentów kierowanych do programu.

Od samego początku, jak składaliśmy, zaczęliśmy składać wnioski o płatność, to były problemy z komunikacją właśnie z ministerstwem, były problemy, ale podejrzewam, wynikały też i z reorganizacji, i tam ze swoistych jakiś problemów i powiem, że jedyny problem, jaki mieliśmy, to były przepływy finansowe. Czyli nie dostawaliśmy na czas tych transz, które wynikały z rozliczenia wniosków o płatność i to były jedynie właściwie problemy i musieliśmy jakby bardzo duże środki zainwestować.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

W trakcie ewaluacji zasygnalizowano również problem zbyt częstych zmian personelu odpowiadającego za nadzór nad danymi projektami ze strony Ministerstwa Zdrowia. Zbyt częsta wymiana pracowników powoduje konieczność ponownego wdrożenia w program nowych osób, co prowadzi do opóźnień w realizacji wniosków.

Na początku było przez pierwszy rok, dwa nawet, ponieważ zmieniano nam osoby, które jakby były nam, nadzorowały przebieg naszego projektu. One się często zmieniały z różnych powodów, więc każda następna osoba przychodząca jakby zaczynała od zera. Czas leciał, wiele wniosków mieliśmy nierozpatrywanych i to trwało długo, i w tej chwili jeszcze do końca nie jest to wyprowadzone, ale już powiedzmy na tyle, że to płynnie przebiega.

Przedstawiciel beneficjenta (11)



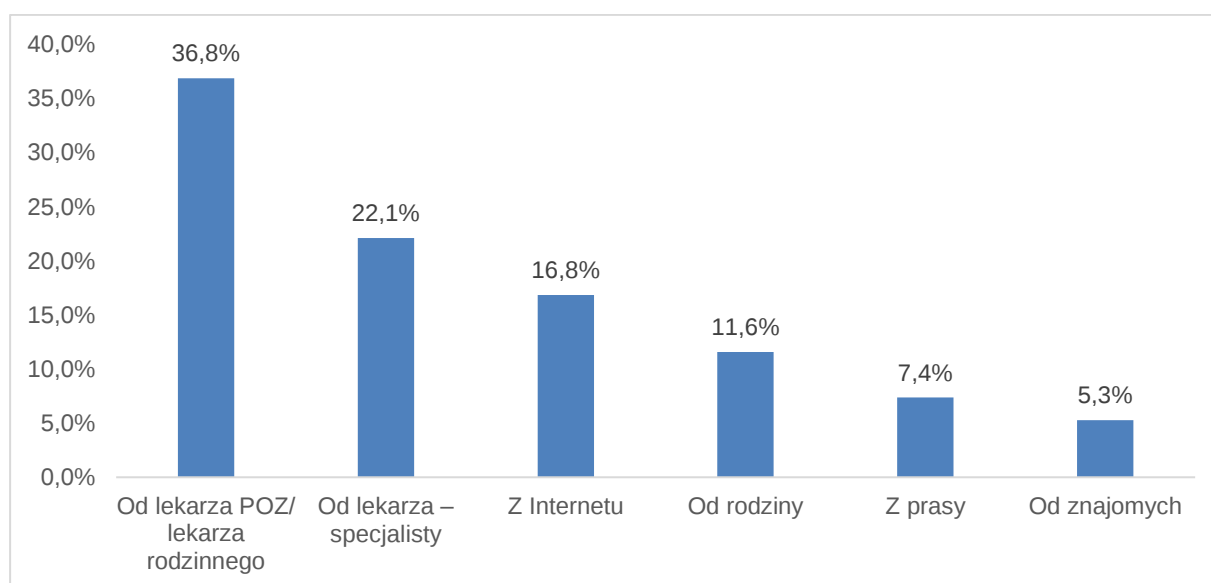
- **Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?**

Żaden beneficjent konkursowy (badanie CAWI) nie zgłosił problemów związanych z rekrutowaniem personelu medycznego. Żaden z nich nie zgłosił także trudności związanych z rekrutowaniem pacjentów. Zdaniem beneficjentów konkursowych do najbardziej efektywnych metod poprawiających zgłaszalność pacjentów do programu profilaktycznego zaliczyć można współpracę z lekarzami POZ. Żaden spośród analizowanych beneficjentów konkursowych nie zgłosił problemu związanego z niską zgłaszalnością pacjentów. Także w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) tylko niewielki procent (4,5%) z nich zwrócił uwagę na utrudnienie związane z niską zgłaszalnością pacjentów do programów profilaktycznych.

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) najczęściej podejmowanymi działaniami mającymi na celu promocję realizowanych programów profilaktycznych były: podejmowanie współpracy z lekarzami POZ oraz ogłoszenia w mediach internetowych.

Według pacjentów (badanie CATI) najczęściej o projekcie profilaktycznym, w którym brali udział, dowiadywali się od lekarzy POZ (36,8%) lub specjalistów (22,1%). Około 16,8% pacjentów wiedzę na temat programu profilaktycznego znalazło w Internecie. Najrzadziej wskazywanej źródłem wiedzy byli znajomi (5,3%). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 45. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=290)

3.4.3.3. Ocena zgłaszalności pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?
- Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?
- Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?

- **Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?**

Żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił także problemów związanych z rekrutowaniem pacjentów. Orientując uwagę na naborze uczestników do programu, należy ponownie podkreślić ogromne znaczenie placówek POZ w tym procesie. Bez odpowiedniego zaangażowania lekarzy pracujących w tego rodzaju jednostkach niemożliwym jest sukces w realizacji programu. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że oparcie rekrutacji wyłącznie na POZ nie jest dobrym rozwiązaniem, ponieważ zwiększa ryzyko, że brak efektywności tej drogi naboru odbije się negatywnie na całym projekcie. W związku z powyższym warto podjąć kroki mające na celu zwiększenie ilości i różnorodności sposobów dotarcia do pacjentów - potencjalnych uczestników programu profilaktycznego.

To były różne ścieżki. Nie zawsze było przez POZ. Akurat w naczyniach mózgowych, czyli to, co tam Państwo badacie, tam niestety było tylko przez POZ-y i pracę, to też spowodowało pewien problem. To też proszę sobie zaznaczyć, jako jakieś tam ograniczenia, że jedna ścieżka przyjscia pacjenta do programu profilaktycznego, no to jest bardzo ryzykowna, że to później może powodować właśnie mnóstwo problemów, typu teraz POZ-y, potem przejdą jakby na takie usługi zdalne.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

- **Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?**

Badani podkreślali, że ogromnym usprawnieniem ich pracy byłaby całkowita cyfryzacja dokumentacji projektowej oraz redukcja ilości danych i podpisów wymaganych w trakcie obiegu niezbędnej dokumentacji.

Inną wysnutą przez badanych rekomendacją, która mogłaby pomóc w realizacji przyszłych programów polityki zdrowotnej, jest wykorzystanie w większym stopniu potencjału pielęgniarek i pielęgniarzy. Personel medyczny tego rodzaju mógłby przejąć pewną część pracy od lekarzy w placówkach POZ. Takie działanie powinno przyczynić się do zwiększenia stopnia realizacji poziomu określonych wskaźników.

To jest może, nie wiem, może to jest jakaś wskazówka dla przyszłych projektów, że może nie kierować tego do lekarzy, którzy są, po pierwsze, jest ich mało, a po drugie, są przesyleni po prostu tymi pieniędzmi w POZ-e, tylko jako realizatorów brać wykształcone pielęgniarki, bo je te pieniądze jeszcze zadowolą, one nie będą kręcić nosem, one się szybko z pacjentem uwiną, zadbają o pacjenta – one są mniej obciążone w tym sensie, że, no, lekarz to jest pacjent za pacjentem, nie?

Przedstawiciel beneficjenta (13)

- **Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?**

Sposób rekrutacji, który przynosi największe korzyści, to bezpośrednia rozmowa lekarzy POZ z pacjentami. Indywidualne spotkanie, podczas którego personel medyczny wyjaśnia istotę programu i realne korzyści, zapewnia odpowiednią motywację wśród ostatecznych odbiorców programu.

3.4.3.4. Nieschematyczne rozwiązania

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy?
- Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?
- Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?

- **Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy? Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?**

Zdaniem wszystkich beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych nie wychodziły poza dotychczas

prowadzone działania. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zaledwie 10,6% zwraca uwagę na fakt, że zdarzyło im się w trakcie realizacji programu profilaktycznego podejmować się działań, które wychodziły poza wypracowane rozwiązania. Respondenci ci jednak nie doprecyzowali, jakie działania podejmowali.

- **Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?**

Blisko 17% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) deklaruje, że skorzystali z nieschematycznych rozwiązań w trakcie realizacji programów profilaktycznych. Zdaniem wszystkich podjęte działania wpłynęły na poprawę skuteczności i jakości wsparcia.

3.4.3.5. Podział na makroregiony

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFS+?
- Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?

- **Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFS+? Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?**

Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle 66,7% badanych; zaledwie jeden beneficjent konkursowy zgłosił odmienne zdanie.

- **Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?**

W przypadku odejścia od zawierania umów w oparciu o makroregiony rekomenduje się ogłaszanie konkursów na województwa, z zastosowaniem reguły obowiązkowego realizowania świadczeń zdrowotnych na terenie określonego województwa przez wybranego beneficjenta. W zakresie kryteriów premiujących warto zastosować wykazanie przez beneficjentów doświadczenia we współdziałaniu z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie działań na rzecz lokalnego środowiska społecznego. Udowodnienie takiej współpracy może świadczyć o łatwiejszym utrzymaniu rezultatów realizowanych projektów po okresie ich zakończenia.

3.4.4. Koordynacja działań profilaktycznych

3.4.4.1. Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom

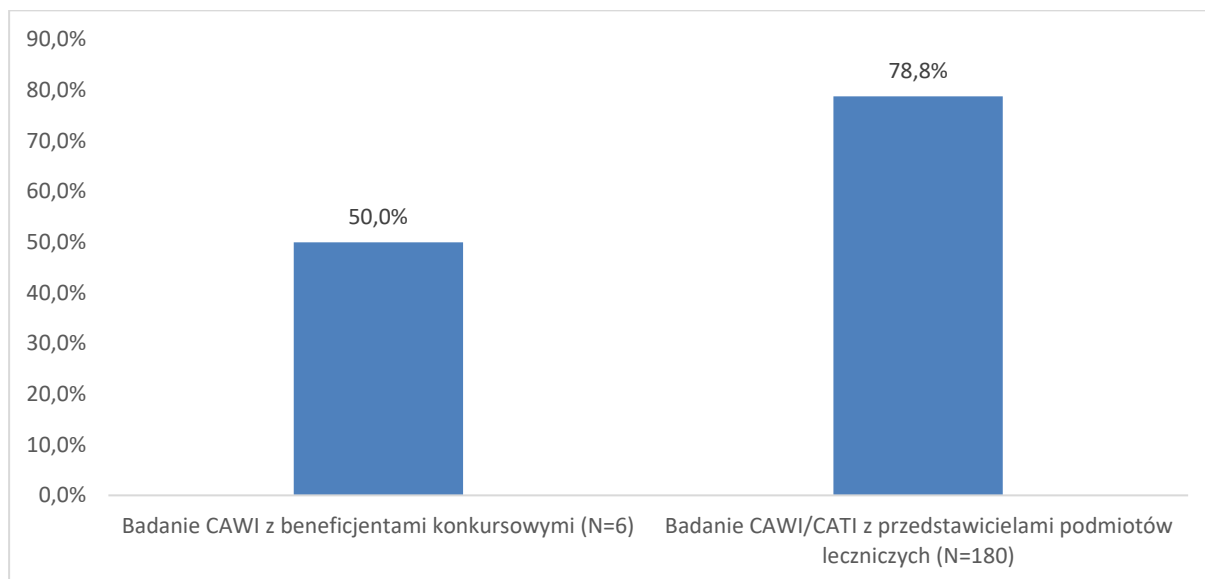
W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?
- Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?
- W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?

- **Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?**

Instytucje ochrony zdrowia zaangażowane w realizację programu pozytywnie oceniają współpracę między sobą. W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) 83,3% twierdzi, że wszystkim podmiotom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Zdaniem 50% beneficjentów konkursowych wszystkie elementy systemu zostały zaangażowane odpowiednio w procesie realizacji programów profilaktycznych. Znacznie wyższy procent uzyskano w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (78,8%; badanie CAWI/CATI). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 46. Odsetek wszystkich elementów systemu, które zostały odpowiednio zaangażowane w procesie realizacji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=180)

Jedną z największych zalet włączenia podmiotów POZ w realizację PPZ jest znajomość pacjentów przez lekarzy pracujących w tychże placówkach. Dzięki temu są oni w stanie wytypować potencjalnych kandydatów, którzy powinni skorzystać z programu.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej najlepiej zna swojego pacjenta. Jest z nim najbliżej, więc przede wszystkim programy profilaktyczne powinny trafić do lekarzy POZ-u, gdyż on najszybciej pokieruje pacjenta we właściwym kierunku. Będzie potrafił wyłapać takiego klienta i zachęcić go do takiego badania.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

- **Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?**

Żaden beneficjent konkursowy nie zauważył, że istnieją instytucje, które powinny być w większym stopniu włączone w schemat realizacji wsparcia.

- **W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?**

Oznacza to, że role przypisane instytucjom w ramach PPZ zostały właściwie określone. W ramach działań profilaktycznych respondenci dostrzegli możliwość włączenia do aktywności w tym zakresie, oprócz lekarzy POZ, także lekarzy medycyny pracy, co wydaje się spójne także z danymi literaturowymi, wskazującymi na możliwość współpracy medycyny pracy z

podstawową opieką zdrowotną w zakresie działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej⁷⁷.

Włączenie tego rodzaju pracowników do programu pozwoliłoby na uruchomienie kolejnej ścieżki naboru uczestników. Lekarze medycyny pracy są odpowiednimi osobami do rekrutowania grupy docelowej, jaką jest społeczność aktywna zawodowo. W odróżnieniu od placówek POZ wizyty u lekarza medycyny pracy odbywają się stosunkowo regularnie, co zapewnia możliwość włączenia do programu większej liczby pacjentów.

Bo te programy, o których mówimy, to jest program dla osób, które pracują i (...) Oni sobie to wyliczą i powiedzą, że nie ma problemu dla lekarza Medycyny Pracy, jeśli zleci dwa badania więcej, prawda? I potem tylko na przykład pacjentowi będzie musiał dać takie zalecenie, że informacja taka albo że wyniki są dobre, albo że wyniki tam są nieprawidłowe, proszę się zgłosić do swojego lekarza POZ-u z tymi wynikami.

Przedstawiciel beneficjenta (13)

3.4.4.2. Współpraca w ramach działań profilaktycznych

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?
- Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?
- Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?

• Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?

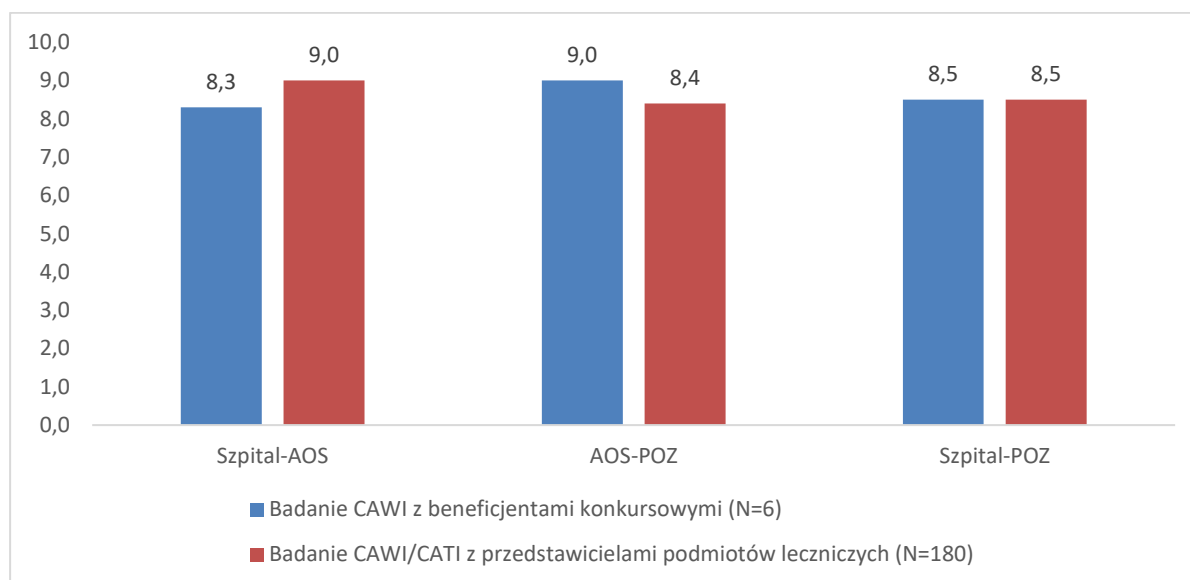
Wśród beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniona została współpraca w trakcie realizowania projektów profilaktycznych pomiędzy szpitalem, AOS a POZ. Dokładna analiza nie dała podstaw do wnioskowania o istnieniu różnic między poszczególnymi obszarami współpracy. Graficznie przedstawiono to na rysunku poniżej.

Istotnych różnic nie obserwowano również między ocenami współpracy, jakiej dokonali przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI). Obserwowano jednak tendencję wskazującą, że współpraca na linii szpital-AOS była nieznacznie wyżej oceniana w

⁷⁷ A. Marcinkiewicz, A. Janowska-Zduńczyk, P. Lewek, M. Wiszniewska, A. Lipińska-Ojrzanowska, J. Walusiak-Skorupa, Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych, Med. Rodz. 2017; 20(4): s. 290-298.

porównaniu do kooperacji AOS-POZ oraz szpital-POZ. Poniżej otrzymane wyniki przedstawiono w formie graficznej.

Rysunek 47. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=180)

- **Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?**

Do głównych zalet podejmowania współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zaliczono możliwość dotarcia do większej liczby pacjentów poprzez informowanie ich o istniejących programach oraz zachęcanie do wzięcia w nich udziału. Wśród wad zaangażowania lekarzy POZ beneficjenci konkursowi (badanie CAWI) wskazywali zbyt wysokie, ich zdaniem, oczekiwania finansowe. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wymieniano brak wystarczającej wiedzy o projekcie przez lekarzy POZ.

- **Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?**

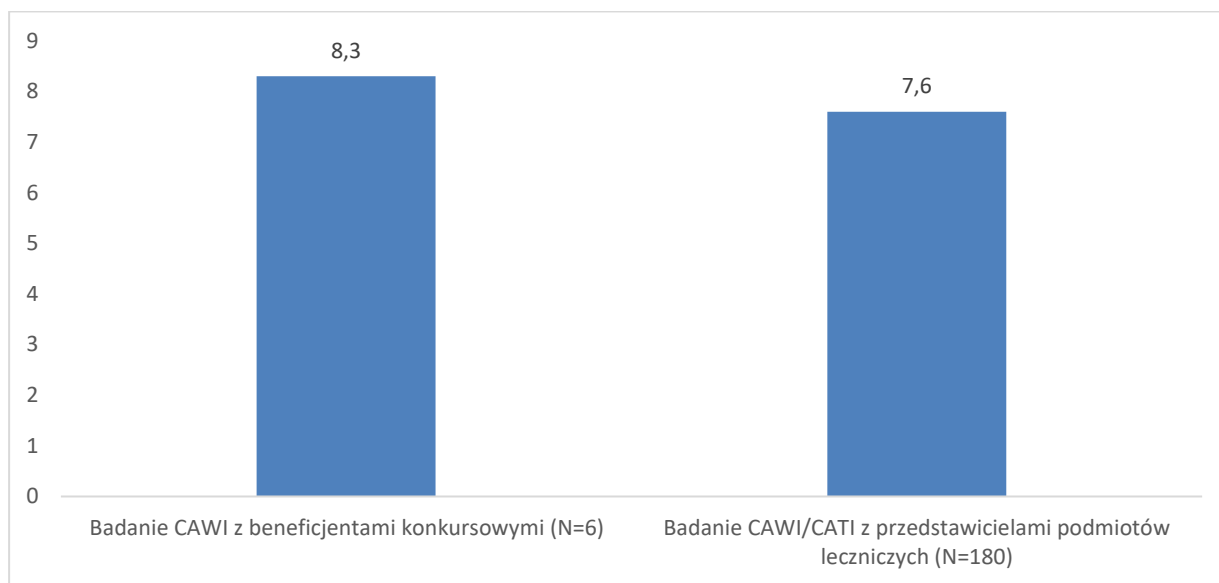
Równocześnie projekt nie sprostął w pełni problemowi fragmentacji opieki nad pacjentem. Sam program jest pomocny w rozwiązywaniu tego problemu, jednak jest to trudność występująca na poziomie systemu, która wedle badanych jest niemożliwa do rozwiązania na poziomie programu.

Fragmentacja występuje w całej medycynie, ten program też tego nie zmienił, tak.

Przedstawiciel beneficjenta (14)

W trakcie badania ilościowego nieco wyżej oceniono poziom sprostania temu zadaniu (badanie CAWI). Warto zaznaczyć, że przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) znacznie niżej ocenili stopień, w jakim poradzano sobie z tym mankamentem. Graficznie wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 48. Ocena poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=6) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=180)

Problem fragmentacji opieki nad pacjentem nie przeszkodził realizatorom projektu w utrzymaniu współpracy z placówkami POZ. Prowadzenie programu wiąże się z wieloma trudnościami. Utrzymanie odpowiednich relacji między realizatorami i jednostkami POZ jest szczególnie istotne i wpływa na ostateczny wynik podjętych działań. Głównym problemem, z jakim musieli zmierzyć się beneficjenci projektu, była niska motywacja personelu medycznego wykonującego swoje obowiązki w ramach placówek POZ do pracy w programie. Koordynatorzy podkreślali konieczność ciągłej motywacji pracowników POZ, pozostawania z nimi w ciągłym kontakcie. Stymulantem, który wielokrotnie pomagał w nawiązaniu stałej, efektywnej współpracy poszczególnych realizatorów z placówkami POZ był autorytet lekarzy specjalistów oraz możliwość zawarcia współpracy z uznanymi w kraju jednostkami medycznymi.

Może szef się nie chwalił, ale tam jeżdżąc do kontrahentów, wielu z nich było, że tak powiem, ujętych tym, że zajmuje się tym ordynator, tak że jakby przystąpili do programu tylko dlatego, że to było coś, że...przyjechał i tutaj zadziałał z nimi, że nie wysłano, przepraszam za wyrażenie, jakiegoś przedstawiciela...

Przedstawiciel beneficjenta (14)

3.4.4.3. Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?

Dostępność do badań profilaktycznych została oceniona wysoko w grupie pacjentów (badanie CATI) – średnia wyniosła 7,01⁷⁸. Część z nich uznała, że dostępność do badań profilaktycznych była znacznie większa niż przed projektem – odpowiedź taką wskazało 58,9% respondentów. Zdaniem 30,5% badanych dostępność nie uległa zmianie, natomiast według 10,5% - pogorszyła się.

Pozytywną cechą programu dostrzeżoną przez niemal wszystkich badanych jest zwiększona dostępność świadczeń profilaktycznych dla indywidualnych uczestników projektu. W trakcie badań podkreślono szeroki dostęp do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Partycypacja w projekcie pozwoliła pacjentom skorzystać z określonych badań z pominięciem wyznaczenia odległego terminu.

Głównie ambulatoryjna opieka specjalistyczna była dla nich dostępna, gdyż pacjent kierowany już do ambulatoryjnej opieki nie musiał czekać w kolejkach, gdyż było to poza świadczeniami refundowanymi przez Fundusz.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

3.4.4.4. Zaangażowanie POZ w realizację PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?
- Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?

- **Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?**

⁷⁸ Ocena przyjmowała wartości od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym większa ocena dostępności do badań.

Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze. Średnia ocena tego elementu dokonana przez przedstawicieli beneficjentów to 8.7 (max. oceny to 10). W dodatkowych odpowiedziach otwartych podkreślano kluczową rolę POZ, które odgrywają fundamentalną rolę w kontakcie z pacjentami.

- **Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?**

Z pewnością warto angażować POZ w realizację projektów. Pojawiły się jednocześnie pojedyncze opinie sygnalizujące wady takiej współpracy. Podkreślano m.in. fakt niedostatecznego zaangażowania pracowników tych jednostek, jak też wysokich oczekiwań finansowych POZ. Jeden z beneficjentów zwrócił także uwagę nato, że POZ są w jego opinii zaangażowane w zbyt wiele projektów i trzeba dołożyć wielu starań, by namówić je do udziału w kolejnym.

3.4.5. Komunikacja

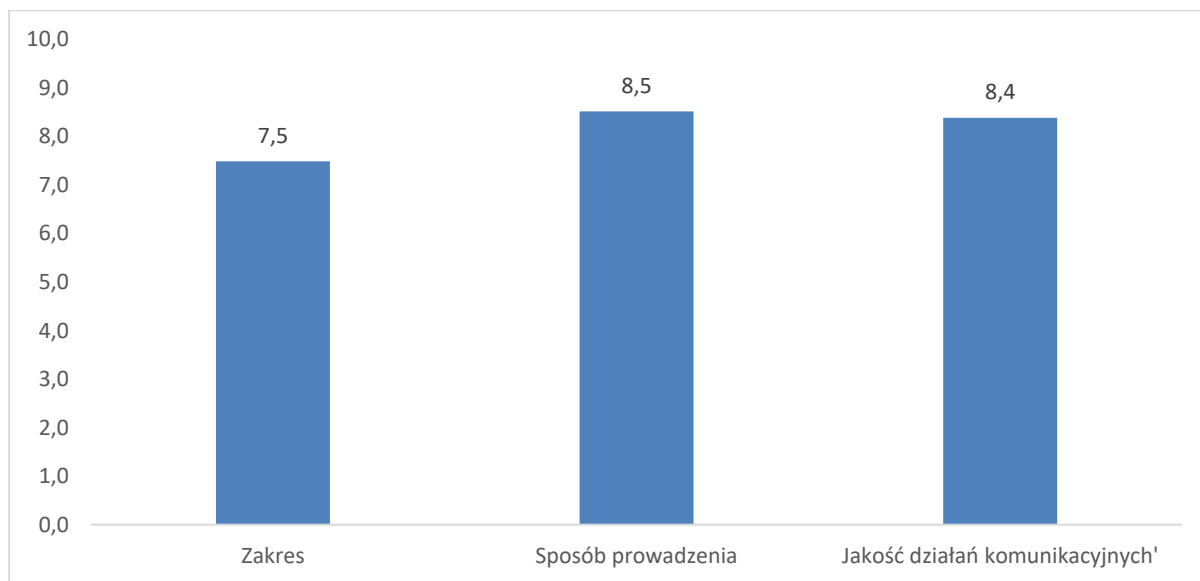
W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?
- Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?
- Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?

- **Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?**

Zakres i jakość działań komunikacyjnych prowadzonych w ramach rekrutacji do PPZ należy uznać jako zadowalające. Przebadana grupa przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wysoko ocenia działania komunikacyjne w zakresie rekrutacji pacjentów pod względem sposobów prowadzenia oraz jakości działań komunikacyjnych; istotnie niżej oceniano zakres działań komunikacyjnych.

Rysunek 49. Ocena działań komunikacyjnych w zakresie rekrutacji pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=180)

Beneficjenci do popularyzacji projektu wykorzystali przygotowane materiały promocyjne (ulotki, plakaty). Ponadto prowadzili akcje promocyjne w swoich społecznościach.

Ja myślę, że mieliśmy i zaangażowaną prasę lokalną, i rozgłośnie lokalne, na mieście wisiały plakaty, były dystrybuowane ulotki, czyli z informacją dotarliśmy do tych wszystkich osób, do których sobie zakładaliśmy, że dotrzemy.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

W części placówek POZ znajdowały się punkty informacyjne na temat prowadzonych działań w ramach programu.

Dodatkowo w każdym POZ–e był punkt pielęgniarski, punkt informacyjny, czyli że na przykład pacjent przychodził z bolącą ręką, nogą to też np.: jeżeli pielęgniarka знаła pacjenta to wiedziała, że u niego może być do niego adresowany projekt, to jak najbardziej jednak w formie ustnej został zaproszony do udziału i przeważnie był w formie pozytywnej.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

Ponadto za pozytywne działanie należy uznać emitowanie spotów reklamowych w telewizji, mediach społecznościowych oraz mediach lokalnych. Dzięki temu w znaczny sposób zwiększono prawdopodobieństwo natrafienia na reklamę PPZ przez grupę docelową.

Bardzo dobrze. Na szeroką skalę prowadzono reklamę w mediach społ., przez lekarzy POZ, w telewizji.

Przedstawiciel beneficjenta (14)



Kolejnym z działań promocyjnych, które pozwoliły na dotarcie do społeczności lokalnych, było organizowanie spotkań w trakcie wydarzeń odbywających się na terenie danej gminy. Kontakt bezpośredni z potencjalnymi pacjentami pozwala na przekazanie informacji na temat PPZ oraz podniesienie poziomu świadomości zagrożenia chorobami naczyń mózgowych.

Spotkania odbywają się na imprezach lokalnych czy tam jakiś powiatach, czy w gminach. Jak bywały dożynki, jakieś to zawsze się odbywało i do tego w jakiś tam domach kultury jakieś były akcje, to zawsze rozstawiliśmy namiot, stoisko, przedstawiciele i ta akcja była propagowana.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

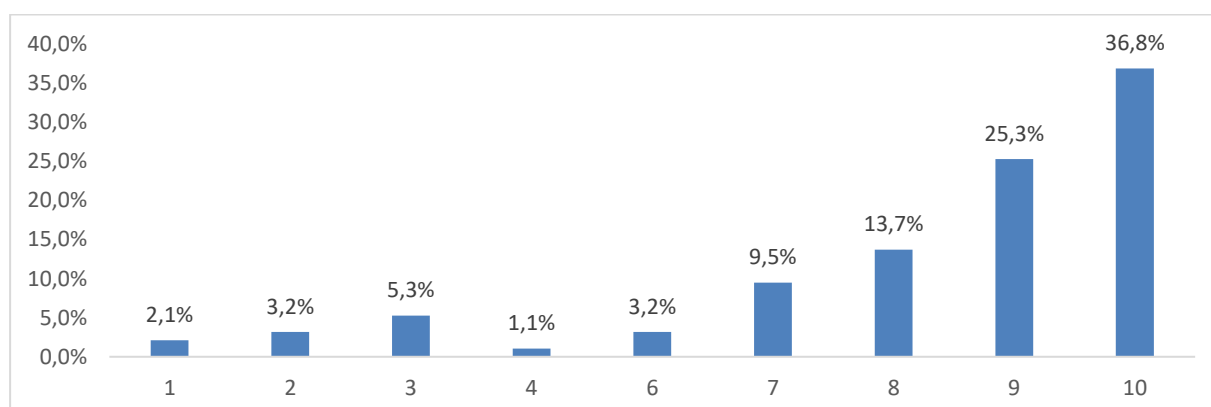
- **Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?**

W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu realizacji programu należy kontynuować podjęte działania promocyjne. Popularyzacja za pomocą mediów pozwala na dotarcie do szerokiej liczby potencjalnych odbiorców programu. Dodatkowe wsparcie promocji działaniami lokalnymi sprawia, że program staje się przystępny dla społeczności lokalnych, co jest szczególnie istotne na obszarach wiejskich. Zaledwie 1,5% analizowanej grupy przedstawicieli podmiotów leczniczych zaznacza, że należałoby zmienić oraz wdrożyć działania usprawniające komunikację w PPZ.

- **Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?**

Prowadzone działania edukacyjne prowadzone w ramach projektów profilaktycznych były oceniane wysoko przez pacjentów (badanie CATI).

Rysunek 50. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=290)

3.4.6. Podsumowanie

Status realizacji celów PPZ jest zróżnicowany. Beneficjenci prowadzą działania mające na celu spełnienie wymaganych wartości wskaźników, jednak ze względu na pojawiające się problemy ich realizacja jest opóźniona.

Głównymi przyczynami, które uniemożliwiają osiągnięcie zaplanowanych wartości wskaźników są:

- niewielka motywacja lekarzy pracujących w POZ – stawki jednostkowe przeznaczone dla personelu POZ są nieadekwatne do nakładu pracy, który jest przewidziany w ramach programu, szczególnie uciążliwym jest prowadzenie rozbudowanej dokumentacji;
- nadmiar dokumentacji jaką obarcza się pacjentów – wielość informacji, jakie są wymagane od pacjenta oraz zakres obowiązków nakładanych w zamian za objęcie wsparciem, to dla niektórych zbyt wiele, aby stać uczestnikiem programu;
- obecny stan epidemii w Polsce powoduje niemal całkowite zatrzymanie realizacji programu. Funkcjonowanie większości lekarzy na zasadzie teleporad uniemożliwia włączanie pacjentów do programu. Czynności medyczne konieczne w trakcie rekrutacji i po dołączeniu do programu nie są możliwe do przeprowadzenia w większości przypadków;
- nie bez znaczenia pozostaje odległość szpitala od miejsca zamieszkania pacjenta – istnieją obszary, na których placówka POZ jest oddalona od realizatora programu o ok. 50-70 kilometrów. To znaczna odległość, dla wielu aktywnych zawodowo osób wiąże się z koniecznością wzięcia urlopu specjalnie w celu realizacji badań. W związku z powyższym część pacjentów rezygnuje z uczestnictwa w programie na dalszym etapie. Wszystko to powoduje przesunięcie w terminach realizacji programu i niemożność wywiązania się z założonych wskaźników w określonym czasie.

Mimo wskazanych trudności program przyczynia się do długotrwałych zmian w zachowaniach lekarzy, jak i samych pacjentów, co pozwala optymistycznie patrzeć w przyszłość. Dzięki programowi lekarze POZ lepiej rozumieją dolegliwości pacjentów oraz trafniej kierują ich na specjalistyczne badania. Ponadto świadomość korzyści płynących z prowadzenia działań w ramach profilaktyki sprawia, że lekarze poświęcają więcej uwagi na wstępne symptomy mogące świadczyć o początkach choroby. Również pacjenci stają się wrażliwi, zaczynają interesować się prowadzeniem zdrowego stylu życia i zmianą nawyków żywieniowych.

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych

obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. Równocześnie kwestią problematyczną jest alokacja środków, podział środków na koszty pośrednie i bezpośrednie oraz ryzyko niewykorzystania przeznaczonych nakładów ze względu na niewystarczającą ilość pacjentów biorących udział w programie.

Oceniając zasady i procedury realizacji PPZ, należy podkreślić, że program posiada jasny i czytelny system, który od strony merytorycznej jest w pełni zabezpieczony. Mimo to, w trakcie realizacji programu, beneficjenci stanęli przed wyzwaniem wypełnienia wielości dokumentów w formie papierowej, a następnie wdrożenia danych do cyfrowego systemu SL. Wedle badanych jest to jeden z największych mankamentów programu, który w dotkliwy sposób utrudnia jego płynną realizację.

W trakcie prowadzenia PPZ zaistniały problemy we współpracy z Instytucją Pośredniczącą – Ministerstwem Zdrowia. Dotyczyły one w szczególności opóźnień w wypłacaniu środków z tytułu wniosków o płatność. Dla szpitali biorących udział w projekcie są to sytuacje szczególnie uciążliwe ze względu na ich zobowiązania finansowe wobec placówek POZ. Otrzymanie środków z opóźnieniem od IP przyczynia się do zaburzenia płynności finansowej, co finalnie przekłada się na opóźnienia w wynagrodzeniach osób pracujących w programie. Negatywną konsekwencją tego rodzaju praktyk może być zniechęcenie lekarzy, spadek ich motywacji, co znajdzie odzwierciedlenie w mniejszej liczbie pacjentów kierowanych do programu.

Jednostką, która wedle badanych powinna zostać włączona do realizacji programu, są Zakłady Medycyny Pracy. Dzięki stosunkowo regularnym kontaktom z grupą docelową projektu możliwym jest pozyskanie doń większej liczby pacjentów. W przeciwieństwie do placówek POZ osoby pozostające aktywne zawodowo są zobligowane do wizyt w gabinecie lekarzy medycyny pracy.

Kolejną z rekomendacji mającą na celu usprawnienie programu jest podjęcie większej współpracy z personelem pielęgniarzy i pielęgniarek, którzy posiadając odpowiednie wykształcenie, mogą do pewnego stopnia przejąć obowiązki lekarzy POZ.

Zakres i jakość działań komunikacyjnych prowadzonych w ramach rekrutacji do PPZ należy ocenić jako zadowalające. Beneficjenci do popularyzacji projektu wykorzystali wszelkie możliwe środki. Połączenie działań promocyjnych w mediach z organizacją spotkań w trakcie wydarzeń odbywających się na terenie gmin i powiatów wyzwoliło efekt synergii, który zapewnia bardziej efektywną komunikację z potencjalną grupą odbiorców. Reklama w mediach lokalnych, Internecie, uzupełniona o punkty informacyjne funkcjonujące w placówkach POZ sprawia, że komunikacja opiera się nie tylko na informowaniu o



prowadzonym projekcie, ale także wpływa na zwiększenie świadomości mieszkańców społeczności lokalnych w zakresie zagrożenia pojawienia się chorób nowotworowych.

3.4.7. Informacje niezbędne do podsumowania raportów końcowych

Tabela 14. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych

Program	Cel programu	Autorzy programu	Adresaci (pacjenci)	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym	Efektywność	Wartość	Wartość	Satysfakcja pacjentów	Satysfakcja pacjentów	Satysfakcja pacjentów
				Docelowa	Osiągnięta (na podst. SL2014)		Wartość ogółem UMD	Alokacja (na podstawie opisu programu)	Ogólna ocena udziału	Ocena dostępności badań profilaktycznych	Przydatność wiedzy
Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych	Celem programu jest profilaktyka i wczesne rozpoznanie objawów chorób naczyń mózgowych, w	Grupa Robocza składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przy	Osoby w wieku 40-65 lat z grup ryzyka wystąpienia udaru mózgu: palące papierosy, nadużywające alkoholu oraz osoby z otyłością brzuszną, a także osoby, u których stwierdzono: nadciśnienie	58766	15432	26%	9.135.464 zł	15 mln (2017: 4 000 000 zł, 2018: 5 000 000 zł, 2019: 3 000 000 zł, 2020: 3 000 000 zł)	7,4	7,0	8,3



	szczegółności udarów mózgu i przemijającego o ataku niedokrwienne go (TIA)	merytorycznym udziale i wsparciu dr hab. n. med. Iwony Sarzyńskiej- Długosz	tętnicze, cukrzycę, migotanie przedsionków, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych czy zaburzenia gospodarki lipidowej								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

3.5. Wnioski w obszarze analizy wszystkich PPZ

Do dnia przeprowadzenia badania w ramach Działania 5.1 dokonanych zostało 18 postępowań (z czego 1 projekt pozakonkursowy)

Tabela 15. Umowy z beneficjentami w zakresie PPZ

Lp.	Nr naboru	Nazwa konkursu/projektu pozakonkursowego	Wartość całkowita alokacji dla naboru	Liczba projektów	Wartość kontraktacji (wydatki kwalifikowalne)	Wkład UE (dofinansowanie z EFS)
1.	POWR.05.01.00-IP.05-00-001/15	Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej – projekt pozakonkursowy	997 868,20 zł	1	997 868,20 zł	841 003,31 zł
2.	POWR.05.01.00-IP.05-00-002/16	Profilaktyka nowotworów głowy i szyi	15 000 000,00 zł	10	18 323 958,22 zł	15 443 432,00 zł
3.	POWR.05.01.00-IP.05-00-003/17	Profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów*	15 000 000,00 zł	10	17 196 654,32 zł	14 493 340,22 zł
4.	POWR.05.01.00-IP.05-00-004/17	Profilaktyka chorób naczyń mózgowych*	15 000 000,00 zł	6	9 135 464,37 zł	7 699 369,34 zł
5.	POWR.05.01.00-IP.05-00-005/18	Profilaktyka nowotworów skóry	15 000 000,00 zł	6	10 552 702,69 zł	8 893 817,80 zł
6.	POWR.05.01.00-IP.05-00-006/18	Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej	15 000 000,00 zł	4	6 264 214,75 zł	5 279 480,17 zł
7.	POWR.05.01.00-IP.05-00-007/18	Profilaktyka osteoporozy	10 000 000,00 zł	4	5 678 562,30 zł	4 785 892,28 zł

8.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 008/18	Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)	40 000 000,00 zł	3	18 285 826,95 zł	15 411 294,93 zł
9.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 009/18	Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)	15 000 000,00 zł	1	1 972 833,38 zł	1 662 703,97 zł
10.	POWR.05.01 .00-IP.00- 010/19	Program profilaktyki nowotworów płuc	20 000 000,00 zł	6	18 288 772,03 zł	15 413 777,03 zł
11.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 011/19	Profilaktyka nowotworów wątroby – moduł centralny	5 000 000,00 zł	1	4 324 441,00 zł	3 644 638,87 zł
12.	POWR.05.01 .00-IP.00- 012/19	Profilaktyka nowotworów wątroby – moduł regionalny	15 000 000,00 zł	3	3 794 885,70 zł	3 198 329,66 zł
13.	POWR.05.01 .00-IP.00- 013/19	Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa	10 000 000,00 zł	5	7 343 464,96 zł	6 189 072,26 zł
14.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 014/19	Profilaktyka chorób odkleszczowych	10 000 000,00 zł	7	9 558 904,19 zł	8 056 244,45 zł
15.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 015/19	Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych	10 000 000,00 zł	2	2 860 243,55 zł	2 410 613,26 zł

16.	POWR.05.01 .00-IP.00- 016/20	Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (komponent centralny)	3 000 000,00 zł	1	2 959 950,50 zł	2 410 613,26 zł
17.	POWR.05.01 .00-IP.00- 018/20 Nabór w trakcie	Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (moduł makroregionalny)	12 000 000,00 zł	0	0,00 zł	0,00 zł
18.	POWR.05.01 .00-IP.05-00- 017/20 Nabór w trakcie*	Program edukacyjno-profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży	10 000 000,00 zł	4	5 536 105,45 zł	4 665 829,67 zł
		Razem:	235 997 868,20 zł	74	143 074 852,56 zł	120 499 452,48 zł

Zgodnie z zapisami PO WER do końca 2023 r. przedmiotowe projekty mają przyczynić się do opracowania i wdrożenia 15 programów polityki zdrowotnej. W projektach profilaktycznych z usług medycznych docelowo ma skorzystać 174 815 zainteresowanych. Ponadto 7811 osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek POZ, dzięki udziałowi w projektach PO WER, ma podnieść swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS.

3.5.1. Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia

3.5.1.1. Przydatność wiedzy uzyskanej w PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

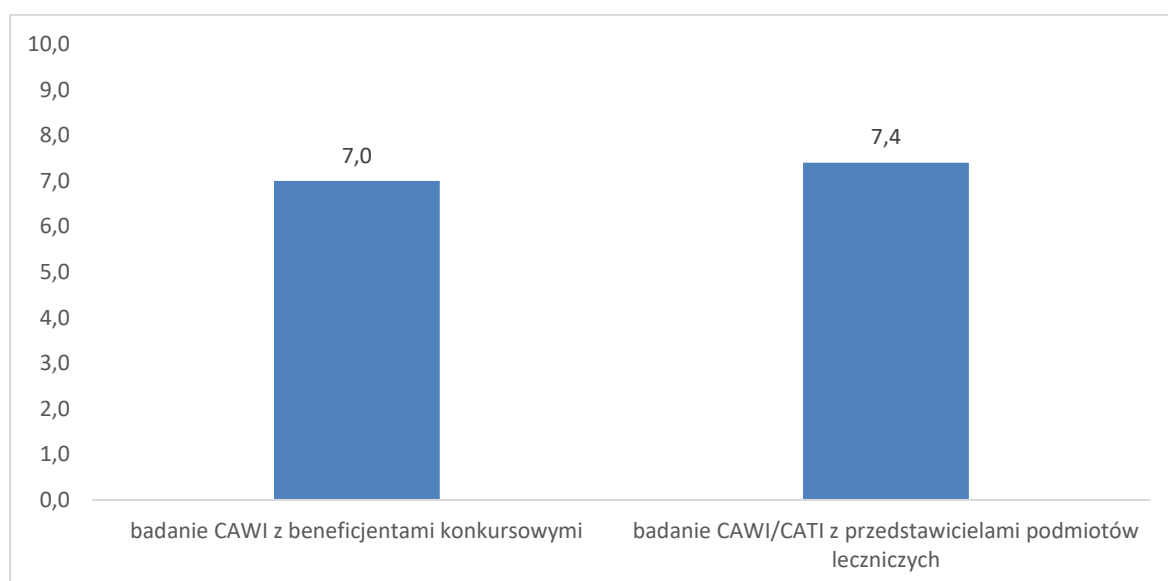
- Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?
- Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej? Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?

- **Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji?**

Przydatność wiedzy przekazywanej w trakcie szkoleń prowadzonych w ramach PPZ jest oceniana szczególnie pozytywnie i w znacznym stopniu przyczynia się do podejmowania korzystnych decyzji lekarzy związanych z leczeniem pacjentów.

W opinii beneficjentów konkursowych personel medyczny biorący udział w analizowanych projektach profilaktycznych przeciętnie ocenia przydatność wiedzy szkoleniowej. Otrzymane wyniki nie różniły się znacząco od opinii przedstawicieli podmiotów medycznych (badanie CAWI/CATI). Ich zdaniem poziom przydatności wiedzy oraz znaczenie wiedzy dla lepszej realizacji projektów ocenione zostały przeciętnie. Poniżej przedstawiono uzyskane wyniki.

Rysunek 51. Ocena przydatności zdobytej wiedzy



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68) oraz CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=550)

Szkolenia personelu z zakresu badań profilaktycznych są szczególnie ważne, zwłaszcza w zakresie chorób rozwijających się latami, niedających na wczesnym etapie żadnych objawów. Sama możliwość zagrożenia wystąpienia choroby ze względu na czynniki ryzyka dla wielu lekarzy nie jest wystarczająca do skierowania na badania profilaktyczne. W związku z powyższym podejmowane przedsięwzięcia edukacyjne dla personelu medycznego należy uznać za jedno z najważniejszych w ramach PPZ.

Także edukacja służby zdrowia, na przykład w POZ-ach nie było takiej dużej świadomości na temat nowotworów laryngologicznych - jak zaczęliśmy realizować szkolenia dla kadr medycznych placówek POZ, no to też się okazało, że tutaj w przypadku lekarzy POZ na przykład czy pielęgniarek, które są zatrudnione w POZ-ach, też ta świadomość na temat tej grupy nowotworów laryngologicznych jest bardzo, bardzo niewielka.

Przedstawiciel beneficjenta (3)

Przedsięwzięcia edukacyjne przynoszą pozytywne rezultaty również w przypadku pacjentów. Dzięki prowadzonym szkoleniom świadomość korzyści wynikających z badań profilaktycznych uległa znaczącej poprawie. Zdecydowana większość pacjentów (85,8%, badanie CATI) zwraca również uwagę na wzrost posiadanej przez siebie wiedzy, przeciwnej opinii jest 10,6% osób, natomiast 3,6% ma problem z jednoznaczną odpowiedzią na to pytanie. Pacjenci oceniali także wysoko przydatność wiedzy zdobytej w trakcie uczestnictwa w programach profilaktycznych. Ma to szczególne znaczenie w przypadku ludności zamieszkującej tereny wiejskie, które w znacznym stopniu mają utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki medycznej.

Jeżeli 78% tej populacji ich świadomość wzrosła, znaczy nie tylko z udarem, tylko jeśli chodzi o choroby naczyń mózgowych, jeżeli ich świadomość wzrosła i dzięki temu, że tak powiem, oni zmieniają swoje postępowanie, jeśli chodzi mi oczywiście o dietę, chodzi mi o aktywność fizyczną, chodzi mi również o częstotliwość badań, chęć przeprowadzania tych badań, no to uważam to za duży sukces, że tak powiem, programu.

Przedstawiciel beneficjenta (3)

Przebadani pacjenci uważają również, że udział w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie – średnia wyniosła 8,19⁷⁹.

- **Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej? Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?**

W ramach projektów realizowano także zaplanowane działania edukacyjne adresowane do personelu medycznego, w ramach którego występuje określona grupa osób niechętnie partycypujących w planowanych szkoleniach.

Lekarze nie chcą się szkolić, to raz. Bo nie mają czasu. Nie chcą też dokumentów tak wypełniać, wie Pani, bo mają dużo innych projektów.

Przedstawiciel beneficjenta (20)

Personel medyczny w trakcie przeprowadzonych szkoleń oraz dzięki wzięciu udziału w projekcie nabył kompetencje z zakresu pracy z pacjentem. Podniesienie świadomości z zakresu badań profilaktycznych, zwrócenie uwagi na możliwość występowania

⁷⁹ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że udział w projekcie zdaniem pacjentów przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie.



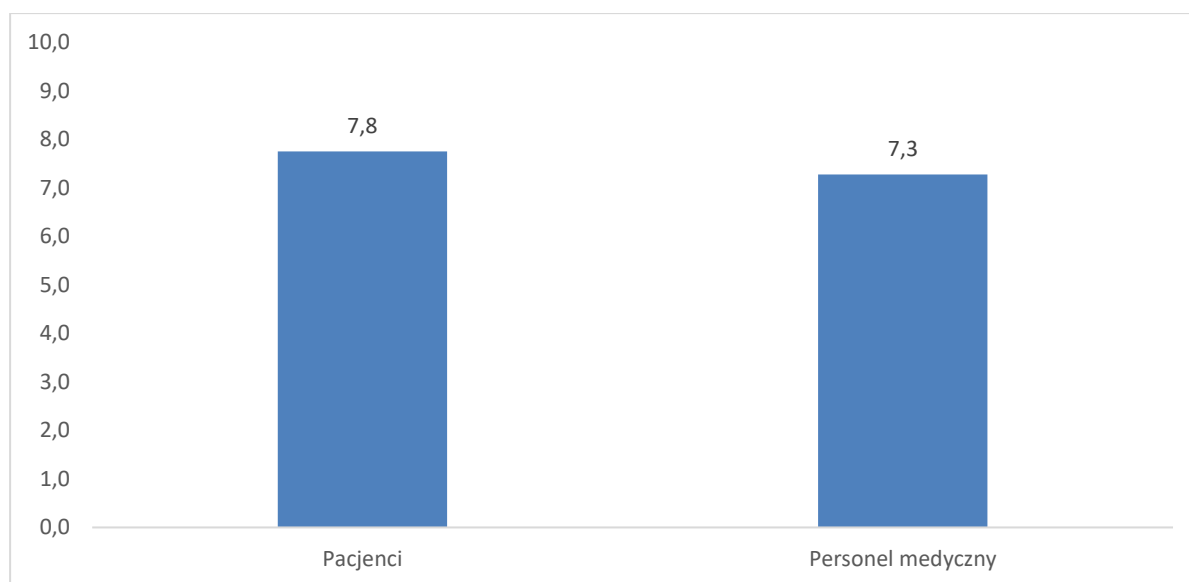
poszczególnych chorób nawet na wczesnym etapie życia to elementy, które będą miały znaczenie w kontekście diagnozowania przyszłych pacjentów.

Świadomość lekarzy jest trochę bliżej objawów, spowoduje, że i pacjenci będą do nas trafiać w odpowiednim momencie, a nie, jak już wcześniej wspomniałem, często bywało za późno.

Przedstawiciel beneficjenta (18)

Zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) nie obserwowano różnic w ocenie poziomu zdobytej wiedzy przez pacjentów i personel medyczny – w obu przypadkach wysoko oceniono poziom zdobytej wiedzy. Graficznie wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 52. Ocena poziomu zdobytej wiedzy



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68)

3.5.1.2. PPZ w opinii pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?
- Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?
- Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?

- **Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem?**



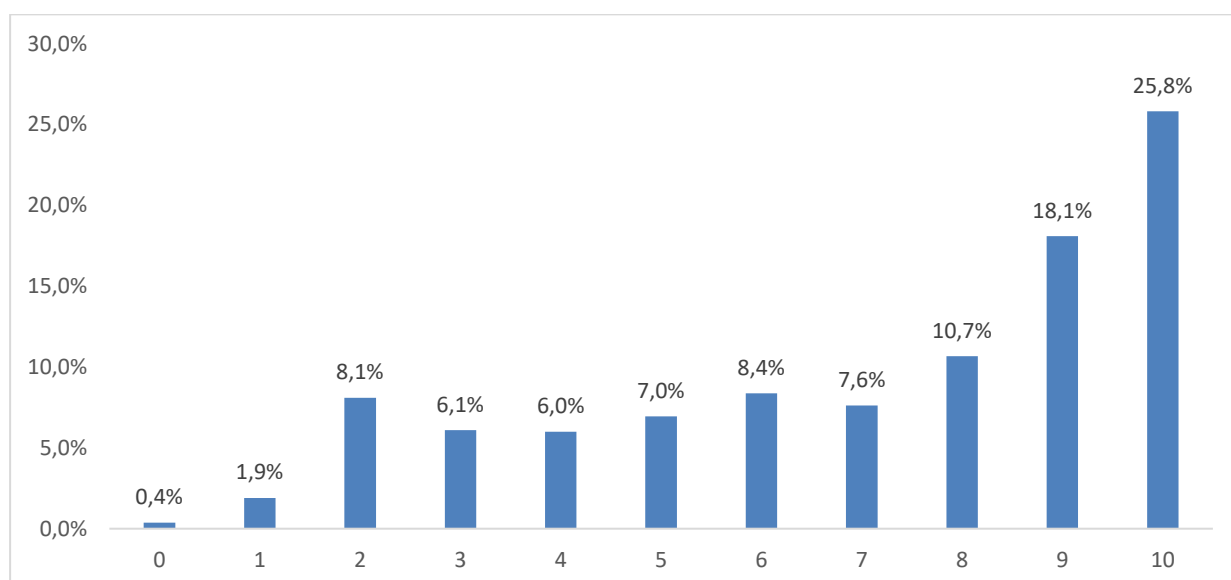
Ocenę programu przez pacjentów należy określić jako pozytywną. Programy profilaktyczne wypełniają lukę w obszarze ochrony zdrowia związaną z długimi kolejkami do lekarzy specjalistów.

Ja natomiast powoli, lecz rodzinie dowiedziałam się, że coś takiego jest. Moja pani doktor lubi, żeby nie przeoczyć czegoś, czegoś więcej się dowiedzieć i dlatego tak wyszło.

Pacjenci (diada 1)

Opinie pozyskane w trakcie rozmów indywidualnych potwierdziły badania ilościowe, w trakcie których pacjenci pozytywnie ocenili swój udział w projekcie profilaktycznym – średnia wyniosła 7,1⁸⁰. Szczegółowe wyniki na temat oceny udziału w projekcie przedstawiono poniżej.

Rysunek 53. Ocena udziału w projekcie profilaktycznym

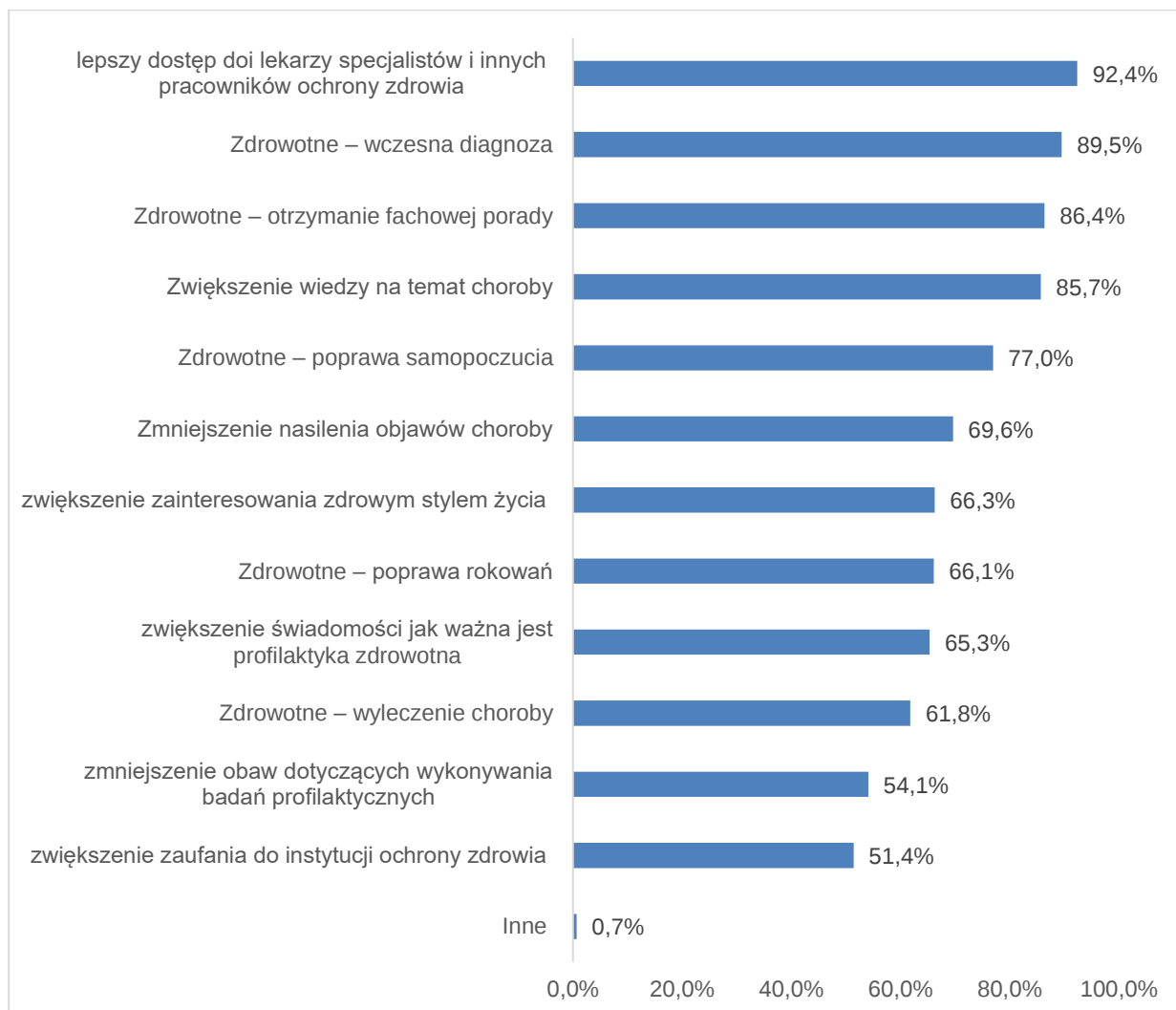


Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

Pod względem zmian, jakie pacjenci (badanie CATI) obserwowali w swoim życiu po udziale w projekcie profilaktycznym, wskazywano głównie: lepszą dostępność do lekarzy i innych specjalistów (92,4%), wcześniejszą diagnozę (89,5%), otrzymanie fachowej porady (86,4%) oraz zwiększenie wiedzy na temat choroby (85,7%). Zaledwie 51,4% pacjentów wybrało większe zaufanie do instytucji ochrony zdrowia, natomiast 54,1% mniejsze obawy związane z wykonywaniem badań profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 54. Obserwowane zmiany w życiu Pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym

⁸⁰ Ocena udziału w projekcie wahała się od 0 (zdecydowanie źle) do 10 (zdecydowanie dobrze).



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

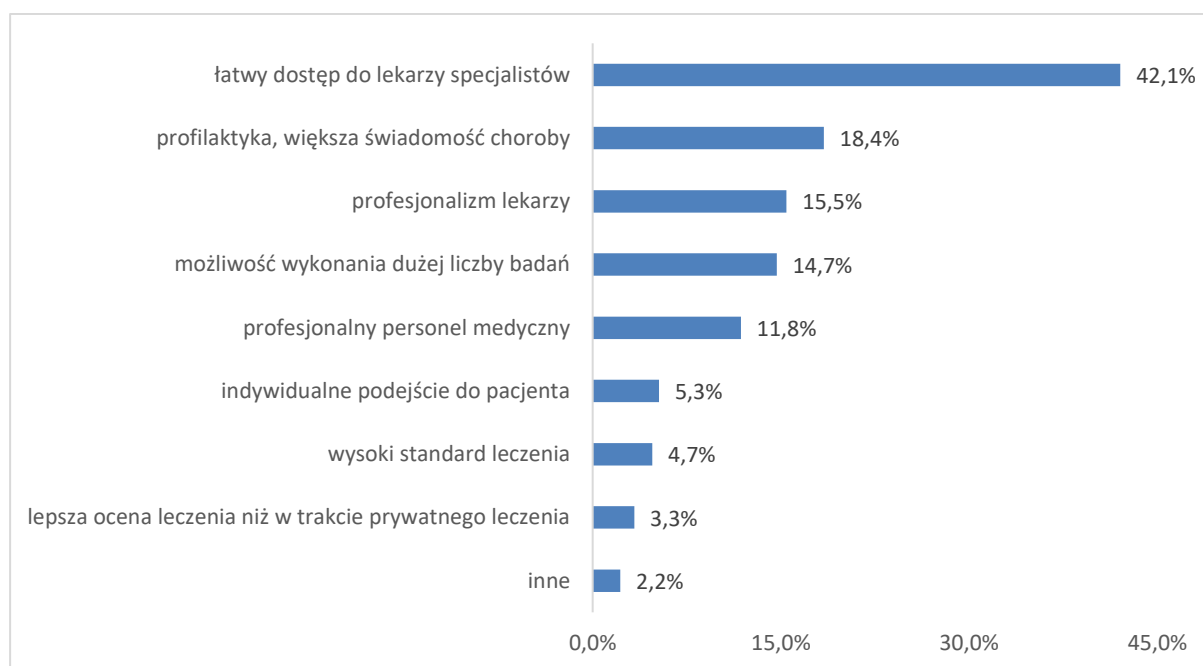
Zaledwie 1,8% pacjentów doświadczyło negatywnego efektu udziału w projektach profilaktycznych.

- **Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą?**

Do najczęściej wskazywanych przez pacjentów zalet uczestnictwa w projektach profilaktycznych (badanie CATI) należy łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów (42,1%).



Rysunek 55. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

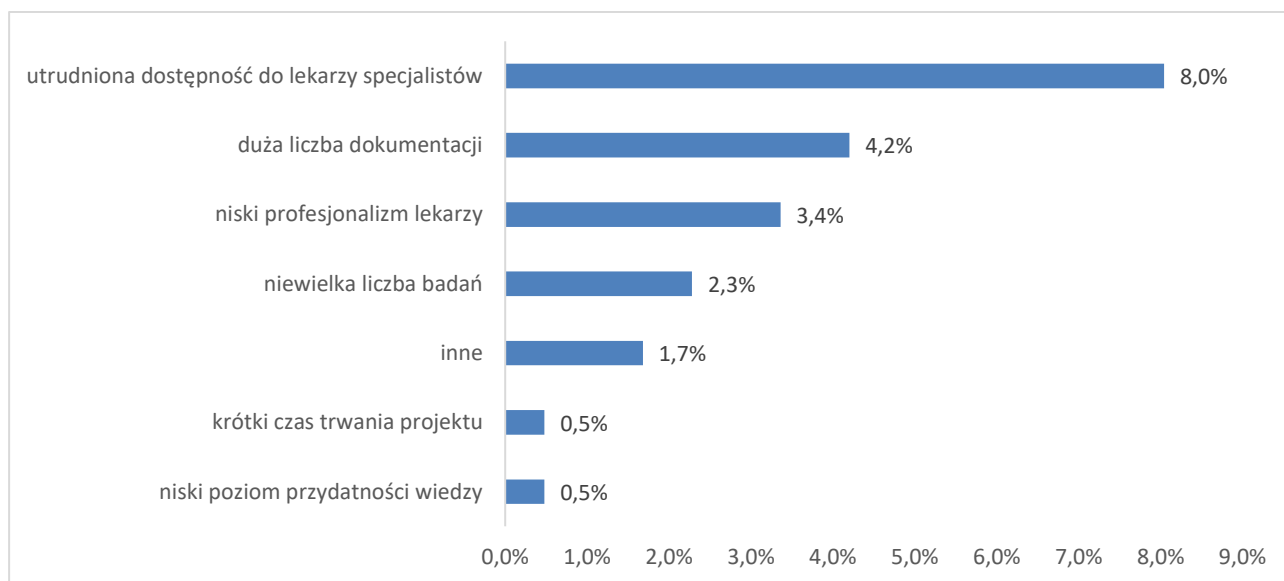
Mimo to istnieją kwestie budzące niezadowolenie pacjentów. Jedną z kluczowych jest konieczność powrotu do lekarza POZ w celu kontynuacji leczenia i brak możliwości uzyskania wypisu recepty u lekarza specjalisty. Wydłuża to ścieżkę leczenia.

To jest projekt profilaktyczny (...), nasz lekarz może wystawić informację dla lekarza kierującego z POZ-u, na której napisze, jakie jest rozpoznanie, jakie są zalecenia co do leczenia. Napisze informację, jakie leki pacjent powinien przyjmować i jak dawковать, ale ten pacjent musi z tym kwitem wrócić do lekarza rodzinnego po to, żeby on mu wystawił tylko receptę.

Przedstawiciel beneficjenta (15)

Wśród wad wskazywano także element, który jest w opinii większości pacjentów kluczową zaletą, tj. dostępność do lekarzy specjalistów. Warto jednak podkreślić, że na ułatwienie w tym zakresie wskazała niemal połowa badanych, odmiennego zdania jest jedynie 8,0% pacjentów.

Rysunek 56. Wady korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

Pacjenci podnoszą również kwestię niechęci personelu medycznego POZ do współpracy w ramach PPZ finansowanych ze środków PO WER. Brak zainteresowania kierowaniem pacjentów na przyspieszoną ścieżkę diagnostyczną budzi rozgoryczenie. W związku z powyższym niezwykle istotnym jest prowadzenie szeroko zakrojonych działań informacyjno-promocyjnych, które zapewnią uświadomienie w tym zakresie jak najszerszego grona potencjalnych pacjentów.

Ja jestem z miasta takiego prowincjonalnego, gdzie nie ma tu żadnych ośrodków akademickich, medycznych. Jest to Piła, siedemdziesiąt tysięcy, miejscowość sto kilometrów od Poznania i w moim przypadku chciałbym powiedzieć, że uważam, że ta dostępność do tych programów w takich miejscowościach, a na pewno mniejszych jest również, jest bardzo zła. Dlatego, że właśnie nie ma żadnych informacji u lekarzy POZ, że można uczestniczyć w takich programach. W moim przypadku to był przypadek czysty, że znalazłem takie ogłoszenie, że jest taki program realizowany i zatelefonowałem pod numer wskazany do Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Poznaniu, no i po prostu zapisałem się na ten program. Rozmawiałem później z lekarzem rodzinnym, dlaczego na przykład nie macie na tablicy ogłoszeń takich ogłoszeń, oni nie są zainteresowani w ogóle takim czymś.

FGI (Grupa fokusowa)

- **Jak można usprawnić projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?**

W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wśród czynników mających wpływ na sukces wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu



medycznego. Biorąc pod uwagę ogólnie bardzo pozytywny odbiór programów profilaktycznych, należy uznać, że nie wymagają one istotny korekt. Wśród elementów, których nie można uznać za konieczne, a jedynie za zalecane są ograniczenia ilości dokumentacji wypełnianej przez pacjenta (np. skrócenie ankiet satysfakcji, jak też szersza promocja programu w grupie osób zainteresowanych).

3.5.1.3. Problemy w trakcie realizacji PPZ

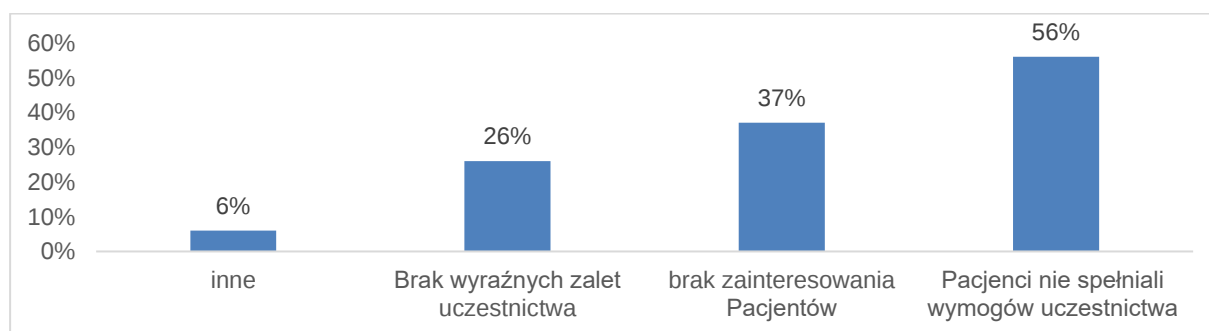
W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?
- Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane?
- Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?

- **Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane?**

Wśród problemów zgłaszanych przez beneficjentów konkursowych (badanie CAWI), które obserwowano w trakcie realizacji programu profilaktycznego, wskazywano głównie niespełnianie wymogów uczestnictwa przez pacjentów (56%) oraz brak zainteresowania pacjentów (26%). Graficznie otrzymane wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 57. Problemy zgłaszane w trakcie realizowania projektów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68)

W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) około 69% nie obserwowało większych problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych. Głównymi trudnościami wskazywanymi przez tę grupę były także wyzwania związane z rekrutacją pacjentów do programu.

W trakcie rozmów bezpośrednich przedstawiciele beneficjentów koncentrowali się przede wszystkim na problemach organizacyjnych. Najważniejszy z nich i zarazem najtrudniejszy do przezwyciężenia wiąże się nie bezpośrednio z rekrutacją pacjentów, ale z niewielkim zaangażowaniem placówek POZ w realizację PPZ. Jest to trudność, z którą borykają się beneficjenci wszystkich programów w podobnym zakresie. Niskie zaangażowanie wskazanych jednostek medycznych wynika z niewielkiej motywacji finansowej (niskich stawek jednostkowych), zbyt dużego obciążenia dokumentacją projektową, nadmiarem obowiązków personelu medycznego zatrudnionego w POZ oraz niskiego poziomu świadomości lekarzy z zakresu korzyści płynących z badań profilaktycznych.

Za tę pracę, też nie jest po prostu jakby zainteresowany, właśnie tak jak mówię, głównie chodziło o tę pracowitość związaną z tym projektem. Gdyby nie pracowitość, chociaż częściowo też nie z obsługą pacjenta, ale z obsługą tej dokumentacji, którą tam lekarz musi wypełniać, między innymi w pięciu czy sześciu miejscach wpisuje PESEL, imię i nazwisko, datę, adres - no to po prostu i pracowitość i tak deprymuje to, prawda, lekarzy, że to powinno być jakoś inaczej zrobione.

Przedstawiciel beneficjenta (4)

Nie tylko personel medyczny POZ jest przeciążony dokumentacją projektową. Wielość dokumentów koniecznych do wypełnienia przez pacjentów oraz ilość informacji, jakie są zmuszeni przekazać, jest zbyt duża. Determinacja i chęć realizacji badań profilaktycznych nie zawsze jest wystarczająca, aby przekonać potencjalnych pacjentów do wzięcia udziału w PPZ.

Z punktu widzenia pacjenta wygląda to również bardzo ciężko. Pacjenci siedzą, wypełniają, no około dwudziestu minut mniej więcej ankietę. Narzekają, że kilka razy muszą cały czas pisać to samo. Ankieta zawiera między innymi też pytania dotyczące takiej intymnej sfery dotyczącej partnerów seksualnych. Niektórzy nie chcą tego wypełniać, czują się skrępowani. Właściwie mają nawet pretensje do lekarzy, dlaczego się ich o to pyta. No to jest troszkę też problem.

FGI (Grupa fokusowa)

Kolejną z przyczyn opóźnień w postępie osiągania wyznaczonych wskaźników stała się pandemia COVID-19. Zmiana trybu pracy i rozpoczęcie przyjęć pacjentów za pośrednictwem teleporad niemal całkowicie zatrzymało ścieżkę rekrutacji związaną z działalnością placówek POZ. Niemożność kontaktu fizycznego z pacjentem absolutnie blokuje ich włączenie do PPZ.

No, w tej chwili zachwiane jest przyjmowanie przez placówki POZ, które w głównej mierze przyjmują w formie teleporad, a w przypadku naszych projektów, nie (...) badań,

które są wykonywane, nie ma mowy o teleporadzie i możliwości przebadania pacjenta przez telefon. No i dlatego, że POZ jest obciążony innymi zadaniami, więc projekty schodzą na dalszy tor. Natomiast gdyby tego nie było, to byłby jeszcze większy efekt, taki zadowalający, w realizacji tych projektów.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

Problemem, który jest szczególnie niepokojący w kontekście realizacji wskaźników, są sygnały zgłaszane przez prowadzących programy o ich niedoszacowaniu. Wskazuje się, że możliwym jest niedoszacowanie wartości wskaźników nawet o 50%.

Nawet pokusiłabym się o stwierdzenie, że myślę, że blisko połowa pacjentów wypada z późniejszej analizy w znaczeniu, jakby Pan mi zadał pytanie: ile jest nowotworów spośród, jaki procent nowotworów wśród pacjentów, których zbadalam, to muszę powiedzieć, że mniej więcej myślę, że połowa pacjentów nam wypada z takiej analizy.

FGI (Grupa fokusowa)

Beneficjenci jako powód tego stanu rzeczy wskazują między innymi brak możliwości objęcia diagnostyką pacjentów wymagających przeprowadzenia badania w znieczuleniu ogólnym. Część ośrodków wskazuje również na problemy w płynności przekazu informacji, co skutkuje brakiem możliwości odnotowania pacjenta w prowadzonych statystykach. Wedle opinii realizatorów jest to poważny problem, który może wpłynąć negatywnie na ostateczną ocenę interwencji, mimo osiągania wysokich wyników w rzeczywistości.

Poziom realizacji wskaźników był związany nie tylko z działaniami z obszaru medycznego, wpływ na nie miały również przedsięwzięcia edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości na temat badań profilaktycznych i korzyści z nich wynikających. Z uwagi na grupę docelową objętą programem (osoby w wieku produkcyjnym, aktywne zawodowo) wystąpiły problemy związane z niską partycypacją w realizowanych szkoleniach.

Dużą bolączką, tak jak Pani wcześniej wspomniałam, była działalność edukacyjno-informacyjna, czyli te wszystkie szkolenia i pozyskiwanie osób do szkoleń, do spotkań informacyjnych. Ze względu na ten wiek, odpowiedni wiek uczestników, wiek aktywności zawodowej, było trudno do nich dotrzeć, a biorąc pod uwagę, że te spotkania to nie były spotkania godzinne, tylko były przewidziane projektem jako kilkugodzinne, to ciężko było wygospodarować uczestnikom te powiedzmy pięć godzin. To było trudnością. Skończyliśmy te spotkania w ubiegłym roku. To było trudnością, aczkolwiek zrealizowaliśmy ten fakt.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

Wychodząc naprzeciw trudnościom we współpracy z placówkami POZ, część realizatorów powołała koordynatora do spraw kontaktu i nadzoru współpracy z jednostkami POZ.

Uruchomiliśmy taką funkcję koordynatora do spraw współpracy z POZ-ami, czyli taką osobę, która miała tam zachęcać, nazwijmy to, lekarzy do kierowania pacjentów w ramach programu.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

- **Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane? Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?**

Zdaniem 16,4% pracowników wszystkie problemy związane z realizowaniem programów profilaktycznych zostały rozwiązane, warto zaznaczyć jednak, że przeważająca część nie zgłaszała żadnych utrudnień. Zdecydowana większość beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) jest zdania, że udało im się rozwiązać wszystkie problemy, jakie pojawiły się w trakcie realizacji programu profilaktycznego (77,9%).

Jedynie trzech beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) jest zdania, że zauważa pewne brakujące elementy realizowanych programów. Stwierdzono brak badania satysfakcji pacjentów biorących udział w programie profilaktycznym, zbyt małą ilość materiałów promocyjnych oraz programów premiowych dla ośrodków leczniczych. Warto zwrócić jednak uwagę na niewielką liczebność próby dla tego pytania – odpowiedzi powinny być analizowane z dużą ostrożnością. Wśród sugestii dotyczących zmian, które warto wdrożyć w kolejnych projektach profilaktycznych, znalazły się: większa liczba programów nakierowanych na problemy kardiologiczne oraz leczenie otyłości, mniejsza liczba dokumentacji niezbędnej do prowadzenia projektu oraz większa liczba materiałów promocyjnych.

Rozmowy indywidualne wskazują jednak, że wciąż występuje szereg trudności, które wpływają na przebieg programów. Można przyjąć, że pozytywne oceny z badania ilościowego dotyczą raczej drobniejszych mankamentów, które występują w każdym projekcie i są na bieżąco rozwiązywane. W trakcie rozmów skupiono się natomiast na utrudnieniach i przeszkodach o poważniejszym, systemowym charakterze. Mimo wielu pozytywów dostrzeżonych w trakcie realizacji PPZ nadal istnieją obszary, które wymagają usprawnienia, a które mogą w realny sposób przyczynić się do efektywniejszej realizacji zamierzonych wskaźników oraz zwiększenia satysfakcji pacjentów z partycypacji w projekcie.

Jednym z zaproponowanych sposobów na walkę z niedoszacowaniem liczby pacjentów jest wprowadzenie oprogramowania komputerowego, które pozwoliłoby na monitorowanie pacjentów objętych wsparciem.

To jest poważny problem, bo faktycznie na później, kwestii analitycznych i poprawiania pewnych rzeczy, no to jest to kłopotliwe. Znaczą tutaj jeszcze był taki pomysł, który, no właśnie, ale ten pomysł się zrodził już w trakcie realizacji programu, gdzie Łódzki Uniwersytet Medyczny, który też jest uczestnikiem tego programu zaproponował wspólne oprogramowanie, ale to był taki pomysł, że to oprogramowanie też miałyby trafić do lekarzy POZ-u, znaczą pomysł fajny, bo to faktycznie tak powinno być, no nie wiem, jakaś jedna aplikacja obsługująca wszystko. No tylko tyle, że też wiemy, jak działają lekarze, jak działają poradnie. Mają różne aplikacje, mają różne systemy i jak chcemy im dołożyć jeszcze jeden, no to się już troszkę tutaj krzywią, a jeszcze powstała taka fajna bariera, która się nazywa RODO i po prostu, no i koniec, jest RODO — nie da się i już. No i to są pewne problemy.

FGI (Grupa fokusowa)

Innym rozwiązaniem opisywanego problemu mogłaby stać się instytucja koordynatora, który czuwałby nad ścieżką pacjentów w obrębie programu oraz monitorował kolejność wizyt pacjentów w trakcie badań diagnostycznych.

Jeżeli my powiemy pacjentowi, żeby on poszedł się tam zapisać do jakiegoś szpitala na tę diagnostykę pogłębioną, a nie będzie koordynatora, który go zapisuje, to z automatu bardzo często takich pacjentów tracimy, jakby w późniejszej obserwacji. Bo jeżeli jest tak, że dzwoni do mnie akurat tutaj szpital [nazwa szpitala] i mówi, że ma takiego pacjenta podejrzanego o nowotwór, ja go wtedy jakby bardziej nadzoruję i mogę udzielić im później informacji zwrotnej, co z tym pacjentem się stało. Jeżeli wyślą go do mojego nawet sekretariatu, żeby on się nie zapisał na kolejną poradę specjalistyczną, to jakby informacja zwrotna do [nazwa szpitala] już najczęściej nie wróci, że taki pacjent miał wykryty nowotwór. No gdzieś go tam, po prostu, w międzyczasie to się rozmywa. Koordynator byłby ważny, który jakby czuwa nad jednym pacjentem od początku do końca.

FGI (Grupa fokusowa)

Koncentrując się na problemach realizacyjnych programu, należy zwrócić uwagę na obszar, który generuje największe trudności. Konkretyzując, mowa tutaj o współpracy realizatorów z placówkami POZ. To na tej linii dochodzi do największych problemów realizacyjnych. Beneficjenci PPZ wskazują na trudność pozyskania placówek POZ do programu i niewielką aktywność znacznej części jednostek POZ po podpisaniu umowy o współpracę.

Z POZ-ami nie było tak różowo. Z POZ-ami to było tak, że pozyskaliśmy siedemdziesiąt, to była naprawdę taka, no, wyzwanie było duże, ale z tych naprawdę siedemdziesięciu POZ-ów, to pięćdziesiąt POZ-ów gdzieś tak około było aktywnych. Tak, że mimo tego, że pozyskaliśmy, podpisaliśmy umowę, to część POZ-ów powiedziała, że i tak nie będzie realizowała badania.

Przedstawiciel beneficjenta (3)

Źródłem niewielkiej aktywności wskazanych ośrodków są niskie stawki jednostkowe, które nie są wedle personelu medycznego adekwatne do pracy, jakiej wymaga realizacja PPZ. Drugim powodem nikłego zaangażowania placówek POZ w realizację działań na rzecz PPZ jest nadmiar dokumentacji, do wypełniania której zobligowani są zatrudnieni w POZ. Ponadto niewielka ilość czasu przeznaczona na wysyłkę dokumentów skutecznie zniechęca pracowników do postawy zaangażowanej.

Jedynie rzeczywiście lekarze podstawowej opieki zdrowotnej rezygnują z chociażby wynagrodzenia, które mamy przeznaczone na tę konsultację lekarza POZ, tylko dlatego, że nie chcą wypełniać dokumentów. Pacjenta do nas skierują, ale oni nie chcą zajmować się biurokracją.

Przedstawiciel beneficjenta (7)

Realizatorzy programu wskazują m.in. na potrzebę przeprowadzania badań diagnostycznych przy użyciu znieczulenia ogólnego. Obecnie w ramach prowadzonych PPZ jest to niemożliwe. Wprowadzenie takiej możliwości pozwoliłoby na badania diagnostyczne np. w zakresie nowotworów laryngologicznych.

Nie mamy możliwości w programie przeprowadzenia znieczulenia ogólnego, a tylko w znieczuleniu ogólnym można z krtani pobrać wycinek.

FGI (Grupa fokusowa)

3.5.1.4. Realizacja zaplanowanych interwencji

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?
- Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?
- Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?

• Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane?

Zdaniem 70,6% beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wśród czynników mających wpływ na sukces wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu medycznego. W grupie, która zgłosiła problemy z realizacją działań, podawano głównie niskie zainteresowanie wśród pacjentów (n=3).

- **Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów?**

Badani nie wskazywali, by interwencje nie zostały zrealizowane.

- **Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?**

Na sukces programów złożyło się wiele elementów. Czynnikiem kluczowym było zaangażowanie lekarzy podejmujących szereg różnorodnych działań promocyjnych. Element ten był niezbędny, bowiem, jak wykazywano we wcześniejszych wnioskach, rekrutacja pacjentów stanowiła istotne wyzwanie dla podmiotów zaangażowanych w realizację programów profilaktycznych. Beneficjenci decydowali się na reklamy w mediach (w tym mediach elektronicznych), ale także uczestniczyli w festynach, wychodzili naprzeciw potencjalnym uczestnikom programu.

3.5.2. Postęp finansowy i efektywność wsparcia

3.5.2.1. Ocena środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?
- Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?

- **Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia?**

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez badanych za zadowalającą.

W przekonaniu ankietowanych beneficjentów środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb (średnia odpowiedzi 8,19⁸¹).

- **Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?**

Przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystają w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne (średnia odpowiedzi 8,59⁸²).

Część realizatorów wskazała na możliwość wykorzystania większych nakładów w ramach realizacji większej ilości badań diagnostycznych oraz prowadzenia szerzej zakrojonych działań edukacyjnych na potrzeby PPZ.

Na pewno te środki, fajnie by było, jakby były większe, (...) więc na pewno większy budżet na możliwość jakby tworzenia takich materiałów [edukacyjnych i promocyjnych], artykułów edukacyjnych, jakichś takich kompendium wiedzy, poradników i dla pacjentów, i dla personelu, więc alokacja w przyszłości mogłaby być większa.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

3.5.2.2. Stawki jednostkowe

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało/utrudniało realizację projektu?
- Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działania) należy zmodyfikować?

- **Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiało / utrudniało realizację projektu?**

Zdaniem badanych wprowadzenie stawek jednostkowych jest dobrym rozwiązaniem.

Usprawniły one w znaczący sposób realizację działań praktycznych w ramach PPZ. Blisko 85% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) zgadza się z tym twierdzeniem, natomiast zaledwie 4% jest przeciwnego zdania.

To jest tak, że jeżeli kłujemy tego pacjenta i wiemy, że na tego pacjenta idzie jedna strzykawka, jedna igła, worek na odpady i tak dalej, przedstawianie tych wszystkich kosztów to by było milion pozycji. Natomiast tak przedstawiamy jedną pozycję, wizytę

⁸¹ Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb.

⁸² Oceny dokonywano na skali od 0 do 10 – im wyższa wartość, tym większa zgodność z twierdzeniem, że beneficjent wykorzysta w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.

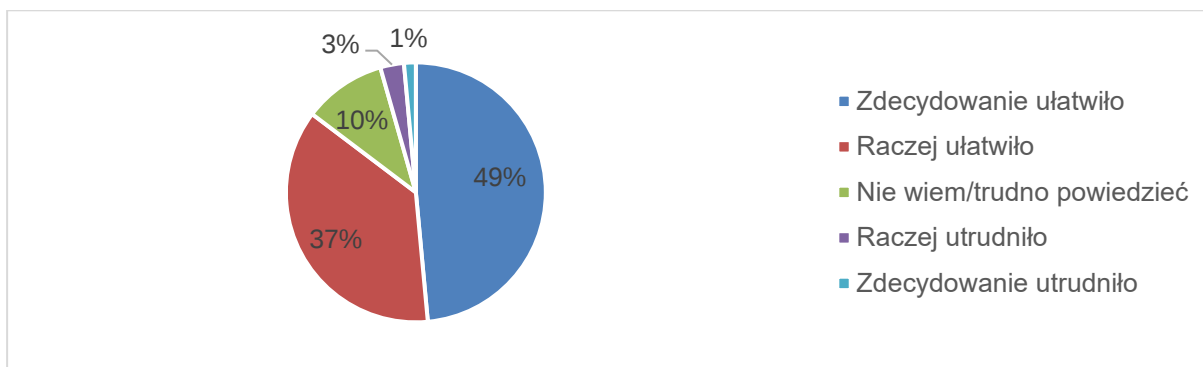
pacjenta, a w ośrodku cena jest taka i wtedy nie szukamy, nie przedstawiamy milion kosztów, tylko przedstawiamy oświadczenie pacjenta i to jest jeden koszt.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

- **Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich procedur/działań) należy zmodyfikować?**

Niemniej, o ile samo rozwiązanie, jakim jest stawka jednostkowa, zyskało aprobatę, to badani zwracali uwagę na konieczność rewizji wysokości stawek. Blisko dwóch na trzech beneficjentów konkursowych jest zdania, że należy zmienić stawki jednostkowe dotyczące lekarzy. Pozostała część wskazywała pozostały personel medyczny.

Rysunek 58. Ocena, na ile wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiło beneficjentom realizację programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68)

Beneficjenci negatywnie oceniają brak możliwości zmiany stawek jednostkowych. Wskazują oni, że obecna formuła PPZ nie uwzględnia zmian stawek na rynku medycznym oraz nie pozwala na ewentualną ich korektę wynikającą chociażby z tytułu zmian wartości pieniądza. Prócz zbyt niskich stawek dla lekarzy pracujących w placówkach POZ stawki płacowe dla edukatorów okazały się być niewystarczające. Wymagania względem tego stanowiska, wedle badanych, mają odzwierciedlenie w proponowanym wynagrodzeniu.

Niełatwo było znaleźć, gdyż te wymogi, jeśli chodzi o wykształcenie, o posiadane umiejętności były bardzo wysokie, a natomiast kwota oferowana, no nie była adekwatna do tych wymogów.

Przedstawiciel beneficjenta (12)

Wiele problemów realizatorom PPZ nastręcza podział środków na koszty pośrednie i koszty bezpośrednie. W prawidłowej realizacji programu wielce pomocna byłaby zmiana proporcji wskazanych kosztów. Podniesienie sumy przeznaczanej do wykorzystania w ramach kosztów pośrednich doprowadziłoby do stworzenia przestrzeni etatowej dla pracowników

delegowanych do prac administracyjnych, co jest palącą potrzebą realizatorów ze względu na opisywany natłok zadań związanych z obsługą dokumentacji programowej. Ponadto suma przeznaczona do wykorzystania w ramach kosztów pośrednich pozwala na pewną elastyczność i szybką odpowiedź na nieprzewidziane problemy pojawiające się podczas prac bieżących nad realizacją PPZ.

Wysoko oceniono adekwatność środków finansowych do potrzeb oraz poziom, w jakim wykorzystane zostaną przeznaczone środki (badanie CAWI beneficjentów konkursowych).

3.5.3. Zasady i procedury realizacji PPZ

3.5.3.1. Procedury realizacji PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?
- Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane?
- Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?
- Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?

- **Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób?**

Zdaniem 5,3% przedstawicieli podmiotów leczniczych pewne procedury związane z wdrażaniem PPZ można udoskonalić lub uprościć. Wśród rekomendacji znaleziono głównie propozycje dotyczące zmniejszenia ilości dokumentacji projektowych oraz wymaganych dokumentów do uzupełnienia przez poszczególne grupy.

- **Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane? Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje?**

Wysoko ocenione zostały założenia realizowanych programów profilaktycznych. Nie obserwowano różnic między oceną beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) a zdaniem przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI), z którymi podejmowano współpracę w trakcie trwania programu profilaktycznego. Pomimo wysokiej oceny założeń programów wysoko oceniano również poziom ich przeregulowania, skomplikowania

dokumentacji i formalności związanych z realizowaniem programu profilaktycznego. Te obszary zdaniem beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) powinny zostać uproszczone.

- **Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?**

Wedle badanych jednym z największych mankamentów programu, który w dotkliwy sposób utrudnia jego płynną realizację, jest ilość obowiązków związanych z dokumentowaniem przebiegu projektu. Przedstawiciele beneficjentów zwracali uwagę na konieczność wypełnienia dokumentów w formie papierowej, a następnie wprowadzania danych do systemu SL.

Ilość dokumentacji dla POZ-ów, my zgłaszamy wniosek o płatność, że ta ilość dokumentów jest zbyt duża, że potencjalni pacjenci nie powinni być traktowani jako uczestnicy projektu i wpisywani do Excela, tylko powinno to być po prostu w jakikolwiek inny sposób, tak? No bo to na pewno zniechęca POZ-y do przystąpienia do projektu i do podjęcia działań, jeżeli oni mają stertę papierów do uzupełnienia.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

Realizatorzy wykazują zrozumienie względem IP, jednak zaznaczają, że istnieją rozwiązania, które pozwolą na redukcję wypełnianych formularzy.

Nie wiem, czy są dokumenty, z których należałoby zrezygnować, bo dla ministerstwa pewnie takich nie ma, ale można byłoby to uprościć, chociażby w ten sposób, że tak jak w naszym projekcie jest, jeśli pacjent przychodzi do nas ze ścieżki lekarza rodzinnego, to żebyśmy my wiedzieli w ogóle, że taki pacjent jest do umówienia u nas w ośrodku u specjalisty, to my musimy jego dokumentację dostać z przychodni POZ (...) jeśli spływa do nas ta dokumentacja w wersji elektronicznej, to myślę, że można by było na tym poprzestać, bo niestety funkcjonuje to nadal tak, że oprócz wersji elektronicznej, która spływa na bieżąco, my raz na kwartał otrzymujemy oryginały wszelkiej dokumentacji.

FGI (Grupa fokusowa)

Część realizatorów rekomenduje wdrożenie systemu opartego w całości na formie elektronicznej. Badani podkreślają, że pozwoliłoby to na płynniejszy obieg dokumentów, oszczędziłoby wiele przestrzeni magazynowej oraz usprawniłoby ewentualną korektę pojawiających się błędów w trakcie wypełniania wniosków przesyłanych do IP.

Na przykład większy nacisk położyć na elektroniczny system, też przy wdrażaniu tych projektów, czyli na przykład mniej dokumentów, które trzeba dokumentować, które trzeba autoryzować podpisem, własnoręcznie, np.: przez lekarza, np.: pielęgniarka, lekarz, uczestnik projektu, to jest jakby bardzo dużo dokumentów w wersji papierowej i to jest

właśnie problem, i to jest duży problem, i na to narzekają właściwie wszyscy uczestnicy projektu.

Ekspert (MZ 1)

Przedstawiciele podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) zgłaszają natomiast potrzebę ograniczenia wymogów oraz dokumentacji przy tworzeniu kolejnych programów profilaktycznych. Zwracają również uwagę na konieczność podniesienia stawek lekarzom POZ.

3.5.3.2. Ocena procesu rekrutacji i naborów do PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?
- Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?

- **Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej?**

W trakcie realizacji PPZ zaistniały problemy we współpracy z Instytucją Pośredniczącą – Ministerstwem Zdrowia. Trudności dotyczyły w szczególności opóźnień w wypłacaniu środków z tytułu wniosków o płatność. Dla szpitali biorących udział w projekcie są to sytuacje szczególnie uciążliwe ze względu na ich zobowiązania finansowe wobec placówek POZ biorących udział w programie. Otrzymanie środków z opóźnieniem od IP przyczynia się do zaburzenia płynności finansowej, co finalnie przekłada się na opóźnienia w wynagrodzeniach osób pracujących w programie. Negatywną konsekwencją tego rodzaju problemów może być zniechęcenie lekarzy, spadek ich motywacji, co znajdzie odzwierciedlenie w mniejszej liczbie pacjentów kierowanych do programu.

Co więcej, część realizatorów wprost wskazała na konieczność swego rodzaju kredytowania działań POZ, nie czekając na otrzymanie funduszy od IP. Dzięki temu możliwym było utrzymanie wysokiego zaangażowania placówek POZ. Opóźnienia w wypłatach skutkowałyby natychmiastowym zachwianiem zaufania do prowadzących PPZ, co przełożyłoby się na jakość realizacji działań praktycznych.

My tak naprawdę wykładaliśmy swoje środki już po podpisaniu umowy z POZ-ami, żeby nie stracić tych podmiotów i myślemy byli wiarygodni w ten sposób, że jako [nazwa

beneficjentą] nie pozostawiliśmy ich samym sobie, że oni robili badania, przesłali nam tę fakturę za wykonane badania i mieli te środki finansowe już za chwilę na koncie za wykonane usługi. No to dla nas jest także bardzo istotne, bo dzięki temu mamy jakby ciągłość także w realizacji kolejnych programów, które w tej chwili realizujemy z zakresu chociażby gdzieś tam cukrzycy czy innych programów.

FGI (Grupa fokusowa)

Beneficjenci przedstawili również istotny problem we współpracy z IP, który wynikał z wielokrotnej zmiany koordynatorów ze strony Ministerstwa Zdrowia. Ciągłe roszady na wskazanym stanowisku uniemożliwiały sprawne funkcjonowanie w ramach programu, a brak możliwości uzyskiwania szybkich i wyczerpujących odpowiedzi od IP w zdecydowany sposób spowalniał realizację działań powierzonych realizatorom.

W naszym przypadku zmienił się chyba jeden z opiekunów projektu, nawet nie wiem, czy nie dwukrotnie. To było taką dosyć dużą trudnością, bo zanim jeden się wdrożył, odszedł i kolejny musiał się wdrożyć. Były tutaj pewne problemy.

Przedstawiciel beneficjenta (5)

Kolejną kwestią związaną ze współpracą z IP szczególnie negatywnie ocenianą przez realizatorów programu jest zmienne zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia w cykliczne spotkania dotyczące ewaluacji programu. Wskazano, że w pewnym okresie przedstawiciele MZ przestali się pojawiać na wyznaczonych spotkaniach, co wzbudziło podejrzenie o brak zaangażowania i zainteresowania IP realizowanymi PPZ. Postępujący brak zaufania do instytucji państwowych jest efektem szczególnie negatywnym, który będzie znajdował odzwierciedlenie w przyszłej współpracy. Należy podjąć zdecydowane działania ku budowie relacji z realizatorami PPZ opartymi na zaufaniu i szacunku.

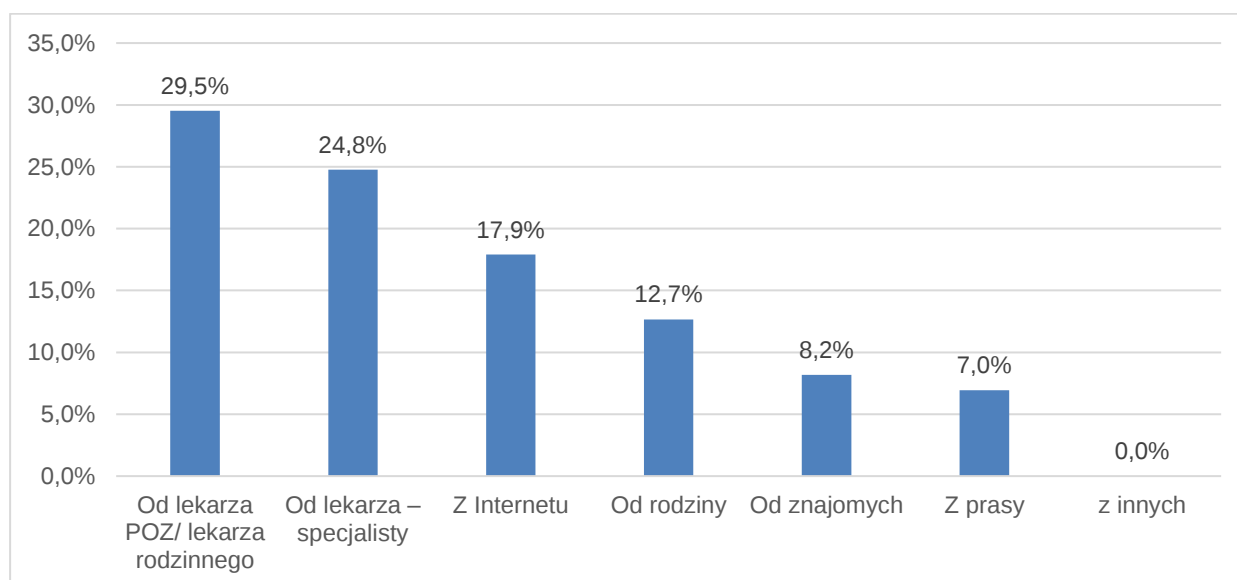
Kolejna sprawa to tak naprawdę to, że początkowo ministerstwo w tych cyklicznych, kwartalnych spotkaniach, posiedzeniach rady do spraw oceny i ewaluacji programu, który my mamy, brało udział i też no my wtedy osobiście mogliśmy jako realizatorzy spotykający się z przedstawicielem ministerstwa wnosić postulaty, poznać zdanie drugiej strony, na ile te nasze oczekiwania są realne w kontekście zmiany realizacji projektu i tak dalej, o tyle później ministerstwo z tego się wycofało i tak naprawdę nie wysyłało swoich przedstawicieli do udziału w posiedzeniach rady, jakby zostawiając już realizację projektu realizatorom, którzy decydują o tym, albo radzie i dopiero w momencie, kiedy sytuacja się pogorszyła w tym sensie, że wszyscy realizatorzy mieli duże problemy z osiągnięciem zakładanych wskaźników, z pozyskaniem wymaganej liczby pacjentów, wymaganej liczby POZ-ów, to wtedy ministerstwo się ponownie uaktywniło.

FGI (Grupa fokusowa)

- **Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?**

W trakcie realizacji projektów generalnie nie występowały poważne problemy związane z rekrutacją lekarzy. Ponadto, mimo zdarzających się trudności, beneficjentom udało się pozyskać zainteresowanie pacjentów. Ich zdaniem (badanie CATI) najczęściej o projekcie profilaktycznym, w którym brali udział, dowiadywali się od lekarzy POZ (29,5%) lub specjalistów (24,8%). Około 18% pacjentów wiedzę na temat projektu profilaktycznego znalazło w Internecie. Najrzadziej wskazywanym źródłem była prasa (6,95%). Graficznie otrzymany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 59. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

3.5.3.3. Ocena zgłaszalności pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?
- Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?
- Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?

- **Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników?**

Zaledwie pięciu beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) zadeklarowało problemy związane z niską zgłaszalnością się pacjentów do realizowanych programów profilaktycznych, z czego zaledwie trzech uznało, że może to zagrażać realizacji programu. Zdaniem beneficjentów do najbardziej efektywnych metod poprawiających zgłaszalność pacjentów do programu profilaktycznego zaliczyć można przede wszystkim współpracę z lekarzami POZ (55%). Także w grupie pracowników ośrodków leczniczych niewielki procent ankietowanych (4,5%) zwrócił uwagę na problem związany z niską zgłaszalnością pacjentów do programów profilaktycznych. Zdaniem jedynie 8% zagraża to realizacji PPZ.

Podnosząc kwestie związane z rekrutacją uczestników do projektu, należy zaznaczyć, że zdecydowana część pacjentów wykazywała chęć skorzystania z PPZ.

Ja znalazłem ogłoszenie papierowe powieszone na tablicy ogłoszeń w [nazwa szpitala], które zostało nowo wybudowane, było otwarcie, no i przypadkowo byłem tam po prostu zobaczyć, bo każdy mógł pójść zobaczyć, jaki ten obiekt powstał, do czego będzie służył, no i tam na tablicy ogłoszeń wisiało ogłoszenie papierowe z wypisanymi numerami kontaktowymi. Tak to się odbywa. Za moją przyczyną jeszcze kilka osób z mojego środowiska po prostu również wzięło w tym udział.

FGI (Grupa fokusowa)

Istnieją jednak obszary w ramach rekrutacji, które okazują się kłopotliwe i wymagają pewnej interwencji celem usprawnienia programu. Podkreślenia wymaga fakt, że skupienie uwagi głównie na jednej ścieżce rekrutacji może prowadzić do wielu problemów realizacyjnych w momencie zawieszenia działalności instytucji, na jakiej opierają się PPZ.

To były różne ścieżki. Nie zawsze było przez POZ. Akurat w naczyniach mózgowych, czyli to, co tam Państwo badacie, tam niestety było tylko przez POZ-y i pracę, to też spowodowało pewien problem. To też proszę sobie zaznaczyć, jako jakieś tam ograniczenia, że jedna ścieżka przyścia pacjenta do programu profilaktycznego, no to jest bardzo ryzykowna, że to później może powodować właśnie mnóstwo problemów, typu teraz POZ-y, potem przejdą jakby na takie usługi zdalne.

Ekspert (MZ 1)

Mowa tutaj między innymi o wspomnianej roli placówek POZ. Przeciążeni pracą lekarze oraz nadmiar wymaganej dokumentacji sprawiają, że nie kierują oni do projektu takiej liczby pacjentów, jaka faktycznie powinna zostać objęta wsparciem.



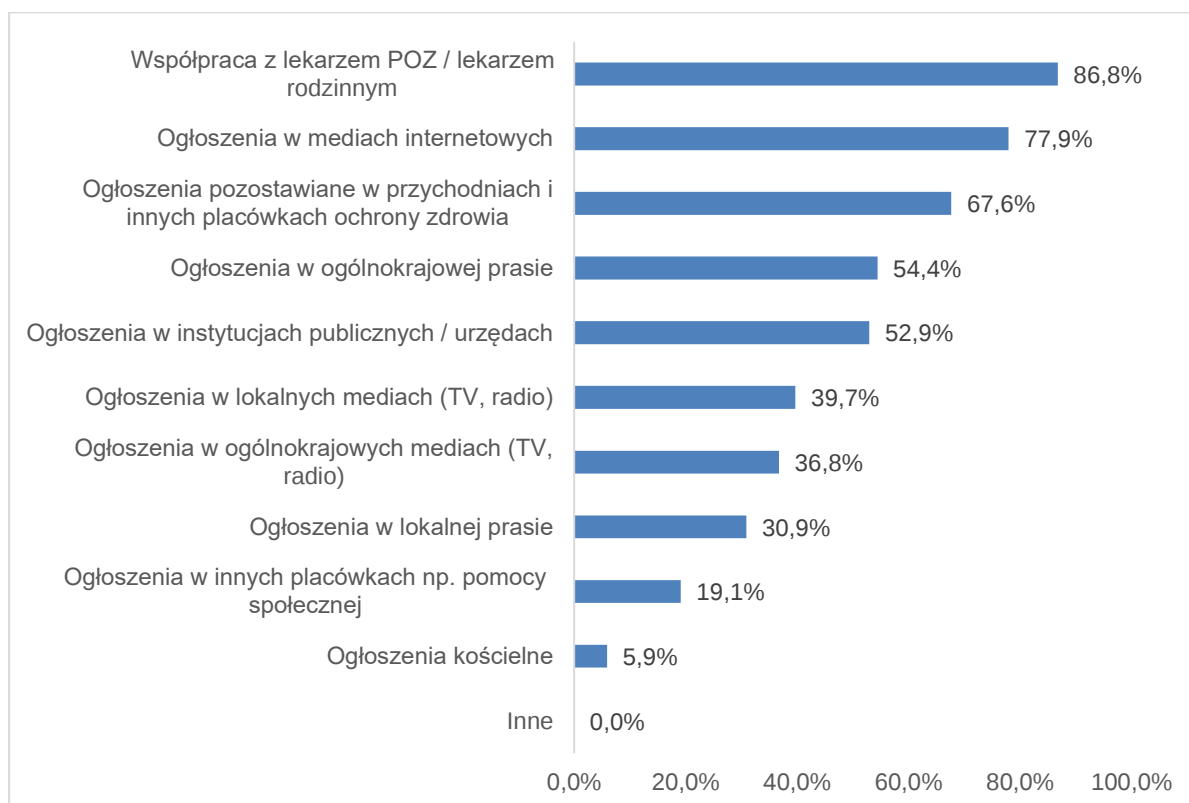
Jeżeli chodzi o dotychczasowe nasze doświadczenia, to raczej pacjenci są chętni, zgłaszają się. Największy problem, no w przypadku POZ-ów, bo oni są obłożeni w ogóle pracą, tak? Więc jeszcze do tego ten dodatkowy czas, który muszą poświęcać, żeby wypytywać pacjentów z danymi jednostkami chorobowymi, to na pewno. Większa byłaby zgłaszalność pacjentów bezpośrednio do specjalistów z pominięciem POZ-u. Natomiast, no te programy zakładają właśnie poprawę współpracy między POZ-em a specjalistami, tak? Może gdyby te stawki były wyższe dla lekarzy POZ-u byłoby to też dla nich bardziej intratne, bo jeżeli oni czterdzieści osiem złotych dostają od pacjenta, jest to stawka taka brutto-brutto, my nie wnikamy (...) kosztem takim ryczałtowym, przekazywane do POZ-u, czy POZ zapłaci to w całości lekarzowi, czy... nie wiem, część z tego. Choć to są naprawdę niewielkie pieniądze za czas i pracę włożoną w jednego pacjenta.

Przedstawiciel beneficjenta (24)

- **Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi?**

Najczęściej podejmowanymi działaniami mającymi na celu promocję realizowanych programów profilaktycznych były, jak wynikało z odpowiedzi beneficjentów konkursowych: podejmowanie współpracy z lekarzami POZ, ogłoszenia w mediach internetowych oraz przychodniach i placówkach. Zaledwie 19% beneficjentów konkursowych zamieszczało ogłoszenia w placówkach pomocy społecznej lub kościołach. Otrzymany wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 60. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68)

Dodatkowym działaniem wypracowanym w trakcie warsztatu design-thinking jest opracowanie w ramach przyszłych PPZ darmowej aplikacji mającej na celu motywowanie pacjentów do udziału w badaniach profilaktycznych. Aplikacja ta w założeniu miałaby oferować szereg testów, które w oparciu o podstawowe pytania diagnozujące (np. dotyczące stylu życia, obserwowanych objawów) rekomendowałyby wykonanie konkretnych badań profilaktycznych. Dodatkową funkcją tej aplikacji ma być okresowe przypominanie o badaniu, a także informowanie o miejscu, gdzie pacjent może się badaniu poddać. Celem zabezpieczenia PPZ pod kątem rekrutacji pacjentów warto objąć działaniami edukacyjnymi personel oddelegowany do rejestracji pacjentów w placówkach POZ. Dzięki wyczuleniu rejestratorów i rejestratorek na określone czynniki ryzyka związane z występowaniem chorób, na których diagnostyce skupiają się PPZ, większa liczba pacjentów będzie mogła zostać skierowana do objęcia wsparciem.

Wciągnięcie w program rejestratorek w poradniach laryngologicznych, czy w ogóle poradniach POZ, dlatego że one jako pierwsze odbierają telefony od pacjentów i zapisują ich na różne tam porady do specjalistów i myślę, że gdyby one wiedziały, że taki program istnieje i zadały te dwa pytania więcej, to może zamiast zapisywać do laryngologa na za pół roku, do poradni specjalistycznej, część pacjentów, na przykład, trafiłaby od razu do programu. U nas bardzo widać to, że jeżeli sekretarka jest zmotywowana, nie ukrywam,

że finansowo, do tego by takich pacjentów zapisywać, ponieważ od każdego pacjenta ma jakąś tam kwotę dodaną do wynagrodzenia, to ilość tych pacjentów z automatu wzrasta.

FGI (Grupa fokusowa)

W ramach zwiększenia motywacji do przystępowania do badań profilaktycznych można stosować różnego rodzaju inicjatywy. Jedne z nich oparte są na nagrodzie, inne na karze. Jedną z rekomendacji jest wprowadzenie ograniczenia działania ubezpieczenia zdrowotnego za brak realizacji okresowych badań diagnostycznych.

Jednak nie ma tych bodźców takich, które wymuszają trochę na pacjencie pewne działanie profilaktyczne, no bo jeżeli tego działania nie wykonam, to nie wiem, ubezpieczenie będzie działało w mniejszym stopniu, no i tak dalej.

FGI (Grupa fokusowa)

- **Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?**

Z opinii badanych jasno wynika, że szczególną skuteczność miały bezpośrednie rozmowy lekarzy i pracowników socjalnych z pacjentami. Indywidualny kontakt zwiększał szansę wyjaśnienia istoty programu, zapewnienia o jego nieodpłatności i zachęcenia do udziału.

3.5.3.4. Nieschematyczne rozwiązania

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy?
- Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?
- Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?

- **Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy? Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób?**

Zdaniem większości beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania (83,8%).

Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?

Działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych najczęściej nie wychodziły poza dotychczas stosowane rozwiązania. Z uwagi na ten fakt nie można jednoznacznie określić, czy stosowanie nieschematycznych rozwiązań poprawiło skuteczność i jakość wsparcia. Analiza taka wymagałaby bowiem porównania skuteczności co najmniej dwóch zbliżonych zakresem i charakterem programów różniących się zakresem stosowanych (typowych i nieschematycznych) działań.

3.5.3.5. Podział na makroregiony

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFS+?
- Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?

- **Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFS+? Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?**

Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle 71,4% badanych, zaledwie dwóch beneficjentów konkursowych zgłosiło odmienne zdanie. Formuła wyboru projektów w podziale na makroregiony jest uznawana za rozsądny sposób, który pozwala na objęcie nimi większej części kraju niż za pomocą stosowania innych metod.

Ta metoda jest rozsądna. Tak, bo wybieramy po jednym, mamy... Przede wszystkim jest szansa, że obejmiemy wsparciem całą Polskę. e w każdym będziemy mieli co najmniej jednego. Jeżeli chodzi o dostępność lokacji. I to ma sens, bo tak na przykład nowotwory głowy i szyi, jest jedno województwo nieobjęte.

Ekspert (MZ 2)

Dzięki temu możliwe jest uniknięcie białych plam na mapie Polski i objęcie programem większej populacji kraju.

Makroregiony miały wymusić, że będzie dostępność tego wsparcia właśnie na obszarze równomiernie całej Polski i ta alokacja była właśnie podzielona na te makroregiony, no i to jest częsty zabieg w sprawach działania, właśnie kryteria, no i to gdzieś tam się

sprawdza. Pewnie nie zawsze są chętni w danym makroregionie. Nie zawsze się udało wybrać projekt, ale to też jest taki mechanizm, te pieniądze są wtedy przesuwane na projekty z innych makroregionów.

Ekspert (MFIPR)

3.5.4. Koordynacja działań profilaktycznych

3.5.4.1. Ocena przypisania ról poszczególnym instytucjom

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?
- Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?
- W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?

- **Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe?**

Okolo 75% badanych twierdzi, że wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Wartym podkreślenia jest fakt, że zwracano uwagę na konieczność zwiększenia rangi lekarzy POZ – takiego zdania jest okolo 18% beneficjentów konkursowych. W grupie beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) 75% twierdzi, że wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Ponadto 18% beneficjentów konkursowych zauważyło, że istnieją instytucje, które powinny być w większym stopniu włączone w schemat realizacji wsparcia.

- **Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić?**

Wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ przypisane właściwe role. Mimo to część realizatorów wskazuje na możliwość intensywnego zaangażowania lekarzy medycyny pracy, co pozwoli na objęcie badaniami profilaktycznymi dużej liczby pacjentów. Zaleca się także informowanie o programach profilaktycznych samych pracodawców, miałyby to wpływ na podniesienie poziomu ich świadomości w zakresie potrzeby delegowania pracowników na badania profilaktyczne.

Widzimy taką możliwość, że nie tylko przez lekarzy POZ, ale bezpośrednie takie dotarcie do pacjenta przez takie czy imprezy masowe, na przykład dotarcie do takiego zakładu pracy, porozmawianie, że słuchajcie, dzisiaj przez dwa-trzy dni nasi pracownicy będą przychodzić, będą robili ankietę, będziemy rozmawiać.

Przedstawiciel beneficjenta (22)

- **W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?**

Włączenie tego rodzaju jednostek do programu pozwoliłoby na uruchomienie kolejnej ścieżki rekrutacji uczestników. W odróżnieniu od placówek POZ wizyty u lekarza medycyny pracy odbywają się stosunkowo regularnie, co zapewnia możliwość włączenia do programu większej liczby pacjentów. Lekarze medycyny pracy są odpowiednimi osobami do rekrutowania grupy docelowej, jaką jest społeczność aktywna zawodowo.

3.5.4.2. Współpraca w ramach działań profilaktycznych

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?
- Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?
- Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?

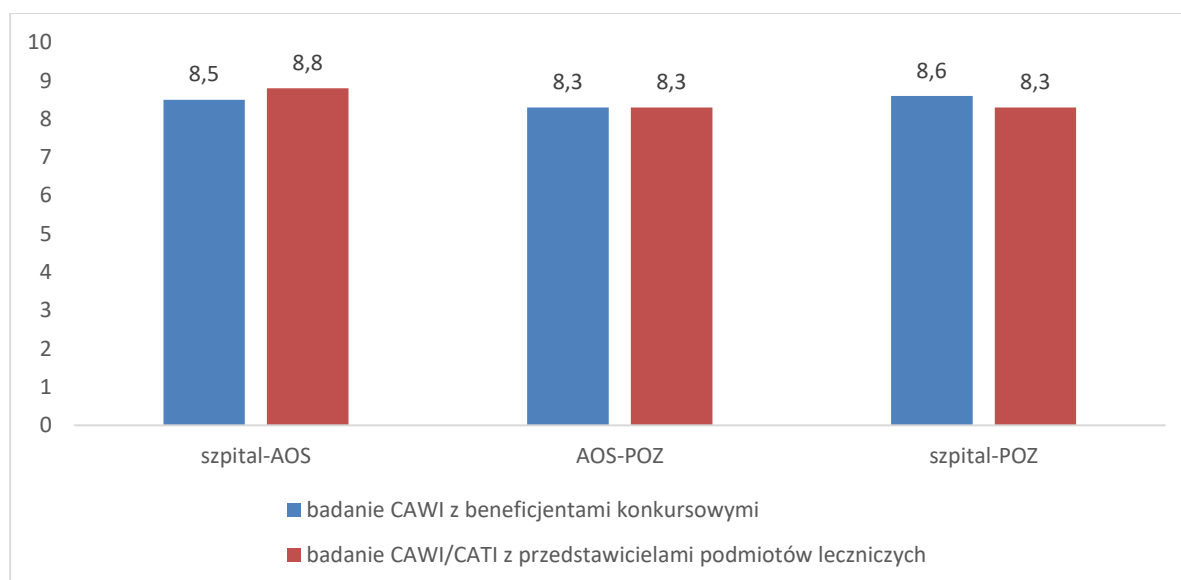
- **Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ?**

Wśród beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wysoko oceniona została współpraca, w trakcie realizowania projektów profilaktycznych, pomiędzy szpitalem, AOS a POZ.

Dokładna analiza nie dała podstaw do wnioskowania o istnieniu różnic między poszczególnymi obszarami współpracy.

Istotnych różnic nie obserwowano również między ocenami współpracy, jakiej dokonali przedstawiciele podmiotów leczniczych. Obserwowano jednak tendencję wskazującą, że współpraca na linii szpital-AOS była nieznacznie wyżej oceniana w porównaniu do kooperacji AOS-POZ oraz szpital-POZ. Poniżej otrzymane wyniki przedstawiono w formie graficznej.

Rysunek 61. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI z beneficjentami konkursowymi (N=68) oraz badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=550)

Do głównych zalet podejmowania współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej zaliczano (w grupie beneficjentów konkursowych) możliwość dotarcia do większej liczby pacjentów poprzez informowanie ich o istniejących programach oraz zachęcanie do wzięcia w nich udziału. Przedstawiciele podmiotów leczniczych również zwracali uwagę na możliwość dotarcia lekarzy POZ do większej grupy pacjentów, ale podkreślali lepszą znajomość pacjentów oraz możliwość odciążenia pracy specjalistów.

Wśród wad zaangażowania lekarzy POZ beneficjenci konkursowi wskazywali wysoką roszczeniowość tej grupy i małe zainteresowanie udziałem w programach profilaktycznych. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych wymieniano brak wystarczającej wiedzy o projekcie przez lekarzy POZ oraz zbyt duże rozproszenie odpowiedzialności za sukces projektu (np. uzyskanie zakładanego poziomu wskaźników).

- **Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne?**

Zdaniem 69% beneficjentów konkursowych (badanie CAWI) wszystkie elementy systemu zostały zaangażowane odpowiednio w procesie realizacji programów profilaktycznych.

Podobny procent uzyskano w grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych (75,8%, badanie CAWI/CATI). Przeciwnego zdania jest zaledwie 13% beneficjentów (badanie CAWI) oraz 6% przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI).

- **Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?**

Wysoko oceniono również poziom sprostania problemowi fragmentacji opieki nad pacjentem w grupie beneficjentów konkursowych. Warto zaznaczyć, że przedstawiciele podmiotów leczniczych znacznie niżej ocenili stopień, w jakim poradzono sobie z tym problemem. Projekt nie umożliwił w pełni zniwelowania fragmentacji opieki nad pacjentem. Jest to trudność występująca na poziomie systemu, która jest niemożliwa do rozwiązania na poziomie programu. Problem fragmentacji opieki nad pacjentem nie przeszkodził beneficjentom projektu w utrzymaniu współpracy z placówkami POZ.

Nawiązując jeszcze chwileczkę do tyłu, istotnie udało się pokonać ten problem fragmentacji opieki. Właściwie takie było nasze założenie, że skupimy się na tym, żeby ta dostępność była jak największa i wtedy też zapadła decyzja, że samodzielnie będziemy realizować właściwie wszystkie świadczenia.

Przedstawiciel beneficjenta (6)

Mimo to, dzięki zwiększeniu przepływu informacji między lekarzami i wzrostowi poziomu świadomości istotnej roli programów profilaktycznych, należy zanotować poprawę w kwestii fragmentacji opieki nad pacjentem.

3.5.4.3. Dostępność działań profilaktycznych dla pacjentów

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?

Zdaniem pacjentów (badanie CATI) dostępność do badań profilaktycznych była znacznie większa w trakcie trwania projektu – odpowiedź taką wskazało 63,2% respondentów. Ponadto, zdaniem 30,1% badanych, dostępność nie uległa zmianie, natomiast według 6,7% - pogorszyła się.

Dostępność do badań w trakcie trwania badania została oceniona wysoko w grupie pacjentów (średnia wyniosła 6,94; wynik badania CATI z pacjentami)⁸³. Ponadto większość z nich zauważyła wzrost dostępności do badań w ramach realizowanego projektu, natomiast 30,1% nie obserwowała zmian pod tym względem.

Niewątpliwie za sukces programu należy uznać realne zwiększenie dostępności świadczeń profilaktycznych tym osobom, które np. ze względu na miejsce zamieszkania mają do nich utrudniony dostęp.

Tu były małe miejscowości, gdzie dostęp do tych specjalistów, myślę, że jest trudniejszy, gdyż chociażby wiąże się to z pewną odległością, którą trzeba było pokonać, a tutaj była ta możliwość.

Przedstawiciel beneficjenta (16)

W kontekście wskazanych wyżej pozytywnych ocen należy jednak zauważyć, że sześciu beneficjentów konkursowych obserwowało problemy związane z naborem pacjentów – najczęściej dotyczyły one niespełniania warunków przez pacjentów.

3.5.4.4. Zaangażowanie POZ w realizację PPZ

W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?
- Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?

- **Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów?**

Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze. Średnia ocena tego elementu dokonana przez przedstawicieli beneficjentów to 8.6 (max. oceny to 10). To właśnie POZ w głównej mierze przesądza o ostatecznym sukcesie programu. One finalnie decydują o ilości skierowanych pacjentów do dalszej diagnozy, dlatego tak ważne jest pochylenie się nad kwestią współpracy z tymi jednostkami medycznymi oraz znalezienie rozwiązań, które zapewnią odpowiednią motywację do rzetelnie prowadzonych działań w ramach programu.

Przede wszystkim chciałbym określić jakby rolę POZ-ów w realizacji tych projektów, dlatego że my mamy taki oddźwięk jakby ze strony właśnie POZ-ów, że tak naprawdę oni

⁸³ Skala oceny dostępności do badań przyjmowała wartości od 0 (zdecydowanie źle) do 10 (zdecydowanie dobrze).

w większości przypadków nie realizowali nigdy projektów i programów profilaktycznych, tego typu zakresu i oni są, nie ukrywam, bardzo często zainteresowani tym, że jako [nazwa beneficjenta] jesteśmy już w tej chwili także realizatorem kolejnych projektów programów profilaktycznych i pytają się, kiedy też będą mogli przystąpić do tych programów.

FGI (Grupa fokusowa)

- **Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?**

Realizacja PPZ wymaga utrzymywania stałego kontaktu z innymi placówkami medycznymi. Spotkania ewaluacyjne to również dodatkowa przestrzeń do wymiany informacji i spostrzeżeń z zakresu postępu prac realizacyjnych. Dzięki temu wszystkim osoby zaangażowane w działania programowe wskazują na tworzenie sieci powiązań środowiska medycznego. Jest to niewątpliwie wartość dodana. Dzięki temu w przyszłości możliwym będzie podejmowanie nowych przedsięwzięć badawczych, naukowych czy też rozpoczęcie współpracy nakierowanej na pracę z pacjentami. Równocześnie warto podkreślić brak obserwacji negatywnych nieplanowanych efektów realizacji PPZ.

Myślę, że takie osobiste relacje z POZ-ami, które wytworzyliśmy, no, też one jakoś będą wpływać na to, że ci pacjenci będą trafiać do takich, no nazwijmy to wysoko referencyjnych placówek czy szpitali, czy poradni, które tym problemem się zajmą w taki sposób.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

To poprawia nam też sprawną współpracę ze specjalistami innych dziedzin, których nasi pacjenci siłą rzeczy na różnych etapach swojego chorowania, powiedzmy, troszkę tak może nieelegancko, mogą się zetknąć i tu ortopeda, myślę o neurologach czy rehabilitantach. To też ułatwia nam pewne zrozumienie i szybszą komunikację.

Przedstawiciel beneficjenta (19)

3.5.5. Komunikacja

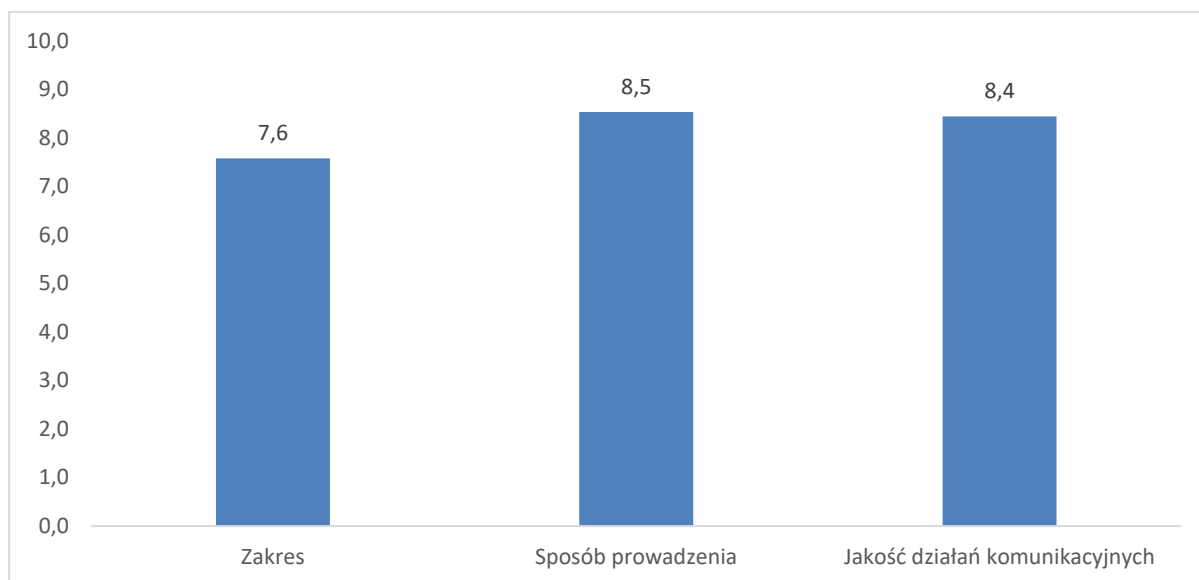
W tym podrozdziale udzielona zostanie odpowiedź na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?
- Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?
- Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?

- **Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów?**

Zakres, sposób i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ należy ocenić jako bardzo dobry, jednak było to okupione ogromnym wysiłkiem jednostek odpowiadających za prowadzenie PPZ. Przebadana grupa przedstawicieli podmiotów leczniczych (badanie CAWI/CATI) wysoko ocenia działania komunikacyjne w zakresie rekrutacji pacjentów pod względem sposobów prowadzenia oraz jakości działań komunikacyjnych, istotnie niżej oceniano zakres działań komunikacyjnych. Otrzymane wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 62. Ocena działań komunikacyjnych w zakresie rekrutacji pacjentów



Źródło: opracowanie własne; badanie CAWI/CATI z przedstawicielami podmiotów leczniczych (N=550)

Beneficjenci swoją postawą udowadniają, że skoncentrowani są na dobru pacjenta. Wiele razy byli zmuszeni do ponoszenia wydatków ze środków własnych, by sfinansować działania promocyjne czy informacyjne. Prowadzono je za pośrednictwem wszelkich możliwych metod (ulotki, plakaty, billboardy, reklama w prasie, działania informacyjne za pośrednictwem mediów społecznościowych, zamieszczanie informacji na stronie szpitali oraz placówek POZ).

Zapewnialiśmy różne formy dotarcia z komunikatem i przez lekarzy, i przez firmę, i przez różne instytucje, administracji publicznej, poprzez bezpośrednią edukację i poprzez artykuły, i poprzez media społecznościowe, Internet, , więc szliśmy dość szeroko.

Przedstawiciel beneficjenta (1)

Wysokie zaangażowanie realizatorów PPZ w komunikację z otoczeniem potwierdza udział przedstawicieli personelu medycznego w wydarzeniach lokalnych (festynach, dniach powiatu/gminy). Tego rodzaju działalność jest szczególnie pomocna ze względu na możliwość bezpośredniego kontaktu potencjalnych pacjentów z lekarzami, pielęgniarkami, którzy swoją postawą i sztuką retoryki mogą przekonać zainteresowanych do rekrutacji do programu.

Spotkania odbywają się na imprezach lokalnych czy tam jakiś powiatach, czy w gminach. Jak bywały dożynki jakieś, to zawsze się odbywało i do tego w jakiś tam domach kultury, jakieś były akcje, to zawsze rozstawiliśmy namiot, stoisko, przedstawiciele i ta akcja była propagowana.

Przedstawiciel beneficjenta (11)

Komunikację z otoczeniem prowadzono również w poszczególnych placówkach POZ.

Dodatkowo w każdym POZ-e był punkt pielęgniarski, punkt informacyjny, czyli że na przykład pacjent przychodził z bolącą ręką, nogą to też np.: jeżeli pielęgniarka знаła pacjenta, to wiedziała, że u niego może być do niego adresowany projekt, to jak najbardziej jednak w formie ustnej został zaproszony do udziału i przeważnie był w formie pozytywnej.

Przedstawiciel beneficjenta (10)

Mimo opisanych powyżej działań promocyjnych najlepszy skutek przynosiły akcje informacyjno-popularyzacyjne prowadzone za pośrednictwem radia oraz telewizji. To właśnie po emisji komunikatów w tych kanałach odnotowywano zdecydowany wzrost zainteresowania udziałem w PPZ.

Zrobiliśmy kampanię radiową, która pokazała bardzo wymierny efekt tych działań, bo po prostu przez dwa tygodnie reklamy w radiu, telefony nam się urywały. Dzwonili sami pacjenci zainteresowani.

FGI (Grupa fokusowa)

W kontekście reklam prowadzonych za pośrednictwem radia oraz telewizji należy poruszyć problem niewystarczającej pomocy MZ w promowaniu PPZ. Liczne postulaty kierowane przez realizatorów programów dotyczące rozpoczęcia prac nad kampanią informacyjną przez centralny ośrodek, która mogłaby zakończyć się ogromnym sukcesem, pozostawały bez odzewu ze strony IP.

Uważam, że tutaj dużo więcej moglibyśmy osiągnąć, gdyby organy centralne, na przykład ministerstwo czy NFZ, takie, które mają łatwy dostęp do lekarzy rodzinnych w całej Polsce, nas troszkę wsparły w jakieś kampanii informacyjnej przed wdrożeniem projektu.

Przedstawiciel beneficjenta (23)

Podsumowując, należy stwierdzić, że pomimo ogromnego wysiłku realizatorów PPZ działania informacyjno-promocyjne są niewystarczające. Instytucje zaangażowane w prowadzenie PPZ wielokrotnie są zmuszane do wydawania środków własnych na cele promocyjne. Natomiast pacjenci są podzieleni w opiniach na temat jakości komunikacji realizatorów PPZ z otoczeniem. Ci z nich, którym udało się uzyskać informacje za pośrednictwem mediów lokalnych, wyrażają pochlebne opinie, natomiast pacjenci, którzy posiadli wiedzę o PPZ za pomocą samodzielnych działań, wskazują na problemy komunikacyjne.

A ja znalazłem ogłoszenie papierowe powieszone na tablicy ogłoszeń w Centrum Onkologii w Centrum Radioterapii w Pile, które zostało nowo wybudowane, było otwarcie, no i przypadkowo byłem tam po prostu zobaczyć, bo każdy mógł pójść zobaczyć, jaki ten obiekt powstał, do czego będzie służył, no i tam na tablicy ogłoszeń wisiało ogłoszenie papierowe z wypisanymi numerami kontaktowymi.

FGI (Grupa fokusowa)

- **Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie?**

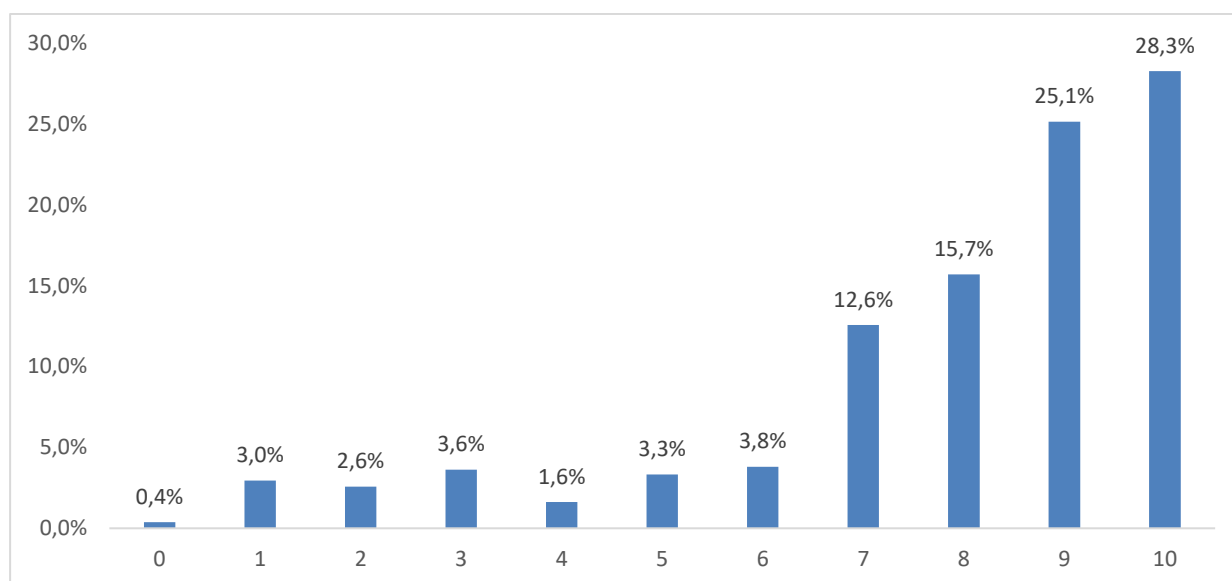
Zaledwie 4% analizowanej grupy przedstawicieli podmiotów leczniczych zaznacza, że należałoby zmienić oraz wdrożyć działania usprawniające komunikację w PPZ.

- **Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?**

Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektów profilaktycznych były oceniane wysoko przez pacjentów (badanie CATI). Udział w projekcie przełożył się również na to, że i wysoko oceniają oni rolę programów profilaktycznych w wykrywaniu choroby we wczesnym etapie jej rozwoju



Rysunek 63. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych



Źródło: opracowanie własne; badanie CATI z pacjentami (N=1050)

3.5.6. Podsumowanie

Cele postawione przed Programami Profilaktyki Zdrowotnej realizowane w ramach POWER udaje się systematycznie osiągać dzięki staraniom wszystkich jednostek zaangażowanych w interwencje. Stan realizacji poszczególnych wskaźników jest zróżnicowany i jest uzależniony od wielu zmiennych, często niezależnych od realizatorów PPZ.

Najpoważniejszy z problemów, który utrudnia realizację celów postawionych przed PPZ, jest ściśle powiązany z niewielkim zaangażowaniem placówek POZ w działania PPZ. Jest to trudność, z którą borykają się beneficjenci wszystkich programów w podobnym zakresie. Niskie zaangażowanie wskazanych jednostek medycznych wynika z niewielkiej motywacji finansowej (niskich stawek jednostkowych), zbyt dużego obciążenia dokumentacją projektową, nadmiarem obowiązków personelu medycznego zatrudnionego w POZ oraz niskiego poziomu świadomości lekarzy z zakresu korzyści płynących z badań profilaktycznych.

Kolejnym z problemów utrudniających realizację PPZ jest niechęć pacjentów do wzięcia udziału w projekcie z uwagi na obowiązek wypełnienia wielu dokumentów oraz niską świadomość społeczną na temat badań profilaktycznych. Wizyta u lekarza budzi w pacjentach lęk. Szpital, lekarz nie kojarzy im się z profilaktyką, lecz przywołuje na myśl konieczność rekonwalescencji i poddania się leczeniu.

Kolejną z przyczyn opóźnień w postępie osiągania wyznaczonych wskaźników stała się epidemia COVID-19. Zmiana trybu pracy i przyjmowanie pacjentów za pośrednictwem teleporad niemal całkowicie zatrzymało ścieżkę rekrutacji związaną z działalnością placówek POZ. Niemożność kontaktu fizycznego z pacjentem blokuje ich włączenie do PPZ.

Ostatnim z zasadniczych problemów, z jakimi borykają się realizatorzy PPZ, jest niska frekwencja na szkoleniach – trudności związane z realizacją działań edukacyjnych wynikają ze zbyt długiego czasu szkoleń. Program jest dedykowany osobom w wieku produkcyjnym, które z uwagi na swoje obowiązki zawodowe nie są w stanie partycypować w tego typu warsztatach. Rozwiązaniem opisanego problemu jest możliwość realizacji działań edukacyjnych w oparciu o e-learning.

Wskazane wyżej trudności nie wpływają jednak negatywnie na ogólną ocenę programu, który został pozytywnie zaopiniowany przez beneficjentów, jak i przez uczestników.

Pozytywne efekty programu są widoczne już teraz, na aktualnym etapie jego realizacji.

Przyczynił się on do wykrycia chorób na wczesnym etapie rozwoju, pacjenci zostali poddani leczeniu, które z uwagi na szybkie wykrycie choroby może przynieść pozytywne rezultaty w krótkim czasie. Dzięki realizacji programu zwiększyła się wiedza pacjentów na temat istotności badań profilaktycznych. Poza pozytywnym wpływem na pacjentów sukcesem programu profilaktycznego jest także edukacja personelu medycznego.

Założenia programu dotyczące finansowania zostały ustalone na odpowiednim poziomie, tym samym można stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. W obszarze finansowania negatywne opinie budzi jednak proporcja środków przeznaczonych na koszty pośrednie oraz bezpośrednie. Beneficjenci negatywnie oceniają brak możliwości zmiany stawek jednostkowych. Wskazują oni, że obecna formuła PPZ nie uwzględnia zmian stawek na rynku medycznym oraz nie pozwala na ewentualną ich korektę wynikającą chociażby z tytułu zmian wartości pieniądza.

Aspektem, który został już poruszony w raporcie i który nierozłącznie wiąże się ze stawkami jednostkowymi, jest przewidziane wynagrodzenie dla placówek POZ. Ich obecna wysokość nie stanowi wystarczającej motywacji do prowadzenia działań mających na celu realizację PPZ.

Procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ są możliwe do udoskonalenia oraz uproszczenia za pomocą włączenia praktyków do opracowywania merytorycznych planów realizacji przyszłych PPZ.

Zasady i procedury realizacji PPZ są znane beneficjentom programu. Dzięki jasno sprecyzowanym przepisom beneficjenci wiedzą, jakie jest ich zadanie w programie, mogą skoncentrować się na realizacji założonych celów. Mimo pozytywnej oceny zasad PPZ trudnością w zakresie ich realizacji jest szeroko rozumiana biurokracja, która wydaje się nazbyt obszerna.

W trakcie realizacji PPZ zaistniały problemy we współpracy z Instytucją Pośredniczącą – Ministerstwem Zdrowia. Trudności dotyczyły w szczególności opóźnień w wypłacaniu środków z tytułu wniosków o płatność, częstych zmian koordynatorów oraz niskiego zaangażowania MZ w cykliczne spotkania ewaluacyjne.

Skupienie uwagi głównie na jednej ścieżce rekrutacji może prowadzić do wielu problemów realizacyjnych w momencie zawieszenia działalności instytucji, na jakiej opierają się PPZ. Warto poszerzyć możliwość kierowania pacjentów do PPZ za pomocą bezpośredniego kontaktu ze specjalistami. Celem zabezpieczenia PPZ pod kątem rekrutacji pacjentów warto objąć działaniami edukacyjnymi personel oddelegowany do rejestracji pacjentów w placówkach POZ.

Pozytywne opinie zbiera wybór projektów w podziale na makroregiony. Dzięki temu możliwym jest uniknięcie białych plam na mapie Polski i objęcie programami większej populacji kraju.

Wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ przypisane właściwe role. Mimo to, część realizatorów wskazuje na możliwość zaangażowania podmiotów niezależnych, np. pracodawców, co może przynieść wymierne korzyści. Ponadto rekomenduje się włączenie do programu pielęgniarek i pielęgniarzy środowiskowych.

Rekomenduje się także włączenie do realizacji PPZ zakładów medycyny pracy. Taka korelacja pozwoliłaby na uruchomienie kolejnej ścieżki naboru uczestników. Lekarze medycyny pracy wydają się być odpowiednim miejscem do rekrutowania grupy docelowej, jaką jest społeczność aktywna zawodowo.

Zakres, sposób i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ należy ocenić jako bardzo dobry, jednak bywa to okupione ogromnym wysiłkiem jednostek odpowiadających za realizację PPZ. Beneficjenci swoją postawą udowadniają, że ich działania skoncentrowane są na dobru pacjenta.

Najlepszy skutek przynosiły akcje informacyjno-promocyjne prowadzone za pośrednictwem radia oraz telewizji. To właśnie po emisji komunikatów w tych kanałach odnotowywano zdecydowany wzrost zainteresowania udziałem w PPZ.

W kontekście reklam prowadzonych za pośrednictwem radia oraz telewizji należy poruszyć problem niewystarczającej pomocy MZ w promowaniu PPZ.

4. Synteza odpowiedzi na pytania ewaluacyjne

Pytania	Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi	Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów	Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych	Wszystkie PPZ
Postęp rzeczowy i rezultaty wsparcia				
W jakim stopniu zostały zrealizowane cele PPZ? W jakim stopniu PPZ zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER? W jakim stopniu w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER zostały osiągnięte cele wdrażanych poprzez nie PPZ? Jakie były przyczyny, z powodu których niemożliwa była pełna realizacja celów PPZ?	Cele PPZ zostały zrealizowane w wysokim stopniu. Analizowane PPZ w pełni zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER. Na etapie badania projekty są w fazie realizacji, a wskaźniki monitorujące wykazują wartości zerowe lub znacznie poniżej oczekiwań zdefiniowanych we WOD. Cel wdrażanych poprzez nie PPZ zrealizowany został w całości.	Cele PPZ zostały zrealizowane w wysokim stopniu. Nie można ustalić jednoznacznie, w jaki sposób cele Działania 5.1 PO WER zostały zrealizowane przez Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania RZS w kontekście ich faktycznego zrealizowania. Większość realizowanych w chwili prowadzenia badania projektów wykazuje w analizie wskaźników wartości znacznie niższe niż zakładane we WOD.	Cele PPZ zostały zrealizowane w wysokim stopniu. Analizowane PPZ w pełni zrealizowały cel szczegółowy 1 dla V OP PO WER. Celem szczegółowym Działania 5.1. Programy profilaktyczne było „Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej”. W tym znaczeniu - na poziomie deklaracyjnym - cel ten został zrealizowany w całości.	
W jakim stopniu zostały osiągnięte zaplanowane efekty PPZ (produkty i rezultaty)? Jakie są rezultaty długoterminowe PPZ? Czy można wskazać inne pozytywne, ale nieplanowane efekty ich realizacji? Czy wystąpiły nieplanowane efekty negatywne, a jeżeli tak – to jakie i co mogło być ich przyczyną?	Efekty PPZ zostały osiągnięte w wysokim stopniu. Głównym długoterminowym rezultatem PPZ jest: budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej. Pozostałymi są m.in.: wzrost znaczenia POZ, profesjonalizacja zawodów medycznych, większa dostępność lekarzy specjalistów. Nie zaobserwowano negatywnych efektów w trakcie prowadzenia programów profilaktycznych.	Stan wykonania poszczególnych wskaźników jest na zróżnicowanym poziomie w obrębie każdej jednostki. Mimo to uzyskane dane pozwalają zakładać, że uda się osiągnąć zamierzone wartości. Długoterminowymi rezultatami realizacji programów profilaktycznych są: budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej, tworzenie sieci powiązań wśród środowiska medycznego. Jednym z najważniejszych efektów jest także diagnoza innych chorób w trakcie	Uzyskano bardzo wysokie oceny zrealizowanych efektów PPZ w obszarach: celu, produktów i rezultatów. Partycypacja w projekcie pozwoliła na zrozumienie istoty problemu, jaka wiąże się ze zbyt późnym wykrywaniem chorób. W związku z powyższym część lekarzy pracujących w POZ chętniej kieruje pacjentów na badania specjalistyczne, mając na uwadze profilaktykę. To właśnie budowanie świadomości profilaktyki zdrowotnej jest dominującym, długoterminowym rezultatem.	



		przewodzenia badań. Wykorzystywana technologia pozwoliła na wykrycie w przypadku części pacjentów m.in. chorób nowotworowych. Nie zaobserwowano konkretnych negatywnych efektów w trakcie prowadzenia programów profilaktycznych.	Wśród nieoczekiwanych skutków należy wskazać fakt, że podmioty biorące udział w rogramie zaczęły ze sobą ściślej współpracować. Nie zaobserwowano konkretnych negatywnych efektów w trakcie prowadzenia programów profilaktycznych.	
Jak jest oceniana przydatność wiedzy uzyskanej przez realizatorów oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ w trakcie ich realizacji? Jak personel medyczny ocenia przydatność oferowanej wiedzy szkoleniowej?	Przydatność uzyskanej wiedzy przez poszczególne grupy odbiorców PPZ należy ocenić wysoko. Szkolenia z zakresu profilaktyki oraz leczenia nowotworów głowy i szyi wśród personelu medycznego zostały wysoko ocenione - wypełniły lukę informacyjną na temat tych chorób, które bywają pomijane w ogólnym dyskursie. Także podejmowane działania informacyjno-edukacyjne spełniły swoją rolę i poszerzyły wiedzę uczestników projektu.	Przydatność uzyskanej wiedzy przez poszczególne grupy odbiorców PPZ należy ocenić wysoko. Personel medyczny i pacjenci wysoko ocenia przydatność uzyskanej wiedzy.	Zdecydowana większość pacjentów deklaruje wzrost poziomu posiadanej wiedzy. Pacjenci oceniali wysoko przydatność wiedzy zdobytej w trakcie uczestnictwa w programach profilaktycznych. Także personel medyczny nabył kompetencje, które są wysoko oceniane.	Przydatność wiedzy przekazywanej w trakcie szkoleń prowadzonych w ramach PPZ jest oceniana szczególnie pozytywnie i w znacznym stopniu przyczynia się do podejmowania korzystnych decyzji lekarzy związanych z leczeniem pacjentów. Przydatność uzyskanej wiedzy przez poszczególne grupy odbiorców PPZ należy ocenić wysoko.
Czy udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie wśród indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)? Czy w związku z realizacją PPZ wzrosła ich świadomość zdrowotna, w szczególności dotycząca najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej?	Udział w projektach profilaktycznych PO WER przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie. Dzięki realizacji PPZ nastąpił wzrost świadomości dotyczącej najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej.	Udział w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie. Nastąpił także wzrost świadomości dotyczącej najbardziej istotnych chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej.	Udział w projekcie profilaktycznym przełożył się na zwiększenie wykrywalności choroby na wczesnym etapie i wzrost świadomości zdrowotnej. Wzrost ten można zaobserwować m.in. przez pryzmat zmiany stylu życia – np. w obrębie zwyczajów żywieniowych.	
Jak udział w PPZ oceniają pacjenci objęci wsparciem? Co zdaniem pacjentów było największą zaletą tych projektów, a co największą wadą? Jak można usprawnić	Pacjenci objęci wsparciem pozytywnie oceniają program. Do najczęściej wskazywanych zalet uczestnictwa w projektach należy lepsza dostępność do specjalistów.	Udział w projekcie profilaktycznym oceniany był wysoko przez pacjentów. Największą zaletą projektów była lepsza dostępność	Udział w projekcie profilaktycznym oceniany był wysoko przez pacjentów. Dzięki udziałowi w nim wzrosła świadomość korzyści płynących z badań profilaktycznych,	Ocenę programu przez pacjentów należy określić jako pozytywną. Programy profilaktyczne wypełniają lukę w obszarze ochrony zdrowia związaną z długimi kolejkami do



projekty realizujące PPZ, aby spotkały się z jak największą satysfakcją pacjentów?	Zdecydowana większość pacjentów deklaruje, że nie widzi wad projektów, w których brali udział. W celu usprawnienia projektów należy poprawić jakość komunikacji (szeroko upowszechniać informacje o PPZ) i ograniczyć ilość koniecznej do wypełnienia przez pacjentów dokumentacji.	do lekarzy i innych specjalistów oraz wcześniejsza diagnoza. Zdecydowana większość pacjentów deklaruje, że nie widzi wad projektów, w których brali udział. Możliwe jest usprawnianie prowadzonych projektów przede wszystkim poprzez wdrożenie dodatkowych działań promocyjnych. Drugim elementem usprawniającym będzie możliwość wypisania recepty przez specjalistę w ośrodkach diagnostycznych, tak aby pacjent nie był zmuszony do następnej wizyty u lekarza w placówce POZ.	a możliwość przebadania i pozytywne doświadczenia sprzyjają wypracowaniu postawy nakierowanej na niezbędną profilaktykę. Do najczęściej wskazywanych zalet uczestnictwa w programach profilaktycznych pacjenci zaliczyli łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów. Wśród wad najczęściej wskazywano: niską dostępność oraz krótki czas trwania projektu.	lekarzy specjalistów. Pod względem zmian, jakie pacjenci obserwowali w swoim życiu po udziale w projekcie profilaktycznym, wskazywano głównie: lepszą dostępność do lekarzy i innych specjalistów, wcześniejszą diagnozę, otrzymanie fachowej porady oraz zwiększenie wiedzy na temat choroby. Biorąc pod uwagę pozytywny odbiór programów profilaktycznych, należy uznać, że nie wymagają one istotnych korekt. Wśród elementów, których nie można uznać za konieczne, a jedynie za zalecane, są ograniczenia ilości dokumentacji wypełnianej przez pacjenta (np. skrócenie ankiet satysfakcji), jak też szersza promocja programu w grupie osób zainteresowanych.
Jakie problemy wystąpiły w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER oraz w jaki sposób zostały rozwiązane? Czy wszystkie problemy występujące w trakcie realizacji PPZ finansowanych ze środków PO WER zostały rozwiązane? Jeśli nie, to dlaczego i co (jakie zmiany/działania) pozwoliłoby je rozwiązać? Jeśli tak, to w jaki sposób?	Kluczowym problemem występującym w trakcie realizacji PPZ były: trudności rekrutacyjne (niespełnienie wymogów uczestnictwa przez pacjentów), nadmierne obciążenie beneficjentów dodatkowymi formalnymi obowiązkami i brak wystarczającego zaangażowania ze strony niektórych jednostek POZ. W większości przypadków udało się rozwiązać występujące problemy.	Barierą, która wpływa na stan realizacji celów stawianych przed PPZ (poza trwającą od kilku miesięcy pandemią COVID), jest niska aktywność części placówek POZ w ramach programu i brak możliwości sprawowania przez beneficjentów kontroli i wywierania wpływu na działania prowadzone przez placówki POZ. Problemu tego nie udało się rozwiązać i część placówek pozostaje niemal całkowicie bierna. Mimo to większość beneficjentów zadeklarowało, że udało się rozwiązać problemy, jakie pojawiły się w trakcie realizacji programu profilaktycznego, co należy rozumieć jako konsekwentną	Nie obserwowano większych problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych. Niemniej sygnalizowano pojedyncze trudności, np. znalezienie wystarczającej liczby placówek POZ zainteresowanych wzięciem udziału w programie czy motywowanie lekarzy. Zdecydowaną większość problemów udało się rozwiązać. Problemem, którego nie udało się zniwelować, jest nadmierne obciążenie obowiązkami formalnymi beneficjentów i lekarzy POZ.	Wśród problemów, które obserwowano w trakcie realizacji programu profilaktycznego, należy wskazać: niespełnianie wymogów uczestnictwa przez część pacjentów oraz brak zainteresowania pacjentów. Zdecydowaną większość problemów dotyczącą rekrutacji pacjentów udało się rozwiązać. Wyzwaniem było także właściwe szacowanie zakładanych poziomów wskaźników (realistycznych i dopasowanych do możliwości konkretnego beneficjenta).



		realizację programów mimo trudności.		
Czy wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje są/zostały z/realizowane? Jeżeli nie, to jakie czynniki wpłynęły na to, że nie wszystkie działania zostały zrealizowane/nie mogą zostać zrealizowane przez beneficjentów? Jakie czynniki doprowadziły do sukcesu?	W większości przypadków wszystkie zaplanowane w PPZ interwencje zostały zrealizowane. Jedną z barier w ich realizacji była nieefektywność upowszechniania informacji o projektach wdrażających PPZ. Jednocześnie beneficjenci wykazywali się dużym zaangażowaniem, podejmując szereg działań promocyjnych, które pozwoliły im stawić czoła problemowi rekrutacji uczestników projektu.	Wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. Czynnikiem, które w dwóch przypadkach negatywnie wpłynęły na realizację zaplanowanych interwencji, był brak chętnych pacjentów. Wśród czynników mających wpływ na sukces pozostałych projektów wskazywano także zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu medycznego.	Zdaniem większości beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. Wśród czynników, które doprowadziły do sukcesu działań, należy wskazać przede wszystkim fakt, że to sami lekarze informowali pacjentów o projekcie i o korzyściach wynikających z udziału w nim. Badani nie wskazywali, by interwencje nie zostały zrealizowane.	Zdaniem większości beneficjentów konkursowych wszystkie działania zaplanowane w projekcie profilaktycznym zostały zrealizowane. Wśród czynników mających wpływ na sukces wskazywano zainteresowanie pacjentów oraz zaangażowanie lekarzy i personelu medycznego. W grupie, która zgłosiła problemy z realizacją działań, wskazywano głównie niskie zainteresowanie wśród pacjentów.
Postęp finansowy i efektywność wsparcia				
Czy relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia/istniejących potrzeb jest odpowiednia? Czy istnieje ryzyko niewykorzystania alokacji przeznaczonej na Działanie 5.1 PO WER, a jeżeli tak – jak można mu przeciwdziałać/zminimalizować je?	Środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb. Przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystają w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.	Środki finansowe przeznaczone na projekt profilaktyczny są adekwatne do potrzeb. Na obecnym etapie nie występuje realne ryzyko niewykorzystania w pełni środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne. Biorący udział w badaniu przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystają w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.	Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. Wysoko oceniono adekwatność środków finansowych do potrzeb oraz poziom, w jakim wykorzystane zostaną przeznaczone środki. Na obecnym etapie nie występuje realne ryzyko niewykorzystania w pełni środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne.	Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia jest odpowiednia. Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez badanych za zadowalającą i adekwatną do potrzeb. Przedstawiciele beneficjentów deklarują, że wykorzystają w pełni przyznane środki finansowe przeznaczone na działania profilaktyczne.
Czy wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiło/utrudniło realizację projektu? Które stawki jednostkowe (dotyczące jakich	Wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiło realizację projektu. Niemniej należy podkreślić dużą rolę dopasowania wysokości stawek do oczekiwań różnych grup	Wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiło realizację projektu. Zdaniem respondentów zmianie powinny ulec wszystkie stawki jednostkowe poprzez	Wprowadzenie stawek jednostkowych utrudniło realizację projektów – nie chodzi jednak o sam mechanizm, ale ich wysokość. Prócz zbyt niskich stawek dla	Wprowadzenie stawek jednostkowych jest dobrym rozwiązaniem. Należy dokonać jednak ponownej kalkulacji ich wysokości.



procedur/działania) należy zmodyfikować?	zawodowych (np. lekarzy i pielęgniarek), a także waloryzowanie ich.	podniesienie ich do atrakcyjnego poziomu, który będzie motywował pracowników POZ do tego, aby angażować się we współpracę ze szpitalami w realizacji PPZ.	lekarzy pracujących w placówkach POZ, stawki płacowe dla edukatorów okazały się być niewystarczające. Wymagania względem tego stanowiska wedle badanych mają odzwierciedlenie w proponowanym wynagrodzeniu.	
Czy osiągnięte w programach rezultaty (mieralne i niemieralne) są proporcjonalne do wydatków poniesionych w projektach PO WER, których celem było ich wdrożenie? Czy można było te same rezultaty osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych?	Obecnie nie ma możliwości udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co do efektywności finansowej projektów. Można jednak uznać, że analogiczne rezultaty można było osiągnąć tylko przy wykorzystaniu alokacji podobnej wysokości.	Nie odnotowano przekonania respondentów co do tego, aby rezultaty mieralne i niemieralne były nieproporcjonalne do kosztów. Nie można podobnych rezultatów osiągnąć przy wykorzystaniu mniejszych nakładów finansowych.	Wedle badanych niemożliwym byłoby osiągnięcie obecnych rezultatów przy wykorzystaniu mniejszego nakładu finansowego.	
Ile wynoszą szacunkowo średnio koszty bezpośrednie oraz pośrednie (w obrębie i spoza sektora ochrony zdrowia) leczenia pacjenta zdiagnozowanego dla jednostek chorobowych objętych wsparciem w ramach 3 PPZ realizowanych w PO WER? W jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER?	Koszty szacunkowe: 983,00. Analiza danych może w tym zakresie opierać się wyłącznie o koszty pośrednie i bezpośrednie zawartych umów z beneficjentami, niemniej nie odzwierciedlają one faktycznie ponoszonych nakładów (w tym szczególnie kosztów utraconych w związku z konsekwencjami choroby, takimi jak: absencja chorobowa, utrata dochodów pracownika, przedwczesna umieralność, dodatkowe koszty systemu). Ponieważ profilaktyka zdrowotna jest zawsze tańsza niż leczenie, należy przyjąć, że działanie to jest opłacalne, ale ze względu na brak konkretnych danych, nie można udzielić wartościowej odpowiedzi na to pytanie, jakim stopniu mogą one zostać zredukowane dzięki wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach Działania 5.1 PO WER.	Koszty szacunkowe: 821,80 zł. Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez beneficjentów za zadowalającą. Rezultaty osiągane w ramach PPZ są proporcjonalne do wydatków poniesionych w ramach projektu.	Koszty szacunkowe: 2053,00 zł Wdrażanie rozwiązań w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej wpływają na obniżenie ogólnych kosztów (nakładów) na opiekę zdrowotną. Tak więc samo wdrażanie projektów opartych o PPZ, odrębne ich finansowanie ze środków UE, wymuszenie angażowania różnych interesariuszy w systemie, a także standaryzowanie modelu opieki służą redukcji kosztów opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi.	



	Relacja środków finansowych przeznaczonych na działania profilaktyczne w ramach PO WER w stosunku do innych obszarów interwencji EFS w sektorze zdrowia została uznana przez beneficjentów za zadowalającą. Rezultaty osiągnięte w ramach PPZ są proporcjonalne do wydatków poniesionych w ramach projektu.			
Zasady i procedury realizacji PPZ				
Czy procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ można udoskonalić, uprościć, a jeżeli tak – w jaki sposób? Jak realizatorzy oceniają PPZ? Czy według nich nie są one zbyt „przeregulowane”/zbyt skomplikowane? Czy zdaniem realizatorów czegoś w PPZ brakuje? Jakie sugestie naprawcze zgłaszają realizatorzy do wykorzystania przy tworzeniu kolejnych programów polityki zdrowotnej?	Wysoko oceniano poziom skomplikowania dokumentacji i formalności związanych z realizowaniem programu profilaktycznego, te obszary zdaniem beneficjentów powinny zostać uproszczone. Przeprowadzona ewaluacja potwierdza, że w celu ulepszenia programu należy udoskonalić pewne procedury związane z opracowaniem i wdrażaniem PPZ. Przede wszystkim należy uprościć procedury akceptowania wniosków, co umożliwiłoby sprawniejszą realizację projektu (skrócenie czasu oczekiwania na decyzje i płatności). Wśród sugestii zmian poza odbiurokratyzowaniem należy także wskazać na konieczność intensyfikacji działań promocyjnych.	Procedury związane z wdrażaniem programu profilaktycznego można udoskonalić lub uprościć, wskazując jednocześnie na potrzebę ograniczenia dokumentacji projektowej. Elementami wartymi korekty są: ograniczenie ilości dokumentacji projektowej, a także możliwość przesyłania dokumentacji pacjentów pewnymi transzami. Takie działania pozwoliłyby na zmniejszenie presji odczuwanej przez personel i uniknięcie błędów, co w konsekwencji przekłada się na konieczność wprowadzania wielu poprawek do wniosków o płatność, które opóźniają wypłatę środków.	Oceniając zasady i procedury realizacji PPZ, należy podkreślić, że program posiada jasny i czytelny system, który od strony merytorycznej jest w pełni zabezpieczony. Przedstawiciele podmiotów leczniczych zgłaszali potrzebę ograniczenia wymogów oraz dokumentacji przy tworzeniu kolejnych programów profilaktycznych.m	Procedury związane z wdrażaniem PPZ można udoskonalić lub uprościć. Wśród rekomendacji znaleziono głównie propozycje dotyczące zmniejszenia ilości dokumentacji projektowych oraz zmniejszenia liczby i uproszczenia wymaganych dokumentów do uzupełnienia przez poszczególne grupy beneficjentów. Część realizatorów rekomenduje wdrożenie systemu opartego w całości na formie elektronicznej. Badani podkreślają, że pozwoliłoby to na płynniejszy obieg dokumentów, oszczędziłoby wiele przestrzeni magazynowej oraz usprawniłoby ewentualną korektę pojawiających się błędów w trakcie wypełniania wniosków przesyłanych do IP.
Jakie problemy wystąpiły podczas realizacji PPZ po stronie ich realizatorów oraz Instytucji Pośredniczącej? Jak oceniają proces rekrutacji do projektu ich uczestnicy? Czy były z nią problemy, a jeżeli tak – jakiego rodzaju i jak należy je rozwiązać? Jak należy im	Wąskim gardłem w trakcie realizacji projektów było terminowe wypłacanie kolejnych transz środków finansowych i czas oczekiwania na odpowiedzi ze strony MZ. Proces rekrutacji należy ocenić pozytywnie. Procedury rekrutacyjne powinny być	Jedynym przykładem problemów, które – z perspektywy beneficjentów – odnotowano w trakcie realizacji projektów po stronie Instytucji Pośredniczącej, są odroczone płatności. Innym problemem występującym w trakcie realizacji programu była rekrutacja pacjentów – by wyjść	Trudności dotyczyły w szczególności opóźnień w wypłacaniu środków z tytułu wniosków o płatność. Dla szpitali biorących udział w projekcie są to sytuacje szczególnie uciążliwe ze względu na ich zobowiązania finansowe wobec placówek POZ biorących udział w programie.	Jedynym przykładem problemów, które – z perspektywy beneficjentów – odnotowano w trakcie realizacji projektów po stronie Instytucji Pośredniczącej, są odroczone płatności. W trakcie realizacji projektów generalnie nie występowały poważne problemy związane z rekrutacją lekarzy.



przeciwdziałać/minimalizować je? Jakie najbardziej skuteczne metody rekrutacji można wskazać?	nastawione na transparentność i aktywne poszukiwanie uczestników.	temu problemowi naprzeciw, należy prowadzić możliwie szerokie działania promocyjne, w tym podczas eventów miejskich czy przy wsparciu lekarzy medycyny pracy i POZ.	Wyzwaniem jest także zbyt częsta zmiana personelu odpowiadającego za nadzór nad danymi projektami. Żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił problemów związanych z rekrutowaniem personelu medycznego. Żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił także problemów związanych z rekrutowaniem pacjentów.	Ponadto, mimo zdarzających się trudności, beneficjentom udało się pozyskać zainteresowanie pacjentów.
Czy wystąpił problem niskiej zgłaszalności na badania profilaktyczne realizowane w ramach projektów z Działania 5.1 PO WER? Jeżeli tak, to z czego wynika i czy zagraża on realizacji wskaźników? Jakie działania należy podjąć, aby przeciwdziałać temu zjawisku lub je minimalizować – gdy wystąpi? Jakie dobre praktyki dotyczące poprawy zgłaszalności do PPZ zidentyfikowano w realizowanych projektach?	Beneficjenci, chcąc zrealizować założone wskaźniki, wdrażali różnego rodzaju metody rekrutacyjne. Nie wystąpił problem niskiej zgłaszalności pacjentów. Promocja PPZ nie może ograniczać się wyłącznie do przestrzeni wirtualnej. Przekaz należy kierować do potencjalnych uczestników także za pomocą radia i telewizji. Ważną rolę w procesie rekrutacji odgrywają też bezpośrednie kontakty między pacjentami a lekarzami.	Problem związany z niską zgłaszalnością pacjentów niemal nie występował. Istnieją jednak obszary w ramach rekrutacji, które okazują się problematyczne i wymagają pewnej interwencji celem usprawnienia programu. Mowa tutaj między innymi o wspomnianej roli placówek POZ. Przeciążenie pracą lekarzy oraz nadmiar wymaganej dokumentacji sprawiają, że nie kierują oni do projektu takiej liczby pacjentów, jaka faktycznie powinna zostać objęta wsparciem. Do najbardziej efektywnych metod poprawiających zgłaszalność osób do programu profilaktycznego zaliczyć można przedstawianie pacjentom korzyści wynikających z uczestnictwa w nim poprzez np. ogłoszenia w przychodniach oraz podejmowanie współpracy z lekarzami POZ.	Żaden beneficjent konkursowy nie zgłosił problemów związanych z rekrutowaniem pacjentów. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że oparcie rekrutacji wyłącznie na POZ nie jest dobrym rozwiązaniem, ponieważ zwiększa ryzyko, że brak efektywności tej drogi rekrutacji odbije się na całym projekcie. Sposób rekrutacji, który przynosi największe korzyści, to bezpośrednia rozmowa lekarzy POZ z pacjentami. Indywidualna rozmowa, podczas której personel medyczny wyjaśnia istotę programu i realne korzyści, zapewnia odpowiednią motywację ostatecznych odbiorców programu. Ułatwieniem pracy – w tym rekrutacji pacjentów - byłaby całkowita cyfryzacja dokumentacji projektowej oraz redukcja ilości danych i podpisów wymaganych w trakcie obiegu niezbędnej dokumentacji.	Zaledwie pięciu beneficjentów konkursowych zgłosiło problemy związane z niską zgłaszalnością się pacjentów do realizowanych programów profilaktycznych, z czego trzech uznało, że problem ten może zagrażać realizacji programu. Do najbardziej efektywnych metod poprawiających zgłaszalność pacjentów do programu profilaktycznego zaliczyć można przede wszystkim współpracę z lekarzami POZ. Z opinii badanych jasno wynika, że szczególną skuteczność miały bezpośrednie rozmowy lekarzy i pracowników socjalnych z pacjentami. Pozwalały one na wyjaśnienie istoty programu, zapewnienie o jego nieodpłatności i zachęcenie do udziału. Celem zabezpieczenia PPZ pod kątem rekrutacji pacjentów warto objąć działaniami edukacyjnymi personel oddelegowany do rejestracji pacjentów w placówkach POZ. Dzięki wyczuleniu rejestratorów i rejestratorek na określone czynniki ryzyka związane z występowaniem chorób, na których diagnostyce skupiają się



				PPZ, większa liczba pacjentów będzie mogła zostać skierowana do objęcia wsparciem.
Czy projekty realizowane w ramach Działania 5.1 PO WER wychodziły poza wypracowane rozwiązania i schematy? Czy z uwagi na ich charakter pilotażowy i testujący w innowacyjny sposób podejmowane były w nich działania profilaktyczne? Jeżeli tak, w jaki sposób? Czy nieschematyczne rozwiązania poprawiały skuteczność wsparcia i/lub poprawiały jego jakość?	Najczęściej działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania. Zważywszy na ten fakt, nie ma możliwości oceny skuteczności niestandardowych i nieschematycznych działań.	Działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych najczęściej nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania.	Działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych najczęściej nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania.	Działania podejmowane w trakcie realizowania programów profilaktycznych najczęściej nie wychodziły poza dotychczas prowadzone działania.
Czy formuła wyboru projektów w ramach Działania 5.1 w podziale na makroregiony sprawdziła się i należy z niej korzystać przy planowaniu przyszłych naborów dotyczących projektów profilaktycznych współfinansowanych z EFS/EFŚ? Jeżeli nie, jaki powinien być optymalny sposób wyboru tego rodzaju projektów?	Na etapie badania nie można ocenić stopnia realizacji projektów, nie wiadomo, w jakim zakresie środki przeznaczone na poszczególne umowy zostaną wykorzystane, a także, w jakim stopniu trwająca epidemia COVID wpłynie na brak woli współpracy placówek POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z beneficjentami realizującymi umowy. Trudno jednoznacznie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy struktura makroregionalna jest efektywna czy też nie.	Na etapie badania nie można ocenić stopnia realizacji projektów, nie wiadomo, w jakim zakresie środki przeznaczone na poszczególne umowy zostaną wykorzystane, a także w jakim stopniu trwająca epidemia COVID wpłynie na brak woli współpracy placówek POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z beneficjentami realizującymi umowy. Trudno jednoznacznie udzielić odpowiedzi na pytanie, czy struktura makroregionalna jest efektywna czy też nie. Rekomenduje się zwrócenie uwagi na pojawiające się głosy podważające podział środków na projekty realizowane w ramach PPZ i podjęcie w przyszłych programach decyzji w oparciu o wskaźniki zakończonych projektów w ramach PPZ.	Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle większości beneficjentów. W przypadku odejścia od zawierania umów w oparciu o makroregiony rekomenduje się ogłaszanie konkursów na województwa, z zastosowaniem reguły obowiązkowego realizowania świadczeń zdrowotnych na terenie określonego województwa przez wybranego beneficjenta.	Formuła wybierania programów profilaktycznych w zależności od makroregionu sprawdziła się wedle większości badanych. Dzięki temu możliwe jest uniknięcie białych plam na mapie Polski i objęcie programem większej populacji kraju.
Koordinacja działań profilaktycznych				



Czy wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ w ramach PO WER przypisane właściwe role? Jeśli nie, to którym przypisano niewłaściwe role? Dlaczego? Jakie role byłyby dla nich właściwe? Czy są instytucje, które jeszcze powinny być lub w większym stopniu powinny być włączone w schemat realizacji wsparcia (logikę interwencji)? Jeżeli tak, jaką rolę powinny pełnić? W jaki sposób zapewnić udział wszystkich instytucji we wdrażaniu PPZ, tak aby udzielane wsparcie było możliwie najbardziej skuteczne? Czy i które zadania powinny być przydzielone innym instytucjom?	Wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. W większym stopniu należy włączyć placówki POZ. W ramach PPZ należy także dążyć do włączenia lekarzy medycyny pracy, z którymi regularnie stykają się osoby z grupy docelowej.	Wszystkim instytucjom w systemie ochrony zdrowia zostały w związku z realizacją PPZ przypisane właściwe role. W większym stopniu należy włączyć pracodawców, także lekarzy medycyny pracy.	Instytucje ochrony zdrowia zaangażowane w realizację programu pozytywnie oceniają współpracę między sobą. Wszystkie elementy systemu zostały zaangażowane odpowiednio w proces realizacji programów profilaktycznych. W większym stopniu należy zaangażować lekarzy medycyny pracy.	Wszystkim instytucjom nadane zostały odpowiednie role związane z realizowaniem programów profilaktycznych. Wartym podkreślenia jest fakt, że zwracano uwagę na konieczność nadania większej roli lekarzom POZ.
Jak układała się współpraca w projektach pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia: szpital/AOS/POZ? Czy wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne? Czy w projektach udało się pokonać problem fragmentacji opieki nad pacjentem?	Każdy wymiar współpracy pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia (szpital-AOS, AOS-POZ i szpital-POZ) został oceniony pozytywnie. Wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne. Dzięki udziałowi w projektach udało się także pokonać problem fragmentaryzacji opieki nad pacjentem.	Każdy wymiar współpracy pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia (szpital-AOS, AOS-POZ i szpital-POZ) na poziomie ogólnym został oceniony pozytywnie. Wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne. Dzięki udziałowi w projektach zniwelowano problem fragmentaryzacji opieki nad pacjentem.	Każdy wymiar współpracy pomiędzy poszczególnymi „obszarami” systemu ochrony zdrowia (szpital-AOS, AOS-POZ i szpital-POZ) został oceniony pozytywnie. Wszystkie elementy systemu zostały odpowiednio zaangażowane w działania profilaktyczne. Do głównych zalet podejmowania współpracy z lekarzami POZ wskazywano możliwość dotarcia do większej liczby pacjentów poprzez informowanie ich o istniejących programach oraz zachęcanie do udziału. Równocześnie projekt nie sprostął w pełni problemowi fragmentacji opieki nad pacjentem. Sam program jest pomocny w rozwiązywaniu tego problemu,	Współpraca w trakcie realizowania projektów profilaktycznych pomiędzy szpitalem, AOS a POZ została wysoko oceniona. Do głównych zalet podejmowania współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej wskazywano (w grupie beneficjentów konkursowych): możliwość dotarcia do większej liczby pacjentów poprzez informowanie ich o istniejących programach oraz zachęcanie do wzięcia w nich udziału. Przedstawiciele podmiotów leczniczych zwracali z kolei uwagę na możliwość dotarcia lekarzy POZ do większej grupy pacjentów, ale podkreślali również lepszą znajomość pacjentów oraz możliwość odciążenia pracy



			jednak jest to trudność występująca na poziomie systemu, która wedle badanych jest niemożliwa do rozwiązania na poziomie programu.	specjalistów. Wśród wad zaangażowania lekarzy POZ beneficjenci konkursowi wskazywali wysoką roszczeniowość tej grupy i małe zainteresowanie udziałem w programach profilaktycznych. W grupie przedstawicieli podmiotów leczniczych wymieniano brak wystarczającej wiedzy o projekcie przez lekarzy POZ oraz zbyt duże rozproszenie odpowiedzialności. Projekt nie umożliwił w pełni zniwelowania fragmentacji opieki nad pacjentem. Jest on pomocny w rozwiązywaniu tego problemu, jednak jest to trudność występująca na poziomie systemu, która jest niemożliwa do rozwiązania na poziomie programu.
Czy i w jakim stopniu dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników projektów (pacjentów)?	Dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników pacjentów.	Dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników pacjentów. Należy podkreślić dotarcie PPZ do osób zamieszkujących tereny wiejskie, które często mają utrudniony kontakt z lekarzami specjalistami.	Dostępność do badań profilaktycznych została oceniona wysoko. Dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników pacjentów.	Dostępność do badań profilaktycznych została oceniona wysoko. Dzięki udziałowi POZ/AOS w projektach finansowanych w ramach Działania 5.1 PO WER świadczenia profilaktyczne były bardziej dostępne dla indywidualnych uczestników pacjentów. Niewątpliwie za sukces programu należy uznać realne zwiększenie dostępności świadczeń profilaktycznych osobom, które np. ze względu na miejsce zamieszkania mają do nich utrudniony dostęp.
Jak przebiegała współpraca realizatorów projektów z POZ w ramach projektów? Jakie są zalety i wady zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ finansowanych z Osi V PO WER?	Współpraca z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej w ramach programu profilaktycznego przebiegała bardzo dobrze. Zaletami angażowania POZ w realizację PPZ są: pierwsza selekcja pacjentów, możliwość	Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze. Są dwie główne zalety zaangażowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w realizację PPZ: ułatwiają pacjentom podjęcie decyzji o wejściu do projektu,	Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze. Zaletą ich angażowania jest możliwość bezpośredniego dotarcia do pacjentów z grupy docelowej. Wyzwaniem (choć nie wprost wadą) są oczekiwania finansowe części	Współpraca realizatorów projektów z POZ przebiegała dobrze.



	dotarcia do większej ilości pacjentów, lepsza komunikacja z pacjentami i odciążenie lekarzy specjalistów. Główną wadą (poza niechęcią niektórych POZ do współpracy) jest duże rozproszenie odpowiedzialności.	informują pacjentów o dostępnych w ramach PPZ finansowanych z Osi V PO WER badaniach profilaktycznych.	POZ, które przekraczają możliwości PPZ.	
Komunikacja				
Jak należy ocenić zakres, sposób prowadzenia i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ przez IZ/IP/beneficjentów? Czy należy wprowadzić jakieś usprawnienia w tym zakresie, a jeśli tak – to jakie? Jak indywidualni uczestnicy projektów (pacjenci) oceniają działania edukacyjne prowadzone w ramach PPZ?	Działania komunikacyjne należy ocenić dobrze. Były prowadzone na szeroką skalę przy użyciu różnego rodzaju mediów. Informacje o programach profilaktycznych były upowszechniane w mediach społecznościowych, w radiu oraz telewizji, a także w prasie. Pacjenci bardzo dobrze ocenili prowadzone działania komunikacyjne.	Zakres, sposób i jakość działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów realizowanych w ramach PPZ należy ocenić jako bardzo dobre. Grupa docelowa pacjentów pozytywnie ocenia działania edukacyjne oraz kampanie informacyjne prowadzone w ramach przedsięwzięć programowych.	Zakres i jakość działań komunikacyjnych prowadzonych w ramach rekrutacji do PPZ należy ocenić jako zadowalające. Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektów profilaktycznych były oceniane wysoko przez pacjentów.	Zakres i jakość działań komunikacyjnych prowadzonych w ramach rekrutacji do PPZ należy ocenić jako zadowalające. Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektów profilaktycznych były oceniane wysoko przez pacjentów.

5. Tabela wniosków i rekomendacji

Tabela 16. Tabela wniosków i rekomendacji

Lp.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Termin wdrożenia
1	W Polsce wskaźnik przedwczesnych zgonów na 100 tys. mieszkańców wynosi 276 (średnia dla UE to 216), co lokuje nasz kraj na 9 miejscu w grupie 28 krajów. (Strona/y: 26)	Jednym z narzędzi poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest promocja profilaktyki.	Zaleca się kontynuowanie programów profilaktycznych skierowanych do osób w wieku produkcyjnym.	Ministerstwo Zdrowia	Horyzontalna strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>
2	Pracodawcy są potencjalnie ważnym partnerem dla POZ i beneficjentów jako aktorzy, którzy mogą odgrywać istotną rolę mobilizującą pracowników do	Rekomenduje się włączenie w logikę interwencji promujących programy profilaktyczne pracodawców.	Należy dążyć do angażowania tej strony rynku pracy poprzez zachęcanie firm do promocji zdrowego stylu życia (np. nagradzając pracowników, którzy	Ministerstwo Zdrowia Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii i PARP (jako jednostki	Horyzontalna strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>



	udziału w programach profilaktycznych. (Strona/y: 92, 161, 169)		rzucili palenie) czy udziału w badaniach profilaktycznych swoich pracowników. Partnerami w tego rodzaju działaniach powinny być organizacje pracodawców i związki zawodowe.	<i>odgrywające rolę moderatorów zmiany polityk firm, np. w zakresie innowacyjności, inwestycji w rozwój)</i>			
3	Jednym z czynników utrudniających realizację założeń programów profilaktycznych są obciążenia administracyjne nakładane na merytoryczny personel projektu. (Strona/y: 84, 146, 167)	Rekomenduje się odciążenie pracowników merytorycznych od prac dodatkowych niezwiązanych bezpośrednio z pacjentem.	Zaleca się ograniczenie dokumentacji projektowej koniecznej do uzupełnienia zarówno przez Beneficjentów, jak też w kontrakcie z pacjentem.	Ministerstwo Zdrowia IZ	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021-27



4	Ważną rolę w projekcie odgrywają także działania administracyjne, które są finansowane ze środków pośrednich – zbyt małych w stosunku do realnych potrzeb. (Strona/y: 47, 62, 83, 100, 135, 168)	Rekomenduje się zmianę zakresu finansowania wybranych zadań realizowanych w ramach projektów.	Zaleca się zwiększenie nakładów na działanie związane z obsługą projektu.	IZ	Programowa strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021-27
5	Realizatorzy oraz poszczególne grupy odbiorców PPZ pozytywnie oceniają przydatność wiedzy uzyskanej w trakcie trwania programu. Dzięki programowi pacjenci mają większą świadomość wagi badań profilaktycznych. Podejmowane działania informacyjno-	Rekomenduje się wzmacnianie komponentu edukacyjnego.	Dotychczasowym działaniom powinny towarzyszyć nowe rozwiązania wspierające proces edukacji pacjentów. Cenną innowacją będzie aplikacja na urządzenia mobilne, która poprzez test będzie informować użytkownika o konieczności	Ministerstwo Zdrowia	Programowa strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021-27



	edukacyjne spełniły swoją rolę i poszerzyły wiedzę uczestników projektu. (Strona/y: 35, 37, 71, 109, 140)		wykonania badań profilaktycznych oraz będzie rekomendować dodatkowe zalecenia (np. dotyczące odżywiania, czy aktywnej rekreacji).				
6	Poziom realizacji wskaźników jest związany nie tylko z działaniami z obszaru medycznego, wpływ na nie mają również przedsięwzięcia edukacyjne dotyczące zwiększenia świadomości na temat badań profilaktycznych i korzyści z nich wynikających. Mimo pozytywnej oceny komponentu edukacyjnego należy zauważyć, że osoby w	Rekomenduje się udostępnienie rozwiązań umożliwiających realizację szkolenia w dowolnym czasie - wdrożenie rozwiązań e-learningowych jako alternatywy dla tradycyjnych szkoleń stacjonarnych lub szkoleń realizowanych on-line na żywo.	Zaleca się wyposażenie istniejącego Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP) w moduł edukacyjno-szkoleniowy, w którym pacjent dzięki krótkim kursom e-learningowym będzie mógł poprawić własne kompetencje w zakresie profilaktyki zdrowotnej lub – po zakończeniu udziału w projekcie (co będzie mogło być zidentyfikowane jego	Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>



	wieku produkcyjnym nie zawsze mogą partycypować w szkoleniach. (Strona/y: 35, 41, 42, 62, 109, 140, 170)		PESEL-em) - będzie mógł odbyć dodatkowy moduł specjalistyczny związany z projektem (np. jako utrzymanie trwałości projektu).				
7	Beneficjenci wykazywali się dużym zaangażowaniem, podejmując szereg działań promocyjnych. Działania te wymagały dużego zaangażowania beneficjentów, a także wydatkowania własnych środków. Pomimo tego wysiłku działania informacyjno-promocyjne są często niewystarczające.	Rekomenduje się, aby w zakresie programów profilaktycznych promocja zdrowia i edukacja stanowiły odrębne zadania rozliczane z kosztów bezpośrednich i z odpowiednio zabezpieczonym budżetem. Działania dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej powinny mieć w projektach charakter działań bezpośrednich i nie	Zaleca się w ramach przyszłych działań uwzględnienie kosztów związanych z promocją programów profilaktycznych w zakresie szerszym niż obecnie (zaleca się wykonanie szacunkowej kalkulacji w oparciu o doświadczenie obecnych beneficjentów).	Ministerstwo Zdrowia	Programowa strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021-27



	(Strona/y: 97, 100, 134)	wiązać się np. z promocją projektu.					
8	Określane pierwotnie stawki jednostkowe mogą z biegiem czasu odbiegać od rynkowego standardu. Kwoty określone z biegiem czasu stają się nieprzystające do realiów, a przez to nieatrakcyjne dla instytucji współpracujących z beneficjentami. (Strona/y: 44, 79, 119, 151)	Rekomenduje się przegląd kwot stawek jednostkowych, ich aktualizację i wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego cykliczną rekalkulację wysokości stawek.	Zaleca się rewizję – w zakresie umożliwianym obowiązującymi regulacjami – sposobu finansowania projektów z uwzględnieniem zgłaszanych przez Beneficjentów postulatów.	IZ	Programowa strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>
9	Konieczne jest zaangażowanie osób mających częsty kontakt z pacjentami z grupy docelowej.	Rekomenduje się uznanie za równoważne udziału w projektach wymagających udziału podmiotu POZ zarówno praktyk	Zaleca się wdrożenie rekomendacji poprzez ujęcie w pracach wskazanych dodatkowych specjalistów. Poszerzenie takie	IP, IZ	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>



	(Strona/y: 37, 55, 62, 166)	lekarza rodzinnego, jak i pielęgniarki/pielęgniara POZ i lekarzy medycyny pracy.	pozwoli na łatwiejszy dobór partnerów do projektów.				
10	Na etapie analizy desk research zidentyfikowano rozbieżności pomiędzy deklarowanymi a osiąganymi celami PPZ poprzez niespójne ich definiowanie. Cele główne w części programów odnosiły się nie do poprawy jakości i dostępności opieki medycznej, poprawy wskaźników zachorowania czy interwencji, ale do poprawy świadomości, czego w kolejnych	Rekomenduje się budowanie celów głównych PPZ zgodnie z zasadą SMART, w szczególności w zakresie spójności celu z uzyskiwanymi rezultatami. Unikanie celów, które nie poddają się późniejszej weryfikacji z wykorzystaniem zaplanowanych metod.	Wdrożenie rekomendacji poprzez jej uwzględnienie w zespołach oceniających PPZ.	Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021-27</i>



	etapach PPZ nie badano. (Strona/y: 21)						
--	--	--	--	--	--	--	--

6. Spis tabel i rysunków

Rysunek 1. Ocena realizacji zaplanowanych celów projektów profilaktycznych.....	39
Rysunek 2. Ocena realizacji zaplanowanych efektów projektów profilaktycznych.....	42
Rysunek 3. Długoterminowe rezultaty realizacji projektów profilaktycznych (w tabeli podano liczebności)	43
Rysunek 4. Ocena wiedzy zdobytej w grupie pacjentów i personelu medycznego.....	46
Rysunek 5. Ocena przydatności wiedzy zdobytej w grupie pacjentów i personelu medycznego	46
Rysunek 6. Ocena udziału w programie profilaktycznym	48
Rysunek 7. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów.....	48
Rysunek 8. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym	49
Rysunek 9. Wady korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów	50
Rysunek 10. Czy wprowadzenie stawek jednostkowych poprawiło realizację projektu	57
Rysunek 11. Ocena założeń realizowanych programów profilaktycznych.....	64
Rysunek 12. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych.....	68
Rysunek 13. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym.....	69
Rysunek 14. Ocena zaangażowania elementów systemu w proces realizacji programów profilaktycznych.....	74
Rysunek 15. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia.....	77
Rysunek 16. Poradzenie sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem	78
Rysunek 17. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych.....	82
Rysunek 18. Ocena działań komunikacyjnych dotyczących rekrutacji do projektów	83
Rysunek 19. Ocena zaplanowanych celów projektu profilaktycznego.....	94
Rysunek 20. Ocena zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego	97
Rysunek 21. Ocena poziomu zdobytej wiedzy.....	100
Rysunek 22. Ocena przydatności zdobytej wiedzy	101
Rysunek 23. Ocena udziału w projekcie profilaktycznym.....	103
Rysunek 24. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym	104
Rysunek 25. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych	104
Rysunek 26. Wady korzystania z projektów profilaktycznych.....	105
Rysunek 27. Ocena adekwatności i wykorzystania przyznanych środków finansowych	118
Rysunek 28. Ocena założeń i przeregulowania realizowanych programów profilaktycznych	120

Rysunek 29. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych.....	126
Rysunek 30. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym.....	127
Rysunek 31. Ocena odpowiedniego zaangażowania wszystkich elementów systemu w proces realizacji programów profilaktycznych	131
Rysunek 32. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia.....	133
Rysunek 33. Ocena poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem	136
Rysunek 34. Ocena prowadzonych działań komunikacyjnych	139
Rysunek 35. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych.....	140
Rysunek 36. Ocena zaplanowanych celów projektu profilaktycznego.....	150
Rysunek 37. Ocena zaplanowanych efektów projektu profilaktycznego	153
Rysunek 38. Długoterminowe rezultaty realizacji projektów profilaktycznych.....	154
Rysunek 39. Ocena przydatności zdobytej wiedzy	156
Rysunek 40. Ocena poziomu zdobytej wiedzy.....	158
Rysunek 41. Obserwowane zmiany w życiu pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym	160
Rysunek 42. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych	161
Rysunek 43. Wady korzystania z projektów profilaktycznych.....	162
Rysunek 44. Ocena adekwatności i wykorzystania środków finansowych	168
Rysunek 45. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym.....	177
Rysunek 46. Odsetek wszystkich elementów systemu, które zostały odpowiednio zaangażowane w procesie realizacji programów profilaktycznych.....	181
Rysunek 47. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia.....	184
Rysunek 48. Ocena poradzenia sobie z problemem fragmentacji opieki nad pacjentem	185
Rysunek 49. Ocena działań komunikacyjnych w zakresie rekrutacji pacjentów	187
Rysunek 50. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych.....	189
Rysunek 51. Ocena przydatności zdobytej wiedzy	198
Rysunek 52. Ocena poziomu zdobytej wiedzy.....	200
Rysunek 53. Ocena udziału w projekcie profilaktycznym.....	201
Rysunek 54. Obserwowane zmiany w życiu Pacjentów po udziale w projekcie profilaktycznym	201
Rysunek 55. Zalety korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów.....	203
Rysunek 56. Wady korzystania z projektów profilaktycznych – wskazania pacjentów	204
Rysunek 57. Problemy zgłaszane w trakcie realizowania projektów profilaktycznych.....	205

Rysunek 58. Ocena, na ile wprowadzenie stawek jednostkowych ułatwiło beneficjentom realizację programów profilaktycznych	213
Rysunek 59. Źródło informacji o projekcie profilaktycznym	218
Rysunek 60. Działania podejmowane w celu promocji programów profilaktycznych	220
Rysunek 61. Ocena współpracy pomiędzy poszczególnymi obszarami systemu ochrony zdrowia	226
Rysunek 62. Ocena działań komunikacyjnych w zakresie rekrutacji pacjentów	230
Rysunek 63. Ocena prowadzonych działań edukacyjnych	233
Tabela 1. Kryteria ewaluacji	19
Tabela 2. Programy profilaktyki zdrowotnej	23
Tabela 3. Zawarte umowy	36
Tabela 4. Koszty szacunkowe w trzech PPZ	59
Tabela 5. Ocena zaangażowania w działania profilaktyczne	77
Tabela 6. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi	87
Tabela 7. Okres realizacji projektów	92
Tabela 8. Szczegółowe wartości alokacji dla poszczególnych osi priorytetowych	114
Tabela 9. Koszty szacunkowe w trzech PPZ	115
Tabela 10. Ocena zaangażowania w działania profilaktyczne	135
Tabela 11. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów	144
Tabela 12. Umowy z beneficjentami w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych	148
Tabela 13. Koszty szacunkowe w trzech PPZ	172
Tabela 14. Tabela informacji - Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych	193
Tabela 15. Umowy z beneficjentami w zakresie PPZ	195
Tabela 16. Tabela wniosków i rekomendacji	248

7. Bibliografia

- Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Tom I i II, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
- Kropiwnicka, J. Drzewoski, Urazy mózgu u chorych na cukrzycę, Diabetologia Kliniczna, 2001, 2(3).
- Marcinkiewicz, A. Janowska-Zduńczyk, P. Lewek, M. Wiszniewska, A. Lipińska-Ojrzanowska, J. Walusiak-Skorupa, Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych, Med. Rodz. 2017; 20(4).
- Wojtczak, Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, PZWL, Warszawa 2017.
- American College of Rheumatology ad hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2002.
- Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Komisja Europejska, Bruksela, 3.3.2010, KOM(2010) 2020 wersja ostateczna.
- G. Gromadzka, Genetyczne uwarunkowanie udaru mózgu, Polski Przegląd Neurologiczny 2011; 7 (2).
- G.J. Balady, P.A. Ades, V.A. Bittner, B.A. Franklin, N.F. Gordon, R.J. Thomas, G.F. Tomaselli, C.W. Yancy, Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2011.
- Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Reumatologia. 2013; 51 (5).
- Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle.
- Innala L, Sjöberg C, Möller B et al. Co-morbidity in patients with early rheumatoid arthritis – inflammation matters. Arthritis Research & Therapy. 2016.
- Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al. Anxiety and depression with rehaumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007.
- J. Ferlay, I. Soerjomataram, M. Ervik, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers, M. Rebelo, D.M. Parkin, D. Forman, F. Bray, GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.

- J. Hamilton, I.B. McInnes, E.A. Thomson, D. Porter, J.A. Hunter, R. Madhok, H.A. Capell, Comparative study of intramuscular gold and methotrexate in a rheumatoid arthritis population from a socially deprived area, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2001.
- J.A. Indulski, Z. Jethon, L.T. Dawydzik, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2000.
- K. Lewtak, M. Gajewska, L. Sugay, A. Rutyna, *Profilaktyka chorób – definicja*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH.
- M. F. Piepoli, W. Benzer, B. Bjarnason-Wehrens, P. Dendale, D. Gaita, H. McGee, M. Mendes, J. Niebauer, A.D. Zwisler, J.P. Schmid, Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of cardiovascular Prevention and Rehabilitation, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010.
- M. Kolan, *Zaburzenia funkcji poznawczych, a choroby niedokrwienne mózgu, Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu, 2009 – 2011*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.
- Molina E, del Rincon I, Restrepo JF et al. Mortality in Rheumatoid Arthritis (RA): factors associated with recording RA on death certificates. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015.
- Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia, s. 14.
- Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, Komunikat z badań 89/2018, CBOS, Warszawa 2018.
- P. Karniej, J. Rosińczuk, M. Pierzchała, *Analiza najistotniejszych dla populacji polskiej problemów zdrowotnych w ramach pięciu grup chorób stanowiących istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej, którym należy zapobiegać lub ograniczać ryzyko ich występowania w ramach programów polityki zdrowotnej*, Raport IBC GROUP na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015.
- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, Warszawa, marzec 2014.
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2017, KZD.430.007.2016.
- Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 – Umowa Partnerstwa, MFIPR.

- Raport „Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012, Warszawa 2014.
- Regulamin konkursu „Profilaktyka chorób odkleszczowych”, konkurs POWR.05.01.00-IP.05-00-014/19.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2019.2335).
- S. Jatin, Chirurgia i onkologia głowy i szyi, Tom 1, str. 1-9, redakcja wydania polskiego Wojciech Golusiński, Wrocław 2014.
- Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.).
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, wersja 20, 23.11.2020.
- Tocilizumab (RoActemra®) w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. Analiza problemu decyzyjnego, Roche Polska, Warszawa 2012.
- U. Wojciechowska, J. Didkowska, Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce.
- W. Kitajewska, W. Szelaąg, Z. Kopański, Z. Maslyak, I. Sklyarow, Choroby cywilizacyjne i ich prewencje, Journal of Clinical Health Care, www.jchc.eu/numery/2014-1/2014-11.
- Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Minister Funduszy i Polityki Regionalnej, Warszawa 2020.
- Zarządzanie wykorzystaniem środków UE na lata 2014-2020 w ramach polityki spójności, raport NIK, KAP.430.019.2017, Warszawa, grudzień 2017.
- Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków, Komunikat z badań nr 138/2016, CBOS, Warszawa 2016.