

Warszawa, 19 kwietnia 2022 r.

Eksperci zrzeszeni w IFIC Polska:

Jak budować zdrowie Polaków w ramach efektywnie wydatkowanych środków finansowych z Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2021 – 2027. Uwagi do projektów programów.

Urzędy Marszałkowskie poszczególnych województw pracują obecnie nad projektami dotyczącymi wykorzystania funduszy europejskich na lata 2021-2027. Strategie przewidują m.in kontynuację **wsparcia programów zdrowotnych w zakresie działań zwiększających zgłaszalność na profilaktyczne badania onkologiczne**. Trwająca pandemia COVID-19 powoduje trudności w dostępie do profilaktyki, diagnostyki i leczenia onkologicznego. Onkolodzy alarmują, że stopień zaawansowania wykrywanych obecnie nowotworów jest zdecydowanie wyższy niż przed pandemią. Ponadto lockdown trwający od III do VI 2020 r. przyczynił się do przyspieszenia spadku zgłaszalności na badania profilaktyczne, z którym mieliśmy do czynienia już przed wybuchem pandemii.

W związku z powyższym istnieje konieczność, aby kolejne środki na działania zachęcające kobiety i mężczyzn do badań profilaktycznych wydatkowane zostały w sposób:

- efektywny,
- optymalny finansowo,
- odpowiednio skoordynowany,
- pozwalający dotrzeć do kilku milionów osób, w szczególności osób mieszkających na terenie o niskiej dostępności do badań profilaktycznych

Reprezentujemy Stowarzyszenie IFIC Polska, skupiające w swoich szeregach praktyków, którzy od wielu lat na swoim terenie, z sukcesem realizują programy profilaktyczne. W swojej populacji uzyskują zgłaszalność na poziomie dużo wyższym niż średnia ogólnopolska i są liderami pod tym względem w Polsce.

W ostatnich tygodniach w oparciu o dane pozyskane z Urzędów Marszałkowskich i NFZ oraz swoje doświadczenia podjęliśmy się analizy projektów realizowanych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014-2020.

Kluczowy dla kształtu wszystkich projektów jest dokument „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, który powstał w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej. Określał on ramy i zasady, na podstawie których poszczególne organy musiały przygotowywać regulaminy naborów na realizację projektów. Wytycznym podlegały m.in. także Urzędy Marszałkowskie w związku ogłaszaniem naborów na realizację programów profilaktycznych z zakresu raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego.

Pod każdym z fragmentów dokumentu, do którego mieliśmy uwagi, zamieściliśmy komentarz. W naszej analizie skupiliśmy się na podrozdziale 6.1, który dotyczył programu profilaktyki raka piersi. Uwzględniając

specyfikę realizacji dwóch pozostałych programów (profilaktyka raka szyjki macicy – podrozdział 6.2 i profilaktyka raka jelita grubego podrozdział 6.3), bardzo podobne uwagi można odnieść także do nich. Zasady realizacji projektów, możliwości wydatkowania środków oraz efekty realizacji są bowiem bardzo podobne w każdym z programów.

Rozdział 6 – Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w ramach RPO

Podrozdział 6.1 – Program profilaktyki raka piersi

1) IZ RPO określa zakres działań możliwych do finansowania ze środków EFS w oparciu o regionalną analizę potrzeb w zakresie działań profilaktycznych i z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych w regionie.

2) IZ RPO określa zakres szczegółowych działań możliwych do realizacji w projekcie, uwzględniając warunki realizacji przedsięwzięć w ramach aktualnie obowiązujących i wynikających z przepisów prawa wymogów wskazywanych przez Komitet Sterujący.

3) IZ RPO zapewnia, że działania realizowane w ramach projektu będą służyły zwiększeniu zgłaszalności do udziału w świadczeniach zdrowotnych realizowanych w ramach Programu profilaktyki raka piersi wykonywanych wyłącznie przez podmioty, które posiadają kontrakt z płatnikiem w ramach tego programu.

Realizacja pierwszych działań z perspektywy finansowej 2014-2020 rozpoczęła się w 2017 roku. Wtedy poziom zgłaszalności na mammografię wynosił 40,82%. Bezpośrednio przed wybuchem pandemii COVID-19 poziom ten spadł do 37,45%. Pandemia przyspieszyła spadek zgłaszalności i obecnie wynosi ona 33,98%.

Aby rok do roku zwiększać zgłaszalność o 1 punkt procentowy, co roku musiałyby się badać o 54 tys. pacjentek więcej niż rok wcześniej. Tymczasem w ciągu 3 lat poprzedzających realizację projektów (2014 – 2016) wykonano 3 323 233 badań, a w pierwszych 3 latach ich realizacji (2017 – 2019) wykonano 3 092 975, czyli 230 258 mniej.

Projekty RPO odniosły bardzo mały skutek we wsparciu programu profilaktyki raka piersi finansowanego przez NFZ. W okresie 2017 – 2021 wykonano 4 910 414 profilaktycznych badań mammograficznych. W tym samym czasie projektami w ramach RPO objęto 97 159 kobiet, czyli zaledwie 2 % z nich.

Powyższe dane wskazują, że narzędzia wybrane do realizacji postawionych celów nie sprawdziły się i należy poszukać innych.



4)

IZ RPO określa ogólne warunki realizacji projektów w szczególności biorąc pod uwagę (obligatoryjnie albo fakultatywnie – zgodnie z brzmieniem właściwej rekomendacji Komitetu Sterującego, o ile została ona wydana) następujące czynniki:

a) projekty koncentrują się na dotarciu do kobiet, które na podstawie SIMP nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka piersi, a które kwalifikują się do udziału w programie. Grupa ta musi stanowić co najmniej 20% uczestników projektu;

Ta zasada była słuszna. Należy jednak zauważyć, że od momentu powstawania wytycznych do chwili obecnej znacznie powiększyła się liczba kobiet, które nigdy nie wykonywały mammografii. Obecnie wynosi ona około 40%. W kolejnych wytycznych grupa ta powinna stanowić przynajmniej 30% uczestników projektu.

b) projekty koncentrują działania na osobach zamieszkałych w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich;

Według danych GUS i NFZ na koniec 2021 roku zgłaszalność w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców była na poziomie 36,2%, a w miastach poniżej 20 tys. 36,0%. Praktycznie nie ma więc żadnej różnicy między miejscowościami poniżej i powyżej 20 tys. mieszkańców. Zgłaszalność nie zależy od wielkości gminy czy miasta. Ma to związek z wieloma innymi czynnikami. Większe różnice można zaobserwować po dokonaniu głębszego podziału. Nie są one jednak duże. Najniższa zgłaszalność (32,8%) jest w miastach liczących od

100 do 250 tys. mieszkańców, a najwyższa (39,0%) w gminach miejsko-wiejskich liczących powyżej 20 tys. mieszkańców. Nie są to jednak tendencje, które zauważamy w każdym województwie. Miasta z grupy o najniższym poziomie zgłaszalności (od 100 do 250 tys. mieszkańców) mają diametralnie różne poziomy zgłaszalności, z jednej strony Kielce 24,1%, czy Tarnów 28,2% a z drugiej Zielona Góra 49,3% i Gdynia 39,8%. W grupie o najwyższym poziomie zgłaszalności w skali ogólnopolskiej (gminy miejsko-wiejskie liczące powyżej 20 tys. mieszkańców) też są duże różnice. Najniższy poziom jest w woj. podkarpackim (31,9%) i małopolskim (32,0%), najwyższy w woj. lubuskim (48,0%) i pomorskim (45,6%). Na tej podstawie należy stwierdzić, że nie można uzależniać koncentracji projektów od liczby mieszkańców. Co więcej, wskazane różnice między województwami sugerują, że być może należy wziąć pod uwagę w większym stopniu kryterium geograficzne – położenie danej jednostki samorządu terytorialnego, niż demograficzne – liczbę mieszkańców.

c) projekty koncentrują się na działaniach na obszarach tzw. „białych plam” w zakresie profilaktyki raka piersi wskazanych w rekomendacjach Komitetu Sterującego;

Kryterium niskiej zgłaszalności na badania było ustalane na podstawie rekomendacji Komitetu Sterującego i nie było ono takie samo dla całego kraju. W województwie lubuskim niska zgłaszalność była wtedy kiedy jej poziom w obrębie powiatu był poniżej 50%, w wielkopolskim 48%, zachodniopomorskim 46%. Z drugiej strony niska zgłaszalność w województwie małopolskim zaczynała się już poniżej 33%, w kujawsko-pomorskim 34%, w podkarpackim 36%. Spowodowało to taką sytuację, że kobieta żyjąca w województwie podkarpackim w powiecie gdzie zgłaszalność wynosiła 37% miała mniejsze szanse na objęcie jej programem niż kobieta żyjąca w województwie zachodniopomorskim w powiecie z poziomem 45%. Można się domyślać, że wprowadzenie różnych definicji białych plam w poszczególnych województwach, miało na celu znoszenie różnic na poziomie wojewódzkim. Czyni to plany bardziej realnymi i zwiększa prawdopodobieństwo ich realizacji, jednak w długiej perspektywie jest półśrodkiem, ponieważ programy wykrywania raka piersi są skuteczne, gdy zgłaszalność na nie wynosi ponad 70% ogółu uprawnionej populacji.

d) realizacja projektu odbywa się w partnerstwie z co najmniej jedną placówką POZ lub z co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zraszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZ i gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie (wymóg nie ma zastosowania w przypadku gdy wnioskodawcą jest POZ);

Współpraca głównego realizatora projektu z POZ bardzo często była współpracą tylko na papierze, aby spełnić warunek konkursu. Żeby projekt miał sens i rzeczywiście wpłynął na wzrost zgłaszalności musi ze sobą współpracować bardzo duża liczba podmiotów medycznych, które mają dostęp do przynajmniej 25% populacji kobiet w wieku 50-69 lat z całego województwa. Ponadto konkursy powinny przewidywać minimalną liczbę uczestników na poziomie kilkudziesięciu tysięcy kobiet. Chodzi o to, aby uniknąć sytuacji, która miała wielokrotnie miejsce, że podmiot medyczny z dużego miasta wojewódzkiego realizował projekt w ramach, którego miał wykonać 1 tys. mammografii w ciągu 3 lat. Takie sytuacje zdarzały się bardzo

często. Z danych przesłanych przez Urzędy Marszałkowskie wynika, że średnio w jednym województwie w jednym miesiącu w latach 2017-2021 badaniami obejmowane były zaledwie 162 kobiety kosztem 31,3 tys. złotych. Za taką kwotę można skutecznie zrekrutować do badań kilkanaście razy więcej kobiet. Takie marnotrawstwo publicznych środków nie może mieć więcej miejsca.

e) premiowane są projekty przewidujące partnerstwo pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą oraz co najmniej jedną organizacją pozarządową, której działalność statutowa jest związana z upowszechnianiem edukacji prozdrowotnej lub promocją udziału w badaniach diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi lub co najmniej jednym partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER i SzOOP PO WER) reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie POZi gwarantującym udział takich podmiotów w projekcie;

Organizacja pozarządowa zgłaszana jako partner, powinna udokumentować faktyczne działania, które zwiększyły zgłaszalność na badania, a nie tylko mieć wpisaną w statucie działalność związaną z edukacją prozdrowotną.

f) preferowane są projekty, które przewidują działania służące realizacji badań mammograficznych podczas okresowych badań lekarskich pracowników;

Ten punkt jest trudny do realizacji z kilku powodów. Po pierwsze połowa kobiet nie jest objęta medycyną pracy ze względu na wiek. Po drugie w wieku 50 lat pracuje około 70% kobiet, a w wieku 70 lat zaledwie około 20%. Po trzecie duże firmy często oferują swoim pracownikom badania. Po czwarte pracodawcy musieliby się zgodzić na zwolnienie z pracy kobiety na czas badania.

g) projekty przewidują możliwość wykorzystania mammobusów pozwalających na dotarcie do populacji kobiet z małych miejscowości oraz z terenów wiejskich.

Ten punkt należy rozbudować. Postój mammobusu jest opłacalny wtedy kiedy wykona w ciągu dnia 50 badań. W małych miejscowościach i wsiach jest to bardzo trudne, ponieważ optymistycznie zakładając, że mammobus przyjeżdża do danej miejscowości co 3 miesiące, a zgłaszalność osiąga 70% to musi być to gmina licząca przynajmniej 5 tys. mieszkańców. Takich gmin w Polsce jest około 650. W związku z tym z jednej strony postój mammobusu musiałby być dodatkowo finansowany, ale z drugiej musiałby być wymóg, aby mammobus przyjechał np. do gmin liczących poniżej 1000 mieszkańców przynajmniej dwa razy w roku.

5) W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka piersi mogą być realizowane w szczególności następujące działania:

a) działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym polegające na zachęcaniu kobiet do badań profilaktycznych. Tego typu działania nie mogą stanowić jedyne działania w ramach projektu.

Kluczowe dla powodzenia wykorzystania środków RPO jest wyodrębnienie poszczególnych działań wchodzących w skład działań informacyjno-edukacyjnych. W perspektywie finansowej na lata 2014-2020 niestety nie można było sfinansować dwóch najsukcesywniejszych i najtańszych sposobów zachęcania pacjentek do badań. Chodzi o profilaktyczne call center i bezpośrednie rozmowy personelu medycznego z pacjentkami w placówkach, przy okazji wizyt w innych sprawach. W tym drugim przypadku należałoby najpierw włożyć wysiłek w edukację lekarzy (zwłaszcza POZ) w zakresie korzyści płynących z profilaktyki. Wykorzystywane w poprzedniej perspektywie sposoby (spotkania informacyjne, ulotki, plakaty, upominki) są bardzo mało skuteczne i drogie. Z danych przesłanych przez Urzędy Marszałkowskie wynika, że na działania z tej kategorii wydano 9 829 054,74 zł (54% tej kwoty to materiały edukacyjne). W przeliczeniu na liczbę badań daje to aż 101,16 zł na badanie.

Prowadzenie działań z zakresu edukacji prozdrowotnej możliwe jest wyłącznie przez osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub położniczym lub przez absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

Zachęcaniem pacjentów do badań nie musi zajmować się wyłącznie personel medyczny. Powierzenie takiego zadania jedynie profesjonalistom medycznym to jeden z czynników, które najbardziej przyczyniły się do niesukcesu projektów w zwiększaniu zgłaszalności na badania.

Działania edukacyjne z zakresu profilaktyki mogą być również kierowane do kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ) i kadr medycyny pracy;

To jest właściwe podejście, ponieważ jedynie 20% POZ zajmuje się profilaktyką i większość z nich w robi to minimalnym stopniu. Aby zachęcić POZ do większego zaangażowania się w profilaktykę, muszą zostać dokończone prace legislacyjne nad dodatkowym finansowaniem, w odpowiedniej wysokości tego zakresu z Funduszu Medycznego. Bez tego, te działania nie mają racji bytu.

b) zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji badania w ramach programu profilaktyki raka piersi dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;

Z danych przekazanych przez Urzędy Marszałkowskie wynika, że jedynie 862 osoby otrzymały tego typu wsparcie łącznie na kwotę 159 401,29 zł. To poniżej jednego procenta wszystkich uczestników projektów. To rozwiązanie nie sprawdziło się.

c) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia.

Z danych przekazanych przez Urzędy Marszałkowskie wynika, że nikt nie skorzystał z tego typu wsparcia. To rozwiązanie nie sprawdziło się.

6) IZ RPO może dopuścić finansowanie środków trwałych w ramach projektów, w tym mammobusa, na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków. IZ RPO w regulaminie konkursu lub SzOOP określa szczegółowe warunki finansowania mammobusa, w tym wymogi dotyczące zapewnienia trwałości rezultatów projektu.

Ta zasada powinna zostać utrzymana. Z danych przesłanych przez Urzędy Marszałkowskie wynika, że na działania z tej kategorii wydano 6 706 532 zł (90% tej kwoty to koszt zakupu 4 mammobusów w województwie pomorskim).

Obecnie jednym z największych problemów w realizacji programu profilaktyki raka piersi jest mała dostępność radiologów. Rozdzielenie etapu podstawowego (analogicznie do programu dotyczącego raka szyjki macicy) na samo wykonanie badania oraz na opis (wykorzystując teleradiologię) pomogłoby rozwiązać ten problem. Jeśli doszłoby to wprowadzenia tego rozwiązania, byłaby potrzeba dostosowania infrastruktury technicznej do realizacji opisów badań na odległość. Wsparciem powinni zostać objęci przede wszystkim radiolodzy, którzy wykonywaliby opisy np. u siebie w domu – to już się dzieje, na razie w bardzo małym zakresie.

Wsparcie przydałoby się też podmiotom medycznym, które korzystają już z teleradiologii w zakresie TK czy MRI, ale bardzo często mammografy nie są jeszcze podpięte pod istniejącą infrastrukturę do teleradiologii. W ostatnich latach MZ wsparło bardzo dużo podmiotów w zakresie wymiany mammografów na cyfrowe, a Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada, że w 2023 roku całość programu będzie wykonywana w technice cyfrowej. Pomysł ten jest naturalnym i koniecznym kierunkiem zmian.

7) IZ RPO zapewnia, że ze środków dofinansowania nie może zostać sfinansowany koszt badania mammograficznego uczestnika projektu, którego finansowanie jest zagwarantowane ze środków płatnika. Koszt badania mammograficznego uczestnika projektu może jednak zostać wykazany w projekcie jako wkład własny pod warunkiem, że źródłem jego sfinansowania są środki płatnika będące w dyspozycji beneficjenta lub partnera projektu.

Stawki, które otrzymują realizatorzy są takie same od 10 lat. Zdecydowaną większość kosztów mammografii stanowią wynagrodzenia radiologów i techników, które w ciągu 10 lat znacznie wzrosły. Podmiotom coraz mniej opłaca się realizacja profilaktyki. Problem jest też taki, że nie ma jednej stawki za mammografię w skali kraju. Obecnie funkcjonuje ponad 30 różnych stawek za to samo badanie co jest niespotykane w innych świadczeniach. Różnica pomiędzy najniższą a najwyższą stawką wynosi aż 20%. Od 2023 roku mają obowiązywać nowe kontrakty i jeśli stawki nie wzrosną to realizacja programu profilaktyki raka piersi będzie niemożliwa. W komentarzu do punktu 6 przedstawiam optymalne rozwiązanie tego problemu.

Z powyższych danych wynika, że:

- zgłaszalność na badania spadła,
- liczba osób objętych badaniami była bardzo mała – 2% wszystkich kobiet, które wykonały badanie, było zbadanych w ramach programów finansowanych z funduszy RPO.
- bardzo mało podmiotów wzięło udział w naborach i realizacji projektów

- 27% środków w ramach umów zostało niewykorzystanych
- wiele konkursów zostało unieważnionych z powodu braku chętnych do realizacji projektów
- w wielu województwach była konieczność rozpisania naborów kilka razy z powodu niewykorzystania alokacji środków
- realizatorzy projektów zakładali wykonanie bardzo małej liczby badań profilaktycznych
- zdecydowana większość zakończonych projektów nie osiągnęła zakładanych wskaźników w postaci liczby badań
- podmioty medyczne nie powinny zajmować się działaniami zwiększającymi zgłaszalność na badania profilaktyczne a jedynie ich wykonaniem
- województwo mazowieckie jako jedyne nie przewidziało wsparcia programów profilaktycznych z zakresu onkologii
- w sierpniu 2019 roku informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, że zostało wprowadzone w błąd, ponieważ w dokumencie "Przegląd śródkresowy założeń dokumentu Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020" w punkcie 2.4 podpunkt 5 napisano: „**Oferowane wsparcie cechuje się wysokim potencjałem absorpcyjnym na poziomie beneficjentów oraz odbiorców ostatecznych**”. Ten raport powstał niedługo przed wybuchem pandemii. Już wtedy było widać, że z realizacją projektów będzie napotykać trudności.

Podsumowanie:

- 1. Niewiele jest skutecznych metod zwiększenia zgłaszalności. Dlatego zasady wydatkowania kolejnych środków i zasady realizacji projektów muszą umożliwić ich pełne wykorzystanie.**

Pierwotnie 15 województw przeznaczyło na realizację programów profilaktyki raka piersi około 100 000 000 złotych. Za tę kwotę w ciągu 5 lat można było skutecznie zachęcić do badań kilka milionów kobiet. Przełożyłoby się na wzrost zgłaszalności na poziom przynajmniej 55%, czyli o 20 punktów procentowych wyższy niż obecnie.

- 2. Są miejsca w Polsce gdzie prowadzone są skuteczne działania zwiększające zgłaszalność. Między innymi w Suwałkach. W czerwcu 2019 roku objęcie populacji wynosiło tam 34,64%, obecnie 53,97% - wzrost o 19,33 punktów procentowych. Należy też zauważyć, że zdecydowaną większość czasu działania te prowadzone były mimo pandemii covid-19.**

Jako Stowarzyszenie IFIC Polska zgłaszamy swoją gotowość do współpracy w wypracowaniu nowych wytycznych, dzięki którym możliwa będzie realizacja projektów służących obniżeniu wskaźnika umieralności na nowotwory wśród społeczeństwa.

Stowarzyszenie IFIC Polska powstało w kwietniu 2019 r. z inicjatywy grupy interesariuszy modelu opieki zintegrowanej, reprezentujących różne zawody związane z opieką zdrowotną w celu wspólnego działania na rzecz poprawy jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej w Polsce.