Ewaluacja programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY

Opole, listopad 2023 r.

Badanie finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu województwa kujawsko-pomorskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Spis treści

1. Użyte skróty 3

2. Streszczenie 4

3. Summary 8

4. Koncepcja badawcza 12

   4.1 Kontekst badania 12
   4.2 Cele i obszary badawcze 14

5. Metodologia badawcza 17

6. Wyniki badania 22

   6.1 Diagnoza w zakresie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz charakterystyka poszczególnych programów dotyczących obszaru zdrowia 22
   6.2 Ocena zainteresowania programami 47
   6.3 Ocena jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów 60
   6.4 Ocena efektywności w ramach poszczególnych programów oraz identyfikacja dalszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa 62

7. Podsumowanie i główne wnioski z badania 72

8. Główne wnioski i przypisane do nich rekomendacje 74

9. Załącznik 77

1. Użyte skróty

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
COVID-19	Zespół objawów spowodowanych koronawirusem Sars – CoV-2
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBV	Wirus, który powoduje ostre i przewlekłe zapalenie wątroby typu B
HCV	Wirus, który powoduje zapalenie wątroby typu C
IZ RPO	Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym
IZ RPO WK-P	Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego
NDTK	Niskodawkowa Tomografia Komputerowa
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OP	Oś priorytetowa
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
RPO WK-P 2014-2020 RPO WK-P	Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
UM WK-P	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego
WWRP	Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca
WZW	Wirusowe zapalenie wątroby

2. Streszczenie

Niniejszy raport omawia programy z zakresu opieki zdrowotnej realizowane w województwie kujawsko-pomorskim, które są finansowane ze środków publicznych oraz Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WK-P 2014-2020). Celem programów jest prowadzenie działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia określonych grup świadczeniobiorców oraz zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia.

Jednym z programów jest "Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego". Ten program nie jest realizowany w formule RPZ, ale jest liczony w ramach wskaźnika Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS. Celami programu było zwiększenie odsetka wykrywania raka jelita grubego we wczesnych stadiach zaawansowania, dalej zwiększenie odsetka wyleczenia, obniżenie zachorowalności, umieralności oraz kosztów leczenia w skali kraju (dzięki leczeniu nowotworów wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).

Kolejnym programem jest "Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej". Ten program ma na celu poprawę wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. To połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia. Jest realizowany w oparciu o program opracowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Trzecim programem poddawanym ewaluacji był „Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim”, który został opracowany w odpowiedzi na wysoką zapadalność na choroby wywołane przez te wirusy w regionie. Program ten realizowany jest w formule Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ) i ma na celu zwiększenie liczby osób z WZW B i C kierowanych do leczenia. Projekt tego programu otrzymał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Diagnoza w zakresie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz charakterystyka poszczególnych programów dotyczących obszaru zdrowia.

Raport przedstawia analizę sytuacji zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego w okresie tworzenia programów profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem problemów związanych z nowotworami dolnego odcinka układu pokarmowego, rakiem płuca oraz przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C (WZW B i C). W wyniku analizy stwierdzono, że te choroby stanowiły znaczący problem zdrowotny w regionie, przyczyniając się do wysokich wskaźników zachorowalności i umieralności.

W związku z powyższym, programy profilaktyczne zostały wprowadzone w celu zwiększenia wykrywalności tych chorób oraz zwiększenia świadomości społecznej w regionie. Były również odpowiedzią na pilne potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego i miały na celu poprawę sytuacji zdrowotnej w regionie. Programy te były realizowane systematycznie i kompleksowo, z uwzględnieniem dostępu do badań przesiewowych, szczepień i działań edukacyjnych.

W przypadku programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, wybór był uzasadniany wysoką zachorowalnością na ten rodzaj nowotworu oraz ograniczoną dostępnością programów przesiewowych, co wynikało z niewystarczającej liczby ośrodków wykonujących badania i niewystarczających kontraktów z NFZ. Dostępność środków finansowych ze źródeł unijnych umożliwiła zwiększenie liczby osób mogących skorzystać z programu.

W przypadku Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK), wybór programu był podyktowany niekorzystnymi wskaźnikami zachorowalności na raka płuca w regionie. Region miał potencjał do poprawy statystyk zdrowotnych, a wykorzystanie narodowego programu było bardziej efektywne niż tworzenie programu od podstaw.

W przypadku programu profilaktyki przeciwwirusowego zapalenia wątroby typu B i C, wybór programu był uzasadniony potrzebą kontynuacji działań realizowanych wcześniej przez województwo, a wynikającej z dotychczasowych doświadczeń i w realizacji podobnych programów. Celem programu było zwiększenie liczby osób z WZW B i C kierowanych do leczenia, uodpornienie czynne w zakresie HBV u uczestników programu oraz wzrost świadomości populacji docelowej w zakresie problemu WZW B i C. Dostosowanie programu krajowego do lokalnych potrzeb miało na celu przyspieszenie możliwości wsparcia w ramach planowanej interwencji EFS.

Ocena zainteresowania programami

W raporcie omówiono realizację 15 projektów województwa kujawsko-pomorskiego w ramach Osi priorytetowej (OP) 8 Aktywni na rynku pracy, Działania 8.6 Zdrowy i aktywny region, w Poddziałaniu 8.6.2 Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne. Analizom poddano jeden projekt, który dotyczył programu „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim", jeden programu „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)", oraz 13 projektów dotyczących wdrażania programu „Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego".

"Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego" miał łącznie 16 848 uczestników i miał na celu poprawę wykrywalności raka jelita grubego. Program „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim" miał łącznie 8 380 uczestników i skupiał się na wykrywaniu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i C. Natomiast „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)" miał łącznie 4 119 uczestników i miał na celu poprawę wykrywalności raka płuca.

Różnice w liczbie uczestników wynikają z różnych czynników, takich jak skala problemu zdrowotnego, dostępność programu i poziom zaangażowania społeczności oraz realizatorów projektów. Każdy program miał swoje unikalne cele i aspekty, więc nie jest uzasadnione bezpośrednie porównywanie ich pod względem liczby uczestników.

Analiza potrzeby wsparcia w zakresie wykrywania nowotworu jelita grubego wykazała, że powiat aleksandrowski miał szczególnie wysoki wskaźnik umieralności z powodu nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego, zwłaszcza u mężczyzn. Ponadto w miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, umieralność była wyższa niż średnia ogólnokrajowa. Istnieje również niekorzystny poziom wskaźnika w niektórych innych powiatach, takich jak świecki i tucholski. Analiza pacjentów, którzy zgłosili się na badania, pokazała, że w obszarach o szczególnie niekorzystnej sytuacji

w regionie zgłaszalność była wysoka. Dla przykładu, spośród wszystkich uczestników projektów: 18% to pacjenci z Bydgoszczy, 14% z Torunia, 7% z Włocławka, 7% z powiatu tucholskiego i 5 % z powiatu świeckiego.

Analiza potrzeb zdrowotnych w obszarze wsparcia dotyczącego wczesnego wykrywania raka płuca pokazała, że najwyższy poziom umieralności, przewyższający średnią ogólnokrajową o 52%, widoczny był w powiecie golubsko-dobrzyńskim. W innych obszarach, takich jak powiat wąbrzeski, rypiński i świecki oraz mieście Grudziądz, również notowano wyższą umieralność niż średnia krajowa. W miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, poziom umieralności z powodu nowotworów płuca był wyższy niż średnia ogólnokrajowa.

Porównując te dane z analizą obszarów, z których pochodzili pacjenci, można zauważyć, iż niekorzystna sytuacja była widoczna w powiatach:

- w rypińskim, grupa pacjentów z tego powiatu stanowiła 0,2% wszystkich uczestników projektu;
- w wąbrzeskim, pacjenci z tego obszaru stanowili 0,5% uczestników projektu;
- w golubsko-dobrzyńskim, grupa pacjentów z tego powiatu stanowiła jedynie 0,5% wszystkich uczestników projektu.

Sytuacja niekorzystnie również wyglądała w przypadku Grudziądza - wśród uczestników projektu tylko 0,9% to pacjenci z tego obszaru.

W przypadku powiatu świeckiego statystyki są nieco lepsze, ponieważ w projekcie 3,1% osób to uczestnicy z tego terenu. Z Torunia pochodziło 5% pacjentów, a z Włocławka 10,1% pacjentów. Wyraźnie widać, że w projekcie dominowali pacjenci z Bydgoszczy, stanowili oni 48,4% wszystkich pacjentów. Warto też zwrócić uwagę, że w przypadku Bydgoszczy, Włocławka, Torunia i powiatu świeckiego potrzeba wsparcia w zakresie wczesnego wykrywania raka płuca była wskazywana jako priorytet w analizie potrzeb zdrowotnych.

Analiza danych identyfikuje obszary, dla których widoczne jest większe zaangażowanie w profilaktykę WZW B i C oraz obszary, które wymagają większych działań w zakresie edukacji i zachęcania do udziału w programie. Analizując liczbę uczestników Programu profilaktycznego w zakresie zapobiegania zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B i C (WZW B i C) w różnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego, można zauważyć, że największa liczba uczestników pochodzi z powiatu lipnowskiego, kolejnymi powiatami z największą liczbą uczestników są brodnicki, miasto Włocławek, miasto Bydgoszcz i powiat toruński. Powiaty, takie jak aleksandrowski, chełmiński, wąbrzeski i nakielski, mają stosunkowo niską liczbę uczestników w programie.

Ocena jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów[1]

Wyniki badań jakościowych sugerują, że jakość świadczeń w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego był generalnie oceniany pozytywnie przez uczestników. Badani brali pod uwagę różne czynniki, takie jak poziom bólu, podejście personelu medycznego oraz jasność przekazu. Badania kolonoskopowe, choć nieprzyjemne, zostały dobrze ocenione przez uczestników, którzy byli

[1] Ze względu na odmowę udziału w wywiadzie przez beneficjenta programu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim, nie ma informacji na temat oceny jakości świadczeń.

zadowoleni z dostępu do takich badań. Personel medyczny, w tym lekarze i pielęgniarki, zaangażował się w projekt i był pozytywnie oceniany przez uczestników.

Programy profilaktyczne przyczyniły się do zwiększenia świadomości uczestników na temat profilaktyki zdrowotnej i wzmocniły ich pozytywne podejście do badań, szczególnie kolonoskopii. Dzięki pozytywnym doświadczeniom innych uczestników, niektórzy zdecydowali się na udział w badaniach, mimo wcześniejszej niechęci.

Podobnie, Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) również był dobrze skonstruowany. Program uwzględniał przekazywanie informacji o dostępnych badaniach, kwalifikacji oraz realizowanych świadczeniach w sposób zrozumiały i dostępny. Pacjenci byli zadowoleni z dostępu do badań i szybkości realizacji tomografii, a sama tomografia niskodawkowa była pozytywnie oceniana.

Programy przyczyniły się do wzrostu świadomości pacjentów na temat szkodliwości palenia papierosów oraz znaczenia wczesnego wykrywania raka płuca. Badani wyrażali również pozytywną opinię na temat edukacji profilaktycznej i wsparcia dla osób chcących rzucić palenie.

Wnioski z badania wskazują, że programy profilaktyczne były dobrze oceniane przez uczestników, wpłynęły na zwiększenie świadomości zdrowotnej oraz przyczyniły się do zachęcenia mieszkańców do udziału w badaniach. Efekt marketingu szeptanego i pozytywne doświadczenia uczestników stanowią dowód na wysoką jakość realizowanych usług w ramach tych programów.

Rekomendacje

W efekcie przeprowadzonego badania ewaluacyjnego i przeprowadzonego panelu eksperckiego zaproponowano rekomendacje. Ewaluatorzy zaproponowali:

- kontynuację działań edukacyjnych i informacyjnych na temat korzyści zdrowotnych, społecznych i finansowych płynących z udziału w programach profilaktycznych;
- dostosowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności programów profilaktycznych do potrzeb poszczególnych grup, uwzględniając różnice wewnątrzregionalne oraz kulturowe;
- zapewnienie wsparcia jednostkom ochrony zdrowia w zakresie promowania współpracy między różnymi jednostkami w celu efektywnego realizowania programów profilaktycznych oraz wykorzystania posiadanej wiedzy i doświadczenia.

3. Summary

This report discusses healthcare programmes financed by public funds and the European Social Fund and implemented in the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship in the framework of the Regional Operational Program Kujawsko-Pomorskie for the years 2014-2020 (hereinafter referred to as the RPKO WK-P 2014-2020). The aim of the programs is to carry out activities aimed at improving the health status of specific groups of recipients and increasing the participation of people of working age in preventive, rehabilitation and health protection programs.

One of the programmes is the "Prevention programme for people at risk of professional activity interruption for early detection of colorectal cancer". This programme is not implemented under the RHP formula but is included in the index named Number of people covered by a health programme under the ESF. The objectives of the program were to increase the percentage of cancers detected in early stages of advancement, further increase the percentage of cure, reduce the incidence of colorectal cancer, reduce the mortality from colorectal cancer, and also reduce the costs of cancer treatment in the country (due to the treatment of cancers detected in early stages of advancement and through the removal of precancerous conditions – polyps).

Other programmes include the "National Programme for Early Lung Cancer Detection by Low-Dose Computed Tomography". This program aims to improve the early detection of lung cancer by conducting appropriate preventive measures among the residents of the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship. It is a combination of secondary and primary prevention in order to improve awareness of lung cancer among the public and healthcare professionals. It is implemented based on a program developed within the Knowledge Education Development Operational Program (PO WER).

The third program evaluated was the "Hepatitis B and C Prevention", which was developed in response to the high incidence of these viruses in the region. This programme is implemented as a Regional Health Programme (RHP) and aims to prevent the spread of hepatitis B and C viruses. The draft of this programme has received a positive opinion from the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (AOTMiT).

Diagnosis of the voivodeship residents' health situation and characteristics of individual health-related programmes.

The report presents an analysis of the health situation in the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship during the development of prevention programmes, with particular emphasis on issues related to lung cancer, cancers of the lower digestive system as well as chronic Hepatitis B and C. The analysis concluded that these diseases were a significant health issue in the region, contributing to high incidence and mortality rates.

Accordingly, prevention programmes have been introduced to raise public awareness in the region. These programmes responded to the urgent health needs of the Kujawsko-Pomorskie region's residents and aimed to improve the health situation in the region. These programmes were implemented systematically and comprehensively, including access to screening, vaccination and educational activities.

In the case of the Prevention programme for people at risk of professional activity interruption for early detection of colorectal cancer, the choice was dictated by the high incidence of this type of cancer and the limited availability of screening programmes due to the insufficient number of testing centres and insufficient contracts with the National Health Fund. In addition, the availability of funding from EU sources has made it possible to extend the programme's implementation.

In the case of the National Programme for Early Lung Cancer Detection by Low-Dose Computed Tomography, the choice of programme was dictated by the unfavourable lung cancer incidence rates in the region. The region had the potential to improve health statistics, and using a national programme was more effective than creating a programme from scratch.

In the case of the Hepatitis B and C Prevention programme, the choice was dictated by the systematic nature of the voivodeship authorities' measures and experiences in implementing similar programmes. The aim of the programme was to bring the epidemiological situation of Hepatitis under control, and the adaptation of the national programme to local needs was aimed at speeding up the support capacity of the planned ESF intervention.

Evaluation of interest in programmes

The report discusses the implementation of 15 projects in the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship under Priority Axis 8 People active on the labour market, Measure 8.6 Healthy and active region, under Sub-measure 8.6.2 Regional health and prevention policy programmes. The analysis covered 13 projects concerned the implementation of the "Prevention programme for people at risk of professional activity interruption for early detection of colorectal cancer" programme, one concerned the "National Programme for Early Lung Cancer Detection by Low-Dose Computed Tomography" programme, and one concerned the "Prevention of Hepatitis B and C in the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship" programme

The "Prevention programme for people at risk of professional activity interruption for early detection of colorectal cancer" had a total of 16,848 participants and focused on early detection of colorectal cancer. The "National Programme for Early Lung Cancer Detection by Low-Dose Computed Tomography" had a total of 4,119 participants and aimed to improve lung cancer detection. The "Prevention of Hepatitis B and C in the Kujawsko-Pomorskie Voivodeship" programme had a total of 8,380 participants and focused on the prevention of hepatitis B and C infection.

Differences in the number of participants are due to various factors, such as the scale of the health issue, the programme's availability and the involvement of the community and project implementers. Each programme had its own unique objectives and aspects, so it is not reasonable to directly compare them in terms of the number of participants.

An analysis of the need for support for detection of colorectal cancer showed that the Aleksandrów Kujawski poviat had a particularly high mortality rate from lower digestive tract cancers, especially among men. Furthermore, in cities such as Toruń, Włocławek and Bydgoszcz, mortality was higher than the national average. There is also an unfavourable mortality rate in some other poviats, such as Świecie and Tuchola.

An analysis of the patients who applied for examination showed that the application rate was high in areas of particular disadvantage in the region. For example, of all the project participants: 18% are patients from Bydgoszcz, 14% from Toruń, 7% from Włocławek, 7% from the Tucholski County, and 5% from the Świecie County.

An analysis of health needs in the area of support for early lung cancer detection showed that the highest mortality rate, 52% above the national average, was recorded in the Golub-Dobrzyń poviat. Other areas, such as the Wąbrzeźno, Rypin and Świecie poviats, as well as the city of Grudziądz, also recorded higher mortality than the national average. In cities such as Toruń, Włocławek and Bydgoszcz, lung cancer mortality rates were higher than the national average.

A comparison of this data with an analysis of the patients' places of residence shows that the unfavourable situation was evident in the following poviats:

- Rypin, the patient group accounted for 0.2% of all project participants;
- Wąbrzeźno, patients from this area accounted for 0.5% of all project participants;
- Golub-Dobrzyń, the patient group accounted for only 0.5% of all project participants.

The situation was also unfavourable in the case of Grudziadz, with 0.9% of participants residing in this area.

The statistics are slightly better for the Świecie poviat, with 3.1% of participants residing in this area. Five percent of participants are residents of Toruń and 10.1% are residents of Włocławek. It is clear that the vast majority of participants were residents of Bydgoszcz, accounting for 48.4% of all patients. It is also worth noting that the need for support in early lung cancer detection in Bydgoszcz, Włocławek, Toruń and Świecie poviat was highlighted as a priority in the analysis of health needs.

An analysis of the data identifies areas for which greater commitment to hepatitis B and C prevention is evident, and areas that require greater education and encouragement. An analysis of the number of participants in the Hepatitis B and C Prevention programme in different Kujawsko-Pomorskie Voivodeship poviats shows that the largest number of participants comes from the Lipno poviat, followed by Brodnica, the city of Włocławek, the city of Bydgoszcz and the Toruń poviat. Poviats such as Aleksandrów Kujawski, Chełmno, Wąbrzeźno and Nakło nad Notecią have a relatively low number of participants in the programme.

Evaluation of the quality of services provided under programmes.

The qualitative findings suggest that the quality of services in the colorectal cancer prevention programme was generally rated positively by participants. The respondents considered various factors, such as the level of pain, the medical staff's attitude and the message clarity. Colonoscopy examinations, although unpleasant, were well appreciated by participants who were satisfied with their availability. The medical staff, including physicians and nurses, was involved in the project, and was rated positively by the participants.

The prevention programmes helped to raise participants' awareness of preventive healthcare and reinforced their positive attitudes towards examinations, especially colonoscopy. Thanks to the positive experiences of other participants, some decided to take part in the examinations, despite their previous reluctance.

Similarly, the National Programme for Early Lung Cancer Detection by Low-Dose Computed Tomography was also well structured. The communication of information about available examinations, eligibility and benefits provided in an understandable and accessible way was taken into account in the programme. The patients were satisfied with the availability and rate of CT scans, and the low-dose CT itself was positively evaluated.

The programmes have helped to raise the patients' awareness of the harms of smoking and the importance of early lung cancer detection. The respondents also expressed a positive opinion on prevention education and support for smokers in quitting.

Conclusions indicate that the prevention programmes were well appreciated by the participants, contributed to increased health awareness, and helped to encourage residents to take part in

examinations. The effect of word-of-mouth marketing and the positive experiences of participants are proof of the high quality of the services provided by these programmes.

Recommendations

The following recommendations were proposed along with their implementation method as a result of the evaluation study.

The following recommendations were proposed as a result of the evaluation study and the expert panel. The evaluators proposed:

- Continuation of education and information activities on the health, social and financial benefits of participating in prevention programmes.
- Adaptation of measures to increase the availability of prevention programmes to the needs of specific groups, considering intra-regional and cultural differences.
- Providing support to healthcare units to promote cooperation between different units to effectively implement prevention programmes and make use of their knowledge and experience.

4. Koncepcja badawcza

4.1 Kontekst badania

W polskim systemie prawa związanym z obszarem zdrowia, istotnym narzędziem umożliwiającym wykrywanie i realizowanie określonych potrzeb zdrowotnych, mających na celu poprawę stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, jest wg ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych:

- program polityki zdrowotnej - tj. zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.
- program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz (Narodowy Fundusz Zdrowia);

Ponadto zgodnie z zapisami Wytycznych[2] w obszarze zdrowia mogą pojawić się takie definicje jak: Krajowy program zdrowotny – program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej realizowany w ramach PO WER lub realizowany z innych środków publicznych mający charakter ogólnokrajowy oraz Regionalny program zdrowotny (RPZ) – program polityki zdrowotnej realizowany w ramach RPO.

Podstawą prawną realizacji ww. działań jest art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.). Programy te mogą być realizowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (dalej: EFS), stosując przy tym przepisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (zawieszone 23.12.2020 r.).

W województwie kujawsko-pomorskim realizowane są następujące programy współfinansowane ze środków RPO WK-P 2014-2020 dotyczące obszaru zdrowia:

- Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego,
- 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 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego,

[2] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, 21 czerwca 2019 r.

- Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim.

Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego zgodnie z zapisami punktu 1) rozdziału 5 Wytycznych stanowi wyjątek i nie może być realizowany w formule RPZ[3]. Należy jednak podkreślić, że w ramach RPO WK-P 2014-2020 pomimo, że program nie wilcza się do wartości wskaźnika produktu Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców[4], to jest on liczony w ramach wskaźnika Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS. Zgodnie z danymi z SL2014 program przekracza wartość 15,8 mln zł. W sumie w jego realizację pierwotnie zaangażowało się 14 beneficjentów, jednakże 1 umowa została rozwiązana[5]. Ostatni z realizatorów zakończy program 31 grudnia 2023.

Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) to połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Zgodnie z zapisami punktu 4b) rozdziału 5 Wytycznych[6] realizowany jest w oparciu o program opracowany w ramach PO WER. Oznacza to, że program dotyczący profilaktyki raka płuca w województwie kujawsko-pomorskim jest realizowany poprzez wdrożenie działań zgodnych ze schematem Ogólnopolskiego Programu 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. W województwie kujawsko-pomorskim program realizowany jest przez 1 beneficjenta wybranego w drodze konkursu w ramach RPO WK-P 2014-2020. Na podstawie danych SL2014, wg stanu na 1.03.2023 r., podpisano 1 umowę na kwotę ponad 3,7 mln zł. Okres realizacji programu wyznaczono do końca 2023 r.

Program Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim, zgodnie z zapisami punktu 6) rozdziału 5 Wytycznych został opracowany w odpowiedzi na zdiagnozowany w regionie istotny problem zdrowotny tj. wysoką zapadalność na WZW typu B i C mieszkańców województwa. Dlatego w myśl Wytycznych jego realizacja przebiega w formule Regionalnego Programu Zdrowotnego (dalej RPZ). Projekt programu otrzymał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT) pod warunkiem doszczegółowienia zapisów oraz przekonstruowania celów programowych i mierników efektywności. W dniu 25.03.2020 r. Zarząd Województwa Kujawsko-

[3] Działania służące deinstytucjonalizacji opieki medycznej, rozwojowi programów profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego oraz programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników stanowią wyjątek i nie mogą być realizowane w formule RPZ.

[4] Do wartości wskaźnika z RPO WK-P 2014-2020 wliczają się programy: *Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim* oraz *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 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.*

[5] Umowa została rozwiązana przez Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu 17.06.2021 r.

[6] Wytyczne dopuszczają możliwość, aby w przypadku, gdy realizacja zbieżnego tematycznie programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej w ramach PO WER następuje przed opracowaniem i wdrożeniem RPZ w ramach RPO, to właściwa IZ RPO może realizować RPZ w oparciu o program zdrowotny lub program polityki zdrowotnej opracowany w ramach PO WER, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministerstwa Zdrowia i uzgodnieniu w ramach właściwego Planu działania w sektorze zdrowia, (jeżeli IZ RPO zapewni realizację RPZ zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, nie jest wymagane odrębne opracowanie RPZ i przeprowadzanie procedury jego oceny przez AOTMiT oraz istnieje możliwość dostosowania zapisów RPZ do specyfiki regionu w szczególności w zakresie epidemiologii, grupy docelowej, liczby wskaźników, czy wartości budżetu).

Pomorskiego podjął uchwałę, na mocy której przyjęto RPZ i ustalono, że Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim będzie realizowany w latach 2020-2023 przez beneficjentów wybranych w drodze konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego (dalej IZ RPO WK-P). W RPO WK-P 2014-2020 wskazany powyżej program realizowany jest w ramach Poddziałania 8.6.2 Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne. Na podstawie danych SL2014 w ramach Poddziałania 8.6.2, wg stanu na 30.06.2023 r., podpisano 1 umowę. Środki przeznaczone na Profilaktykę WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim przekraczają 9 mln zł. Zakończenie zaplanowano do 31 grudnia 2023 roku.

Ich realizacja wynika ze zdiagnozowanych ówcześnie (w czasie opracowania ich założeń) problemów zdrowotnych w regionie i jest zbieżna z celami szczegółowymi określonymi w RPO WK-P 2014-2020, przypisanymi do osi priorytetowej (OP) 8 *Aktywni na rynku pracy*, **w szczególności z celem dotyczącym zwiększenia udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia**. Wsparcie w tym zakresie realizowane jest w ramach Działania 8.6 *Zdrowy i aktywny region*, w Poddziałaniu 8.6.2 *Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne,* RPO WK-P 2014-2020.

4.2 Cele i obszary badawcze

Celem badania była ocena realizacji programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim wraz z oceną zgłaszalności do programów, jakości świadczeń oraz efektywności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym). Badanie pozwoliło odpowiedzieć na następujące pytania badawcze w ramach poszczególnych obszarów:

Obszar badawczy	Pytania badawcze
Diagnoza w zakresie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz charakterystyka poszczególnych programów dotyczących obszaru zdrowia	1. Jak przedstawiała się sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie powstawania programów? 2. Czym podyktowany był rodzaj realizowanego programu w woj. kujawsko-pomorskim? Czy to były najistotniejsze problemy zdrowotne w regionie? Jakie było uzasadnienie potrzeby wdrożenia tych programów? 3. Jak przebiegała procedura przyjęcia poszczególnych programów w województwie kujawsko-pomorskim? Jakie były plusy i minusy tych procedur? 4. Jak procedury przyjęcia programów w obszarze zdrowia przebiegały w innych województwach? 5. Jak przebiegała organizacja procesu realizacji programów (od ustalenia cen za usługi do samego procesu realizacji programów)? Czy wystąpiły jakieś trudności (np. problemy dotyczące partnerstw, podwykonawstwa, zainteresowania kadry), inne - jakie? 6. W jaki sposób w poszczególnych programach wypełniano zasady horyzontalne, tj. zasady równości szans i niedyskryminacji,

Obszar badawczy	Pytania badawcze
	w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, zasady równości szans kobiet i mężczyzn, zasady zrównoważonego rozwoju?
Ocena zainteresowania programami oraz jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów	OCENA ZAINTERESOWANIA 1. Jaka była zgłaszalność do poszczególnych programów? 2. Jaka była liczba osób zakwalifikowanych do udziału w poszczególnych programach? 3. Na jakie problemy napotkano podczas realizacji poszczególnych programów? Czy i jak wpłynęły one na ich realizację i poziom zgłaszalności uczestników? Czy były osoby, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w trakcie realizacji programów? Jakie były powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w programie? Jakie zastosowano sposoby rozwiązania problemów, jeśli się pojawiły? 4. Jakie kryteria kwalifikacji uczestników zastosowano w poszczególnych programach? Jaki był ich wpływ na zgłaszalność do programów? 5. Jakie działania informacyjno-promocyjne w ramach programów zastosowano, aby dotrzeć do grupy docelowej (sposoby zapraszania do programu, działania informacyjne, inne - jakie?). Jaka była skuteczność tych działań? 6. W jakim stopniu programy dotyczące obszaru zdrowia realizowane w ramach RPO WK-P 2014-2020 dotyczyły/dotyczą mieszkańców z obszarów tzw. „białych plam" dostępności opieki i profilaktyki zdrowotnej, tematycznie związanej z przedmiotowymi programami? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin") prowadzono/ prowadzi się działania w ramach programów? Na jaką skalę prowadzi się tam te działania? 7. Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w poszczególnych programach i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia)? OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ 1. Jakiego rodzaju świadczenia udzielane były w ramach poszczególnych programów? 2. Jak oceniana jest jakość świadczeń w ramach poszczególnych programów? Czy zdaniem odbiorców wsparcia program odpowiadał na potrzeby mieszkańców województwa?

Obszar badawczy	Pytania badawcze
	3. Jak oceniana jest organizacja udzielania świadczeń w ramach poszczególnych programów? 4. Która z form realizacji programu (RPZ, zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, inna nie będąca RPZ) jest najbardziej efektywna, tj. pozwoliła szybciej i skuteczniej wdrażać założone cele? 5. Czy zdaniem odbiorców wsparcia wzrosła ich wiedza na temat profilaktyki w ramach poszczególnych programów? 6. Czy nastąpił wzrost świadomości wśród odbiorców wsparcia na temat roli działań profilaktycznych, zdrowego stylu życia itp.? 7. Jak okres pandemii oraz zachodzących zjawisk gospodarczych miał wpływ na wdrażanie programów zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości realizowanych świadczeń? Czy wpłynął na ograniczenie dostępności usług realizowanych w ramach programów?
Ocena efektywności w ramach poszczególnych programów oraz identyfikacja dalszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa	1. Jaki jest stopień realizacji wskaźników RPO WK-P 2014-2020 w ramach poszczególnych projektów z poddziałania 8.6.2 dotyczących realizowanych programów? 2. Czy osiągnięto oczekiwane efekty założone w ramach poszczególnych programów? • Czy i w jakim stopniu został osiągnięty cel główny oraz cele szczegółowe poszczególnych programów – jak prezentuje się stopień osiągniętych wartości poszczególnych mierników efektywności? • Jak prezentuje się porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym zgodnie z miernikami efektywności określonymi dla poszczególnych programów? 3. Czy nakłady na poszczególne programy były wystarczające dla osiągnięcia celów? 4. Czy poprzez realizację poszczególnych programów osiągnięto dodatkowe pozytywne bądź negatywne efekty, wcześniej niezamierzone? Jeśli tak, to jakie? 5. Jakie są aktualne wyzwania w obszarze profilaktyki zdrowotnej w województwie? 6. Czy w kontekście istniejących potrzeb w regionie należałoby kontynuować przedmiotowe programy w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w zakresie zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania programu regionalnego FEdKP 2021-2027?

5. Metodologia badawcza

W celu uzyskania wiarygodnych efektów ewaluacji została zastosowana triangulacja metodologiczna na trzech poziomach:

- triangulacja źródeł danych, oznaczająca wykorzystanie różnorodnych źródeł pochodzenia materiału badawczego, od informacji zastanych, niewytworzonych przez badacza (gotowe opracowania, raporty, dokumenty programowe) do materiałów wywołanych, czyli pochodzących od respondentów i zebranych podczas realizacji badań terenowych; wykorzystanie zróżnicowanych źródeł danych pozwala na wzajemną weryfikację pochodzącej z nich wiedzy;
- triangulacja metod badawczych, oznaczająca łączenie różnych metod i technik w badaniu tych samych zagadnień, np. badań kwestionariuszowych z wywiadami indywidualnymi, co pozwala na uchwycenie przedmiotu badania z różnych perspektyw, a także wykorzystanie mocnych stron stosowanych metod przy wzajemnej neutralizacji ich słabszych punktów i zwiększenie wiarygodności uzyskanych danych,
- triangulacja perspektyw badawczych, oznaczająca zaangażowanie całego zespołu, nie zaś jednej osoby w realizację badania ewaluacyjnego, co pozwala uniknąć subiektywizmu i uzyskać wszechstronny, pogłębiony opis poddawanych badaniu zjawisk; jest to istotne zwłaszcza podczas interpretacji wyników badań jakościowych.

1. Analiza danych zastanych (desk research)

Wykonawca poddał analizom następujący zakres materiałów źródłowych:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzania projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025;
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030;
- Programowanie perspektywy finansowej 2014-2020 – Umowa Partnerstwa;
- Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020 – Plan modernizacji 2020+ (przyjęta Uchwałą nr XLI/693/13 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 października 2013 r.);
- Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+ (przyjęta Uchwałą Nr XXVIII/399/20 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 grudnia 2020 r.);
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;

- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (z Załącznikami);
- Program Regionalny Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027;
- Wytyczne Komisji Europejskiej The Programming Period 2014-2020. Monitoring and Evaluation of European Cohesion Policy – European Social Fund. Guidance document, dostępne na stronie http://ec.europa.eu/;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 wraz z Załącznikami;
- 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;
- Dokumenty znajdujące się na stronie https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/ dotyczące perspektywy 2021-2027;
- Krajowe ramy strategiczne - Policy paper: https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper;
- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych;
- Bazy wygenerowane z systemu SL2014;
- Dokumentacja konkursowa naborów z analizowanego obszaru dla RPO WK-P 2014-2020;
- Dokumentacja projektowa oraz sprawozdania w ramach poszczególnych programów objętych badaniem[7];
- Opinie AOTMIT dotyczące badanych programów;
- Plany działań w sektorze zdrowia opracowane wraz z Komitetem Sterującym przy Ministerstwie Zdrowia, który je ostatecznie zatwierdzał;
- Okresowe i roczne sprawozdania z realizacji Programu w zakresie osiągania wskaźników właściwych dla monitorowania postępu wdrażania RPO WK-P na lata 2014-2020;
- Badania ewaluacyjne, źródła naukowe i inne opracowania powiązane z tematyką analizy;
- Dane pochodzące ze statystyki publicznej dotyczące stanu zdrowia ludności i ochrony zdrowia;
- Wybrane dokumenty dostępne są m.in. na stronie internetowej www.mojregion.eu, www.mfipr.gov.pl oraz w siedzibie Zamawiającego.

2. Wywiady pogłębione

W kontekście badania jakościowego kryterium doboru respondentów była wiedza i doświadczenie, wynikające z zajmowanego stanowiska, związanego z wdrażaniem programów z obszaru zdrowia w ramach RPO WK-P 2014-2020. Wywiady zostały zatem przeprowadzone z następującymi przedstawicielami:

- Departamentu Wdrażania Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza – 2 wywiady;
- Departament Zarządzania Funduszami Europejskimi dla Kujaw i Pomorza – 1 wywiad;

[7] Analizie poddana była dokumentacja projektowa oraz sprawozdania dostępne w wersji elektronicznej pozyskana od Koordynatorów programów objętych badaniem.

- Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia – 1 wywiad;
- Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia w okresie tworzenia programów – 1 wywiad

Ponadto przeprowadzono 10 wywiadów z beneficjentami realizowanych projektów. W przypadku 6 beneficjentów nie było możliwe zrealizowanie wywiadów ani pozyskanie kontaktów przez cały okres realizacji badania. W trakcie badań nie uzyskano kontaktu z realizatorami następujących projektów:

- Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o. realizator projektu: Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy realizator projektu: „Program profilaktyczny – wczesne wykrywanie raka jelita grubego"
- Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu realizator projektu: Program badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka jelita grubego w Szpitalu Powiatowym w Golubiu-Dobrzyniu.[8]
- "Centrum Zdrowia Na Skarpie" Sp. z o.o. realizator projektu: Profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Awimed" Sp. z o.o. realizator projektu: Zadbaj o zdrowie - profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim
- Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu realizator projektu: „LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ".

Tabela 1. Realizacja wywiadu w porównaniu do osiągniętych efektów projektów.

Lp.	Tytuł projektu	Realizator	Data realizacji projektu	Czy udało się porozmawiać z beneficjentem
1.	Wyprzedź raka – weź udział w badaniach profilaktycznych raka jelita grubego!	Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika	02.01.2018r. – 30.09.2021 r.	Zrealizowany wywiad
2.	Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego	Szpital Tucholski Sp. z o.o.	01.10.2017 r. – 31.03.2023 r.	Zrealizowany wywiad
3.	Popularyzacja badań kolonoskopowych oraz działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki raka jelita grubego	Novamed Sp. z o.o.	01.01.2018 r. – 30.06.2023 r.	Zrealizowany wywiad
4.	Program wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży	Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży	01.10.2017 r. – 31.12.2020 r.	Zrealizowany wywiad
5.	Program profilaktyki raka jelita grubego dla województwa kujawsko-pomorskiego	Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	01.10.2017 r. – 31.03.2022 r.	Zrealizowany wywiad

[8] Projekt się nie rozpoczął z przyczyn leżących po stronie beneficjenta, umowa została rozwiązana w dn.17.06.21,

Lp.	Tytuł projektu	Realizator	Data realizacji projektu	Czy udało się porozmawiać z beneficjentem
6.	Profilaktyczny IKAR	Centrum Medyczne Ikar - Borowicz Spółka Jawna	01.01.2018 r. – 31.12.2023 r.	Zrealizowany wywiad
7.	Żyjmy dłużej – badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Bydgoszczy	01.01.2018 r. – 31.12.2021 r.	Zrealizowany wywiad
8.	Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w województwie kujawsko-pomorskim	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika	01.01.2018 r. – 31.12.2021 r.	Zrealizowany wywiad
9.	Rak na wspak - program profilaktyki raka jelita grubego prowadzony przez Nowy Szpital Sp. z o.o. z siedzibą w Świeciu	Nowy Szpital Sp. z o.o. z siedzibą w Świeciu	01.01.2018 r. – 31.12.2023 r.	Zrealizowany wywiad
10.	LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ, NIŻ LECZYĆ - kompleksowy program profilaktyki raka jelita grubego dla mieszkańców województwa kujawsko - pomorskiego	Miejska Przychodnia Specjalistyczna w Toruniu	02.01.2018 r – 31.12.2021 r.	Brak kontaktu
11.	„Program profilaktyczny – wczesne wykrywanie raka jelita grubego”	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	02.01.2018 r. – 31.03.2023 r.	Brak kontaktu
12.	Profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim	"Centrum Zdrowia Na Skarpie" Sp. z o.o.	01.01.2018 r. – 31.12.2022 r.	Brak kontaktu
13.	Zadbaj o zdrowie - profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Awimed" Sp. z o.o.	01.01.2018 r. – 31.12.2021 r.	Brak kontaktu
14.	Program profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego.	Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	01.07.2020 r. – 31.12.2023 r.	Zrealizowany wywiad
15.	Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko – pomorskim	Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o.	01.01.2021 r. – 31.12.2023 r.	Brak kontaktu
16.	Program badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka jelita grubego w Szpitalu Powiatowym w Golubiu-Dobrzyniu	Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Golubiu Dobrzyniu	01.01.2018 r. – 31.12.2020 r.	Rozwiązana umowa

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 30.06.2023 r.).

3. Case study, czyli szczegółowy opis konkretnego przypadku lub sytuacji. W metodzie wykorzystano różne techniki badań społecznych, w tym telefoniczne wywiady pogłębione z:

   - Przedstawicielem Departamentu Zarządzania Programami Regionalnymi RPO Województwa Lubelskiego 2014-2020;
   - Przedstawicielem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego;
   - Przedstawicielem Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego.

Ponadto dokonano analizy danych zastanych, w szczególności treści Regionalnych Programów Operacyjnych województwa lubelskiego, dolnośląskiego, lubuskiego, wraz ze szczegółowym opisem osi priorytetowych dla tych programów.

6. Wyniki badania

6.1 Diagnoza w zakresie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz charakterystyka poszczególnych programów dotyczących obszaru zdrowia

Jak przedstawiała się sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie powstawania programów?

Analizując sytuację zdrowotną mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie powstawania Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, można stwierdzić, że nowotwory złośliwe dolnego odcinka układu pokarmowego były istotną przyczyną zgonów w regionie w okresie 2011-2013. W tym czasie analizy potwierdzały, że choroby te odpowiadały za 11,5% ogółu zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Ponadto umieralność z powodu tych nowotworów była nieco wyższa w województwie kujawsko-pomorskim niż średnia ogólnokrajowa. Współczynnik umieralności wyniósł 29,3 na 100 tys. ludności, co stanowiło 2,1 p.p przewagi nad ogólnokrajową średnią. Analizując problem z uwagi na płeć zauważyć można było, że mężczyzn cechował wyższy współczynnik umieralności z powodu nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego niż kobiety, a różnica ta była szczególnie wyraźna przy uwzględnieniu struktury wieku. W tamtym czasie istniał zróżnicowany poziom umieralności w różnych powiatach i miastach regionu, przy czym **powiat aleksandrowski miał szczególnie wysoką umieralność, zwłaszcza wśród mężczyzn**. **W miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, umieralność była wyższa niż średnia ogólnokrajowa**, a nadwyżki te były bardziej widoczne biorąc pod uwagę strukturę wieku. Ponadto na obszarach, **takich jak powiat świecki i powiat tucholski**, również występowała znacząco większa wartość wskaźnika umieralności w porównaniu do średniej ogólnopolskiej. Podsumowując, analiza wykazała, że nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego były istotnym problemem zdrowotnym w województwie kujawsko-pomorskim, zwłaszcza u mężczyzn. Istniała potrzeba zwiększenia dostępu do badań, działań profilaktycznych i edukacyjnych w celu zmniejszenia umieralności z powodu tych nowotworów w regionie, zwłaszcza w powiatach charakteryzujących się wyższym ryzykiem zgonu.

Wyniki badań jakościowych potwierdzają powyższe analizy. Respondenci wskazują na dwa kluczowe problemy:

- Wysokie wskaźniki zachorowalności na raka jelita grubego. W 2016 roku województwo kujawsko-pomorskie plasowało się w czołówce krajowej pod względem zachorowalności na ten nowotwór.
- Niskie wskaźniki uczestnictwa w programie przesiewowym w kierunku raka jelita grubego realizowanego ze środków NFZ w tamtym czasie. W 2016 roku prawdopodobnie tylko dwa ośrodki w województwie realizowały program przesiewowy, a udział w nim był niewielki.

„Ogólnie rzecz biorąc, analiza wykazała, że mamy znakomity ośrodek do leczenia, czyli Centrum Onkologii, ale jednocześnie w regionie występują istotne braki w realizacji programu przesiewowego na poziomie krajowym, który finansowany był przez NFZ i dotyczył badania przesiewowego jelita grubego. Analizy pokazały, że bardzo niewielu mieszkańców naszego województwa uczestniczyło w tym programie, prawdopodobnie z powodu ograniczonej dostępności. Chyba były tylko dwa ośrodki, w

których przeprowadzane były badania przesiewowe, a dodatkowo umowy zawierane w związku z programem były nisko opłacane. W związku z tym, dzięki przejrzeniu dokumentów dotyczących sytuacji onkologicznej w regionie oraz ocenie rzeczywistej sytuacji, a także po rozmowach z ekspertami, którzy byli zapraszani do udziału w tych dyskusjach, zarówno z Centrum Onkologii, jak i innych ośrodków, zrozumieliśmy, że nasza interwencja wydawała się być stosunkowo szybką i prostą opcją do zrealizowania. Widzieliśmy wiele problemów, które nadal istniały, ale wydawało się, że możemy to szybko poprawić, dlatego też narodził się pomysł stworzenia tego programu jako pierwszego w regionie." IDI, R1.

Respondenci podkreślali, że te problemy były powodem wyboru raka jelita grubego jako priorytetu dla pierwszego programu profilaktycznego. Program ten miał na celu zwiększenie świadomości na temat nowotworu jelita grubego i zachęcenie osób zagrożonych do wykonywania badań przesiewowych. Analiza wypowiedzi pozwala na określenie pewnych wniosków dotyczących sytuacji w regionie:

- W okresie powstawania Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ) w województwie kujawsko-pomorskim sytuacja zdrowotna mieszkańców była niepokojąca.
- Wyższe niż w skali kraju wskaźniki zachorowalności na nowotwory złośliwe były związane z niskim poziomem świadomości na temat profilaktyki zdrowotnej i ograniczonym dostępem do badań przesiewowych.
- RPZ-y były odpowiedzią na te problemy.

W okresie powstawania Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) w województwie kujawsko-pomorskim nowotwory złośliwe płuca stanowiły znaczący problem zdrowotny. W latach 2011-2013[9] odpowiadały one za 25,6% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych w regionie. Współczynnik rzeczywistej umieralności z powodu nowotworów płuca w województwie wynosił 65,2 na 100 tys. ludności, był o 11,6% wyższy niż średnia ogólnokrajowa. Mężczyźni byli bardziej narażeni na umieralność z powodu nowotworów płuca niż kobiety.

W okresie powstawania programu poziom umieralności z powodu nowotworów płuca w poszczególnych powiatach i miastach był zróżnicowany. Najwyższy poziom umieralności, przewyższający średnią ogólnokrajową o 52% widoczny był w powiecie golubsko-dobrzyńskim. W innych obszarach, takich jak powiat wąbrzeski, rypiński i świecki oraz mieście Grudziądz, również notowano wyższą umieralność niż średnia krajowa. W miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, poziom umieralności z powodu nowotworów płuca był wyższy niż średnia ogólnokrajowa.

Analiza ta potwierdza pilną potrzebę działań prewencyjnych, edukacyjnych i profilaktycznych w celu zmniejszenia umieralności z powodu nowotworów płuca w województwie kujawsko-pomorskim, szczególnie wśród mężczyzn oraz na obszarach o wyższym ryzyku.

W związku z powyższym, celem programu była poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych.

[9] Problemy zdrowotne w regionie przedstawiono na podstawie dokumentu: Mapa Potrzeb zdrowotnych, w których prezentowano dane w latach 2011 – 2013.

Cele szczegółowe:

- zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca,
- zwiększenie dostępu do badania NDTK u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca,
- zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antynikotynowego,
- zwiększenie zasobów przeszkolonej kadry na rynku pracy, co jest niezwykle istotne w kontekście zdiagnozowanych trendów demograficznych.

Wyniki badań jakościowych oraz analiza danych zastanych wskazała, że program polityki zdrowotnej dotyczący raka płuc został opracowany z uwagi na to, że województwo kujawsko-pomorskie miało relatywnie dużą liczbę przypadków raka płuc i niekorzystną sytuację w regionie pod tym względem, a jednocześnie ograniczony dostęp do programu przesiewowego na poziomie krajowym. W czasie, kiedy przygotowywano programy polityki zdrowotnej nie zgłosił się w regonie żaden realizator programu krajowego, finansowanego ze środków PO WER. Sytuacja ta stworzyła możliwość do tego, aby województwo opracowało samodzielnie program dla regionu, ale na podstawie już istniejącego programu polityki zdrowotnej w ramach PO WER.

Analizując sytuację zdrowotną mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie powstawania programu profilaktyki przeciwwirusowego zapalenia wątroby typu B i C, można stwierdzić, że przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) stanowiło istotny problem zdrowotny w Polsce. Według informacji zawartych w dokumencie „Mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa kujawsko-pomorskiego w zakresie 30 grup chorób" z 2017 r. wynika, że w skali całego kraju, w roku 2014 odnotowano 12,5 tys. hospitalizacji związanych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C, natomiast województwo kujawsko-pomorskie miało 1,1 tys. hospitalizacji związanym z HCV. Wskaźnik hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim na 100 tys. ludności w 2014 r. wyniósł 52 i była to 2. największa wartość wśród województw.

Statystyki czasu oczekiwania i trybów przyjęć różniły się między województwami, a województwo kujawsko-pomorskie miało stosunkowo niski udział hospitalizacji pacjentów przyjętych w trybie nagłym (19,0%). Udział hospitalizacji zakończonych ponowną hospitalizacją w ciągu 30 dni wynosił 8,5% w województwie kujawsko-pomorskim, co było wyższym wskaźnikiem niż średnia krajowa (5,3%).

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) również stanowiło problem zdrowotny w Polsce. W skali kraju w 2017 r. odnotowano 5,6 tys. hospitalizacji związanych z HBV, z czego województwo kujawsko-pomorskie miało 706 hospitalizacji. Wskaźnik hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniósł 34. Podobnie jak w przypadku HCV, statystyki czasu oczekiwania i trybów przyjęć różniły się między województwami, a województwo kujawsko-pomorskie miało stosunkowo niski udział pacjentów przyjętych w trybie nagłym (12,5%) w porównaniu do kraju. Ogólnie rzecz biorąc, zarówno przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, jak i B, stanowiły istotny problem zdrowotny w Polsce, z różnicami między województwami w zakresie hospitalizacji, czasu oczekiwania i innych wskaźników. Istniała potrzeba kontynuacji działań na rzecz poprawy wykrywalności, dostępu do leczenia i profilaktyki tych chorób, zwłaszcza w regionach, w których wskaźniki są mniej korzystne.

Analiza wypowiedzi respondentów badania jakościowego wykazała, że jeszcze w 2016 r. województwo kujawsko-pomorskie było jednym z regionów w Polsce, w którym występowała największa zapadalność na WZW B i C. Podkreślano, że problemy związane z WZW B i C były poważne, ponieważ mogą prowadzić do uszkodzenia wątroby, marskości wątroby i nowotworów wątroby. W związku z tym, w

2016 roku województwo kujawsko-pomorskie zdecydowało się na uruchomienie programu profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Program ten miał na celu zwiększenie świadomości na temat WZW B i C, a także poprawę dostępu do szczepień i badań przesiewowych. Badani wyraźnie podkreślali, że w okresie powstawania RPZ-ów w województwie kujawsko-pomorskim, problemy związane z WZW B i C były istotne. Program profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C był odpowiedzią na te problemy. Program był realizowany w sposób systematyczny i kompleksowy, gdyż już wcześniej województwo realizowało podobny program, ale z udziałem mniejszych środków i bez uwzględnienia szczepień przeciw WZW B.

Czym podyktowany był rodzaj realizowanego programu w woj. kujawsko-pomorskim? Czy to były najistotniejsze problemy zdrowotne w regionie? Jakie było uzasadnienie potrzeby wdrożenia tych programów?
Jak przebiegała procedura przyjęcia poszczególnych programów w województwie kujawsko-pomorskim? Jakie były plusy i minusy tych procedur?

Regionalne programy zdrowotne w Polsce przyjmowane były przez samorządy województw.
W uproszczeniu procedura przyjęcia programu w regionach była następująca:

- Samorząd województwa na podstawie zdiagnozowanego problemu przygotowuje projekt regionalnego programu zdrowotnego (RPZ).
- Projekt RPZ jest konsultowany z zainteresowanymi stronami, w tym z organizacjami pozarządowymi, gminami, powiatami oraz podmiotami leczniczymi, pracownikami ochrony zdrowia.
- RPZ przekazywany jest do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- Po pozytywnym/warunkowo pozytywnym zaopiniowaniu RPZ-u przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji samorząd województwa podejmuje decyzję o przyjęciu programu do realizacji.
- Następuje proces wdrażania RPZ.

W przypadku przyjęcia programu, samorząd województwa jest zobowiązany do jego realizacji i finansowania. W praktyce, przyjęcie regionalnych programów zdrowotnych przebiegało z różnym powodzeniem. W niektórych regionach programy zostały przyjęte bez większych problemów, w innych natomiast proces ten był bardziej skomplikowany i wymagał wielu konsultacji i uzgodnień.

W ramach regionalnych programów zdrowotnych finansowanych ze środków EFS planowano wdrożenia 3 RPZ, których wdrożenie zakończyło się niepowodzeniem. Były to:

- „Program profilaktyki wcześniactwa oraz wczesnej interwencji terapeutycznej w celu wyrównywania szans rozwojowych w grupie dzieci od 0 lat do 3 lat zagrożonych niepełnosprawnością z przyczyn przed i okołoporodowych” – program otrzymał negatywną opinię AOTMiT.
- „Program wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego w województwie kujawsko-pomorskim” – program otrzymał negatywną opinię AOTMiT.
- „Program redukcji otyłości u osób dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim” – konieczna była rezygnacja z jego wdrożenia z uwagi na przesunięcia środków do walki ze skutkami epidemii wywołanej przez wirusa Covid-19, mimo pozytywnej opinii AOTMiT.

Do głównych problemów, które utrudniały przyjęcie regionalnych programów zdrowotnych należały:

- Brak jasnych i spójnych wytycznych na poziomie centralnym dotyczących opracowania i realizacji programów.
- Różne priorytety poszczególnych samorządów województw w zakresie zdrowia publicznego.
- Niewystarczające środki finansowe na realizację programów.

RPZ są projektowane z myślą o konkretnej populacji lub regionie. Powstają po przeanalizowaniu danych epidemiologicznych i uwzględniają specyficzne zagrożenia zdrowotne oraz potrzeby zdrowotne mieszkańców. Mają konkretne cele zdrowotne, takie jak zmniejszenie liczby zachorowań, poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, zwiększenie świadomości zdrowotnej czy promocje zdrowego stylu życia. Realizacja regionalnych programów zdrowotnych poprzez badania przesiewowe, szczepienia czy kampanie edukacyjne przyczynia się do zapobiegania konkretnym schorzeniom lub ich wcześniejszego wykrywania. Samorządy województw dzięki funduszom unijnym mogły finansować regionalne programy zdrowotne i poszerzyć ofertę działań profilaktycznych dla mieszkańców regionu. Przyczyniając się tym samym do ulepszenia opieki zdrowotnej, dostosowanej do potrzeb lokalnej społeczności.

Analiza danych zastanych, ale przede wszystkim wyniki badania jakościowego dostarczyły wiedzy na temat tego, w jaki sposób i jak uzasadniano potrzebę wdrożenia programów.

Z wypowiedzi respondentów wynika, że wybór Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego był podyktowany dwoma głównymi czynnikami:

- Wysokimi wskaźnikami zachorowalności na nowotwory złośliwe, co zdecydowanie wymagało interwencji.
- Niskim poziomem uczestnictwa w programie przesiewowym w kierunku raka jelita grubego. Analiza wykazała, że bardzo niewiele osób z województwa uczestniczyło w programie przesiewowym (finansowanym z NFZ), co wynikało m.in. z ograniczonej liczby ośrodków, w których badania były przeprowadzane. Dodatkowo, kontrakty zawierane w ramach tego programu były uważane za niewystarczające, co również wpłynęło na decyzję o przygotowaniu programu w ramach środków RPO WK-P.

W związku z tymi czynnikami władze województwa zdecydowały o opracowaniu i realizacji programu profilaktycznego w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Respondenci podkreślali, że wybór tego rodzaju programu był dość oczywisty, ponieważ województwo borykało się z poważnym problemem zdrowotnym. Program był również możliwy do zrealizowania w stosunkowo krótkim czasie i przy stosunkowo niewielkich kosztach. Oprócz tych dwóch głównych czynników, wybór rodzaju programu mógł być również podyktowany innymi względami, takimi jak:

- Dostępność środków finansowych. Program był dofinansowany ze środków unijnych, co pozwoliło na jego realizację na szerszą skalę.
- Doświadczenie i potencjał organizacyjny województwa. Województwo kujawsko-pomorskie miało doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, co mogło ułatwić opracowanie i realizację programu w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Przy tworzeniu programu przeprowadzono dokładną analizę dokumentów dotyczących sytuacji onkologicznej i danych województwa. W wyniku tych analiz pojawiła się myśl, że program przesiewowy dla raka jelita grubego mógłby pomóc poprawić sytuację zdrowotną mieszkańców regionu. Proces tworzenia i dostosowywania programu był wymagający, gdyż w okresie jego powstawania pojawił się problem połączenia w jednym dokumencie zasad dotyczących programów polityki zdrowotnej określonych przez AOTMiT i zasad dotyczących wdrażania RPZ współfinansowanych ze środków UE.

Należy podkreślić, że Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) realizowany w województwie kujawsko-pomorskim, został podyktowany kilkoma czynnikami. Województwo kujawsko-pomorskie miało bardzo niekorzystne wskaźniki zachorowalności na raka płuca, co było jednym z powodów do zaniepokojenia i podjęcia działań prewencyjnych. Region miał potencjał do poprawy statystyk zdrowotnych, zwłaszcza w obszarze raka płuc. Wykorzystanie krajowego programu do działań na poziomie województwa wydawało się bardziej efektywne niż tworzenie programu od podstaw, biorąc pod uwagę potrzebę dostosowania go do lokalnych realiów i potencjalną szybkość we wdrożeniu programu (programy, które już otrzymały w innych regionach lub w kraju pozytywną opinię AOTMiT miały szansę na szybsze przyjęcie). Na poziomie kraju w ramach PO WER ogłoszono konkurs na realizację programu niskodawkowego, ale województwo kujawsko-pomorskie nie miało żadnego zgłoszenia od potencjalnych wykonawców, mimo że region miał statystyki sugerujące potrzebę wdrożenia programu, dotyczące zachorowań na raka płuca. To skłoniło do zgłoszenia własnej inicjatywy. Zamiast tworzyć nowy program od podstaw, województwo zwróciło się do agencji o zgodę na dostosowanie istniejącego programu na poziomie regionalnym. Agencja zachęcała do tego typu działań, co miało przyspieszyć proces wdrożenia programu.

Potrzeba wdrożenia programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim wynikała z kilku kluczowych kwestii. W odniesieniu do programu dotyczącego profilaktyki WZW, główny powód wdrożenia tego programu to potrzeba kontynuacji działań realizowanych wcześniej przez województwo. Województwo kujawsko-pomorskie prowadziło, finansowany ze środków budżetu województwa program profilaktyki WZW typu B i C przez wiele lat. Nie zaspokoił on jednak potrzeb zdrowotnych w przedmiotowym zakresie. Nowy program miał na celu wykorzystanie środków unijnych w celu zwiększenia zasięgu na całe województwo, wzrostu efektywności działań profilaktycznych oraz poszerzenia oferowanych interwencji o szczepienia przeciwko WZW B. Głównym celem programu był wzrost wczesnych wykryć zakażeń WZW typu B i C poprzez upowszechnienie i zwiększenie dostępu do przesiewowych badań laboratoryjnych. Działania profilaktyczne miały objąć całą populację regionu lub przynajmniej większość zainteresowanych osób. Dlatego rozważono przeprowadzenie regionalnej kampanii, która mogłaby zwiększyć skuteczność działań profilaktycznych. Przygotowanie programu miało na celu utrzymanie systematyczności i zwiększenie liczby osób objętych działaniami prewencyjnymi. Odpowiednio przygotowany program mógłby znacząco wpłynąć na skuteczność w zapobieganiu i wykrywaniu WZW B i C na poziomie województwa. W rezultacie, wdrożenie programu profilaktyki WZW B i C miało na celu poprawę sytuacji epidemiologicznej województwa, m.in. w kontekście ograniczania powikłań nieleczonego WZW B i C tj. marskość wątroby, niewydolność wątroby czy rak wątrobowokomórkowy.

Wybór programów zdrowotnych jest procesem złożonym, który wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym danych epidemiologicznych, dostępności środków finansowych, współpracy z

placówkami medycznymi i wsparcia samorządów. Adaptacja programów krajowych do lokalnych potrzeb była celowym działaniem przyśpieszającym proces ich wdrażania, aby efektywnie zatroszczyć się o stan zdrowia mieszkańców z wykorzystaniem znacznych unijnych środków.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że aby program polityki zdrowotnej mógł być realizowany w regionie potrzebna była akceptacja ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[10] (AOTMiT), która odgrywała kluczową rolę w przyjmowaniu regionalnych programów zdrowotnych. Jej zadaniem była ocena technologii medycznych oraz taryfikacja świadczeń zdrowotnych, co obejmuje również ocenę i rekomendację programów lekowych i terapeutycznych.

Warto zaznaczyć, że opinia AOTMiT daje pewność co do tego, że programy zdrowotne, programy polityki zdrowotnej są oparte na dowodach naukowych i są finansowo efektywne. Jej niezależna ocena technologiczna pomaga w podejmowaniu decyzji dotyczących przyjęcia programów, co ma istotne znaczenie dla jakości opieki zdrowotnej, dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii i technologii medycznych.

AOTMiT przygotowała wzór programu polityki zdrowotnej. Wzór RPZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 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 poz. 2476). Sam schemat RPZ, z którego mogły korzystać regiony był dostępny przed jego uchwaleniem i działanie to należy uznać za potrzebne i skuteczne. Niemniej jednak w kontekście wdrażania funduszy unijnych, kiedy to już na koniec 2015 r. określono w Wytycznych jakiego rodzaju wsparcie przewiduje się w ramach EFS w obszarze ochrony zdrowia, należy uznać je za spóźnione. Region musiał przygotować się na podjęcie takich działań, które umożliwią z jednej strony zabezpieczenie potrzeb mieszkańców, a z drugiej pozwolą na efektywne wydatkowanie przekazanych środków w ramach przyjętej dla RPO WK-P alokacji. Stąd decyzja o wykorzystaniu 2 programów[11], które były realizowane na poziomie krajowym i dopasowaniu ich do sytuacji w regionie, aby przyspieszyć proces realizacji programów i móc jak najszybciej wydatkować przyznane środki.

Dostosowanie programów pozytywnie zaopiniowanych przez AOTMiT na grunt regionu zostało pozytywnie ocenione przez respondentów. Podkreślano, że przygotowanie programów w regionach na podstawie rekomendacji AOTMiT zdecydowanie ułatwia pracę i daje pewność co do tego, że nakład pracy zostanie zwieńczony pozytywną oceną i możliwością realizacji programów. Podjęto również decyzję o tym, aby w perspektywie finansowej 2021-2027 przygotowywać takie RPZ, dla których AOTMiT opracowała rekomendacje, co znacznie przyśpieszy pracę nad programami i w zależności od dostępnych środków przyspieszy proces ich wdrażania.

W analizie odpowiedzi respondentów można dostrzec, że organizacja regionalnych programów zdrowotnych jest złożonym procesem, który wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym związanych ze zdrowiem publicznym, finansowaniem, logistyką oraz współpracą między różnymi

[10] Sytuacja ta nie dotyczy Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, gdyż realizowany był on poza formułą RPZ.
[11] Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) oraz program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim.

instytucjami. Trudności mogą wynikać z różnic w regulacjach prawnych, finansowaniu czy dostępności zasobów, ale odpowiednie planowanie i współpraca mogą pomóc w ich przezwyciężeniu.

O ocenę procedury przyjmowania regionalnych programów zdrowotnych poproszeni zostali przedstawiciele ówczesnego Departamentu Zdrowia, odpowiedzialni za przygotowanie RPZ w okresie programowania 2014-2020. Poproszono, aby wskazali oni plusy i minusy zastosowanych procedur.

Nazwa programu	Plusy przyjętych procedur	Minusy przyjętych procedur
Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego	• Komplementarność i kontynuacja podejmowanych działań profilaktycznych. • Doświadczenie i potencjał organizacyjny jednostek medycznych.	• Brak wytycznych określających sposób tworzenia programów polityki zdrowotnej. • Tworzenie wytycznych określających sposób tworzenia programów polityki zdrowotnej w trakcie wdrażania RPO WK-P 2014-2020.
Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)	• Wykorzystanie programów polityki zdrowotnej pozytywnie zaopiniowanych przez AOTMiT, co pozwalało na zaoszczędzenie czasu i zasobów.	• Zbyt późne przygotowanie wzoru programu polityki zdrowotnej, względem procesu wdrażania RPO WK-P 2014-2020 i wydatkowania środków. • Czasochłonny proces opiniowania regionalnych programów zdrowotnych, co może prowadzić do opóźnień w rozpoczęciu naborów i realizacji programów.
Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim	• Kompleksowość i kontynuacja podejmowanych działań profilaktycznych. • Wykorzystanie programów polityki zdrowotnej pozytywnie zaopiniowanych przez AOTMiT. • Szybki proces przyjmowania RPZ do realizacji, dzięki dostosowaniu istniejącego programu.	• Zbyt późne przygotowanie wzoru programu polityki zdrowotnej, względem procesu wdrażania RPO WK-P 2014-2020 i wydatkowania środków. • Zbyt późne przygotowanie pozytywnie zaopiniowanych programów polityki zdrowotnej, które byłyby możliwe do dostosowania i wykorzystania w regionie.

Wśród pozytywnych aspektów przyjętej procedury przyjmowania i przygotowywania programów polityki zdrowotnej badani zwrócili uwagę na to, że delegowanie zadania do departamentu UM WK-P

odpowiadającego za obszar ochrony zdrowia okazało się trafną decyzją, gdyż przygotowane programy były tworzone przez osoby mające dużą wiedzę w obszarze ochrony zdrowia i potrzeb regionu. Należy podkreślić, iż aktywna współpraca tego departamentu z IZ RPO WK-P pomaga w dostosowaniu programów do wymogów finansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Współpraca ta pełni ważną rolę w ocenie, czy programy polityki zdrowotnej mogą być finansowane ze środków EFS. Ponadto IZ RPO WK-P prowadzi kontrolę dokumentów i sprawdza, czy programy są zgodne z obowiązującymi przepisami, co jest istotne z punktu widzenia ochrony danych osobowych i medycznych.

Warto również zwrócić uwagę na to, iż bez względu jaki program jest realizowany pozytywne efekty przynosi premiowanie beneficjentów, którzy działają na obszarach białych plam (czyli obszarach o trudnym dostępie do usług zdrowotnych). Działanie to ma na celu zwiększenie dostępności usług na tych obszarach. Jest to pozytywny aspekt, który może przyczynić się do poprawy sytuacji zdrowotnej na tych terenach.

Wśród minusów zastosowanej procedury w opiniach badanych pojawiły się następujące kwestie wspólne dla wszystkich analizowanych programów:

- Procedura jest uzależniona od dostępności środków z EFS. Ograniczenia budżetowe mogą prowadzić do ograniczenia liczby programów, które można zrealizować.
- Kontrola nad danymi medycznymi pacjentów może być utrudniona, ponieważ dane te są chronione prawnie. To może ograniczać zdolność IZ RPO WK-P do skutecznego monitorowania ich jakości i prawidłowości.
- Brak dostępu do programów krajowych: Województwo nie było objęte niektórymi programami przesiewowymi na poziomie krajowym (nie zgłosili się realizatorzy do Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)), co oznaczało brak dostępu mieszkańców do badań przesiewowych i profilaktyki.
- Zbyt mała liczba pracowników departamentu delegowanego do przygotowania regionalnych programów zdrowotnych, gdyż praca nad programami była tylko wycinkiem zadań pracowników departamentu.
- Problemy z obliczaniem stawek: Proces obliczania stawek za świadczenia medyczne w ramach programów wiązał się z wyzwaniami. Ustalenie odpowiedniej kwoty oznaczało ustalenie kosztów odpowiednich stawek dla każdego potencjalnego beneficjenta. Ustalone kwoty musiały być atrakcyjne także dla lekarzy i personelu medycznego realizującego badanie, ale także mieścić się w kwotach jakie zostały ustalone w programie.

Mimo pozytywnego wpływu zastosowania kryterium „białych plam", sami beneficjenci mieli trudności z pozyskaniem pacjentów na terenach o utrudnionym dostępie do usług medycznych. Wnioskodawcy posiadający swoje siedziby poza obszarami wskazanymi jako „białe plamy" nie są skuteczni w pozyskiwaniu pacjentów z tych obszarów. Zachęcenie podmiotów z tych obszarów do wdrażania programu jest trudne, a dostępność jednostek medycznych mogących realizować program ograniczona, co dodatkowo wpływa na skuteczność prowadzonych działań i osiąganie założonych wartości wskaźników.

Jak procedury przyjęcia programów w obszarze zdrowia przebiegały w innych województwach?

W celu dokonania analizy procedury wdrażania programów w obszarze zdrowia w innych województwach, zostały scharakteryzowane trzy studia przypadków. W ramach ich oceny został przede wszystkim pokazany sposób przyjęcia programów wraz ze stosowanymi w ich przypadku procedurami. Do analizy studium przypadku zostały wybrane trzy województwa:

- Województwo lubelskie,
- Województwo lubuskie,
- Województwo dolnośląskie.

W studium przypadku Wykonawca zobrazował, w jaki sposób przyjmowane były realizowane programy w obszarze zdrowia w innych województwach. W szczególności analizowany był:

- zakres tych programów,
- proces tworzenia ich założeń wraz z przeprowadzoną diagnozą w danym regionie i konsultacjami,
- wyniki opiniowania programu przez Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),
- sposób przyjęcia do realizacji, czy realizowany jest w formie RPZ, czy jest częścią realizacji ogólnopolskiego programu,
- sposób finansowania,
- zgodność z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020,
- zakres aktów prawnych uchwalających programy,
- zaplanowany system wdrażania.

Studium przypadku – województwo lubuskie

Pierwsze studium przypadku obejmuje województwo lubuskie. Programy były wdrażane przez Departament Ochrony Zdrowia.

Zakres analizy	Województwo lubuskie
Zakres programów	Realizowano następujące programy w ramach Działania 6.7 RPO Lubuskie: • Profilaktyka raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy, • Program in-vitro, • Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc, • Program w zakresie wczesnego wykrywania cukrzycy, • Program rehabilitacji narządów ruchu, • Program rehabilitacja po przebytej chorobie COVID-19 w województwie lubuskim.
Proces tworzenia założeń programów wraz z przeprowadzoną diagnozą w danym regionie i konsultacjami	W województwie lubuskim zastosowano dwie metody przygotowania założeń programów. Pierwszą metodą było zlecanie opracowania programów niezależnym ekspertom. Tym sposobem opracowano dwa programy – Program w zakresie wczesnego wykrywania cukrzycy oraz Program rehabilitacji narządów ruchu.

	Drugą metodą było opracowanie założeń przez pracowników departamentu. Wśród danych, które zostały użyte należy wymienić analizę map zdrowotnych i danych zastanych (z Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego) i innych kluczowych dokumentów (tj. Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia). Każdy z programów polityki zdrowotnej, który był tworzony został poddany weryfikacji przez zewnętrznych konsultantów. W kwestii dostosowania ogólnopolskiego programu obejmującego profilaktykę raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy, do sytuacji regionalnej uwzględniono „białe plamy" – powiaty, w których zgłaszalność na badanie z zakresu tego programu była najniższa.
Wyniki opiniowania programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),	Wszystkie programy z obszaru zdrowia, które były realizowane w województwie lubuskim posiadały pozytywną opinię AOTMiT-u. Wyjątek stanowił Program profilaktyki raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy. Ze względu na charakter ogólnopolski tego projektu, województwo realizowało go jako beneficjent. Należy wspomnieć, że Program dotyczący profilaktyki wczesnego diagnozowania chorób nowotworowych płuc początkowo uzyskał negatywną opinię. Po uwzględnieniu poprawek (zmiana typu badania z rentgenu na niskodawkowy tomograf płuc) program uzyskał opinię pozytywną.
Sposób przyjęcia do realizacji	Tylko jeden program - Program rehabilitacji narządów ruchu – był tworzony w formie Regionalnego Programu Zdrowotnego. Pozostałe były powiązane z realizacją programów ogólnopolskich: • Profilaktyka raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy, • Program in-vitro, • Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc, • Program w zakresie wczesnego wykrywania cukrzycy, • Program rehabilitacja po przebytej chorobie COVID-19 w województwie lubuskim.
Finansowanie programu	Za finansowanie programu in-vitro odpowiada w całości Samorząd Województwa Lubuskiego. Pozostałe programy były współfinansowane ze środków europejskich. Program dotyczący wczesnej profilaktyki raka płuca miał zmianę źródła finansowania, gdyż na początku wdrażania był finansowany ze środków własnych budżetu województwa.
Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w	Wszystkie realizowane programy były zgodne z zapisami Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

obszarze zdrowia na lata 2014-2020	
Zakres aktów prawnych	Spójność z Country Specific Recommendations dla Polski oraz kierunkami wprowadzonych i planowanych do wprowadzenia reform. Zgodność realizowanych przedsięwzięć z Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz Planem działań w sektorze zdrowia uzgodnionym z Komitetem Sterującym ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Odnosząc się do uwzględniania zasady horyzontalnej dot. równości szans kobiet i mężczyzn, w województwie lubuskim brakowało programu poświęconego mężczyznom – analogicznie do profilaktyki raka szyjki macicy. W założeniach, program miałby być kierowany do młodych mężczyzn i oprócz wsparcia poprzez uczestnictwo w badaniach, miałyby być prowadzone działania edukacyjne, podnoszące świadomość mieszkańców województwa.
System wdrażania	Przedstawiciel regionu opisał, że utrudnieniem była sytuacja związana ze zbyt późnym opracowaniem dokumentów nadrzędnych wobec programów. Respondent wskazał na sytuację, w której zbyt późne opracowanie niezbędnych dokumentów (w tym także map potrzeb zdrowotnych) powodowało trudności w organizacji pracy. W województwie lubuskim beneficjentów programów w obszarze zdrowia wybierano w ramach konkursu. Były prowadzone kampanie promocyjne, ze względu na możliwość udziału wszystkich mieszkańców regionu. W kwestii wdrażania programów razem z podwykonawcami, pojawił się problem z ich wyborem, gdyż w celu zdobycia dofinansowania dodatkowo punktowany był wybór organizacji pozarządowych, których brakowało na terenie województwa lubuskiego. Dodatkowo, pojawiły się problemy techniczne i komunikacyjne z poszczególnymi podmiotami, które skutkowały zerwaniem umów. Jednakże nie wpłynęły one znacznie na realizację programów. W kwestii kwalifikowania osób do badań, w województwie pojawił się problem zbyt wąskiej grupy wiekowej w programie dotyczącym raka jelita grubego, raka szyjki macicy i raka piersi. W związku z nałożeniem limitów przez Ministerstwo Zdrowia, duża część osób nie mogła zostać przebadana, mimo istniejących przesłanek (np. najbliżsi krewni osób zagrożonych zachorowaniem). W kolejnej edycji projektu, włączono grupę osób, które były blisko spokrewnione z uczestnikiem projektu. W programie w zakresie wczesnego wykrywania cukrzycy, okres uczestnictwa trwał 12 miesięcy. Ze względu na zbyt długi czas realizacji,

	duża część uczestników nie pojawiała się na kolejnych etapach wsparcia. W kolejnej edycji, zmodyfikowany zostanie czas realizacji. Istotny w tym aspekcie jest także wpływ pandemii COVID-19 na uczestnictwo mieszkańców w badaniach.

Studium przypadku – województwo lubelskie

Drugie studium przypadku dotyczy województwa lubelskiego, które oferowało wsparcie zbieżne ze wsparciem oferowanym w województwie kujawsko-pomorskim.

W kwestii wdrażania programów w obszarze zdrowia w województwie lubelskim, szczególnie istotny był **podział zadań między departamentami**. W trakcie analizy wyszczególniono trzy główne departamenty odpowiedzialne za całościową realizację programów: Departament Zarządzania Programami Regionalnymi, Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Departament Zdrowia i Polityki Społecznej.

Zakres analizy	Województwo lubelskie
Zakres programów	Dla obszaru zdrowia dedykowane zostały dwa działania z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 10.3 i 11.2. Działanie 10.3 dotyczyło profilaktyki zdrowotnej i obejmowało programy w zakresie nowotworu raka szyjki macicy, raka płuc i raka jelita grubego. Ponadto, w tym zakresie opracowano również regionalne programy zdrowotne: • obejmujące działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne, • ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy. Działanie 11.2 obejmowało realizację programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami oraz realizację działań na rzecz dzieci dotkniętych problemem nadwagi, otyłości, wad postawy oraz zaburzeniami rozwoju układu ruchu.
Proces tworzenia założeń programów wraz z przeprowadzoną diagnozą w danym regionie i konsultacjami	Główne założenia programów opierały się na dwóch dokumentach „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021” oraz Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
Wyniki opiniowania programu przez Agencję Oceny Technologii	Regionalne programy zdrowotne otrzymały pozytywną opinię AOTMiT.

Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),	
Sposób przyjęcia do realizacji	W formie Regionalnych Programów Zdrowotnych były realizowane: • programy profilaktyki chorób odstresowych, • profilaktyka boreliozy, • program profilaktyki nadwagi, otyłości wśród uczniów klas 4-6, • program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu i mowy wśród klas 1 szkół podstawowych. W formie programów zdrowotnych opracowanych na poziomie krajowym były realizowane programy profilaktyczne w zakresie nowotworów: rak szyjki macicy, rak piersi i rak jelita grubego.
Finansowanie programu	Programy były współfinansowane ze środków europejskich.
Realizacja przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020	Programy zdrowotne realizowane w ramach działania 10.3 i 11.2 były zgodne z wytycznymi dotyczącymi realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.
Zakres aktów prawnych	W kwestii aktów prawnych uchwalających programy z obszaru zdrowia, przede wszystkim brano pod uwagę: • Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, • Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, • Country Specific Recommendations dla Polski, • Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego.
System wdrażania	Za proces przygotowania i opiniowania RPZ odpowiedzialny był Departament Wdrażania EFS, który na etapie przygotowania programu również odpowiadał za opracowanie RPZ. Przedstawiciel regionu opisał, że utrudnieniem była sytuacja związana ze zbyt późnym opracowaniem dokumentów nadrzędnych wobec programów. Respondent wskazał na sytuację, w której zbyt późne opracowanie niezbędnych dokumentów (w tym także map potrzeb zdrowotnych) powodowało trudności w organizacji pracy. Podobnie jak w województwie kujawsko-pomorskim projekty wybierane były na drodze konkursu i realizowane przez podmioty medyczne. W trakcie wdrażania pojawiły się problemy związane z pandemią COVID-19, w efekcie, której ograniczano funkcjonowanie placówek

	medycznych, w związku z czym konieczne było wydłużanie okresu realizacji projektów.

Studium przypadku – województwo dolnośląskie

W przypadku województwa dolnośląskiego, część zadań dotyczących programów z obszaru zdrowia była wdrażana przez Departament Zdrowia, a pozostała część przez Departament Funduszy Europejskich.

Zakres analizy	Województwo dolnośląskie
Zakres programów	Wdrożone zostały następujące programy: • Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy, • Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zapobiegania samobójstwom dla dzieci i młodzieży, • Program w zakresie zachowania płodności u pacjentów leczonych onkologicznie, • Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt. Programy zostały przyjęte w 2023 r. Do roku 2023 przyjęto programy: • Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, • Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.
Proces tworzenia założeń programów wraz z przeprowadzoną diagnozą w danym regionie i konsultacjami	W celu tworzenia założeń programowych, w województwie dolnośląskim korzystano przede wszystkim ze Strategii Rozwoju Województwa, Narodowego Programu Zdrowia, Narodowego programu zdrowia psychicznego, map zdrowotnych, a także opinii Prezesa AOTMiT-u. Korzystano m.in. z baz danych tj. GUS, Krajowego rejestru nowotworów, PubMed, a także Google scholar, ORFA, Eurolinkat, Rejestr VAT. Ponadto została dokonana diagnoza problemów zdrowotnych wymagających wsparcia w regionie. Proces tworzenia założeń programowych opierał się na stworzeniu wsparcia, które nie będzie powielało się z programami ogólnopolskimi, a które jednocześnie będzie umożliwiało wsparcie ponadstandardowe. Respondent podkreślał, iż jako jednostka planująca program polityki zdrowotnej byli świadomi konieczności troski o osoby zmagające się z chorobami nowotworowymi. W związku z tym, że NFZ nie pokrywa kosztów związanych z niektórymi procedurami, starano się zająć tą kwestią. W ramach działań zaproponowano innowacyjną metodę oncofertility. Terminem oncofertility określa się szereg procedur, które

	pomagają zachować płodność u pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem.
Wyniki opiniowania programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT),	Wszystkie programy otrzymały opinię pozytywną od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, czyli • Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania osteoporozy, • Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zapobiegania samobójstwom dla dzieci i młodzieży, • Program w zakresie zachowania płodności u pacjentów leczonych onkologicznie, • Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt. Programy zostały przyjęte w 2023 r. Do roku 2023 przyjęto programy: • Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych • Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.
Sposób przyjęcia do realizacji, czy realizowany jest w formie RPZ, czy jest częścią realizacji ogólnopolskiego programu	Wszystkie wymienione programy stanowią programy polityki zdrowotnej. Jednakże nie były one realizowane w formie Regionalnego Programu Zdrowotnego.
Finansowanie programu	Finansowanie ze środków samorządu oraz współfinansowanie ze środków unijnych.
Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020	Zgodność programów z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.
Zakres aktów prawnych uchwalających programy	Zasady horyzontalne nie zostały ujęte w założeniach programów, lecz zostały zawarte w umowach nawiązywanych z beneficjentami programów.
System wdrażania	Programy realizowane w województwie dolnośląskim są zatwierdzane w pierwszej kolejności przez zarząd województwa, a następnie przez sejmik województwa.

	Zarówno na etapie przyjmowania programów w obszarze zdrowia jak i w trakcie realizacji, nie odnotowano większych problemów. Jedynie utrudnieniem była sytuacja związana ze zbyt późnym opracowaniem dokumentów nadrzędnych wobec programów. Respondent wskazał na sytuację, w której zbyt późne opracowanie niezbędnych dokumentów (w tym także map potrzeb zdrowotnych) powodowało trudności w organizacji pracy.

Analiza studium przypadku i treści wywiadów z przedstawicielami potwierdziła, że nie tylko województwo kujawsko-pomorskie identyfikowało problem w tworzeniu Regionalnych Programów Zdrowotnych związany ze zbyt późnym opracowaniem dokumentów nadrzędnych wobec programów. Badani w każdym z regionów mówili o sytuacji, w której zbyt późne opracowanie niezbędnych dokumentów (w tym także map potrzeb zdrowotnych) powodowało trudności w organizacji pracy. Warto zwrócić uwagę na zastosowane podejście w województwie lubuskim, w którym zlecono przygotowanie programu niezależnym ekspertom. Obecnie to rozwiązanie planuje wykorzystać województwo kujawsko-pomorskie i w opinii ewaluatorów jest ono słuszne. Można też zauważyć, iż w regionach pojawiało się różne podejście dotyczące tego, który departament odpowiada za tworzenie i wdrażanie programów polityki zdrowotnej. Jednocześnie analiza przypadków nie wykazała, aby delegowanie zadań tylko do jednego departamentu (np. dotyczącego obszaru ochrony zdrowia) wykazywało się lepszymi ocenami w zakresie wdrażania i osiągania założonych efektów programu.

Jak przebiegała organizacja procesu realizacji programów (od ustalenia cen za usługi do samego procesu realizacji programów)? Czy wystąpiły jakieś trudności (np. problemy dotyczące partnerstw, podwykonawstwa, zainteresowania kadry), inne - jakie?

Najwięcej informacji dostarczyli beneficjenci wdrażający Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego. W przypadku programu dotyczącego wykrywania raka płuc pozyskano opis doświadczeń wskazanych przez jedynego realizatora programu, a w przypadku programu dotyczącego profilaktyki WZW B i C nie udało się zrealizować wywiadu, który doświadczyłby wiedzy w badanym obszarze.

Warto zauważyć, iż fakt, że placówka taka jak Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy posiadała wcześniejsze doświadczenie w prowadzeniu badań, ułatwiło wdrożenie programu. Znajomość rynkowych cen i procedur badawczych była już dostępna i umożliwiała realne przygotowanie projektu. Istotnym elementem powodzenia we wdrażaniu programu było poinformowanie personelu i pozyskanie ich zaangażowania. Odpowiedni pracownicy otrzymali informacje, a ich obowiązki zostały rozszerzone w ramach projektu, co pomogło w skutecznym wdrożeniu programu.

W niektórych jednostkach udało się nawiązać dodatkową współpracę z lekarzami, którzy byli gotowi pracować dłużej, co zwiększyło dostępność usług. Natomiast wśród wymienianych trudności w realizacji projektów, a tym samym wdrażaniu programu był wybuch pandemii COVID-19, który spowodował pewne trudności w procesie. Pandemia wpłynęła na dostępność personelu i zainteresowanie pacjentów oraz na przebieg badań w szczególności w pierwszych miesiącach ogłoszenia stanu pandemii w Polsce, to jest do maja 2020 r.

Podsumowując, proces wdrażania programu w placówkach wydaje się być stosunkowo płynny, dzięki wcześniejszemu doświadczeniu i przygotowaniu personelu. Wśród wypowiedzi beneficjentów można wyróżnić następujące przykłady ścieżek organizacyjnych wdrażania projektów dofinansowanych w ramach RPO WK-P. W poniższych analizach mowa o realizacji programu, gdyż w ramach projektów realizowane były założenia Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego.

Beneficjent 1:

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
    - Program dotyczył badań profilaktycznych, w tym kolonoskopii.
    - Ceny za usługi zostały ustalone na podstawie wyceny procedur medycznych i kolonoskopii przez dział finansowo-księgowy.
    - Zakupiono sprzęt medyczny, w tym kolonoskop do Centrum diagnostyczno-leczniczego.
2. Działania przygotowawcze:
    - Brak specjalnych działań przygotowawczych dotyczących personelu, z wyjątkiem zakupu sprzętu.
    - Program był realizowany głównie przez personel medyczny, ale nie zatrudniono specjalnego personelu do badań kolonoskopowych.
3. Zmiany w placówce:
    - Zakupiono sprzęt medyczny, ale nie dokonano istotnych zmian personalnych w placówce w związku z wdrażaniem programu.
4. Ocena procesu:
    - Proces realizacji projektu był oceniany pozytywnie.
    - Skala realizacji programu wyniosła około 80% w jednej z placówek i 100% w drugiej.
5. Trudności i możliwe ulepszenia:
    - Problemy z personelem lekarskim, który niechętnie wykonywał badania w niektórych przypadkach.
    - Sugestia, że lekarzom można by zapłacić zaraz po wykonaniu badań, aby zmotywować ich do udziału w programie.

Wypowiedź respondenta sugeruje, że program miał swoje sukcesy, ale również napotkał na pewne trudności związane z partnerstwem i personelem medycznym. Brak szczególnych działań przygotowawczych dotyczących personelu mogło przyczynić się do zidentyfikowanych problemów z zapewnieniem odpowiedniego zespołu medycznego. W przyszłości podmiot powinien w sposób szczególny zwrócić uwagę na kwestie relacji z personelem zaangażowanym w realizację programu. Istnieje tym samym potencjał do usprawnienia procesu wdrażania, wykorzystując doświadczenie w szczególności w zakresie współpracy z partnerami i motywacji personelu medycznego. Zdobyte doświadczenie w realizacji projektów partnerskich powinno w przyszłości przełożyć się na lepsze planowanie współpracy i ustalanie zasad współdziałania.

Beneficjent 2

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
    - Program obejmuje badanie przewodu pokarmowego za pomocą Fortransu.
    - Cena za badanie została ustalona na podstawie kosztów, wliczając w to lekarza, pielęgniarkę i materiały medyczne.
    - Respondent nie zna szczegółów dotyczących wdrażania programu od roku 2018, ponieważ jest koordynatorem od niedawna.
2. Zmiany w placówce:
    - Respondent wspomina o zmiennej dostępności lekarza i nieregularnym harmonogramie badań.
3. Ocena procesu:
    - Respondent wydaje się krytyczny wobec procesu realizacji projektu, zaznaczając, że liczba przeprowadzonych badań jest niska w porównaniu do pierwotnych założeń.
    - Mimo że badania odbywają się rzadko, to poziom zainteresowania programem zwiększył się w bieżącym roku w porównaniu z poprzednimi latami. Może to wynikać z tego, że inni beneficjenci zakończyli realizację swoich projektów i zawęziła się dostępność usług.
4. Trudności i potencjalne zagrożenia:
    - Wspomniane trudności związane z niską liczbą przeprowadzonych badań, wynikające m.in. z nieregularności w harmonogramie i dostępności lekarza.
    - Zainteresowanie programem może być niskie z powodu rzadkiego dostępu do badań.

Ogólnie rzecz biorąc, respondent sugeruje, że istnieją trudności związane z niską liczbą przeprowadzonych badań w porównaniu z założeniami projektu. Nie podano jednak konkretnej analizy przyczyn tych trudności ani sugestii, jak można by było poprawić sytuację.

Beneficjent 3

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
    - Respondent wspomina, że cenę za procedurę ustalono na etapie negocjacji z urzędem.
    - Istniała różnica cen między badaniami wykonywanymi w ramach projektu a badaniami realizowanymi w ramach innych umów, co wpłynęło na dostępność kadr medycznych.
    - Współinicjatorami programu były dwie placówki lecznicze zainteresowane projektem.
2. Trudności związane z wdrażaniem programu:
    - Partnerzy mieli trudności z rozliczeniem projektu.

- Szkolenia dla lekarzy musiały być atrakcyjne finansowo, aby przekonać ich do udziału w projekcie.
- Konieczność skoncentrowania się na badaniach endoskopowych sprawiła, że nie było czasu na inne spotkania z pacjentami.

3. Ocena procesu:
   - Zauważono, że badania przewodu pokarmowego były dedykowane określonej grupie pacjentów, co utrudniło pozyskiwanie chętnych.

W badaniu mogły wziąć udział osoby spełniające poniższe warunki:

Osoby pracujące, narażone na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy:

- wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego,
- w wieku 40-49 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, które mają w rodzinie krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- w wieku 25-49 lat, pochodzące z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tym przypadku potrzebne jest skierowanie (potwierdzenie)z poradni genetycznej.

Osoby pozostające bez pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia:

- w wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego,
- w wieku 40-49 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, które mają w rodzinie krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- w wieku 25-49 lat, pochodzące z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tym przypadku potrzebne jest skierowanie (potwierdzenie) z poradni genetycznej.

4. Zainteresowanie pacjentów:
   - ograniczenia dotyczące wieku, aktywności zawodowej i narażenia na ryzyko, które były wymagane, aby kwalifikować się do badania profilaktycznego.
   - Program cieszył się zainteresowaniem, ale trudno było dotrzeć do pacjentów, którzy nie mieli żadnych objawów lub potrzeby skorzystania z programu.

Wypowiedź respondentów sugeruje, że program profilaktyczny spotkał się z trudnościami związanymi z ceną procedury, partnerstwem oraz dostępnością lekarzy. Istnieje także wskazówka, że konieczne było dodatkowe zaangażowanie, aby przekonać pacjentów do udziału w programie. Brak jest jednak oceny ogólnego sukcesu projektu lub konkretnych sugestii dotyczących ulepszeń.

Beneficjent 4

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:

- Respondent opisuje proces wyceny usług medycznych związanych z programem. Cena za procedurę była ustalana na podstawie różnych składników, takich jak badania kolonoskopowe, znieczulenie ogólne i koszty preparatu przeczyszczającego.
- Wymagano dostosowania kadry lekarskiej, włączając w to zatrudnienie nowego lekarza.
- Wspomniano o przesunięciu istniejącej kadry lekarskiej do projektu.

2. Trudności w organizacji:
   - Respondent wspomina o trudnościach związanych z aspektami formalnymi i rozliczeniem projektu.
   - Wydaje się, że głównym problemem była nauka procesów związanych z urzędem oraz rozliczeniami.
   - Proces wdrożenia był długi, ale z biegiem czasu wszystko zostało dopracowane.
3. Ocena procesu:
   - Respondent nie wyraża wyraźnej oceny procesu wdrożenia programu, ale sugeruje, że były trudności na etapie formalnym i rozliczeniowym.

Wypowiedź respondenta wskazuje na trudności związane z formalnymi aspektami projektu, w szczególności z rozliczeniami i wymaganiami urzędu. Nie podano oceny ogólnego sukcesu projektu ani konkretnej informacji na temat, co można by było zrobić lepiej. Jednakże wskazano, że z biegiem czasu wszystkie trudności zostały przezwyciężone.

Beneficjent 5

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
   - Respondent opisuje proces wdrażania programu profilaktycznego, który obejmuje badania kolonoskopowe. Proces ten obejmuje:
     - Rozmowy z personelem, w tym lekarzami i pielęgniarkami, którzy mogą wykonywać badania.
     - Ustalenie ceny za badania na podstawie zapytań kierowanych do lekarzy i pielęgniarek.
     - Przygotowanie wniosku o płatność i dofinansowanie przez zewnętrzną firmę.
     - Przekazanie informacji o projekcie lekarzom, którzy podejmują się realizacji.
     - Zorganizowanie obsługi projektu, w tym rejestracji pacjentów.
2. Zmiany w placówce:
   - Niektóre zmiany w placówce obejmowały zatrudnienie dodatkowych pracowników do obsługi projektu, w tym rejestracji pacjentów.
   - Wydaje się, że nie było większych zmian w samej organizacji placówki w kontekście wdrażania programu profilaktycznego.
3. Ocena procesu:
   - Respondent wydaje się pozytywnie oceniać proces wdrażania projektu, twierdząc, że większość problemów nie była napotykana.

- Wskazuje na pewne zamieszanie na początku związane z kwestiami finansowymi, rozliczeniami i ustalaniem kwoty za badania.
- Zaznacza, że kluczowym wyzwaniem było dostosowanie się do wymogów Urzędu Marszałkowskiego w zakresie rozliczeń.

4. Propozycje na przyszłość:
   - Respondent sugeruje, że na początku projektu warto byłoby bardziej uszczegółowić procedury i opisywać je w odpowiedni sposób, aby uniknąć zamieszania i nieporozumień z Urzędem Marszałkowskim.
   - Wskazuje na konieczność ustalenia jasnych reguł rozliczeń na etapie planowania projektu.

Beneficjent 6

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
   - Beneficjent podkreśla znaczenie ustalenia odpowiednich cen i dostosowania ich do obowiązującego cennika w szpitalu.
   - Program promowano poprzez ogłoszenia w prasie, informacje na stronie internetowej i na spotkaniach profilaktycznych.
2. Zmiany w placówce:
   - W placówce zatrudniono dodatkowego lekarza do wykonywania badań.
   - Nie wydaje się, żeby konieczna była większa reorganizacja placówki w związku z wdrażaniem programu.
3. Ocena procesu:
   - Respondent pozytywnie ocenia proces realizacji programu, zaznaczając, że nie było większych problemów na etapie planowania i wdrożenia.
   - Podkreśla wysoki poziom zainteresowania programem wśród pacjentów oraz dużą frekwencję na badaniach.
   - Wskazuje, że program był kontynuowany przez lata, ale po pewnym czasie mogły pojawić się problemy związane ze wzrostem kosztów i epidemią.
4. Problemy i zmiany związane z epidemią:
   - Epidemia COVID-19 wpłynęła na program, zwłaszcza na liczbę pacjentów przychodzących na badania.
   - W okresie epidemii konieczne było wstrzymanie badań przez krótki okres, ale program był kontynuowany.
5. Rezygnacje pacjentów:
   - Rezygnacje z badań pojawiały się szczególnie podczas epidemii z powodu obaw związanych z zakażeniem COVID-19.
6. Działania w okresie epidemii:

- Respondent nie wspomina o konkretnej zmianie w projekcie w związku z epidemią COVID-19.Proces wdrażania programu przebiegał sprawnie, cieszył się dużym zainteresowaniem pacjentów.

Beneficjent 7

Wypowiedź respondenta dostarcza informacji na temat wdrażania programu, działań przygotowawczych, procesu realizacji projektu oraz problemów i trudności. Oto analiza wypowiedzi:

1. Wdrażanie programu:
   - Największym problemem w procesie wdrażania programu była wycena procedury, zwłaszcza w kontekście ustalania cen.
   - W programie wykorzystywano różne cenniki w zależności od rodzaju badań, co sprawiało pewne komplikacje.
   - Istniała potrzeba opracowania cenników dla różnych rodzajów badań, w tym kolonoskopii, co wymagało dodatkowej pracy.
   - Respondent podkreśla, że na etapie realizacji wszyscy pracownicy musieli się nauczyć korzystania z opracowanych cenników i na początku było to problematyczne.
2. Problemy związane z rozliczeniami:
   - Wskazuje na problemy związane z rozliczeniami faktur i trudnością w określeniu terminów płatności, zwłaszcza w przypadku zakupów materiałów medycznych.
   - Wydłużenie procesu wynikało z komplikacji związanych z rozliczeniami, które czasami były trudne do określenia.
3. Zasoby ludzkie i organizacja:
   - Negocjacje stawek z personelem lekarskim na początku nie przyniosły większych problemów.
   - Wspomina o zatrudnieniu osoby do obsługi biura projektu, która była odpowiedzialna za działania organizacyjne.
4. Ocena procesu:
   - Respondent ocenia proces realizacji programu jako trudny głównie ze względu na kwestie związane z wyceną i rozliczeniami.
   - Nie wspomina o większych problemach z rekrutacją pacjentów ani samą realizacją badań.
   - Wskazuje, że okres realizacji projektu został znacznie wydłużony, ale wynika to głównie z trudności związanych z rozliczeniami.

Podsumowując wyniki badania dotyczącego procesu wdrażania programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w różnych placówkach, można wyróżnić pewne wspólne elementy oraz różnice między nimi. Wszystkie placówki musiały dokładnie ustalić ceny za usługi medyczne, co okazało się być wyzwaniem, szczególnie jeśli chodzi o wycenę procedur medycznych. Rekrutacja pacjentów do projektów była kluczowym elementem procesu i wymagała różnych działań, takich jak promocja,

przygotowanie materiałów edukacyjnych i informacyjnych oraz weryfikowanie kryteriów kwalifikacji pacjentów. W niektórych przypadkach konieczne było zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego lub personelu do obsługi biura projektu, aby zapewnić skuteczną realizację.

Niektóre placówki miały partnerów zewnętrznych, podczas gdy inne działały samodzielnie. W niektórych przypadkach epidemia COVID-19 miała wpływ na realizację projektów, zwłaszcza na liczbę pacjentów i dostępność personelu medycznego. Poziom zainteresowania wsparciem oferowanym w projektach wśród pacjentów różnił się w zależności od placówki. W niektórych placówkach występowały rezygnacje pacjentów z udziału w programie. Przyczyny były różne, w tym obawy związane z epidemią lub brakiem spełniania kryteriów kwalifikacji.

Podsumowując, proces wdrażania programu dotyczącego wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w badanych placówkach wydaje się złożony i wymaga uwzględnienia wielu czynników, takich jak ustalanie cen, rekrutacja pacjentów, rozliczenia finansowe i dostosowanie się do zmieniających się okoliczności, takich jak pandemia COVID-19. W każdej placówce wystąpiły pewne trudności, ale również zdobyto wiedzę i doświadczenie, które można wykorzystać do doskonalenia procesu w przyszłości.

W ramach RPO WK-P tylko jeden beneficjent wdraża program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK). W odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu wdrażania programu, działań przygotowawczych, zmian w placówce i oceny procesu można wyróżnić kilka kluczowych punktów z wypowiedzi respondenta:

- Wdrażanie programu:
  - Program dotyczył niskodawkowej tomografii komputerowej i wizyty wynikowej.
  - Utworzono stronę internetową o nazwie "Profi", na której zamieszczono wszystkie informacje o programie, kryteriach kwalifikacji pacjentów oraz dane kontaktowe do biura projektu.
  - Placówka prowadziła program bez partnerów zewnętrznych.

- Działania przygotowawcze:
  - Zakupiono tomograf komputerowy do przeprowadzania badań.
  - Zatrudniono trzech lekarzy radiologów do oceny wyników badań.
  - Pacjenci byli rekrutowani poprzez stronę internetową, gdzie zamieszczono również materiały edukacyjne dotyczące profilaktyki raka płuc i rzucania palenia.

- Ocena procesu wdrażania:
  - Proces realizacji projektu został oceniony pozytywnie, ale pojawiły się pewne problemy i zmiany w założeniach projektu.
  - Założenia projektu były wyższe niż możliwości rekrutacji i badania, co doprowadziło do dostosowania ich w trakcie realizacji projektu.

- Zainteresowanie programem było duże, zwłaszcza ze względu na pandemię[12], co ułatwiło przeprowadzenie kampanii informacyjnej.

- Trudności w realizacji:
  - Rekrutacja pacjentów była trudniejsza, niż zakładano, ze względu na niską chęć udziału personelu medycznego w szkoleniach dotyczących edukacji pacjentów.
  - Niektórzy pacjenci, którzy zarejestrowali się na stronie, nie spełniali kryteriów kwalifikacji do programu.
  - Skorygowano założenia projektu, zmniejszając liczbę tomografii wykonywanych na pacjenta.

- Rezygnacje pacjentów:
  - Powody rezygnacji obejmowały takie sytuacje, jak to, że badania radiologiczne wykonano w czasie oczekiwania na termin w innej placówce lub zmianę okoliczności zdrowotnych.

Podsumowując, proces wdrażania programu przebiegał pomyślnie, choć pojawiły się pewne wyzwania. Zwrócono uwagę na to, iż początkowo nie doszacowano wartości wskaźników i wskazano wyższe wartości dla miernika *Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS* niż rzeczywiste zainteresowanie uczestniczeniem pacjentów w programie. Z drugiej strony warto zwrócić uwagę, że placówka była w stanie skutecznie przeprowadzić kampanię informacyjną, aby zwiększyć zainteresowanie programem, co było korzystne dla jego realizacji. Wskazuje się również, że na przyszłość warto byłoby bardziej realistycznie ocenić założenia projektu. Jeśli beneficjent będzie realizował w przyszłości podobny projekt, powinien skorzystać ze zdobytego doświadczenia i przyjąć odpowiednio wartości wskaźnika, dotyczącego liczby osób objętych wsparciem, czyli żeby wartości te były realne i możliwe do osiągnięcia.

Z uwagi na problemy prawne, formalne i organizacyjne nie było możliwości realizacji wywiadu pogłębionego z beneficjentem programu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskimi tym samym uzyskania informacji na temat tego jak przebiegała organizacja procesu realizacji programu.

W jaki sposób w poszczególnych programach wypełniano zasady horyzontalne, tj. zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, zasady równości szans kobiet i mężczyzn, zasady zrównoważonego rozwoju?

Na podstawie wypowiedzi respondentów można stwierdzić, że podejście do wypełniania zasad horyzontalnych, takich jak zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, zasady równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasady zrównoważonego rozwoju, różniło się w zależności od projektu.

[12] Obserwacje respondentów ukazują, że pandemia choroby zakaźnej COVID-19 miała wpływ na świadomość pacjentów w zakresie konieczności monitorowania stanu zdrowia płuc oraz podejmowania działań profilaktycznych. W trakcie pandemii zwrócono szczególną uwagę na to, jak wirus atakuje układ oddechowy, co skłoniło ludzi do bardziej intensywnego interesowania się zdrowiem swoich płuc.

Równość szans i niedyskryminacja. Wydaje się, że zasada dostępności dla osób z niepełnosprawnościami była stosunkowo dobrze przestrzegana w poszczególnych projektach. Badani zaznaczali, że projekty tego rodzaju były zwykle realizowane przez podmioty publiczne, które musiały spełniać konkretne standardy dotyczące dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Wspomniano o możliwości finansowania opieki nad osobą zależną oraz opieki nad dzieckiem, co miało ułatwić udział osób opiekujących się osobą z niepełnosprawnością/ami w projekcie.

Równość szans kobiet i mężczyzn. W wypowiedziach nie zawarto szczegółowych informacji dotyczących działań na rzecz równości płci w ramach projektów. Stosowano odpowiednie kryteria oceny i każdy z projektów musiał je spełniać, aby otrzymać dofinansowanie. Beneficjenci wspominali np. o stosowaniu na plakatach sylwetek mężczyzn, jeśli projekty dotyczyły tej grupy osób, jednak nie przekazali szczegółów na ten temat.

Zrównoważony rozwój. W tej kwestii uwzględniano elementy związane ze środowiskiem, takie jak oszczędzanie papieru czy energii.

Warto zauważyć, że większość beneficjentów wydawała się przestrzegać standardów minimum, jeśli chodzi o zasady horyzontalne. Jednak niektórzy beneficjenci mogli być bardziej zaangażowani w promowanie równości płci lub zrównoważonego rozwoju niż inne. Oznacza to, że tak jak wskazywano powyżej niektórzy realizatorzy zwracali większą uwagę na stosowanie odpowiednich oznakowań na plakatach, czy też zwracali szczególną uwagę na to czy miejsce realizacji projektu jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i potrafili te elementy opisać i ocenić. Natomiast część beneficjentów uznawała, że przestrzegała zasad zgodnie z kryteriami nie wskazując na szczegółowe informacje. Ogólnie rzecz biorąc wydaje się, że zasady równości szans, niedyskryminacji i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami były bardziej uwzględniane w projektach, podczas gdy zasada równości płci i zrównoważonego rozwoju była bardziej zróżnicowana w swoim wdrożeniu.

6.2 Ocena zainteresowania programami

Jaka była zgłaszalność do poszczególnych programów?
Jaka była liczba osób zakwalifikowanych do udziału w poszczególnych programach?
Na jakie problemy napotkano podczas realizacji poszczególnych programów? Czy i jak wpłynęły one na ich realizację i poziom zgłaszalności uczestników? Czy były osoby, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w trakcie realizacji programów? Jakie były powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w programie? Jakie zastosowano sposoby rozwiązania problemów, jeśli się pojawiły?

Łącznie w ramach 3 programów realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w ramach Osi priorytetowej (OP) 8 *Aktywni na rynku pracy*, Działania 8.6 *Zdrowy i aktywny region*, w Poddziałaniu 8.6.2 *Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne,* zrealizowano 15 projektów, których celem było zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia.

Spośród 15 zidentyfikowanych projektów 13 dotyczyło „Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego", 1 programu „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

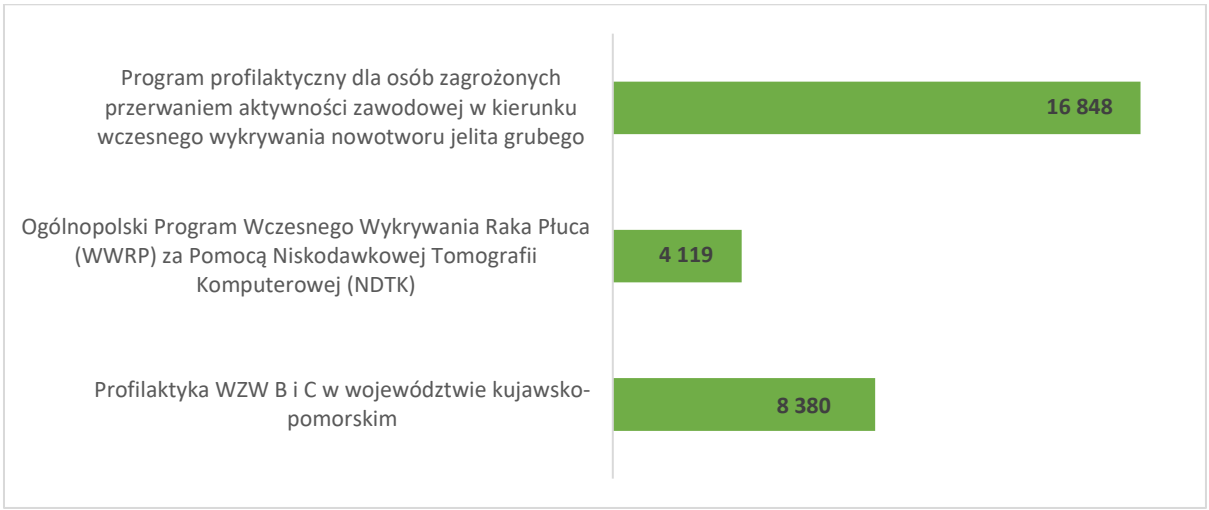
ochrony zdrowia na terenie województwa kujawsko-pomorskiego" i 1 dotyczył programu „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim"

Łącznie udział w projektach wzięło 29 347 uczestników, 59% uczestników to kobiety, a 41% to mężczyźni. Analizując wyniki badania i dane dotyczące liczby uczestników dla różnych programów, możemy zauważyć następujące informacje:

- „Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego" ma łącznie 16 848 uczestników. Jest to program skierowany do osób, które są zagrożone przerwaniem aktywności zawodowej ze względu na choroby związane z jelitem grubym, mający na celu wczesne wykrywanie nowotworu jelita grubego.
- „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)" ma łącznie 4 119 uczestników. Jest to program mający na celu poprawę wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju.
- „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim" ma łącznie 8 380 uczestników. Jest to program profilaktyczny związany z zapobieganiem zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B i C w województwie kujawsko-pomorskim.

Każdy z tych programów ma różną liczbę uczestników, co wynika z różnych czynników, takich jak skala problemu zdrowotnego, koszty świadczeń opieki zdrowotnej dostępnych w programie, dostępność programu lub poziom zaangażowania społeczności i realizatorów projektów. Programy różnią się pod względem problemu zdrowotnego, epidemiologii, grupy docelowej i możliwości finansowych. Pod tym względem porównywanie programów jest nieuzasadnione. Dane należy rozpatrywać indywidualnie dla każdego programu. A w przypadku „Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego", dane te podsumowują liczbę uczestników dla wszystkich 13 realizowanych projektów, pokazując ilu pacjentów objęły swoim wsparciem wszystkie projekty.

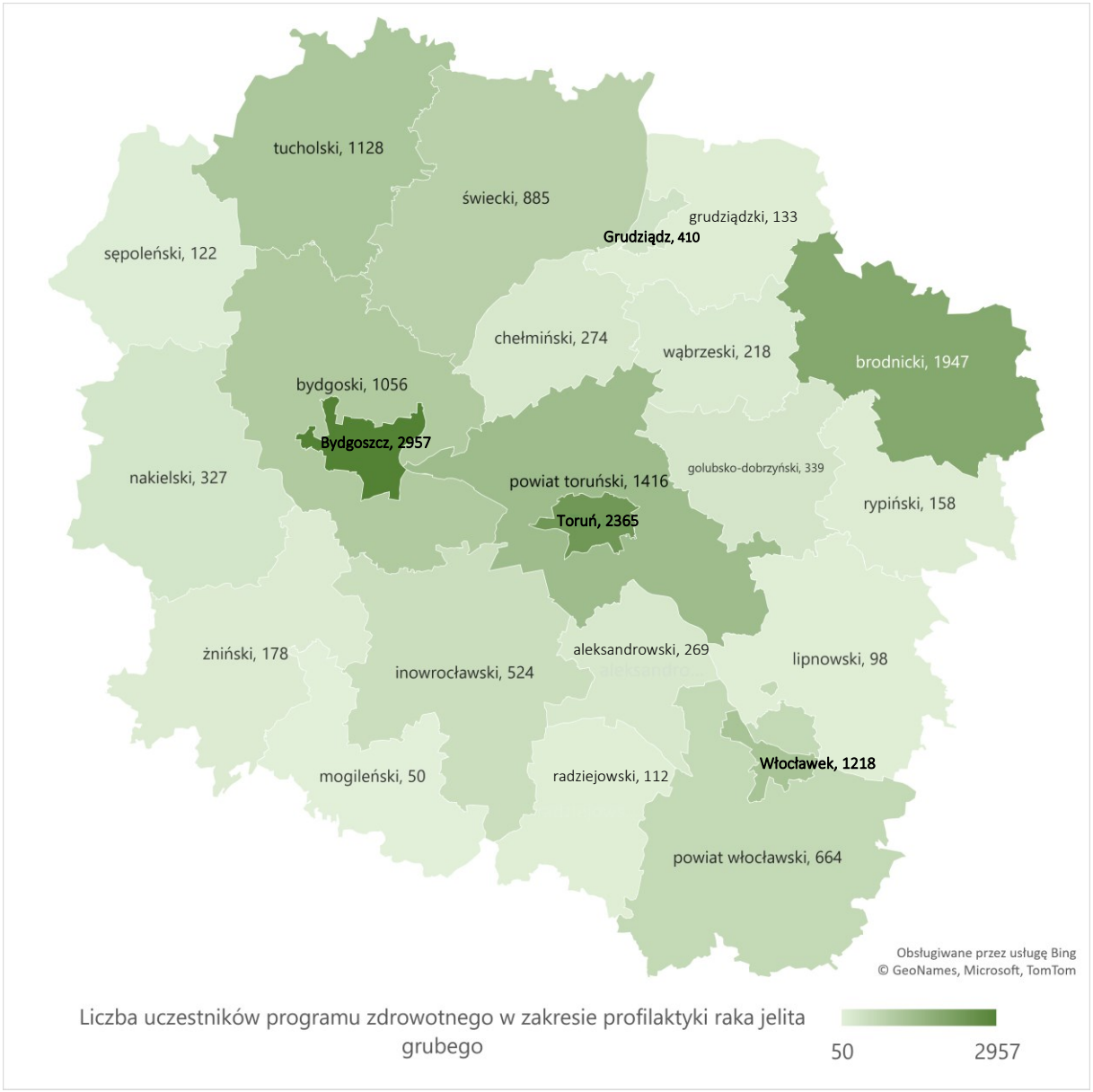
Wykres 1. Liczba uczestników projektów przypisanych do poszczególnych programów zdrowotnych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 14.09.2023 r.).

Analizując liczbę uczestników w programie profilaktycznym dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w różnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego, można zauważyć pewne zróżnicowanie w liczbie uczestników w poszczególnych obszarach. Największa liczba uczestników pochodzi z miasta Bydgoszcz, 2 957 uczestników. Kolejnymi obszarami z największą grupą uczestników są powiaty brodnicki (1 947 uczestników), tucholski (1 128 uczestników), i powiat toruński (1 416 uczestników). Warto zauważyć, że w niektórych powiatach, takich jak świecki (885 uczestników) i Włocławek (1218 uczestników), również istnieje znaczna liczba uczestników. Powiaty, które mają stosunkowo mniejszą liczbę uczestników to mogileński (50 uczestników), lipnowski (98 uczestników), radziejowski (112 uczestników) i sępoleński (122 uczestników). Analiza potrzeby wsparcia w zakresie wykrywania nowotworu jelita grubego wykazała, że **powiat aleksandrowski miał szczególnie wysoką wartość wskaźnika umieralności z powodu nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego, zwłaszcza u mężczyzn**. Ponadto w **miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, umieralność była wyższa niż średnia ogólnokrajowa**. Zwrócono też uwagę na niekorzystny poziom wskaźnika w **takich powiatach jak świecki i tucholski**. Analiza pacjentów, którzy zgłosili się na badania pokazała, że z wyjątkiem powiatu aleksandrowskiego zgłaszalność, na terenach o szczególnie niekorzystnej sytuacji w regionie była wysoka. W przypadku Bydgoszczy 18% wszystkich pacjentów, dalej można wskazać na: Toruń – 14% wszystkich pacjentów, Włocławek 7%, powiat tucholski 7%, powiat świecki 5% (średnia dla całej populacji uczestników projektów wynosiła 4% dla wszystkich obszarów).

Mapa 1. Uczestnicy projektów w ramach programu: „Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego”.



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 14.09.2023 r.).

Analiza liczby uczestników programu „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)” w różnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego wykazuje, że najwięcej uczestników programu pochodzi z miasta Bydgoszcz - 1 995 uczestników. Kolejnymi obszarami z największą liczbą uczestników projektów są Włocławek (415 uczestników) i powiat bydgoski (333 uczestników).Obszary takie jak Toruń (208 uczestników), powiat nakielski (138 uczestników) i inowrocławski (94 uczestników), także mają znaczną liczbę uczestników w programie. W niektórych powiatach liczba uczestników jest stosunkowo niska, np. rypiński (8 uczestników), golubsko-dobrzyński (20 uczestników) czy wąbrzeski (20 uczestników). Warto zwrócić uwagę na to, że choć liczba uczestników w programie może się różnić w zależności od obszaru, to ważne jest, aby promować program we wszystkich powiatach, aby zwiększyć świadomość dotyczącą wczesnego wykrywania raka płuc. Analiza tych danych pokazuje, dla których obszarów obserwowane jest większe zaangażowanie w program wczesnego wykrywania raka płuc i

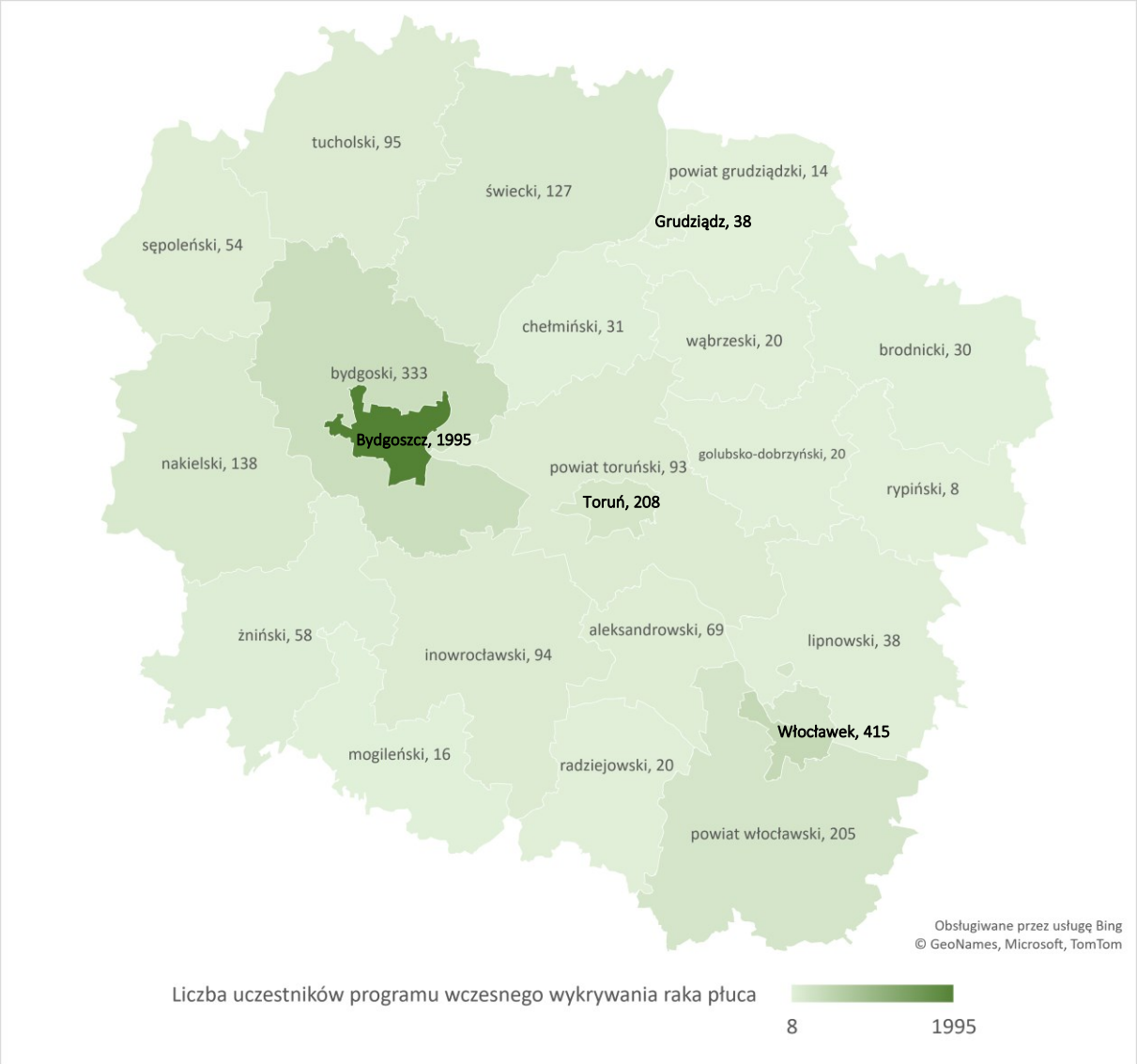
które mogą wymagać dodatkowych działań promocyjnych lub edukacyjnych w celu zwiększenia udziału w programie. Analiza potrzeb zdrowotnych w obszarze wsparcia dotyczącym wczesnego wykrywania raka płuca pokazała, że najwyższy poziom umieralności, przewyższający średnią ogólnokrajową o 52% widoczny był w powiecie golubsko-dobrzyńskim. W innych obszarach, takich jak powiat wąbrzeski, rypiński i świecki oraz mieście Grudziądz, również notowano wyższą umieralność niż średnia krajowa. W miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, poziom umieralności z powodu nowotworów płuca był wyższy niż średnia ogólnokrajowa. Porównując te dane z analizą obszarów z których pochodzili pacjenci, można zauważyć, iż niekorzystna sytuacja widoczna jest w powiecie:

- rypińskim, grupa pacjentów z tego obszaru stanowiła 0,2% wszystkich uczestników projektu;
- wąbrzeskim, pacjenci z tego obszaru stanowili 0,5% uczestników projektu;
- golubsko-dobrzyńskim, grupa pacjentów z tego powiatu stanowiła jedynie 0,5% wszystkich uczestników projektu;

Sytuacja niekorzystnie również wygląda w przypadku Grudziądza – wśród uczestników projektu tylko 0,9% to pacjenci z tego obszaru.

W przypadku powiatu świeckiego statystyki są nieco lepsze, w projekcie 3,1% osób to uczestnicy z tego terenu. Z Torunia pochodziło 5% pacjentów, a z Włocławka 10,1% pacjentów. Wyraźnie widać, że w projekcie dominowali pacjenci z Bydgoszczy, stanowili oni 48,4% wszystkich pacjentów. Warto też zwrócić uwagę, że w przypadku Bydgoszczy, Włocławka, Torunia i powiatu świeckiego potrzeba wsparcia w zakresie wczesnego wykrywania raka płuca była wskazywana w mapie potrzeb zdrowotnych.

Mapa 2. Uczestnicy projektów w ramach programu: „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK)".

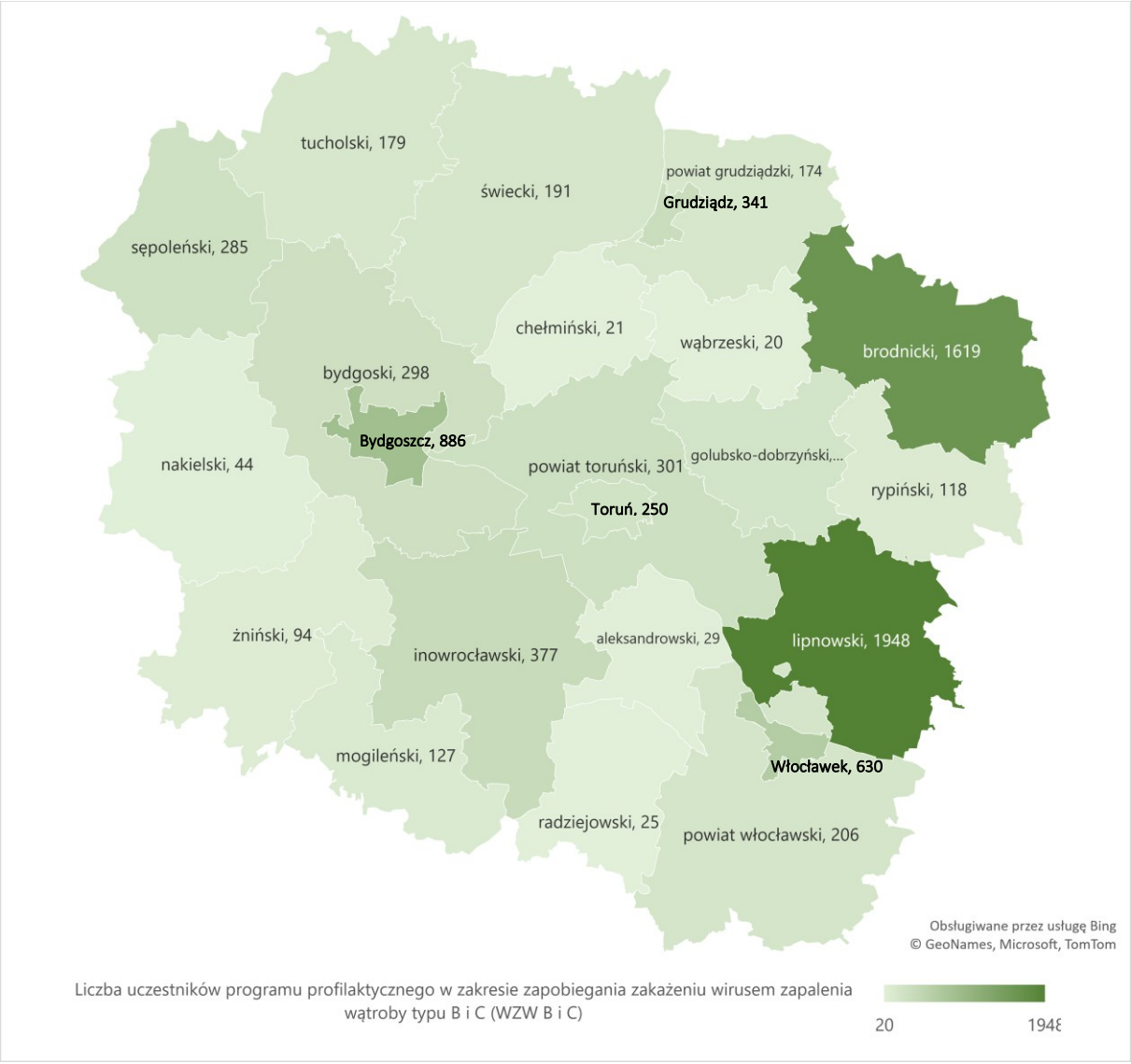


Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 14.09.2023 r.).

Analizując liczbę uczestników Programu profilaktycznego w zakresie zapobiegania zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B i C (WZW B i C) w różnych powiatach województwa kujawsko-pomorskiego, można zauważyć, że największa liczba uczestników pochodzi z powiatu lipnowskiego, aż 1 948 uczestników programu. Kolejnymi powiatami z większą liczbą uczestników są brodnicki (1619 uczestników), Włocławek (630 uczestników), Bydgoszcz (886 uczestników) i powiat toruński (301 uczestników). Warto zauważyć, że w niektórych powiatach, takich jak Grudziądz (341 uczestników), sępoleński (285 uczestników) i inowrocławski (377 uczestników), również istnieje znaczna liczba uczestników. Niektóre powiaty, takie jak aleksandrowski (29 uczestników), chełmiński (21 uczestników), wąbrzeski (20 uczestników) i nakielski (44 uczestników), mają stosunkowo niską liczbę uczestników w programie. Analiza tych danych identyfikuje obszary, dla których widoczne jest większe zaangażowanie w profilaktykę WZW B i C oraz obszary, które wymagają szerszych działań w zakresie edukacji i zachęcania do udziału w programie. Ponadto, informacje te mogą być pomocne w dostosowaniu strategii promocji i edukacji zdrowotnej w zależności od potrzeb poszczególnych

obszarów. Dostępne dane dotyczące zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i C nie uwzględniają danych na poziomie analiz niższym niż województwo. W samym dokumencie Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim stanowiącym załącznik do uchwały Nr 11/439/20 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 25 marca 2020 r. autorzy powołują się na statystyki wojewódzkie, stąd nie jest możliwe porównanie tak jak w powyższym przypadku obszarów wymagających największego wsparcia do liczby pacjentów objętych działaniami w projekcie.

Mapa 3. Uczestnicy projektów w ramach programu: „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim".



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 14.09.2023 r.).

Z analizy jakościowej wyników badania na grupie realizatorów projektów wynika, że zgłaszalność do programów miała różny przebieg w zależności od realizatora.

Realizatorzy projektów dotyczących raka jelita grubego zwracali uwagę na następujące sytuacje:

- Zgłaszalność do badań diagnostycznych:

  - Na początku programu, zgłaszalność była stosunkowo niska, co wynikało głównie z trudności w dotarciu do dużej grupy docelowej, obejmującej mieszkańców całego województwa.
  - Działania promocyjne w mediach, realizowane przez realizatorów, ale także przez Urząd Marszałkowski, pomogły w zwiększeniu zainteresowania programem, gdyż działania promocyjne opierające się tylko na dystrybucji ulotek, czy informacji na stronach internetowych okazały się niewystarczające.
  - Pandemia wpłynęła na ograniczenie uczestnictwa w badaniach.
- Zgłaszalność do zajęć edukacyjnych:
  - Zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach edukacyjnych było niższe niż w przypadku badań diagnostycznych.
  - Osoby starsze i spełniające kryterium wiekowe 50+ były bardziej skłonne uczestniczyć w programie.
  - Wyzwaniem była motywacja uczestników do poświęcenia czasu na zajęcia, szczególnie w kontekście ich trwania przez kilka godzin.
- Poziom zainteresowania programem profilaktycznym był dość wysoki i adekwatny do potrzeb związanych z badaniami kolonoskopowymi oraz innymi programami profilaktycznymi. Chociaż pandemia w 2020 roku wpłynęła na spadek zgłaszalności, to od stycznia 2021 roku liczba zgłoszeń wzrosła, głównie dzięki intensywnym działaniom promocyjnym. Kampanie reklamowe w telewizji, radiu, plakaty oraz wystąpienia lekarzy w mediach pomogły w zwiększeniu świadomości pacjentów na temat programu.
- Pojawiły się również problemy wynikające z większej ilości zgłoszeń do projektu, niż dostępność usługi w danym roku, z uwagi na dostępność lekarzy i możliwości obsługi przez nich pacjentów. Wydłużenie okresu realizacji projektu umożliwiło obsłużenie tych pacjentów w późniejszym czasie i w założonym budżecie.
- Jeśli chodzi o rezygnacje z programu, wydaje się, że skala rezygnacji była niewielka. Pacjenci byli zazwyczaj zadowoleni z dostępu do badań i nie rezygnowali z własnej woli. Jeśli jednak pojawiały się takie rezygnacje, to głównie z powodu pandemii i strachu pacjentów przed zarażeniem lub z powodu izolacji w wyniku zarażenia koronawirusem. Kolejną przyczyną rezygnacji był brak przygotowania lub nieprawidłowe przygotowanie do badania kolonoskopii, czy też nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych.
- Program był ukierunkowany na osoby aktywne zawodowo, co wprowadzało ograniczenia dotyczące wieku i statusu zawodowego uczestników.

Realizator projektu dotyczącego wykrywania raka płuc wskazywał, że co do zasady pacjenci chętnie zgłaszali się do udziału w programie głównie z kilku powodów:

- Motywacja zdrowotna: Po przebytych problemach zdrowotnych, pacjenci byli bardziej skłonni do poddania się badaniom kontrolnym w ramach programu. Było to związane z troską o swoje zdrowie i chęcią monitorowania swojego stanu zdrowia.
- Palenie: Istnienie czynnika ryzyka, takiego jak palenie tytoniu, również skłoniło niektórych pacjentów do zgłaszania się do programu, ponieważ byli świadomi zagrożeń dla zdrowia związanych z tym nawykiem.
- Zgłaszalność w okresie pandemii: nawet w trudnym okresie pandemii zgłaszalność do programu była bardzo duża, gdyż pacjenci w sposób szczególny dbali o zdrowie.

Aby zwiększyć zgłaszalność, placówka podejmowała różne działania promocyjne, takie jak kampanie reklamowe w telewizji, radiu oraz wysyłanie materiałów informacyjnych pocztą do różnych placówek medycznych. Dodatkowo, wykorzystywano monitory informacyjne, aby przekazywać informacje o programie pacjentom, co okazało się skutecznym narzędziem zachęcającym do udziału w programie. Pacjenci wykazywali duże zainteresowanie programem, głównie z powodu motywacji zdrowotnych, a różne działania promocyjne pomagały w zwiększeniu zgłaszalności.

Z uwagi na brak możliwości realizacji wywiadu pogłębionego z realizatorem Programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim analiza ogranicza się do przedstawianie danych z analizy dokumentów, czyli mapy powyżej, prezentującej rozkład projektów w zakresie *Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS*.

Jakie działania informacyjno-promocyjne w ramach programów zastosowano, aby dotrzeć do grupy docelowej (sposoby zapraszania do programu, działania informacyjne, inne - jakie?). Jaka była skuteczność tych działań?

Informacje na temat tego jakie stosowane były działania informacyjno-promocyjne w ramach programów, pozyskano od realizatorów Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego oraz realizatora Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK). Pozyskane informacje są spójne dla obu programów. Brak możliwości realizacji wywiadu z realizatorem Programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim uniemożliwił poznanie opinii w tym temacie.

Z informacji przekazanych przez respondentów wynika, że w ramach programów przeprowadzono różnorodne działania informacyjno-promocyjne, aby dotrzeć do grupy docelowej. Placówki medyczne i organizatorzy programów rozpowszechniali ulotki i plakaty, na których zamieszczali informacje o programach i możliwości udziału w nich. Te materiały promocyjne były umieszczane w przychodniach i innych miejscach użyteczności publicznej. Programy miały dedykowane strony internetowe, na których publikowano informacje na temat programów, kryteriów kwalifikacji, a także dane kontaktowe. Informacje o programach były przekazywane w lokalnych mediach, takich jak gazety, radia czy telewizje. Często organizowano również konferencje prasowe. Personel medyczny w przychodniach udzielał bezpośrednich informacji pacjentom, którzy pytali o programy. Przeprowadzano kampanie informacyjne, które miały na celu zwiększenie świadomości na temat programów profilaktycznych. Kampanie obejmowały zarówno media społecznościowe, jak i tradycyjne formy reklamy. Organizowane były spotkania informacyjne, na których eksperci omawiali szczegóły programów i odpowiadali na pytania uczestników.

Skuteczność działań informacyjno-promocyjnych nie została bezpośrednio oceniona. Jednak można przypuszczać, że różne środki komunikacji przyczyniły się do dotarcia do grupy docelowej, ponieważ osoby zainteresowane programem mogły dowiedzieć się o nim poprzez różne kanały informacyjne, co zwiększyło świadomość i zgłaszalność do programów profilaktycznych. Warto podkreślić, że skuteczność tych działań może różnić się w zależności od obszaru, grupy docelowej i innych czynników. Dlatego często w programach profilaktycznych stosowane są różne metody promocji, aby dotrzeć do jak największej liczby osób.

Działania promocyjne wydają się być skuteczne w zwiększeniu zgłaszalności do programów, ale nadal istnieją wyzwania związane z niechęcią pacjentów do podejmowania w ogóle badań profilaktycznych zarówno w kierunku wykrywania raka jelita grubego, czy raka płuc, a także profilaktyki zakresie WZW B i C. Ponadto poszerzenie kryteriów kwalifikacyjnych (dostęp dla młodszych osób) może pomóc w przyciągnięciu większej liczby pacjentów.

Jakie kryteria kwalifikacji uczestników zastosowano w poszczególnych programach? Jaki był ich wpływ na zgłaszalność do programów?

W ramach regionalnych programów zdrowotnych były stosowane kryteria, które wpływały na zgłaszalność uczestników do programu. W przypadku programu profilaktycznego dotyczącego wczesnego wykrywania raka jelita grubego celem było zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia. Program profilaktyczny ukierunkowany był na wczesne wykrywanie nowotworu jelita grubego, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne, celem poprawy wykrywalności nowotworu jelita grubego, wśród osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej. Program dostępny był w związku z tym, dla następujących osób:

- Osoby pracujące, narażone na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy:
  - w wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego,
  - w wieku 40-49 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, które mają w rodzinie krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego,
  - w wieku 25-49 lat, pochodzące z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tym przypadku potrzebne jest skierowanie (potwierdzenie) z poradni genetycznej.

- Osoby pozostające bez pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia:
  - w wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego,
  - w wieku 40-49 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, które mają w rodzinie krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego,
  - w wieku 25-49 lat, pochodzące z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tym przypadku potrzebne jest skierowanie (potwierdzenie) z poradni genetycznej.

Realizatorzy programu potwierdzają, że dobierając pacjentów do programu kierowali się właśnie tymi wytycznymi. Ponadto w przypadku beneficjentów, którzy zadeklarowali w projekcie, że będzie on realizowany na obszarze tzw. „białych plam" dodatkowo uwzględniano te kwestie w trakcie rekrutacji, czyli to, że pacjent pochodził z obszaru o utrudnionym dostępie do tego typu działań profilaktycznych.

Realizatorzy programu ocenili kryteria jako możliwe do spełnienia, ponieważ pozwalały uwzględnić różne grupy wiekowe oraz ryzyko dziedziczne. W opinii respondentów, program mógłby przyciągnąć większą liczbę pacjentów, gdyby nie ograniczał się tylko do tych grup wiekowych i dziedzicznego ryzyka. Obserwacje realizatorów programu potwierdzają, że co raz więcej młodszych osób interesuje się badaniami profilaktycznymi, co sugeruje potrzebę poszerzenia kryteriów kwalifikacyjnych.

Kryteria kwalifikacji do Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) opierały się na historii palenia papierosów oraz ekspozycji na czynniki ryzyka związane z rakiem płuc.

Wymieniono poniższe sposoby kwalifikacji:

- Osoby były kwalifikowane do programu, jeśli były aktywnymi palaczami papierosów, a konsumpcja tytoniu wynosiła określoną liczbę papierosów dziennie (np. równe lub większe niż 20 sztuk) lub jeśli rzuciły palenie w okresie ostatnich 15 lat. Istniały również wytyczne, jak obliczyć ekwiwalent paczek papierosów na podstawie liczby palonych papierosów na dzień przez określoną ilość lat.
- Kwalifikacją do programu mogło być także stwierdzenia ekspozycji na szkodliwe czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka płuc, takie jak krzemionka, nikiel, chrom, kadm, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza i ekspozycja na radon.
- Dodatkowo, były brane pod uwagę indywidualne historie i zachorowania na inne rodzaje nowotworów, związanych z paleniem tytoniu, takie jak rak pęcherza moczowego.
- Program był skierowany do osób w wieku 55-74 lat (i czynnikiem związanym z paleniem tytoniu) lub w wieku 50-74 lat (i dodatkowo z jednym z czynników ryzyka niezwiązanych z paleniem tytoniu) co wiązało się z wyższym ryzykiem wystąpienia raka płuc w tym wieku.

Oceniając te kryteria kwalifikacji, należy zauważyć, że kierowanie programu głównie do palaczy było właściwe, biorąc pod uwagę związek między paleniem papierosów a rakiem płuc. Jednak z perspektywy pacjentów, którzy byli biernymi palaczami przez długie lata, ale nie kwalifikowali się do programu, program powinien uwzględniać również tę grupę.

Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim zakładał, że działaniami edukacyjno-informacyjnymi objęci zostaną mieszkańcy w wieku aktywności zawodowej (20 – 64 lata). Natomiast do wsparcia w postaci badania diagnostycznego krwi i szczepień kwalifikowane będą osoby w wieku aktywności zawodowej (20 – 64 lata), u których nie stwierdzono wcześniej WZW oraz nie byli leczeni wcześniej z powodu WZW, a których stwierdzono wymienione w programie czynniki ryzyka.

Stosowanie kryteriów kwalifikowania osób do programów powoduje pewne konieczne ograniczenia. Programy funkcjonują w otoczeniu prawnym i muszą być zgodne z dokumentami nadrzędnymi. Ograniczenia te mogą skutkować mniejszym lub większym poziomem uczestnictwa w programie, a także mogą wpływać na różnice w grupie docelowej programu. Starano się dostosować kryteria kwalifikacji w taki sposób, aby osiągnąć jak największy wpływ na zdrowie publiczne przy jednoczesnym utrzymaniu odpowiedniego poziomu efektywności i dostępności. Co ważne kryteria mogłyby wskazywać na szerszą grupę wiekową i efekt zdrowotny byłby większy, ale jest to nieuzasadnione ekonomicznie z uwagi na to, że eksperci z AOTMiT kierują się analizami ekonomicznymi, oceną kosztów i korzyści, a także celami zdrowotnymi w podejmowaniu decyzji dotyczących dostępności i opłacalności różnych technologii medycznych. Decyzja odnośnie do kryteriów kwalifikacji pacjentów w przypadku adaptacji programów krajowych na grunt regionalny nie należała tylko do samorządu województwa, ale musiała uwzględniać dokumenty nadrzędne i rekomendacje AOTMiT. Kryteria były ustalone na poziomie programu krajowego i wynikały z analiz oraz opinii AOTMiT.

Nie zidentyfikowano grup, które mogłyby mieć ograniczony dostęp do badań z przyczyn innych niż zdrowotne np. ze względu na brak możliwości dojazdu, konieczność opieki nad dzieckiem lub osobą zależną.

Ograniczenia w grupie docelowej wynikają jedynie z dokumentów nadrzędnych, czyli wytycznych Komisji Europejskiej oraz opinii/rekomendacji AOTMiT, na które ani IZ RPO WK-P nie miało wpływu, ani beneficjenci. Realizatorzy programów (profilaktyka raka jelita grubego i raka płuc), widzieli bowiem potrzebę realizacji badań na innych grupach, także młodszych (w przypadku profilaktyki raka jelita grubego i płuc osoby poniżej 50 roku życia). Narzucony przez Komisję Europejską wymóg ograniczał możliwych beneficjentów RPZ-ów do osób w wieku aktywności zawodowej. Wytyczne/rekomendacje AOTMiT uniemożliwiały natomiast skierowanie programów dot. raka jelita grubego i raka płuc do młodszych grup wiekowych, bez spełnienia warunku jakim w przypadku raka jelita grubego było pochodzenie z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). Ograniczenia te miały swoje uzasadnienie i w tym kontekście należy je uznać za słuszne. Odpowiadając jednak na pytanie, jaki wpływ miały zastosowane kryteria na zgłaszalność do programu, należy ocenić, że raczej marginalny.

Warto zwrócić uwagę na sytuację, że choć wykluczenia nie zostały wprost wskazane przez realizatorów projektów, to wyłoniły się potencjalne grupy narażone na ograniczenia w dostępie do programów profilaktyki zdrowotnej. Przykładowe grupy wraz ze wskazaniem problemów, które mogą napotkać to:

- Osoby starsze mogą mieć trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na ograniczoną mobilność lub konieczność korzystania z pomocy w przemieszczaniu się.
- Mniejszości etniczne i imigranci z różnicą językową lub kulturową mogą napotykać na trudności związane z komunikacją oraz zrozumieniem dostępnych procedur.
- Osoby z niepełnosprawnościami mogą potrzebować specjalistycznego wsparcia, transportu lub dostosowania procedur medycznych do swoich potrzeb.
- Osoby mieszkające na terenach wiejskich mogą napotykać trudności związane z dostępem do placówek medycznych, jeśli te placówki znajdują się w odległych lokalizacjach.

Aby niwelować te potencjalne problemy i zwiększyć dostępność programów profilaktyki zdrowotnej, można podjąć następujące działania:

- Ukierunkowana informacja: Organizacja kampanii informacyjnych skierowanych do konkretnych grup społecznych, zawierających dostępne opcje profilaktyki zdrowotnej i korzyści wynikające z udziału w programach.
- Transport: Zapewnienie usług transportu dla osób, które mają trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na odległość lub niepełnosprawność.
- Pracownicy socjalni: Współpraca i informowanie pracowników socjalnych, którzy mogą pomagać osobom o niższym statusie ekonomicznym, starszym czy osobom z niepełnosprawnościami w dostępie do programów.
- Tłumacze: Dostarczenie usług tłumaczenia lub materiałów w różnych językach dla mniejszości etnicznych i imigrantów.
- Reorganizacja godzin pracy: Rozważenie możliwości dostosowania godzin pracy placówek medycznych, aby umożliwić dostępność w różnych porach dnia.

- **Mobilne usługi kontroli zdrowia:** Organizacja mobilnych jednostek medycznych, które mogą docierać do obszarów wiejskich lub miejsc o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej.

Planując w przyszłości działania mające na celu zwiększenie dostępności programów profilaktycznych należy dostosować je do potrzeb tych grup.

Na jakie problemy napotkano podczas realizacji poszczególnych programów? Czy i jak wpłynęły one na ich realizację i poziom zgłaszalności uczestników?

W trakcie realizacji projektów napotkano różne problemy, które wpłynęły na realizację oraz poziom zgłaszalności uczestników do programu. Główne problemy na które wskazywali respondenci programu dotyczącego wczesnego wykrywania raka jelita grubego to:

- **Pandemia COVID-19.** Pandemia wpłynęła negatywnie na kontynuację programu, gdyż ludzie byli zachęcani do pozostawania w domach, co utrudniało realizację założonych badań.
- **Trudności organizacyjne.** Organizacja zajęć edukacyjnych była trudna, ponieważ niektórzy pacjenci nie chcieli lub nie byli zainteresowani udziałem w nich. Kontynuacja zajęć była także problematyczna ze względu na brak kontaktu z niektórymi pacjentami.
- **Rezygnacja uczestników.** Chociaż nie podano dokładnej liczby, to rezygnacja uczestników była niewielka. Jeśli pacjenci zapominali o umówionych wizytach, wówczas personel projektu starał się przypominać im o kolejnych terminach lub w razie potrzeby umawiał na kolejne wizyty.
- **Cena za procedurę,** która była wykorzystywana w projekcie, była znacznie niższa w ramach programu profilaktyki zdrowotnej niż w przypadku świadczeń realizowanych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ta różnica cenowa sprawiła, że było trudno przyciągnąć personel medyczny i zainteresować ich uczestnictwem w programie.

Natomiast problemy dotyczące realizacji programu wczesnego wykrywania raka płuc za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK), sformułowane przez respondenta dotyczą:

- **Braku kryterium kwalifikującego do programu pacjentów, którzy byli biernymi palaczami** przez długie lata. Obecnie do udziału w programie uprawnione były osoby spełniające wymogi oparte na historii palenia papierosów, ekspozycji na czynniki ryzyka oraz wieku pacjentów. Innymi słowy kryteria były głównie związane z paleniem papierosów, co zostało uznane za główny czynnik ryzyka raka płuc.
- **Rezygnacji pacjentów z uczestnictwa w programie** z różnych powodów. Przyczyny rezygnacji obejmowały m.in. obawy związane z promieniowaniem, przeprowadzenie badań radiologicznych w innych placówkach medycznych, czy po prostu zmiany zdrowotne i potrzebę innej opieki medycznej.
- **Pandemia Sars-CoV-2** spowodowała konieczność zmiany formy szkoleń dla personelu medycznego, pielęgniarskiego oraz pomocniczego, podnoszących kwalifikacje w kierunku rozpoznawalności raka płuca, z formy stacjonarnej na zdalną. Ponadto w wyniku pandemii trudno było znaleźć chętnych uczestników do szkoleń.
- **Brak możliwości rozpoczęcia badań tomografią komputerową zgodnie z planem**.

Co do zasady organizacja projektu była dobrze przygotowana, co zapobiegło większym problemom. Kluczową rolę odegrało tutaj doświadczenie realizatora projektu oraz skrupulatne instruowanie uczestników, co pomogło im zrozumieć przebieg badań i uniknąć ewentualnych problemów. Ogólnie rzecz biorąc, podmiot był gotowy do sprostania potrzebom i zagwarantowania uczestnikom odpowiedniego wsparcia.

6.3 Ocena jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów

Jakiego rodzaju świadczenia udzielane były w ramach poszczególnych programów?
Jak oceniana jest jakość świadczeń w ramach poszczególnych programów? Czy zdaniem odbiorców wsparcia program odpowiadał na potrzeby mieszkańców województwa?
Jak oceniana jest organizacja udzielania świadczeń w ramach poszczególnych programów?
Czy zdaniem odbiorców wsparcia wzrosła ich wiedza na temat profilaktyki w ramach poszczególnych programów?
Czy nastąpił wzrost świadomości wśród odbiorców wsparcia na temat roli działań profilaktycznych, zdrowego stylu życia itp.?
Jak okres pandemii oraz zachodzących zjawisk gospodarczych miał wpływ na wdrażanie programów zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości realizowanych świadczeń? Czy wpłynął na ograniczenie dostępności usług realizowanych w ramach programów?
Która z form realizacji programu (RPZ, zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, inna nie będąca RPZ) jest najbardziej efektywna, tj. pozwoliła szybciej i skuteczniej wdrażać założone cele?

W ramach programu dotyczącego profilaktyki raka jelita grubego wykonywano kolonoskopię. Można było się jej poddać w znieczuleniu lub bez. Ponadto, zaplanowany budżet obejmował także koszty dojazdu do placówki, co miało ułatwić uczestnikom dostęp do programu. W ramach programu odbywały się także spotkania edukacyjne na temat profilaktyki zdrowotnej służące zwiększaniu wiedzy wśród uczestników.

Wypowiedzi respondentów sugerują, że jakość świadczeń w ramach programu profilaktyki raka jelita grubego była generalnie pozytywnie oceniana przez uczestników. Podstawą do oceny były różne czynniki, takie jak poziom bólu, podejście personelu medycznego i jasność przekazu. Pacjenci wychodzili ze spotkań z nową wiedzą na temat przygotowania do badań. Odbiorcy programu nie zgłaszali negatywnych uwag ani skarg odnośnie do samego badania kolonoskopowego. Podkreślano, że choć samo badanie nie jest przyjemne, pacjenci wydawali się zadowoleni i doceniali dostęp do takich badań. Wyniki badania pokazują, że personel medyczny, w tym lekarze i pielęgniarki, zaangażowali się w projekt i stanęli na wysokości zadania. Ich podejście zostało pozytywnie ocenione przez uczestników programu. Pojawiły się głosy od pacjentów sugerujące, że warto by było organizować więcej działań profilaktycznych nie tylko w kierunku raka jelita grubego, ale także innych schorzeń. Mieszkańcy województwa nadal pytają o możliwość udziału w badaniach, co sugeruje, że istnieje zapotrzebowanie na tego rodzaju programy. Program pomaga zmienić podejście niektórych pacjentów do badań, szczególnie kolonoskopii. Dzięki pozytywnym doświadczeniom innych uczestników, niektórzy zdecydowali się na udział w badaniach, choć wcześniej byli niechętni. W trakcie realizacji programu korzystano z efektu marketingu szeptanego. Informacje o projekcie przekazywane

były przez pacjentów kolejnym osobom, co pomagało zachęcić ich do udziału. To również świadczy o wysokiej jakości realizowanych usług.

Program profilaktyki raka jelita grubego zdaje się odpowiadać na potrzeby mieszkańców regionu. Jednak istnieją kwestie związane z potrzebą kontynuacji programów profilaktycznych w obliczu długich kolejek do procedur medycznych. Dlatego ważna jest kontynuacja działań w celu poprawy dostępności do badań profilaktycznych i przeciwdziałania zachorowaniom.

Zdaniem badanych programy zostały dobrze ocenione przez uczestników, którzy byli zadowoleni z szybkiego dostępu do badań, czego nie można było uzyskać przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) z uwagi na długie kolejki.

Respondenci podkreślali, że świadomość uczestników programu na temat profilaktyki wzrosła dzięki działaniom edukacyjnym i rozmowom z personelem medycznym. Ponadto program musiał stawić czoła wyzwaniom związanym z pandemią COVID-19. Na początku pandemii beneficjenci musieli wstrzymać badania, ale później zdołali osiągnąć zakładane cele.

W odpowiedzi na pytanie o jakość świadczeń w ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK), wyniki badania jakościowego potwierdzają, że program był prawidłowo skonstruowany. Realizowany projekt uwzględniał przekazywanie informacji o dostępnych badaniach, sposobie kwalifikacji do nich oraz realizowanych świadczeniach w sposób zrozumiały i dostępny. Pacjenci zostali objęci badaniami przesiewowymi w zakresie wczesnego wykrywania raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Program obejmował wizyty rekrutacyjne, badania tomograficzne oraz wizyty wynikowe, na których pacjenci otrzymywali wyniki i w razie potrzeby byli kierowani na kolejne badania kontrolne. Program zawierał także edukację profilaktyczną i wsparcie dla osób palących, które miały możliwość przekonania się o szkodliwości palenia papierosów oraz uzyskania pomocy w rzuceniu palenia.

Wyniki badania dotyczące oceny jakości świadczeń w ramach programu wykazują, że pacjenci byli zadowoleni z dostępu do badań oraz z szybkości realizacji tomografii. Tomografia niskodawkowa była pozytywnie oceniana, a pacjenci cieszyli się, że była mniej szkodliwa niż tradycyjna tomografia. Program pozytywnie wpłynął na świadomość pacjentów dotyczącą szkodliwości palenia papierosów oraz znaczenia wczesnego wykrywania raka płuca. Program zwiększył świadomość pacjentów w tym zakresie.

Ocena dostępności usług wykazała, że program starano się promować na obszarach o niskim poziomie rozwoju profilaktyki onkologicznej, a pacjenci z tych obszarów byli aktywnie zachęcani do udziału.

Jakość świadczeń w ramach programów profilaktycznych była ogólnie pozytywnie oceniana przez uczestników. Badani wspominali o licznych pozytywnych reakcjach od osób korzystających z tych programów, które wyrażały wdzięczność za wsparcie. Wydaje się, że programy te były odpowiednie i odpowiadały na potrzeby mieszkańców województwa, co sugeruje pozytywna reakcja i zadowolenie uczestników.

Respondenci badania nie wskazali na szczególne korzyści lub trudności wynikające z tego w jaki sposób realizowane były programy. Nie uzyskano też informacji na temat tego, która z form przygotowania programu była ich zdaniem bardziej efektywna, tj. pozwoliła szybciej i skuteczniej wdrażać założone cele. Każdy program w praktyce realizowany był w ten sam sposób, a więc wdrażany był przez podmioty lecznicze i to od współpracy i ich zaangażowania zależał sukces w realizacji programu.

6.4 Ocena efektywności w ramach poszczególnych programów oraz identyfikacja dalszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa

Jaki jest stopień realizacji wskaźników RPO WK-P 2014-2020 w ramach poszczególnych projektów z poddziałania 8.6.2 dotyczących realizowanych programów?

Wskaźnik „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS" jest używany do monitorowania skuteczności programów zdrowotnych w województwie kujawsko-pomorskim. Analiza poziomu osiągnięcie wskaźnika dla każdego z projektów przedstawiona została w tabeli. Analiza uwzględnia dane dotyczące: wartości docelowej wskaźnika (ogółem), wartości osiągniętej od początku realizacji projektu, a wartość wyrażona w procentach, to odsetek realizacji względem wartości docelowej wskaźnika:

Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego:

- "LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ, NIŻ LECZYĆ - kompleksowy program profilaktyki raka jelita grubego dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego" - 111%: Wskaźnik osiągnął wartość powyżej 100%, oznacza to, że przebadano więcej osób, niż początkowo zakładano. To pozytywny wynik, sugerujący, że program jest bardzo aktywnie wdrażany i przyciąga uwagę mieszkańców.
- "Wyprzedź raka – weź udział w badaniach profilaktycznych raka jelita grubego!" - 100%: Miernik osiągnął wartość 100%, co jest doskonałym wynikiem, oznacza to, że programem zdrowotnym objęto dokładnie tyle osób, ile zaplanowano w projekcie.
- "Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego" - 91%: Indykator przyjął wartość 91%, co jest pozytywnym wynikiem, sugerującym skuteczność projektu.
- "Popularyzacja badań kolonoskopowych oraz działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki raka jelita grubego" - 90%: Ten projekt osiągnął wskaźnik na poziomie 90%, co wskazuje na dobrą skuteczność projektu.
- "Program profilaktyczny – wczesne wykrywanie raka jelita grubego" - 85%, wartość wskaźnika jest wysoka, co nadal jest dobrym wynikiem, choć nieco niższym niż poprzednie przykłady.
- "Program wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży" - 83%: W tym przypadku miernik osiągnął dość wysoki poziom 83%.
- "Program profilaktyki raka jelita grubego dla województwa kujawsko-pomorskiego" - 80%: W tym przypadku indykator jest na poziomie 80%, co sugeruje, że wsparcie wdrażane jest w sposób umiarkowany.
- "Profilaktyczny IKAR" - 75%, co jest akceptowalnym wynikiem, ale nieco niższym niż inne przykłady.

- "Żyjmy dłużej – badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego" - 67%, co jest niższym wynikiem niż większość powyższych działań.
- "Profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim" - 62%: Ten projekt osiągnął wskaźnik na poziomie 62%, co jest stosunkowo niskim wynikiem w porównaniu do innych.
- "Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w województwie kujawsko-pomorskim" - 22%: miernik osiągnął niską wartość na poziomie 22%, co sugeruje niewielki poziom wdrożenia.
- "Rak na wspak - program profilaktyki raka jelita grubego prowadzony przez Nowy Szpital Sp. z o.o. z siedzibą w Świeciu" - 12%: Wskaźnik osiągnął wartość na poziomie 12%, co wskazuje na słabe wdrażanie.
- "Zadbaj o zdrowie - profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim" - 3%: Miernik osiągnął wartość na poziomie 3%, co wskazuje na brak skutecznego wdrożenia.
- "Program badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka jelita grubego w Szpitalu Powiatowym w Golubiu-Dobrzyniu" - 0%: Ten projekt nie osiągnął żadnego postępu, ale tutaj została rozwiązana umowa o dofinansowanie.

Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK):

- "Program profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego" - 91%: Ten projekt osiągnął dobry wskaźnik na poziomie 91%, co wskazuje na skuteczność wdrażania.

Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim:

- "Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim" - 8%: Ten projekt osiągnął bardzo niski wskaźnik na poziomie 8%, co sugeruje niską skuteczność we wdrażaniu.

Analiza poziomu osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika *Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS* w przypadku Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) wydaje się niezagrożona do końca 2023 r. od początku realizacji programu udało się osiągnąć 91% wartości docelowej. W ramach Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, według danych SL 2014-2020 pozyskanych na dzień 30.06.2023 r. udało się łącznie zrealizować wskaźnik na poziomie 61%. W przypadku programu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim realizacja wskaźnika na założonym poziomie jest niemożliwa. Do 30.06.2023 roku uzyskano 8% wartości docelowej wskaźnika.

Tabela 2. Wskaźnik: Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS.

Tytuł projektu	Wartość docelowa/Ogółem [osoby]	Wartość osiągnięta od początku realizacji projektu [osoby]	Odsetek realizacji względem wartości docelowej
LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ, NIŻ LECZYĆ - kompleksowy program profilaktyki raka jelita grubego dla mieszkańców województwa kujawsko - pomorskiego	1 805,00	2 009,00	111%

Tytuł projektu	Wartość docelowa/Ogółem [osoby]	Wartość osiągnięta od początku realizacji projektu [osoby]	Odsetek realizacji względem wartości docelowej
Wyprzedź raka – weź udział w badaniach profilaktycznych raka jelita grubego!	900,00	900,00	100%
Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego	1 500,00	1 359,00	91%
Popularyzacja badań kolonoskopowych oraz działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki raka jelita grubego	1 000,00	904,00	90%
„Program profilaktyczny – wczesne wykrywanie raka jelita grubego”	1 700,00	1 449,00	85%
Program wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży	1 700,00	1 417,00	83%
Program profilaktyki raka jelita grubego dla województwa kujawsko-pomorskiego	6 300,00	5 053,00	80%
Profilaktyczny IKAR	1 950,00	1 455,00	75%
Żyjmy dłużej – badania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrycia raka jelita grubego	1 000,00	666,00	67%
Profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim	1 400,00	863,00	62%
Program profilaktyki raka jelita grubego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w województwie kujawsko-pomorskim	3 600,00	808,00	22%
Rak na wspak - program profilaktyki raka jelita grubego prowadzony przez Nowy Szpital Sp. z o.o. z siedzibą w Świeciu	3 600,00	426,00	12%
Zadbaj o zdrowie - profilaktyka raka jelita grubego w województwie kujawsko-pomorskim	1 400,00	36,00	3%
Program profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego.	4 520,00	4 119,00	91%
Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko – pomorskim	265 551,00	22 455,00	8%
Program badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka jelita grubego w Szpitalu Powiatowym w Golubiu-Dobrzyniu[13]	600,00	0,00	0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL 2014 (data wygenerowania 30.06.2023 r.).

Jak wskazano powyżej, nie osiągnięto dotychczas wszystkich zakładanych efektów realizowanych projektów. Szczególnie trudna sytuacja dotyczy projektu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim, gdyż tutaj realizacja wskaźnika do końca czerwca 2023 r. wynosiła 8%. Wykonawca otrzymał informacje, iż pojawiły się trudności w realizacji projektu, co może skutkować koniecznością rozwiązania umowy na dofinansowanie.

[13] Umowa została rozwiązana przez Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu 17.06.2021 r.

Poniżej dokonano analizy wskaźników dla dwóch programów polityki zdrowotnej, dla których dostępne były dane z prowadzonych ewaluacji. W przypadku programu profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim ewaluatorzy nie otrzymali danych dotyczących poziomu realizacji wskaźników, gdyż nie przekazał ich beneficjent. Jednocześnie jak wynika z badania jakościowego departament odpowiedzialny za kontakt z realizatorami programu, nie ma możliwości pozyskania danych innych niż te, które były zobowiązaniem beneficjenta w projekcie, czyli przedstawiona powyżej analiza wskaźnika *Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS.* Mierniki szczegółowe, ustalone w programie polityki zdrowotnej wymagają dobrej współpracy z realizatorem programu i pełnej współpracy w tym zakresie, która w przypadku tego programu nie występuje.

Głównym celem Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) w województwie kujawsko-pomorskim jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2020-2023.

Cele szczegółowe:

- ✓ zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca;
- ✓ zwiększenie dostępu do badania NDTK u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca;
- ✓ zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antytytoniowego;
- ✓ zwiększenie zasobów przeszkolonej kadry na rynku pracy, co jest niezwykle istotne w kontekście zdiagnozowanych trendów demograficznych.

Według informacji pozyskanych w ramach badania jakościowego, dane monitorujące postęp wdrażania programu nie są regularnie zbierane, gdyż najpierw muszą zostać zebrane przez realizatora programu, a następnie przetworzone przez pracowników. W efekcie czego, w momencie tworzenia niniejszego raportu według danych przekazanych przez realizatora, wskaźniki realizacji celów programu przedstawione zostały na dzień 18. stycznia 2023 r. i prezentują się następująco:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS wynosiła 4 119 w planie założono objęcie wsparciem 4 520 osób.
- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 4 000 tyle też osób założono w programie.
- Liczba osób objętych badaniami NDTK w ramach projektu - 4 000 tyle też osób założono w programie.
- Liczba osób, które odbyły wizytę kwalifikacyjną i zostały zakwalifikowane do programu - 4 000 w programie zaplanowano 4 400 .
- Liczba pracowników ochrony zdrowia objętych wsparciem w projekcie – 126, planowano objąć projektem 120 pracowników.
- Liczba konsultacji lekarza pulmonologa lub torakochirurga w ramach programu – 5 272 planowano 10 000 konsultacji.
- Liczba uczestników programu, u których przeprowadzono edukację na temat raka płuca - 4 119 w planie założono 4 400.
- Liczba osób, które otrzymały wykaz placówek zajmujących się leczeniem Zespołu Uzależnienia od Tytoniu, w tym Poradni Pomocy Palącym – 4 119, zaplanowano, że otrzyma je 5 000 osób.

- Odsetek osób, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka (na podstawie testu wiedzy) zaplanowano 80% uzyskano wartość 100%.

Na podstawie powyższych danych ewaluatorzy dokonali odpowiednich obliczeń, aby pozyskać informacje na temat mierników efektywności programu:

Tabela 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) w województwie kujawsko-pomorskim.

Cel	Miernik efektywności	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Sposób pomiaru
Poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych	Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu	10 000	5 272	Wykonanie badaniaNDTK
	Odsetek osób, u których wykryto zmiany radiologiczne (nowotworowe i nienowotworowe)	42-65%	56,7%	Opis badania NDTK
	Odsetek osób, u których nie wykryto zmian radiologicznych	35-58%	41,1%	Opis badania NDTK
Zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca	Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka płuca w okresie i na terenie realizacji programu	80%	100%	Dwukrotny test wiedzy (Załącznik) – przed i po udziale w programie poprzez ankietę umieszczoną na stronie internetowej lub wypełnianą przy wizycie kwalifikacyjnej/ wynikowej
Zwiększenie dostępu dobadania NDTK u osób zgrup ryzyka zachorowania na raka płuca	Liczba osób, które odbyły wizytę kwalifikacyjną	4 400	4 000	Raport od koordynatora programu
Zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antytytoniowego	Liczba osób, które otrzymały wykaz placówek zajmujących się leczeniem Zespołu Uzależnienia od Tytoniu, w tym Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym	5 000	4119	Wykaz umieszczony na stronie internetowej lub wręczany przy wizycie kwalifikacyjnej
Zwiększenie zasobów przeszkolonej kadry na rynku pracy, co jest niezwykle istotne w kontekście zdiagnozowanych trendów demograficznych	Liczba pracowników ochrony zdrowia (pulmonolodzy, radiolodzy, lekarze POZ, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej), którzy wzięli udział w szkoleniach	120	126	Liczba wydanych certyfikatów ukończenia szkolenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdawczych.

Przedstawione powyżej wartości wskazują, na to, iż w przypadku założonych celów programu osiągnięto takie wartości wskaźników, które świadczą o poprawie sytuacji w każdym z wyznaczonych celów. W przypadku celu jakim jest „Poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych", jedynie w przypadku miernika

Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu poziom realizacji jest niższy niż zaplanowano (52,7% realizacji docelowej wartości). Niemniej jednak można stwierdzić, iż osiągnięte efekty pozwoliły na osiągnięcie celu jakim jest poprawa sytuacji, na którą odpowiedzią był realizowany program. Powyżej założonego poziomu osiągnięto natomiast cel jakim było zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca (100% uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka płuca). Osiągnięto też kolejne cele takie jak: „Zwiększenie dostępu do badania NDTK u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca" (90,0% osiągniętej wartości docelowej), „Zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antytytoniowego" (82,4% wartości docelowej) oraz „Zwiększenie zasobów przeszkolonej kadry na rynku pracy, co jest niezwykle istotne w kontekście zdiagnozowanych trendów demograficznych". W przypadku ostatniego celu osiągnięto nawet wyższą wartość wskaźnika niż zaplanowano. Mimo niepełnego osiągnięcia wartości docelowych w niektórych obszarach, program przynosi korzyści i wpływa pozytywnie na poprawę sytuacji związanej z rakiem płuc. Ważne jest również zauważenie, że niektóre cele zostały osiągnięte zdecydowanie lepiej niż założono.

Celem programu profilaktyki przeciwwirusowego zapalenia wątroby typu B i C jest zwiększenie liczby osób z WZW typu B i C kierowanych do leczenia. Planowaną wartością do osiągnięcia w okresie realizacji programu jest zwiększenie liczby osób kierowanych rocznie do leczenia w programach lekowych w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem programu:
a) WZW typu B o 5%,
b) WZW typu C o 10%.
Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby wykrywanych w roku kalendarzowym WZW B w populacji objętej programem o 50% w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem programu (rok 2018).
- Zwiększenie liczby wykrywanych w roku kalendarzowym WZWC w populacji objętej programem o 50% w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem programu (rok 2018).
- Uodpornienie czynne w zakresie HBV u 30% przebadanych uczestników Programu.
- Wzrost świadomości populacji docelowej w zakresie problemu WZW B i C.
- Zapewnienie satysfakcji pacjentów w przebiegu badania profilaktycznego.

Tak jak to wykazywano już w przypadku programu dotyczącego raka płuc, dane monitorujące otrzymywane są od realizatorów programu. Z informacji pozyskanych w ramach badania jakościowego wynika, że ostatnie możliwe do pozyskania informacje zostały zawarte w dokumencie z dnia 18 stycznia 2023 r. Według danych przekazanych przez realizatora programu, wskaźniki realizacji celów programu na dzień 18. stycznia 2023 r. prezentują się następująco:

- Liczba osób objętych programem zdrowotnych dzięki EFS – 19 000, zaplanowano 265 551, daje to realizację wskaźnika na poziomie 7%.
- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 8 383, zaplanowano 39 850 (realizacja na poziomie 21%).
- Liczba osób objętych badaniem na obecność przeciwciał anty-HCV – 8 383, zaplanowano 39 850 (realizacja na poziomie 21%).

- Liczba osób objętych testem HBsAg – 8 383, zaplanowano 39 850 (realizacja na poziomie 21%).
- Liczba osób objętych szczepieniami przeciwko WZW - 767, zaplanowano 11 950 (realizacja wskaźnika na poziomie 6%).

Powyższe dane są sprawozdawane jako wskaźniki projektu w ramach dofinansowania z EFS i wykorzystywane do monitorowania realizacji celów Programu. Ponadto przyjęto również szereg wskaźników, które są zbierane na podstawie tychże mierników (zgodnie z danymi ze sprawozdań realizatora programu), a także przy wykorzystaniu raportów NFZ oraz Biuletynu wydawanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH pn. „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce …. (na dany rok)". Z informacji pozyskanych w ramach badania jakościowego ustalono, że dane są zbierane z opóźnieniem, gdyż muszą zostać przekazane przez realizatora, a następnie przetworzone przez pracowników Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia. Ponadto tylko niektóre wskaźniki są zbierane. W tabeli poniżej zawarto wszystkie dostępne dane, a jeśli było to możliwe zostały uzupełnione o dane zewnętrzne.

Tabela 4. Mierniki celów programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim.

Lp.	Cel	Wskaźnik	Miernik efektywności	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta[14]
Cel główny					
1.	Zwiększenie liczby osób z WZW typu B i C kierowanych do leczenia w programach lekowych w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem Programu (2018)	Liczba osób, u których wykonano badanie przesiewowe w kierunku HBV i HCV	Liczba osób skierowanych do programów lekowych WZW B	Wartość z 2018 +5%	Brak dostępu do danych
			Liczba osób skierowanych do programów lekowych WZW C	Wartość z 2018 +10%	Brak dostępu do danych
			Odsetek osób skierowanych do leczenia HCV w Programie	1%	0,3%[15]
			Odsetek osób skierowanych do leczenia HBV w Programie	0,5%	0,3%[16]
		Liczba osób, które dzięki interwencji zgłosiły się na badanie profilaktyczne	**Liczba przebadanych osób**	39 833	8 383
Cele szczegółowe					
1.	Zwiększenie liczby wykrywanych w roku kalendarzowym WZW C w populacji objętej Programem o 50% w	Liczba zachorowań na HBV w województwie kujawsko - pomorskim, w	Liczba osób u których wykryto WZW B w danym roku kalendarzowym w województwie	330	2022 r. - 183[18]

[14] Dane zbierane i udostępnione przez Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia.
[15] Liczba osób z pozytywnym wynikiem HCV (osoby zdiagnozowane przez udział w Programie)
[16] Liczba osób z pozytywnym wynikiem HBV (osoby zdiagnozowane przez udział w Programie)
[18]Dane na podstawie: https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/Ch_2022_Wstepne_dane.pdf

	porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem Programu (rok 2018)[17]	kolejnych latach realizacji Programu			
2.	Zwiększenie liczby wykrywanych w roku kalendarzowym WZW C w populacji objętej Programem o 50% w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem Programu (rok 2018)[19]	Liczba zachorowań na HCV w województwie kujawsko - pomorskim, w kolejnych latach realizacji Programu	Liczba osób u których wykryto WZW C w danym roku kalendarzowym w województwie	375	2022 r. – 180[20]
3.	Uodpornienie czynne w zakresie HBV u 30% przebadanych uczestników Programu	Liczba osób czynnie uodpornionych na HBV	**Liczba osób, które poddały się szczepieniu w schemacie 3-dawkowym**	11 950	767
4.	Wzrost świadomości populacji docelowej w zakresie problemu WZW B i C	Liczba osób objęta programem zdrowotnym dzięki EFS	Liczba osób, które wzięły udział w różnych formach działań informacyjno-edukacyjnych	265 551	19 000
		Liczba osób, które wypełniły ankietę dotyczącą wiedzy na temat WZW	Odsetek osób uznających wzrost poziomu wiedzy na temat WZW po uczestnictwie w Programie	60%	33,9%
5.	Zapewnienie satysfakcji pacjentów z korzystania ze świadczeń medycznych	Liczba uczestników korzystających ze świadczeń medycznych, którzy wypełnili ankietę dotyczącą satysfakcji	Odsetek uczestników pozytywnie oceniających jakość udzielanych w programie badań diagnostycznych	60%	Brak danych
			Odsetek uczestników pozytywnie oceniających jakoś ć udzielanych szczepień	60%	Brak danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdawczych.

[17] Zwiększenie liczby wykrywanych w roku kalendarzowym WZW C w populacji objętej Programem o 50% w porównaniu do wartości mierzonych przed uruchomieniem Programu (rok 2018).

[19] Ibidem.

[20]Dane na podstawie: https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/Ch_2022_Wstepne_dane.pdf

Pozyskane informacje wskazują na to, że system monitorowania programu nie pozwala na całościową ocenę poziomu realizacji celów programu. Można jednak na podstawie powyższych danych stwierdzić, że program nie jest skutecznie wdrażany. Pojawia się uzasadnione ryzyko niezrealizowania założonych wartości wskaźników, a tym samym realizacji założonych celów programu.

Czy poprzez realizację poszczególnych programów osiągnięto dodatkowe pozytywne bądź negatywne efekty, wcześniej niezamierzone? Jeśli tak, to jakie?

Jakie są aktualne wyzwania w obszarze profilaktyki zdrowotnej w województwie?

Analiza danych, a tym samym wyniki badania nie wykazały, aby programy przyczyniły się do osiągnięcia innych niż zamierzone efekty. Warto jednak podkreślić, iż sytuacji tej nie powinno się traktować jako niekorzystnej. Realizator programu dotyczącego raka płuca podkreślał, że program był tak pomyślany, aby maksymalnie wykorzystać możliwe wsparcie. Działania profilaktyczne to przede wszystkim badania, ale równie ważna jest edukacja. Informowanie pacjentów o konieczności działań profilaktycznych, zwracanie szczególnej uwagi na to, że dzięki działaniom prewencyjnym możliwe jest zachowanie dobrego zdrowia jest zamierzonym pozytywnym efektem i powinno być promowane.

Jeśli natomiast mowa o negatywnych doświadczeniach to analiza sytuacji w zakresie tworzenia programów profilaktycznych w obszarze raka jelita grubego wykazała, że:

- Brak jasnych i jednoznacznych wytycznych ze strony Ministerstwa stanowił przeszkodę, szczególnie na początku tworzenia programów. Prowadziło to do opóźnień i nieefektywności w realizacji działań profilaktycznych. Ponadto mogło skutkować wyborem nieodpowiednich działań, niewystarczającą ich koordynacją oraz brakiem spójności z innymi programami profilaktycznymi.
- Brak synchronizacji działań między instytucjami krajowymi i regionalnymi może utrudniać skuteczne wdrażanie projektów. Może to wynikać z różnych priorytetów i celów poszczególnych instytucji, a także z różnic w zakresie posiadanych kompetencji i zasobów. Dlatego istotna jest koordynacja i współpraca między różnymi szczeblami administracji dla osiągnięcia sukcesu w realizacji programów profilaktycznych.
- Uzależnienie realizacji programu od decyzji jednostek szczebla centralnego, może w konsekwencji wprowadzać dodatkowe opóźnienia i utrudniać planowanie i wdrażanie projektów.

Aby w przyszłości usprawnić proces przygotowania programów zaproponowano następujące rozwiązania:

- Koordynacja działań instytucji krajowych oraz regionalnych powinna opierać się na jasnych zasadach i mechanizmach współpracy.
- Dostęp do niezbędnych zasobów i kompetencji powinien być zapewniony na wszystkich etapach tworzenia i realizacji programów profilaktycznych.
- Wsparcie inicjatyw i działań mających na celu ustalenie jednoznacznych i klarownych wytycznych ze strony Ministerstwa w zakresie programów profilaktycznych. To pomoże uniknąć zamieszania i opóźnień na etapie planowania i wdrażania projektów.
- Promocja współpracy i koordynacji działań między instytucjami krajowymi a regionalnymi. Działania profilaktyczne powinny być spójne i zintegrowane, aby osiągnąć optymalne rezultaty.

- Promocja edukacji i świadomości zarówno wśród instytucji, jak i społeczeństwa, w zakresie znaczenia programów zdrowotnych. Większa świadomość może przyczynić się do lepszego zrozumienia i wsparcia dla programów profilaktycznych.

Respondenci zwracali uwagę na to, że jednostki ochrony zdrowia mogą nie być zainteresowane udziałem w programach profilaktycznych z powodu problemów finansowych i organizacyjnych:

- Jednostki ochrony zdrowia często borykają się z ograniczonym budżetem i konkurencją o środki finansowe na różne cele. Programy profilaktyczne mogą wymagać dodatkowych zasobów finansowych, które czasami są trudne do pozyskania, szczególnie jeśli nie ma dostatecznego wsparcia finansowego ze źródeł publicznych.
- Skomplikowana organizacja systemu ochrony zdrowia oraz inne priorytety i obowiązki mogą sprawić, że jednostki ochrony zdrowia nie są w stanie efektywnie zaangażować się w programy profilaktyczne. Brak odpowiednich struktur i procesów może utrudniać wdrożenie działań profilaktycznych.

Zapewnienie jednostkom ochrony zdrowia wsparcia organizacyjnego w zakresie planowania, wdrożenia i monitorowania programów profilaktycznych może pomóc w przezwyciężeniu problemów organizacyjnych. Warto również promować współpracę między jednostkami medycznymi w celu efektywnego wykorzystania zasobów. Działania edukacyjne i informacyjne mogą pomóc w zwiększeniu świadomości jednostek ochrony zdrowia na temat korzyści płynących z udziału w programach profilaktycznych. Wyjaśnienie, że profilaktyka może zmniejszyć koszty leczenia w przyszłości, może zachęcić do zaangażowania. Systematyczna analiza wyników programów profilaktycznych może pomóc w udowodnieniu ich efektywności i wpływu na zdrowie publiczne. Warto podejść do tych wyzwań holistycznie, łącząc zarówno aspekty finansowe, jak i organizacyjne, aby stworzyć korzystne warunki do realizacji programów profilaktycznych.

Wyniki badania pokazują również wyzwania związane z koordynacją, wsparciem oraz zaangażowaniem personelu medycznego w projekty profilaktyczne. Brak koordynacji między różnymi podmiotami zaangażowanymi w projekty profilaktyczne może prowadzić do duplikacji wysiłków, marnowania zasobów i braku skuteczności. Ustanowienie efektywnego mechanizmu koordynacji, który będzie nadzorować i zarządzać projektem, zapewniając, że wszystkie zaangażowane strony działają zgodnie z ustalonym planem, skutecznie wpłynie na realizację programów i osiągnięcie zamierzonych efektów. Aby projekty były skuteczne, niezbędne jest zaangażowanie lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów medycznych. Personel medyczny pełni kluczową rolę w edukacji. Oprócz personelu medycznego, istotne jest zaangażowanie decydentów, menedżerów służby zdrowia oraz innych kluczowych interesariuszy. Ich wsparcie i zaangażowanie mogą wpłynąć na sukces projektów.

Czy w kontekście istniejących potrzeb w regionie należałoby kontynuować przedmiotowe programy w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w zakresie zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania FEdKP 2021-2027?

W kontekście pytania dotyczącego istniejących potrzeb w regionie i tego, czy należałoby kontynuować przedmiotowe programy w perspektywie finansowej 2021-2027 wyniki badania pokazują jednoznacznie, że takie programy są potrzebne. Jednakże Program dotyczący wczesnego wykrywania raka jelita grubego od niedawna jest realizowany ze środków NFZ, ponadto w ostatnim roku pojawiła

się możliwość wykonania badania krwi wykrywającego WZW B i C również w ramach środków NFZ, zatem te programy są kontynuowane, ale już nie ze środków RPO WK-P. To, jakie ostatecznie zostaną wdrożone inne programy polityki zdrowotnej zależy od możliwości ich finansowania i spełnienia określonych kryteriów prawnych i organizacyjnych ze szczebla unijnego, krajowego i regionalnego. Dlatego warunkiem niezbędnym do przygotowania programów z obszaru zdrowia jest wiedza na temat kluczowych wymogów jeszcze przed rozpoczęciem prac nad nimi. Pozwoli to usprawnić proces uzyskiwania pozytywnej opinii od AOTMiT, a tym samym uniknąć ryzyka opóźnień we wdrażaniu programów. Drugim ważnym elementem jest podjęcie współpracy różnych interesariuszy uczestniczących w procesie planowania i realizacji przygotowanych programów.

Ponadto, jak wskazywano wcześniej w raporcie w systemie wdrażania FEdKP 2021-2027 należy uwzględnić środki finansowe na zlecenie przygotowania programów polityki zdrowotnej przez zewnętrznych ekspertów. Departament odpowiedzialny za przygotowanie programów powinien pełnić rolę koordynującą i wraz z departamentem odpowiedzialnym za programowanie perspektywy finansowej na lata 2021-2027 uzgodnić treść RPZ-ów w ramach FEdKP 2021-2027 w obszarze zdrowia.

7. Podsumowanie i główne wnioski z badania

Na podstawie opracowanego raportu z badania można wysunąć wnioski dotyczące regionalnych programów zdrowotnych:

- Brak spójnych wytycznych: Brak jasnych i spójnych wytycznych na poziomie centralnym dotyczących opracowania i realizacji regionalnych programów zdrowotnych stanowił główną przeszkodę w procesie przyjęcia programów finansowanych ze środków unijnych w regionach.
- Elastyczność i adaptacja programów: Adaptacja programów krajowych do lokalnych potrzeb była pozytywnie oceniana. Z uwagi na przyśpieszenie procesu wdrażania to podejście będzie efektywne, ale konieczne jest utrzymanie równowagi między dostosowywaniem programów a zapewnieniem spójności na poziomie krajowym.
- Współpraca między interesariuszami: Współpraca między różnymi interesariuszami, w tym placówkami medycznymi, samorządem i AOTMiT, jest kluczowa dla efektywnej realizacji programów polityki zdrowotnej. Zachęcanie do dialogu i współpracy może pomóc w osiągnięciu konsensusu i skuteczniejszej implementacji programów.
- Zróżnicowana zgłaszalność: Programy zdrowotne miały zróżnicowaną zgłaszalność w zależności od rodzaju działań i obszarów geograficznych. Niektóre programy przyciągały więcej uczestników niż inne, co może wynikać z różnych czynników, takich jak rodzaj problemu zdrowotnego czy efektywność działań promocyjnych.
- Skuteczność działań promocyjnych: Skuteczność działań promocyjnych, takich jak kampanie reklamowe w mediach czy wysyłanie materiałów informacyjnych, była istotna w zwiększeniu zgłaszalności programów. Działania te pomagały w dotarciu do potencjalnych uczestników i zwiększeniu świadomości na temat programów zdrowotnych.
- Wpływ pandemii: Pandemia COVID-19 miała wpływ na zgłaszalność do programów, zwłaszcza w początkowych fazach. Jednak pomimo trudności, w miarę poprawy sytuacji pandemicznej liczba zgłoszeń wzrastała, co pokazuje, że zdrowie pozostaje ważnym priorytetem dla mieszkańców.

- Różnice regionalne: Analiza liczby uczestników w poszczególnych regionach województwa kujawsko-pomorskiego wykazała różnice w zgłaszalności. Niektóre powiaty miały znacznie więcej uczestników niż inne, co może wynikać z lokalnych czynników i potrzeb zdrowotnych.

Wyniki badania pozwoliły także na zaproponowanie pewnych rozwiązań, które można wykorzystać w przyszłości.

- Promowanie współpracy: Zachęcanie do współpracy między interesariuszami, w tym organizacjami pozarządowymi, podmiotami leczniczymi i pracownikami ochrony zdrowia, może pomóc w tworzeniu bardziej zintegrowanych i skutecznych programów polityki zdrowotnej.
- Równowaga między adaptacją a spójnością: Konieczne jest utrzymanie równowagi między adaptacją programów krajowych do lokalnych potrzeb a zachowaniem spójności na poziomie krajowym. To pozwoli na dostosowanie programów do specyficznych warunków regionów, jednocześnie zapewniając pewną jednolitość działań.
- Dostęp do programów krajowych: Warto dążyć do zapewnienia, aby wszystkie regiony miały dostęp do programów krajowych, zwłaszcza tych dotyczących badań przesiewowych i profilaktyki. To pomoże zapewnić równy dostęp mieszkańców różnych regionów do usług zdrowotnych.
- Transparentność procesu decyzyjnego: Zapewnienie transparentności procesu decyzyjnego przy przyjmowaniu programów może pomóc w zrozumieniu i akceptacji decyzji przez interesariuszy i społeczność lokalną.
- Wsparcie dla regionów o trudnym dostępie, tzw. obszary „białych plam”: Kontynuowanie wsparcia dla tzw. obszarów „białych plam”, czyli takich, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest utrudniony, w tym premiowanie działań na obszarach „białych plam”, co może przyczynić się do poprawy dostępności usług zdrowotnych.
- Kontynuacja działań w przypadku sytuacji wyjątkowych: Procedura powinna uwzględniać elastyczność i możliwość dostosowania działań w przypadku sytuacji wyjątkowych, takich jak pandemia, aby zapewnić skuteczną ochronę zdrowia publicznego.
- Skupienie na projektach o wysokim wskaźniku realizacji: Beneficjenci projektów, które osiągnęły wskaźnik realizacji powyżej 100% lub na poziomie 100%, powinny być zapraszani do dalszej współpracy, jeśli pojawią się konkursy odpowiadające zakresom ich działalności.
- Długoterminowe planowanie: W przypadku programów polityki zdrowotnej ważne jest długoterminowe planowanie i zapewnienie ciągłości działań, nawet w okresach trudności, takich jak pandemia. To pozwoli utrzymać zaufanie uczestników i zachęcić ich do udziału.
- Edukacja zdrowotna: Programy powinny kontynuować działania edukacyjne, które pomogą uczestnikom zrozumieć znaczenie profilaktyki i regularnych badań. Edukacja może być kluczowa dla zwiększenia świadomości i motywacji do udziału w programach.

8. Główne wnioski i przypisane do nich rekomendacje

LP.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
1.	Promocja edukacji i świadomości zarówno wśród instytucji, jak i społeczeństwa, w zakresie znaczenia programów zdrowotnych była istotna w zwiększeniu zgłaszalności do programów. Działania te pomagały w dotarciu do potencjalnych uczestników i zwiększeniu świadomości na temat programów zdrowotnych. str. 44, 45, 72	Kontynuacja działań edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych na temat korzyści zdrowotnych, społecznych i finansowych płynących z udziału w programach profilaktycznych.	Wydział Zdrowia Departament Spraw Społecznych i Zdrowia Departament Promocji	Kontynuowanie działań promocyjnych takich jak: • spoty informacyjne w telewizji, radiu, Internecie skierowane do konkretnych grup społecznych, jednostek ochrony zdrowia oraz innych podmiotów zainteresowanych uczestnictwem, zawierających dostępne opcje profilaktyki zdrowotnej i korzyści wynikające z udziału w programach; • plakaty/ulotki w miejscach publicznych; • konferencje/seminaria; • wystąpienia lekarzy w mediach; • wysyłanie materiałów informacyjnych w firmach. Działania edukacyjne i informacyjne powinny pokazywać przykłady, opisy procedur i podkreślać korzyści jakie płyną z uczestnictwa w programie zdrowotnym. Powinny być skierowane do konkretnych grup społecznych, jednostek ochrony zdrowia oraz innych podmiotów zainteresowanych	IV kw. 2027 r.	Programowa – Operacyjna

LP.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
				uczestnictwem w programie, by zapewnić jak najszerszy zasięg przekazu.		
2.	Analiza liczby uczestników w poszczególnych rejonach województwa kujawsko-pomorskiego wykazała różnice w zgłaszalności. Niektóre powiaty miały znacznie więcej uczestników niż inne, co może wynikać z lokalnych czynników i potrzeb zdrowotnych. Str. 48-59	Dostosowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności programów profilaktycznych do potrzeb poszczególnych grup, uwzględniając różnice wewnątrzregionalne oraz kulturowe.	Wydział Zdrowia Departament Spraw Społecznych i Zdrowia	Zwiększenie dostępności programów profilaktyki zdrowotnej poprzez uwzględnienie w programach możliwości zastosowania takich działań jak m.in.: • Transport: Zapewnienie usług transportu dla osób, które mają trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na odległość. • Pracownicy socjalni: Informowanie i zachęcanie do współpracy pracowników socjalnych, którzy mogą pomagać osobom o niższym statusie ekonomicznym, starszym czy osobom z niepełnosprawnościami w dostępie do programów. • Tłumacze: Dostarczenie usług tłumaczy lub materiałów w różnych językach dla mniejszości etnicznych i imigrantów.	IV kw. 2027 r.	Programowa – Operacyjna

LP.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
				• Reorganizacja godzin pracy: Rozważenie możliwości dostosowania godzin pracy placówek medycznych, aby umożliwić dostępność w różnych porach dnia. • Mobilne usługi kontroli zdrowia: Organizacja mobilnych jednostek medycznych, które mogą docierać do obszarów wiejskich lub miejsc o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej.		
3.	Niewystarczająca współpraca między różnymi jednostkami ochrony zdrowia. s. 70,71,73	Zapewnienie jednostkom ochrony zdrowia wsparcia w zakresie promowania współpracy między różnymi jednostkami w celu efektywnego realizowania programów profilaktycznych oraz wykorzystania posiadanej wiedzy i doświadczenia.	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia - Wydział Zdrowia Departament Realizacji Projektów Unijnych	Wykorzystanie dostępnych zasobów i narzędzi celem umożliwienia jednostkom ochrony zdrowia wymiany doświadczeń, najlepszych praktyk i efektów realizowanych programów profilaktycznych. Umożliwi to wspólne uczenie się i wymianę informacji, które może prowadzić do bardziej efektywnego wykorzystania zasobów.	IV kw. 2027 r.	Programowa operacyjna

9. Załącznik

Odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
Diagnoza w zakresie sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz charakterystyka poszczególnych programów dotyczących obszaru zdrowia	1. Jak przedstawiała się sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w okresie powstawania programów?	Badanie wykazało, że identyfikowano w regionie wskaźniki świadczące o niekorzystnej sytuacji mieszkańców pod kątem wykrywalności raka jelita grubego, raka płuc czy profilaktyki WZW typu B i C.
	2. Czym podyktowany był rodzaj realizowanego programu w woj. kujawsko-pomorskim? Czy to były najistotniejsze problemy zdrowotne w regionie? Jakie było uzasadnienie potrzeby wdrożenia tych programów?	Rodzaj realizowanego programu w województwie kujawsko-pomorskim był głównie podyktowany niekorzystną sytuacją zdrowotną w regionie, zwłaszcza w obszarze wykrywalności raka jelita grubego, raka płuc, oraz profilaktyki WZW typu B i C. Wybór programów był ugruntowany analizą najistotniejszych problemów zdrowotnych w regionie, a uzasadnienie potrzeby ich wdrożenia wynikało z potrzeby poprawy wskaźników zdrowotnych oraz zminimalizowania ryzyka wystąpienia poważnych chorób. Przy wyborze konkretnych programów brano pod uwagę dostępność środków finansowych, a także spełnienie warunków określonych przez wytyczne i ramy programowe. Głównym uzasadnieniem dla wdrożenia tych programów było dążenie do poprawy wskaźników zdrowotnych w regionie poprzez skoncentrowane działania na obszarach o największym zapotrzebowaniu.
	3. Jak przebiegała procedura przyjęcia poszczególnych programów w województwie kujawsko-pomorskim? Jakie	W Województwie kujawsko-pomorskim realizowane były 3 programy, których procedura przyjęcia różniła się znacząco:

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	były plusy i minusy tych procedur?	W przypadku programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, wybór był uzasadniany wysoką zachorowalnością na ten rodzaj nowotworu oraz ograniczoną dostępnością programów przesiewowych, co wynikało z niewystarczającej liczby ośrodków wykonujących badania i niewystarczających kontraktów z NFZ. Dostępność środków finansowych ze źródeł unijnych umożliwiła zwiększenie liczby osób mogących skorzystać z programu. Jednakże zgodnie z zapisami punktu 1) rozdziału 5 Wytycznych[21] program nie mógł być realizowany w formule RPZ. Zgodnie z Wytycznymi wszelkie działania służące deinstytucjonalizacji opieki medycznej, rozwojowi programów profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego oraz programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy dostosowanych do potrzeb konkretnych pracodawców i ich pracowników stanowią wyjątek i nie mogą być realizowane w formule RPZ. W przypadku Ogólnopolskiego Programu 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 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wybór programu był podyktowany niekorzystnymi wskaźnikami zachorowalności na raka płuca w regionie. Region miał potencjał do poprawy statystyk zdrowotnych, a wykorzystanie narodowego programu było bardziej efektywne niż tworzenie programu od podstaw. Dlatego

[21] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Warszawa, 21 czerwca 2019 r. (zawieszone 23.12.2020 r.).

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		zgodnie z zapisami punktu 4b) rozdziału 5 Wytycznych realizowany jest on w oparciu o program opracowany w ramach PO WER. Oznacza to, że program dotyczący profilaktyki raka płuca w województwie kujawsko-pomorskim jest realizowany poprzez wdrożenie działań zgodnych ze schematem *Ogólnopolskiego Programu 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.* Program Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim, zgodnie z zapisami punktu 6) rozdziału 5 *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*[22] został opracowany w odpowiedzi na zdiagnozowany w regionie istotny problem zdrowotny tj. wysoką zapadalność na WZW typu B i C mieszkańców województwa. Dlatego w myśl Wytycznych jego realizacja przebiega w formule Regionalnego Programu Zdrowotnego (dalej RPZ). Projekt programu otrzymał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT) pod warunkiem doszczegółowienia zapisów oraz przekonstruowania celów programowych i mierników efektywności. W dniu 25.03.2020 r. Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego podjął uchwałę na mocy której przyjęto RPZ i ustalono, że *Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim* będzie realizowany w latach 2020-2023 przez beneficjentów wybranych w drodze konkursu ogłoszonego przez IZ RPO. W

[22] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Warszawa, 21 czerwca 2019 r. (zawieszone 23.12.2020 r.).

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		RPO WK-P 2014-2020 wskazany powyżej program realizowany jest w ramach Poddziałania 8.6.2 *Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne*. Należy również zaznaczyć, że aby program polityki zdrowotnej mógł być realizowany w regionie potrzebna była akceptacja ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[23] (AOTMiT), która odgrywała kluczową rolę w przyjmowaniu programów zdrowotnych. Jej zadaniem była ocena technologii medycznych oraz taryfikacja świadczeń zdrowotnych, co obejmuje również ocenę i rekomendację programów lekowych i terapeutycznych. Wśród plusów przyjętych procedur należy przygotowanie programów w regionach na podstawie rekomendacji AOTMiT, co zdecydowanie ułatwia pracę i daje pewność co do tego, że nakład pracy zostanie zwieńczony pozytywną oceną i możliwością realizacji programów. Podjęto również decyzję o tym, aby w perspektywie finansowej 2021-2027 przygotowywać takie RPZ, dla których AOTMiT opracowała rekomendacje, co znacznie przyśpieszy pracę nad programami i w zależności od dostępnych środków przyspieszy proces ich wdrażania. Wśród problemów, które utrudniały przyjęcie poszczególnych programów można wskazać m.in. złożoność procesu organizacji programów zdrowotnych, który wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym danych epidemiologicznych, dostępności środków finansowych, współpracy z placówkami medycznymi i wsparcia samorządów. Trudności mogą wynikać z

[23] Sytuacja ta nie dotyczy Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, gdyż realizowany był on poza formułą RPZ.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		różnic w regulacjach prawnych, finansowaniu czy dostępności zasobów, ale odpowiednie planowanie i współpraca mogą pomóc w ich przezwyciężeniu.
	4. Jak procedury przyjęcia programów w obszarze zdrowia przebiegały w innych województwach?	Analiza studium przypadku i treści wywiadów z przedstawicielami innych regionów potwierdziła, że nie tylko województwo kujawsko-pomorskie identyfikowało problem w tworzeniu Regionalnych Programów Zdrowotnych związany ze zbyt późnym opracowaniem dokumentów nadrzędnych wobec programów. Badani w każdym z regionów mówili o sytuacji, w której zbyt późne opracowanie niezbędnych dokumentów (w tym także map potrzeb zdrowotnych) powodowało trudności w organizacji pracy. Warto zwrócić uwagę na zastosowane podejście w województwie lubuskim, w którym zlecono przygotowanie programu niezależnym ekspertom. Obecnie to rozwiązanie planuje wykorzystać województwo kujawsko-pomorskie i w opinii ewaluatorów jest ono słuszne. Można też zauważyć, iż w regionach pojawiało się różne podejście dotyczące tego, który departament odpowiada za tworzenie i wdrażanie programów polityki zdrowotnej. Jednocześnie analiza przypadków nie wykazała, aby delegowanie zadań tylko do jednego departamentu (np. dotyczącego obszaru ochrony zdrowia) wykazywało się lepszymi ocenami w zakresie wdrażania i osiągania założonych efektów programu.
	5. Jak przebiegała organizacja procesu realizacji programów (od ustalenia cen za usługi do samego procesu realizacji programów)? Czy wystąpiły jakieś trudności (np. problemy dotyczące partnerstw, podwykonawstwa,	Najwięcej informacji dostarczyli beneficjenci wdrażający Program profilaktyczny dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego. W przypadku programu dotyczącego wykrywania raka płuc pozyskano opis doświadczeń wskazanych przez jedynego realizatora programu, a w przypadku programu dotyczącego profilaktyki WZW B i C nie udało się zrealizować wywiadu, który dostarczyłby wiedzy w badanym obszarze.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	zainteresowania kadry), inne - jakie?	Warto zauważyć, iż fakt, że placówka taka jak Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy posiadała wcześniejsze doświadczenie w prowadzeniu badań, ułatwiło wdrożenie programu. Znajomość rynkowych cen i procedur badawczych była już dostępna i umożliwiała realne przygotowanie projektu. Istotnym elementem powodzenia we wdrażaniu programu było poinformowanie personelu i pozyskanie ich zaangażowania. Odpowiedni pracownicy otrzymali informacje, a ich obowiązki zostały rozszerzone w ramach projektu, co pomogło w skutecznym wdrożeniu programu. W niektórych jednostkach udało się nawiązać dodatkową współpracę z lekarzami, którzy byli gotowi pracować dłużej, co zwiększyło dostępność usług. Natomiast wśród wymienianych trudności w realizacji projektów, a tym samym wdrażaniu programu był wybuch pandemii COVID-19, który spowodował pewne trudności w procesie. Pandemia wpłynęła na dostępność personelu i zainteresowanie pacjentów oraz na przebieg badań w szczególności w pierwszych miesiącach ogłoszenia stanu pandemii w Polsce, to jest do maja 2020 r. W ramach RPO WK-P tylko jeden beneficjent wdraża program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK). W odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu wdrażania programu, działań przygotowawczych, zmian w placówce i oceny procesu można wyróżnić kilka kluczowych punktów z wypowiedzi respondenta: • Wdrażanie programu: - Program dotyczył niskodawkowej tomografii komputerowej i wizyty wynikowej.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		- Utworzono stronę internetową o nazwie "Profi", na której zamieszczono wszystkie informacje o programie, kryteriach kwalifikacji pacjentów oraz dane kontaktowe do biura projektu. - Placówka prowadziła program bez partnerów zewnętrznych. • Działania przygotowawcze: - Zakupiono tomograf komputerowy do przeprowadzania badań. - Zatrudniono trzech lekarzy radiologów do oceny wyników badań. - Pacjenci byli rekrutowani poprzez stronę internetową, gdzie zamieszczono również materiały edukacyjne dotyczące profilaktyki raka płuc i rzucania palenia. • Ocena procesu wdrażania: - Proces realizacji projektu został oceniony pozytywnie, ale pojawiły się pewne problemy i zmiany w założeniach projektu. - Założenia projektu były wyższe niż możliwości rekrutacji i badania, co doprowadziło do dostosowania ich w trakcie realizacji projektu. - Zainteresowanie programem było duże, zwłaszcza ze względu na pandemię[24], co ułatwiło przeprowadzenie kampanii informacyjnej. • Trudności w realizacji:

[24] Obserwacje respondentów ukazują, że pandemia choroby zakaźnej COVID-19 miała wpływ na świadomość pacjentów w zakresie konieczności monitorowania stanu zdrowia płuc oraz podejmowania działań profilaktycznych. W trakcie pandemii zwrócono szczególną uwagę na to, jak wirus atakuje układ oddechowy, co skłoniło ludzi do bardziej intensywnego interesowania się zdrowiem swoich płuc.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		- Rekrutacja pacjentów była trudniejsza, niż zakładano, ze względu na niską chęć udziału personelu medycznego w szkoleniach dotyczących edukacji pacjentów. - Niektórzy pacjenci, którzy zarejestrowali się na stronie, nie spełniali kryteriów kwalifikacji do programu. - Skorygowano założenia projektu, zmniejszając liczbę tomografii wykonywanych na pacjenta. • Rezygnacje pacjentów: - Powody rezygnacji obejmowały takie sytuacje, jak to, że badania radiologiczne wykonano w czasie oczekiwania na termin w innej placówce lub zmianę okoliczności zdrowotnych. Z uwagi na problemy prawne, formalne i organizacyjne nie było możliwości realizacji wywiadu pogłębionego z beneficjentem programu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskimi tym samym nie uzyskano informacji na temat tego jak przebiegała organizacja procesu realizacji programu.
	6. W jaki sposób w poszczególnych programach wypełniano zasady horyzontalne, tj. zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami,	Większość beneficjentów wydawała się przestrzegać standardów minimum, jeśli chodzi o zasady horyzontalne. Jednak niektórzy beneficjenci mogli być bardziej zaangażowani w promowanie równości płci lub zrównoważonego rozwoju niż inne. Oznacza to, że tak jak wskazywano powyżej niektórzy realizatorzy zwracali większą uwagę na stosowanie odpowiednich oznakowań na plakatach, czy też zwracali szczególną uwagę na to czy miejsce realizacji projektu jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i potrafili te elementy opisać i ocenić. Natomiast część beneficjentów uznawała, że przestrzegała zasad zgodnie z

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	zasady równości szans kobiet i mężczyzn, zasady zrównoważonego rozwoju?	kryteriami nie wskazując na szczegółowe informacje. Ogólnie rzecz biorąc wydaje się, że zasady równości szans, niedyskryminacji i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami były bardziej uwzględniane w projektach, podczas gdy zasada równości płci i zrównoważonego rozwoju była bardziej zróżnicowana w swoim wdrożeniu.
Ocena zainteresowania programami oraz jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów OCENA ZAINTERESOWANIA	1. Jaka była zgłaszalność do poszczególnych programów? 2. Jaka była liczba osób zakwalifikowanych do udziału w poszczególnych programach? 3. Na jakie problemy napotkano podczas realizacji poszczególnych programów? Czy i jak wpłynęły one na ich realizację i poziom zgłaszalności uczestników? Czy były osoby, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w trakcie realizacji programów? Jakie były powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w programie? Jakie zastosowano sposoby rozwiązania problemów, jeśli się pojawiły?	Łącznie w ramach 3 programów realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w ramach Osi priorytetowej (OP) 8 *Aktywni na rynku pracy*, Działania 8.6 *Zdrowy i aktywny region*, w Poddziałaniu 8.6.2 *Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne,* zrealizowano 15 projektów, których celem było zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia. Spośród 15 zidentyfikowanych projektów 13 dotyczyło „Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego", 1 programu „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 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego" i 1 dotyczył programu „Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim" **Łącznie udział w projektach wzięło 29 347 uczestników, 59% uczestników to kobiety, a 41% to mężczyźni.** Z analizy jakościowej wyników badania w grupie realizatorów projektów wynika, że zgłaszalność do programów miała różny przebieg w zależności od realizatora.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		W przypadku programu jelita grubego poziom zainteresowania programem profilaktycznym był dość wysoki i adekwatny do potrzeb związanych z badaniami kolonoskopowymi oraz innymi programami profilaktycznymi. Chociaż pandemia w 2020 roku wpłynęła na spadek zgłaszalności, to od stycznia 2021 roku liczba zgłoszeń wzrosła, głównie dzięki intensywnym działaniom promocyjnym. Kampanie reklamowe w telewizji, radiu, plakaty oraz wystąpienia lekarzy w mediach pomogły w zwiększeniu świadomości pacjentów na temat programu. Realizator projektu dotyczącego wykrywania raka płuc również podkreślił, że pacjenci wykazywali duże zainteresowanie programem, głównie z powodu motywacji zdrowotnych, a różne działania promocyjne pomagały w zwiększeniu zgłaszalności. Z uwagi na brak możliwości realizacji wywiadu pogłębionego z realizatorem Programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim nie są znane szczegółowe dane na temat zgłaszalności osób do programu. W trakcie realizacji projektów napotkano różne problemy, które wpłynęły na realizację, poziom zgłaszalności uczestników do programu oraz rezygnację osób z własnej woli z udziału w programie. Główne problemy na które wskazywali respondenci oraz powody rezygnacji ze świadczeń w ramach programu dotyczącego wczesnego wykrywania raka jelita grubego to:

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		• Pandemia COVID-19. Pandemia wpłynęła negatywnie na kontynuację programu, gdyż ludzie byli zachęcani do pozostawania w domach, co utrudniało realizację założonych badań. • Trudności organizacyjne. Organizacja zajęć edukacyjnych była trudna, ponieważ niektórzy pacjenci nie chcieli lub nie byli zainteresowani udziałem w nich. Kontynuacja zajęć była także problematyczna ze względu na brak kontaktu z niektórymi pacjentami. • Rezygnacja uczestników. Chociaż nie podano dokładnej liczby, to rezygnacja uczestników była niewielka. Jeśli pacjenci zapominali o umówionych wizytach, wówczas personel projektu starał się przypominać im o kolejnych terminach lub w razie potrzeby umawiał na kolejne wizyty. • Cena za procedurę, która była wykorzystywana w projekcie, była znacznie niższa w ramach programu profilaktyki zdrowotnej niż w przypadku świadczeń realizowanych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ta różnica cenowa sprawiła, że było trudno przyciągnąć personel medyczny i zainteresować ich uczestnictwem w programie. Natomiast problemy dotyczące realizacji programu wczesnego wykrywania raka płuc za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) to: • Brak kryterium kwalifikującego do programu pacjentów, którzy byli biernymi palaczami przez długie lata. Obecnie do udziału w programie uprawnione były osoby spełniające wymogi oparte na historii palenia papierosów, ekspozycji na czynniki ryzyka oraz wieku pacjentów. Innymi słowy kryteria

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		były głównie związane z paleniem papierosów, co zostało uznane za główny czynnik ryzyka raka płuc. • Rezygnacji pacjentów z uczestnictwa w programie z różnych powodów. Przyczyny rezygnacji obejmowały m.in. obawy związane z promieniowaniem, przeprowadzenie badań radiologicznych w innych placówkach medycznych, czy po prostu zmiany zdrowotne i potrzebę innej opieki medycznej. • Pandemia Sars-CoV-2 spowodowała konieczność zmiany formy szkoleń dla personelu medycznego, pielęgniarskiego oraz pomocniczego, podnoszących kwalifikacje w kierunku rozpoznawalności raka płuca, z formy stacjonarnej na zdalną. Ponadto w wyniku pandemii trudno było znaleźć chętnych uczestników do szkoleń. • Brak możliwości rozpoczęcia badań tomografią komputerową zgodnie z planem. Z uwagi na brak możliwości realizacji wywiadu pogłębionego z realizatorem Programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim nie są znane szczegółowe dane na temat napotkanych problemów oraz powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w programie. Analizy przeprowadzone w ramach badania wykazały różnorodne sposoby rozwiązania zidentyfikowanych problemów. Aby niwelować te potencjalne problemy i zwiększyć dostępność programów profilaktyki zdrowotnej, można podjąć następujące działania: • Ukierunkowana informacja: Organizacja kampanii informacyjnych skierowanych do konkretnych grup społecznych, zawierających

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		dostępne opcje profilaktyki zdrowotnej i korzyści wynikające z udziału w programach. • Transport: Zapewnienie usług transportu dla osób, które mają trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na odległość lub niepełnosprawność. • Pracownicy socjalni: Współpraca i informowanie pracowników socjalnych, którzy mogą pomagać osobom o niższym statusie ekonomicznym, starszym czy osobom z niepełnosprawnościami w dostępie do programów. • Tłumacze: Dostarczenie usług tłumaczenia lub materiałów w różnych językach dla mniejszości etnicznych i imigrantów. • Reorganizacja godzin pracy: Rozważenie możliwości dostosowania godzin pracy placówek medycznych, aby umożliwić dostępność w różnych porach dnia. • Mobilne usługi kontroli zdrowia: Organizacja mobilnych jednostek medycznych, które mogą docierać do obszarów wiejskich lub miejsc o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej.
	4. Jakie kryteria kwalifikacji uczestników zastosowano w poszczególnych programach? Jaki był ich wpływ na zgłaszalność do programów?	W ramach regionalnych programów zdrowotnych były stosowane kryteria, które wpływały na zgłaszalność uczestników do programu. W przypadku programu profilaktycznego dotyczącego wczesnego wykrywania raka jelita grubego celem było zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia. Program profilaktyczny ukierunkowany był na wczesne wykrywanie nowotworu jelita grubego, w tym

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne, celem poprawy wykrywalności nowotworu jelita grubego, wśród osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej. Program dostępny był w związku z tym, dla następujących osób: ▪ w wieku 50-65 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, ▪ w wieku 40-49 lat bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego, które mają w rodzinie krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego, ▪ w wieku 25-49 lat, pochodzące z rodzin, w których występuje dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tym przypadku potrzebne jest skierowanie (potwierdzenie) z poradni genetycznej. Kryteria kwalifikacji do Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) opierały się na historii palenia papierosów oraz ekspozycji na czynniki ryzyka związane z rakiem płuc. Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko--pomorskim zakładał, że działaniami edukacyjno-informacyjnymi objęci zostaną mieszkańcy w wieku aktywności zawodowej (20 – 64 lata). Natomiast do wsparcia w postaci badania diagnostycznego krwi i szczepień kwalifikowane będą osoby w wieku aktywności zawodowej (20 – 64 lata), u których nie stwierdzono wcześniej WZW oraz nie byli leczeni wcześniej z powodu WZW, a u których stwierdzono wymienione w programie czynniki ryzyka.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	5. Jakie działania informacyjno-promocyjne w ramach programów zastosowano, aby dotrzeć do grupy docelowej (sposoby zapraszania do programu, działania informacyjne, inne - jakie?). Jaka była skuteczność tych działań?	Informacje na temat tego jakie stosowane były działania informacyjno-promocyjne w ramach programów, pozyskano od realizatorów Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego oraz realizatora Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK). Pozyskane informacje są spójne dla obu programów. Barak możliwości realizacji wywiadu z realizatorem Programu profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim uniemożliwił poznanie opinii w tym temacie. Z informacji przekazanych przez respondentów wynika, że w ramach programów przeprowadzono różnorodne działania informacyjno-promocyjne, aby dotrzeć do grupy docelowej. Placówki medyczne i organizatorzy programów rozpowszechniali ulotki i plakaty, na których zamieszczali informacje o programach i możliwości udziału w nich. Te materiały promocyjne były umieszczane w przychodniach i innych miejscach użyteczności publicznej. Programy miały dedykowane strony internetowe, na których publikowano informacje na temat programów, kryteriów kwalifikacji, a także dane kontaktowe. Informacje o programach były przekazywane w lokalnych mediach, takich jak gazety, radia czy telewizje. Często organizowano również konferencje prasowe. Personel medyczny w przychodniach udzielał bezpośrednich informacji pacjentom, którzy pytali o programy. Przeprowadzano kampanie informacyjne, które miały na celu zwiększenie świadomości na temat programów profilaktycznych. Kampanie obejmowały zarówno media społecznościowe, jak i tradycyjne formy reklamy. Organizowane były spotkania informacyjne, na

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		których eksperci omawiali szczegóły programów i odpowiadali na pytania uczestników. Skuteczność działań informacyjno-promocyjnych nie została bezpośrednio oceniona. Jednak można przypuszczać, że różne środki komunikacji przyczyniły się do dotarcia do grupy docelowej, ponieważ osoby zainteresowane programem mogły dowiedzieć się o nim poprzez różne kanały informacyjne, co zwiększyło świadomość i zgłaszalność do programów profilaktycznych. Warto podkreślić, że skuteczność tych działań może różnić się w zależności od obszaru, grupy docelowej i innych czynników. Dlatego często w programach profilaktycznych stosowane są różne metody promocji, aby dotrzeć do jak największej liczby osób.
	6. W jakim stopniu programy dotyczące obszaru zdrowia realizowane w ramach RPO WK-P 2014-2020 dotyczyły/dotyczą mieszkańców z obszarów tzw. „białych plam" dostępności opieki i profilaktyki zdrowotnej, tematycznie związanej z przedmiotowymi programami? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin") prowadzono/ prowadzi się działania w ramach	Analiza potrzeby wsparcia w zakresie wykrywania nowotworu jelita grubego wykazała, że **powiat aleksandrowski miał szczególnie wysoką wartość wskaźnika umieralności z powodu nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego, zwłaszcza u mężczyzn**. Ponadto w **miastach, takich jak Toruń, Włocławek i Bydgoszcz, umieralność była wyższa niż średnia ogólnokrajowa**. Zwrócono też uwagę na niekorzystny poziom wskaźnika w **takich powiatach jak świecki i tucholski**. Analiza pacjentów, którzy zgłosili się na badania pokazała, że z wyjątkiem powiatu aleksandrowskiego zgłaszalność, na terenach o szczególnie niekorzystnej sytuacji w regionie była wysoka. W przypadku Bydgoszczy 18% wszystkich pacjentów to mieszkańcy tego miasta, dalej można wskazać na: Toruń – 14% wszystkich pacjentów, Włocławek 7%, powiat tucholski 7%, powiat świecki 5% (średnia dla całej populacji uczestników projektów wynosiła 4% dla wszystkich obszarów). Analiza potrzeb zdrowotnych w obszarze wsparcia dotyczącym wczesnego wykrywania raka płuca pokazała, że najwyższy poziom umieralności,

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	programów? Na jaką skalę prowadzi się tam te działania?	przewyższający średnią ogólnokrajową o 52% widoczny był w **powiecie golubsko-dobrzyńskim**. W innych obszarach, takich jak **powiat wąbrzeski**, **rypiński** i **świecki** oraz mieście **Grudziądz**, również notowano wyższą umieralność niż średnia krajowa. W miastach, takich jak **Toruń, Włocławek i Bydgoszcz**, poziom umieralności z powodu nowotworów płuca był wyższy niż średnia ogólnokrajowa. Porównując te dane z analizą obszarów z których pochodzili pacjenci, można zauważyć, iż niekorzystna sytuacja widoczna jest w powiecie: • rypińskim, grupa pacjentów z tego obszaru stanowiła 0,2% wszystkich uczestników projektu; • wąbrzeskim, pacjenci z tego obszaru stanowili 0,5% uczestników projektu; • golubsko-dobrzyńskim, grupa pacjentów z tego powiatu stanowiła jedynie 0,5% wszystkich uczestników projektu; Sytuacja niekorzystnie również wygląda w przypadku Grudziądza – wśród uczestników projektu tylko 0,9% to pacjenci z tego obszaru. W przypadku powiatu świeckiego statystyki są nieco lepsze, ponieważ w projekcie 3,1% osób to uczestnicy z tego terenu. Z Torunia pochodziło 5% pacjentów, a z Włocławka 10,1% pacjentów. Wyraźnie widać, że w projekcie dominowali pacjenci z Bydgoszczy, stanowili oni 48,4% wszystkich pacjentów. Warto też zwrócić uwagę, że w przypadku Bydgoszczy, Włocławka, Torunia i powiatu świeckiego potrzeba wsparcia w zakresie wczesnego wykrywania raka płuca była wskazywana w mapie potrzeb zdrowotnych. Dostępne dane dotyczące zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B i C nie uwzględniają danych na poziomie analiz niższym niż województwo. W samym dokumencie Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko-

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		pomorskim stanowiącym załącznik do uchwały Nr 11/439/20 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 25 marca 2020 r., autorzy powołują się na statystyki wojewódzkie. Stąd nie jest możliwe porównanie obszarów wymagających największego wsparcia do liczby pacjentów objętych działaniami w projekcie.
	7. Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w poszczególnych programach i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia)?	W ramach przeprowadzonych analiz można zidentyfikować następujące potencjalne grupy narażone na ograniczenia w dostępie do programów profilaktyki zdrowotnej. Przykładowe grupy wraz ze wskazaniem problemów, które mogą napotkać to: • Osoby starsze mogą mieć trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na ograniczoną mobilność lub konieczność korzystania z pomocy w przemieszczaniu się. • Mniejszości etniczne i imigranci ze znaczną różnicą językową lub kulturową mogą napotykać na trudności związane z komunikacją oraz zrozumieniem dostępnych procedur. • Osoby z niepełnosprawnościami mogą potrzebować specjalistycznego wsparcia, transportu lub dostosowania procedur medycznych do swoich potrzeb. • Osoby mieszkające na terenach wiejskich mogą napotykać trudności związane z dostępem do placówek medycznych, jeśli te placówki znajdują się w odległych lokalizacjach. Aby niwelować te potencjalne problemy i zwiększyć dostępność programów profilaktyki zdrowotnej, można podjąć następujące działania:

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		• Ukierunkowana informacja: Organizacja kampanii informacyjnych skierowanych do konkretnych grup społecznych, zawierających dostępne opcje profilaktyki zdrowotnej i korzyści wynikające z udziału w programach. • Transport: Zapewnienie usług transportu dla osób, które mają trudności z dostępem do placówek medycznych ze względu na odległość lub niepełnosprawność. • Pracownicy socjalni: Współpraca i informowanie pracowników socjalnych, którzy mogą pomagać osobom o niższym statusie ekonomicznym, starszym czy osobom z niepełnosprawnościami w dostępie do programów. • Tłumacze: Dostarczenie usług tłumaczenia lub materiałów w różnych językach dla mniejszości etnicznych i imigrantów. • Reorganizacja godzin pracy: Rozważenie możliwości dostosowania godzin pracy placówek medycznych, aby umożliwić dostępność w różnych porach dnia. • Mobilne usługi kontroli zdrowia: Organizacja mobilnych jednostek medycznych, które mogą docierać do obszarów wiejskich lub miejsc o ograniczonym dostępie do opieki zdrowotnej. Planując w przyszłości działania mające na celu zwiększenie dostępności programów profilaktycznych należy dostosować je do potrzeb tych grup.
Ocena zainteresowania programami oraz jakości świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych programów OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ	1. Jakiego rodzaju świadczenia udzielane były w ramach poszczególnych programów?	W ramach programu dotyczącego profilaktyki raka jelita grubego wykonywano kolonoskopię. Można było się jej poddać w znieczuleniu lub bez. Ponadto, zaplanowany budżet obejmował także koszty dojazdu do placówki, co miało ułatwić uczestnikom dostęp do programu. W ramach programu odbywały się także spotkania edukacyjne na temat profilaktyki zdrowotnej służące zwiększaniu

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		wiedzy wśród uczestników. W ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) pacjenci zostali objęci badaniami przesiewowymi w zakresie wczesnego wykrywania raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Program obejmował wizyty rekrutacyjne, badania tomograficzne oraz wizyty wynikowe, na których pacjenci otrzymywali wyniki i w razie potrzeby byli kierowani na kolejne badania kontrolne. Program zawierał także edukację profilaktyczną i wsparcie dla osób palących, które miały możliwość przekonania się o szkodliwości palenia papierosów oraz uzyskania pomocy w rzuceniu palenia. Z kolei Program profilaktyki przeciwwirusowego zapalenia wątroby typu B i C obejmował wsparcie w postaci badań diagnostycznych krwi i szczepień, do których kwalifikowane są osoby w wieku aktywności zawodowej (20 – 64 lata), u których nie stwierdzono wcześniej WZW oraz nie byli leczeni wcześniej z powodu WZW, a u których stwierdzono wymienione w programie czynniki ryzyka. Ponadto, w ramach programu założono realizację działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do mieszkańców województwa w wieku 20 – 64 lata.
	2. Jak oceniana jest jakość świadczeń w ramach poszczególnych programów? Czy zdaniem odbiorców wsparcia program odpowiadał na potrzeby mieszkańców województwa?	Jakość świadczeń w ramach programów profilaktycznych była ogólnie pozytywnie oceniana przez uczestników. Badani wspominali o licznych pozytywnych reakcjach od osób korzystających z tych programów, które wyrażały wdzięczność za wsparcie. Wydaje się, że programy te były odpowiednie i odpowiadały na potrzeby mieszkańców województwa, co sugeruje pozytywna reakcja i zadowolenie uczestników.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	3. Jak oceniana jest organizacja udzielania świadczeń w ramach poszczególnych programów?	
	4. Która z form realizacji programu (RPZ, zgodnie ze schematem opracowanym w ramach PO WER, inna nie będąca RPZ) jest najbardziej efektywna, tj. pozwoliła szybciej i skuteczniej wdrażać założone cele?	Respondenci badania nie wskazali na szczególne korzyści lub trudności wynikające z tego w jaki sposób realizowane były programy. Nie uzyskano też informacji na temat tego, która z form przygotowania programu była ich zdaniem bardziej efektywna, tj. pozwoliła szybciej i skuteczniej wdrażać założone cele. Każdy program w praktyce realizowany był w ten sam sposób, a więc wdrażany był przez podmioty lecznicze i to od współpracy i ich zaangażowania zależał sukces w realizacji programu.
	5. Czy zdaniem odbiorców wsparcia wzrosła ich wiedza na temat profilaktyki w ramach poszczególnych programów? 6. Czy nastąpił wzrost świadomości wśród odbiorców wsparcia na temat roli działań profilaktycznych, zdrowego stylu życia itp.?	Respondenci podkreślali, że świadomość uczestników programu na temat profilaktyki wzrosła dzięki działaniom edukacyjnym i rozmowom z personelem medycznym. Ponadto program musiał stawić czoła wyzwaniom związanym z pandemią COVID-19. Na początku pandemii beneficjenci musieli wstrzymać badania, ale później zdołali osiągnąć zakładane cele. Wyniki badania dotyczące oceny jakości świadczeń w ramach programu wykazują, że pacjenci byli zadowoleni z dostępu do badań oraz z szybkości realizacji tomografii. Tomografia niskodawkowa była pozytywnie oceniana, a pacjenci cieszyli się, że była mniej szkodliwa niż tradycyjna tomografia. Program pozytywnie wpłynął na świadomość pacjentów dotyczącą szkodliwości palenia papierosów oraz znaczenia wczesnego wykrywania raka płuca. Program zwiększył świadomość pacjentów w tym zakresie.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	7. Jak okres pandemii oraz zachodzących zjawisk gospodarczych miał wpływ na wdrażanie programów zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości realizowanych świadczeń? Czy wpłynął na ograniczenie dostępności usług realizowanych w ramach programów?	Pandemia COVID-19 wprowadziła liczne ograniczenia w dostępie do placówek medycznych, co szczególnie w przypadku projektów realizowanych na początku 2020 r. wpłynęło w na niższą zgłaszalność pacjentów na badania przesiewowe i programy profilaktyczne. Realizacja projektów była jednak wydłużana, aby zapewnić beneficjentom możliwość realizacji wsparcia w założonym wymiarze. Wpływ na dostępność usług był czasowy, a wydłużenie czasu realizacji projektów skutecznie zniwelowało negatywne efekty.
Ocena efektywności w ramach poszczególnych programów oraz identyfikacja dalszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa	1. Jaki jest stopień realizacji wskaźników RPO WK-P 2014-2020 w ramach poszczególnych projektów z poddziałania 8.6.2 dotyczących realizowanych programów?	Analiza poziomu osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika *Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS* w przypadku Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) wydaje się niezagrożona do końca 2023 r. od początku realizacji programu udało się osiągnąć 91% wartości docelowej. W ramach Programu profilaktycznego dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, według danych SL 2014-2020 pozyskanych na dzień 30.06.2023 r. udało się łącznie zrealizować wskaźnik na poziomie 61%. W przypadku programu Profilaktyka WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim realizacja wskaźnika na założonym poziomie jest niemożliwa. Do 30.06.2023 roku uzyskano 8% wartości docelowej wskaźnika.
	2. Czy osiągnięto oczekiwane efekty założone w ramach poszczególnych programów?	Dla Programu dotyczącego raka jelita grubego, nie zidentyfikowano celów programu i przypisanych do niego mierników.

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	• Czy i w jakim stopniu został osiągnięty cel główny oraz cele szczegółowe poszczególnych programów – jak prezentuje się stopień osiągniętych wartości poszczególnych mierników efektywności? • Jak prezentuje się porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym zgodnie z miernikami efektywności określonymi dla poszczególnych programów?	W przypadku założonych celów programu dotyczącego raka płuc osiągnięto takie wartości wskaźników, które świadczą o poprawie sytuacji w każdym z wyznaczonych celów. W przypadku celu jakim jest „Poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych", jedynie w przypadku miernika *Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu* poziom realizacji jest niższy niż zaplanowano (52,7% realizacji docelowej wartości). Niemniej jednak można stwierdzić, iż osiągnięte efekty pozwoliły na osiągnięcie celu jakim jest poprawa sytuacji, na którą odpowiedzią był realizowany program. Powyżej założonego poziomu osiągnięto natomiast cel jakim było zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca (100% uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka płuca). Osiągnięto też kolejne cele takie jak: „Zwiększenie dostępu do badania NDTK u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca" (90,0% osiągniętej wartości docelowej), „Zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antytytoniowego" (82,4% wartości docelowej) oraz „Zwiększenie zasobów przeszkolonej kadry na rynku pracy, co jest niezwykle istotne w kontekście zdiagnozowanych trendów demograficznych". W przypadku ostatniego celu osiągnięto nawet wyższą wartość wskaźnika niż zaplanowano. Mimo niepełnego osiągnięcia wartości docelowych w niektórych obszarach, program przynosi korzyści i wpływa pozytywnie na poprawę sytuacji związanej z rakiem płuc. Ważne jest również zauważenie, że niektóre cele zostały osiągnięte zdecydowanie lepiej niż założono. Pozyskane informacje wskazują na to, że system monitorowania programu dotyczącego profilaktyki WZW B i C nie pozwala na całościową ocenę poziomu

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
		realizacji celów programu. Można jednak na podstawie powyższych danych stwierdzić, że program nie jest skutecznie wdrażany. Pojawia się uzasadnione ryzyko niezrealizowania założonych wartości wskaźników, a tym samym realizacji założonych celów programu.
	3. Czy nakłady na poszczególne programy były wystarczające dla osiągnięcia celów?	Nie wszystkie programy osiągnęły swoje cele, lub też nie były one dla nich określone. Trudno zatem ocenić na ile poniesione nakłady były wystarczające dla osiągnięcia celów. W przypadku programu dotyczącego raka płuc, poniesione środki finansowe pozwoliły na osiągnięcie większości celów założonych w programie.
	4. Czy poprzez realizację poszczególnych programów osiągnięto dodatkowe pozytywne bądź negatywne efekty, wcześniej niezamierzone? Jeśli tak, to jakie?	W badaniu nie zidentyfikowano takich efektów. Zaplanowane działania przyniosły spodziewane rezultaty.
	5. Jakie są aktualne wyzwania w obszarze profilaktyki zdrowotnej w województwie? 6. Czy w kontekście istniejących potrzeb w regionie należałoby kontynuować przedmiotowe programy w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w zakresie zdrowia w	W kontekście pytania dotyczącego istniejących potrzeb w regionie i tego, czy należałoby kontynuować przedmiotowe programy w perspektywie finansowej 2021-2027 wyniki badania pokazują jednoznacznie, że takie programy są potrzebne. Jednakże Program dotyczący wczesnego wykrywania raka jelita grubego od niedawna jest realizowany ze środków NFZ, ponadto w ostatnim roku pojawiła się możliwość wykonania badania krwi wykrywającego WZW B i C również w ramach środków NFZ, zatem te programy są kontynuowane, ale już nie ze środków RPO WK-P. To, jakie ostatecznie zostaną wdrożone inne programy polityki zdrowotnej zależy od możliwości ich finansowania i spełnienia określonych kryteriów prawnych i organizacyjnych ze szczebla unijnego, krajowego i regionalnego. Dlatego warunkiem niezbędnym do przygotowania

Obszar badawczy	Pytania badawcze	Odpowiedź
	perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania programu regionalnego FEdKP 2021-2027?	programów z obszaru zdrowia jest wiedza na temat kluczowych wymogów jeszcze przed rozpoczęciem prac nad nimi. Pozwoli to usprawnić proces uzyskiwania pozytywnej opinii od AOTMiT, a tym samym uniknąć ryzyka opóźnień we wdrażaniu programów. Drugim ważnym elementem jest podjęcie współpracy różnych interesariuszy uczestniczących w procesie planowania i realizacji przygotowanych programów. Ponadto, jak wskazywano wcześniej w raporcie w systemie wdrażania FEdKP 2021-2027 należy uwzględnić środki finansowe na zlecenie przygotowania programów polityki zdrowotnej przez zewnętrznych ekspertów. Departament odpowiedzialny za przygotowanie programów powinien pełnić rolę koordynującą i wraz z departamentem odpowiedzialnym za programowanie perspektywy finansowej na lata 2021-2027 uzgodnić treść RPZ-ów w ramach FEdKP 2021-2027 w obszarze zdrowia.