



Pomoc Techniczna
dla Funduszy Europejskich



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Ministerstwo
Zdrowia

Badanie współfinansowane ze środków Funduszu Spójności

Metaanaliza i ocena Regionalnych Programów Zdrowotnych

współfinansowanych ze środków EFS w okresie programowania 2014-2020

Raport końcowy



Zamawiający:

Ministerstwo Zdrowia

Ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



**Ministerstwo
Zdrowia**

Wykonawca:

EU-CONSULT sp. z o.o.

ul. Toruńska 18 C, lokal D

80-747 Gdańsk



Badanie współfinansowane środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

Gdańsk 2025 r.



Spis treści

1. Wykaz skrótów wraz z objaśnieniem terminologii	4
2. Streszczenie.....	6
3. Summary	10
4. Wprowadzenie	14
5. Zarys metodyczny	18
5.1. Analiza danych zastanych.....	18
5.2. Badanie CAWI z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach KS	19
5.3. Warsztat w formie online	20
5.4. Panel ekspertów w formie online.....	20
6. Opis wyników badania	22
6.1. Zakres tematyczny zrealizowanych RPZ.....	22
6.2. Proces opracowywania RPZ.....	48
6.3. Proces zarządzania i wdrażania RPZ.....	59
6.4. Proces monitorowania i ewaluacji RPZ.....	70
6.5. Czynniki wpływające na zgłaszalność i udział w RPZ	74
6.6. Skuteczność i efekty zdrowotne RPZ.....	79
6.7. Adekwatność alokacji środków	85
6.8. Jakość i użyteczność wsparcia	86
6.9. Komplementarność RPZ z innymi działaniami zdrowotnymi.....	89
6.10. Wyzwania związane z przyszłym wsparciem realizowanym w formule RPZ	93
6.11. Odpowiedzi na pytania badawcze	104
7. Wnioski i rekomendacje	115
8. Spis tabel i elementów graficznych.....	126
9. Bibliografia.....	128
10. Załączniki	132
10.1. Baza dobrych praktyk.....	132
10.2. Wzory narzędzi badawczych.....	164
10.2.1. Kwestionariusz ankiety CAWI.....	164
10.2.2. Scenariusz warsztatu.....	170
10.2.3. Scenariusz panelu ekspertów.....	174
10.2.4. Pozostałe materiały badawcze	176



1. Wykaz skrótów wraz z objaśnieniem terminologii

Skrót	Wyjaśnienie
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASD	Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ang. <i>Autism Spectrum Disorder</i>)
BDL	Bank Danych Lokalnych
CAWI	Wywiad internetowy wspomagany komputerowo
COVID-19	Choroba wywoływana przez koronawirusa SARS-CoV-2
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EFSI	Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBV	Wirus zapalenia wątroby typu B (ang. <i>Hepatitis B Virus</i>)
HCV	Wirus zapalenia wątroby typu C (ang. <i>Hepatitis C Virus</i>)
HPV	Wirus brodawczaka ludzkiego (ang. <i>Human Papillomavirus</i>)
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka samorządu lokalnego
KE	Komisja Europejska
KS	Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia
MiIR	Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (działające w latach 2018-2019)
MFiPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NGO	Organizacja pozarządowa (ang. <i>Non-Governmental Organization</i>)
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIZP PZH – PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)



Skrót	Wyjaśnienie
PI	Priorytet inwestycyjny
PI 8vi	Priorytet inwestycyjny 8vi <i>aktywne i zdrowe starzenie się</i>
PI 9iv	Priorytet inwestycyjny 9 iv <i>ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym</i>
POChP	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
PP	Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne
REACT-EU	ang. <i>Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe</i> - inicjatywa Unii Europejskiej na rzecz odbudowy po pandemii
RPO	Regionalny Program Operacyjny
RPZ	Regionalne Programy Zdrowotne
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
WZW B	Wirusowe zapalenie wątroby typu B
WZW C	Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Źródło: opracowanie własne

2. Streszczenie

Głównym celem przeprowadzonej ewaluacji było **dokonanie metaanalizy oraz oceny sposobu realizacji i efektów Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ)** współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w latach 2014–2020. RPZ zostały utworzone w celu poprawy stanu zdrowia mieszkańców poszczególnych regionów poprzez przeciwdziałanie najistotniejszym problemom zdrowotnym, w szczególności poprzez działania profilaktyczne, edukacyjne, wczesne wykrywanie chorób oraz zwiększanie dostępu do świadczeń zdrowotnych. Programy te miały odpowiadać na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne regionów, przyczyniać się do wyrównywania nierówności w zdrowiu oraz wspierać realizację krajowych i regionalnych polityk zdrowotnych. Ewaluację przeprowadzono według kryteriów skuteczności, efektywności oraz użyteczności. Wykorzystano analizę danych zastanych ankiety CAWI skierowane do członków Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (KS) oraz dyskusje z ekspertami i przedstawicielami poszczególnych regionów podczas warsztatu i panelu ekspertów.

W badanym okresie programowania (2014-2020) województwa realizowały różnorodne RPZ adresujące najważniejsze problemy zdrowotne mieszkańców. Skala potrzeb zdrowotnych często przewyższała zakres interwencji, niemniej **łącznie zrealizowane zostały 92 RPZ**, co w przeliczeniu daje średnio 6 RPZ na województwo. Oczywiście ich liczba była zróżnicowana w zależności od regionu. Największa liczba przypadła na województwo wielkopolskie (17 RPZ) oraz łódzkie (13 RPZ). Jednocześnie w regionach takich jak województwo pomorskie czy dolnośląskie zrealizowane zostały jedynie po 2 RPZ.

Każde z województw wybrało do interwencji określone obszary profilaktyki lub rehabilitacji, kierując się zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi swojej populacji oraz wytycznymi krajowymi. Wśród dziedzin objętych RPZ **najwięcej było programów profilaktycznych dotyczących chorób o dużym rozpowszechnieniu**. Bardzo liczne okazały się projekty szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym (np. przeciw grypie sezonowej, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B czy odkleszczowemu kleszczowemu zapaleniu mózgu). Często realizowano także programy ukierunkowane na schorzenia układu ruchu – wady postawy u dzieci, bóle kręgosłupa i inne dolegliwości narządu ruchu, wymagające rehabilitacji ortopedycznej. Równolegle wiele inicjatyw dotyczyło profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób onkologicznych, takich jak rak płuca, czerniak skóry, rak jelita grubego czy rak szyjki macicy, a także rehabilitacji onkologicznej pacjentów po leczeniu nowotworów.

Równie częstym obszarem interwencji były choroby układu krążenia – programy kardiologiczne nastawione na zapobieganie miażdżycy, nadciśnieniu tętniczemu, chorobie niedokrwiennej i niewydolności serca oraz udarom mózgu pojawiały się wielokrotnie. Wiele programów odnosiło się też do przeciwdziałania cukrzycy typu 2

oraz problemowi nadwagi i otyłości w populacji. Rzadziej pojawiały się natomiast programy z zakresu zdrowia psychicznego (zapobieganie zaburzeniom nerwowym i depresyjnym, wsparcie osób ze spektrum autyzmu, ograniczanie skutków przewlekłego stresu itp.), a także programy profilaktyczne dotyczące zaburzeń słuchu i mowy (np. badania przesiewowe słuchu u dzieci i edukacja w zakresie higieny słuchu).

Przygotowanie RPZ stanowiło dla samorządów poważne wyzwanie. Urzędy marszałkowskie miały trudność z prawidłowym zdefiniowaniem celów, mierników oraz sposobu oceny efektywności realizacji poszczególnych działań i osiągnięcia zakładanych celów zdrowotnych. Konieczność przygotowania szczegółowego uzasadnienia epidemiologicznego, określenia populacji docelowej i dostosowania działań do aktualnej wiedzy medycznej **wymagała specjalistycznej wiedzy i dużego nakładu pracy.** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) często zalecała doprecyzowanie celów i dodanie mierzalnych rezultatów, co wymagało wprowadzania poprawek i opóźniało czas rozpoczęcia programu. Dodatkową barierą była sztywność wytycznych AOTMiT oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020, które ograniczały możliwość dostosowania programów do lokalnej specyfiki.

Etap wdrażania również wiązał się z trudnościami. Największe zainteresowanie konkursami na realizację programów wzbudzały te, które dotyczyły powszechnych chorób i były logistycznie łatwiejsze do przeprowadzenia. W przypadku programów wymagających zaangażowania specjalistów trudno dostępnych na rynku pracy lub obejmujących ograniczone grupy pacjentów często **nie udawało się znaleźć chętnych realizatorów.** W takich sytuacjach urzędy wydłużały terminy naborów, korygowały kryteria lub prowadziły dodatkowe działania informacyjne, aby zachęcić potencjalnych wykonawców do aplikowania. Kluczowym czynnikiem sukcesu okazywało się **realistyczne zaprojektowanie programu** – dopasowanie wymagań, budżetu i zakresu świadczeń do realnych możliwości rynku lokalnego. Dobrą praktyką było konsultowanie założeń programów z lokalnymi lekarzami i placówkami medycznymi jeszcze przed ich ogłoszeniem, co pozwalało lepiej dopasować działania do warunków regionu.

Proces monitorowania realizacji programów oceniono umiarkowanie pozytywnie. Sam proces ewaluacji RPZ określony w Wytycznych przebiegał poprawnie, choć zwrócono uwagę, że **realizatorzy skupiali się głównie na spełnianiu formalnych wymagań, a mniej na analizie faktycznych efektów zdrowotnych.** Nie we wszystkich RPZ uwzględniono zbieranie danych pozwalających w pełni ocenić wpływ programów na stan zdrowia uczestników, co potwierdziło potrzebę bardziej kompleksowego i ciągłego monitorowania w przyszłości. Nie bez znaczenia jest również brak

ujednoliconych wzorów ankiet satysfakcji uczestników, co determinowało problem braku porównywalności poszczególnych RPZ w tym obszarze.

Większość badanych uznała, że RPZ odegrały ważną rolę w polityce zdrowotnej regionów. Wiele z nich zrealizowało swoje założenia, a **część osiągnęła wszystkie zakładane wskaźniki**. Co ciekawe, zjawisko osiągnięcia wszystkich zakładanych wskaźników (w tym dotyczących ww. zgłaszalności) dotyczyła jedynie pojedynczych RPZ (np. RPZ dotyczące narządu ruchu oraz chorób odstresowych w województwie mazowieckim, program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim, RPZ dotyczący rehabilitacji medycznej w województwie warmińsko-mazurskim). Tym samym, **nie odnotowano województwa, w którym wszystkie RPZ osiągnęłyby komplet zakładanych wartości wskaźników**.

Biorąc pod uwagę efektywność wsparcia, szczególnie **pozytywnie ocenić należy programy profilaktyczne dotyczące chorób układu krążenia i nowotworów**. Dzięki nim zwiększyła się wykrywalność schorzeń – wśród uczestników programów często po raz pierwszy diagnozowano nadciśnienie, zaburzenia glikemii czy wczesne zmiany nowotworowe. Wczesne rozpoznanie pozwoliło na szybsze rozpoczęcie leczenia i zwiększyło szanse na uniknięcie poważniejszych powikłań. W programach rehabilitacyjnych uczestnicy osiągnęli znaczną poprawę sprawności i jakości życia. W programach profilaktycznych, poza wynikami medycznymi, zaobserwowano również pozytywne zmiany w świadomości uczestników – większą wiedzę o zdrowiu i trwałe zmiany w stylu życia, takie jak częstsze badania kontrolne czy zdrowsza dieta.

Wnioski z ewaluacji wskazują ponadto, że **wysokość środków przeznaczonych na RPZ była co do zasady właściwa względem ich celów i zakresu**. Zarówno analiza dokumentów, jak i opinie ekspertów potwierdzają, że osiągnięte rezultaty zdrowotne uzasadniają poniesione koszty – poprawa stanu zdrowia uczestników i zapobieganie poważnym chorobom świadczą o dobrze ulokowanych nakładach. Podkreślono, że pełna realizacja programu przekładała się na bardzo wysoki stosunek korzyści do kosztów. Przykładem jest onkologiczny program rehabilitacyjny, którego ukończenie przyniosło wymierne oszczędności w systemie (pacjenci wymagali mniej kosztownej opieki leczniczej dzięki poprawie zdrowia). Bezpośrednia kalkulacja efektywności kosztowej w krótkim horyzoncie jest trudna (gdyż profilaktyka daje efekty finansowe po latach), ale jakościowa ocena efektywności wypada pozytywnie – inwestycje w RPZ przyniosły znaczącą wartość dodaną dla systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa.

Niniejszy raport jednoznacznie wskazuje na **potrzebę kontynuacji RPZ w kolejnych latach**. Skala potrzeb zdrowotnych w społeczeństwie pozostaje duża, zwłaszcza w obszarze profilaktyki, dlatego dalsze działania powinny koncentrować się na zapobieganiu chorobom, edukacji zdrowotnej i utrwalaniu zdrowych nawyków. W rekomendacjach podkreślono także konieczność rozszerzenia tematyki programów o kwestie do tej pory zaniedbane, przede wszystkim zdrowie psychiczne oraz zdrowie



środowiskowe. Eksperti zwrócili uwagę na konieczność uwzględniania wpływu czynników środowiskowych, takich jak jakość powietrza i zmiany klimatu, których negatywny wpływ na zdrowie staje się coraz większy. Również choroby odkleszczowe stają się coraz poważniejszym wyzwaniem zdrowotnym.

Zarekomendowano również wprowadzenie **większej elastyczności w projektowaniu i realizacji programów**. Wytyczne AOTMiT powinny pozostawiać regionom możliwość wprowadzania modyfikacji i dostosowywania interwencji do lokalnych potrzeb, pod warunkiem zachowania zgodności z aktualnymi standardami medycznymi. Samorządy powinny mieć również możliwość testowania innowacyjnych rozwiązań w formie pilotaży, które po pozytywnej ocenie mogłyby być rozszerzane na większą skalę.

Istotnym kierunkiem rekomendacji jest **także wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w promocji programów**. Ponadto, lekarze rodzinni, pielęgniarki i farmaceuci powinni także aktywnie informować pacjentów o możliwości udziału w programach, co wymaga odpowiedniego wsparcia i systemu motywacyjnego. Równolegle należy rozwijać działania informacyjne i edukacyjne skierowane do mieszkańców. Kampanie promujące udział w programach powinny być prowadzone z wyprzedzeniem i w atrakcyjny, pozytywny sposób, podkreślając korzyści płynące z udziału w programach.

Podkreślono również **konieczność wprowadzenia bardziej spójnego systemu monitorowania i raportowania efektów programów**. Wskazano potrzebę ujednolicenia wskaźników oraz stworzenia centralnej platformy informatycznej, która umożliwiałaby bieżące śledzenie postępów i wymianę doświadczeń między regionami.

3. Summary

The main objective of the evaluation was **to conduct a meta-analysis and assess the implementation and outcomes of Regional Health Programmes (RHPs)** co-financed by the European Union in 2014–2020. RHPs were established to improve the health of residents of individual regions by addressing key health issues, particularly through preventive and educational activities, early disease detection, and increasing access to healthcare services. These programs were intended to address identified regional health needs, contribute to reducing health inequalities, and support the implementation of national and regional health policies. The evaluation was conducted according to the criteria of effectiveness, efficiency, and utility. Analysis of existing data from CAWI surveys addressed to members of the Steering Committee for the Coordination of ESIF Interventions in the Health Sector was used. (KS) and discussions with experts and representatives of individual regions during the workshop and expert panel.

During the programming period under review (2014-2020), voivodeships implemented a variety of ROPs addressing key health issues. The scale of healthcare needs often exceeded the scope of interventions, yet **a total of 92 ROPs were implemented**, which translates to an average of six ROPs per voivodeship. Naturally, their number varied by region. The largest numbers were in the Wielkopolskie Voivodeship (17 ROPs) and the Łódzkie Voivodeship (13 ROPs). At the same time, regions such as the Pomeranian Voivodeship and the Lower Silesian Voivodeship only implemented two ROPs each.

Each voivodeship selected specific areas of prevention or rehabilitation for intervention, based on the identified health needs of its population and national guidelines. Among the areas covered by the RPZ, **the most prevalent were preventive programs targeting high-prevalence diseases**. Vaccination projects against infectious diseases were also very numerous (e.g., against seasonal influenza, pneumococci, hepatitis B, and tick-borne encephalitis). Programs targeting musculoskeletal disorders were also frequently implemented, including postural defects in children, back pain, and other musculoskeletal ailments requiring orthopedic rehabilitation. Simultaneously, numerous initiatives focused on the prevention and early detection of oncological diseases, such as lung cancer, melanoma, colon cancer, and cervical cancer, as well as oncological rehabilitation for patients recovering from cancer treatment.

Cardiovascular disease was an equally common area of intervention – cardiology programs aimed at preventing atherosclerosis, hypertension, coronary artery disease, heart failure, and stroke were frequently mentioned. Many programs also addressed type 2 diabetes and the problem of overweight and obesity in the population. Mental health programs (preventing anxiety and depressive disorders, supporting individuals

with autism spectrum disorder, reducing the effects of chronic stress, etc.) and preventive programs addressing hearing and speech disorders (e.g., hearing screening in children and education on hearing hygiene) were less common.

Preparing the RPO posed a significant challenge for local governments. Marshal offices struggled to properly define the objectives, metrics, and methods for assessing the effectiveness of individual activities and achieving the intended health goals. The need to prepare a detailed epidemiological justification, define the target population, and adapt the activities to current medical knowledge **required specialized knowledge and a significant amount of work.** The Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (AOTMiT) often recommended clarifying the objectives and adding measurable outcomes, which required amendments and delayed the program's launch. The rigidity of the guidelines posed an additional barrier. AOTMiT and the Guidelines for the implementation of projects involving the European Social Fund in the area of health for 2014–2020, which limited the possibility of adapting programs to local specificities.

The implementation phase was also fraught with difficulties. The greatest interest in program competitions was generated by those addressing common diseases and being logistically easier to implement. Programs requiring the involvement of specialists difficult to access on the labor market or covering limited patient groups often **failed to find willing implementers.** In such situations, offices extended application deadlines, revised criteria, or conducted additional outreach activities to encourage potential contractors to apply. A key factor in success proved to be **realistic program design** —matching requirements, budget, and scope of services to the actual capabilities of the local market. A good practice was to consult program assumptions with local physicians and medical facilities before their announcement, allowing for better adaptation of activities to regional conditions.

The process of monitoring program implementation was rated moderately positive. The evaluation process of the RPOs specified in the Guidelines was conducted satisfactorily, although it was noted that **implementers focused primarily on meeting formal requirements and less on analyzing actual health outcomes.** Not all RPOs included data collection to fully assess the impact of the programs on participants' health, confirming the need for more comprehensive and continuous monitoring in the future. The lack of standardized participant satisfaction survey templates was also significant, contributing to the lack of comparability between RPOs in this area.

Most respondents felt that the Regional Health Programs (RPZs) played an important role in regional health policy. Many achieved their goals, and **some achieved all the planned indicators.** Interestingly, the achievement of all the planned indicators (including those related to the aforementioned reporting rate) only applied to individual RPOs (e.g., the RPOs for musculoskeletal and stress-related illnesses in the Mazowieckie Voivodeship, the program for improving maternal and child care in the

Opole Voivodeship, and the RPO for medical rehabilitation in the Warmian-Masurian Voivodeship). Therefore, **there was no voivodeship in which all RPOs achieved all the planned indicator values.**

Considering the effectiveness of support, **the prevention programs for cardiovascular disease and cancer deserve a particularly positive assessment.** These programs have led to increased disease detection rates – participants were often diagnosed with hypertension, glycemic disorders, and early cancer development for the first time. Early diagnosis allowed for earlier treatment and increased the chances of avoiding more serious complications. In rehabilitation programs, participants achieved significant improvements in fitness and quality of life. In addition to medical outcomes, the prevention programs also observed positive changes in participants' awareness – greater health knowledge and lasting lifestyle changes, such as more frequent checkups and a healthier diet.

The evaluation conclusions also indicate that **the amount of funding allocated to the RCPs was generally appropriate given their objectives and scope.** Both document analysis and expert opinions confirm that the achieved health outcomes justify the costs incurred – the improved health of participants and the prevention of serious illnesses indicate well-allocated resources. It was emphasized that the full implementation of the program translated into a very high benefit-to-cost ratio. An example is the oncology rehabilitation program, the completion of which resulted in measurable savings for the system (patients required less expensive medical care thanks to improved health). Direct calculation of cost-effectiveness in the short term is difficult (as prevention yields financial results years later), but the qualitative assessment of effectiveness is positive – investments in RCPs have generated significant added value for the healthcare system and society.

This report clearly demonstrates **the need to continue the RPZ in the coming years.** The scale of public health needs remains significant, especially in the area of prevention, so further action should focus on disease prevention, health education, and the reinforcement of healthy habits. The recommendations also emphasize the need to expand the programs' topics to include previously neglected issues, primarily mental health and environmental health. Experts emphasized the need to consider the impact of environmental factors, such as air quality and climate change, whose negative impact on health is increasing. Tick-borne diseases are also becoming an increasingly serious health challenge.

It was also recommended to introduce **greater flexibility in program design and implementation.** AOTMiT guidelines should allow regions the ability to introduce modifications and adapt interventions to local needs, provided they comply with current medical standards. Local governments should also have the opportunity to

test innovative solutions in the form of pilot projects, which, after a positive evaluation, could be expanded on a larger scale.

Another important recommendation is **to strengthen the role of primary healthcare (PHC) in promoting programs**. Furthermore, family physicians, nurses, and pharmacists should actively inform patients about the possibility of participating in programs, which requires appropriate support and an incentive system. In parallel, information and educational activities aimed at residents should be developed. Campaigns promoting participation in programs should be conducted in advance and in an attractive, positive manner, emphasizing the benefits of participation.

The need to introduce a more coherent system for monitoring and reporting program outcomes was also emphasized. The need to standardize indicators and create a central IT platform that would enable ongoing progress tracking and the exchange of experiences between regions was highlighted.

4. Wprowadzenie

Celem głównym ewaluacji była metaanaliza i ocena sposobu oraz efektów realizacji RPZ współfinansowanych ze środków polityki spójności w ramach perspektywy finansowej 2014-2020. Potrzeba przeprowadzenia tego typu badania wynikała z rekomendacji sformułowanej w ewaluacji pn. „Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim” (zakończonej w 2023 roku), skierowanej do Ministerstwa Zdrowia (MZ) / Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR) - Krajowej Jednostki Ewaluacji. Jeden z wniosków z badania stanowił bowiem, że mając na uwadze specyfikę każdego z regionów, a więc i indywidualny charakter projektowanego wsparcia w danym regionie, o ile możliwe, należy poddać analizie efektywność realizacji RPZ w innych regionach w celu adaptacji skutecznych rozwiązań – zarówno w zakresie zarządzania, wdrażania i monitorowania RPZ, jak też w odniesieniu do realizowanych usług/świadczeń zdrowotnych.

Cel główny ewaluacji został zrealizowany poprzez zastosowanie następujących **kryteriów ewaluacji**:

- skuteczność – zdefiniowaną jako ocena stopnia realizacji celów i osiągnięcia wskaźników RPZ, mając na uwadze procesy zarządzania, realizacji, wdrażania i monitorowania RPZ;
- efektywność – zdefiniowaną jako ocena stosunku uzyskanych rezultatów (efektów) do nakładów poniesionych na realizację RPZ;
- użyteczność – zdefiniowaną jako ocena jakości wsparcia (świadczeń zdrowotnych) otrzymanego w ramach RPZ przez ich odbiorców.

Pytania badawcze (w postaci zestawów pytań ewaluacyjnych) na które odpowiedzi udzielono w treści opracowania prezentują się następująco:

1. Które i ile z województw zdecydowało się na realizację RPZ i w jakich obszarach (profilaktyka / rehabilitacja) / w zakresie jakich problemów zdrowotnych? W jakich obszarach były realizowane najczęściej RPZ, a w jakich najrzadziej? Z czego wynikał wybór problemu zdrowotnego, w ramach którego realizowano RPZ?
2. Które RPZ / jakie rodzaje RPZ cieszyły się największym zainteresowaniem beneficjentów i z czego to wynikało? Czy zostały opracowane RPZ, które z jakichkolwiek przyczyn nie zostały zrealizowane? Jeśli tak, to dlaczego tak się stało / co było tego przyczyną?
3. W jakim stopniu zrealizowane zostały cele RPZ, poddanych badaniom ewaluacyjnym? Których wskaźników w analizowanych RPZ nie udało się zrealizować i jakie były lub mogły być tego przyczyny? W jakim stopniu realizowane cele wskazane w RPZ przyczyniły się do osiągnięcia efektów



dotyczących poprawy zdrowia uczestników? Które z RPZ były najbardziej skuteczne?

4. W jakim stopniu skuteczny był proces zarządzania i wdrażania projektów przez beneficjentów RPZ?
5. Czy pojawiły się problemy przy opracowywaniu RPZ, a jeżeli tak – jaki był ich wpływ na ogłaszane nabory? Jak można podobne problemy wyeliminować w kolejnych RPZ realizowanych w przyszłości?
6. Czy w trakcie realizacji analizowanych RPZ pojawiły się problemy – zarówno po stronie IZ RPO, beneficjentów, jaki i zgłaszane przez uczestników projektów? Jakie to były problemy? Jak były rozwiązywane? Jak należałoby w przyszłości przy realizacji podobnych interwencji takie problemy rozwiązywać?
7. Czy uzyskane rezultaty były adekwatne do wielkości alokacji przeznaczonej na realizację poszczególnych (typów) RPZ?
8. Jak należy ocenić jakość wsparcia otrzymanego w ramach analizowanych RPZ przez ich obiorców (pacjentów, ich opiekunów faktycznych, personel medyczny)? Czy otrzymane wsparcie było użyteczne? W jakim stopniu sposób udzielania wsparcia był dobrze dopasowany do wskazanych grup docelowych RPZ?
9. W jakim stopniu RPZ zrealizowane w ramach RPO uzupełniały się / były komplementarne z innymi działaniami dotyczącymi profilaktyki chorób, finansowanymi z innych źródeł, np. ze środków krajowych oraz PO WER? Jaki udział (liczbowy i finansowy) wśród wszystkich programów polityki zdrowotnej realizowanych w poszczególnych województwach stanowiły RPZ zrealizowane w ramach RPO?
10. Jakie były czynniki warunkujące poziom zainteresowania udziałem w RPZ? Jaka była zgłaszalność do Programów? Jaki był wpływ kryteriów kwalifikujących uczestników do projektów realizowanych w ramach poszczególnych RPZ? Czy występowały problemy w tym zakresie? Jeżeli tak, jak można / należy poprawić zgłaszalność w ramach realizowanych w przyszłości RPZ? Jakie były skuteczne metody dotarcia do uczestników projektów?
11. W jakich obszarach wsparcia (profilaktyka / rehabilitacja), a także w zakresie jakich problemów zdrowotnych dzięki udziałowi w RPZ nastąpił największy wzrost wykrywalności chorób / poprawił się stan zdrowia uczestników projektów? W jakich regionach efektywność zdrowotna RPZ była najmniejsza i dlaczego? Czy dzięki realizacji RPZ nastąpił wzrost świadomości na temat roli działań profilaktycznych?
12. Czy występuje potrzeba wsparcia dotyczącego realizacji RPZ w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034), a jeżeli tak – to w jakim zakresie i w jakich obszarach?
13. Jakie dobre praktyki wynikające z realizacji RPZ w ramach RPO, w tym przede wszystkim na podstawie metaanalizy rekomendacji z badań ewaluacyjnych



zrealizowanych przez IZ RPO, można zaadaptować w procesie wdrażania /realizacji RPZ w ramach perspektywy finansowej 2021-2027 lub kolejnych?

Zgodnie z założeniami OPZ, niniejsza **metaanaliza objęła następujące ewaluacje:**

- Ewaluacja programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020
- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 9 i 10 Osi Priorytetowej RPO WL 2014 - 2020
- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020
- Ocena wdrażanych programów zdrowotnych realizowanych w ramach Działania 6.7 RPO-L2020
- Ewaluacja "Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego w ramach RPO WŁ 2014 - 2020"
- Ewaluacja „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014 - 2020
- Ewaluacja efektów wdrożenia Regionalnych Programów Zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO WM na lata 2024-2020
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym"
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego"
- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych Realizowanych w województwie opolskim
- Ewaluacja efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim
- Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WSL na lata 2014- 2020
- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych programów dotyczących diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego 2014-2020
- Ocena efektów wsparcia dotyczącego programów zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej w ramach RPOWŚ na lata 2014-2020
- Ewaluacja Programów Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko- mazurskiego realizowanych w ramach RPO WiM 2014-2020



- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych współfinansowanych ze środków polityki spójności w okresie programowania 2014-2020.

W powyższym zestawieniu nie znalazły się ewaluacje dotyczące RPZ realizowanych na obszarze województwa wielkopolskiego oraz dolnośląskiego – ze względu na to, iż w momencie opracowywania niniejszego dokumentu ewaluacje te pozostawały w przygotowaniu. W ograniczonym zakresie wykorzystano również *Ewaluację programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko- pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020* ze względu na nieprawidłowości zidentyfikowane w realizacji RPZ na obszarze tego regionu. Ponadto analiza nie objęła województwa podkarpackiego, ze względu na brak realizowanych RPZ na tymże obszarze. Niezależnie od ww. dokumentów ewaluacyjnych przeanalizowano również treść wszystkich RPZ, co pozwoliło uzupełnić wnioski w dokumencie.

5. Zarys metodyczny

5.1. Analiza danych zastanych

Analiza danych zastanych (desk research) to metoda badań społecznych, która zakłada szczegółową analizę istniejących już i dostępnych danych. W jej wyniku następują: scalanie, przetworzenie i analiza danych rozproszonych dotychczas wśród rozmaitych źródeł.

Szczególną uwagę poświęcono analizie ewaluacji opracowanych na poziomie poszczególnych województw:

- Ewaluacja programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko- pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020;
- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 9 i 10 Osi Priorytetowej RPO WL 2014 - 2020;
- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020;
- Ocena wdrażanych programów zdrowotnych realizowanych w ramach Działania 6.7 RPO-L2020;
- Ewaluacja "Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego w ramach RPO WŁ 2014 - 2020;
- Ewaluacja „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014- 2020;
- Ewaluacja efektów wdrożenia Regionalnych Programów Zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO WM na lata 2024-2020;
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym”;
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego”;
- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim;
- Ewaluacja efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim;
- Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020;



- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WSL na lata 2014-2020;
- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych programów dotyczących diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego 2014-2020;
- Ocena efektów wsparcia dotyczącego programów zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej w ramach RPOWŚ na lata 2014-2020;
- Ewaluacja Programów Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko- mazurskiego realizowanych w ramach RPO WiM 2014-2020;
- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych współfinansowanych ze środków polityki spójności w okresie programowania 2014-2020.

Pełna lista wykorzystanych źródeł umieszczona została w bibliografii znajdującej się w końcowej części dokumentu. W treści dokumentu umieszczone zostały główne wnioski z analizy desk research, natomiast dodatkowe, szczegółowe analizy porównawcze zawarte zostały w załączniku do opracowania.

5.2. Badanie CAWI z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach KS

CAWI to ankieta internetowa, przeprowadzana za pomocą sieci internetowej, wypełniana bezpośrednio przez respondenta. Narzędzie badawcze opracowane zostało przez Wykonawcę na etapie raportu metodycznego, następnie umieszczone zostało w systemie informatycznym Wykonawcy co umożliwiło wygenerowanie linku do badania, który dystrybuowany był przez Zamawiającego do poszczególnych uczestników populacji. Wzór narzędzia badawczego znajduje się w końcowej części niniejszego dokumentu.

Populacja badana: Członkowie oraz obserwatorzy uczestniczący w pracach KS.

Liczebność i dobór próby: do badania CAWI zaproszono wszystkich potencjalnych respondentów (dobór całkowity). Zrealizowano 13 ankiet spośród 34 członków KS – zaznaczyć należy, że każdy uczestnik ww. populacji miał możliwość wzięcia udziału w badaniu.

5.3. Warsztat w formie online

Formuła warsztatu umożliwia specjalistom z danej dziedziny prowadzenie dyskusji nad określoną problematyką oraz wypracowanie rozwiązania zdiagnozowanych problemów. Do udziału w warsztacie zaproszone zostały instytucje zaangażowane zarówno w pisanie RPZ, jak i te odpowiedzialne za wykonywanie ich ewaluacji, czy bezpośrednio zaangażowane we wdrażanie (Departamenty Zdrowia, Monitoringu, Rozwoju Regionalnego, Ewaluacji, Zespoły ds. wdrażania, WUPy). Wzór narzędzia badawczego znajduje się w końcowej części niniejszego dokumentu.

Warsztat został zrealizowany w formule online. W badaniu wzięli udział przedstawiciele poszczególnych RPO, dla których zrealizowano przynajmniej jedną ewaluację RPZ. Wykonawca skontaktował się z poszczególnymi podmiotami w celu uzgodnienia, którzy ich przedstawiciele wezmą udział w badaniu. Dzięki objęciu badaniem minimum 2 przedstawicieli każdego RPO, dla którego zrealizowano przynajmniej jedną ewaluację RPZ możliwe było uwzględnienie w metaewaluacji punktu widzenia przedstawicieli każdego z województw, w których przeprowadzono ewaluację RPZ. Ostatecznie udział w warsztacie wzięło aż 55 osób.

Do badania zostały zaproszone osoby posiadające bogatą wiedzę w zakresie objętym ewaluacją. Dzięki zastosowaniu celowego doboru próby w badaniu wzięły udział osoby, które były w stanie dostarczyć istotnych w kontekście prowadzonej ewaluacji informacji.

5.4. Panel ekspertów w formie online

W ramach panelu ekspertów, eksperci z danej dziedziny prowadzą dyskusję nad określoną problematyką i wypracowanie wspólnych wniosków odnoszących się do dotychczas wypracowanego materiału badawczego.

Badanie zostało zrealizowane w formule online. Wzór narzędzia badawczego znajduje się w końcowej części niniejszego dokumentu.

Do badania zostały zaproszone osoby posiadające bogatą wiedzę w zakresie objętym ewaluacją, które były w stanie dostarczyć istotnych informacji. Dzięki temu, iż osoby te reprezentowały instytucje pełniące odmienne role w systemie ochrony zdrowia możliwe było uwzględnienie w badaniu zróżnicowanych punktów widzenia.

Zgodnie z założeniami raportu metodycznego, w panelu miało wziąć udział 10 osób. Ostatecznie jednak w badaniu udział wzięło 17 osób, tj. przedstawiciele takich podmiotów/instytucji, jak:

- Ministerstwo Zdrowia (Departament Zdrowia Publicznego);
- AOTMiT (Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej);



- NFZ (Biuro Partnerstwa Publicznego i Innowacji);
- NIZP PZH – PIB (Zakład Bezpieczeństwa Zdrowotnego Środowiska);
- konsultanci krajowi/wojewódzcy w wybranych dziedzinach medycyny tożsamych ze wsparciem udzielonym w ramach RPZ.

6. Opis wyników badania

6.1. Zakres tematyczny zrealizowanych RPZ

RPZ wynikają z definicji programu polityki zdrowotnej (PPZ) zawartej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, ukierunkowanych na zaspokojenie określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawę stanu zdrowia jasno zdefiniowanej grupy świadczeniobiorców, opracowywany, wdrażany i finansowany przez ministra lub jednostkę samorządu terytorialnego. Na potrzeby realizacji wsparcia ze środków polityki spójności program polityki zdrowotnej określany jest jako RPZ.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 RPZ to program polityki zdrowotnej realizowany w ramach RPO, dotyczący m.in. programów profilaktycznych, rehabilitacji medycznej, eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy czy wczesnego wykrywania wad rozwojowych u dzieci. W okresie programowania 2014–2020 działania zdrowotne w ramach wybranych priorytetów inwestycyjnych RPO były co do zasady realizowane w formule RPZ, przy czym warunki realizacji zbieżnych tematycznie programów profilaktycznych ze środków RPO i Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) określał Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Oznacza to, że RPZ mogły być współfinansowane zarówno z regionalnych programów operacyjnych, jak i – w uzasadnionych przypadkach – z PO WER.

Regionalne Programy Zdrowotne były wdrażane w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, którego interwencje – zgodnie z jego celami – musiały wykazywać związek z rynkiem pracy lub włączeniem społecznym. Z tego powodu działania zdrowotne w perspektywie 2014–2020 mogły być finansowane z EFS wyłącznie w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi (aktywne i zdrowe starzenie się) oraz priorytetu inwestycyjnego 9iv (ułatwianie dostępu do usług zdrowotnych i społecznych), co określają Wytyczne dotyczące realizacji RPZ. W efekcie każde RPZ musiało wykazać, że rezultaty zdrowotne przekładają się na cele EFS, takie jak utrzymanie zdolności do pracy, ograniczenie dezaktywizacji zawodowej lub zmniejszanie barier zdrowotnych utrudniających aktywność zawodową bądź społeczną. To wymuszało silne powiązanie interwencji zdrowotnych z logiką rynku pracy – nawet jeśli z perspektywy systemu ochrony zdrowia nie zawsze było to naturalne. Jak wskazują dane jakościowe z badania, regiony podkreślały, że konieczność dowodzenia wpływu programów

zdrowotnych na zatrudnienie była jednym z najtrudniejszych wymogów przy projektowaniu RPZ (do czego szerzej odniesiono się w dalszej części opracowania).

Regionalne Programy Zdrowotne okazały się kluczowym narzędziem w przeciwdziałaniu najpoważniejszym zagrożeniom zdrowotnym na poziomie regionalnym. Choroby cywilizacyjne – takie jak schorzenia przewlekłe metaboliczne czy sercowo-naczyniowe – oraz narastająca zachorowalność na nowotwory złośliwe dominują w strukturze problemów zdrowotnych społeczeństwa¹. W odpowiedzi na te wyzwania konieczne są intensywne działania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób (m.in. poprzez programy badań przesiewowych), które mogą skutecznie ograniczyć ich skutki². Niestety, nadal obserwuje się zbyt niską zgłaszalność na badania profilaktyczne (problem zasygnalizowano w ewaluacjach prowadzonych w województwie śląskim oraz łódzkim)³, co wymaga zintensyfikowania promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 RPZ finansowane w ramach RPO mogły być realizowane przede wszystkim w zakresie:

- chorób układu krążenia;
- chorób nowotworowych;
- zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
- chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego;
- chorób układu oddechowego;
- wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami;

a także innych grup chorób pod warunkiem, że stanowiły odpowiedź na istotny problem zdrowotny danego regionu⁴.

Jak wskazuje analiza desk research, Regionalne Programy Zdrowotne w perspektywie 2014–2020 zostały podjęte w większości województw – we wszystkich z wyjątkiem jednego regionu zrealizowano przynajmniej jeden taki program zdrowotny, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. Jedynie w województwie podkarpackim nie zrealizowano żadnego RPZ, co sprawiło, że region ten jako jedyny

¹ Kowalska-Bobko I., Frąckiewicz-Wronka A., Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce.

² Ibidem.

³ Problem zasygnalizowany w: *Ewaluacja „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014 – 2020 oraz Ewaluacja efektów wsparcia wybranych programów dotyczących diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego 2014-2020.*

⁴ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” (zawieszone od 1 lutego 2020 r. w związku z pandemią COVID-19).

nie realizował interwencji współfinansowanych z EFS w tym zakresie (wobec czego też nie został objęty niniejszym badaniem). Łącznie zrealizowane zostały 92 RPZ (ich zestawienie znajduje się poniżej), co w przeliczeniu daje średnio 6 RPZ na województwo. Oczywiście ich liczba była zróżnicowana w zależności od regionu. Największa liczba przypadła na województwo wielkopolskie (17 RPZ) oraz łódzkie (13 RPZ). Jednocześnie w regionach takich jak województwo pomorskie czy dolnośląskie zrealizowane zostały jedynie po 2 RPZ.

Każde z województw wybrało do interwencji określone obszary profilaktyki lub rehabilitacji, kierując się zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi swojej populacji oraz wytycznymi krajowymi. Wśród dziedzin objętych RPZ najwięcej było programów profilaktycznych dotyczących chorób o dużym rozpowszechnieniu. Bardzo liczne okazały się projekty szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym (np. przeciw grypie sezonowej, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B czy odkleszczowemu kleszczowemu zapaleniu mózgu). Często realizowano także programy ukierunkowane na schorzenia układu ruchu – wady postawy u dzieci, bóle kręgosłupa i inne dolegliwości narządu ruchu, wymagające rehabilitacji ortopedycznej. Równoległe wiele inicjatyw dotyczyło profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób onkologicznych, takich jak rak płuca, czerniak skóry, rak jelita grubego czy rak szyjki macicy, a także rehabilitacji onkologicznej pacjentów po leczeniu nowotworów.

Równie częstym obszarem interwencji były choroby układu krążenia – programy kardiologiczne nastawione na zapobieganie miażdżycy, nadciśnieniu tętniczemu, chorobie niedokrwiennej i niewydolności serca oraz udarom mózgu pojawiały się wielokrotnie. Wiele programów odnosiło się też do przeciwdziałania cukrzycy typu 2 oraz problemowi nadwagi i otyłości w populacji. Rzadziej pojawiały się natomiast programy z zakresu zdrowia psychicznego (zapobieganie zaburzeniom nerwicowym i depresyjnym, wsparcie osób ze spektrum autyzmu, ograniczanie skutków przewlekłego stresu itp.), a także programy profilaktyczne dotyczące zaburzeń słuchu i mowy (np. badania przesiewowe słuchu u dzieci i edukacja w zakresie higieny słuchu).

Stosunkowo najrzadziej (pojedyncze przypadki) realizowano programy poświęcone takim tematom jak zdrowie jamy ustnej (profilaktyka próchnicy), gruźlica czy zwalczanie szpitalnych zakażeń wielolekoopornych. Równie rzadko podejmowano kwestie opieki prenatalnej, profilaktyki przewlekłej choroby nerek czy wrodzonych wad twarzoczaszki. Do najrzadszych obszarów należały także rehabilitacja pacjentów po przebyciu COVID-19 oraz profilaktyka i leczenie uzależnień od alkoholu.



Tabela 1. RPZ realizowane w poszczególnych województwach

Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
Dolnośląskie	Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych	Profilaktyka chorób odkleszczowych, w tym boreliozy z Lyme i kleszczowego zapalenia mózgu (KZM)
	Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego	Zapobieganie i wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2
Kujawsko-pomorskie	Program profilaktyki WZW B i C w województwie kujawsko – pomorskim	Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu B i C
	Realizacja 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	Onkologia (profilaktyka raka płuc)
Lubelskie	Program wykrywania zakażeń Borrelia burgdorferi wśród mieszkańców województwa lubelskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka jako profilaktyka boreliozy z Lyme na lata 2017 – 2019	Borelioza z Lyme
	Program profilaktyki chorób od stresowych na terenie województwa lubelskiego na lata 2017 - 2019	Profilaktyka chorób od stresowych, w obszarze zaburzeń psychicznych i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Program profilaktyki nadwagi i otyłości wśród uczniów klas IV – VI szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2017 – 2020	Profilaktyka nadwagi i otyłości, przewlekłej choroby metabolicznej
	Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10–14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018–2020	Profilaktyka wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu
	Program profilaktyki wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu, mowy wśród uczniów klas I szkół podstawowych z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 - 2021	Profilaktyka wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, głosu, mowy
Lubuskie	Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania oraz zapobiegania rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom wśród osób w wieku aktywności zawodowej, zamieszkujących teren województwa lubuskiego	Profilaktyka i wczesne wykrywanie oraz zapobieganie rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom
	Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego	Nowotwory; choroby układu oddechowego
	Program polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy	Rehabilitacja medyczna; schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
Łódzkie	Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego	Kardiologia; choroby układu krążenia (CHUK); choroby niedokrwienne serca; niewydolność serca
	Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego	Przewlekła choroba nerek (PChN); nefroprotekcja
	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Program badań przesiewowych słuchu oraz mowy dla uczniów pierwszych klas szkół podstawowych z terenu województwa łódzkiego na lata 2018 - 2020	Profilaktyka zaburzeń słuchu i mowy
	Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy	Rehabilitacja lecznicza w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa
	Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2	Profilaktyka cukrzycy typu 2
	Regionalny Program Zdrowotny Dotyczący Przeciwdziałania Nadwadze i Otyłości w Województwie Łódzkim Wśród Osób w Wieku Aktywności Zawodowej Na Lata 2019-2023 – Pilotaż „odWAŻYMY ŁÓDZKIE”	Przeciwdziałanie nadwadze i otyłości
	Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego	Rehabilitacja lecznicza w zakresie chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Regionalny Program Rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „ŁÓDZKIE CENTRUM POSTCOVIDOWE”	Rehabilitacja dla mieszkańców po przebytej chorobie COVID-19
	Program dla mieszkańców województwa łódzkiego dotyczący profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na lata 2019 – 2023 (ŁORDIAN)	Profilaktyka w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca; Schorzenia układu krążenia, w tym: choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze i miażdżyca tętnic
	Program edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną dla mieszkańców województwa łódzkiego	Profilaktyka, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych; Schorzenia: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40–F48)
	Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego	Profilaktyka nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego; Choroby onkologiczne
	Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego	Rehabilitacja onkologiczna; Nowotwory złośliwe
	Program szczepień przeciwko WZW typu B dla osób chorych przewlekłe z województwa łódzkiego	Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B); Najczęstsza choroba zakaźna wątroby
Małopolskie	Program Profilaktyki Chorób Odstresowych u Osób Pracujących na Terenie Województwa Małopolskiego na Lata 2019-2021 z Perspektywą Kontynuacji	Profilaktyka chorób odstresowych i zaburzeń psychicznych



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym. Okres realizacji: 2019–2021	Profilaktyka wad postawy i innych dysfunkcji układu ruchu
	Wczesna wielospecjalistyczna interwencja dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością, w tym kobiet w ciąży spodziewających się dziecka z niepełnosprawnością	Wczesna interwencja, opieka prenatalna
	Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej	Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu
	Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy (Program badań przesiewowych słuchu oraz mowy dla uczniów pierwszych klas szkół podstawowych z terenu województwa małopolskiego na lata 2019–2021)	Zaburzenia słuchu i wady wymowy
Mazowieckie	Regionalny Program Zdrowotny w zakresie opracowania wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem od 18 mies. ż. do 17 r.ż. z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym	Zaburzenia neurorozwojowe, w tym zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)
	Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego	Mózgowe porażenie dziecięce (MPDZ)



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego	Choroby kręgosłupa i otyłość
	Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2017–2023	Cukrzyca (profilaktyka i wczesne wykrywanie)
	Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego	Rehabilitacja medyczna schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego
	Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym	Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD); całościowe zaburzenia rozwojowe (F84 wg ICD-10)
	Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego	Badania przesiewowe słuchu
Opolskie	Program polityki zdrowotnej w kierunku wczesnego wykrywania wirusa human papilloma-virus (HPV) w województwie opolskim	Onkologia, profilaktyka raka szyjki macicy
	Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego	Profilaktyka chorób cywilizacyjnych; nadwaga, otyłość i cukrzyca



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy	Choroby układu krążenia, w tym choroby naczyń mózgowych (udar mózgu)
	Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”	Opieka nad matką i dzieckiem
Podlaskie	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną
	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną	Nowotwory złośliwe (onkologia)
	Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na profilaktykę nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5–14 lat z terenu województwa podlaskiego	Nabyte wady postawy, w tym zniekształcenia kręgosłupa, schorzenia układu kostno-stawowego
	Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego	Choroby odkleszczowe, w szczególności borelioza z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)
	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim	Choroby cywilizacyjne, w szczególności choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i zewnętrzne przyczyny zgonu



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
Pomorskie	Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna (pierwszy kompleksowy program dotyczący rehabilitacji kardiologicznej, obejmujący całe województwo)	Choroby Układu Krążenia (CHUK)
	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2	Cukrzyca typu 2 (E11)
Śląskie	„Program Zdrowego Kręgosłupa” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka	Choroby kręgosłupa
	"Zdrowa Matka i Dziecko" Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2018-2022 w zakresie poprawy opieki nad kobietą w ciąży w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci w okresie prenatalnym	Wczesna interwencja, opieka prenatalna
	Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2023	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (kody F10.2, F13.2, F19.2 wg ICD-10)



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2023	Zaburzenia psychiczne afektywne oraz nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, inne zaburzenia lękowe, oraz reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. Kody ICD-10: F33, F41.1, F43.1, F43.2
	Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022	Nowotwory układu pokarmowego (C00–C26 wg klasyfikacji ICD-10)
	Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2023	Choroby układu krążenia (CHuK); obejmuje kody ICD-10 I00–I02, I05–I09, I10–I15, I20–I25, I26–I28, I30–I52, I60–I69, I70–I79, I80–I89, I95–I99
	Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2023	Profilaktyka nadwagi i otyłości; Choroby cywilizacyjne
	Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2023	Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego (o charakterze zapalnym)
	Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2023	Choroby przewlekłe układu kostno-stawowego i mięśniowego



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2023	Choroby układu oddechowego
	Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017-2020	Choroby cywilizacyjne, w szczególności cukrzyca i otyłość
Świętokrzyskie	Regionalny Program Zdrowotny w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD)	Przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD); choroby obturacyjne i restrykcyjne płuc (np. POChP, astma, pylice)
	Regionalny Program Zdrowotny pn. „Wczesna diagnostyka gruźlicy u mieszkańców województwa świętokrzyskiego z grup szczególnego ryzyka”	Gruźlica
	Regionalny Program Zdrowotny Wczesne wykrywanie oraz rehabilitacja zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych	Wady słuchu oraz zaburzenia mowy u dzieci w wieku szkolnym
	Regionalny Program Zdrowotny w zakresie profilaktyki chorób układu oddechowego dla pracowników zawodowo narażonych na działanie pyłu zwałkniającego	Profilaktyka przewlekłych chorób układu oddechowego (pylice płuc)
	Regionalny Program Zdrowotny pn. „Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi”	Profilaktyka chorób zakaźnych (pneumokokowych) u pacjentów onkologicznych
	Regionalny Program Zdrowotny pn. „Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u	Profilaktyka wtórna chorób układu krążenia (ChUK) / Kardiologia.



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych”	
Warmińsko-mazurskie	Program Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2021 w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania i rehabilitacji zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego	Psychiatria dzieci i młodzieży; Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD); Priorytet zdrowotny: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”
	Program Polityki Zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2018-2022 w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) – w szczególności działania edukacyjne oraz szczepienia dziewcząt w wieku 11-13 lat (aktualizacja)	Onkologia (profilaktyka raka szyjki macicy, sromu, pochwy, odbytu); Wirusologia (zakażenia HPV)
	Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017–2021 w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zakaźnych chorób odkleszczowych	Choroby zakaźne (borelioza z Lyme, kleszczowe zapalenie mózgu – KZM); Priorytet: profilaktyka i wczesne wykrywanie zakaźnych chorób odkleszczowych
	Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017–2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu	Rehabilitacja medyczna; Schorzenia narządu ruchu; Dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa
	Program Polityki Zdrowotnej na lata 2018–2022 w zakresie zapobiegania rozwojowi próchnicy u dzieci i młodzieży z terenu województwa warmińsko-mazurskiego	Stomatologia; Zapobieganie rozwojowi próchnicy; Choroby jamy ustnej



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019–2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania zaburzeń lękowych	Psychiatria; Zaburzenia lękowe
Wielkopolskie	Program edukacji zdrowotnej i szczepień ochronnych przeciw grypie w populacji MOF Poznania	Choroby zakaźne; Grypa
	Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej	Onkologia dziecięca; Hematologia dziecięca; Leczenie i profilaktyka nowotworów u dzieci i młodzieży
	Regionalny program zdrowotny województwa wielkopolskiego pod nazwą „ZDROWA AORTA”	Choroby tętnic, tętniaki aorty
	Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej	Rehabilitacja medyczna; Schorzenia narządu ruchu i choroby kręgosłupa
	Program wielospecjalistycznej terapii osób z wrodzonymi wadami twarzy	Wady rozwojowe twarzy; Rozszczepy wargi i podniebienia; Dysmorfie twarzy
	Regionalny program zdrowotny pn.: Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski	Choroby metaboliczne; Nadwaga i otyłość; Insulinooporność; Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy
	Regionalny program zdrowotny województwa wielkopolskiego – „Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi”	Profilaktyka zakażeń (grypa, pneumokoki); Onkologia
	Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu	Rehabilitacja neurologiczna; Udar mózgu; Choroby układu krążenia



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Regionalny program zdrowotny województwa wielkopolskiego – „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego w województwie wielkopolskim w latach 2014–2020”	Onkologia; Nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (dolny odcinek przewodu pokarmowego); Profilaktyka
	Badanie przesiewowe słuchu u młodzieży klas szóstych szkoły podstawowej – Hej słyszysz??	Badanie przesiewowe słuchu, prewencja uszkodzeń ucha wewnętrznego, higiena słuchu, wykrywanie i zapobieganie niedosłuchom czuciowo-nerwowym
	Regionalny program zdrowotny – „Program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych”	Prewencja niewydolności serca u pacjentów onkologicznych
	Program profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej	Profilaktyka nowotworów skóry
	Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B	Edukacja zdrowotna, wykrywanie zakażeń HBV i HCV oraz szczepienia przeciwko WZW typu B
	Regionalny Program Zdrowotny MPD	Zwalczanie zakażeń wielolekoopornych (MPD)
	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego w województwie wielkopolskim w latach 2014–2020	Nowotwory złośliwe dolnego odcinka przewodu pokarmowego (jelito grube i odbytnica)
	Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego	Rehabilitacja pacjentów onkologicznych; Nowotwory złośliwe



Województwo	Nazwa RPZ	Dziedzina zdrowia
	Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim	Profilaktyka retinopatii cukrzycowej; choroby narządu wzroku; powikłania przewlekłej choroby cywilizacyjnej (cukrzycy)
Zachodniopomorskie	Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry na lata 2019 - 2021	Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów skóry
	Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	Kardioonkologia; ocena ryzyka powikłań kardiologicznych w trakcie terapii onkologicznej; wczesna prewencja
	Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020 - 2022	Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych; onkorehabilitacja
	Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego Rehabilitacja medyczna po przebytych udarach mózgowym na lata 2020-2022	Rehabilitacja medyczna po przebytych udarach mózgowym

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów przekazanych przez Zamawiającego



Przyjęty zakres uznać należy za właściwy, choćby z uwagi na fakt kluczowej roli tych schorzeń jako przyczyn odnotowywanych zgonów dla lat przypadających na okres opracowywania i wdrażania RPZ. To właśnie choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe (będące jednymi z głównych tematów realizowanych RPZ) stanowią najczęstszą przyczynę zgonów odnotowywanych w Polsce.

Tabela 2. Przyczyny zgonów, Polska lata 2014-2022

Przyczyna zgonu	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ogółem	376 467	394 921	388 009	402 852	414 200	409 709	477 355	519 517	448 448
Choroby układu krążenia ogółem	45,1%	45,7%	43,3%	41,5%	40,5%	39,4%	36,6%	34,8%	36,0%
Nowotwory ogółem	26,6%	26,7%	27,3%	26,5%	26,4%	26,5%	22,8%	19,6%	23,6%
Choroby układu oddechowego ogółem	5,4%	6,1%	5,9%	6,5%	6,7%	6,6%	6,0%	5,4%	6,7%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	0,4%	0,6%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,3%
Choroby układu kostnowastkowego, mięśniowego i tkanki łącznej	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Pozostałe (w tym COVID-19)	22,3%	20,8%	22,5%	24,4%	25,4%	26,3%	33,6% (8,7%)	39,1% (17,9%)	32,3% (6,7%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

RPZ były wynikiem diagnozy potrzeb, a przy ich określaniu starano się unikać dublowania krajowych programów oraz brać pod uwagę dostępność lokalnych zasobów, w tym kadr medycznych. W regionach, w których występował niedobór specjalistów, zakres wdrażanych programów był ograniczany lub realizowano je w mniejszym zakresie, często poprzez pojedyncze wyspecjalizowane placówki. W praktyce sprawiło to, że wiele województw zrealizowało liczne działania profilaktyczne, natomiast w części regionów programy miały charakter pojedynczych inicjatyw, mimo wyraźnie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych. W dostępnych danych widać wyraźną koncentrację działań na osobach dorosłych i seniorach, co odpowiada logice Europejskiego Funduszu Społecznego oraz priorytetowi utrzymania aktywności zawodowej i społecznej. Mniejszy zakres działań skierowanych do dzieci i młodzieży można powiązać zarówno z ograniczeniami kadrowymi i organizacyjnymi, jak i z mniejszą tradycją prowadzenia programów profilaktycznych dla tej grupy na poziomie regionów.

Podsumowując, kierunki interwencji realizowanych w ramach RPZ były co do zasady adekwatne do lokalnych wyzwań zdrowotnych oraz spójne z założeniami finansowania ze środków EFS, w szczególności w odniesieniu do profilaktyki chorób cywilizacyjnych. W dalszej perspektywie zasadne jest wzmacnianie działań edukacyjnych, rozwijanie interwencji skierowanych do młodszych grup populacji oraz precyzyjniejsze monitorowanie efektów zdrowotnych, także w ujęciu jakościowym, co umożliwi lepszą ocenę skuteczności programów i zwiększy ich trwałość. Równocześnie warto rozwijać narzędzia ułatwiające porównywalność danych i planowanie interwencji na poziomie krajowym i regionalnym, co pozwoli na bardziej spójne uzupełnianie luk w dostępie do działań profilaktycznych i zdrowotnych.

Zgodnie z ustawą, realizacja PPZ – a więc także RPZ – odbywa się co do zasady w trybie konkursowym, zgodnie z przepisami rozdziału 13 ustawy o zasadach realizacji programów z zakresu polityki spójności. Oznacza to, że wybór realizatorów RPZ następował w drodze konkursu, a projekty pozakonkursowe nie były dopuszczalne w tym obszarze (z wyjątkiem szczególnie uzasadnionych przypadków przewidzianych w przepisach).

Aby zapewnić zgodność realizowanych projektów konkursowych z treścią danego RPZ, Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi (IZ RPO) zobowiązane były do uwzględnienia treści RPZ w dokumentacji konkursowej. Oznaczało to konieczność wskazania odniesienia do konkretnego RPZ w kryteriach wyboru projektów oraz zapewnienia, że członkowie Komisji Oceniającej Projekty będą oceniać spójność działań zaplanowanych w projektach z zapisami RPZ, które stanowiły element regulaminu konkursu.

IZ RPO były również odpowiedzialne za zapewnienie przeprowadzenia ewaluacji rezultatów i produktów wdrażanych RPZ. Badania ewaluacyjne mogły być realizowane

bezpośrednio przez IZ RPO na poziomie regionalnym albo – w przypadku ujęcia danego RPZ w planach ogólnopolskich – w ramach ewaluacji prowadzonych z poziomu krajowego. Ewaluacje miały być przeprowadzane pod koniec wdrażania RPZ lub bezpośrednio po jego zakończeniu i powinny obejmować cały program, a nie pojedyncze projekty. Wyjątek stanowiła sytuacja, w której RPZ był realizowany przez jednego beneficjenta – wówczas możliwe było przeprowadzenie ewaluacji na poziomie projektu. IZ RPO mogły przekazać realizację badań ewaluacyjnych Instytucjom Pośredniczącym (IP), ale nie dopuszczano, by ewaluację prowadzili poszczególni beneficjenci – z wyjątkiem wspomnianego przypadku jednego beneficjenta realizującego cały RPZ.

Warto zauważyć, że w okresie programowania 2014-2020 KS uchwalił w Planach działania w sektorze zdrowia 129 naborów w ramach RPO poświęconych realizacji RPZ. Liczba naborów w poszczególnych regionach była zróżnicowana. Najwięcej z nich zaplanowano w Wielkopolsce (25), a następnie w województwie śląskim (17), łódzkim (16), świętokrzyskim (13) oraz w opolskim (11). Z kolei najmniej naborów przewidziano w województwach małopolskim i mazowieckim, gdzie przeprowadzono po dwa postępowania.

Zdecydowana większość działań realizowana była w ramach PI 8vi, odnoszącego się do aktywnego i zdrowego starzenia się (82,9% ogółu naborów). W ramach PI 9iv, związanego z poprawą dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym usług zdrowotnych, prowadzono 17,1% naborów, przy czym jego obecność ograniczała się do województw mazowieckiego (gdzie był jedynym wykorzystywanym w tym zakresie PI), opolskiego, zachodniopomorskiego, wielkopolskiego, śląskiego oraz warmińsko-mazurskiego.

Realizacja RPZ odbywała się w trybie konkursowym, zaś w trybie pozakonkursowym przyznawane mogło być finansowanie na opracowanie RPZ (wypracowanie założeń programu i przekazanie do opiniowania AOTMIT). Na 129 naborów w tej formule przeprowadzono 127, natomiast tryb pozakonkursowy zastosowano jedynie w województwach pomorskim i śląskim, po jednym naborze w każdym z nich. Pokazuje to, że mechanizmy wdrażania RPZ były silnie oparte na otwartej konkurencji, z bardzo ograniczonym wykorzystaniem procedur pozakonkursowych.

Łączna wartość zaplanowanych naborów sięgała ponad 964 mln zł. Najwięcej środków przeznaczono w województwie wielkopolskim – ponad 245 mln zł, a także w województwach śląskim (147 mln zł) i łódzkim (ponad 106 mln zł). Natomiast najmniejsze wartości naborów odnotowano w Małopolsce (11 mln zł), na Warmii i Mazurach (20 mln zł) oraz w województwie kujawsko-pomorskim (22 mln zł).

Tabela 3. Dane dotyczące naborów zaplanowanych w Planach działań w sektorze zdrowia przez KS

Województwo	Liczba naborów	PI		Tryb wyboru projektów		Wartość naborów ogółem [zł]
		PI 8vi	PI 9iv	Konkursowy	Pozakonkursowy	
Dolnośląskie	6	6	0	6	0	34 746 094,70
Kujawsko-pomorskie	4	4	0	4	0	21 745 539,00
Lubelskie	4	4	0	4	0	26 776 064,63
Lubuskie	7	7	0	7	0	40 695 591,03
Łódzkie	16	16	0	16	0	106 555 998,90
Małopolskie	2	2	0	2	0	11 054 932,38
Mazowieckie	2	0	2	2	0	29 982 252,38
Opolskie	11	7	4	11	0	60 307 380,79
Podlaskie	3	3	0	3	0	45 800 461,00
Pomorskie	4	4	0	3	1	78 282 771,71
Śląskie	17	11	6	16	1	151 063 751,83
Świętokrzyskie	13	13	0	13	0	61 565 010,00
Warmińsko-mazurskie	10	6	4	10	0	20 373 809,40
Wielkopolskie	25	21	4	25	0	245 463 588,26
Zachodniopomorskie	5	3	2	5	0	29 736 736,29
Razem	129	107	22	127	2	964 149 982,30

Źródło: Dane otrzymane od Zamawiającego.

Analiza wartości naborów oraz średnich wartości pojedynczych naborów w ramach RPO ukazuje wyraźne zróżnicowanie między województwami zarówno pod względem łącznej skali finansowej działań, jak i przeciętnej wartości konkursów.

Największą łączną wartość zaplanowanych naborów odnotowano w województwie wielkopolskim, gdzie wyniosła ona ponad 245 mln zł. Była to najwyższa kwota w kraju, stanowiąca prawie jedną piątą wartości wszystkich naborów. Kolejnymi regionami były województwa śląskie, w którym wartość naborów sięgnęła 151 mln zł, oraz łódzkie – ponad 106 mln zł. Znaczne środki przeznaczono również w Pomorskiem (78 mln zł) i Opolskiem (60 mln zł). Najmniejsze wartości odnotowano natomiast w Małopolsce (11 mln zł), na Warmii i Mazurach (20 mln zł) oraz w województwach kujawsko-pomorskim i lubelskim (odpowiednio 22 i 27 mln zł).

Średnia wartość pojedynczego naboru w skali kraju wyniosła około 8,1 mln zł, ale między województwami występują tu bardzo duże różnice. Najwyższe średnie



wartości naborów identyfikowano w województwie pomorskim – blisko 19,6 mln zł na jeden nabór, podlaskim (15,3 mln zł), mazowieckim (15,0 mln zł) oraz śląskim (13,7 mln zł). W tych regionach liczba naborów była stosunkowo niewielka, ale każdy z nich miał dużą wartość, co wskazuje na koncentrację środków w mniejszej liczbie, bardziej kosztownych przedsięwzięć. Z kolei najniższe średnie wartości naborów wystąpiły w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie wyniosły zaledwie około 2 mln zł, województwie świętokrzyskim (4,7 mln zł) i kujawsko-pomorskim (5,4 mln zł), co sugeruje bardziej rozproszony model rozdysponowania środków, z większą liczbą mniejszych konkursów.

Tabela 4. Wartość naborów zaplanowanych w Planach działań w sektorze zdrowia przez KS

Województwo	Wartość naborów ogółem	Średnia wartość naboru
Dolnośląskie	34 746 094,70	5 791 015,78
Kujawsko-pomorskie	21 745 539,00	5 436 384,75
Lubelskie	26 776 064,63	6 694 016,16
Lubuskie	40 695 591,03	5 813 655,86
Łódzkie	106 555 998,90	6 659 749,93
Małopolskie	11 054 932,38	5 527 466,19
Mazowieckie	29 982 252,38	14 991 126,19
Opolskie	60 307 380,79	5 482 489,16
Podlaskie	45 800 461,00	15 266 820,33
Pomorskie	78 282 771,71	19 570 692,93
Śląskie	151 063 751,83	13 733 068,35
Świętokrzyskie	61 565 010,00	4 735 770,00
Warmińsko-mazurskie	20 373 809,40	2 037 380,94
Wielkopolskie	245 463 588,26	11 688 742,30
Zachodniopomorskie	29 736 736,29	5 947 347,26
Razem	964 149 982,30	8 102 100,69

Źródło: Dane otrzymane od Zamawiającego.

Za zapewnienie komplementarności między działaniami realizowanymi w ramach RPZ a innymi interwencjami dotyczącymi profilaktyki chorób, odpowiadała IZ RPO.

Warunki realizacji zbieżnych tematycznie programów profilaktycznych finansowanych

ze środków PO WER i RPO określały natomiast wytyczne MliR⁵. W ramach PO WER realizowano przede wszystkim ogólnokrajowe programy profilaktyczne o charakterze systemowym, m.in. dotyczące profilaktyki nowotworów (np. raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego), chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób psychicznych czy chorób zakaźnych. Ich celem było ujednolicenie standardów działań profilaktycznych w całym kraju oraz wsparcie reform w obszarze zdrowia publicznego. Wytyczne te zostały doprecyzowane przez MZ w rekomendacjach KS dla kryteriów wyboru projektów w ramach PI 8vi oraz PI 9iv. Określają one szczegółowe zasady dotyczące wyboru projektów zdrowotnych współfinansowanych ze środków UE. Zawierają m.in. wskazanie, jakie typy interwencji mogą być finansowane, jakie warunki muszą spełniać programy profilaktyczne i zdrowotne, w jaki sposób należy uzasadniać potrzeby zdrowotne w regionie oraz jakie kryteria merytoryczne i formalne muszą spełniać wnioskodawcy. Rekomendacje KS miały więc na celu zapewnienie spójności działań finansowanych przez PO WER i RPO oraz podniesienie jakości projektów wybieranych do realizacji.

Programy łączące świadczenia gwarantowane z usługami ponadstandardowymi mogły być traktowane jako wykraczające poza standardowy zakres świadczeń gwarantowanych. Istotne było, **aby programy te tworzyły spójną, logicznie zaplanowaną całość i były skierowane do jasno określonej grupy odbiorców.**

Warunkiem ich kwalifikacji jako działań komplementarnych wobec publicznego systemu ochrony zdrowia było niewchodzenie w rolę zastępczą wobec świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Program musiał wносить rzeczywistą wartość dodaną, na przykład poprzez wdrażanie innowacyjnych rozwiązań systemowych zwiększających skuteczność realizowanych usług zdrowotnych, nawet wówczas, gdy analogiczne świadczenia były już finansowane ze środków publicznych. Dodatkowo istotne było zapewnienie trwałości rezultatów programu – co najmniej w zakresie rozwiązań funkcjonalnych, takich jak usprawnienie koordynacji procesów diagnostycznych i terapeutycznych – po zakończeniu finansowania z EFS⁶.

W tym miejscu warto odnieść się do wyników przeprowadzonego warsztatu z przedstawicielami poszczególnych RPO, dla których zrealizowano przynajmniej jedną ewaluację RPZ. Jak potwierdzają bowiem wyniki warsztatu, większość regionów wybierała obszary interwencji w oparciu o dane epidemiologiczne i luki w zabezpieczeniu świadczeń. Punktem wyjścia były mapy potrzeb zdrowotnych, choć okazało się, że nie zawsze obejmowały one wszystkie istotne problemy. Przykładowo, zaburzenia ze spektrum autyzmu nie były wyodrębnione w mapach, a mimo to jeden z

⁵ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” (zawieszone od 1 lutego 2020 r. w związku z pandemią COVID-19).

⁶ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” (zawieszone od 1 lutego 2020 r. w związku z pandemią COVID-19).

regionów zaplanował program dla dzieci z diagnozą autyzmu. Dlatego część województw samodzielnie opracowywała raporty o stanie zdrowia mieszkańców. W departamentach zdrowia tworzone analizy epidemiologiczne na podstawie dostępnych statystyk oraz danych z NFZ i lokalnych podmiotów leczniczych. Na bazie tych analiz wyciągano wnioski i rekomendacje co do priorytetowych problemów zdrowotnych w regionie. Regiony starały się również zapewnić zgodność planowanych RPZ z krajowymi dokumentami strategicznymi, takimi jak PP czy z własnymi wojewódzkimi strategiami polityki zdrowotnej, zapewniając wpisywanie się tematyki programów w zdiagnozowane potrzeby i oficjalne priorytety zdrowotne.

Uczestnicy warsztatu wskazywali, że decyzję o realizacji konkretnych działań, determinowała komplementarność oraz wartość dodana wobec oferty NFZ. Regiony celowo wybierały takie obszary, w których występowała „biała plama”, tj. świadczenia niefinansowane ze środków NFZ. Dzięki temu łatwiej było uzasadnić interwencję, a także uniknąć sytuacji, gdzie te same osoby otrzymują identyczne usługi z dwóch źródeł finansowania. Badani potwierdzali ponadto, że przyjmowano zasadę, iż tematyka RPZ nie może pokrywać się z programami profilaktycznymi realizowanymi na poziomie krajowym. Takie podejście zapewniło dobrą demarkację i ułatwiało uniknięcie podwójnego finansowania tych samych świadczeń. Jeśli nawet zdecydowano się na podobny obszar, to zmieniano grupę docelową lub zakres. Dla przykładu w regionalnym programie „Zdrowa Matka i Dziecko” w województwie śląskim objęto badaniami prenatalnymi ciężarne poniżej progu wieku przyjętego w programie ogólnopolskim, dzięki czemu interwencja regionalna poszerzyła dostępność usługi zamiast konkurować z ofertą centralną. Podobnie w programach rehabilitacji – kryteria doboru uczestników promowały osoby nie korzystające już z podobnych zajęć w NFZ lub w innych instytucjach (np. w ośrodkach medycyny pracy).

W uzasadnieniu interwencji regiony brały również pod uwagę, dostępność usług istniejących już w systemie NFZ. Uruchamiano zatem programy tam, gdzie czas oczekiwania na świadczenie choć finansowane z NFZ był bardzo długi - „system kolejkowy” stał się uzasadnieniem wdrożenia RPZ w obszarach takich jak rehabilitacja czy leczenie chorób przewlekłych. Wdrożenie programu regionalnego zapewniało szybszą pomoc pacjentom. Podnoszono jednak, że jeśli usługa była dostępna i bezpłatna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, to program nie cieszył się zainteresowaniem – np. mazowiecki RPZ dotyczący cukrzycy u seniorów okazał się stosunkowo mało skuteczny, ponieważ uczestnicy mogli wykonać podobne badania glikemii w POZ bez dodatkowego wysiłku. To doświadczenie utwierdziło regiony w przekonaniu, że należy wybierać tematy, gdzie rzeczywiście istnieje luka lub niedostatek w dotychczasowym systemie, a nie powielać w jakikolwiek sposób standardowe świadczenia.

Decyzje o wyborze RPZ zapadały również w kontekście wytycznych Programów Operacyjnych. Środki pochodziły głównie z Europejskiego Funduszu Społecznego (cele

związane z rynkiem pracy lub włączeniem społecznym), co determinowało pewne ramy. Tematy musiały wpisywać się w cele szczegółowe RPO – np. rehabilitacja osób w wieku produkcyjnym, profilaktyka chorób utrudniających aktywność zawodową lub wsparcie grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym. Niektóre pomysły, choć uzasadnione epidemiologicznie, nie spełniały wymogów z powodu braku możliwości finansowania w danym priorytecie. Komisja Europejska nie wyrażała zgody na finansowanie niektórych programów ze względu na zbyt słabe powiązanie tych chorób z miejscem pracy (uznano je za problemy cywilizacyjne, a nie typowo zawodowe). Ograniczało to w pewien sposób pulę tematów – nie każda ważna potrzeba zdrowotna mogła być ujęta, jeśli brakowało jej bezpośredniego przełożenia na rynek pracy lub inkluzję społeczną. Dlatego w ramach mechanizmu wyboru tematu regiony konsultowały się z instytucjami wdrażającymi fundusze. Często departamenty zdrowia przedstawiały propozycje tematów, a departamenty zarządzające funduszami oceniały ich zgodność z programem operacyjnym. Szukano płaszczyzny porozumienia między logiką zdrowotną a logiką funduszy – znalezienie tematu ważnego zdrowotnie, a przy tym kwalifikującego się do wsparcia EFS.

Kolejnym kryterium była praktyczna wykonalność programu. Jak podkreślali badani, już na etapie planowania zastanawiano się, czy w danym obszarze znajdą się chętni realizatorzy oraz kadry. Nie wszystkie regiony w wystarczającym stopniu uwzględniły to ryzyko, analizując np. czy dysponują dostateczną liczbą lekarzy danej specjalizacji, by obsłużyć program. Tam, gdzie przeprowadzono takie analizy, jeśli dana dziedzina medycyny była kadrowo „wąska”, rozważano powierzenie programu jednej wyspecjalizowanej placówce zamiast organizować szeroki konkurs. Z kolei tam, gdzie potencjalnych usługodawców było wielu (np. rehabilitacja, usługi fizjoterapeutyczne), brano pod uwagę podział programu na części, by zaangażować więcej podmiotów. Mechanizmy wyboru tematu i zakresu interwencji szły w parze z planem realizacji – tematyka musiała nie tylko odpowiadać potrzebom, ale i być możliwa do wdrożenia przez dostępne na rynku podmioty.

Do kwestii zakresu tematycznego RPZ odnieśli się również uczestnicy przeprowadzonego panelu ekspertów. Eksperci zauważyli, że mimo trafnej identyfikacji potrzeb i wynikających z tego zakresów tematycznych RPZ realizowanych w perspektywie 2014-2020, skala potrzeb w niektórych obszarach przekraczała zakres zrealizowanych działań.

Wydłużony czas oczekiwania na wizyty u specjalistów wskazuje na istotną skalę niewypełnionych potrzeb – można byłoby uruchomić znacznie więcej programów, by im sprostać, co jednak ograniczone jest możliwymi do wykorzystania środkami. Zdaniem ekspertów pewne istotne problemy zdrowotne nie zostały objęte RPZ lub zrealizowano je w niewystarczającym stopniu.

Dotyczy to zwłaszcza obszaru zdrowia psychicznego, gdzie – jak zauważono – istnieje ogromna, wciąż narastająca potrzeba wsparcia, nie w pełni odzwierciedlona w dotychczasowych interwencjach (wsparcie z tego obszaru było realizowane w analizowanym okresie (np. w województwie śląskim), lecz mimo to skala potrzeb pozostaje na znacznie wyższym poziomie). W badaniach przesiewowych młodych dorosłych wykrywano zaskakująco dużo przypadków obniżonego nastroju i depresji, które wcześniej nie trafiły pod opiekę lekarską - mimo to programów dedykowanych zdrowiu psychicznemu było stosunkowo niewiele. Paneliści podkreślili również problem braku danych - mapy potrzeb zdrowotnych nie wyodrębniają porad psychologicznych – łączą je z psychiatrycznymi, przez co brakuje twardych statystyk o zapotrzebowaniu na usługi psychologów i psychoterapeutów. Utrudnia to planowanie interwencji adekwatnych do skali problemu, np. w zakresie profilaktyki depresji czy wsparcia psychologicznego młodzieży.

Innym niedoszacowanym elementem diagnozy były w opinii ekspertów czynniki środowiskowe wpływające na zdrowie populacji. Zwrócono uwagę, że choć wiele RPZ-ów skupiało się na chorobach cywilizacyjnych i promowaniu zdrowego stylu życia, to aspekty środowiskowe – takie jak jakość powietrza, zmiany klimatu czy choroby wektorowe (rozprzestrzeniane np. przez kleszcze) – nie były dostatecznie uwzględnione w planowaniu działań. Tymczasem zagrożenia te stają się coraz bardziej palące i zróżnicowane regionalnie. Eksperti zasugerowali ponadto, że analiza potrzeb zdrowotnych powinna w przyszłości w większym stopniu brać pod uwagę uwarunkowania środowiskowe danego województwa, aby programy profilaktyczne mogły skuteczniej zapobiegać nowym zagrożeniom.

Regionalne Programy Zdrowotne koncentrowały się na najpoważniejszych zagrożeniach zdrowotnych w regionach – głównie chorobach cywilizacyjnych, takich jak schorzenia układu krążenia, nowotwory czy cukrzyca. Dominowały programy profilaktyczne (np. badania przesiewowe) oraz rehabilitacyjne, ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób i przywracanie sprawności pacjentom. Samorządy unikały dublowania ogólnopolskich programów profilaktycznych, rozszerzając wsparcie na obszary niedofinansowane centralnie. Tematyka RPZ dobierana była na podstawie map potrzeb zdrowotnych i danych epidemiologicznych – interwencje adresowały najistotniejsze problemy zdrowotne populacji regionalnych. Za właściwy uznać należy wybór obszarów interwencji, jednak zidentyfikowano pewne luki: np. zdrowie psychiczne nie było dostatecznie reprezentowane, mimo narastających potrzeb. Ponadto nie wszędzie udało się uruchomić programy na odpowiednią skalę, przez co w części regionów skala działań była ograniczona w stosunku do faktycznych potrzeb. Mimo to na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że RPZ stanowią trafne narzędzie polityki zdrowotnej, adekwatnie odpowiadające na lokalne priorytety i realnie wzmacniające działania profilaktyczne w regionach.

6.2. Proces opracowywania RPZ

Analiza desk research zapisów RPZ wskazuje, że wybór dziedzin zdrowia wynikał głównie z analizy map potrzeb zdrowotnych i danych epidemiologicznych (w tym m.in. dane WHO, Unicef, EHIS, GUS, BDL, ZUS, NFZ, NIZP-PHP, artykuły naukowe i opracowania eksperckie) – samorządy identyfikowały najistotniejsze problemy zdrowotne populacji, uwzględniając przy tym priorytety krajowej strategii (PP) oraz zalecenia instytucji takich jak AOTMiT. Zakres źródeł wykorzystywanych do sporządzenia diagnozy był bardzo szeroki, jednak zaznaczyć należy, że regiony dość silnie ograniczane były przez odpowiednie Wytyczne, które również miały istotny wpływ na kształt tworzonych RPZ (o czym szerzej w dalszej części).

Zakres źródeł diagnoz obejmował więc zarówno krajowe, jak i lokalne statystyki oraz analizy eksperckie. Warto zaznaczyć, że w diagnozach pojawiały się jedynie nieliczne dane odnoszące się do środowiska naturalnego, głównie w kontekście chorób odkleszczowych (województwa podlaskie, warmińsko-mazurskie) oraz zanieczyszczenia powietrza i gleby w wybranych regionach (województwo małopolskie). Były to jednak pojedyncze odniesienia i nie stanowiły istotnej części materiału dowodowego. Ograniczony zakres takich danych wynikał z tego, że analizowane regionalne programy zdrowotne nie obejmowały zagadnień zdrowia środowiskowego, koncentrując się na profilaktyce chorób cywilizacyjnych, onkologicznych, metabolicznych czy zaburzeń rozwojowych. W konsekwencji kwestie wpływu środowiska na zdrowie nie były przedmiotem dotychczasowych interwencji RPZ. Z kolei niektóre ze względu na brak dostępności informacji na niższych poziomach administracyjnych operowały prawie wyłącznie danymi ogólnokrajowymi, co wskazuje na brak odniesienia do specyfiki województwa. Różnorodność ta świadczy o braku jednolitej metodologii diagnozy – w niektórych RPZ opierano się na lokalnych danych epidemiologicznych, w innych na raportach krajowych.

Zebrane dane pokazują, że diagnozy potrzeb były szeroko poparte danymi epidemiologicznymi. Warto kontynuować to podejście, jednocześnie rozszerzając je o czynniki dotychczas pomijane, takie jak uwarunkowania środowiskowe i społeczne.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy desk research, przy opracowywaniu założeń RPZ samorządy napotykały trudności zarówno natury merytorycznej, jak i formalnej. Wiele samorządów miało bowiem problem z poprawnym sformułowaniem celów programów i dobraniem właściwych mierników ich osiągnięcia. Konieczność przygotowania szczegółowego uzasadnienia epidemiologicznego, określenia konkretnych wskaźników efektywności, zdefiniowania populacji docelowej i interwencji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną stanowiło w praktyce duże obciążenie dla zespołów przygotowujących program. Niejednokrotnie AOTMiT w swoich opiniach zwracała uwagę na potrzebę doprecyzowania celów i dodania mierzalnych rezultatów, co wymagało od samorządów wprowadzenia zmian do

projektów programów przed ich ostatecznym zatwierdzeniem. Dla części jednostek samorządu terytorialnego (JST) (zwłaszcza mniejszych, z ograniczonymi zasobami kadrowymi w działach zdrowia) spełnienie wszystkich formalnych wymogów stanowiło istotne wyzwanie – proces przygotowania programu był bowiem czasochłonny i wymagał specjalistycznej wiedzy z zakresu epidemiologii oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Województwa podejmujące się zadania opracowania RPZ musiały dołożyć starań, by sprostać standardom – co niekiedy opóźniało ogłoszenie naborów lub powodowało konieczność kilkukrotnego przekazywania dokumentacji do akceptacji (np. do KS) przed startem programu⁷.

W analizowanych dokumentach widoczna była zależność między stopniem ustandaryzowania obszaru medycznego a sprawnością przygotowania programu, w obszarach o dobrze opisanych standardach klinicznych, w tym kardiologii i diabetologii, łatwiej było formułować cele, wskaźniki i ścieżki postępowania, co potwierdzają przykłady regionów realizujących szerokie moduły diagnostyczne i rehabilitacyjne, jak województwo łódzkie, pomorskie czy wielkopolskie. W tematach wymagających większej interdyscyplinarności, takich jak zdrowie psychiczne czy zaburzenia neurorozwojowe, prace koncepcyjne były dłuższe, wymagały szerszego zaplecza eksperckiego oraz precyzyjnego opisu rezultatów jakościowych, co dobrze ilustrują rozwiązania z województwa mazowieckiego, małopolskiego, podlaskiego, warmińsko-Mazurskiego, śląskiego czy wielkopolskiego. Ta różnica przekładała się na liczbę iteracji dokumentacji oraz czas niezbędny do uzgodnień, w tym ustalenia kryteriów kwalifikacji i sposobu pomiaru efektów.

Analiza desk research pokazała, że władze regionalne często sygnalizowały trudności w opracowaniu programu – brakowało im dedykowanych jednostek lub ekspertów, którzy pomogliby zaplanować działania profilaktyczne od strony merytorycznej. W wielu urzędach niewystarczające okazały się zasoby kadrowe i know-how niezbędne do przygotowania projektu opartego na dowodach naukowych. Dodatkowo, procedury formalne (uzyskiwanie opinii AOTMiT, konkursy ofert na realizatorów) bywały postrzegane jako złożone i czasochłonne. W efekcie część JST zniechęcała się do podejmowania programów, koncentrując się raczej na bieżących zadaniach opieki zdrowotnej finansowanych z NFZ⁸.

Analiza pokazuje, że proces opracowywania programów charakteryzował się znaczną złożonością merytoryczną i organizacyjną. W wielu regionach projekty obejmowały szczegółową diagnostykę epidemiologiczną, precyzyjnie określoną populację docelową oraz rozbudowane komponenty terapeutyczne i edukacyjne, co wymagało ścisłego odwzorowania ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych i dopasowania do dostępnych

⁷ *Samorządy mają problem z określeniem celów programów zdrowotnych*, www.prawo.pl

⁸ M. Kautsch, K. Zientek, K. Szulc, E. Piętaś, Nie ma wody na pustyni – realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego w Polsce, 2023.

zasobów. W województwach realizujących programy w obszarach dobrze opisanych klinicznie, jak choroby układu krążenia czy cukrzyca (np. łódzkie, pomorskie, wielkopolskie), logika interwencji była bardziej ustandaryzowana, co widocznie ułatwiało konstrukcję celów i wskaźników.

W regionach podejmujących tematykę bardziej złożoną organizacyjnie i diagnostycznie, w tym wspomniane wcześniej zdrowie psychiczne czy zaburzenia neurorozwojowe, analiza wskazuje na większą rozpiętość elementów programowych oraz rozbudowane komponenty specjalistyczne. Taka struktura programów odzwierciedlała konieczność zaangażowania kompetencji interdyscyplinarnych i komponentów wspierających, co mogło wydłużać proces przygotowawczy i wymagać większej koordynacji instytucjonalnej.

Widoczne są również różnice w podejściu do ustalania celów i wskaźników, w części województw dominowały wskaźniki twarde, odnoszone do liczby wykonanych badań, konsultacji czy ścieżek rehabilitacyjnych, natomiast w programach obejmujących zdrowie psychiczne i populacje młodzieżowe częściej formułowano wskaźniki jakościowe lub dotyczące zmian funkcjonalnych i behawioralnych. Zróżnicowanie to odzwierciedla specyfikę kliniczną interwencji oraz trudność pomiaru efektów w obszarach miękkich, dla których brakuje standaryzowanych narzędzi oceny rezultatów na poziomie regionalnym.

Różnicowała się również dostępność kadr i infrastruktury, regiony opierające realizację na jednym lub dwóch wyspecjalizowanych ośrodkach zachowywały spójność ścieżki opieki, ale narażały się na wąskie gardła organizacyjne i kadrowe, co było widoczne przy programach pulmonologicznych i kardiologicznych, na przykład w województwie świętokrzyskim. Tam, gdzie stosowano model rozproszony i współpracę wielu wykonawców, jak w województwie lubelskim, etap przygotowawczy obejmował więcej uzgodnień operacyjnych, w tym podział zadań, mechanizmy kierowania pacjentów oraz standaryzację raportowania. W dużych ośrodkach miejskich z silnym zapleczem klinicznym, częściej dopuszczano złożone modele świadczeń z modułami diagnostycznymi, terapeutycznymi i edukacyjnymi prowadzonymi równolegle.

Analiza RPZ potwierdza, że tam, gdzie programy obejmowały działania złożone logistycznie (np. rehabilitacja wieloetapowa, interwencje wielodyscyplinarne, elementy psychiatrii i psychologii), liczba zadań, partnerów i etapów była wyższa. W praktyce oznaczało to większy stopień planowania operacyjnego i konieczność dopasowania zakresu do dostępnych świadczeniodawców. Przykładowo w województwach o bardziej rozproszonej strukturze usług (np. wschodnia i północno-wschodnia część kraju) programy konstruowano w sposób pozwalający na realizację działań przez mniejszą liczbę wyspecjalizowanych podmiotów, natomiast w dużych ośrodkach miejskich o silnym zapleczu medycznym (np. województwa mazowieckie, pomorskie, wielkopolskie) dopuszczano bardziej rozbudowane modele świadczeń.

Wspólnym mianownikiem dla analizowanych województw było dążenie do zapewnienia kompleksowości interwencji, widoczne w łączeniu modułów diagnostycznych, terapeutycznych i edukacyjnych. Różnice dotyczyły natomiast stopnia rozwinięcia komponentów uzupełniających, w szczególności wsparcia psychologicznego oraz współpracy z POZ. W części regionów komponenty te były wyraźnie zaznaczone i stanowiły obowiązkowy etap interwencji, a w innych pojawiały się incydentalnie, co może wynikać z odmiennych zasobów lokalnych i modeli świadczeń.

Analiza wskazuje zatem, że struktura RPZ była determinowana dostępnością regionalnych zasobów, poziomem specjalizacji terapeutycznej oraz stopniem ustandaryzowania obszaru medycznego, którego dotyczył program. W województwach o silnej infrastrukturze zdrowotnej i rozwiniętych ośrodkach klinicznych programy były bardziej złożone, natomiast tam, gdzie dostępność specjalistów i zaplecza była ograniczona, interwencje miały charakter bardziej selektywny i ukierunkowany na konkretne ścieżki świadczeń.

W programach kierowanych do dorosłych i seniorów łatwiej było wykazać spójność z logiką interwencji finansowanych ze środków EFS, co skracало etap uzgodnień i porządkowało dobór wskaźników, natomiast w działaniach adresowanych do dzieci i młodzieży potrzebne były dodatkowe uzasadnienia i doprecyzowanie rezultatów, w tym mierników funkcjonalnych. W projektowaniu rekrutacji i utrzymaniu ciągłości opieki kluczowa okazywała się współpraca z podstawową opieką zdrowotną: tam, gdzie była zaplanowana jako stały element, szybciej osiągano wartości wskaźników wejściowych, a tam, gdzie ograniczała się do działań incydentalnych, częściej korygowano plany naboru i harmonogramy.

W tym miejscu warto odnieść się do wyników przeprowadzonego warsztatu. Pierwszą wskazywaną przez badanych trudnością była złożoność metodologiczna i konieczność powiązania działań z rynkiem pracy. Przy planowaniu programów pojawiał się konflikt między wymaganiami Agencji Oceny Technologii Medycznych, skupiającej się na efektywności zdrowotnej populacji, a wytycznymi funduszy unijnych nakazującymi powiązanie interwencji z rynkiem pracy. Regiony musiały wykazać wpływ programów zdrowotnych na zatrudnienie, co bywało w ich opinii sztucznym wymaganie utrudniającym konstrukcję założeń merytorycznych. Sprawiało to trudność szczególnie na początku perspektywy 2014–2020, kiedy to brakowało gotowych rozwiązań, jak udowodnić przełożenie efektów zdrowotnych na aktywność zawodową uczestników.

Ponadto w opinii uczestników warsztatu programy tworzone według oficjalnych rekomendacji medycznych bywały mało elastyczne. Gdy istniały ogólnopolskie rekomendacje AOTMiT dla danego schorzenia, regiony czuły się zobligowane stosować je dosłownie, nawet jeśli lokalna specyfika podpowiadała im inne podejście. Zapisy rekomendacji bywały „bardzo sztywne” – urzędy marszałkowskie wskazywały,

że chciałyby czasem przygotować program autorski, lecz jeśli istnieje rekomendacja AOTMiT, muszą się jej trzymać. Taka sztywność utrudniała dopasowanie założeń RPZ do realiów regionalnych.

Aspekt ten wybrzmiał również w trakcie przeprowadzonego panelu ekspertów. Paneliści zwrócili bowiem uwagę na wyzwanie, które generowała sztywność ram nałożonych na regiony projektujące swoje programy. Gotowe rekomendacje AOTMiT, choć ułatwiały przygotowanie projektu, pozostawiały zdaniem ekspertów niewielkie pole manewru dla lokalnych innowacji czy możliwości dostosowania ich do specyficznych potrzeb regionu. Zaznaczano, że każda próba wyjścia poza schemat (dodania nowej aktywności czy modyfikacji świadczenia) spotykała się z brakiem zgody ze strony Agencji. W efekcie logika interwencji była odgórnie zdefiniowana, co z jednej strony gwarantowało oczywiście jej zgodność z aktualną wiedzą medyczną, ale z drugiej – ograniczało elastyczność programu. Tymczasem praktyka pokazywała, że już w trakcie wdrażania specjaliści nieraz dostrzegali możliwości ulepszenia procedur czy dostosowania ich do odbiorców.

Eksperci biorący udział w panelu podkreślali również znaczenie podejścia multidyscyplinarnego i wczesnej interwencji. W rehabilitacji czy profilaktyce niesprawności wskazuje się, że kompleksowe działania od samego początku choroby lub zagrożenia dają lepsze wyniki niż spóźnione, fragmentaryczne leczenie. Stąd logika wielu programów prawidłowo zakładała połączenie różnych form terapii – np. rehabilitacji medycznej z warsztatami edukacyjnymi, terapią zajęciową i wsparciem psychologicznym – aby od razu całościowo zaopiekować się pacjentem. Takie holistyczne podejście wpisywało się więc w logikę interwencji jako niezbędny warunek skuteczności.

Ponadto, sygnalizowano potrzebę silniejszego powiązania programów z podstawową opieką zdrowotną. Dotychczas lekarze rodzinni nie zawsze byli w pełni włączeni w realizację RPZ – np. nie otrzymywali wystarczających informacji i narzędzi, by kierować swoich pacjentów do udziału w programach, podczas gdy (jak wskazują dobre praktyki) stanowią oni bezcenny element działań rekrutacyjnych do tego typu inicjatyw. Logiczna konstrukcja przyszłych interwencji powinna więc zakładać większą rolę POZ jako kanału dotarcia do populacji i kontynuacji opieki nad uczestnikami programu. Warto zaznaczyć, że w województwie śląskim – zgodnie z rekomendacją Komitetu Sterującego – w naborach dotyczących RPZ z zakresu rehabilitacji zastosowano kryterium premiujące włączenie POZ jako partnera projektu. Analiza złożonych wniosków wykazała, że udział POZ jako partnera w projektach sprowadzał się przede wszystkim do prowadzenia rekrutacji pacjentów oraz realizacji działań edukacji zdrowotnej w ramach ścieżki wsparcia, w tym indywidualnych programów rehabilitacji. Pokazuje to, że formalne włączenie POZ może realnie wzmacniać komponent rekrutacyjny i edukacyjny RPZ.

Wiele regionów sygnalizowało również podczas warsztatu trudności z dostępem do ekspertów medycznych przy opracowywaniu programów (co potwierdza wskazane powyżej wnioski z analizy desk research). Ciężar przygotowania założeń merytorycznych (epidemiologia, kryteria kwalifikacji, ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna) spadał często na urzędników, którzy nie zawsze dysponowali specjalistyczną wiedzą o danej chorobie. Znalezienie lekarza lub profesora skłonnego doradzić przy tworzeniu RPZ okazywało się trudne, co wydłużało i komplikowało prace. Również realizatorzy napotykali braki kadrowe przy samym wdrażaniu działań – niektóre programy wymagały specjalistów, których lokalnie brakowało. Jeden z regionów wskazał, że w programie kardiologicznym tylko dwie placówki w województwie spełniały wymogi sprzętowe i personalne, a mimo to żadna nie podjęła się realizacji ze względu na zbyt skomplikowaną ścieżkę opieki i niedobór odpowiedniej kadry medycznej. To pokazuje, że nawet dobry merytorycznie program może nie zostać zrealizowany z powodu niewystarczających zasobów ludzkich.

- My w naszym województwie opracowaliśmy taki program, który dotyczył kardiologii. (...) Niestety ten program nam się nie sprawdził ze względu na to, że nie było chętnych do realizacji tego programu, czyli nie było realizatorów. Później jak badaliśmy dlaczego, no to głównie wskazywane przyczyny były takie, że bardzo skomplikowana była ścieżka w ramach właśnie tego programu oraz nie było odpowiedniej kadry medycznej, która mogłaby taki program zrealizować.

Źródło: Warsztat

Proces przygotowania i akceptacji RPZ okazywał się również wyjątkowo długotrwały. Ustawa dawała AOTMiT dwa miesiące na wydanie pozytywnej opinii i agencja wykorzystywała ten czas w pełni. Równolegle regiony musiały przygotować szczegółowy budżet w formie stawek jednostkowych za usługi zdrowotne. W ówczesnej perspektywie wymóg zatwierdzania stawek przez ministerstwo i organy centralne jeszcze nie obowiązywał, a i tak opracowanie metodologii kosztowej oraz zebranie danych potrafiło zająć nawet rok. W nowej perspektywie formalna procedura zatwierdzania stawek wydłużyła ten czas (dla jednego z programów aż do 1,5 roku). Takie opóźnienia powodowały napięcia, bo okres programowania ma ograniczone ramy czasowe – im później program ruszał, tym mniej czasu zostawało na jego realizację.

Dodatkowym wyzwaniem organizacyjnym było dopasowanie planu interwencji zdrowotnej do wymogów projektów unijnych. Urzędy marszałkowskie wskazywały, że początkowo programy zdrowotne konstruowano bez pełnej świadomości ograniczeń realizacyjnych, tj. harmonogramów, okresów kwalifikowalności wydatków, wskaźników projektowych. W efekcie pierwsze edycje RPZ miały zbyt długie lub wymagające

ścieżki opieki, nieprzystające do ram czasowych projektów. Dopiero ścisła współpraca zespołów opracowujących RPZ z zespołami wdrażającymi projekty pozwoliła lepiej zgrać te elementy. Przykładem była zmiana praktyki w jednym z województw – początkowo Departament Zdrowia przygotowywał programy samodzielnie, co skutkowało problemami we wdrożeniu, a później zadanie to przejęły zespoły realizujące konkursy unijne, które lepiej dostosowały założenia RPZ do możliwości organizacyjnych beneficjentów. Innymi słowy, trzeba było zaplanować ścieżkę świadczeń tak, by odpowiadała możliwościom organizacyjnym realizatorów i pozwalała monitorować efekty w ramach cyklu życia projektu.

Zdaniem badanych trudności nastroczało również konstruowanie budżetu RPZ. Regiony bez wcześniejszych doświadczeń musiały określać stawki za usługi zdrowotne często metodą prób i szybkich analiz rynku. Jednocześnie jednak jak podkreślano, wydłużony czas realizacji programów (czasami 3–4 lata) sprawiał, że pierwotnie skalkulowane ceny stawały się nieadekwatne pod koniec trwania umów. W okresie wdrażania nastąpiła bardzo wysoka inflacja, przez co wynagrodzenia i koszty usług medycznych wzrosły, a zakontraktowane stawki okazały się zbyt niskie. Realizatorzy powszechnie sygnalizowali pod koniec projektów, że budżet nie przystaje do realiów rynkowych. Brak mechanizmu waloryzacji finansowej był zatem istotną barierą dla możliwości wdrożenia zaplanowanych działań. Ponadto regulacje projektowe nie zawsze uwzględniały wszystkie koszty – np. w jednym z programów przesiewowych nie przewidziano zakupu sprzętu medycznego, co odebrało realizatorom możliwość doposażenia się z funduszy projektu. To zniechęciło potencjalnych wykonawców, bo musieliby angażować własny sprzęt i środki bez korzyści inwestycyjnej.

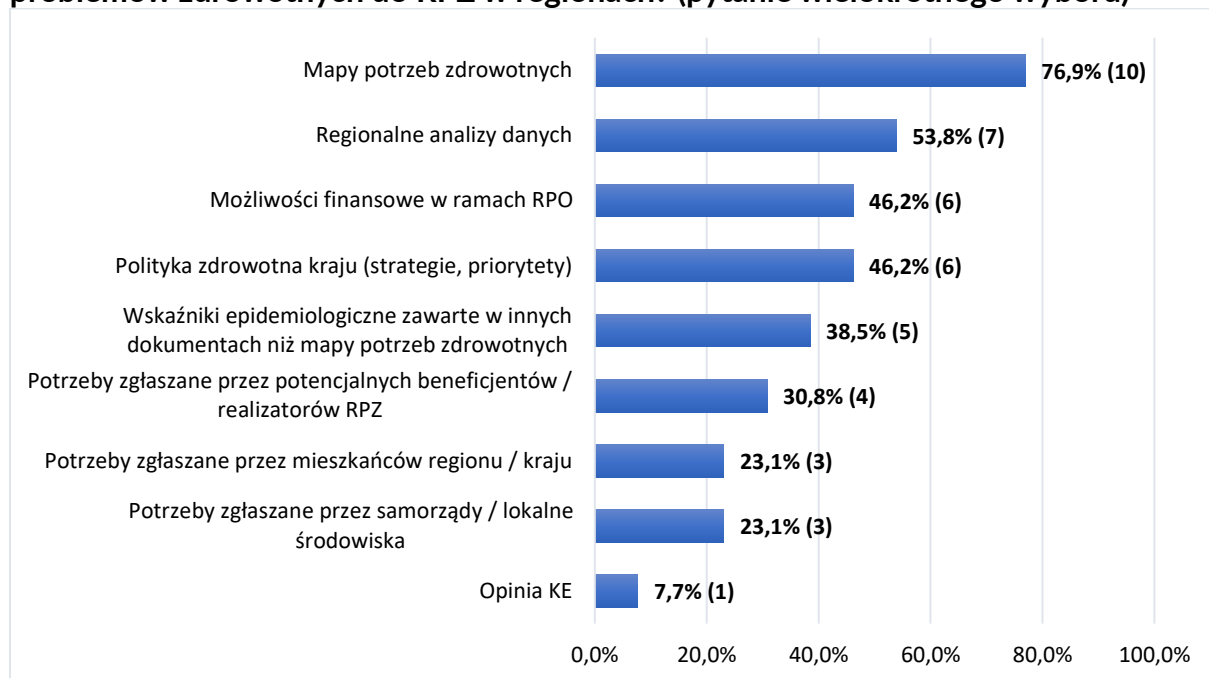
Planowanie kosztów i harmonogramów wymagało uwzględnienia wieloletniej dynamiki cen świadczeń oraz dostępności kadr, w programach o czasie realizacji przekraczającym trzy lata początkowe stawki jednostkowe traciły adekwatność wobec zmian rynkowych, co ograniczało możliwości realizatorów i wymuszało korekty zakresu świadczeń. W przypadkach, w których nie przewidziano doposażenia w sprzęt, potencjalni wykonawcy rezygnowali z udziału, ponieważ realizacja wymagała angażowania zasobów własnych bez gwarancji zwrotu nakładów, co obniżało konkurencyjność naborów i spójność geograficzną świadczeń.

Jak zauważyli rozmówcy, na początku realizacji RPZ pojawił się również deficyt wiedzy operacyjnej. Mimo że zaplanowano ogólnopolskie wsparcie – projekt szkoleniowy AOTMiT z tzw. kreatorem programu polityki zdrowotnej – ruszyło ono dopiero pod koniec perspektywy, jesienią 2019 r. Szkolenia odbyły się online w cieniu pandemii i choć oceniono je jako znakomite merytorycznie, to przyszły zbyt późno, by pomóc we wdrażaniu większości ówczesnych programów. W praktyce więc każdy region uczył się na własnych błędach.

Na potrzeby metaanalizy przeprowadzone zostało badanie CAWI z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach KS. Udzielone odpowiedzi wskazują, że **najważniejszym czynnikiem wpływającym na wybór problemów zdrowotnych do RPZ w regionach były mapy potrzeb zdrowotnych**. Ten wybór został wskazany przez aż 76,9% (tj. 10) respondentów, co potwierdza ich postrzeganie map jako głównego narzędzia decyzyjnego i diagnostycznego w procesie planowania programów. Zaraz po mapach, istotną rolę odegrały regionalne analizy danych – wskazane przez 53,8% (7) badanych, co potwierdza, że oprócz krajowych dokumentów analitycznych, samodzielnie prowadzone rozpoznanie sytuacji w regionie miało również duże znaczenie.

Kolejnym często wskazywanym czynnikiem były możliwości finansowe w ramach RPO oraz odniesienia do polityki zdrowotnej kraju – zyskały po 46,2% wskazań. Sugeruje to, że wybór obszarów interwencji w RPZ był uwarunkowany nie tylko diagnozą zdrowotną, ale również realnymi ograniczeniami i ramami strategicznymi wynikającymi z dokumentów krajowych i dostępnych budżetów. W dalszej kolejności respondenci wskazywali na wskaźniki epidemiologiczne zawarte w innych dokumentach niż mapy (38,5%) oraz potrzeby zgłaszane przez potencjalnych beneficjentów i realizatorów RPZ (30,8%).

Wykres 1. Które czynniki Pana/Pani zdaniem miały największy wpływ na wybór problemów zdrowotnych do RPZ w regionach? (pytanie wielokrotnego wyboru)



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Większość ankietowanych członków i obserwatorów uczestniczących w pracach KS dostrzegała różnego typu trudności, na jakie napotymano w procesie przygotowania

RPZ. Zdaniem badanych, najczęściej napotymane wyzwania wiązały się ze złożonymi procedurami zatwierdzania dokumentów (53,8%, tj. 7 osób) i ograniczonymi zasobami kadrowymi urzędów i instytucji (38,5%, tj. 5 osób). Po dwóch respondentów wskazywało na problemy w pozyskaniu danych epidemiologicznych, ograniczenia czasowe w przygotowywaniu dokumentów czy trudności z określeniem grupy docelowej (po 15,4%).

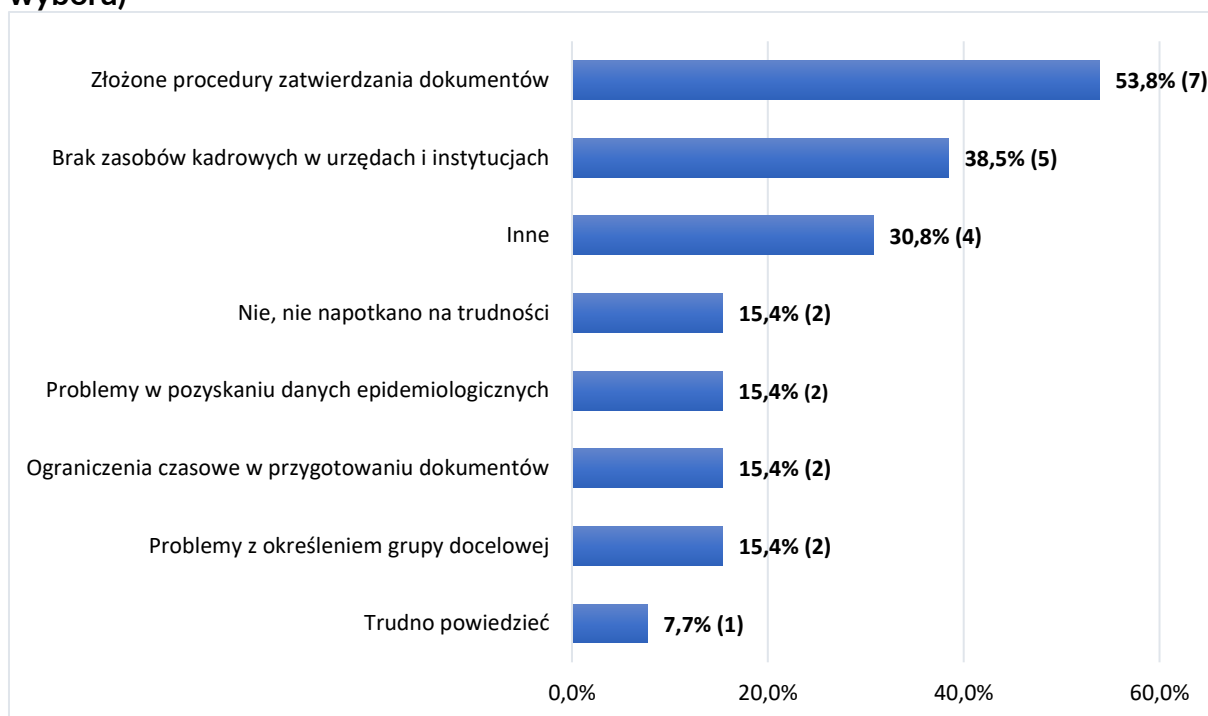
Stosunkowo wysoki był również udział innych napotkanych wyzwań (łącznie 30,8% wskazań (4 osoby); po jednym wskazaniu na dany problem), do których zaliczano:

- brak jasno określonych/dedykowanych źródeł finansowania wynagrodzeń dla osób uczestniczących w przygotowaniu RPZ (np. ekspertów medycznych);
- ograniczenia związane z finansowaniem w ramach RPO;
- ograniczenie się do wymogów narzucanych przez KE i MZ;
- zdezaktualizowane dane w mapach potrzeb zdrowotnych.

Tylko dwóch ankietowanych deklarowało, że w omawianym procesie (identyfikowania problemów zdrowotnych) nie napotymano żadnych istotnych problemów (15,4%).

W opinii 44,4% respondentów, którzy identyfikowali trudności w procesie przygotowania dotychczasowych RPZ, wyzwania te miały istotny wpływ na ogłaszane nabory. Zdaniem badanych, złożone procedury zatwierdzania dokumentów skutkowały koniecznością przesuwania naborów w sytuacji, gdy dany RPZ nie był jeszcze zatwierdzony, a w konsekwencji – skróceniem czasu na realizację zaplanowanych działań. Problemy z określeniem grupy docelowej wiązały się z brakiem precyzyjnych definicji, które mogły być różnie interpretowane, co utrudniało skompletowanie kwalifikowalnych dokumentów rekrutacyjnych. Ogółem natomiast, napotymane problemy przekładały się na późniejszą realizację poszczególnych wskaźników.

Wykres 2. Czy według Pana/Pani wiedzy w procesie przygotowania dotychczasowych RPZ napotkano na istotne trudności? (pytanie wielokrotnego wyboru)



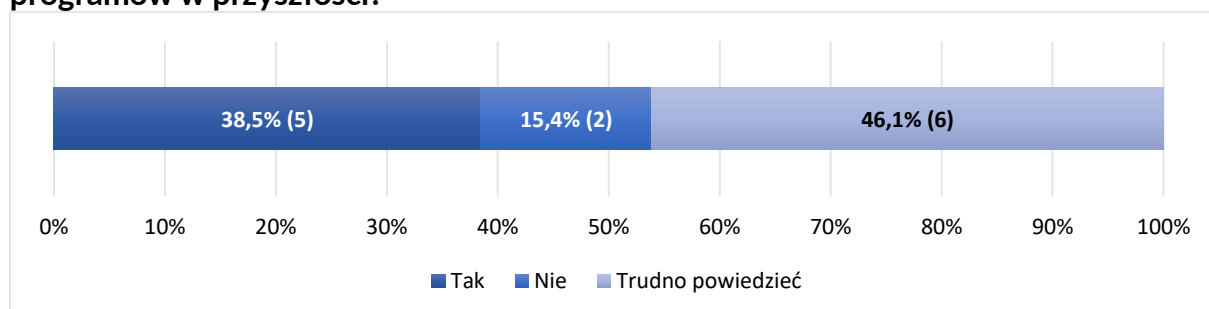
Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

38,5% (tj. 5) ankietowanych członków i obserwatorów uczestniczących w pracach KS wskazywało na potrzebę wprowadzenia zmian w procesie przygotowania RPZ, w celu ułatwienia województwom opracowywania programów w przyszłości.

Rekomendowano przy tym:

- rozszerzenie katalogu możliwości finansowania działań;
- skrócenie czasu wydawania opinii przez Prezesa AOTMiT;
- ograniczenie biurokracji związanej z realizacją programów;
- zapewnienie ciągłości realizacji projektów po zakończeniu finansowania z RPZ;
- korzystanie z aktualnych danych dotyczących potrzeb zdrowotnych (zapewnienie aktualności Map potrzeb zdrowotnych i rekomendowanych kierunków działania w obszarze zdrowia);
- zwiększenie elastyczności w zakresie tworzenia RPZ i planowanych w ich ramach działań, z możliwością skupiania się na istocie profilaktyki tj. promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- realizację szkoleń w zakresie przygotowywania RPZ.

Wykres 3. Czy w Pana/Pani opinii możliwe byłoby wprowadzenie jakichś zmian w procesie przygotowania RPZ, które mogłyby ułatwić województwom opracowanie programów w przyszłości?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Podsumowując dotychczasową analizę, badanie wykazało, że opracowanie założeń RPZ okazało się dla samorządów wyzwaniem zarówno merytorycznym, jak i organizacyjnym. Wiele regionów miało trudności z poprawnym zdefiniowaniem celów i mierników programów oraz przygotowaniem szczegółowego uzasadnienia epidemiologicznego. Konieczność spełnienia wymogów Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji m.in. dodania mierzalnych rezultatów i dostosowania interwencji do aktualnej wiedzy medycznej – wydłużała prace nad programami (zdarzało się kilkukrotne korygowanie dokumentacji przed zatwierdzeniem). Ograniczone zasoby kadrowe w urzędach marszałkowskich i brak dedykowanych ekspertów powodowały, że przygotowanie RPZ było czasochłonne i trudne. Dodatkowo sztywne wytyczne i obowiązek powiązania interwencji z rynkiem pracy stanowiły istotne bariery – wymóg wykazania wpływu programów zdrowotnych na zatrudnienie był postrzegany jako sztuczny i utrudniał konstrukcję merytoryczną projektu. Panel ekspertów potwierdził, że zbyt sztywne ramy metodologiczne hamowały lokalne innowacje i utrudniały dostosowanie programów do specyfiki regionu. Pomimo tych trudności, podkreślono wagę podejścia multidyscyplinarnego – wiele RPZ słusznie łączyło różne formy terapii (rehabilitacja, edukacja, wsparcie psychologiczne), co warunkowało ich skuteczność.

Obserwacje te potwierdzają, że powodzenie etapu przygotowawczego zależało od trzech czynników: po pierwsze od wyboru obszarów o odpowiednim stopniu ustandaryzowania i dostępności kadr, po drugie od modelu realizacji i planu współpracy z POZ, po trzecie od realistycznej konstrukcji budżetu i harmonogramu w horyzoncie całego cyklu projektu, ujęcie tych elementów wprost w dokumentacji programowej skracało ścieżkę uzgodnień i zwiększało szanse na utrzymanie zakładanej skali interwencji.

6.3. Proces zarządzania i wdrażania RPZ

Jak wskazują wyniki analizy dokumentacji, największą popularność wśród realizatorów zyskały te programy, które dotyczyły powszechnych schorzeń i były logistycznie stosunkowo proste do wdrożenia. Nabory związane z profilaktyką chorób kardiologicznych czy onkologicznych zazwyczaj przyciągały wielu oferentów – placówki medyczne dysponowały zasobami, aby takie działania podjąć, a sama tematyka była zbieżna z ich misją i kompetencjami. Dodatkowym czynnikiem zwiększającym atrakcyjność tych konkursów była gotowość pacjentów do udziału (co zapowiadało sukces projektu), a także możliwość wykorzystania istniejącej infrastruktury (np. pracownie diagnostyczne) w ramach programu. Mniejsze zainteresowanie beneficjentów odnotowano w przypadku programów bardziej nietypowych lub wymagających szczególnych zasobów. W przypadku, kiedy województwo zaproponowało RPZ wymagający zaangażowania deficytowej kadry (np. specjalistów rehabilitacji onkologicznej czy psychologów) lub obejmujący bardzo specyficzną grupę docelową, potencjalni realizatorzy podchodzili ostrożniej do składania wniosków. Czasem obawiano się trudności organizacyjnych, braku kadry lub niewystarczającego zainteresowania ze strony uczestników, co przekładało się na niski odzew na pierwsze ogłoszenia konkursowe.

W praktyce wystąpiły przypadki, gdy konkurs w ramach RPZ musiał zostać powtórzony lub przedłużony z powodu początkowego braku chętnych realizatorów. Zdarzało się również, że samorząd województwa opracował założenia Regionalnego Programu Zdrowotnego (uzyskał opinię AOTMiT itd.), lecz ostatecznie nie doszło do jego realizacji, ponieważ nie zgłosił się żaden wykonawca spełniający wymagania lub z innych powodów konkurs został unieważniony.

W tym miejscu warto odnieść się do wyników przeprowadzonego warsztatu, którego uczestnicy wskazali na szeroki zakres trudności napotkanych w momencie wdrażania RPZ, w tym potwierdzili wskazane powyżej zjawisko unieważniania konkursów z uwagi na brak oferentów. Jak wskazywano, mimo uzyskania pozytywnej opinii AOTMiT i uruchomienia naborów, niektóre programy regionalne nie doszły do skutku lub zostały przerwane.

Analiza doświadczeń regionów ujawnia kilka typowych przyczyn takich sytuacji. Najprostszy scenariusz przypadł na sytuację, w której do konkursu nie zgłosił się żaden chętny. Tak było m.in. w programie wczesnej diagnostyki autyzmu w Warmińsko-Mazurskiem, gdzie nabór ogłaszano trzykrotnie i za każdym razem nie wpłynęła ani jedna oferta. Podobnie program profilaktyki zaburzeń lękowych w tym regionie nie znalazł realizatora w pierwszym konkursie. W innych przypadkach wykonawca został wyłoniony, ale odstąpił od umowy zanim faktycznie rozpoczął świadczenia. Jak więc zaznaczano, nawet pozytywna ocena AOTMiT nie wystarcza,

jeśli na rynku lokalnym brakuje podmiotów zainteresowanych realizacją zaprojektowanego przedsięwzięcia.

Analizując powody braku zainteresowania konkursami, urzędy wskazały również na pewne błędy w konstrukcji interwencji. W niektórych RPZ zaplanowano ścieżki opieki tak złożone i długotrwałe, że potencjalni realizatorzy oceniali je jako niewykonalne. Województwo łódzkie doświadczyło podobnej trudności w programie kardiologicznym. Do konkursu przystąpił tylko jeden wykonawca (przyczyną braku zainteresowania większej liczby podmiotów były w tym przypadku zbyt wygórowane warunki dla realizatorów), którego wniosek ostatecznie oceniony został negatywnie. Poprzez to program w ogóle nie został wdrożony do realizacji, mimo że potrzeby kardiologiczne regionu były ogromne. Podobny los spotkał zachodniopomorski program rehabilitacji poudarowej – pierwszego wybranego realizatora zniechęciły zapisy dotyczące wskaźników i grupy docelowej. Program zakładał, że część pacjentów po udarze powróci do pracy, co miało być mierzone wskaźnikiem rezultatu. Rzeczywistość okazała się inna, osoby po udarze nie chciały nawet przystępować do projektu, obawiając się zobowiązania do powrotu na rynek pracy. Wiele z nich nie czuło się na siłach składać takich deklaracji.

- Mieliliśmy w ramach RPZ-u skorelowany wskaźnik rezultatu, który związany był z powrotem na rynek pracy. Po prostu osoby po przebytych udarach bały się przystępować do tego problemu, ponieważ nie miały jakby takiej możliwości podpisania oświadczenia, że po przebytej rehabilitacji, tj. po skorzystaniu z usług RPZ-u powrócą na ten rynek pracy. Stąd beneficjent poprosił nas o rozwiązanie umowy ze względu na to, że nie był w stanie zrealizować tego RPZ-u w założonym kształcie. To akurat nie podlegało negocjacji, jeżeli rozmawiamy tutaj o tych kwestiach zmiany w kontekście przedłożenia zmiany do AOTMiT-u. Później, po tej sytuacji, ogłosiliśmy ponownie ten nabór w innym czasie. Wpłynęły nam cztery wnioski. Niestety żaden z wnioskodawców nie spełnił kryteriów wyboru, w związku z czym nie została zawarta umowa, więc tak zakończyła się nasza historia RPZ-u z rehabilitacją po przebytych udarach.

Źródło: Warsztat

Realizator, widząc nikłe szanse rekrutacji i osiągnięcia celu, poprosił o rozwiązanie umowy. Próba ponownego ogłoszenia naboru zakończyła się fiaskiem – wpłynęło kilka ofert, lecz żadna nie spełniła kryteriów formalnych. Program był zbyt ambitny i niewłaściwie skonstruowany względem realiów beneficjentów- ciężko chorych osób, co doprowadziło do jego niezrealizowania mimo formalnego „zielonego światła” od AOTMiT.

Warto uzupełnić, że zgodnie z wynikami analizy desk research tam, gdzie pojawiły się trudności ze znalezieniem realizatorów, podejmowano odpowiednie działania naprawcze. Najczęściej przedłużano bądź powtarzano terminy naborów, modyfikowano kryteria (o ile to było możliwe bez utraty jakości założeń programu) lub intensyfikowano działania informacyjno-promocyjne skierowane do potencjalnych wnioskodawców. W niektórych przypadkach osobno kontaktowano się z podmiotami mogącymi podjąć realizację, aby wyjaśnić wątpliwości i zachęcić do udziału. Te doświadczenia wskazują, że kluczem do zapewnienia realizacji zaplanowanych RPZ jest odpowiednie przygotowanie konkursu – realistyczne wymagania, właściwy poziom dofinansowania oraz wcześniejsze badanie rynku potencjalnych wykonawców. Dobrą praktyką okazało się konsultowanie założeń programu z placówkami medycznymi już na etapie planowania (np. podczas opracowywania szczegółów RPZ współpracowano ze szpitalami i ekspertami klinicznymi), co pozwalało lepiej dopasować program do realiów i możliwości wykonawczych.

Innym rodzajem błędu w konstruowaniu RPZ wskazywanym przez uczestników warsztatu była nadmierna podstawowość i brak odpowiednich bodźców w programie. Jeśli RPZ oferował jedynie najprostsze interwencje, niewiele ponad to, co pacjent sam mógł uzyskać, to zarówno uczestnicy, jak i realizatorzy mogli nie widzieć sensu jego uruchamiania. Przedstawiciele jednego z województw przytaczali przykład programu przesiewowego w kierunku cukrzycy – zakres wsparcia ograniczał się do pomiaru BMI i poziomu glukozy. Z punktu widzenia pacjenta nie było to nic wyjątkowego (badania dostępne w każdej przychodni). Również dla operatora projekt nie był atrakcyjny, nie przewidywał np. inwestycji w sprzęt, za to generował spory nakład biurokracji. W rezultacie wykonawcom „nie opłacało się” uruchamiać projektu dla tak podstawowych świadczeń. Wyciągnięto z tego lekcję, że program musi oferować wartość dodaną (np. kompleksową opiekę, dostęp do specjalistów czy dodatkowe usługi), inaczej nie przyciągnie realizatorów pomimo formalnej zgody instytucji oceniającej.

- Sam zakres RPZ-u być może był dla operatorów mało atrakcyjny, czyli brak możliwości zakupu sprzętu - trzeba było zapewnić jak gdyby cały swój potencjał. Badania były typowo przesiewowe, czyli BMI i glukoza, czyli ten zakres taki, który czasami uczestnik też może sobie zrealizować w ramach np. podstawowej opieki zdrowotnej. Stąd realizacja programu mogła dla samego pacjenta nie być atrakcyjna pod kątem tego, żeby w niej uczestniczyć. I rzeczywiście ten zakres wsparcia być może był trochę zbyt podstawowy, być może ubogi dla operatorów, żeby zdecydować się na uruchomienie całej tej procedury. Realizacja programów unijnych to jest olbrzymie przedsięwzięcie sprawozdawcze, monitoringowe, uruchomienie całej tej maszyny działań projektowych, no po prostu się nie opłacało.

Źródło: Warsztat

Niekiedy na fiasco programu złożyły się okoliczności niezależne. W przypadku niektórych programów, przy braku chętnych, postanowiono przenieść środki na walkę z pandemią. Gdy warunki powróciły do normy, było już z kolei za późno na reaktywację projektu. Inny przypadek losowy dotyczył z kolei kwestii administracyjnej, kiedy to jedyny oferent nie zdołał złożyć wniosku w systemie przed upływem terminu – zabrakło przysłówiowych „kilku minut”, by aplikacja spełniła wymagania formalnie. Nabór trzeba było unieważnić i programu ostatecznie nie uruchomiono, choć merytorycznie był gotowy.

Niektóre programy stały się ponadto niemożliwe do wdrożenia, gdy zmieniły się warunki wyjściowe, a nie było sposobu na szybkie dostosowanie założeń. Przykładem jest jeden z programów rehabilitacji pocovidowej – opracowano go w oparciu o ogólnopolskie rekomendacje, lecz w trakcie realizacji pojawiły się problemy z rekrutacją, gdyż zaprzestano testowania populacji na COVID-19 i zlikwidowano kody choroby U07.1/U07.2 w dokumentacji medycznej. W efekcie potencjalni uczestnicy nie mogli potwierdzić przebycia COVID, co utrudniało ich kwalifikację, więc urząd marszałkowski wystąpił do AOTMiT o zgodę na zmianę kryteriów włączenia. Agencja jednak nie wyraziła zgody się na taką aktualizację rekomendacji i ostatecznie umowy z realizatorami zostały rozwiązane, a program zarzucono. Zabrakło mechanizmu umożliwiającego doraźną modyfikację RPZ w obliczu nowych okoliczności, co uwidoczniło, że procedury AOTMiT są mało elastyczne i nawet wyjątkowe sytuacje nie skłaniają agencji do zmiany zaleceń.

Zdarzały się również przypadki, w których wyłoniony w konkursie beneficjent nie wywiązał się z powierzonych zadań z przyczyn leżących po jego stronie. W jednej z relacji wskazano sytuację, w której wykonawca spoza regionu, po uzyskaniu wyboru w dwóch konkursach, przed rozpoczęciem realizacji podjął działania zmierzające do utworzenia nowej spółki, mającej wykonywać zadania na terenie województwa. W

praktyce oznaczało to, że realizacja projektów zostałaby przekazana innemu podmiotowi niż ten, który podlegał ocenie w procesie naboru. Z uwagi na powstałe ryzyko oraz brak pewności co do podmiotu odpowiedzialnego za wykonanie zadań, instytucja zdecydowała o rozwiązaniu umowy, co skutkowało brakiem realizacji programów. W innym przypadku realizator wycofał się z już podpisanej umowy, po stwierdzeniu pewnych nieprawidłowości w realizacji. Takie sytuacje są trudne do zapobiegnięcia na etapie planowania, ale pokazują, że ryzyko związane z wykonawcami też wpływa na końcowy bilans zrealizowanych RPZ.

Jak również zaznaczali uczestnicy warsztatu, Wykonawcy – czy to szpitale, czy przychodnie prywatne – podejmowali się realizacji RPZ tylko wtedy, gdy widzieli w tym potencjalną korzyść dla siebie i akceptowalny poziom ryzyka. Badani otwarcie mówili, że program musi oferować coś dla samego wnioskodawcy, który będzie go realizował, by równoważyć dodatkowe obciążenia administracyjne i ryzyko nieosiągnięcia rezultatów. W wielu przypadkach potencjalni realizatorzy analizowali, czy budżet pokryje ich koszty i czy ewentualny zysk wart jest podjęcia zobowiązań. Jeśli stawki były skalkulowane na minimalnym poziomie lub groziły stratą (np. wskutek inflacji), chętnych brakowało albo wycofywali się w trakcie realizacji. Ponadto realizatorzy obawiali się utraty części dofinansowania, jeśli nie zrekrutują wymaganej liczby pacjentów lub nie osiągną założonych wskaźników medycznych. Wspomniane już programy o zbyt długiej ścieżce czy warunkach trudnych do spełnienia były postrzegane przez potencjalnych oferentów jako obarczone wysokim ryzykiem, przez co nie decydowali się na udział w konkursach.

Warto również zaznaczyć, że w niektórych województwach przyjęto model, w którym jeden realizator obsługiwał cały region w danym programie. Strategia taka, choć administracyjnie prostsza (jedna umowa, jeden nadzór), okazała się nietrafiona przy dużych projektach. Przedstawiciele jednego z regionów przyznali, że wybieranie jednego realizatora na całe województwo staje się problemem – obciąża wykonawcę opieką nad ogromną liczbą uczestników i od razu eliminuje z konkursu wiele mniejszych podmiotów, które nie mają dość zasobów finansowych i organizacyjnych, by udźwignąć taką skalę. W innych regionach również zauważono, że ogromna alokacja finansowa przeznaczona dla jednego beneficjenta odstrasza potencjalnych realizatorów lub przerasta ich możliwości. W jednym z regionów zmieniono więc podejście – zaczęto dzielić konkurs na mniejsze części, ograniczając maksymalną wartość jednego projektu (np. do 3 mln zł), żeby więcej podmiotów mogło konkurować. W efekcie kilku realizatorów współuczestniczyło w osiągnięciu celu i łatwiej im było zapełnić wszystkie miejsca w programie. Doświadczenia pokazały, że dywersyfikacja realizatorów obniża ryzyko – gdy jeden podmiot zawiedzie, część efektów i tak zostaje zrealizowana przez pozostałych. Z kolei stawianie wszystkiego na jedną kartę (poprzez jednego realizatora) może skutkować całkowitym fiaskiem w razie jego problemów.

Warto podkreślić, że nie ma jednej uniwersalnej zasady, zaś liczba realizatorów powinna zależeć od charakteru programu. W programach wysoko wyspecjalizowanych (np. wada słuchu u dzieci, rehabilitacja osób z mózgowym porażeniem dziecięcym) często tylko kilka ośrodków w województwie ma kompetencje do ich prowadzenia. W takiej sytuacji lepiej wybrać jednego realizatora i dostosować kryteria naboru tak, by upewnić się co do jego potencjału. Rozdrabnianie na wielu mniejszych wykonawców groziłoby niedostatecznym pokryciem terenu lub problemami z koordynacją.

Natomiast przy programach szerzej zakrojonych (np. rehabilitacja dużej populacji w całym regionie) angażowanie wielu podmiotów ma większy sens – aczkolwiek wymaga jasnego podziału terytorialnego, by uniknąć konkurencji o tych samych pacjentów. Jeden z badanych regionów przyznał, że gdy w jednym z programów rehabilitacyjnych wybrano wielu realizatorów bez terytorialnego rozgraniczenia, nie udało się pokryć opieką całego obszaru, a rywalizacja między wykonawcami o uczestników doprowadziła nawet do rozwiązania jednej z umów. Biorąc to pod uwagę, należy elastycznie dobierać model realizatorski, wychodząc od zasady – w programach niszowych lub wysokospecjalistycznych – jeden główny podmiot, w programach masowych – kilku wykonawców bliżej społeczności lokalnych.

W trakcie warsztatu realizatorzy sygnalizowali także problemy natury administracyjnej. Publiczne podmioty, takie jak szpitale, musiały przy realizacji RPZ stosować ustawę o zamówieniach publicznych. To wydłużało i komplikowało działania – np. szpital wybrany do programu badań przesiewowych raka skóry musiał ogłosić przetarg na podwykonawców – przychodnie POZ, i gdy ten konkurs nie wyłonił żadnego oferenta, cały RPZ został wstrzymany. Ostatecznie szpital zrezygnował z realizacji, bo w tym trybie nie zdołał skompletować sieci wykonawców badań na terenie województwa. To pokazuje, że czasem procedury formalne kolidowały z terminowością i skutecznością programu – komercyjny realizator mógłby szybciej zakontraktować partnerów, ale publiczny był skrzepowany wymogami przetargowymi. Innym utrudnieniem były wspomniane wcześniej surowe kryteria kwalifikacji pacjentów (np. formalne potwierdzenie przebycia COVID do udziału w rehabilitacji). Wykonawcy musieli przestrzegać ustalonych ram, nawet jeśli to ograniczało nabór i efektywność.

Również analiza desk research potwierdza występowanie trudności wdrożeniowych związanych z tymi aspektami. Jak wynika z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych, beneficjenci często wskazywali na nadmierną ilość dokumentacji projektowej, skomplikowane procedury rozliczeń oraz nie zawsze przyjazne systemy informatyczne do raportowania danych⁹. Zapewnienie płynnej obsługi administracyjnej wymagało istotnego wysiłku, zaś zaangażowane jednostki sygnalizowały, że formalności odciągają uwagę od merytorycznej realizacji świadczeń zdrowotnych. Z punktu widzenia realizatorów często występującym problemem był również niedobór

⁹ Efekty Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

personelu medycznego potrzebnego do wykonania zaplanowanych usług. W trakcie trwania projektów zdarzało się, że trudno było zrekrutować lekarzy czy pielęgniarki do dodatkowych zadań w programie, zwłaszcza gdy jednocześnie system ochrony zdrowia borykał się z brakami kadrowymi¹⁰. To prowadziło do opóźnień w realizacji badań lub konieczności zmniejszenia liczby grup wsparcia.

Ponadto realizatorzy wskazywali na czynniki zewnętrzne, które zakłóciły przebieg wielu projektów. Najsilniejszym z tych czynników była pandemia COVID-19, która doprowadziła do nagłego wprowadzenia obostrzeń sanitarnych, okresowego zawieszenia działalności placówek medycznych oraz lęku samych pacjentów przed kontaktem z systemem ochrony zdrowia. Aspekty te spowodowały istotne przerwy lub spowolnienie realizacji licznych RPZ. W szczytowym okresie pandemii wiele działań musiało zostać czasowo zawieszonych, a po ich wznowieniu borykano się z niższą frekwencją i trudnościami organizacyjnymi. Innym czynnikiem zewnętrznym rzutującym na projekty była wysoka inflacja i wzrost kosztów usług medycznych pod koniec okresu programowania – budżety projektów planowane wcześniej okazywały się niewystarczające na pokrycie realnych wydatków, co zmuszało beneficjentów do szukania oszczędności lub renegotjacji zakresu działań.

Uczestnicy panelu wskazywali, że skuteczność wdrożenia programów zależała od właściwego doboru realizatorów, sprawnych procedur konkursowych, dobrej komunikacji między instytucjami oraz zdolności adaptacji do bieżących wyzwań (co w zasadzie potwierdza przedstawione w dotychczasowym fragmencie wnioski). Zgodnie z przepisami, każdy program był wdrażany przez jednostkę wyłonioną w otwartym konkursie ofert – najczęściej startowały w nich samodzielne podmioty lecznicze, samorządy lub organizacje pozarządowe. W opinii panelistów w roli realizatora regionalnego programu zdrowotnego najlepiej sprawdzają się podmioty samorządowe szczebla wojewódzkiego lub powiatowego (urzędy marszałkowskie, starostwa, ewentualnie duże miasta). Dzięki temu, że dysponują siecią jednostek i mogą objąć programem całą populację regionu, mają najszerszy zasięg i możliwości. Mniejsze podmioty, jak pojedyncze szpitale, siłą rzeczy ograniczają się do swoich pacjentów i terytorium, co utrudnia pełne wykorzystanie potencjału programu. Dlatego sugerowano, by w konkursach preferować lub zachęcać do aplikowania większe struktury organizacyjne, zdolne do koordynacji działań w skali ponadlokalnej.

Z kolei rola NGO w realizacji RPZ oceniana była dwojako. Organizacje pozarządowe często świetnie sprawdzają się w działaniach edukacyjnych i promotorskich, ale uczestnicy panelu przestrzegali, że samodzielna realizacja programu przez NGO bez partnerstwa z instytucjami medycznymi może skutkować zbyt „miękkimi” rezultatami. Zaznaczano więc, że aby program był merytorycznie spójny, organizacje społeczne powinny ściśle współpracować z ekspertami klinicznymi i np. z placówkami ochrony

¹⁰ Ibidem.

zdrowia. Tam, gdzie takie partnerstwa istniały, osiągnęto najlepsze efekty – NGO pełniły rolę mobilizującą i organizującą społeczność, a jednostki medyczne dbały o jakość świadczeń.

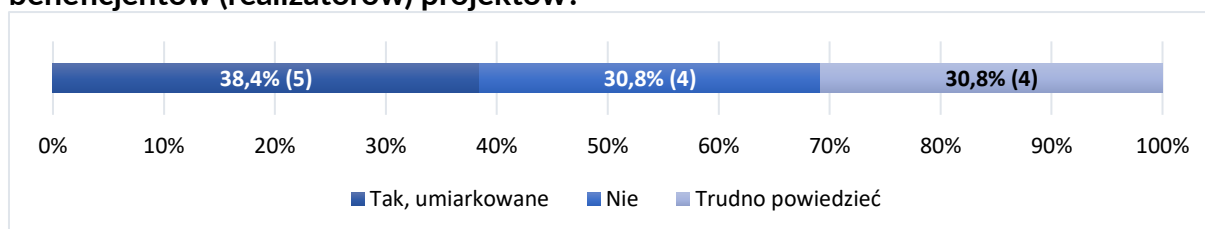
Paneliści wskazali również na zidentyfikowany już uprzednio problem, a mianowicie fakt, iż w toku realizacji napotymano na trudności w obsadzeniu konkursów. Bywały sytuacje, w których na ogłoszony konkurs wpłynęło mało ofert bądź żadna – przyczyną mogła być ograniczona liczba podmiotów zdolnych podołać wymaganiom lub nieatrakcyjne warunki finansowe, jak np. zbyt niski budżet w stosunku do zakresu działań. Zdaniem badanych instytucje ogłaszające konkursy RPZ muszą więc zadbać o odpowiednie kalkulacje finansowe i promocję naboru, tak aby przyciągnąć kompetentnych realizatorów.

Warto również zwrócić uwagę na wyniki przeprowadzonej ankiety z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Na występowanie trudności związanych z wyborem realizatorów projektów wskazało 38,4% (tj. 5) ankietowanych. Do identyfikowanych wyzwań zaliczały się:

- nieatrakcyjne z punktu widzenia części jednostek ochrony zdrowia kwoty określone w programach, przekładające się na ich ograniczone zainteresowanie realizacją działań w ramach RPZ;
- niewielkie zainteresowanie beneficjentów realizacją projektów w ramach RPZ dotyczących raka szyjki macicy;
- słabe przygotowanie beneficjentów do realizacji zadań zaplanowanych w ramach programów.

Wskazywano przy tym również, że napotykane wyzwania nierzadko uzależnione były od rodzaju wdrażanego RPZ. Trudności pojawiały się m.in. w tych RPZ, w których była zawężona liczba potencjalnych realizatorów lub ścieżka zdrowotna była bardziej skomplikowana.

Wykres 4. Czy w trakcie wdrażania RPZ pojawiały się trudności związane z wyborem beneficjentów (realizatorów) projektów?

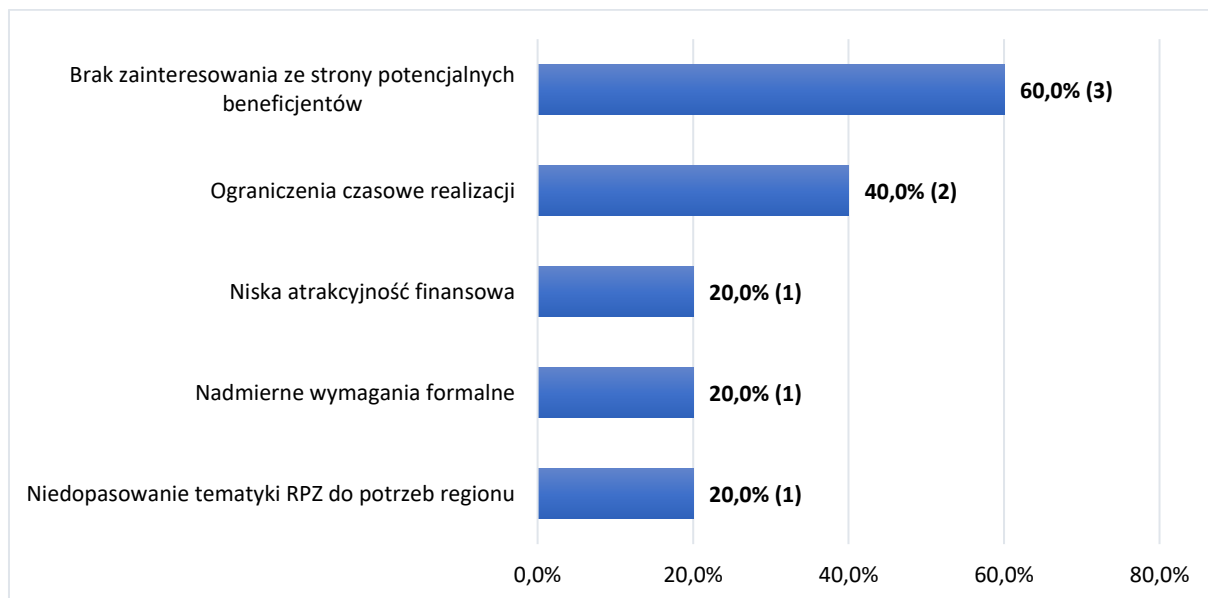


Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

W opinii ankietowanych, głównymi przyczynami występowania wspomnianych problemów był brak zainteresowania ze strony potencjalnych beneficjentów (60,0% wskazań, tj. 3 osoby) oraz ograniczony czas przeznaczony na realizację RPZ (40,0%

(2)). Rządziej wskazywano na niską atrakcyjność finansowania, nadmierne wymagania formalne czy nieadekwatność tematyki programu względem regionalnych potrzeb (po jednej odpowiedzi).

Wykres 5. Główne przyczyny występowania trudności związanych z wyborem beneficjentów (realizatorów) projektów

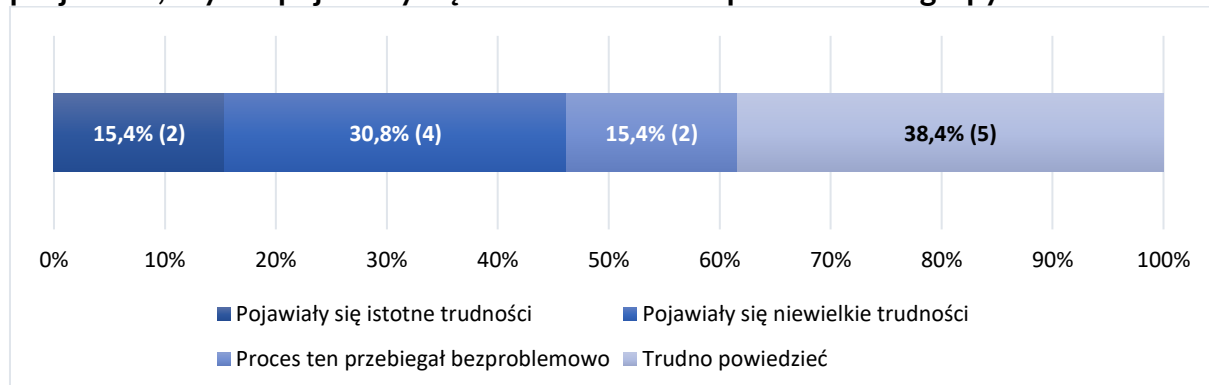


Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=5.

Jedynie dwóch ankietowanych członków i obserwatorów uczestniczących w pracach KS deklarowało, że rekrutacja zakładanej liczby pacjentów do programów nie stanowiła większego wyzwania. Na wystąpienie problemów w tym zakresie wskazało 46,2% (6) respondentów, przy czym – zdaniem ankietowanych – trudności te były wynikiem:

- ograniczeń związanych z pandemią COVID-19;
- niskiej świadomości społecznej w zakresie profilaktyki;
- niewielkiego zainteresowania ze strony potencjalnych uczestników;
- problemów z dotarciem z informacją do pacjentów (wykluczenie komunikacyjne/ cyfrowe jednostki, ograniczona czasowo promocja programu);
- ograniczonego zaangażowania kadry medycznej w proces informowania pacjentów o możliwości skorzystania ze wsparcia;
- wygórowanych zakładanych wartości docelowych wskaźników dotyczących liczby odbiorców wsparcia;
- ograniczeń formalnych wynikających z kryteriów dostępu do wsparcia.

Wykres 6. Czy według Państwa wiedzy łatwo było zrekrutować założoną liczbę pacjentów, czy też pojawiały się trudności ze skompletowaniem grupy uczestników?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Mimo zidentyfikowania tak licznych problemów, w większości projektów udało się wypracować metody ich przewyżczenia. Jak wskazują wyniki analizy desk research, wprowadzano uproszczenia w sytuacjach, w których pozwalały na to przepisy poprzez np. ujednolicone wzory formularzy. Braki kadrowe rozwiązywano, angażując personel na dodatkowe umowy, rotując zadaniami między pracownikami lub – jeśli było to możliwe – wydłużając czas realizacji projektu, by mniejszy zespół zrealizował zadania w dłuższym okresie. Okres pandemii wymusił jednocześnie innowacyjne podejście - wiele programów przestawiło się na tryb zdalny lub hybrydowy (np. konsultacje telemedyczne, webinary edukacyjne) tak, by zachować ciągłość wsparcia. W miarę możliwości projekty przedłużano, by uczestnicy mogli skorzystać z usług po ustaniu lockdownów. Z kolei problemy z rekrutacją uczestników (omówione w dalszej części) próbowano rozwiązać poprzez wzmożoną promocję i współpracę z lekarzami POZ, by kierowali pacjentów do programów.

Podsumowując tę część analizy, największym zainteresowaniem realizatorów cieszyły się RPZ o tematyce powszechnych chorób i proste organizacyjnie – np. profilaktyka chorób kardiologicznych czy onkologicznych przyciągała wielu oferentów dysponujących odpowiednimi zasobami. Projekty dotyczące bardziej niszowych problemów lub wymagające rzadkich specjalistów miały znacznie mniejszy odzew. W konsekwencji zdarzały się przypadki braku chętnych realizatorów – konkursy przedłużano lub powtarzano, a czasem mimo uzyskania pozytywnej opinii AOTMiT program nie ruszał z powodu braku wykonawców. Analiza przyczyn wskazała m.in. na nadmiernie złożone założenia niektórych RPZ, które zniechęcały potencjalnych oferentów i uczestników. To pokazuje, jak istotna jest potrzeba elastycznego zarządzania wdrażaniem RPZ – dostosowania wymogów do realiów lokalnych i aktywnej współpracy z rynkiem usługodawców, aby zapewnić realizację zaplanowanych interwencji.



Mechanizmy zarządzania RPZ obejmują sposób wyboru realizatorów programów, organizację ich wdrożenia oraz struktury koordynacyjne. Wśród wykorzystywanych rozwiązań znalazły się różne modele realizacji RPZ – konkursy na wykonawców, programy realizowane własnymi siłami województwa czy partnerstwa lokalne. Za kluczowe uznaje się przejrzyste procedury wybierania beneficjentów (np. konkursy ofert) oraz wskazanie koordynatora lub zespołu zarządzającego programem, który odpowiada za nadzór merytoryczny, finansowy i współpracę z innymi instytucjami (NFZ, placówkami POZ, NGO).

Analiza wskazuje na potrzebę klarownego i spójnego modelu zarządzania RPZ.

Rekomendowane jest wyznaczenie w każdym województwie wyraźnego koordynatora programu lub dedykowanego zespołu, odpowiedzialnego za wdrożenie RPZ. Realizacja w formule otwartych konkursów na realizatorów sprawdziła się w praktyce – zapewniła bowiem przejrzystość i wybór doświadczonych wykonawców.

Równocześnie zaleca się promowanie partnerstw lokalnych (samorządów, placówek medycznych, organizacji pozarządowych), ponieważ z danych wynika, że angażowanie różnych podmiotów poprawia koordynację działań. Wnioskiem analizy jest też dążenie do współpracy z NFZ i innymi instytucjami medycznymi na etapie realizacji – tam, gdzie takie partnerstwo istniało (np. Pomorskie), wdrażanie przebiegało sprawniej. Dzięki tym wnioskom kolejne RPZ mogą korzystać ze sprawdzonych struktur zarządczych, co zwiększy efektywność całego procesu wdrażania.

6.4. Proces monitorowania i ewaluacji RPZ

Analiza potwierdza, że zagadnienia monitorowania i ewaluacji efektów RPZ były obecne we wszystkich analizowanych regionach, choć zakres i dojrzałość tych mechanizmów istotnie się różniły. W wielu województwach monitoring koncentrował się przede wszystkim na danych operacyjnych i zgłaszalności umożliwiając kontrolę liczby uczestników i przebiegu udzielania świadczeń. W części regionów wskazano na prowadzenie bieżącego monitoringu wskaźników, w tym w niektórych przypadkach odniesienia do parametrów klinicznych lub jakości świadczeń (np. województwa małopolskie, świętokrzyskie, Warmińsko-mazurskie, śląskie), co pozwalało na pełniejszą ocenę efektów zdrowotnych.

Jednocześnie w szeregu przypadków dane potwierdzają brak systematycznych i jednolitych standardów oceny rezultatów zdrowotnych. Choć deklarowano prowadzenie monitoringu, jego zakres często obejmował przede wszystkim wskaźniki wykonania, a nie rezultaty zdrowotne, co jest spójne z uwagami formułowanymi podczas panelu. W części województw brakowało również pełnych informacji o przeprowadzonych ewaluacjach końcowych lub ich wynikach – pomimo zapisów o obowiązku ich realizacji na etapie projektowym.

Analiza wskazuje również, że powszechnie odnotowano utrudnienia organizacyjne związane z pandemią COVID-19, wpływające na zgłaszalność oraz możliwość prowadzenia badań diagnostycznych i monitoringu klinicznego. Część województw wskazywała jednak na skuteczne dostosowanie przebiegu działań i kontynuację monitorowania rezultatów. Kwestia monitorowania, sprawozdawczości i ewaluacji programów podjęta została również w ramach panelu ekspertów. Zdaniem badanych obecny wymóg sporządzania raportów końcowych przez realizatorów był co prawda wypełniany, ale badani przyznali, że zawartość tych raportów nie zawsze pozwalała na wyciągnięcie wniosków dotyczących efektywności wsparcia. Często raport skupiał się na realizacji wskaźników produktu (ilu osobom udzielono świadczeń), natomiast brakuje danych o długofalowych rezultatach zdrowotnych lub opisów napotkanych barier. Apelowano więc, by samorządy rzetelniej przekazywały dane z realizacji, gdyż stanowi to bezcenną informację zwrotną – na podstawie zebranych doświadczeń można aktualizować rekomendacje i lepiej projektować przyszłe programy. Uczestnicy panelu zgodzili się, że systematyczna ewaluacja (zarówno wewnętrzna, jak i zewnętrzna) powinna stać się stałym elementem zarządzania RPZ – pozwoli to nie tylko rozliczyć środki, ale przede wszystkim uczyć się na doświadczeniach i upowszechniać dobre praktyki.

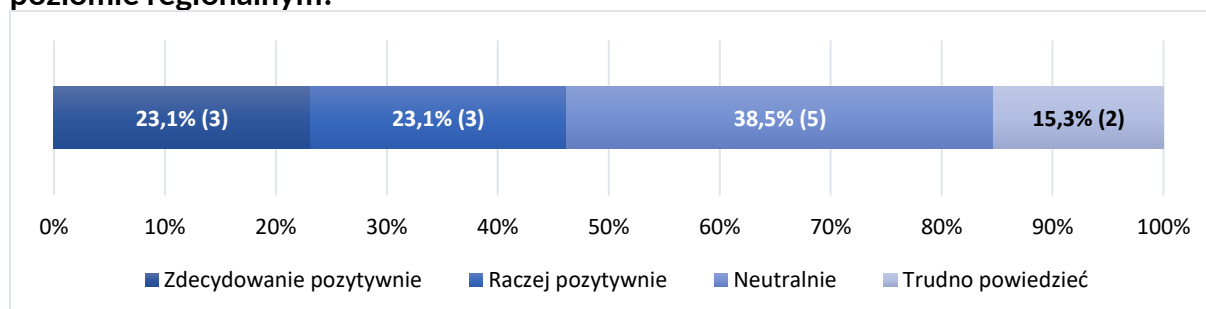
W tym miejscu warto również zaznaczyć (sygnalizowany już w raportach ewaluacyjnych) problem braku standaryzacji ankiet satysfakcji wypełnianych przez uczestników udzielanego wsparcia. W efekcie poszczególne wzory ankiet stosowane w programach znacząco się różniły, uniemożliwiając ich porównywalność. Dodatkowo

wskazać należy, że dotychczas wykorzystywane wzory ankiet koncentrowały się niemal wyłącznie na kwestiach ilościowych. Zastosowanie wystandaryzowanego (wspólnego dla programów) wzoru narzędzia badawczego oraz modułu jakościowego (wyodrębnionej części dotyczącej zarówno uwag i opinii uczestników, jak i identyfikacji nietypowych czynników mogących zakłócać przebieg programu) umożliwiłaby bardziej kompleksową i porównywalną ocenę skuteczności programów zdrowotnych w kontekście osiągniętych efektów zdrowotnych, a tym samym przyczynić się do ich efektywniejszego doskonalenia w przyszłości.

Zdaniem panelistów, na efektywność zarządzania programami wpływa również szerszy kontekst systemowy. W ostatnich latach NFZ znacząco zwiększył nakłady na profilaktykę (wprowadzenie ogólnopolskich programów jak „Profilaktyka 40+” czy „Moje Zdrowie”), a jednocześnie dostępność niektórych świadczeń profilaktycznych uległa poprawie. Jak podkreślono, w przypadku profilaktyki problemem pozostaje raczej niska chęć społeczeństwa do korzystania z badań i konieczność długofalowej zmiany postaw. W tym kontekście regionalne programy finansowane z funduszy unijnych powinny być coraz lepiej koordynowane z działaniami krajowymi, tak aby się wzajemnie uzupełniały. Panel wskazał, że efektywne zarządzanie wymaga uniknięcia dublowania, np. jeśli NFZ oferuje powszechny bilans zdrowotny od 20. roku życia, to RPZ nie musi powielać badań diagnostycznych, lecz może skoncentrować się na intensywnej edukacji lub objęciu młodszych grup wiekowych – działać tam, gdzie występuje luka. Takie planowanie komplementarności wymaga jednak sprawnej komunikacji i współpracy między instytucjami różnych szczebli. Paneliści są zgodni, że przyszłość przyniesie jeszcze większą rolę funduszy zewnętrznych w finansowaniu profilaktyki, stąd doskonalenie modelu zarządzania – elastycznego, partnerskiego i opartego na danych – jest warunkiem sukcesu kolejnych interwencji.

Warto zaznaczyć, że ankietowani członkowie i obserwatorzy uczestniczący w pracach KS w większości przypadków nie mieli zastrzeżeń co do skuteczności mechanizmów zarządzania RPZ na poziomie regionalnym. Na oceny pozytywne wskazało 46,1% (6 osób), a na neutralne – 38,5% (5) badanych.

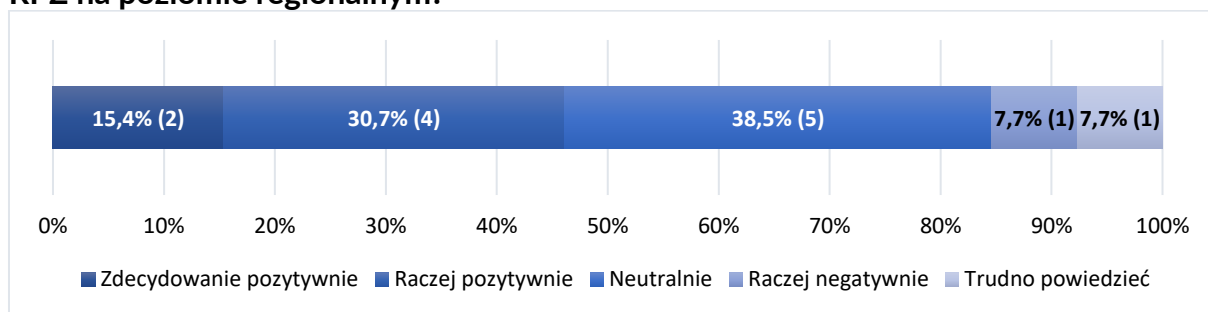
Wykres 7. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów zarządzania RPZ na poziomie regionalnym?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Odpowiedzi udzielone na pytanie dotyczące skuteczności mechanizmów monitorowania realizacji RPZ na poziomie regionalnym wskazują na umiarkowanie pozytywną ocenę tych rozwiązań. Łącznie 46,1% badanych (6 osób) oceniło mechanizmy monitorowania jako „zdecydowanie pozytywne” lub „raczej pozytywne”. Jednocześnie jednak aż 38,5% (5) respondentów wskazało odpowiedź neutralną, co może świadczyć o braku wyraźnych doświadczeń w zakresie praktycznego zastosowania tych mechanizmów lub o trudnościach z oceną ich skuteczności z perspektywy członków Komitetu Sterującego. Niewielki odsetek odpowiedzi negatywnych (jedno wskazanie, tj. 7,7%) wskazywał, że mechanizmy monitorowania w jego opinii nie uwzględniają rzeczywistych problemów.

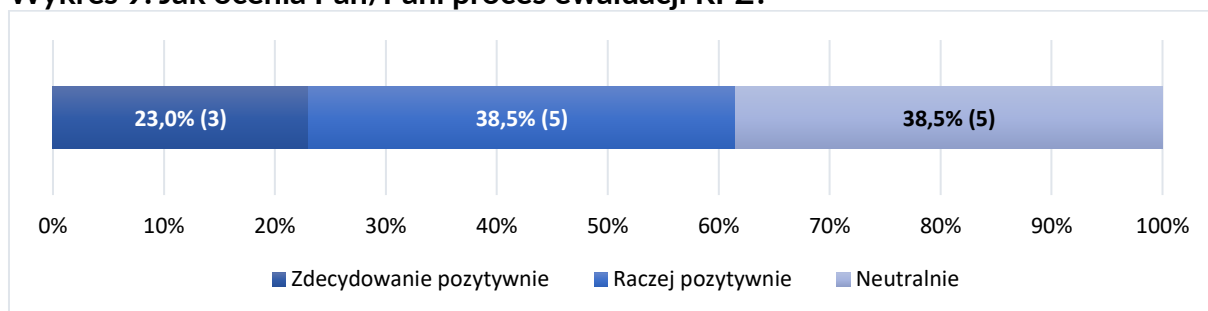
Wykres 8. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów monitorowania realizacji RPZ na poziomie regionalnym?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Większość respondentów **pozytywnie oceniła proces ewaluacji RPZ** – łącznie 61,5% (8 osób) wskazało odpowiedź „zdecydowanie” lub „raczej pozytywnie”. Świadczy to o uznaniu dla roli ewaluacji jako narzędzia wspierającego ocenę i usprawnianie programów. Jednocześnie pozostałe 38,5% badanych (5 osób) przyjęło postawę neutralną, poprzez co nie odnotowano żadnej odpowiedzi o charakterze negatywnym.

Wykres 9. Jak ocenia Pan/Pani proces ewaluacji RPZ?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Ciekawych wniosków dostarcza również przeprowadzony warsztat, którego uczestnicy wskazali, że do często napotykanых problemów należało m.in. utrzymanie wysokiej

jakości monitorowania i ewaluacji. Beneficjenci koncentrowali się bowiem na wskaźnikach wymaganych przez projekty unijne, czasem zaniedbując zbieranie danych medycznych potrzebnych do oceny efektów zdrowotnych programu. Trzeba było ich dodatkowo zobowiązać do bieżącego raportowania wskaźników klinicznych zdefiniowanych w programie. Niektórzy urzędnicy sygnalizowali, że musieli w umowach wyraźnie zapisać obowiązek przekazywania takich informacji, bo inaczej wnioskodawcy skupiali się tylko na rozliczeniach finansowych (wprowadzano zapisy, że brak terminowego sprawozdania z wyników zdrowotnych wstrzyma płatność końcową). Wyciągnięto z tego wniosek, że umowa powinna jasno wymagać monitorowania wskaźników medycznych, w przeciwnym razie na etapie końcowej ewaluacji może brakować takich danych.

Podsumowując tę część analizy, system monitorowania i oceny realizacji programów funkcjonował na poziomie regionalnym, jednak zidentyfikowano możliwości poprawy jego jakości. Realizatorzy sporządzali wymagane raporty końcowe, lecz ich zawartość nie zawsze pozwalała ocenić efektywność wsparcia – koncentrowano się głównie na wskaźnikach wykonania (liczbie świadczeń), z niedostatkami informacji o długofalowych rezultatach zdrowotnych czy napotkanych barierach. Zdarzało się, że beneficjenci skupiali się na wymaganych sprawozdaniach finansowych i produktowych, zaniedbując zbieranie danych medycznych o stanie pacjentów. Konieczne okazuje się wprowadzenie (np. zapisami w umowach) obowiązku raportowania wskaźników klinicznych, aby dysponować danymi o rzeczywistych efektach leczenia i profilaktyki.

6.5. Czynniki wpływające na zgłaszalność i udział w RPZ

Poziom zainteresowania udziałem w oferowanych programach okazał się jednym z kluczowych czynników warunkujących sukces interwencji podjętych na terenie poszczególnych województw. Doświadczenia regionów (zobrazowane w poszczególnych ewaluacjach RPZ) pokazały, że skuteczna rekrutacja uczestników bywa trudna, zwłaszcza w programach profilaktycznych adresowanych do osób pozornie zdrowych. Wiele RPZ w początkowej fazie borykało się z niższym od zakładanego odzewem – liczba chętnych do badań (lub zajęć) rosła wolniej niż planowano.

Czynniki determinujące poziom zainteresowania udziałem uznać należy za stosunkowo złożone. Przede wszystkim ogromną rolę odgrywa świadomość społeczna i postawy wobec szeroko pojętej profilaktyki. W przypadkach, gdy grupę docelową stanowiły osoby o niewielkiej wiedzy na temat danego zagrożenia zdrowotnego, ich motywacja do zgłoszenia się do udziału w projekcie była bardzo niska. Programy profilaktyki HCV czy HBV (wirusowych zapaleń wątroby) raportowały niedostateczną frekwencję ze względu na niską świadomość społeczną dotyczącą tych jednostek chorobowych. W efekcie rekrutacja przebiegała poniżej oczekiwań¹¹. Podobnie w projektach adresowanych do rodziców małych dzieci zauważono, że niska świadomość potrzeby szybkiej interwencji (np. rehabilitacji niemowląt z zaburzeniami rozwoju) skutkowałą oporem czy biernością części rodziców, nawet jeśli problem u dziecka został zdiagnozowany. Z drugiej strony tam, gdzie społeczeństwo jest świadome wartości działań profilaktycznych (np. w przypadku cytologii wśród kobiet), zgłaszalność była zdecydowanie wyższa.

Kolejnym istotnym czynnikiem był sposób dotarcia do potencjalnych uczestników i forma ich zaproszenia do udziału w podjętej inicjatywie. Doświadczenia wielu projektów wskazują, że najskuteczniejszym kanałem rekrutacji okazały się bezpośrednie rekomendacje lekarzy i pielęgniarek¹². Gdy lekarz pierwszego kontaktu czy ginekolog osobiście zaproponował pacjentce udział w programie, prawdopodobieństwo zapisania się istotnie rosło. Również polecenia przez znajomych (marketing szeptany) czy organizacje pacjenckie pomogły istotnie zwiększyć zainteresowanie uczestników. Natomiast same kampanie informacyjne (ulotki, plakaty, ogłoszenia) choć niezbędne, okazały się niewystarczające, by przekonać osoby bierne zdrowotnie. Z tego powodu wiele programów zmieniło strategię promocyjną, kładąc nacisk na aktywną rekrutację poprzez lokalne podmioty medyczne i społecznościowe.

¹¹ Ewaluacja programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

¹² Efekty Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Przykładem dobrych praktyk mogą być mobilne jednostki badań przesiewowych czy korzystanie z istniejących rejestrów pacjentów do wysyłki imiennych zaproszeń.

Istotny wpływ na zgłaszalność miały również kryteria kwalifikujące uczestników do projektów. Zbyt restrykcyjne kryteria mogły poważnie ograniczyć pulę potencjalnych chętnych. Jak wskazują wyniki dotychczasowych ewaluacji, jeżeli RPZ wymagał, by uczestnik spełniał jednocześnie wiele warunków (określony wiek, status na rynku pracy, stan zdrowia), to rekrutacja bywała trudna, gdyż niewiele osób spełniało wszystkie kryteria. W kilku regionach zauważono, że zmniejszenie restrykcyjności kryteriów – np. rozszerzenie grupy wiekowej o kilka lat czy dopuszczenie uczestników z pogranicznymi wartościami badań – pozwoliło znacząco zwiększyć liczbę uczestników, bez szkody dla celów programu. Oczywiście kryteria musiały pozostawać zgodne z założeniami medycznymi programów (w tym spotkać się z akceptacją AOTMiT), ale tam, gdzie były one arbitralnie wąskie, starano się je dostosować. Realizatorzy niektórych projektów postulowali wręcz, by w przyszłości elastyczniej formułować tego rodzaju wymogi, by program mógł objąć wszystkich realnie potrzebujących pomocy.

Z doświadczeń regionów wykazanych w trakcie przeprowadzonego warsztatu również wynika, że rekrutacja beneficjentów była jednym z najtrudniejszych aspektów wdrażania RPZ. Dobór grupy docelowej według kryteriów włączenia i wyłączenia okazywał się bowiem istotnym wyzwaniem – kryteria w RPZ są stosunkowo rygorystyczne, nie można ich więc naginać. W praktyce oznaczało to, że czasem populacja spełniająca wszystkie warunki była wąska albo trudna do zidentyfikowania. Na przykład we wspomnianym już programie postcovidowym problemem było wymaganie udokumentowanego przejścia COVID – po zmianach w systemie ochrony zdrowia wiele osób nie miało formalnego potwierdzenia zakażenia, więc nie kwalifikowały się mimo faktycznych potrzeb rehabilitacyjnych. Z kolei w programie autyzmu okazało się, że niemal cała potencjalna grupa docelowa była już objęta inną opieką – dzieci z diagnozą autyzmu korzystały z terapii NFZ lub ośrodków specjalistycznych i rodzice nie chcieli przerywać tych ciągłych usług, by wejść do nowego programu.

- Jeśli chodzi o ten program dotyczący autyzmu, to powtarzaliśmy, ogłaszaliśmy go trzykrotnie i niestety nie było w ogóle zainteresowania tym konkursem. W każdym z tych naborów nie wpłynął nam ani jeden wniosek. Dochodziły do nas słuchy, że wynika to z tego, że większość dzieci, które już mają zdiagnozowane spektrum autyzmu, jest pod opieką środków NFZ-owskich i po prostu musieliby wyjść z [tego] programu, żeby dołączyć do naszego programu regionalnego, a nie chcieli tego robić.

Źródło: Warsztat

RPZ przewidywał, że uczestnik nie może równolegle brać udziału w podobnej interwencji, przez co chętnych zabrakło. Taka kanibalizacja wsparcia (rozumiana jako sytuacja, w której nowy program konkuruje o tych samych odbiorców z już funkcjonującymi formami pomocy, skutkując obniżeniem potencjalnej liczby uczestników) nie zawsze jest oczywista na etapie planowania, natomiast wnioski jest taki, że należy dogłębnie przeanalizować, czy adresaci programu nie korzystają już z innych form wsparcia i czy nie stawia się im barier zbyt restrykcyjnymi wymogami.

Innym kluczowym czynnikiem w procesie przyciągania uczestników jest realna korzyść i dogodność programu z perspektywy pacjenta. Jeżeli RPZ zakładał wielomiesięczny cykl z licznymi wizytami, angażował czas także bliskich, albo nakładał obowiązki (np. udział w szkoleniach edukacyjnych), to ryzyko rezygnacji rosło. Wielu uczestników chętnie zgłaszało się na badania czy terapię, ale działania edukacyjne nie cieszyły się popularnością. Jednocześnie programy regionalne wymagają kompleksowego podejścia – obok świadczeń medycznych przewidują komponent edukacji zdrowotnej, nierzadko z udziałem rodzin pacjentów. Doświadczenia pokazały, że w tym miejscu pojawia się opór pacjentów oraz ich bliskich, którzy nie zawsze są gotowi poświęcenia czasu, by uczestniczyć w warsztatach czy prelekcjach

Długość trwania interwencji również nie pozostawała bez znaczenia. Im dłuższa i bardziej wymagająca (np. regularna aktywność fizyczna przez pół roku, wiele badań kontrolnych), tym więcej osób rezygnowało w toku realizacji. Raportowano przypadki, w których pacjenci nie kończyli pełnej ścieżki – czuli się lepiej po części zajęć albo tracili zapał i rezygnowali, co negatywnie wpływało na statystyki skuteczności. Wyjątkiem okazywały się programy rehabilitacyjne o stosunkowo krótkim cyklu (2–3 tygodnie intensywnej terapii). W ich przypadku frekwencja była wysoka, bo uczestnicy wiedzieli, że szybko otrzymają deficytową usługę i nie zniechęcali się długotrwałym zobowiązaniem. Ogólnie jednak regiony zgodnie stwierdziły, że im krótszy i prostszy udział w programie, tym wyższa frekwencja.

Badani podkreślili również, że w latach 2020–2021 pojawił się istotny czynnik zewnętrzny – strach przed zakażeniem COVID-19. Programy wymagające osobistego stawiennictwa (np. rehabilitacja w poradni) notowały spadek zainteresowania, zwłaszcza w starszych grupach docelowych. Osoby 50+ obawiały się wychodzić z domu i narażać na kontakt z wirusem, a udział w projekcie schodził na dalszy plan wobec lęku o własne zdrowie. W reakcji na to realizatorzy próbowali wprowadzać udogodnienia, np. część edukacji zdrowotnej przenoszono do formy zdalnej (on-line), by ograniczyć konieczność spotkań grupowych. Zasadniczych usług – jak zabiegi rehabilitacyjne – nie dało się jednak wykonać inaczej niż stacjonarnie, więc pewna grupa osób i tak zrezygnowała. Warto podkreślić, że tam, gdzie dostosowano organizację wsparcia, np. poprzez rozrzedzone grafiki wizyt, zapewniony reżim sanitarny, czy oferowany dojazd albo teleporady, udało się ostatecznie zrealizować

założone wskaźniki. To potwierdza, że elastyczność organizacyjna może pomóc utrzymać uczestników nawet w trudnych warunkach.

Czynnikami nie do przecenienia okazała się również marka realizatora i sprawność organizacji świadczeń. Jedno z województw porównało dwie skrajne sytuacje: program profilaktyki realizowany przez podmiot spoza województwa oraz program wczesnego wykrywania raka płuc prowadzony przez miejscowe Centrum Onkologii. W pierwszym przypadku wykonawca pochodzący spoza regionu miał ogromne trudności z rekrutacją – dopiero budował sieć kontaktów z lokalnymi POZ i prawdopodobnie nie zdążył dotrzeć do pacjentów, przez co projekt zakończył się rozwiązaniem umowy. Natomiast program onkologiczny przebiegał wzorowo, a zgłaszalność pacjentów była bardzo wysoka i szybko wyczerpywano limity. Pacjenci chętniej zapisują się na badania w instytucji postrzeganej jako jedna z najlepszych, zaś sama organizacja świadczeń stoi na wysokim poziomie, poprzez zapewnione krótkie terminy oczekiwania, sprawne i dogodne umawianie wizyt oraz świetny kontakt z uczestnikami. Istotne było również skondensowanie działań – zaledwie 2–3 wizyty w ramach przewidzianej ścieżki. Dzięki takiemu podejściu nawet osoby spoza dużych miast uznały, że warto dojechać, skoro tylko kilka wizyt pozwala otrzymać komplet badań. Te dobre praktyki przełożyły się na entuzjastyczne opinie uczestników – chwalili oni zarówno jakość opieki, jak i organizację programu.

Podsumowując, rekrutacja uczestników okazała się jednym z najtrudniejszych aspektów realizacji RPZ. W wielu programach profilaktycznych odnotowano początkowo niższy niż zakładano poziom zgłaszalności – liczba chętnych rosła wolniej od planów. Analiza wskazała, że na zainteresowanie udziałem wpływa świadomość społeczna i postawy wobec profilaktyki. Gdy grupa docelowa miała niewielką wiedzę o danym zagrożeniu zdrowotnym, motywacja do udziału była niska. Najskuteczniejszymi metodami dotarcia do uczestników były bezpośrednie rekomendacje lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej – gdy lekarz osobiście zapraszał pacjenta do programu, prawdopodobieństwo udziału istotnie rosło.

Między województwami występowały wyraźne różnice w zgłaszalności i utrzymaniu uczestników, przy czym najlepiej wypadały te regiony, w których programy były osadzone w silnych, rozpoznawalnych ośrodkach i łączyły prostą ścieżkę udziału z realną, szybko odczuwalną korzyścią zdrowotną. Województwa łódzkie, pomorskie i opolskie osiągały wysokie wartości wskaźników w programach kardiologicznych i onkologicznych, co w dużej mierze wynikało z dobrej rozpoznawalności realizatorów, krótkich terminów oraz płynnego przekierowania pacjentów do dalszej opieki.

Wysoką zgłaszalność (identyfikowaną na podstawie ewaluacji zakończonych na moment opracowywania niniejszego dokumentu) osiągnięto również w województwie lubelskim, gdzie wartość wskaźnika dotyczącego zgłaszalności osiągnęła ponad 107%.

Co ciekawe, zjawisko osiągnięcia wszystkich zakładanych wskaźników (w tym dotyczących ww. zgłaszalności) dotyczyła jedynie pojedynczych RPZ (np. RPZ dotyczące narządu ruchu oraz chorób odstresowych w województwie mazowieckim, program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim, RPZ dotyczący rehabilitacji medycznej w województwie warmińsko-mazurskim). Tym samym, nie odnotowano województwa, w którym wszystkie RPZ osiągnęłyby komplet zakładanych wartości wskaźników.

Słabsze wyniki rekrutacji pojawiały się tam, gdzie cele frekwencyjne przeszacowano, kryteria kwalifikacji zawężono nadmiernie lub program był adresowany do populacji o niskim poczuciu ryzyka. W województwie podlaskim skala różnicy między planem a wykonaniem była najbardziej widoczna: przy planie 30 640 osób w programie dotyczącym zaburzeń nerwicowych faktycznie uczestniczyło jedynie 226. Przypadek ten unaocznia, jak silnie zgłaszalność zależy zarówno od realistycznie ustawionych celów, jak i dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej. W przypadku tego konkretnego programu problemem wpływającym na tak niską zgłaszalność była bowiem forma wsparcia (grupowa). Jak wskazuje ewaluacja dotycząca tego programu, potencjalni uczestnicy programu preferowaliby indywidualne spotkania z terapeutą¹³.

W województwie lubuskim odnotowano około połowę zakładanej rekrutacji (łącznie względem realizowanych na tym obszarze RPZ), co spowodowane było z jednej strony rezygnacją beneficjentów (rozwiązywanych umów), a z drugiej utrudnieniami związanymi z pandemią COVID-19¹⁴. Kujawsko-Pomorskie w programie WZW B/C miało trudności z osiągnięciem zakładanych rezultatów edukacyjnych, co potwierdza, że w obszarach o niskiej świadomości chorób zakaźnych sama informacja nie wystarcza, a kluczowa staje się osobista rekomendacja lekarza i praca w kanałach osadzonych w POZ.

Wszystkie województwa realizowały po kilka RPZ, co naturalnie tworzyło wewnętrzne zróżnicowanie wyników: ten sam region mógł mieć bardzo dobrą frekwencję w projektach kardiologicznych i jednocześnie trudności w programach chorób zakaźnych wątroby. Porównanie wskazuje jednak wspólny wzorzec: najwyższe wskaźniki naboru i utrzymania osiągały te województwa i te tematy, w których istniała silna sieć POZ i AOS włączonych w proces rekrutacji, jasna i krótka ścieżka badań lub terapii oraz zapewniona ciągłość opieki po zakończeniu udziału w programie. Przypadki zaniżonej zgłaszalności łączyły się z przeszacowanymi celami liczbowymi, nadmiernie restrykcyjnymi kryteriami, brakiem osobistego zaproszenia od personelu medycznego oraz z niską świadomością zdrowotną w danym obszarze. Ten obraz jest spójny z oceną skuteczności: regiony, które potrafiły szybko domknąć ścieżkę dla uczestnika i włączyć RPZ w istniejące mechanizmy

¹³ Ewaluacja efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim.

¹⁴ Ocena wdrażanych programów zdrowotnych realizowanych w ramach Działania 6.7 RPO-L2020.

systemu ochrony zdrowia, osiągały pełniejsze wykonanie wskaźników produktu i rezultatu, a w konsekwencji bardziej wymierne efekty zdrowotne w populacji.

6.6. Skuteczność i efekty zdrowotne RPZ

Wyniki badania wskazują na wysoką ocenę roli RPZ w realizacji polityki zdrowotnej na poziomie województw. Jak wskazują wyniki analizy desk research, większość RPZ zdołała zrealizować swoje cele przynajmniej w zadowalającym stopniu, a wiele z nich osiągnęło wskaźniki niemal w 100%. W obszarach chorób układu krążenia i nowotworowych odnotowano największy przyrost wykrywalności schorzeń dzięki udziałowi w RPZ, ponieważ udało się dotrzeć do grup wcześniej niewystarczająco objętych wsparciem w systemie, w tym osób, które nie poddawały się regularnym badaniom profilaktycznym. Dzięki zrealizowanym programom udało się wykryć liczne problemy zdrowotne na wczesnym etapie (np. nadciśnienie tętnicze, zmiany przednowotworowe), co jest kluczowym efektem zdrowotnym tych interwencji.

Nie wszystkie programy zakończyły się pełnym sukcesem – w niektórych nie osiągnięto części zakładanych wskaźników rezultatu, a stopień realizacji celów pozostawał umiarkowany. Ewaluacje wskazują, że przyczynami były zbyt ambitne założenia (przeszacowanie liczby osób chętnych do udziału) oraz wspomniane czynniki zewnętrzne, głównie pandemia COVID-19, która wprost negatywnie wpłynęła na poziom zrekrutowanych uczestników w wielu projektach. Lockdown i obawy przed zakażeniem spowodowały, że sporo osób z grup docelowych nie skorzystało z zaproszenia na badania, stąd wskaźniki uczestnictwa i wykrywalności spadły w latach 2020–2021 w porównaniu do planu.

Pomimo tych perturbacji tam, gdzie RPZ zostały zrealizowane zgodnie z założeniami, odnotowano wyraźne korzyści zdrowotne dla uczestników. Pacjenci objęci programami rehabilitacyjnymi poprawili swój stan funkcjonalny, wielu z nich powróciło do aktywności zawodowej lub codziennej sprawności. Jak podkreślano w dotychczasowych ewaluacjach, w programach profilaktycznych sukcesem było nie tylko wykrycie nowych przypadków chorób, ale także podniesienie wiedzy uczestników i zmiana ich postaw prozdrowotnych (np. częstsze poddawanie się badaniom kontrolnym w przyszłości).

Analiza efektów zdrowotnych poszczególnych typów interwencji pozwala również wskazać, w których obszarach wsparcia odnotowano stosunkowo największe korzyści zdrowotne dzięki udziałowi w RPZ, a gdzie efektywność była niższa. W obszarze profilaktyki chorób przewlekłych (zwłaszcza układu krążenia, cukrzycy, chorób nowotworowych) programy przyniosły bardzo wymierne rezultaty. Dzięki masowym badaniom przesiewowym wykryto liczne nieprawidłowości u osób dotąd nieleczonych – np. nadciśnienie tętnicze, stan przedcukrzycowy czy zmiany podejrzone onkologicznie. Wykrywalność chorób znacznie wzrosła w populacjach objętych

programami w porównaniu z okresem przed programem, co potwierdzają dane zbierane przez realizatorów i przedstawione w opracowanych ewaluacjach. Pacjenci poddani kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, onkologicznej czy neurologicznej poprawili swoje wskaźniki stanu zdrowia (wydolność, sprawność ruchową, stan psychiczny) w stopniu znacznie przewyższającym grupy kontrolne nieobjęte taką opieką.

W przypadku porównania profilaktyki i rehabilitacji, obie te kategorie przyniosły istotne wyniki w zakresie skuteczności, lecz w obu tych przypadkach są one identyfikowane w odmienny sposób. W profilaktyce sukcesem jest przede wszystkim liczba nowych rozpoznań chorób (bądź eliminacja czynników ryzyka), natomiast w rehabilitacji – poprawa stanu pacjenta w stosunku do stanu wyjściowego. Najskuteczniejsze okazały się programy onkologiczne i kardiologiczne, ze względu na częstotliwość występowania tego rodzaju schorzeń. W rehabilitacji szczególnie dobre efekty zanotowano w programach dla pacjentów kardiologicznych i onkologicznych, zwłaszcza jeśli obejmowały opiekę multidyscyplinarną (fizjoterapia, wsparcie psychologiczne, edukacja zdrowotna).

Obszary, w których efektywność zdrowotna RPZ okazała się relatywnie niższa, to z kolei te, gdzie napotkano trudności w realizacji lub gdzie efekt jest trudny do identyfikacji w krótkim horyzoncie czasowym. Za przykład posłużyć mogą programy zdrowia psychicznego, które to z racji swoich założeń mogły nie wykazać nadzwyczajnej poprawy stanu zdrowia w okresie trwania projektu, ponieważ poprawa kondycji psychicznej często wymaga wsparcia o charakterze długotrwałym, a sama identyfikacja poprawy stanu zdrowia bywa utrudniona. Również wspomniany jeden z programów przesiewowych WZW B i C nie przełożył się na istotny spadek nierozpoznanych zakażeń w populacji, co wynikało z kolei z małego odsetka przebadanych – tym samym jego efektywność zdrowotna na poziomie populacyjnym była ograniczona.

Analiza poszczególnych RPZ realizowanych w województwach wskazuje, że regiony, które rozpoczęły wdrażanie swoich programów wcześniej i sprawnie, osiągnęły lepsze rezultaty zdrowotne. Z kolei tam, gdzie rozpoczęcie działań było opóźnione z różnych powodów, efekty programów okazały się słabsze. Innymi słowy – wcześniejsze uruchomienie interwencji sprzyjało uzyskaniu lepszych wyników. Ważnym elementem oceny jest również kwestia tego, czy realizacja RPZ zwiększyła świadomość społeczną na temat roli profilaktyki zdrowotnej. Przeprowadzone dotychczas ewaluacje pozwalają potwierdzić, że RPZ przyczyniły się do podniesienia poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej wśród ich uczestników i nie tylko. Każdy program zawierał komponent edukacyjny, a ponadto same kampanie promocyjne docierały do szerokiego grona odbiorców. W efekcie osoby, które wzięły udział w programach, częściej deklarowały chęć kontynuowania badań profilaktycznych w przyszłości i większe zrozumienie znaczenia wczesnego wykrywania chorób. Dla przykładu

uczestnicy programu profilaktyki cukrzycy informowali, że dzięki zajęciom dietetycznym i edukacji zaczęli zwracać większą uwagę na styl życia i kontrolowanie poziomu glukozy. Również wśród populacji ogólnej, poprzez nagłośnienie projektów w mediach lokalnych, wzrosło zainteresowanie tematyką zdrowotną, w tym poprzez organizowane wydarzenia prozdrowotne towarzyszące projektom (dni zdrowia, konferencje), które promowały profilaktykę. Można więc powiedzieć, że RPZ pełniły rolę pewnego katalizatora dyskusji o profilaktyce w regionach. W rezultacie, nawet jeśli nie wszyscy mieszkańcy bezpośrednio skorzystali z programu, to pośrednio dowiedzieli się o nim i być może zostali zmotywowani do zadbania o zdrowie we własnym zakresie. Potwierdzają to wyniki ankiet ewaluacyjnych – wielu uczestników przekazywało zdobytą wiedzę rodzinie i znajomym, tworząc pozytywny efekt wzmocnienia w społeczności.

Do analizowanej kwestii szeroko odniesiono się również w trakcie przeprowadzonego panelu eksperckiego. Wymierne korzyści zdrowotne zaobserwowano tam, gdzie programy zdołały osiągnąć wysoki poziom realizacji i dotrzeć do grup szczególnego ryzyka. Podniesiono przykład jednego z programów onkologicznych, ukierunkowanego na ochronę pacjentów hematoonkologicznych przed zakażeniami, w którym to odnotowano spadek częstości powikłań infekcyjnych. Szczepienia przeciw pneumokokom u chorych poddawanych chemioterapii przełożyły się na rzadsze przypadki pozaszpitalnego zapalenia płuc w pierwszym okresie realizacji programu. Co więcej, pomiary odpowiedzi immunologicznej wykazały, że nawet pacjenci z ciężko upośledzoną odpornością (np. z przewlekłą białaczką limfocytową) odpowiadali na szczepienie w około 60% przypadków, co jest bardzo dobrym wynikiem w tej populacji. Takie dane sugerują, że interwencje podjęte w ramach RPZ przełożyły się na realną poprawę stanu zdrowia uczestników – zwiększając ich odporność, jakość życia i szanse na pomyślny przebieg leczenia onkologicznego (mniej przerw w terapii z powodu infekcji).

Z drugiej strony, pewnych zakładanych efektów nie udało się zdaniem ekspertów w pełni osiągnąć z przyczyn obiektywnych i organizacyjnych. Wspomniany program szczepień onkologicznych został zakłócony przez wybuch pandemii COVID-19 – obostrzenia i obawy pacjentów ograniczyły frekwencję, a wiele infekcji płuc w okresie 2020–2021 było skutkiem koronawirusa, co w oczywisty sposób utrudniło jednoznaczną ocenę skuteczności profilaktyki pneumokokowej. Tego rodzaju czynniki zewnętrzne sprawiły, że ostateczny pomiar efektu zdrowotnego (np. redukcji liczby zapaleń płuc) był mniej wyrazisty, mimo iż kierunek zmian był jednoznacznie pozytywny.

Innym problemem, na jaki zwracano uwagę w trakcie panelu, była ograniczona zgłaszalność do programów. W wielu przypadkach, zwłaszcza w programach wczesnego wykrywania chorób u osób pozornie zdrowych (np. cukrzycy typu 2), trudno było skłonić docelową populację do udziału. Osoby w średnim wieku, aktywne

zawodowo i niemające objawów często nie widziały potrzeby badań – stąd frekwencja bywała niska, pomimo szerokich kampanii informacyjnych. Taka sytuacja ograniczała wpływ programu na populację jako całość, bo nawet najlepsza interwencja nie zadziała, jeśli dociera tylko do ułamka grupy ryzyka. Paneliści zauważyli, że konieczne jest więc sięganie w takich przypadkach po niekonwencjonalne kanały dotarcia – przywołano przykład badań epidemiologicznych sugerujących, że ogłoszenia parafialne w kościołach potrafiły istotnie zwiększyć zgłaszalność na badania. To pokazuje, iż efekt programów profilaktycznych zależy w dużej mierze od skuteczności dotarcia do świadomości społecznej.

Mimo tych trudności, panel podkreślił kilka pozytywnych trendów w zdrowiu publicznym związanych z realizacją RPZ. Po pierwsze, programy przyczyniły się do zwiększenia wykrywalności wielu schorzeń we wczesnym stadium. Na przykład dzięki badaniom przesiewowym w kierunku cukrzycy udało się zidentyfikować osoby z niepoznaną wcześniej hiperglikemią lub stanem przedcukrzycowym, które skierowano następnie do lekarzy POZ na pogłębioną diagnostykę i opiekę. Po drugie, programy wpłynęły na świadomość zdrowotną uczestników – edukacja dotycząca diety, aktywności fizycznej czy profilaktyki nowotworowej zwiększała wiedzę pacjentów i ich rodzin. Choć zmianę utrwalonych nawyków trudno osiągnąć krótkotrwałą interwencją, to nawet czasowe poprawienie stylu życia (np. spadek masy ciała wśród uczestników programów dietetycznych) stanowi krok w dobrą stronę. Panelista z dziedziny diabetologii zauważył co prawda, że efekty zmian stylu życia są niekiedy nietrwałe – pacjenci często wracają do dawnych przyzwyczajeń po upływie kilku miesięcy – jednak dzięki programom setki osób przeszły podstawowe szkolenia zdrowotne, co może zaowocować w przyszłości lepszym radzeniem sobie z chorobą lub chęcią skorzystania z dostępnych terapii (np. nowe leki na otyłość). Po trzecie, obecność regionalnych inicjatyw zdrowotnych często znosiła bariery niemierzalne wprost, jak stygmatyzacja czy lęk przed diagnozą. Przykładowo szersza dyskusja publiczna o depresji czy autyzmie w kontekście programów profilaktycznych przyczyniała się do stopniowej destygmatyzacji tych problemów – coraz mniej osób traktuje je jako temat wstydlivy, co jeszcze dekadę temu nie było takie oczywiste.

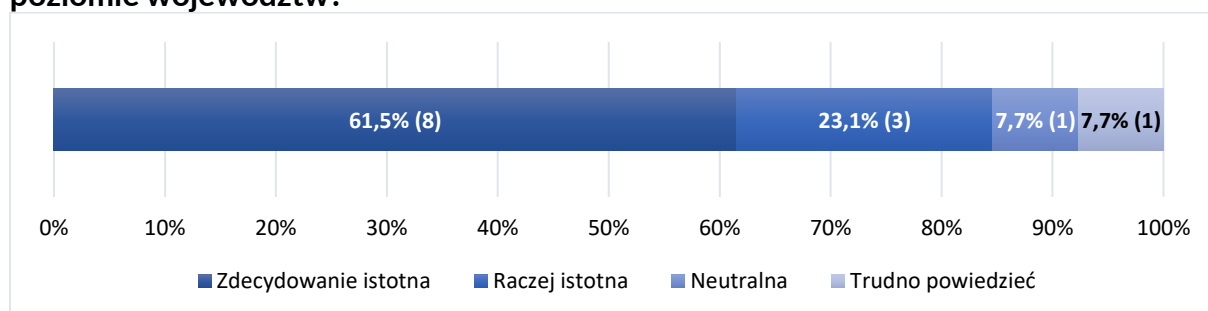
Paneliści zwrócili ponadto uwagę na to, że system monitorowania i oceny wyników programów wymaga usprawnienia, aby pełniej uchwycić osiągnięte efekty. Obecnie sprawozdania końcowe z realizacji RPZ (zgodnie z rozporządzeniem MZ) nie dostarczają wszystkich potrzebnych informacji do oceny skuteczności. Pomimo to wiadomo, że wiele programów osiągnęło zakładane rezultaty częściowe – np. liczby przebadanych osób, wykonanych procedur czy przeszkolonych pacjentów – co samo w sobie jest sukcesem organizacyjnym.

Największe korzyści zdrowotne w opinii badanych ekspertów odnosili uczestnicy programów kompleksowych, powiązanych z innymi elementami systemu ochrony zdrowia. Jeśli RPZ był sprzężony z działaniami NFZ (np. po wykryciu choroby w

programie pacjent płynnie trafiał pod opiekę specjalisty finansowanego ze środków publicznych), efekt terapeutyczny był trwały. W sytuacji idealnej pacjent wykryty w ramach programu profilaktycznego pozostaje dalej prowadzony w systemie (np. w ramach opieki koordynowanej POZ ma dostęp do diety i pakietu badań kontrolnych) – i takie przykłady również odnotowano na przestrzeni wdrażanych inicjatyw.

Warto w tym miejscu wskazać, że łącznie 84,6% (11) respondentów ankietowanych członków oraz obserwatorów uczestniczących w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia uznało, że RPZ odegrały w tym obszarze istotną rolę – w tym aż 61,5% (8 osób) wskazało odpowiedź „zdecydowanie istotna”, a kolejne 23,1% (3) „raczej istotna”. Taki rozkład odpowiedzi świadczy o silnym przekonaniu większości uczestników badania, że RPZ stanowiły ważne narzędzie w kształtowaniu i wdrażaniu polityk zdrowotnych na poziomie regionalnym. Wyniki te zdaniem ewaluatora potwierdzają również, że RPZ były postrzegane nie tylko jako formalne dokumenty powiązane z realizacją projektów unijnych, lecz również jako realny instrument umożliwiający reagowanie na lokalne potrzeby zdrowotne, wzmacnianie profilaktyki i poprawę dostępności świadczeń. Brak jakichkolwiek odpowiedzi wyrażających negatywną ocenę roli RPZ stanowi potwierdzenie ich wysokiej legitymizacji w oczach uczestników systemu wdrażania EFSI w ochronie zdrowia i może być podstawą do kontynuacji tego instrumentu w przyszłych perspektywach finansowych.

Wykres 10. Jak ocenia Pan/Pani rolę RPZ w realizacji polityki zdrowotnej na poziomie województw?

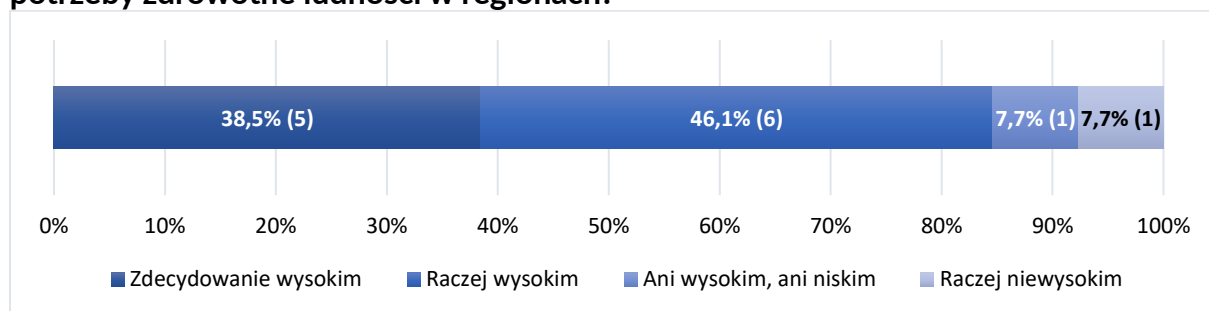


Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Łącznie aż 84,6% (tj. 11) respondentów uznało, że programy te w wysokim lub raczej wysokim stopniu odzwierciedlają faktyczne potrzeby zdrowotne mieszkańców – 38,5% (5) wskazało odpowiedź „zdecydowanie wysokim”, natomiast 46,1% (6) „raczej wysokim”. Oznacza to, że RPZ są przez większość badanych postrzegane jako trafnie zaprojektowane instrumenty polityki zdrowotnej, właściwie diagnozujące i adresujące regionalne wyzwania w obszarze zdrowia. Tylko nieliczni, pojedynczy respondenci mieli wątpliwości – 7,7% oceniło, że stopień zgodności z potrzebami jest „ani wysoki, ani niski”, a kolejne 7,7% wyraziło pogląd, że jest on „raczej niewysoki”. Wśród tych

ostatnich wskazano, że ich sceptycyzm wynikał z braku zauważalnego wpływu działań wdrażanych w ramach RPZ na realną poprawę stanu zdrowia ludności. Tego rodzaju krytyczne głosy wskazują na potrzebę dalszego wzmacniania mechanizmów monitorowania efektów zdrowotnych, tak aby dostrzegalny był rzeczywisty wpływ programów na zdrowie populacyjne.

Wykres 11. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem RPZ odpowiadają na realne potrzeby zdrowotne ludności w regionach?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

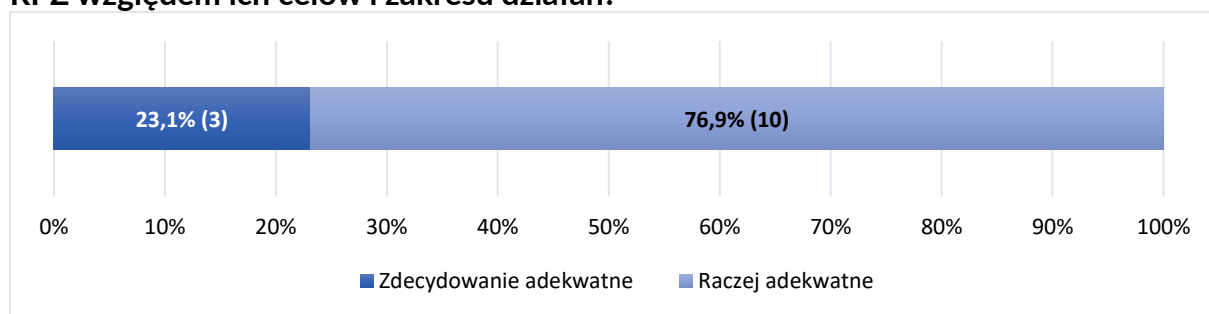
Podsumowując ten podrozdział, RPZ zostały wysoko ocenione pod względem wpływu na regionalną politykę zdrowotną i zdrowie mieszkańców. Większość programów osiągnęła swoje założenia co najmniej w zadowalającym stopniu, a wiele zrealizowało wskaźniki niemal w 100%. W obszarach chorób układu krążenia i nowotworów odnotowano największe efekty – dzięki RPZ udało się dotrzeć do osób wcześniej pomijanych w systemie (nieuczestniczących w profilaktyce), co pozwoliło wcześniej wykryć liczne schorzenia (np. nadciśnienie, zmiany przednowotworowe). W konsekwencji programy istotnie podniosły wykrywalność chorób w populacjach objętych interwencją w porównaniu do okresu sprzed realizacji. Uczestnicy programów rehabilitacyjnych również odnieśli wymierne korzyści – poprawili sprawność fizyczną i psychiczną, wielu powróciło do aktywności zawodowej lub samodzielności na co dzień. Sukcesem programów profilaktycznych było nie tylko diagnozowanie nowych przypadków chorób, ale także zwiększenie wiedzy zdrowotnej i zmiana postaw u uczestników (np. częstsze wykonywanie badań kontrolnych w przyszłości). Analiza wykazała jednak, że nie wszystkie RPZ osiągnęły pełnię zakładanych efektów – w części programów stopień realizacji rezultatów był umiarkowany. Przyczyny niepowodzeń to głównie zbyt ambitne założenia rekrutacyjne (przeszacowana liczba chętnych) oraz czynniki zewnętrzne (pandemia COVID-19).

6.7. Adekwatność alokacji środków

Dane dotyczące alokacji środków przedstawione zostały w początkowej części niniejszego dokumentu. W tym miejscu wskazać należy, że zarówno wnioski z analizy desk research, jak i przeprowadzonego panelu ekspertów wskazują, że uzyskane w ramach poszczególnych RPZ rezultaty były adekwatne do nakładów – poprawa stanu zdrowia uczestników oraz prewencja poważnych chorób uzasadniają poniesione koszty. Trudno jest jednak dokonać ścisłej oceny efektywności kosztowej tych programów w krótkim horyzoncie (profilaktyka przynosi najczęściej oszczędności w znacznie dłuższej perspektywie), jednak analiza jakościowa wskazuje, że fundusze zostały zainwestowane w działania przynoszące istotną wartość dodaną. Eksperti podkreślali ponadto, że tam, gdzie program zrealizowano w całości, uzyskano bardzo wysoki stosunek korzyści do kosztów – np. pełne osiągnięcie celów w programie rehabilitacji onkologicznej przełożyło się na poprawę jakości życia pacjentów i zmniejszenie ich korzystania z kosztownych świadczeń leczniczych.

Również respondenci badania ilościowego jednomyślnie uznali wysokość alokacji finansowych na RPZ za odpowiednią w stosunku do celów i zakresu podejmowanych działań. Aż 76,9% (10 badanych) oceniło ją jako „raczej adekwatną”, a 23,1% (tj. 3) jako „zdecydowanie adekwatną”. Brak odpowiedzi negatywnych i neutralnych świadczy o przekonaniu, że środki przeznaczone na realizację RPZ były wystarczające do pokrycia planowanych interwencji zdrowotnych, co może również oznaczać dobrze przeprowadzony proces planowania kosztów w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych.

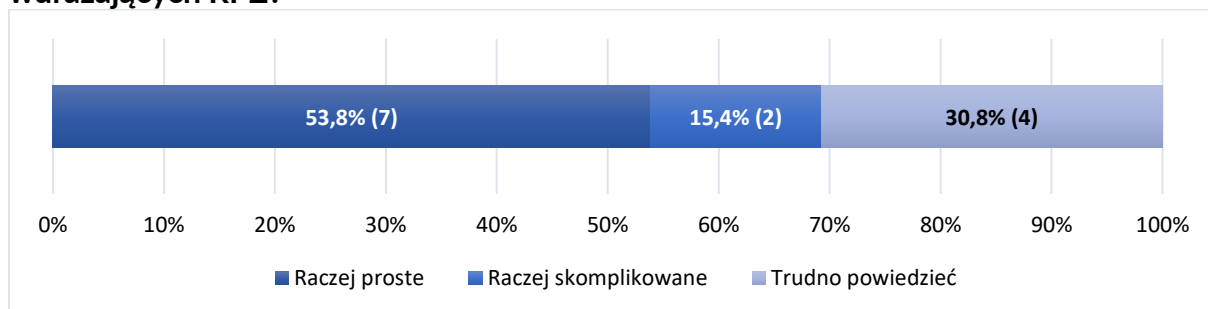
Wykres 12. Jak ocenia Pan/Pani adekwatność wysokości alokacji finansowych na RPZ względem ich celów i zakresu działań?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Warto dodać, że dwóch respondentów wskazało, że procedury rozliczania i sprawozdawczości były raczej skomplikowane, w tym z uwagi na dużą liczbę dodatkowych dokumentów niezbędnych do wypełnienia, nadmierną szczegółowość i ograniczoną elastyczność procesu rozliczania projektów (łącznie 15,4%).

Wykres 13. Jak ocenia Pan/Pani procedury rozliczania i sprawozdawczości projektów wdrażających RPZ?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Podsumowując, wnioski z ewaluacji wskazują, że wysokość środków przeznaczonych na RPZ była co do zasady właściwa względem ich celów i zakresu. Zarówno analiza dokumentów, jak i opinie ekspertów potwierdzają, że osiągnięte rezultaty zdrowotne uzasadniają poniesione koszty – poprawa stanu zdrowia uczestników i zapobieganie poważnym chorobom świadczą o dobrze ulokowanych nakładach. Podkreślono, że pełna realizacja programu przekładała się na bardzo wysoki stosunek korzyści do kosztów. Przykładem jest onkologiczny program rehabilitacyjny, którego ukończenie przyniosło wymierne oszczędności w systemie (pacjenci wymagali mniej kosztownej opieki leczniczej dzięki poprawie zdrowia). Bezpośrednia kalkulacja efektywności kosztowej w krótkim horyzoncie jest trudna (gdyż profilaktyka daje efekty finansowe po latach), ale jakościowa ocena efektywności wypada pozytywnie – inwestycje w RPZ przyniosły znaczącą wartość dodaną dla systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa.

6.8. Jakość i użyteczność wsparcia

W badaniach ankietowych prowadzonych wśród pacjentów poszczególnych RPZ (ankiety satysfakcji), ankietowani powszechnie wyrażali zadowolenie z otrzymanej pomocy, podkreślając profesjonalizm zespołów realizujących program, wysoką jakość opieki czy odczuwalne korzyści zdrowotne. Pacjenci często zwracali uwagę, że dzięki udziałowi w programie poprawiło się ich samopoczucie fizyczne i psychiczne. Uczestnicy programów rehabilitacyjnych odczuli zmniejszenie bólu i stresu, a uczestnicy programów profilaktycznych deklarowali zwiększone poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego po wykonaniu badań.

Wsparcie w ramach RPZ obejmowano nie tylko samych pacjentów, ale też ich otoczenie – opiekunów oraz personel medyczny pierwszego kontaktu. Programy dotyczące chorób przewlekłych często oferowały szkolenia dla lekarzy rodzinnych czy pielęgniarek w zakresie wczesnego wykrywania chorób (budowanie kompetencji kadr). Inne projekty angażowały rodziny pacjentów, zwłaszcza w działaniach edukacyjnych (np. warsztaty dla opiekunów osób niesamodzielnych). Jakość tych komponentów

również powszechnie oceniano pozytywnie. Raporty ewaluacyjne wskazują, że sukcesem programów profilaktycznych była nie tylko poprawa stanu zdrowia uczestników, ale także właśnie wspomniana edukacja personelu medycznego – lekarze i pielęgniarki biorący udział w projektach podnosili swoje kwalifikacje w zakresie profilaktyki i wykorzystują zdobytą wiedzę w codziennej pracy. Tym samym zwiększa się ogólna sprawność systemu w danym regionie, co stanowi wartość dodaną trudną do uchwycenia w prostych wskaźnikach liczbowych.

Uczestnicy poszczególnych badań ewaluacyjnych wskazywali, że oferowane świadczenia były dla nich potrzebne i przydatne – często bez programu nie mogliby skorzystać z takich usług z powodów finansowych lub organizacyjnych. Osoby objęte badaniami przesiewowymi np. w kierunku cukrzycy podkreślały, że program umożliwił im bezpłatny dostęp do badań, na które wcześniej brakowało środków albo które nie były dostępne lokalnie. Również wśród opiekunów osób chorych programy wsparcia (np. szkolenia z opieki paliatywnej czy grupy wsparcia psychologicznego) zostały ocenione jako bardzo pomocne w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami.

Co ważne, ocenie podlegało również dopasowanie form i sposobu udzielania wsparcia do potrzeb różnych grup docelowych. Tutaj także w zdecydowanej większości przypadków odnotowano jednoznacznie pozytywne wyniki – projekty starały się dostosować tryb i charakter działań do odbiorców. W przypadku osób aktywnych zawodowo istotne było to, że badania profilaktyczne organizowano w godzinach popołudniowych lub podczas akcji w zakładach pracy, dla seniorów zapewniano transport na zajęcia rehabilitacyjne, a materiały edukacyjne przygotowywano w przystępny sposób. Dzięki temu sposób udzielania wsparcia oceniono jako dobrze dopasowany do uczestników – potwierdzali to zarówno pacjenci (wysokie oceny satysfakcji), jak i personel medyczny zaangażowany w projekty.

Część ewaluacji wykazała jednak obszary do doskonalenia w kontekście jakości i przydatności wsparcia. Przykładowo, w jednym z programów rehabilitacyjnych okazało się, że nie wszyscy uczestnicy zostali objęci przewidzianymi elementami edukacji zdrowotnej – tylko 45% badanych pacjentów potwierdziło, że otrzymało pełen komponent edukacyjny dotyczący kontynuacji ćwiczeń po zakończeniu turnusu¹⁵. Sugeruje to pewne braki w realizacji części informacyjnej programu, co może obniżać długofalową użyteczność (nie wszyscy pacjenci utrwalili nawyki prozdrowotne). W innym przypadku rodzice dzieci uczestniczących w programie wykazywali niską świadomość potrzeby szybkiej interwencji – nawet po otrzymaniu diagnozy część z nich rezygnowała z kontynuacji terapii, co wskazuje na konieczność lepszego informowania i motywowania opiekunów. Przeprowadzone badania wśród uczestników wykazały również inne problemy, takie jak np. fakt przeprowadzenia

¹⁵ Efekty Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

badań lekarskich na zakończenie zajęć korekcyjnych jedynie u 7% pacjentów¹⁶. Dostępność pewnych form wsparcia była więc ograniczona, co z kolei, jak wskazali autorzy jednej z ewaluacji, determinuje brak możliwości rzetelnej oceny efektów udzielonego wsparcia¹⁷.

Podsumowując, uczestnicy RPZ wysoko ocenili jakość i przydatność otrzymanego wsparcia. Większość z nich była zadowolona z pomocy, podkreślając profesjonalizm zespołów, wysoką jakość opieki oraz poprawę samopoczucia fizycznego i psychicznego. Dużym atutem programów była ich kompleksowość – obejmowały nie tylko świadczenia medyczne, lecz także edukację pacjentów, rodzin i personelu medycznego. Szkolenia podniosły kompetencje lekarzy i pielęgniarek, co przełożyło się na lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Wsparcie oceniano jednocześnie jako bardzo potrzebne – wielu uczestników wskazywało, że bez programu nie mogliby skorzystać z usług medycznych z powodów finansowych lub braku lokalnej oferty. Pozytywnie oceniano również spersonalizowanie pomocy i dostosowanie form wsparcia do różnych grup poprzez m.in. zapewnienie transportu czy dogodne godziny.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

6.9. Komplementarność RPZ z innymi działaniami zdrowotnymi

Jak już zauważono w początkowym fragmencie niniejszej analizy, kluczowym założeniem interwencji zdrowotnych finansowanych z funduszy unijnych było ich uzupełnianie istniejących programów krajowych (a nie dublowanie). Analiza komplementarności RPZ z innymi działaniami: m.in. programami NFZ lub ogólnopolskimi programami zdrowotnymi Ministerstwa Zdrowia, a także projektami z PO WER, przeprowadzona metodą desk research, wskazuje, że generalnie udało się osiągnąć synergię, choć występowały sytuacje pewnego nakładania się inicjatyw.

Na etapie planowania starano się brać pod uwagę aktualnie funkcjonujące programy krajowe, aby RPZ wypełniały nisze i luki w ofercie zdrowotnej. Służył temu m.in. mechanizm konsultacji w KS, gdzie przedstawiciele resortu zdrowia i regionów wymieniali informacje o planowanych przedsięwzięciach. Dzięki temu większość województw kierowała środki RPO na obszary, które nie były dostatecznie finansowane ze źródeł krajowych lub gdzie skala potrzeb przekraczała możliwości istniejących programów. Wojewódzkie RPZ z reguły nie powielaly świadczeń oferowanych w ramach programów NFZ, lecz rozszerzały grupy docelowe lub zwiększały intensywność działań w regionie. I tak, jeśli krajowe działania obejmowały określoną grupę wiekową, RPZ mógł skierować badania do nieco młodszych lub starszych osób, albo położyć nacisk na dodatkowe działania edukacyjne podnoszące zgłaszalność na badania tam, gdzie dotychczas była ona niska. W wielu regionach finansowano także programy zupełnie nieuwzględnione dotąd w polityce krajowej – np. profilaktyka cukrzycy typu II u osób w wieku produkcyjnym czy programy rehabilitacji medycznej dla pacjentów onkologicznych, które uzupełniały lukę w świadczeniach gwarantowanych, w ramach których rehabilitacja onkologiczna była dostępna w ograniczonym zakresie.

Ewaluacje regionalne potwierdzają ponadto, że w znacznej mierze RPZ wypełniły obszary zaniedbane i nie spowodowały dublowania się inicjatyw. Wskazuje na to fakt, że w większości badanych programów znaczna część uczestników po raz pierwszy korzystała z danego rodzaju usług zdrowotnych właśnie dzięki RPZ. W ewaluacji RPZ z obszaru Dolnego Śląska wykazano, iż dla 78% uczestników programów badań przesiewowych (profilaktyka cukrzycy typu 2) był to pierwszy udział w takiej interwencji – nie korzystali wcześniej z analogicznych świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej¹⁸. To oznacza, że projekty skutecznie dotarły do nowych odbiorców, a nie tylko przechwyciły osoby już objęte wcześniejszą profilaktyką.

Jeśli zaś chodzi o komplementarność finansową i udział RPZ w całości polityki zdrowotnej województw, to środki RPO stanowiły istotne dopełnienie krajowego

¹⁸ Wpływ inwestycji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych na jakość życia, poziom wykluczenia społecznego i ubóstwa w województwie dolnośląskim, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.

finansowania profilaktyki. Jak wskazują wyniki poszczególnych ewaluacji, dzięki funduszom unijnym udało się wdrożyć programy, na które trudno byłoby wygospodarować pieniądze z budżetu państwa lub NFZ. Za przykład posłużyć może województwo pomorskie, które to uruchomiło z RPO szeroki program prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku 35–64 lata typu 2, na który przeznaczono ponad 47 milionów złotych – podczas gdy analogiczne działania NFZ ograniczały się do węższej grupy (np. programu „Profilaktyka 40+” ruszającego dopiero w 2021 r.).

Dokładny udział liczbowy i finansowy RPZ wśród wszystkich programów polityki zdrowotnej różnił się w zależności od regionu, jednak można stwierdzić, że w latach 2014–2020 RPZ stanowiły znaczący fragment ogółu programów prozdrowotnych. W niektórych województwach, zwłaszcza mniej zamożnych, mogły być to wręcz główne programy profilaktyczne obok nielicznych lokalnych inicjatyw gminnych. Również jednak w innych, bogatszych regionach, w których także samorządy powiatowe i miejskie prowadzą własne programy np. szczepień czy badań – RPZ dopełniały paletę działań, zapewniając realizację szerzej zakrojonego wsparcia o istotnie szerszym zasięgu.

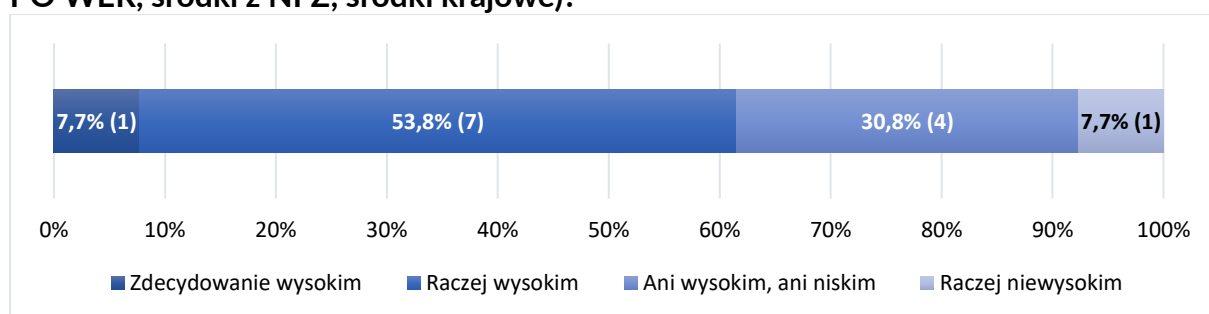
Z punktu widzenia uniknięcia powielania działań, mechanizmy koordynacji zadziałały więc dobrze. Nie odnotowano sytuacji, by środki RPO finansowały dokładnie tę samą interwencję co środki krajowe w tym samym czasie i miejscu – RPZ wypełniały lukę w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Celem uzupełnienia powyższych analiz warto również zwrócić uwagę na wyniki przeprowadzonego panelu ekspertów. Jak zaznaczali badani, programy regionalne nie mogły finansować usług już gwarantowanych przez NFZ, co wymuszało poszukiwanie przez nich nisz i innowacyjnych rozwiązań zdrowotnych. Czasami rodziło to pewien dylemat – potrzeby zdrowotne są bowiem zwykle największe w obszarach objętych teoretycznie finansowaniem publicznym (np. leczenie cukrzycy czy rehabilitacja kardiologiczna), ale z powodu ograniczeń systemowych i skali potrzeb dostęp do świadczeń bywa niewystarczający.

Paneliści wskazywali, że sztywne trzymanie się zasady niedublowania usług NFZ bywało pewną barierą dla zaplanowania skutecznej interwencji. Przykładowo, w obszarze zdrowia psychicznego ogromnym problemem są długie kolejki do psychoterapii – jednak RPZ nie mógł sfinansować dodatkowych porad psychologicznych, jeśli formalnie są one elementem koszyka świadczeń gwarantowanych. Takie sytuacje ograniczały wpływ programu na realne zmniejszenie luki w dostępie do świadczeń zdrowotnych, choć z punktu widzenia logiki interwencji intencją było uzupełnienie systemu tam, gdzie on nie domaga. W praktyce, jak zaznaczali badani, większość RPZ-ów dobrze sobie z tym poradziła, wybierając interwencje uzupełniające (np. dodatkową edukację zdrowotną, by zwiększyć udział w badaniach przesiewowych finansowanych przez NFZ).

Również większość respondentów badania ilościowego oceniła, że działania realizowane w ramach RPZ były komplementarne względem innych źródeł finansowania polityki zdrowotnej. Łącznie 61,5% (8 osób) uznało stopień komplementarności za wysoki – 7,7% (1) zdecydowanie wysoki, a 53,8% (7) raczej wysoki. Taki wynik sugeruje, że RPZ były w dużej mierze postrzegane jako uzupełnienie istniejących działań prowadzonych w ramach środków krajowych, NFZ czy programów unijnych. Jednocześnie 30,8% (4) badanych wskazało ocenę neutralną, zaś odpowiedź negatywną wskazała jedynie jedna osoba (7,7%).

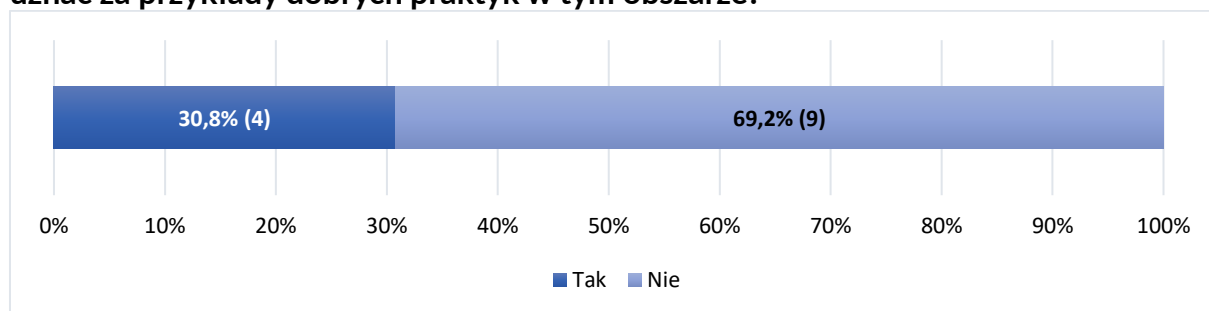
Wykres 14. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem działania realizowane w ramach RPZ były komplementarne z programami polityki zdrowotnej, programami zdrowotnymi lub działaniami dotyczącymi profilaktyki chorób finansowanymi z innych źródeł (np. PO WER, środki z NFZ, środki krajowe)?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Odnosząc się do mechanizmów koordynacji działań zdrowotnych pomiędzy województwami i instytucjami centralnymi, ankietowani członkowie i obserwatorzy uczestniczący w pracach KS za dobrą praktykę uznawali najczęściej samą działalność KS. Jeden z respondentów wskazał dodatkowo na reagowanie na zmiany i potrzeby epidemiologiczne poprzez np. dodatkowe wsparcie na poziomie centralnym w ramach środków REACT-EU.

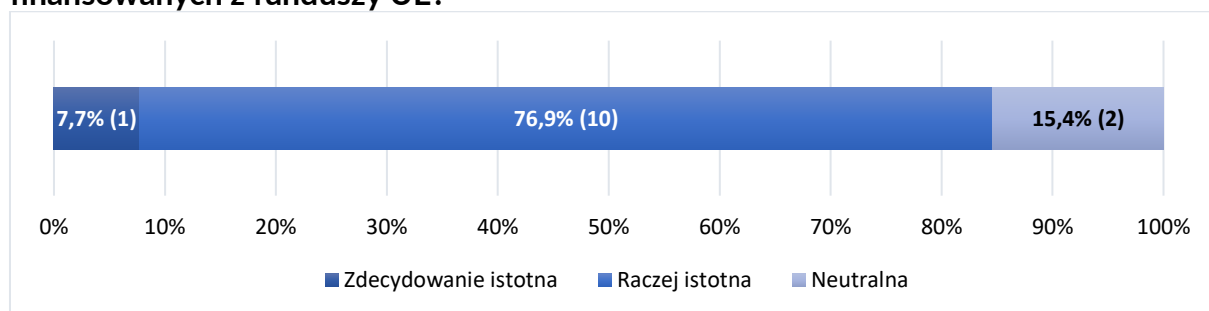
Wykres 15. Czy dostrzega Pan/Pani przykłady mechanizmów koordynacji działań zdrowotnych pomiędzy województwami i instytucjami centralnymi, które można uznać za przykłady dobrych praktyk w tym obszarze?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Respondenci w przeważającej większości pozytywnie ocenili rolę KS w zapewnianiu spójności i koordynacji RPZ finansowanych ze środków unijnych. Aż 76,9% (tj. 10 osób) uznało tę rolę za „raczej istotną”, a kolejne 7,7% (1 osoba) – za „zdecydowanie istotną”. Wyniki te wskazują, że KS był postrzegany jako ważny mechanizm wspierający logiczne powiązanie działań w sektorze zdrowia i zwiększający komplementarność interwencji na poziomie krajowym i regionalnym. Jedynie 15,4% (2) respondentów przyjęło postawę neutralną, a jednocześnie żaden z badanych nie wybrał oceny negatywnej.

Wykres 16. Jak ocenia Pan/Pani rolę KS w zapewnianiu spójności i koordynacji RPZ finansowanych z funduszy UE?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Podsumowując, RPZ w latach 2014–2020 zostały zaplanowane tak, by uzupełniać programy krajowe, a nie je powielać. Środki kierowano na obszary niedofinansowane lub pomijane w polityce krajowej, m.in. profilaktykę cukrzycy, chorób cywilizacyjnych i rehabilitację onkologiczną. Mechanizmy koordynacji między ministerstwem a regionami pozwoliły uniknąć dublowania działań i zapewniły spójność interwencji. Programy regionalne często rozszerzały grupy docelowe lub wzmacniały działania krajowe poprzez dodatkową edukację i promocję profilaktyki. Dzięki temu dotarli do nowych odbiorców – wielu uczestników po raz pierwszy skorzystało z badań lub rehabilitacji. Środki finansowe z RPZ istotnie wzmocniły krajowe nakłady na zdrowie, szczególnie w mniej zamożnych województwach, gdzie stanowiły główny filar profilaktyki.

6.10. Wyzwania związane z przyszłym wsparciem realizowanym w formule RPZ

W świetle wniosków przedstawionych w przeanalizowanych ewaluacjach RPZ, istnieje wyraźna potrzeba kontynuowania i rozwijania tego typu programów w przyszłych okresach finansowania, w tym w perspektywie 2028–2034. Wszystkie województwa i instytucje zaangażowane w ich wdrażanie zgodnie podkreślały, że działania podjęte w latach 2014–2020 były wartościowe, ale aby przyniosły trwałe efekty, nie mogą być jednorazowe. Choroby przewlekłe oraz wyzwania zdrowotne, na które odpowiadały RPZ, będą bowiem nadal aktualne w kolejnych latach – a w niektórych przypadkach (np. starzenie się społeczeństwa) nawet się nasilą. Dlatego utrzymanie wsparcia finansowego na programy profilaktyczne i rehabilitacyjne na poziomie regionalnym jest konieczne, by zapewnić trwałość dotychczasowych osiągnięć.

Szczególnie mocno akcentowana była potrzeba kontynuacji i rozbudowy wsparcia dla pacjentów onkologicznych. W przyszłości warto zatem położyć szczególny nacisk na opiekę kompleksową nad chorymi na nowotwory – obejmującą m.in. rehabilitację (w tym fizjoterapię), wsparcie psychologiczne i dietetyczne zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu. Programy z lat 2014–2020 pokazały w tym zakresie wysoką skuteczność i wciąż rosnące zapotrzebowanie, stąd zasadna jest ich kontynuacja na szerszą skalę. Podobnie, w obszarze chorób układu krążenia i innych głównych przyczyn zgonów (np. POChP, cukrzyca) dalsze działania profilaktyczne pozostają niezbędne – choć poprawiła się wykrywalność, to wciąż duża część populacji nie korzysta regularnie z badań, a zmiany demograficzne (starzenie się) będą generować nowe przypadki schorzeń w tych obszarach.

Jak jednak wskazują źródła, aby w pełni wykorzystać potencjał programów zdrowotnych na poziomie samorządowym, konieczne jest wdrożenie pewnych usprawnień, tj. dalsze usprawnianie komunikacji i procesu wymiany informacji (np. przez system rejestrowania programów), a także zapewnienie stabilnych źródeł finansowania kolejnych edycji¹⁹.

Ponadto analiza desk research wskazuje na potrzebę podkreślenia narastającego problemu nadwagi i otyłości – istotnego czynnika ryzyka chorób przewlekłych – co wymaga systemowych działań edukacyjnych w zakresie zdrowego stylu życia²⁰. W kontekście populacji dzieci i młodzieży dodatkowym wyzwaniem zdrowotnym są powszechne wady postawy. Badania wskazują, że dotyczą one od około 30% do nawet 60% młodych osób w Polsce, co czyni je jednym z najczęstszych problemów rozwojowych tej grupy. Największe ryzyko ich powstawania przypada na okres

¹⁹ Cianciara D., Trwałość samorządowych programów zdrowotnych.

²⁰ Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce.

wczesnoszkolny i pokwitania, jednak dzięki odpowiednio wczesnemu wykryciu i wdrożeniu ćwiczeń korekcyjnych możliwe jest skuteczne zahamowanie progresji wad i zapobieżenie dalszym powikłaniom²¹. Jednocześnie Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że profilaktyka wad postawy w szkołach publicznych jest niewystarczająca – brakuje systematycznych badań przesiewowych i właściwych warunków do kształtowania prawidłowej postawy ciała. Niezbędna jest zatem pełna współpraca rodziców, szkół oraz służby zdrowia, gdyż tylko skoordynowane działania tych podmiotów mogą zapewnić skuteczność profilaktyki wad postawy u uczniów²². Wnioski te korespondują z szerszą analizą stanu zdrowia młodego pokolenia – według ekspertów najważniejsze problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce obejmują zarówno narastające czynniki ryzyka cywilizacyjnego (otyłość, niedostatek aktywności fizycznej), jak i wady rozwojowe czy zaburzenia adaptacyjne, co potwierdza konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych już od najmłodszych lat²³. RPZ, poprzez swoje ukierunkowane interwencje, adresowały wiele z tych obszarów, stanowiąc ważne uzupełnienie krajowych polityk zdrowotnych na szczeblu lokalnym. Wciąż jednak w tych obszarach występuje wysokie zapotrzebowanie na realizację kolejnych inicjatyw.

Generalnie, długofalowym celem prowadzonych działań powinno być również wypracowanie modeli wsparcia, które będą funkcjonować także po zakończeniu finansowania projektowego. Innymi słowy, zalecane jest, aby najlepsze praktyki z RPZ 2014–2020 zostały włączone na stałe do systemu opieki zdrowotnej. Tam, gdzie to możliwe, usługi zapoczątkowane w projektach powinny być kontynuowane ze środków publicznych krajowych (NFZ, samorządów) lub poprzez integrację ze standardową ofertą placówek medycznych – co postulowane było już w ramach opracowanych dotychczas ewaluacji. Jednakże, biorąc pod uwagę ograniczenia krajowego finansowania, w celu zainicjowania nowych programów oraz rozszerzenia istniejących niezbędne będzie dalsze wykorzystanie środków unijnych, w tym w perspektywie 2028-2034.

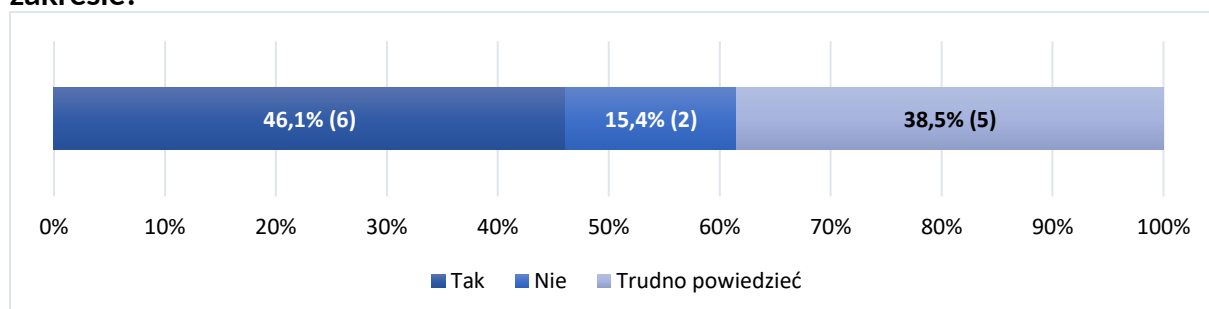
Warto w tym miejscu zaznaczyć również, że aż 46,1% (tj. 6) respondentów badania ilościowego uznało, iż niektóre problemy zdrowotne były nie dość mocno zaznaczone i wymagają większego wsparcia, co sugeruje dostrzeżoną lukę między rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi a zakresem tematycznym dotychczas realizowanych programów.

²¹ Wawrzyniak A. Tomaszewski M. Mews J., Jung A., Kalicki B., Wady postawy u dzieci i młodzieży jako jeden z głównych problemów w rozwoju psychosomatycznym, *Pediatr Med Rodz* 2017.

²² Informacja o wynikach kontroli NIK „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych”.

²³ Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce.

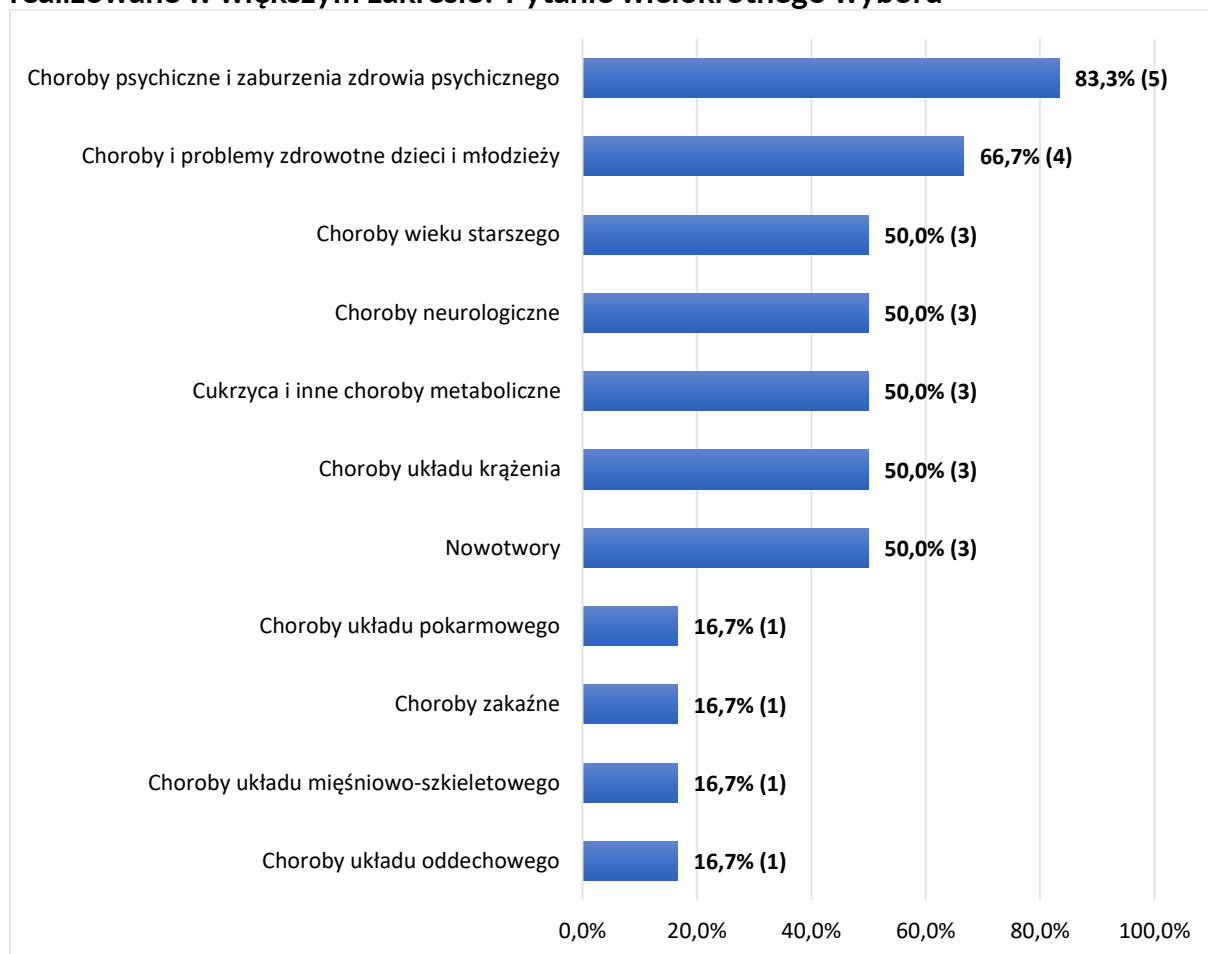
Wykres 17. Czy w Pana/Pani opinii niektóre problemy zdrowotne były zbyt słabo reprezentowane w dotychczasowych RPZ i powinny być wspierane w większym zakresie?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Wyniki pytania uszczegóławiającego, dotyczącego obszarów chorób wymagających szerszego wsparcia w ramach programów polityki zdrowotnej, wskazują jednoznacznie, że **największe braki w dotychczasowych RPZ dostrzegane są w obszarze zdrowia psychicznego**. Aż 83,3% (tj. 5) respondentów tej grupy (tj. dostrzegających tego rodzaju braki) uznało, że choroby psychiczne i zaburzenia zdrowia psychicznego powinny być wspierane w większym zakresie, co potwierdza narastające społeczne i systemowe znaczenie tego problemu. Na kolejnych miejscach znalazły się choroby i problemy zdrowotne dzieci i młodzieży (66,7%, tj. 4 osoby) oraz cała grupa schorzeń – nowotwory, choroby układu krążenia, neurologiczne, wieku starszego i metaboliczne (w tym cukrzyca) – które uzyskały po 50% wskazań (tj. elementy wskazywane każdorazowo przez 3 badanych). Taki rozkład odpowiedzi pokazuje, że mimo iż te obszary są obecne w wielu RPZ, to w ocenie respondentów wsparcie było niewystarczające w stosunku do skali wyzwań zdrowotnych. Znacznie mniej wskazań dotyczyło takich obszarów jak choroby zakaźne, układu pokarmowego, oddechowego oraz mięśniowo-szkieletowego – wszystkie te grupy chorób wskazało jedynie 16,7% badanych (tj. po jednej osobie).

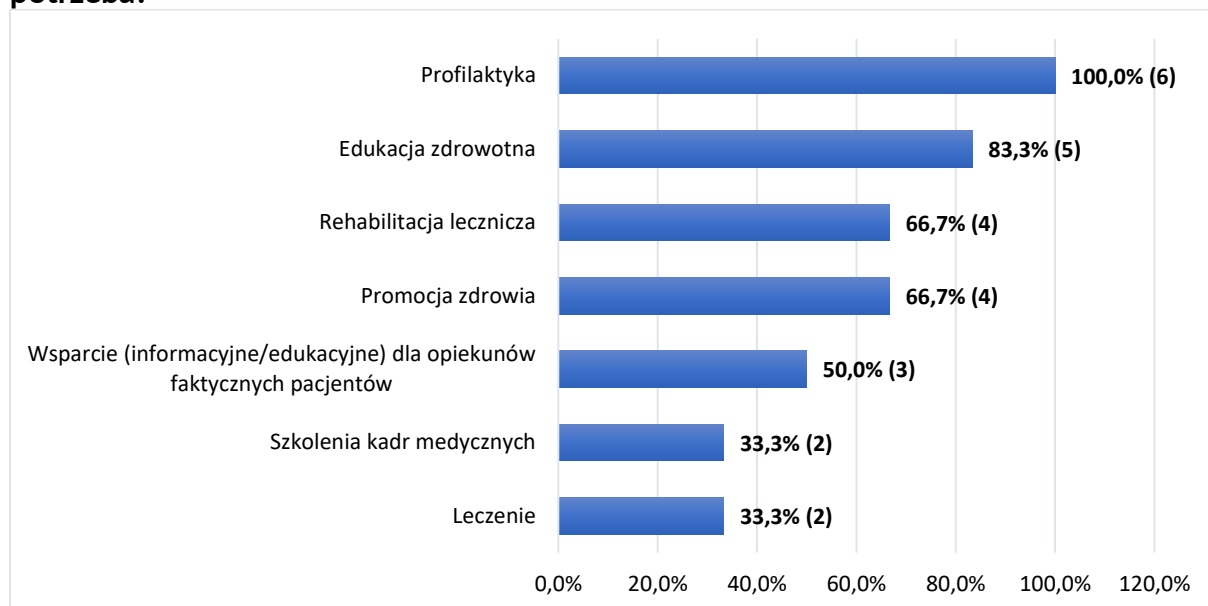
Wykres 18. W jakich obszarach chorób programy polityki zdrowotnej powinny być realizowane w większym zakresie? Pytanie wielokrotnego wyboru



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=6.

Wyniki badania wskazują, że **największa potrzeba dalszego wsparcia dotyczy działań z zakresu profilaktyki** – obszar ten został wskazany przez wszystkich respondentów (100%, tj. 6 osób). Wysoko uplasowały się również edukacja zdrowotna (83,3%), promocja zdrowia oraz rehabilitacja lecznicza (po 66,7%, tj. 4 osoby), co podkreśla wagę działań ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i utrzymanie zdrowia, a nie wyłącznie leczenie ich skutków. Wsparcie informacyjne i edukacyjne dla opiekunów faktycznych pacjentów również uzyskało stosunkowo wysokie poparcie (50,0% (3)), wskazując na potrzebę większego uwzględnienia ich roli w systemie opieki. Znacznie niższe wskazania uzyskały działania z zakresu leczenia oraz szkolenia kadry medycznej (po 33,3% (2)), co może sugerować, że są one postrzegane jako obszary relatywnie lepiej zabezpieczone w obecnych rozwiązaniach systemowych. Całościowo dane te potwierdzają kierunek przesuwania akcentów interwencji zdrowotnych w stronę działań prewencyjnych i edukacyjnych, zorientowanych na trwałą poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

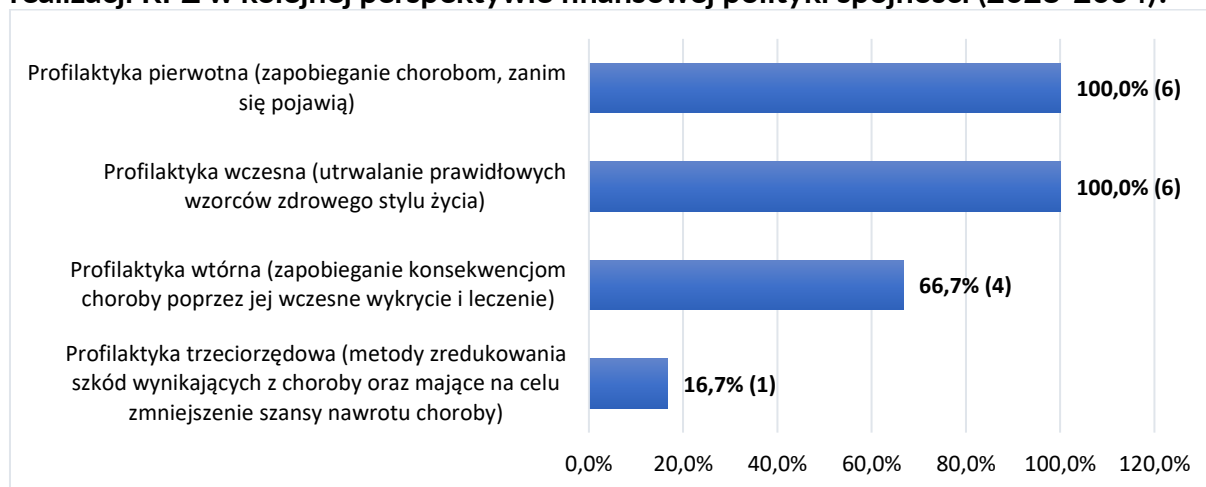
Wykres 19. Jakich obszarów działań dotyczy identyfikowana przez Pana/Panią potrzeba?



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=6.

Respondenci w sposób jednoznaczny wskazali, że w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028–2034) **szczególnego wsparcia powinny doczekać się działania z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej** – oba te obszary uzyskały po 100% wskazań (tj. zostały wskazane przez 6 osób). Taki wynik potwierdza silne przekonanie o konieczności skoncentrowania przyszłych RPZ na działaniach prozdrowotnych ukierunkowanych na utrwalanie zdrowego stylu życia oraz zapobieganie chorobom jeszcze przed ich wystąpieniem. Duże znaczenie przypisano także profilaktyce wtórnej (66,7%, tj. 4 osoby), natomiast znacznie mniej wskazań dotyczyło profilaktyki trzeciorzędowej (16,7%, tj. jedno wskazanie), co może sugerować, że działania związane z redukcją szkód lub zapobieganiem nawrotom choroby są postrzegane jako domena systemowych rozwiązań opieki zdrowotnej, a nie priorytet dla RPZ. Wyniki te jasno pokazują, że w przyszłych programach interwencji profilaktyczne powinny stać się fundamentem działań, ze szczególnym naciskiem na działania edukacyjne, środowiskowe i populacyjne, ukierunkowane na długofalową poprawę zdrowia publicznego.

Wykres 20. Czy Pana/Pani zdaniem występuje potrzeba wsparcia dotyczącego realizacji RPZ w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034)?

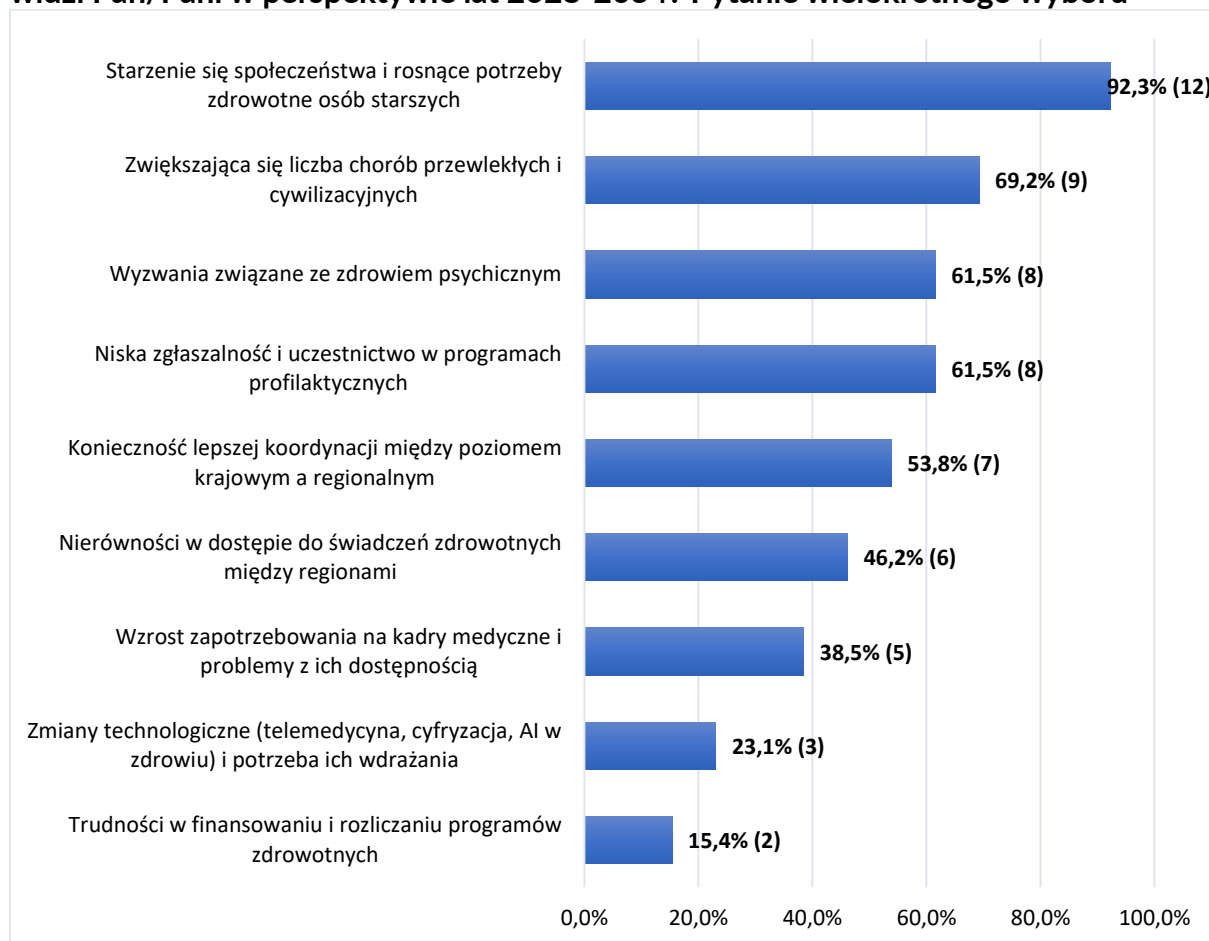


Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=6.

W odpowiedziach respondentów dotyczących wyzwań dla rozwoju programów polityki zdrowotnej w perspektywie lat 2028–2034 zdecydowanie na pierwszy plan wysuwa się **problem starzenia się społeczeństwa**. Aż 92,3% (tj. 12) uczestników badania wskazało to zjawisko jako kluczowe, co jednoznacznie potwierdza świadomość nadchodzącego wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne dedykowane osobom starszym – zarówno w zakresie leczenia chorób przewlekłych, opieki długoterminowej, jak i profilaktyki. Drugim najczęściej wskazywanym wyzwaniem była **zwiększająca się liczba chorób przewlekłych i cywilizacyjnych** (69,2%, tj. 9 osób), co pokazuje, że system ochrony zdrowia będzie musiał coraz intensywniej odpowiadać na konsekwencje stylu życia i długoterminowych obciążeń zdrowotnych.

Bardzo istotnymi problemami okazały się również niska zgłaszalność i uczestnictwo w programach profilaktycznych (61,5%, tj. 8 osób) oraz wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym (61,5% (8)). Sygnały te potwierdzają wcześniejsze obserwacje z badania, zgodnie z którymi priorytetami stają się potrzeba bardziej efektywnych i celowanych działań profilaktycznych oraz silniejsze uwzględnienie problematyki zdrowia psychicznego.

Wykres 21. Jakie główne wyzwania dla rozwoju programów polityki zdrowotnej widzi Pan/Pani w perspektywie lat 2028-2034? Pytanie wielokrotnego wyboru



Źródło: badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, n=13.

Kwestia rekomendacji związanych z przyszłym wsparciem podjęta została również w ramach przeprowadzonego panelu ekspertów. Po pierwsze, zdaniem ekspertów należy rozszerzyć zakres tematyczny RPZ w odpowiedzi na zidentyfikowane luki. Szczególnie mocno wybrzmiała potrzeba uwzględnienia w większym stopniu kwestii zdrowia psychicznego i to we wszystkich grupach wieku – od dzieci i młodzieży (profilaktyka i wczesne interwencje psychologiczne), po osoby w wieku podeszłym (gdzie narastają problemy samotności, depresji wieku starczego, otępienia). Ekspersi zgodnie stwierdzili, że braki kadrowe i infrastrukturalne w opiece psychiatrycznej i psychologicznej wymagają niestandardowych rozwiązań, a programy zdrowotne mogłyby odegrać tu znaczącą rolę. Rekomendowano również, by nowe RPZ przewidywały komponenty, takie jak szkolenie i zatrudnianie psychologów (aby zwiększyć dostępność usług) czy tworzenie pomostów między opieką psychiatryczną dla dzieci i dorosłych (obecnie brak płynnej współpracy przy przejściu pełnoletnich pacjentów pod opiekę systemu dla dorosłych). Bez wątpienia inwestycja w zdrowie psychiczne powinna stać się priorytetem – panel wskazał, że zapotrzebowanie

społeczne jest tu ogromne i wciąż rośnie, co wymaga adekwatnej reakcji władz regionalnych.

Równie istotne jest zdaniem badanych ekspertów włączenie do programów perspektywy zdrowia środowiskowego. W dobie zmian klimatu i degradacji środowiska naturalnego województwa zmagają się z nowymi zagrożeniami (np. choroby odkleszczowe na obszarach, gdzie kleszcze wcześniej nie występowały; skutki fal upałów w miastach; wzrost zachorowań na astmę z powodu smogu). Przyszłe RPZ powinny być w miarę możliwości projektowane we współpracy ze specjalistami zdrowia publicznego i ekologami, tak aby profilaktyka uwzględniała lokalne czynniki ryzyka środowiskowego. Może to oznaczać na przykład programy edukacyjne dla społeczności zagrożonych skutkami upałów, inicjatywy szczepień lub monitoring epidemiologiczny w związku z pojawieniem się nowych wektorów chorób (czyli organizmów przenoszących patogeny, takich jak komary czy kleszcze) czy komponenty zdrowotne w programach adaptacji do zmian klimatu na szczeblu samorządowym. Tego rodzaju holistyczne podejście zapewni, że polityka zdrowotna regionu nadąży za zmieniającymi się warunkami, a działania profilaktyczne będą wyprzedzać pojawienie się problemów zamiast jedynie reagować na już zaistniałe kryzysy.

Kolejnym zaleceniem wskazanym w trakcie panelu było zwiększenie elastyczności i innowacyjności interwencji. Obecne ramy prawne i wytyczne AOTMiT warto tak dostosować, by umożliwić pewną dozę lokalnej kreatywności. Zdaniem badanych można rozważyć tworzenie „wersji bazowej” rekomendacji wraz z katalogiem opcjonalnych rozszerzeń – tak, aby samorząd mógł dodawać dodatkowe elementy adekwatne do swoich potrzeb, o ile nie stoją one w sprzeczności z dowodami naukowymi. Kilku panelistów postulowało, aby Agencja była bardziej otwarta na uzupełnianie rekomendowanych programów o działania autorskie realizatorów. Dzięki temu programy mogłyby lepiej integrować się z innymi lokalnymi inicjatywami (np. łączyć profilaktykę medyczną z działaniami społecznymi czy edukacyjnymi prowadzonymi równolegle w regionie). Ważne jest też stworzenie mechanizmów pozwalających na wprowadzenie zmian w trakcie realizacji – oczywiście pod kontrolą merytoryczną – jeśli np. okaże się, że jakaś metoda nie przynosi spodziewanych rezultatów, a inna innowacja rokuje lepiej. Wiąże się z tym rekomendacja rozwijania podejścia pilotażowego - testowania nowych rozwiązań w mniejszej skali w ramach RPZ, a następnie skalowania tych, które się sprawdziły. Regionalne programy zdrowotne powinny być polem doświadczalnym nowych strategii zdrowia publicznego, dlatego odrobina regulacyjnej elastyczności przynieść może istotne korzyści.

Aby zwiększyć skuteczność programów, paneliści zalecali również silniejsze powiązanie RPZ z podstawową opieką zdrowotną i lokalnymi autorytetami. Lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe oraz farmaceuci to profesje cieszące się zaufaniem społecznym – powinni oni stać się ambasadorami programów profilaktycznych. W praktyce oznacza to potrzebę intensywnych działań informacyjnych kierowanych do

personelu medycznego pierwszego kontaktu (szkoleń, materiałów, zaangażowania konsultantów wojewódzkich). Jedna z ekspertek zauważyła, że nadal największym autorytetem dla pacjenta w kwestii szczepień jest jego lekarz rodzinny, dlatego każda wizyta powinna być okazją do promocji profilaktyki. Podobnie specjaliści różnych dziedzin – kardiolodzy, diabetolodzy, ginekolodzy – powinni włączać w swoje porady zachętę do udziału w odpowiednich programach (np. kardiolog rekomendujący pacjentowi po zawale udział w regionalnym programie rehabilitacji). Rekomenduje się zatem zbudowanie systemu motywacyjnego dla POZ i AOS – np. poprzez certyfikaty lub inne formy uznania dla placówek aktywnie wspierających programy profilaktyczne. Takie włączenie kadr medycznych będzie kluczowe dla przełamania barier mentalnych u pacjentów i zwiększenia zgłaszalności.

Kolejnym z zaleceń postawionych w trakcie panelu ekspertów było wzmocnienie komponentu informacyjno-edukacyjnego. Mimo że większość programów zawierała działania edukacyjne, eksperci podkreślili, iż w dobie nadmiaru informacji i silnej dezinformacji (np. ruchy antyszczepionkowe) nie można poprzestać na standardowych metodach. Należy szukać nowych dróg dotarcia do różnych grup – od młodzieży (np. poprzez media społecznościowe, influencerów), przez osoby w średnim wieku (kampanie w miejscu pracy, za pośrednictwem pracodawców), po seniorów (np. poprzez kluby seniora, parafie). Istotne jest budowanie przekazu pozytywnego, tj. zamiast straszenia chorobą, akcentowanie korzyści z profilaktyki i leczenia. W przypadku szczepień uczestnicy panelu wskazali na potrzebę szeroko zakrojonych akcji informacyjnych przed uruchomieniem programu, aby zbudować pozytywną świadomość – zarówno w społeczeństwie, jak i wśród personelu medycznego. Dobre praktyki to m.in. współpraca z lokalnymi liderami opinii, kampanie door-to-door w gminach o niskim wyszczepieniu czy angażowanie osób, które przeszły chorobę i mogą zaświadczyć o znaczeniu profilaktyki. Edukacja powinna przy tym być ciągłym procesem, nie ograniczać się do jednorazowej akcji. W toku realizacji programu należy stale przypominać o jego istnieniu (np. regularne komunikaty w mediach lokalnych o postępach i korzyściach dla uczestników), w celu utrzymania zainteresowania.

Aspekt ten potwierdza również analiza desk research. Potrzebna jest bowiem szersza aktywizacja społeczności lokalnych – edukacja zdrowotna społeczeństwa powinna stać się stałym elementem polityki gmin. Badania wykazują, że społeczeństwo często nie interesuje się tematyką profilaktyki dopóty, dopóki nie zostanie odpowiednio zaangażowane i poinformowane. Dlatego też promocja zdrowia musi wykorzystywać nowoczesne kanały komunikacji i metody zwiększania motywacji (m.in. marketing społeczny, udział liderów opinii, akcje w społecznościach lokalnych) tak, aby profilaktyka stała się dla obywateli atrakcyjna i zrozumiała²⁴.

²⁴ Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce.

W trakcie panelu odniesiono się również do problemu kadr i zasobów – rekomenduje się, by przyszłe programy w miarę możliwości inwestowały w rozwój personelu w obszarach deficytowych. Jeśli wiemy, że brakuje psychologów czy fizjoterapeutów, warto rozważyć, czy elementem programu nie powinny być szkolenia lub certyfikacje zwiększające kompetencje dostępnych kadr. Przykładem dobrej praktyki może być tu komponent szkoleń dla opiekunów domowych w programach geriatrycznych albo doskonalenie umiejętności personelu POZ w zakresie poradnictwa antynikotynowego w programie chorób odtytoniowych. Równie ważne jest zapewnienie odpowiedniego zaplecza sprzętowego tam, gdzie program tego wymaga (np. mobilne jednostki diagnostyczne, aparatura do badań przesiewowych) – przyszłe konkursy powinny dopuszczać zakup lub doposażenie sprzętu, jeśli jest on niezbędny do prowadzenia skutecznej interwencji.

Z perspektywy zarządczej, podczas panelu zalecano z kolei uproszczenie i usprawnienie procedur konkursowych oraz sprawozdawczych. Wnioski konkursowe mogłyby być mniej sformalizowane, za to bardziej nastawione na merytoryczną ocenę proponowanego rozwiązania – tak, aby innowacyjne podmioty (np. startupy medyczne czy konsorcja NGO z placówkami naukowymi) nie zniechęcały się biurokracją. Z drugiej strony, system raportowania powinien być ujednolicony cyfrowo – wprowadzenie centralnej platformy do monitoringu RPZ umożliwiłoby bieżące śledzenie realizacji wskaźników, zgłaszanie problemów i archiwizację rezultatów. Dzięki temu zarówno samorząd województwa, jak i AOTMiT czy resort zdrowia mogłyby na bieżąco wyciągać wnioski i reagować na ewentualne trudności. Taka platforma mogłaby też służyć wymianie dobrych praktyk między regionami – każdy realizator mógłby opisać swoje doświadczenia, co stałoby się bazą wiedzy dla innych planujących podobne interwencje. Zdaniem ewaluatora warto w tym miejscu podnieść również problem silnie zróżnicowanego zakresu stosowanych ankiet satysfakcji uczestników. Ankiety te były bowiem każdorazowo opracowywane na potrzeby danego RPZ, wobec czego w zasadzie nie istnieje możliwość ich porównania. Problem ten sygnalizowany był również w przeprowadzonych ewaluacjach regionalnych, kiedy to nie występowała również możliwość porównania efektywności RPZ realizowanych na obszarze jednego województwa (problem zróżnicowanych wzorów narzędzi badawczych dotyczy więc zarówno skali krajowej, jak i regionalnej, gdzie poszczególne programy (realizowane przez różne podmioty) stosowały indywidualne wzory ankiet).

Podsumowując, analiza jednoznacznie wskazuje na potrzebę kontynuacji i rozwoju RPZ. Dotychczasowe działania uznano za skuteczne, lecz wymagające dalszego finansowania, by utrwalić efekty i odpowiedzieć na rosnące wyzwania – starzenie się społeczeństwa, choroby przewlekłe i cywilizacyjne. Priorytetem przyszłych RPZ powinna pozostać profilaktyka, zwłaszcza pierwotna i wczesna, obejmująca edukację zdrowotną, promocję aktywnego stylu życia oraz zapobieganie otyłości, chorobom układu krążenia i nowotworom. Wskazano też na konieczność wzmocnienia działań w



obszarze zdrowia psychicznego oraz zdrowia dzieci i młodzieży. Zaleca się utrzymanie regionalnych programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych, rozwój kompleksowej opieki onkologicznej i geriatrycznej oraz lepszą koordynację działań między instytucjami. Kluczowe będzie zapewnienie stabilnych źródeł finansowania i włączenie skutecznych rozwiązań przetestowanych w RPZ do stałego systemu ochrony zdrowia. W perspektywie 2028–2034 programy powinny koncentrować się na zapobieganiu chorobom i wspieraniu zdrowego starzenia, wykorzystując innowacje, takie jak telemedycyna i narzędzia cyfrowe.



6.11. Odpowiedzi na pytania badawcze

Na podstawie przeprowadzonej analizy udzielono odpowiedzi na pytania badawcze przyświecające niniejszemu badaniu. Celem podsumowania poniżej przedstawiono w formie tabelarycznej odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze.

Tabela 5. Odpowiedzi na pytania badawcze

Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
1.	Które i ile z województw zdecydowało się na realizację RPZ i w jakich obszarach (profilaktyka / rehabilitacja) / w zakresie jakich problemów zdrowotnych? W jakich obszarach były realizowane najczęściej RPZ, a w jakich najrzadziej? Z czego wynikał wybór problemu zdrowotnego, w ramach którego realizowano RPZ?	Regionalne Programy Zdrowotne w perspektywie 2014–2020 zostały podjęte w większości województw – we wszystkich z wyjątkiem jednego regionu zrealizowano przynajmniej jeden taki program zdrowotny, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. Jedynie w województwie podkarpackim nie zrealizowano żadnego RPZ, co sprawiło, że region ten jako jedyny nie realizował interwencji współfinansowanych z EFS w tym zakresie (wobec czego też nie został objęty niniejszym badaniem). Łącznie zrealizowane zostały 92 RPZ (ich zestawienie znajduje się poniżej), co w przeliczeniu daje średnio 6 RPZ na województwo. Oczywiście ich liczba była zróżnicowana w zależności od regionu. Największa liczba przypadła na województwo wielkopolskie (17 RPZ) oraz łódzkie (13 RPZ). Jednocześnie w regionach takich jak województwo pomorskie czy dolnośląskie zrealizowane zostały jedynie po 2 RPZ. Analiza desk research zapisów RPZ wskazuje, że wybór dziedzin zdrowia wynikał głównie z analizy map potrzeb zdrowotnych i danych epidemiologicznych (w tym m.in. dane WHO, Unicef, EHIS, GUS, BDL, ZUS, NFZ, NIZP-PHP, artykuły naukowe i opracowania eksperckie) – samorządy identyfikowały najistotniejsze problemy zdrowotne populacji, uwzględniając przy tym priorytety krajowej strategii (PP) oraz zalecenia instytucji takich jak AOTMiT. Zakres źródeł wykorzystywanych do sporządzenia diagnozy był bardzo szeroki, jednak zaznaczyć należy, że regiony dość silnie ograniczane były przez odpowiednie Wytyczne, które również miały istotny wpływ na kształt tworzonych RPZ.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
		Wśród dziedzin objętych RPZ najczęściej było programów profilaktycznych dotyczących chorób o dużym rozpowszechnieniu. Bardzo liczne okazały się projekty szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym (np. przeciw grypie sezonowej, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B czy odkleszczowemu kleszczowemu zapaleniu mózgu). Często realizowano także programy ukierunkowane na schorzenia układu ruchu – wady postawy u dzieci, bóle kręgosłupa i inne dolegliwości narządu ruchu, wymagające rehabilitacji ortopedycznej. Równolegle wiele inicjatyw dotyczyło profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób onkologicznych, takich jak rak płuca, czerniak skóry, rak jelita grubego czy rak szyjki macicy, a także rehabilitacji onkologicznej pacjentów po leczeniu nowotworów. Równie częstym obszarem interwencji były choroby układu krążenia – programy kardiologiczne nastawione na zapobieganie miażdżycy, nadciśnieniu tętniczemu, chorobie niedokrwiennej i niewydolności serca oraz udarom mózgu pojawiały się wielokrotnie. Wiele programów odnosiło się też do przeciwdziałania cukrzycy typu 2 oraz problemowi nadwagi i otyłości w populacji. Rzadziej pojawiały się natomiast programy z zakresu zdrowia psychicznego (zapobieganie zaburzeniom nerwicowym i depresyjnym, wsparcie osób ze spektrum autyzmu, ograniczanie skutków przewlekłego stresu itp.), a także programy profilaktyczne dotyczące zaburzeń słuchu i mowy (np. badania przesiewowe słuchu u dzieci i edukacja w zakresie higieny słuchu). Stosunkowo najrzadziej (pojedyncze przypadki) realizowano programy poświęcone takim tematom jak zdrowie jamy ustnej (profilaktyka próchnicy), gruźlica czy zwalczanie szpitalnych zakażeń wielolekoopornych. Równie rzadko podejmowano kwestie opieki prenatalnej, profilaktyki przewlekłej choroby nerek czy wrodzonych wad twarzoczaszki. Do najrzadszych obszarów należały także rehabilitacja pacjentów po przebyciu COVID-19 oraz profilaktyka i leczenie uzależnień od alkoholu.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
2.	Które RPZ / jakie rodzaje RPZ cieszyły się największym zainteresowaniem beneficjentów i z czego to wynikało? Czy zostały opracowane RPZ, które z jakichkolwiek przyczyn nie zostały zrealizowane? Jeśli tak, to dlaczego tak się stało / co było tego przyczyną?	Największym zainteresowaniem beneficjentów cieszyły się RPZ dotyczące powszechnych chorób przewlekłych, zwłaszcza kardiologicznych i onkologicznych, a także programy szczepień ochronnych i rehabilitacji układu ruchu. Popularność ta wynikała z dużej skali występowania tych schorzeń, łatwości rekrutacji uczestników oraz jasnego przełożenia działań na poprawę stanu zdrowia. Wysoką zgłaszalność obserwowano tam, gdzie działania profilaktyczne były szeroko promowane i łączyły elementy diagnostyczne z edukacyjnymi. Jednocześnie występowały przypadki RPZ, które mimo przygotowania i pozytywnej oceny AOTMiT nie zostały zrealizowane. Powodem był brak chętnych realizatorów, szczególnie w programach wymagających rzadkich specjalistów lub adresowanych do niewielkich populacji. Często także wykonawcy rezygnowali z udziału po analizie warunków konkursowych, uznając je za zbyt mało elastyczne wobec lokalnych zasobów. W niektórych sytuacjach nabory przedłużano lub modyfikowano, jednak mimo to nie udało się pozyskać odpowiednich podmiotów. Decydującym czynnikiem okazała się wykonalność programu, która na etapie planowania była przeszacowana. Programy tematycznie niszowe lub wymagające wysokiego poziomu specjalizacji miały najmniejsze szanse na realizację z przyczyn organizacyjno-kadrowych.
3.	W jakim stopniu zrealizowane zostały cele RPZ, poddanych badaniom ewaluacyjnym? Których wskaźników w analizowanych RPZ nie udało się zrealizować i jakie były lub mogły być tego przyczyny? W jakim stopniu realizowane cele	Między województwami występowały wyraźne różnice w zgłaszalności i utrzymaniu uczestników, przy czym najlepiej wypadły te regiony, w których programy były osadzone w silnych, rozpoznawalnych ośrodkach i łączyły prostą ścieżkę udziału z realną, szybko odczuwalną korzyścią zdrowotną. Województwa łódzkie, pomorskie i opolskie osiągały wysokie wartości wskaźników w programach kardiologicznych i onkologicznych, co w dużej mierze wynikało z dobrej rozpoznawalności realizatorów, krótkich terminów oraz płynnego przekierowania pacjentów do dalszej opieki. Wysoką zgłaszalność (identyfikowaną na podstawie ewaluacji zakończonych na moment opracowywania niniejszego dokumentu) osiągnięto również w województwie lubelskim, gdzie wartość wskaźnika dotyczącego zgłaszalności osiągnęła ponad 107%.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
	wskazane w RPZ przyczyniły się do osiągnięcia efektów dotyczących poprawy zdrowia uczestników? Które z RPZ były najbardziej skuteczne?	Zjawisko osiągnięcia wszystkich zakładanych wskaźników (w tym dotyczących ww. zgłaszalności) dotyczyła jedynie pojedynczych RPZ (np. RPZ dotyczące narządu ruchu oraz chorób od stresowych w województwie mazowieckim, program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim, RPZ dotyczący rehabilitacji medycznej w województwie warmińsko-mazurskim). Tym samym, nie odnotowano województwa, w którym wszystkie RPZ osiągnęłyby komplet zakładanych wartości wskaźników. Słabsze wyniki rekrutacji pojawiały się tam, gdzie cele frekwencyjne przeszacowano, kryteria kwalifikacji zawężono nadmiernie lub program był adresowany do populacji o niskim poczuciu ryzyka. W województwie podlaskim skala różnicy między planem a wykonaniem była najbardziej widoczna: przy planie 30 640 osób w programie dotyczącym zaburzeń nerwicowych faktycznie uczestniczyło jedynie 226. Przypadek ten unaocznia, jak silnie zgłaszalność zależy zarówno od realistycznie ustawionych celów, jak i dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej. W przypadku tego konkretnego programu problemem wpływającym na tak niską zgłaszalność była bowiem forma wsparcia (grupowa). Jak wskazuje ewaluacja dotycząca tego programu, potencjalni uczestnicy programu preferowaliby indywidualne spotkania z terapeutą. W województwie lubuskim odnotowano około połowę zakładanej rekrutacji (łącznie względem realizowanych na tym obszarze RPZ), co spowodowane było z jednej strony rezygnacją beneficjentów (rozwiązywanych umów), a z drugiej utrudnieniami związanymi z pandemią COVID-19. Kujawsko-Pomorskie w programie WZW B/C miało trudności z osiągnięciem zakładanych rezultatów edukacyjnych, co potwierdza, że w obszarach o niskiej świadomości chorób zakaźnych sama informacja nie wystarcza, a kluczowa staje się osobista rekomendacja lekarza i praca w kanałach osadzonych w POZ.
4.	W jakim stopniu skuteczny był proces zarządzania i wdrażania	Proces zarządzania i wdrażania RPZ oceniono umiarkowanie pozytywnie. Beneficjenci radzili sobie z realizacją programów, jednak wskazywali na liczne trudności proceduralne wynikające z sztywności wytycznych i konieczności dostosowania interwencji do standardów AOTMiT. Proces



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
	projektów przez beneficjentów RPZ?	przygotowania dokumentacji był pracochłonny, wymagał szczegółowych uzasadnień epidemiologicznych i precyzyjnych wskaźników, co dla wielu instytucji stanowiło znaczące wyzwanie. Na etapie wdrażania częstą barierą były braki kadrowe oraz problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby specjalistów, co wpływało na opóźnienia i konieczność zmian harmonogramów. Zarządzanie projektami komplikowały także trudności w rekrutacji uczestników, które wymagały dodatkowych działań informacyjnych. Beneficjenci dobrze radzili sobie z aspektami formalnymi, jednak monitoring efektów zdrowotnych był powierzchowny, koncentrując się na spełnianiu wskaźników liczbowych. Najbardziej efektywni byli realizatorzy posiadający wcześniejsze doświadczenie w projektach zdrowotnych i rozbudowane zaplecze organizacyjne. Tam proces zarządzania był płynniejszy, a działania bardziej innowacyjne i elastyczne.
5.	Czy pojawiły się problemy przy opracowywaniu RPZ, a jeżeli tak – jaki był ich wpływ na ogłaszane nabory? Jak można podobne problemy wyeliminować w kolejnych RPZ realizowanych w przyszłości?	W procesie opracowywania RPZ pojawiło się wiele problemów, które w istotny sposób wpływały na ogłaszane nabory. Największą trudnością było przygotowanie szczegółowego uzasadnienia epidemiologicznego oraz właściwe zdefiniowanie wskaźników, zgodnie z wymaganiami AOTMiT. Potrzeba wielokrotnych konsultacji i korekt wydłużała czas przygotowania programów, co opóźniało ich uruchomienie. Sztywność wytycznych ograniczała możliwość dostosowania RPZ do realiów lokalnych, a konieczność wykazania wpływu programu na aktywność zawodową często wymuszała sztuczne dopasowywanie działań do logiki rynku pracy. W niektórych przypadkach programy były projektowane zbyt ambitnie, nie uwzględniając zasobów kadrowych, co skutkowało brakiem ofert w naborach. Aby eliminować te problemy w przyszłości, uczestnicy badania wskazywali na potrzebę większej elastyczności wytycznych, zwłaszcza w zakresie definiowania populacji docelowych i wskaźników. Pomocne byłoby także opracowanie centralnych wzorów RPZ oraz wcześniejsze konsultacje z lokalnymi świadczeniodawcami, którzy mogą wskazać realne możliwości realizacyjne i dostępność kadr.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
6.	Czy w trakcie realizacji analizowanych RPZ pojawiły się problemy – zarówno po stronie IZ RPO, beneficjentów, jaki i zgłaszane przez uczestników projektów? Jak to były problemy? Jak były rozwiązywane? Jak należałoby w przyszłości przy realizacji podobnych interwencji takie problemy rozwiązywać?	W trakcie realizacji RPZ wystąpiły problemy po stronie IZ RPO, beneficjentów i uczestników. IZ zgłaszały trudności związane z oceną projektów i koniecznością częstych korekt dokumentacji. Beneficjenci mierzyli się z brakiem specjalistów, który prowadził do konieczności zmiany harmonogramów, a czasem rezygnacji wykonawców. Z perspektywy uczestników najczęściej zgłaszane problemy dotyczyły dostępności świadczeń i odległości do miejsc realizacji programu. W części województw problemem była niska zgłaszalność, wynikająca z ograniczonej świadomości zdrowotnej i braku dostatecznej promocji działań. Problemy rozwiązywano poprzez przedłużanie terminów naborów, modyfikację kryteriów, zwiększenie działań informacyjnych oraz uproszczenia formalne. W przyszłości kluczowe będzie wzmocnienie planowania zasobów, większa współpraca z POZ przy rekrutacji oraz stworzenie stabilnych mechanizmów monitorowania jakości świadczeń.
7.	Czy uzyskane rezultaty były adekwatne do wielkości alokacji przeznaczonej na realizację poszczególnych (typów) RPZ?	Wnioski z ewaluacji wskazują, że wysokość środków przeznaczonych na RPZ była co do zasady właściwa względem ich celów i zakresu. Zarówno analiza dokumentów, jak i opinie ekspertów potwierdzają, że osiągnięte rezultaty zdrowotne uzasadniają poniesione koszty – poprawa stanu zdrowia uczestników i zapobieganie poważnym chorobom świadczą o dobrze ulokowanych nakładach. Podkreślono, że pełna realizacja programu przekładała się na bardzo wysoki stosunek korzyści do kosztów. Przykładem jest onkologiczny program rehabilitacyjny, którego ukończenie przyniosło wymierne oszczędności w systemie (pacjenci wymagali mniej kosztownej opieki leczniczej dzięki poprawie zdrowia). Bezpośrednia kalkulacja efektywności kosztowej w krótkim horyzoncie jest trudna (gdyż profilaktyka daje efekty finansowe po latach), ale jakościowa ocena efektywności wypada pozytywnie – inwestycje w RPZ przyniosły znaczącą wartość dodaną dla systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
8.	Jak należy ocenić jakość wsparcia otrzymanego w ramach analizowanych RPZ przez ich obiorców (pacjentów, ich opiekunów faktycznych, personel medyczny)? Czy otrzymane wsparcie było użyteczne? W jakim stopniu sposób udzielania wsparcia był dobrze dopasowany do wskazanych grup docelowych RPZ?	Uczestnicy RPZ wysoko ocenili jakość i przydatność otrzymanego wsparcia. Większość z nich była zadowolona z pomocy, podkreślając profesjonalizm zespołów, wysoką jakość opieki oraz poprawę samopoczucia fizycznego i psychicznego. Dużym atutem programów była ich kompleksowość – obejmowały nie tylko świadczenia medyczne, lecz także edukację pacjentów, rodzin i personelu medycznego. Szkolenia podniosły kompetencje lekarzy i pielęgniarek, co przełożyło się na lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Wsparcie oceniano jednocześnie jako bardzo potrzebne – wielu uczestników wskazywało, że bez programu nie mogliby skorzystać z usług medycznych z powodów finansowych lub braku lokalnej oferty. Pozytywnie oceniano również spersonalizowanie pomocy i dostosowanie form wsparcia do różnych grup poprzez m.in. zapewnienie transportu czy dogodne godziny.
9.	W jakim stopniu RPZ zrealizowane w ramach RPO uzupełniały się / były komplementarne z innymi działaniami dotyczącymi profilaktyki chorób, finansowanymi z innych źródeł, np. ze środków krajowych oraz PO WER? Jaki udział (liczbowy i finansowy)	RPZ w latach 2014–2020 zostały zaplanowane tak, by uzupełniać programy krajowe, a nie je powielać. Środki kierowano na obszary niedofinansowane lub pomijane w polityce krajowej, m.in. profilaktykę cukrzycy, chorób cywilizacyjnych i rehabilitację onkologiczną. Mechanizmy koordynacji między ministerstwem a regionami pozwoliły uniknąć dublowania działań i zapewniły spójność interwencji. Programy regionalne często rozszerzały grupy docelowe lub wzmacniały działania krajowe poprzez dodatkową edukację i promocję profilaktyki. Dzięki temu dotarli do nowych odbiorców – wielu uczestników po raz pierwszy skorzystało z badań lub rehabilitacji. Środki finansowe z RPZ istotnie wzmocniły krajowe nakłady na zdrowie, szczególnie w mniej zamożnych województwach, gdzie stanowiły główny filar profilaktyki.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
	wśród wszystkich programów polityki zdrowotnej realizowanych w poszczególnych województwach stanowiły RPZ zrealizowane w ramach RPO?	
10.	Jakie były czynniki warunkujące poziom zainteresowania udziałem w RPZ? Jaka była zgłaszalność do Programów? Jaki był wpływ kryteriów kwalifikujących uczestników do projektów realizowanych w ramach poszczególnych RPZ? Czy występowały problemy w tym zakresie? Jeżeli tak, jak można / należy poprawić zgłaszalność w ramach	Zainteresowanie udziałem w RPZ zależało od kilku czynników, takich jak zakres tematyczny, sposób promocji, dostępność świadczeń oraz postrzegane korzyści. Najwyższą zgłaszalność uzyskiwały programy dotyczące chorób powszechnych, gdzie świadomość ryzyka była wysoka. Kryteria kwalifikacji uczestników niekiedy ograniczały zgłaszalność, zwłaszcza gdy wymagały potwierdzenia określonych czynników ryzyka. Największe problemy dotyczyły rekrutacji osób bezobjawowych, które nie odczuwały potrzeby uczestnictwa. Skutecznymi metodami dotarcia były działania prowadzone we współpracy z POZ, kampanie informacyjne oraz wykorzystanie lokalnych mediów. W przyszłości konieczne jest rozwijanie wielokanałowej promocji i uproszczenie procesu kwalifikacji. Aby poprawić zgłaszalność w przyszłości, trzeba działać wielotorowo. Po pierwsze, konieczna jest intensywna edukacja zdrowotna społeczeństwa, zwłaszcza w obszarach mało znanych zagrożeń. Zwiększanie świadomości (np. poprzez kampanie informacyjne poprzedzające program, współpracę z mediami i liderami opinii) sprawi, że potencjalni uczestnicy będą bardziej zmotywowani do profilaktyki. Po drugie, sprawdzoną metodą jest ścisła współpraca z podstawową opieką zdrowotną – lekarze rodzinni powinni być aktywnie włączeni w rekrutację i kierowanie pacjentów do programów, bo ich rekomendacja ma największą siłę przekonywania.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
	realizowanych w przyszłości RPZ? Jakie były skuteczne metody dotarcia do uczestników projektów?	Warto także wykorzystywać personalizowane zaproszenia – doświadczenia pokazują, że imienne listy czy telefony zachęcające do udziału są znacznie skuteczniejsze niż ogólne anonse. Po trzecie, organizatorzy programów powinni dbać o maksymalne ułatwienia logistyczne: oferować badania w dogodnych godzinach i miejscach (np. mobilne punkty w gminach, badania w weekendy lub wieczorami dla zapracowanych).
11.	W jakich obszarach wsparcia (profilaktyka / rehabilitacja), a także w zakresie jakich problemów zdrowotnych dzięki udziałowi w RPZ nastąpił największy wzrost wykrywalności chorób / poprawił się stan zdrowia uczestników projektów? W jakich regionach efektywność zdrowotna RPZ była najmniejsza i dlaczego? Czy dzięki realizacji RPZ nastąpił wzrost świadomości na temat roli działań profilaktycznych?	Największy wzrost wykrywalności chorób odnotowano w RPZ dotyczących kardiologii i onkologii, gdzie wykrywano liczne przypadki nadciśnienia, zaburzeń metabolicznych oraz wczesnych zmian nowotworowych. Programy rehabilitacyjne przyniosły poprawę funkcjonowania, szczególnie w schorzeniach układu ruchu i po chorobach onkologicznych. Najmniejszą efektywność obserwowano tam, gdzie rekrutacja była trudna, np. w programach zdrowia psychicznego, oraz tam, gdzie brakowało specjalistów. Realizacja RPZ wpłynęła na wzrost świadomości zdrowotnej, co potwierdza wzrost liczby osób zgłaszających się na badania kontrolne po zakończeniu udziału w programach. Województwa, w których z różnych powodów późno rozpoczęto realizację RPZ lub realizacja była zakłócona, uzyskały słabsze efekty zdrowotne. Tam, gdzie interwencje ruszyły wcześniej i przebiegały sprawnie, poprawa stanu zdrowia uczestników była wyraźniejsza – to sugeruje, że nie tyle specyfika regionu, co terminowość i jakość wdrożenia decydowały o ostatecznej efektywności.



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
12.	Czy występuje potrzeba wsparcia dotyczącego realizacji RPZ w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034), a jeżeli tak – to w jakim zakresie i w jakich obszarach?	Analiza jednoznacznie wskazuje na potrzebę kontynuacji i rozwoju RPZ. Dotychczasowe działania uznano za skuteczne, lecz wymagające dalszego finansowania, by utrwalić efekty i odpowiedzieć na rosnące wyzwania – starzenie się społeczeństwa, choroby przewlekłe i cywilizacyjne. Priorytetem przyszłych RPZ powinna pozostać profilaktyka, zwłaszcza pierwotna i wczesna, obejmująca edukację zdrowotną, promocję aktywnego stylu życia oraz zapobieganie otyłości, chorobom układu krążenia i nowotworom. Wskazano też na konieczność wzmocnienia działań w obszarze zdrowia psychicznego oraz zdrowia dzieci i młodzieży. Zaleca się utrzymanie regionalnych programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych, rozwój kompleksowej opieki onkologicznej i geriatrycznej oraz lepszą koordynację działań między instytucjami. Kluczowe będzie zapewnienie stabilnych źródeł finansowania i włączenie skutecznych rozwiązań przetestowanych w RPZ do stałego systemu ochrony zdrowia. W perspektywie 2028–2034 programy powinny koncentrować się na zapobieganiu chorobom i wspieraniu zdrowego starzenia, wykorzystując innowacje, takie jak telemedycyna i narzędzia cyfrowe.
13.	Jakie dobre praktyki wynikające z realizacji RPZ w ramach RPO, w tym przede wszystkim na podstawie metaanalizy rekomendacji z badań ewaluacyjnych zrealizowanych przez IZ RPO, można zaadaptować w procesie wdrażania /realizacji RPZ w ramach perspektywy finansowej	W ramach analizy zidentyfikowano szereg dobrych praktyk, dotyczących przede wszystkim trafnego wybierania obszarów interwencji oraz realistycznego planowania programów w oparciu o dane epidemiologiczne, mapy potrzeb zdrowotnych i lokalne uwarunkowania. Podkreślają znaczenie uwzględnienia już na etapie projektowania wszystkich ograniczeń wynikających z realizacji projektów unijnych, tak aby ścieżki opieki były wykonalne w dostępnych ramach czasowych, organizacyjnych i budżetowych. Dobrym standardem okazało się ścisłe współdziałanie departamentów zdrowia z komórkami odpowiedzialnymi za wdrażanie funduszy europejskich, co poprawia spójność założeń programów z realnymi możliwościami ich wdrożenia. Praktyki te wskazują także na kluczową rolę aktywnego dotarcia do uczestników, w szczególności poprzez bezpośrednie rekomendacje lekarzy POZ i pielęgniarek, które okazały się znacznie skuteczniejsze niż pasywne kampanie informacyjne. Rekrutację wspierały również działania mobilne i personalizowane zaproszenia, które zmniejszały bariery logistyczne i wzmacniały



Lp.	Pytanie badawcze	Odpowiedź
	2021-2027 lub kolejnych?	motywację pacjentów. Jednocześnie zwrócono uwagę na potrzebę elastycznego formułowania kryteriów włączenia, ponieważ nadmiernie zawężone wymagania ograniczały liczbę chętnych, a drobne modyfikacje często pozwalały osiągnąć pełną rekrutację bez utraty sensu medycznego programu. W dobrych praktykach podkreślono konieczność unikania konkurencji z już istniejącymi świadczeniami finansowanymi z NFZ lub innych źródeł, gdyż prowadzi to do braku uczestników mimo realnych potrzeb zdrowotnych. Ważnym elementem jest więc dokładna diagnoza dostępnych usług, aby RPZ uzupełniały, a nie powielały istniejącą ofertę. Z doświadczeń realizatorów wynika również, że krótsze i bardziej intensywne formy wsparcia sprzyjają lepszej frekwencji, podczas gdy długotrwałe, wielomiesięczne programy generują wysokie ryzyko rezygnacji. Szczegóły na temat zidentyfikowanych dobrych praktyk przedstawiono w zestawieniu umieszczonym w końcowej części dokumentu.

Źródło: opracowanie własne



7. Wnioski i rekomendacje

Tabela 6. Wnioski i rekomendacje

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
1.	Dotychczasowe doświadczenia i wyniki badań (zarówno obecnie przeprowadzonych, jak i zidentyfikowane w ramach dotychczasowych ewaluacji regionalnych) jednoznacznie wskazują na potrzebę kontynuowania realizacji RPZ w kolejnych latach. Największa potrzeba dalszego wsparcia dotyczy	Rekomenduje się kontynuowanie wsparcia w postaci realizacji RPZ w kolejnych latach. Ze względu na skalę potrzeb konieczne będzie kontynuowanie tego typu działań również w perspektywie 2028-2034. Rekomenduje się uwzględnienie w przyszłych RPZ słabiej dotąd reprezentowanych problemów zdrowotnych,	Kontynuowanie wsparcia w postaci realizacji RPZ w perspektywie 2028-2034. Rozważenie pogłębienia diagnozy potrzeb w obszarze zdrowia psychicznego oraz czynników środowiskowych, tak aby przyszłe interwencje lepiej odpowiadały na obserwowane w tych obszarach wyzwania.	IV kwartał 2027 r.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	działań z zakresu profilaktyki. Istotna pozostaje również edukacja zdrowotna, promocja zdrowia oraz rehabilitacja lecznicza. Szczególnego wsparcia powinny doczekać się działania z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej (s. 80, 93).	szczególnie z obszaru zdrowia psychicznego oraz czynników środowiskowych wpływających na zdrowie. Analizy wykazały, że potrzeby w tych dziedzinach narastają i nie zostały dotąd zaspokojone w wystarczającym stopniu. Konieczne jest również szersze ujęcie tych kwestii w diagnozach i interwencjach, połączone z usprawnieniem gromadzenia odpowiednich					



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
		danych epidemiologicznych (np. wyodrębnienie statystyk dotyczących porad psychologicznych) dla lepszego planowania działań.					
2.	W ramach przeprowadzonego badania zidentyfikowano szeroki zakres rozwiązań, które sprawdziły się w trakcie planowania i wdrażania RPZ, które mogą służyć jako inspiracja dla przyszłych RPZ. Ponieważ nie stanowią rekomendacji	Rekomenduje się aktywne upowszechnianie wyników badania oraz opracowanej bazy dobrych praktyk, tak aby mogły one realnie wspierać planowanie i wdrażanie kolejnych RPZ. W szczególności zaleca się dotarcie z tymi materiałami	Upowszechnianie wyników może obejmować udostępnienie metaanalizy i bazy dobrych praktyk w przestrzeni publicznej oraz ich prezentację podczas spotkań, webinarów i szkoleń adresowanych do potencjalnych i obecnych	31.12.2026 r.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	obowiązkowych do wdrożenia przez każdy region, umieszczone zostały w ramach bazy dobrych praktyk, która możliwa będzie do rozpropagowania wśród przyszłych (w tym potencjalnych) realizatorów RPZ. Baza umieszczona została w końcowej części dokumentu (132-163).	do realizatorów, którzy napotykali trudności w przygotowaniu lub realizacji RPZ, a także do jednostek, które dotychczas takich planów jeszcze nie opracowywały. Celem jest zwiększenie wykorzystania sprawdzonych rozwiązań oraz poprawa jakości przyszłych interwencji.	realizatorów RPZ. W miarę możliwości warto również wykorzystać istniejące kanały komunikacji (np. strony urzędów marszałkowskich, newslettery, sieci współpracy), aby materiały dotarły do szerokiej grupy odbiorców.				
3.	W przypadku niektórych RPZ identyfikowano w dotychczasowych ewaluacjach	Zaleca się uwzględnienie w umowach obowiązku prowadzenia	Ustalenie wzorcowych klauzul raportowych w dokumentacji	31.12.2026 r.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	niewystarczający poziom raportowania i braki w zbieraniu danych o efektach wsparcia. Dodanie do umów z beneficjentami obowiązku bieżącego raportowania (z konkretnymi terminami i wskaźnikami do dostarczenia) zapewniłoby rzetelną informację o przebiegu programów (s. 73).	monitoringu efektów zdrowotnych programu w celach związanych z monitoringiem i ewaluacją.	konkursowej i umowach o dofinansowanie (w tym konieczności monitorowania efektów zdrowotnych na potrzeby przyszłych ewaluacji), uwzględnienie w zakresie szkoleń dla realizatorów szczegółowych obowiązków sprawozdawczych.				
4.	Z doświadczeń z lat 2014–2020 wynika potrzeba	Zaleca się prowadzenie regularnych	Opracowanie przez AOTMiT i MZ pakietu	31.12.2026 r.	Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT	Programowa operacyjna	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	wcześniejszego wsparcia województw przez instytucje centralne (np. AOTMiT, MZ) już na etapie przygotowywania RPZ. Obejmuje to regularne szkolenia dla urzędników (webinaria, warsztaty), udostępnianie wzorcowych dokumentacji RPZ oraz rozważenie zidentyfikowania puli ekspertów, którzy potencjalnie mogliby doradzać przy tworzeniu	szkoleń dla przedstawicieli województw odpowiedzialnych za opracowanie przyszłych programów (webinaria, warsztaty), udostępnianie wzorcowych dokumentacji RPZ oraz rozważenie opracowania zestawienia ekspertów, którzy potencjalnie mogliby doradzać przy tworzeniu założeń RPZ.	materiałów (wzorcowa dokumentacja RPZ), prowadzenie przez IP szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych IZ na poziomie województw, rozważenie możliwości opracowania zestawienia ekspertów, którzy potencjalnie mogliby doradzać przy tworzeniu założeń RPZ.				



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	programów (s. 53-54).						
5.	Analizując wyniki poszczególnych ewaluacji przeprowadzonych na obszarze badanych województw zidentyfikowano trudność w możliwości porównywania efektywności wsparcia oferowanego w ramach wdrożonych RPZ. Wynika to w głównej mierze z silnie zróżnicowanego zakresu	Rekomenduje się odgórne opracowanie wzorcowych ankiet satysfakcji uczestników RPZ. Dopuszczalne powinno być ich rozszerzanie o dodatkowe pytania właściwe dla danego obszaru wsparcia, jednak rdzeń kwestionariusza powinien zostać usystematyzowany i stosowany na obszarze wszystkich przyszłych RPZ.	Opracowanie przez MZ lub AOTMiT wzorcowych ankiet satysfakcji uczestników wsparcia oferowanego w ramach RPZ. Wraz ze wzorem kwestionariusza opracowana zostać powinna cyfrowa baza w której gromadzone będą wyniki badań (definiując sposób umieszczenia odpowiedzi w bazie wraz z kluczem kodowym	31.12.2026 r.	Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT	Programowa operacyjna	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	stosowanych ankiet satysfakcji uczestników. Ankiety te były bowiem każdorazowo opracowywane na potrzeby danego RPZ, wobec czego w zasadzie nie istnieje możliwość ich porównania. Problem ten sygnalizowany był również w przeprowadzonych ewaluacjach regionalnych, kiedy to nie występowała również możliwość porównania efektywności RPZ realizowanych na	Jednocześnie opracowana zostać powinna cyfrowa baza w której gromadzone będą wyniki badań, tak by dane z poszczególnych województw mogły być w przyszłości agregowane do wspólnej bazy. Opracowanie cyfrowej bazy będzie konsultowane z regionami -pomoże to opracować optymalne narzędzie i zapobiegnie powielaniu pracy, wykonywanej na poziomie regionów	- opracowany wzór musi zawierać moduł umożliwiający dodanie pytań właściwych dla danego RPZ).				



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	obszarze jednego województwa (s. 70, 102).	oraz Realizatorów RPZ Pozwoliłoby to również uniknąć sytuacji, w których w momencie ewaluacji okazuje się, że przeprowadzone ankiety pozostają jedynie w formie papierowej, bez wersji zakodowanej do postaci cyfrowej.					
6.	Na poziomie krajowym istotną rolę odegrał Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, skupiający przedstawicieli	Należy kontynuować funkcjonowanie Komitetu Sterującego w kolejnych perspektywach finansowych. W miarę możliwości	Kontynuowanie funkcjonowania Komitetu Sterującego w perspektywie 2028-2034 wraz z próbą włączenia do jego prac przedstawicieli	31.12.2026 r.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	Ministerstwa Zdrowia, instytucji centralnych oraz regionów. Jego działalność zapewniła uzgadnianie działań i wymianę informacji między województwami a centrum. Dzięki pracom KS uniknięto powielania interwencji finansowanych z różnych źródeł oraz zadbano o spójność strategii. Większość ankietowanych członków i obserwatorów KS uznała, że działania	włączyć do jego prac także przedstawicieli NFZ i samorządów lokalnych, by jeszcze lepiej zintegrować działania. Wykorzystać KS jako platformę dzielenia się dobrymi praktykami między regionami, co usprówni poziom realizacji programów w całym kraju.	NFZ oraz samorządów lokalnych. Uwzględnienie w pracach KS modułu dotyczącego dzielenia się zidentyfikowanymi dobrymi praktykami pomiędzy regionami.				



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar
	realizowane w RPZ były komplementarne wobec innych programów – w żadnym regionie środki RPO nie finansowały dokładnie tego samego, co środki krajowe. Respondenci wskazywali sam Komitet Sterujący jako przykład dobrej praktyki w zakresie koordynacji między poziomem regionalnym a centralnym (s. 91-92).						

Źródło: opracowanie własne.

8. Spis tabel i elementów graficznych

Wykres 1. Które czynniki Pana/Pani zdaniem miały największy wpływ na wybór problemów zdrowotnych do RPZ w regionach? (pytanie wielokrotnego wyboru).....	55
Wykres 2. Czy według Pana/Pani wiedzy w procesie przygotowania dotychczasowych RPZ napotkano na istotne trudności? (pytanie wielokrotnego wyboru)	57
Wykres 3. Czy w Pana/Pani opinii możliwe byłoby wprowadzenie jakichś zmian w procesie przygotowania RPZ, które mogłyby ułatwić województwom opracowanie programów w przyszłości?	58
Wykres 4. Czy w trakcie wdrażania RPZ pojawiały się trudności związane z wyborem beneficjentów (realizatorów) projektów?	66
Wykres 5. Główne przyczyny występowania trudności związanych z wyborem beneficjentów (realizatorów) projektów	67
Wykres 6. Czy według Państwa wiedzy łatwo było zrekrutować założoną liczbę pacjentów, czy też pojawiały się trudności ze skompletowaniem grupy uczestników?	68
Wykres 7. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów zarządzania RPZ na poziomie regionalnym?.....	71
Wykres 8. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów monitorowania realizacji RPZ na poziomie regionalnym?	72
Wykres 9. Jak ocenia Pan/Pani proces ewaluacji RPZ?	72
Wykres 10. Jak ocenia Pan/Pani rolę RPZ w realizacji polityki zdrowotnej na poziomie województw?	83
Wykres 11. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem RPZ odpowiadają na realne potrzeby zdrowotne ludności w regionach?	84
Wykres 12. Jak ocenia Pan/Pani adekwatność wysokości alokacji finansowych na RPZ względem ich celów i zakresu działań?	85
Wykres 13. Jak ocenia Pan/Pani procedury rozliczania i sprawozdawczości projektów wdrażających RPZ?.....	86
Wykres 14. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem działania realizowane w ramach RPZ były komplementarne z programami polityki zdrowotnej, programami zdrowotnymi lub działaniami dotyczącymi profilaktyki chorób finansowanymi z innych źródeł (np. PO WER, środki z NFZ, środki krajowe)?	91
Wykres 15. Czy dostrzega Pan/Pani przykłady mechanizmów koordynacji działań zdrowotnych pomiędzy województwami i instytucjami centralnymi, które można uznać za przykłady dobrych praktyk w tym obszarze?	91
Wykres 16. Jak ocenia Pan/Pani rolę KS w zapewnianiu spójności i koordynacji RPZ finansowanych z funduszy UE?.....	92
Wykres 17. Czy w Pana/Pani opinii niektóre problemy zdrowotne były zbyt słabo reprezentowane w dotychczasowych RPZ i powinny być wspierane w większym zakresie?....	95
Wykres 18. W jakich obszarach chorób programy polityki zdrowotnej powinny być realizowane w większym zakresie? Pytanie wielokrotnego wyboru.....	96
Wykres 19. Jakich obszarów działań dotyczy identyfikowana przez Pana/Panią potrzeba?	97
Wykres 20. Czy Pana/Pani zdaniem występuje potrzeba wsparcia dotyczącego realizacji RPZ w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034)?	98



Wykres 21. Jakie główne wyzwania dla rozwoju programów polityki zdrowotnej widzi Pan/Pani w perspektywie lat 2028-2034? Pytanie wielokrotnego wyboru 99

Tabela 1. RPZ realizowane w poszczególnych województwach.....	25
Tabela 2. Przyczyny zgonów, Polska lata 2014-2022.....	39
Tabela 3. Dane dotyczące naborów zaplanowanych w Planach działań w sektorze zdrowia przez KS.....	42
Tabela 4. Wartość naborów zaplanowanych w Planach działań w sektorze zdrowia przez KS	43
Tabela 5. Odpowiedzi na pytania badawcze	104
Tabela 6. Wnioski i rekomendacje	115
Tabela 7. Baza dobrych praktyk	132



9. Bibliografia

- Ocena trafności i skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER, Warszawa 2021;
- Bedrunka K., Malik K., Projekty zdrowotne w województwie opolskim, 2017 r.;
- Borucka A., Kehl B. – Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży, czasopismo: Dziecko Krzywdzone 20(3), 2021;
- Cianciara D., Trwałość samorządowych programów zdrowotnych, 2015 r.;
- Cichońska D., Regionalizacja polityki zdrowotnej w Polsce, 2016 r.;
- Dane statystyczne GUS, OECD, MZ, AOTMiT i NFZ;
- Dokumenty programowe - RPO i Szczegółowe Opisy Osi Priorytetowych (SzOOP) RPO;
- Dokumenty strategiczne w ochronie zdrowia (PP, Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020 oraz właściwe terytorialnie mapy potrzeb zdrowotnych, na podstawie których opracowano RPZ);
- Domagała A., Ewaluacja programów zdrowotnych - od teorii do praktyki, 2015 r.;
- Dubas-Jakóbczyk K. Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji, 2014 r.;
- Dudzik K., Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część I. Problem zdrowotny, adresaci, 2015 r.;
- Dyzmann-Sroka A., Programy zdrowotne: Skuteczna profilaktyka zachorowań;
- European Commission, Eurostat – Database – Health, 2017 r.;
- Ewaluacja "Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego w ramach RPO WŁ 2014 - 2020;
- Ewaluacja „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014- 2020;
- Ewaluacja efektów wdrożenia Regionalnych Planów Zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO WD 2014-2020;
- Ewaluacja efektów wdrożenia Regionalnych Programów Zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO WM na lata 2024-2020;
- Ewaluacja efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim;
- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych programów dotyczących diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego 2014-2020;
- Ewaluacja efektów wsparcia wybranych regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WSL na lata 2014-2020;



- Ewaluacja programów dotyczących obszaru zdrowia realizowanych w województwie kujawsko- pomorskim w ramach RPO WK-P 2014-2020;
- Ewaluacja Programów Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko- mazurskiego realizowanych w ramach RPO WiM 2014-2020;
- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim;
- Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych współfinansowanych ze środków polityki spójności w okresie programowania 2014-2020;
- French J., Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorządy – spojrzenie z zewnątrz, 2019 r.;
- Grzywna P, Komunikowanie w promocji zdrowia, University of Silesia, 2018 r.;
- Informacja o wynikach kontroli NIK „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych”, 2020 r.;
- Kapera I., Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym: analiza porównawcza opinii mieszkańców miast i wsi w Polsce, 2025 r.;
- Kowalska-Bobko I., Frączkiewicz-Wronka A., Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce, 2018 r.;
- Kujawska J., Analiza porównawcza dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w polskich województwach, 2015 r.;
- Kusideł E., Ocena wpływu funduszy unijnych na poprawę jakości i dostępności usług społecznych oraz zdrowotnych w tym wysokospecjalistycznych dla mieszkańców województwa łódzkiego, 2017 r.;
- Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020;
- NFZ o zdrowiu. Depresja, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa 2024 r.;
- Ocena efektów wsparcia dotyczącego programów zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej w ramach RPOWŚ na lata 2014-2020;
- Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020;
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym”;
- Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego”;
- Ocena wdrażanych programów zdrowotnych realizowanych w ramach Działania 6.7 RPO-L2020;
- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020;



- Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 9 i 10 Osi Priorytetowej RPO WL 2014 - 2020;
- Ostrenga W., Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2014 r.;
- Parafiniuk K., Wiedza mieszkańców województwa podlaskiego na temat czynników ryzyka oraz profilaktyki raka jelita grubego, 2024 r.;
- Piotrowski T., Programy zdrowotne, 2017 r.;
- Polityka ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego;
- Pozostałe RPZ objęte ewaluacjami IZ;
- Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
- Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego na lata 2017-2020;
- Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020;
- Program Strategiczny Ochrony Zdrowia dla Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020;
- Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020;
- Program UE dla zdrowia na lata 2021-2027;
- Raporty końcowe z badań ewaluacyjnych dotyczących RPZ;
- Red. Fijałkowska A., Oblacińska A., Dzielska A., Nałęcz H., Korzycka M., Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19. Raport z badań dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci w wieku 8 lat podczas pandemii COVID-19, 2022 r.;
- Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030;
- Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej (woj. pomorskie);
- Reorganizacja systemu monitoringu Programów polityki zdrowotnej na przykładzie „Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, (w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku *Opolskie dla Rodziny*);
- Sprawozdania z działań KS;
- Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020;
- Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do roku 2030;



- Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Warmińsko-Mazurskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2030;
- Wawrzyniak A. Tomaszewski M. Mews J., Jung A., Kalicki B., Wady postawy u dzieci i młodzieży jako jeden z głównych problemów w rozwoju psychosomatycznym, *Pediatr Med Rodz* 2017, 13 (1);
- Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne, *Studia BAS* Nr 2(38), 2014 r.;
- Wójcik, M., Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować, 2013 r.;
- Wpływ wsparcia EFS w ramach WRPO 2014+ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa wielkopolskiego;
- Źródła prawa powszechnie obowiązującego (rozporządzenia UE, ustawy, rozporządzenia) i wytyczne MFiPR;



10. Załączniki

10.1. Baza dobrych praktyk

Tabela 7. Baza dobrych praktyk

Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
1.	Ewaluacja potrzeb i ukierunko wanie na lokalne problemy zdrowotn e	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwenc ji	Planistyc zna (strategic zny dobór tematu)	Samorządy wybierały obszary interwencji na podstawie map potrzeb zdrowotnych i danych epidemiologicznych, uwzględniając kluczowe przyczyny chorób i dezaktywizacji zawodowej mieszkańców. Oprócz powszechnych chorób cywilizacyjnych (jak kardiologiczne czy onkologiczne), niektóre programy adresowały unikalne lokalne zagrożenia – np. profilaktyka	Zakres tematyczny RPZ trafiał w rzeczywiste potrzeby populacji. Realizowano najczęściej programy dotyczące chorób stanowiących główną przyczynę zgonów i niezdolności do pracy, co zwiększało ich efektywność. Programy odpowiadające na	Beneficjent	Dogłębna analiza danych epidemiologicznych i konsultacje ze środowiskiem medycznym w regionie. Identyfikacja „białych plam” w zabezpieczeniu zdrowotnym. Zgodność z krajowymi priorytetami zdrowotnymi,	W kolejnych edycjach RPZ nadal należy opierać wybór tematów na mapach potrzeb zdrowotnych i danych o stanie zdrowia mieszkańców. Należy uwzględniać zarówno najczęstsze choroby przewlekłe, jak i szczególne



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					kleszczowego zapalenia mózgu w regionie o wysokiej zapadalności czy choroby zawodowe w rejonach przemysłowych.	specyficzne problemy lokalne umożliwiły zmniejszenie tych zagrożeń na danym terenie.		przy jednoczesnym uwzględnieniu lokalnej specyfiki.	zagrożenia regionalne, aby programy były maksymalnie relevantne dla lokalnej społeczności.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
2.	Ścisła współpraca planistów z zespołami wdrażającymi projekty	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematycznym	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Zarządza nie RPZ	Doświadczenia pokazały, że opracowanie RPZ wymaga uwzględnienia ograniczeń realizacyjnych projektów UE (harmonogramy, wskaźniki, budżety). W jednym z województw zmieniono podejście – początkowo Departament Zdrowia przygotowywał programy samodzielnie, co powodowało problemy we wdrożeniu; później zadanie to przejęły zespoły zajmujące się konkursami unijnymi. Dzięki temu założenia	Lepsze dopasowanie interwencji do warunków wdrażania przełożyło się na sprawniejszą realizację. Zminimalizowano ryzyko, że program będzie zbyt złożony lub długotrwały względem okresu finansowania. W efekcie RPZ miały bardziej realne do osiągnięcia cele i mierniki, a beneficjenci mogli sprostać	Instytucja Zarządzająca	Wola współdziałania między różnymi komórkami urzędu. Wykorzystanie wiedzy operacyjnej zespołów od funduszy (np. znajomość wymogów konkursowych, sprawozdawczości) w fazie planowania merytorycznego.	Należy stosować międzywydziałową współpracę przy opracowywaniu programów zdrowotnych. Zapewnić udział ekspertów od realizacji projektów (finansistów, specjalistów od funduszy) w konstruowaniu RPZ, tak aby programy były nie tylko merytorycznie



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					RPZ lepiej dostosowano do możliwości organizacyjnych potencjalnych realizatorów i ram czasowych projektów. Innymi słowy, już na etapie planowania zapewniono, że ścieżka opieki i wymagania programu są realistyczne w kontekście czasu trwania i zasobów projektów.	wymaganiom w założonym czasie.			uzasadnione, ale i wykonalne praktycznie.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
3.	Aktywna rekrutacja uczestnik ów poprzez personel medyczny i sieci lokalne	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwenc ji	Wdrażan ie RPZ	Wiele projektów dowodło, że kluczowe dla zapewnienia miejsc w programie jest bezpośrednie dotarcie do potencjalnych pacjentów. Najsukuteczniejszym kanałem okazały się rekomendacje lekarzy POZ i pielęgniarek – gdy lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia osobiście zapraszał pacjenta do udziału, prawdopodobieństwo zgłoszenia się istotnie rosło. Również polecenia od znajomych (tzw. marketing szeptany) czy przez	Programy, które nawiązały współpracę z lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami środowiskowymi czy liderami opinii w społeczności, odnotowały wyższą frekwencję. Trudno dostępne grupy (np. osoby bierne zawodowo z problemami zdrowotnymi) częściej zgłaszały się na badania, gdy namawiał ich zaufany profesjonalista lub	Beneficjent	Zaangażowani e lokalnej kadry medycznej w promocję programu (np. poprzez informowanie w gabinetach). Budowanie relacji z organizacjami pacjenckimi, klubami seniora itp. Wygospodaro wanie środków i czasu na aktywny przekaz do społeczności	Przy planowaniu przyszłych RPZ zaleca się przewidzieć mechanizmy zachęcające personel medyczny do udziału w rekrutacji (np. materiały dla lekarzy, instrukcje dla pielęgniarek). Zaleca się również postawić na marketing bezpośredni i personalny kontakt z



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					organizacje pacjentów zwiększały zainteresowanie. Same bierne kampanie informacyjne (ulotki, plakaty, ogłoszenia) były natomiast niewystarczające, by przekonać osoby mniej zainteresowane własnym zdrowiem. W odpowiedzi wiele programów przesunęło akcent na rekrutację aktywną z udziałem lokalnych podmiotów medycznych i społecznościowych, zamiast polegać tylko na masowej promocji.	bliski, co przełożyło się na skuteczniejsze osiągnięcie założeń rekrutacyjnych.		(np. spotkania informacyjne, telefoniczne zaproszenia od personelu medycznego).	pacjentem jako uzupełnienie kampanii informacyjnych .



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
4.	Mobilne jednostki i imienne zaproszenia – zwiększenie dostępności badań	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Program profilakty czny	Wdrażan ie RPZ	Jednym ze sprawdzonych rozwiązań okazało się wyjście z usługami do uczestników oraz bezpośrednie zapraszanie. Przykładem dobrych praktyk były mobilne jednostki badań przesiewowych (np. "mammobus", kardiobus), które docierały do mniejszych miejscowości, ułatwiając udział osobom mającym daleko do specjalistów. Równolegle korzystano z istniejących baz danych pacjentów (np. rejestrów przychodni)	Dzięki mobilnym punktom badań znacząco wzrosła liczba przebadanych osób z obszarów wiejskich i małych miast – bariera odległości została zmniejszona. Imienne zaproszenia przełożyły się na wyższą zgłaszalność niż ogólne anonse, szczególnie w populacjach, które nie reagują na masową reklamę. W rezultacie programy	Beneficjent	Dostęp do infrastruktury mobilnej (pojazdy medyczne, wyposażenie) i zapewnienie personelu do obsługi wyjazdów. Współpraca z lokalnymi władzami i placówkami w celu logistycznego wsparcia akcji wyjazdowych. Aktualne dane kontaktowe do potencjalnych	W przyszłych programach profilaktycznyc h warto planować budżet i logistykę na jednostki mobilne, zwłaszcza jeśli program ma objąć trudno dostępne obszary. Wykorzystywa ć można również potencjał elektronicznyc h rejestrów pacjentów (przy



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					do wysyłki imiennych zaproszeń na badania. Personalizowane listy lub telefony z zaproszeniem zwiększają zaangażowanie, bo dana osoba czuje się bezpośrednio zachęcona do skorzystania z programu.	przesiewowe osiągnęły szerszy zasięg i wyższą realizację założonych wskaźników.		uczestników oraz zgoda na ich wykorzystanie do wysyłki zaproszeń.	zachowaniu przepisów ochrony danych) do kierowania spersonalizowa nych zaproszeń, co może zwiększyć skuteczność naboru.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
5.	Elastyczne podejście do kryteriów kwalifikac ji uczestnik ów	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwenc ji	Wdrażan ie RPZ	Zbyt restrykcyjne kryteria włączenia (np. jednocześnie wymagania dotyczące wieku, statusu na rynku pracy i stanu zdrowia) znacznie zawężyły pulę chętnych. Przykłady z regionów pokazały, że drobne złagodzenie kryteriów może poprawić rekrutację bez szkody dla celu medycznego. Rozszerzenie limitu wieku o kilka lat czy dopuszczenie osób z pogranicznymi wynikami badań istotnie zwiększało liczbę uczestników. Ważne, by kryteria nadal spełniały	W regionach, które poszerzyły kryteria (np. w jednym z programów prewencji poszerzono wiek kwalifikacji, w innym dopuszczono osoby z wynikami na granicy normy), odnotowano łatwiejsze zapełnienie grup. Programy osiągnęły zakładane liczby uczestników, a profil osób objętych wsparciem nadal	Beneficjent	Ścisła współpraca z ekspertami medycznymi przy definiowaniu kryteriów, aby określić minimalny konieczny zakres ograniczeń. Monitorowani e rekrutacji – jeśli liczba chętnych jest niska, analiza powodów i gotowość do korekty wymogów (o ile to możliwe	Formułując kryteria udziału w przyszłych RPZ, unikać należy nadmiernego "uszczelniania" dostępu. Pozostawić pewien margines elastyczności (np. graniczne wartości badań, granice wieku) albo procedury umożliwiające zmianę kryteriów, jeśli okażą się zbyt rygorystyczne i



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					założenia medyczne programu, ale tam gdzie były arbitralnie wąskie – modyfikowano je. Realizatorzy postulują, aby w przyszłości elastyczniej formułować wymogi, tak by objąć wsparciem wszystkich realnie potrzebujących danej interwencji.	odpowiadał grupie ryzyka (nie zaobserwowano obniżenia jakości interwencji). Dzięki temu efektywność programów wzrosła – więcej osób skorzystało z badań czy terapii, które inaczej by ich nie objęły.		formalnie). Decyzje uzasadnione danymi (np. ilu potencjalnych uczestników odpada przez dany warunek).	hamujące nabór.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
6.	Unikanie pokrywan ia się z istniejący mi formami opieki ("kanibaliz acja" wsparcia)	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwenc ji	Zarządza nie RPZ	Planowanie RPZ wymaga upewnienia się, że adresaci nie korzystają już z tożsamyh świadczeń gdzie indziej. Jeden z programów (dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu) okazał się nietrafiony, bo niemal wszystkie potencjalne dzieci były już objęte terapią finansowaną z NFZ lub w specjalistycznych ośrodkach. Rodzice nie chcieli przerywać ciągłej opieki, tym bardziej że warunkiem udziału w RPZ było niewykorzystywanie równolegle podobnego	Ewaluacje odnotowały, że RPZ nakładające warunek niekorzystania z innej tożsamej usługi często miały kłopoty rekrutacyjne – docelowa populacja była "zagospodarowan a" w systemie i nie zgłaszała się do programu, co skutkowało niewykonaniem założeń. Wnioskiem jest konieczność lepszey koordynacji i	Instytucja Zarządzając a	Dobra znajomość lokalnego systemu opieki – inwentaryzacja a dostępnych form wsparcia dla danej grupy. Konsultacje z przedstawiciel ami NFZ, jednostek samorządowy ch i organizacji pozarządowyc h, aby ustalić, czy planowany program nie dubluje istniejących	Przed uruchomieniem programu przeprowadzić należy analizę „mapy usług” dla danej populacji – sprawdzić, czy podobne interwencje nie są realizowane równolegle. Jeśli są – rozważyć zmianę kryteriów (np. dopuszczenie uczestnictwa mimo korzystania z innej opieki,



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					wsparcia. W efekcie zabrakło chętnych. Podobny problem wystąpił w programie rehabilitacji postcovidowej – wymagano potwierdzenia przebycia COVID, a po zmianach w systemie wiele osób nie miało formalnego wyniku testu i nie kwalifikowało się mimo rzeczywistych potrzeb rehabilitacji. Takie sytuacje pokazują, że program konkurujący z już dostępnymi świadczeniami lub nakładający wymagania wykluczające osoby	identyfikacji niszy dla interwencji. Uniknięcie pokrywania się z istniejącą opieką pozwala skierować wsparcie tam, gdzie jest ono faktycznie potrzebne i uniknąć marnowania środków.		usług. Elastyczność w zmianie założeń, jeśli okaże się, że grupa docelowa jest już objęta innymi świadczeniami .	jeśli to możliwe prawnie) bądź skierowanie programu do innej grupy jeszcze nieobjętej wsparciem.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					faktycznie potrzebujące będzie mieć problemy z realizacją.				



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
7.	Krótki i przyjazny dla pacjenta cykl udziału w programie	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematycznym	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Zarządza nie RPZ	Im dłuższy i bardziej wymagający udział w programie, tym większe ryzyko niepełnej realizacji przez uczestników. Zebrane doświadczenia pokazały, że pacjenci chętnie zgłaszają się na jednorazowe badania czy krótką terapię, ale trudniej utrzymać ich aktywność przez wiele miesięcy. W projektach, gdzie interwencja rozciągała się na pół roku regularnych działań (np. ćwiczeń fizycznych, wielokrotnych wizyt kontrolnych), odnotowano liczne	Programy zaprojektowane z myślą o minimalizowaniu obciążeń czasu uczestnika osiągały wyższy odsetek ukończenia interwencji. Krótkie turnusy rehabilitacyjne czy ograniczona liczba wizyt kontrolnych sprawiły, że większość zapisanych osób skorzystała z pełnego zakresu wsparcia. Natomiast w projektach	Instytucja Zarządzająca	Priorytetowe traktowanie elementów interwencji – skupienie się na najważniejszych działaniach, które można zrealizować w krótszym czasie. Elastyczny harmonogram dostosowany do możliwości uczestników (np. oferowanie intensywnych zajęć w krótkim	Tworząc program zdrowotny, dążyć należy do takiej konstrukcji świadczeń, aby uczestnik widział szybkie korzyści i nie był nadmiernie obciążony czasowo. Tam, gdzie to możliwe, zamiast długotrwałych interwencji lepiej zaplanować krótsze, intensywne



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					rezygnacje – część osób poprawiała stan zdrowia po pewnym czasie i przerywała udział, inni tracili zapał. Wyjątkiem okazały się programy rehabilitacyjne o krótkim cyklu (np. 2–3 tygodnie intensywnej terapii dziennie) – tam frekwencja była bliska 100%, bo uczestnicy wiedzieli, że szybko uzyskają potrzebną usługę i nie zniechęcali się długotrwałym obowiązkiem. Generalnie, prostsza i krótsza ścieżka udziału skutkowała lepszym	długotrwałych spadek uczestnictwa obniżył statystyczną skuteczność (nie wszyscy przeszli całą ścieżkę, więc efekty zdrowotne mierzone na koniec były słabsze). Dzięki uwzględnieniu wygody pacjenta programy przyniosły bardziej wymierne i pewne rezultaty.		okresie zamiast rozproszonych spotkań co kilka tygodni). Monitorowani e obecności i szybkie reagowanie na absencje, by zapobiec rezygnacjom (np. indywidualny kontakt w razie niepojawienia się uczestnika).	moduły. Jeśli pewne elementy (np. edukacja) wymagają czasu, można rozważyć ich kontynuację już poza projektem, by nie przeciążyć formalnej ścieżki udziału.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					utrzymaniem uczestników.				



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
8.	Dostosowanie form realizacji w sytuacjach kryzysowych	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematycznym	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Wdrażanie RPZ	Niezależnie od jakości programu, czynniki zewnętrzne jak pandemia mogą zagrozić jego realizacji. W latach 2020–2021 wiele osób – zwłaszcza starszych – obawiało się udziału w projektach z powodu ryzyka zakażenia koronawirusem. Skuteczni realizatorzy reagowali, wprowadzając zmiany organizacyjne: część działań, np. warsztaty edukacyjne, przeniesiono do trybu on-line, aby ograniczyć grupowe spotkania. Grafiki wizyt	Programy, które zaadaptowały się do realiów pandemii, zdołały zrealizować założone wskaźniki uczestnictwa, podczas gdy pozostałe musiały ograniczyć cele. Elastyczność organizacyjna przełożyła się na utrzymanie pacjentów w projekcie nawet w niesprzyjających okolicznościach – potwierdzono, że tam, gdzie wdrożono	Beneficjent	Szybka reakcja kryzysowa i zdolność do modyfikacji projektu w granicach dopuszczalnych zmian. Dostęp do technologii (platformy online, teleporady) oraz zapewnienie środków ochrony i dezynfekcji. Komunikacja z uczestnikami – informowanie o podjętych	Zalecane jest bieżące wprowadzanie do planów zarządzania ryzykiem procedury na wypadek kolejnych fal pandemii lub innych kryzysów (np. scenariusze przejścia na tryb zdalny części działań). Istotne jest odpowiednie zapewnienie elastyczności w umowach z instytucją



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					stacjonarnych rozrzedzono, zapewniając reżim sanitarny. W niektórych przypadkach oferowano dowóz uczestników na zabiegi lub konsultacje telefoniczne tam, gdzie to było możliwe. Choć pewnych usług (jak zabiegi rehabilitacyjne) nie da się zrealizować zdalnie, takie udogodnienia sprawiły, że więcej osób zdecydowało się kontynuować udział pomimo trudnych warunków.	powyższe dobre praktyki, osiągnięto planowane rezultaty pomimo pandemii. Uczestnicy docenili takie podejście, czując się bezpieczniej i mając ułatwiony dostęp do świadczeń.		środkach bezpieczeństwa, by budować zaufanie.	finansującą, pozwalającą na modyfikacje formy świadczeń w razie zaistnienia nadzwyczajnych okoliczności.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
9.	Wybór renomowa nego, lokalnego realizator a programu	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwenc ji	Zarządza nie RPZ	Powierzenie realizacji podmiotowi o ugruntowanej reputacji i sieci kontaktów w regionie może zadecydować o powodzeniu programu. W jednej z analiz porównano dwa przypadki: program profilaktyczny realizowany przez przyjezdnego wykonawcę spoza województwa oraz program onkologiczny prowadzony przez miejscowe centrum onkologii. Zewnętrzny realizator miał duże trudności z rekrutacją – dopiero budował bazę	Program prowadzony przez cenioną jednostkę medyczną przebiegał w pełni prawidłowo – osiągnięto, a nawet przekroczono planowane liczby badań i diagnoz. Zgłaszalność pacjentów była bardzo wysoka od samego startu projektu, co pozwoliło szybko zrealizować cel zdrowotny (wykrywanie wczesnych zmian nowotworowych).	Instytucja Zarządzając a	Kryteria konkursowe premiujące posiadanie doświadczenia w regionie i dobre referencje. Weryfikacja potencjału wykonawcy (kadry, zaplecze) oraz jego powiązań z lokalnym systemem ochrony zdrowia. Dobra opinia publiczna o świadczeniodaw cy, co	Przy przyznawaniu środków na RPZ preferować należy podmioty mocno zakorzenione lokalnie lub współpracujące z lokalnymi autorytetami medycznymi. Rozważyć należy również włączenie kryteriów jakościowych dotyczących np. wyników wcześniejszych



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					kontaktów z lokalnymi POZ, nie zdążył dotrzeć do pacjentów i ostatecznie rozwiązano z nim umowę. Natomiast lokalny ośrodek onkologiczny od początku przyciągnął wielu chętnych i szybko wyczerpywał limity uczestników. Renoma placówki (postrzeganej jako jedna z najlepszych w regionie) oraz zaufanie pacjentów sprawiły, że ludzie chętniej zgłaszali się na badania. Lokalny wykonawca mógł też sprawniej współpracować z okolicznymi lekarzami	Dla porównania, projekt u mniej znanego realizatora nie zdołał zgromadzić uczestników i zakończył się niepowodzeniem. Różnica ta wskazuje, że wybór doświadczonego partnera lokalnego jest kluczowy dla efektywności interwencji.		przekłada się na zaufanie pacjentów.	programów profilaktycznych danego oferenta na danym terenie.



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					rodzinnymi i wykorzystać istniejące kanały dotarcia do chorych.				



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
10.	Przyjazna organizacja świadczeń dla uczestników (minimalizacja wizyt i czasu oczekiwania)	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematyczny m	Program profilakty czny	Zarządza nie/Wdr ażanie RPZ	Skuteczne programy dbały o wygodę uczestnika poprzez konsolidację świadczeń i sprawną obsługę. W jednym z programów onkologicznych zaplanowano ścieżkę pacjenta tak, by całość badań odbyła się w zaledwie 2–3 wizytach. Terminy wyznaczano szybko, rejestracja telefoniczna działała sprawnie, a personel elastycznie dopasowywał daty wizyt do możliwości uczestników. Dzięki temu nawet osoby z odległych miejsc uznały, że warto	Uczestnicy oceniali program bardzo pozytywnie – chwalili wysoką jakość opieki oraz świetną organizację, która oszczędziła im czasu i wysiłku. Odsetek osób kończących cały cykl badań był wysoki, a zdiagnozowane nieprawidłowości wykrywano wcześniej dzięki temu, że pacjenci faktycznie zgłosili się na wszystkie zaplanowane	Beneficjent	Optymalne zaplanowanie harmonogramu badań/świadczeń już na etapie pisania wniosku o dofinansowanie. Koordynacja między różnymi specjalistami i jednostkami tak, by pacjent mógł załatwić wiele spraw podczas jednej wizyty. Wykorzystanie systemów	Projektując interwencję zdrowotną, należy przyjąć perspektywę uczestnika: ograniczyć liczbę wizyt do niezbędnego minimum, łączyć usługi (np. jednego dnia kilka badań pod rząd), zapewnić sprawny system zapisów. To zwiększy atrakcyjność programu i zmniejszy



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					dojechać – skoro tylko parę razy muszą się stawić, by wykonać komplet badań. Uniknięto rozproszenia działań na zbyt wiele etapów, co często bywa barierą logistyczną dla pacjentów.	wizyty. Krótki czas oczekiwania i niewielka liczba wizyt przełożyły się na zadowolenie pacjentów i dobrą opinię o programie w społeczności.		informatycznych do szybkiej rejestracji i przypominania terminów, aby pacjent nie przegapił wizyty.	ryzyko rezygnacji z udziału.



11.	Dopasowanie modelu realizacji (jeden vs wielu wykonawców) do skali programu	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematycznym	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Zarządzanie/Wdrażanie RPZ	Metaanaliza wykazała, że liczba zaangażowanych realizatorów powinna być zależna od charakteru programu. W niektórych województwach początkowo przyjmowano model jednego wykonawcy obsługującego cały region, co miało upraszczać administrację (jedna umowa, jeden nadzór). Jednak w przypadku dużych, masowych projektów strategia ta się nie sprawdzała (jak np. w województwie łódzkim) – pojedynczy podmiot był przeciążony liczbą uczestników, a równocześnie wielu	Elastyczne podejście do modelu realizacji pozwoliło w niektórych regionach wdrożyć trudne do realizacji programy. Po zmianie strategii i rozbiciu dużego konkursu na mniejsze części udało się pozyskać kilku wykonawców i zrealizować cele projektu, podczas gdy wcześniej pojedynczy oferent nie był w stanie tego zrobić. Z kolei tam, gdzie zastosowano niewłaściwy model (np. wielu	Instytucja Zarządzająca	Analiza rynku potencjalnych realizatorów w danym obszarze – ocena, ilu jest zdolnych podmiotów i jakiego kalibru projekty mogą potencjalnie zrealizować. Decyzja, czy lepiej jeden duży wykonawca (gdy wymagana jest specjalistyczna wiedza i sprzęt dostępny tylko w nielicznych ośrodkach) czy wielu	Przy projektowaniu nowych konkursów RPZ stosować należy zasadę modelu realizacji "szytego na miarę" programu. Należy unikać automatyzmu (zawsze jeden lub zawsze wielu wykonawców). W kryteriach konkursowych dopuszczać dzielenie zamówienia na części tam, gdzie zachęci to więcej oferentów i
-----	--	--	---	---------------------------	--	--	-------------------------	--	--



mniej
potencjalnych
oferentów w ogóle nie
stawało do konkursu
(nie mając
wystarczających
zasobów na tak szeroki
zakres). W rezultacie
zdarzało się, że konkurs
kończył się brakiem
wyłonionego
wykonawcy lub
wykonawca
rezygnował. Lepszym
rozwiązaniem okazało
się podzielenie projektu
na mniejsze części –
ograniczenie
maksymalnej wartości
jednego projektu, tak by
kilku wykonawców
mogło współrealizować
program. W jednym z
województw obniżono
"poprzeczkę" do 3 mln
zł na projekt, dzięki

wykonawców bez
podziału na
rejony), wystąpiły
problemy z
pokryciem całego
terenu i niezdrowa
konkurencja, co
utrudniło
osiągnięcie
założeń.
Wnioskiem jest
więc konieczność
dostosowania
liczby i rodzaju
realizatorów do
specyfiki
interwencji, co
zwiększa
efektywność i
redukuje ryzyka.

mniej
(gdy ważna
jest szeroka
dostępność
terytorialną). Jasne
określenie
zakresów
odpowiedzialn
ości przy
modelu wielo-
wykonawczym
(np. podział na
powiaty lub
grupy
powiatów).

zwiększy
konkurencję.
Natomiast przy
tematykach
wysoce
specjalistyczny
ch
skonstruować
należy kryteria
odpowiadające
regionalnej
placówce,
która
potencjalnie
byłaby w
stanie taki
projekt
zrealizować,
upewniając się
co do jej
potencjału oraz
zapewniając
mechanizmy
kontrolne (by
uniknąć



czemu zgłosiło się
więcej chętnych,
zaangażowano kilku
realizatorów i łatwiej
było wypełnić wszystkie
miejsca w programie.
Dywersyfikacja
wykonawców obniżyła
ryzyko – gdy jeden
podmiot zawiedzie, inni
nadal realizują swoje
części, więc nie
zaprzepaszcza to całego
programu. Z drugiej
strony, przy
programach wysoko
specjalistycznych
niekiedy tylko kilka
ośrodków posiada
wymagane
kompetencje; w takiej
sytuacji oczywiście
właściwszy jest wybór
jednego,
doświadczonego
realizatora. Jeśli

monopolu
niskiej jakości).



					angażuje się wielu wykonawców, ważny jest klarowny podział terytorialny lub populacyjny – inaczej może dojść do konkurowania o tych samych uczestników, co zaobserwowano w jednym z programów (rywalizacja między kilkoma ośrodkami bez rozgraniczenia obszarów doprowadziła nawet do rozwiązania umowy z jednym z nich).				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



12.	Realistyczne warunki finansowe i podział ryzyka dla wykonawców	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym obszarze tematycznym	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Zarządza nie RPZ	Aby przyciągnąć kompetentnych realizatorów i utrzymać ich zaangażowanie, program musi być dla nich wykonalny również pod względem ekonomicznym. W początkowych konkursach zdarzało się, że stawki za usługi skalkulowano bardzo nisko (na granicy opłacalności), a wykonawcy obawiali się strat – zwłaszcza w obliczu rosnących kosztów (np. inflacji). Wykonawcy kalkulowali, czy budżet pokryje koszty i czy ewentualny zysk jest wart ryzyka; jeśli stawki były na poziomie minimalnej rentowności lub groziły stratą,	Konkursy z atrakcyjniejszymi warunkami finansowymi cieszyły się większym zainteresowaniem oferentów, dzięki czemu wybrano doświadczonych wykonawców i projekty ruszyły zgodnie z planem. W trakcie realizacji, tam gdzie budżet był adekwatny, wykonawcy mogli zrealizować pełen zakres świadczeń bez cięcia kosztów jakościowych. W dłuższej perspektywie takie podejście sprzyja trwałości	Instytucja Zarządzająca	Rzetelne oszacowanie kosztów rynkowych świadczeń (np. konsultacja stawek z podmiotami medycznymi). Zastosowanie mechanizmów dostosowujących (klauzule indeksacyjne, etapy rozliczeń częściowych za częściowo osiągnięte wskaźniki zamiast pełnej utraty dofinansowania). Monitorowanie sytuacji	Przy planowaniu budżetów RPZ w nowej perspektywie uwzględnić należy możliwość fluktuacji kosztów (np. zabezpieczyć margines na wzrost płac i cen usług medycznych). Rozważyć należy również wprowadzenie systemu bonusów za wyniki zamiast kar, które obciążają finansowo realizatora. Dbać o to, by
-----	---	--	---	------------------	---	--	-------------------------	---	--



				brakowało chętnych albo podmiot wycofywał się w trakcie realizacji. Dodatkowo obawiano się utraty części dofinansowania, jeśli nie zrekrutują wymaganej liczby pacjentów lub nie osiągną określonych wskaźników medycznych. Dobre praktyki wypracowane w toku wdrażania to m.in.: bardziej realistyczne budżetowanie (uwzględniające zapas na ewentualny wzrost kosztów), możliwość waloryzacji kontraktu w razie istotnych zmian ekonomicznych, a także rozsądniejsze podejście do rozliczania rezultatów (np. unikanie	efektów – wykonawcy są skłonni kontynuować działania (np. ze środków własnych lub samorządowych) jeśli nie ponieśli strat i widzą wartość dodaną projektu. Natomiast zbyt surowe warunki finansowe zniechęcały potencjalnych realizatorów i mogły skutkować unieważnieniem naboru czy niewykonaniem części usług.		gospodarczej i gotowość do modyfikacji warunków w nadzwyczajnych okolicznościach.	udział w programie był atrakcyjny ekonomicznie – w dłuższej mierze zapewnił to wyższą jakość i zaangażowanie podmiotów realizujących projekty.
--	--	--	--	---	--	--	--	---



					mechanizmu "wszystko albo nic" przy refundacji kosztów). Kilka regionów, napotkawszy brak ofert, przedłużyło terminy naboru lub korygowało kryteria, co pozwoliło jednak wyłonić realizatorów.				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
13.	Planowanie trwałości efektów i integracja z systemem opieki zdrowotnej	Dowolny (zapewnienie kontynuacji działań profilaktycznych, rehabilitacyjnych itp.)	Nie dotyczy - możliwe do wdrożenia w każdym typie interwencji	Zarządzanie/Wdrażanie RPZ	Dobra praktyka to myślenie o ciągłości już na etapie projektowania programu. Chodzi o to, by efekty wypracowane w RPZ nie zanikły po zakończeniu finansowania unijnego. Istotne jest zapewnienie trwałości rezultatów - np. poprzez usprawnienie procesów, które pozostaną na stałe w placówkach, lub wypracowanie modeli opieki, które następnie przejmie system publiczny. Już wcześniejsze ewaluacje rekomendowały, by skuteczne usługi zapoczątkowane w	Jeśli program jednorazowy nie zostanie przedłużony, istnieje ryzyko utraty osiągniętych popraw (np. pacjenci wrócą do starych nawyków, jeśli nie mają dalszego wsparcia). Natomiast tam, gdzie już podjęto działania w kierunku instytucjonalizacji rezultatów (np. województwa lobbujące za kontraktowaniem	Beneficjent	Wykazanie efektywności i opłacalności interwencji - aby przekonać decydentów do finansowania stałego, przedstawić należy wyniki i analizy koszt-efekt. Współpraca z NFZ: zawnioskowanie o wpisanie nowych procedur do koszyka świadczeń gwarantowany	Każdy RPZ powinien zawierać element planu trwałości - np. strategię przekazania rezultatów do systemu opieki. Po zakończeniu projektu należy monitorować losy uczestników i efekty zdrowotne, co może posłużyć jako argument za dalszym finansowaniem. W skali kraju zaleca się,



Lp.	Tytuł/ Nazwa dobrej praktyki	Obszar tematyczny (problem zdrowotny)	Typ interwenc ji / rodzaj wsparcia	Rodzaj dobrej praktyki	Opis szczegółowy dobrej praktyki	Rezultaty/efekty dobrej praktyki	Poziom wdrożenia	Czynniki sukcesu / warunki skuteczności	Rekomendacje dla adaptacji
					projektach były kontynuowane ze środków krajowych (NFZ, budżet samorządów) lub włączone do standardowej oferty świadczeniodawców.	danych usług przez NFZ), można spodziewać się długofalowej poprawy sytuacji zdrowotnej. Wszystkie województwa zgodnie podkreślały potrzebę kontynuacji programów z lat 2014–2020, aby efekty były trwałe.		ch lub zwiększenie kontraktów na obszary, gdzie program wykazał duże potrzeby. Zaangażowani e władz lokalnych, by w okresie pomiędzy perspektywami UE wspierały pomostowo kontynuację ważnych usług.	gdzie to możliwe, rozszerzać ofertę NFZ o świadczenia, które sprawdziły się w RPZ (bądź rozwijać programy profilaktyczne na poziomie centralnym w obszarach, które regiony przetestowały z sukcesem).

Źródło: opracowanie własne



10.2. Wzory narzędzi badawczych

10.2.1. Kwestionariusz ankiety CAWI

Dzień dobry,

firma Eu-Consult sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadza obecnie badanie ankietowe z członkami oraz obserwatorami uczestniczącymi w pracach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Badanie to prowadzone jest na potrzeby opracowania metaanalizy i oceny Regionalnych Programów Zdrowotnych (dalej: RPZ) współfinansowanych ze środków EFS w okresie programowania 2014-2020. Państwa opinia jest dla nas bardzo istotna z uwagi na posiadaną ekspercką wiedzę oraz doświadczenie w zakresie zarządzania obszarem zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego i przyczyni się do zebrania istotnych wyników dotyczących skuteczności i użyteczności wdrażanych działań.

Ze względu na to, zwracamy się z uprzejmą prośbą o udział w badaniu ankietowym.

Pragniemy zapewnić, że badanie jest anonimowe, a jego wyniki prezentowane będą wyłącznie w postaci zbiorczych zestawień statystycznych.

Badanie potrwa około 10 minut.

1. Jak ocenia Pan/Pani rolę RPZ (regionalnych programów zdrowotnych) w realizacji polityki zdrowotnej na poziomie województw?

- a) Zdecydowanie istotna
- b) Raczej istotna
- c) Neutralna
- d) Raczej nieistotna (Dlaczego?)...
- e) Zdecydowanie nieistotna (Dlaczego?)...
- f) Trudno powiedzieć

2. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem RPZ odpowiadają na realne potrzeby zdrowotne ludności w regionach?

- a) Zdecydowanie wysokim
- b) Raczej wysokim
- c) Ani wysokim, ani niskim
- d) Raczej niewysokim (Dlaczego?)...
- e) Zdecydowanie niewysokim (Dlaczego?)...
- f) Trudno powiedzieć



3. Które czynniki Pana/Pani zdaniem miały największy wpływ na wybór problemów zdrowotnych do RPZ w regionach? Pytanie wielokrotnego wyboru

- a) Mapy potrzeb zdrowotnych
- b) Wskaźniki epidemiologiczne zawarte w innych dokumentach niż mapy potrzeb zdrowotnych
- c) Regionalne analizy danych
- d) Polityka zdrowotna kraju (strategie, priorytety)
- e) Potrzeby zgłaszane przez samorządy / lokalne środowiska
- f) Potrzeby zgłaszane przez potencjalnych beneficjentów / realizatorów RPZ
- g) Potrzeby zgłaszane przez mieszkańców regionu / kraju
- h) Możliwości finansowe w ramach RPO
- i) Inne (jakie?)...

4. Czy wg Pana/Pani wiedzy w procesie przygotowania dotychczasowych RPZ napotkano na istotne trudności? Pytanie wielokrotnego wyboru

- a) Problemy z określeniem grupy docelowej
- b) Problemy związane ze zdefiniowaniem problemów/potrzeb zdrowotnych regionu
- c) Ograniczenia czasowe w przygotowaniu dokumentów
- d) Problemy w pozyskaniu danych epidemiologicznych
- e) Brak zasobów kadrowych w urzędach i instytucjach
- f) Złożone procedury zatwierdzania dokumentów
- g) Inne (jakie?)....
- h) Nie, nie napotkano na trudności *(opcja wykluczająca pozostałe warianty) – przejście do pytania 6*
- i) Trudno powiedzieć *(opcja wykluczająca pozostałe warianty) – przejście do pytania 6*

5. Czy trudności te miały istotny wpływ na ogłaszane nabory?

- a) Tak (w czym objawiał się ten wpływ?)...
- b) Nie
- c) Trudno powiedzieć

6. Czy w Pana/Pani opinii możliwe byłoby wprowadzenie jakichś zmian w procesie przygotowania RPZ, które mogłyby ułatwić województwom opracowanie programów w przyszłości?

- a) Tak (jakie zmiany ma Pan/Pani na myśli?)...
- b) Nie
- c) Trudno powiedzieć



7. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów zarządzania RPZ na poziomie regionalnym?
a) Zdecydowanie pozytywnie b) Raczej pozytywnie c) Neutralnie d) Raczej negatywnie (Dlaczego?)... e) Zdecydowanie negatywnie (Dlaczego?)... f) Trudno powiedzieć
8. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność mechanizmów monitorowania realizacji RPZ na poziomie regionalnym?
a) Zdecydowanie pozytywnie b) Raczej pozytywnie c) Neutralnie d) Raczej negatywnie (Dlaczego?)... e) Zdecydowanie negatywnie (Dlaczego?)... f) Trudno powiedzieć
9. Jak ocenia Pan/Pani proces ewaluacji RPZ?
a) Zdecydowanie pozytywnie b) Raczej pozytywnie c) Neutralnie d) Raczej negatywnie (Dlaczego?)... e) Zdecydowanie negatywnie (Dlaczego?)... f) Trudno powiedzieć
10. Czy w trakcie wdrażania RPZ pojawiały się trudności związane z wyborem beneficjentów (realizatorów) projektów?
a) Tak, bardzo duże (jakie?)... b) Tak, umiarkowane (jakie?)... c) Nie d) Trudno powiedzieć
11. Jakie były główne przyczyny ich występowania? Pytanie wielokrotnego wyboru
a) Brak zainteresowania ze strony potencjalnych beneficjentów (z czego może to Pana/Pani zdaniem wynikać?)... b) Niedopasowanie tematyki RPZ do potrzeb regionu c) Nadmierne wymagania formalne d) Niska atrakcyjność finansowa



e) Ograniczenia czasowe realizacji f) Inne (jakie?)...
12. Czy wg Państwa wiedzy łatwo było zrekrutować założoną liczbę pacjentów, czy też pojawiały się trudności ze skompletowaniem grupy uczestników?
a) Pojawiały się istotne trudności (z czego wynikały te trudności?)... b) Pojawiały się niewielkie trudności (z czego wynikały te trudności?)... c) Proces ten przebiegał bezproblemowo d) Trudno powiedzieć
13. Jak ocenia Pan/Pani adekwatność wysokości alokacji finansowych na RPZ względem ich celów i zakresu działań?
a) Zdecydowanie adekwatne b) Raczej adekwatne c) Raczej nieadekwatne (Dlaczego?)... d) Zdecydowanie nieadekwatne (Dlaczego?)... e) Trudno powiedzieć
14. Jak ocenia Pan/Pani procedury rozliczania i sprawozdawczości projektów wdrażających RPZ?
a) Bardzo proste b) Raczej proste c) Raczej skomplikowane (Dlaczego?)... d) Bardzo skomplikowane (Dlaczego?)... e) Trudno powiedzieć
15. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem działania realizowane w ramach RPZ były komplementarne z programami polityki zdrowotnej, programami zdrowotnymi lub działaniami dotyczącymi profilaktyki chorób finansowanymi z innych źródeł (np. PO WER, środki z NFZ, środki krajowe)?
a) Zdecydowanie wysokim b) Raczej wysokim c) Ani wysokim, ani niskim d) Raczej niewysokim (Dlaczego?)... e) Zdecydowanie niewysokim (Dlaczego?)... f) Trudno powiedzieć
16. Czy dostrzega Pan/Pani przykłady mechanizmów koordynacji działań zdrowotnych pomiędzy województwami i instytucjami centralnymi, które można uznać za przykłady dobrych praktyk w tym obszarze?
a) Tak (jakie mechanizmy ma Pan/Pani na myśli?)...



b) Nie
17. Jak ocenia Pan/Pani rolę Komitetu Sterującego w zapewnianiu spójności i koordynacji RPZ finansowanych z funduszy UE?
a) Zdecydowanie istotna b) Raczej istotna c) Neutralna d) Raczej nieistotna (Dlaczego?)... e) Zdecydowanie nieistotna (Dlaczego?)... f) Trudno powiedzieć
18. Czy w Pana/Pani opinii jakieś problemy zdrowotne były zbyt słabo reprezentowane w ramach dotychczasowych RPZ i powinno się je wspierać w większym zakresie w ramach tego rodzaju interwencji?
a) Tak (jakie problemy zdrowotne ma Pan/Pani na myśli?)... b) Nie c) Trudno powiedzieć
19. Jakie główne wyzwania dla rozwoju programów polityki zdrowotnej widzi Pan/Pani w perspektywie lat 2028-2034? Pytanie wielokrotnego wyboru
a) Starzenie się społeczeństwa i rosnące potrzeby zdrowotne osób starszych b) Wzrost zapotrzebowania na kadry medyczne i problemy z ich dostępnością c) Nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych między regionami d) Niska zgłaszalność i uczestnictwo w programach profilaktycznych e) Zwiększająca się liczba chorób przewlekłych i cywilizacyjnych f) Wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym g) Zmiany technologiczne (telemedycyna, cyfryzacja, AI w zdrowiu) i potrzeba ich wdrażania h) Trudności w finansowaniu i rozliczaniu programów zdrowotnych i) Konieczność lepszej koordynacji między poziomem krajowym a regionalnym j) Inne (jakie?) ... k) Trudno powiedzieć
20. Czy Pana/Pani zdaniem występuje potrzeba wsparcia dotyczącego realizacji RPZ w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034)?
a) Tak b) Nie c) Trudno powiedzieć
21. W zakresie jakich chorób upatruje Pan/Pani taką potrzebę? Pytanie wielokrotnego wyboru



- a) Choroby układu krążenia
- b) Nowotwory
- c) Cukrzyca i inne choroby metaboliczne
- d) Choroby układu oddechowego
- e) Choroby układu mięśniowo-szkieletowego
- f) Choroby psychiczne i zaburzenia zdrowia psychicznego
- g) Choroby neurologiczne
- h) Choroby wieku starszego
- i) Choroby zakaźne
- j) Choroby rzadkie
- k) Choroby i problemy zdrowotne dzieci i młodzieży
- l) Choroby układu pokarmowego
- m) Inne (jakie?) ...
- n) Trudno powiedzieć

22. Jakich obszarów dotyczy identyfikowana przez Pana/Panią potrzeba?

Pytanie wielokrotnego wyboru

- a) Profilaktyka
- b) Leczenie
- c) Rehabilitacja lecznicza
- d) Edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia
- e) Opieka długoterminowa
- f) Opieka paliatywna i hospicyjna
- g) Inny obszar (jaki?)...
- h) Trudno powiedzieć

Dziękujemy za udział w badaniu.



10.2.2. Scenariusz warsztatu

Dzień dobry,

firma Eu-Consult sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadza obecnie badanie na potrzeby opracowania metaanalizy i oceny Regionalnych Programów Zdrowotnych (dalej: RPZ) współfinansowanych ze środków EFS w okresie programowania 2014-2020. Państwa opinia jest dla nas szczególnie ważna z uwagi na posiadaną ekspercką wiedzę oraz doświadczenie w zakresie zarządzania obszarem zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego i przyczyni się do zebrania istotnych wyników dotyczących skuteczności i użyteczności wdrażanych działań.

Ze względu na to, zwracamy się z uprzejmą prośbą o udział w organizowanym obecnie warsztacie.

Pragniemy zapewnić, że badanie jest anonimowe, a jego wyniki prezentowane będą wyłącznie w postaci zbiorczych wniosków, bez przypisywania ich do konkretnych osób.

Badanie potrwa około 90 minut.

1. Czy podczas opracowywania założeń RPZ napotkali Państwo trudności lub problemy? Jeśli tak, to jakie konkretnie były to wyzwania? Jak te problemy wpłynęły na dalsze prace nad programem lub harmonogram ogłaszania naborów projektów?
2. Jak przebiegał proces wyboru tematyki i zakresu interwencji w ramach RPZ? Z czego wynikał wybór konkretnego problemu zdrowotnego do objęcia programem w Państwa województwie?
3. Jakie z Państwa punktu widzenia mogą być powody tego, że pewne problemy zdrowotne były chętniej wybierane przez regiony (np. choroby układu krążenia, onkologiczne), a inne rzadziej pojawiały się jako tematy RPZ? Czy wpłynęła na to np. dostępność potencjalnych realizatorów, łatwość zaplanowania interwencji, czy może inne czynniki?
4. Jakie dobre praktyki lub pozytywne doświadczenia z etapu planowania mogą Państwo wskazać? Co szczególnie pomogło w sprawnym przygotowaniu RPZ?
5. Czy zdarzyło się, że został opracowany jakiś Regionalny Program Zdrowotny, którego ostatecznie nie zrealizowano? Jeśli tak – co było tego przyczyną? Jakie wnioski Państwa zdaniem płyną z tych sytuacji na przyszłość?
6. Jakie wyzwania pojawiły się na etapie ogłaszania naborów w Państwa regionie? Czy były przypadki, że musieli Państwo modyfikować warunki



naboru lub przedłużać terminy z powodu początkowego braku zainteresowania?
7. Jak oceniają Państwo poziom zainteresowania beneficjentów (projektodawców) ogłaszanymi konkursami? Które rodzaje RPZ lub tematy cieszyły się największym zainteresowaniem wśród potencjalnych realizatorów? Z czego, Państwa zdaniem, wynikała ich popularność? Które nabory cieszyły się najmniejszym odzewem i dlaczego?
8. Czy zdarzyło się, że jakiś konkurs w ramach RPZ nie doprowadził do wyłonienia realizatorów? Jeśli tak, to w jakim obszarze to nastąpiło i co było tego przyczyną? Jak zareagowali Państwo w takiej sytuacji – czy ogłoszono ponowny nabór, zmieniono warunki, czy przesunięto środki gdzie indziej?
9. Istotnym aspektem realizacji projektów jest pozyskanie uczestników (pacjentów) do programów zdrowotnych. Jak oceniliby Państwo poziom zgłaszalności do poszczególnych programów? Czy łatwo było zrekrutować założoną liczbę pacjentów, czy też pojawiały się trudności ze skompletowaniem grupy uczestników? Czy kryteria kwalifikujące uczestników (np. wiek, stan zdrowia, miejsce zamieszkania) ułatwiały czy utrudniały rekrutację? Czy zdarzało się, że wymagania były zbyt restrykcyjne i przez to niewiele osób się kwalifikowało?
10. Jakie dobre praktyki mogliby Państwo wskazać w kontekście przygotowania i przeprowadzenia naborów?
11. Jak oceniają Państwo ze swojej perspektywy skuteczność procesów zarządzania RPZ? Czy realizatorzy projektów (np. jednostki samorządowe, szpitale, NGO) generalnie dobrze radzili sobie z zarządzaniem projektami i osiąganiem założeń? Czy też często napotykali na problemy wymagające interwencji lub wsparcia?
12. Jakie były z Państwa perspektywy najczęstsze trudności przy wdrażaniu RPZ? Jak wpływały one na realizację działań? W jaki sposób rozwiązywano pojawiające się problemy? Czy zdarzało się, że przez nie trzeba było modyfikować zakres projektu lub przedłużać jego realizację?
13. Bazując na dotychczasowych doświadczeniach, jak można w przyszłości zapobiegać podobnym problemom przy realizacji zbliżonych interwencji? Jakie rozwiązania systemowe mogłyby pomóc wyeliminować trudności na etapie wdrażania tego typu programów?
14. W jakim stopniu zrealizowane zostały cele RPZ objętych ewaluacją? Czy generalnie programy osiągały zakładane wskaźniki i rezultaty, czy też



zdarzały się istotne braki w realizacji wskaźników? Których wskaźników nie udało się zrealizować i jakie były (lub mogły być) tego przyczyny?
15. W jakich obszarach wsparcia – profilaktycznych czy rehabilitacyjnych – zaobserwowali Państwo największy pozytywny wpływ programów? Które problemy zdrowotne udało się dzięki udziałowi w RPZ najskuteczniej ograniczyć lub wcześniej wykryć? Dla kontrastu, czy są obszary, w których efektywność zdrowotna RPZ okazała się mniejsza od oczekiwanej? Czy dzięki realizacji RPZ zauważyli Państwo wzrost świadomości na temat roli profilaktyki zdrowotnej w społeczeństwie lokalnym?
16. Jak oceniają Państwo relację uzyskanych rezultatów do wielkości alokacji przeznaczonej na realizację poszczególnych RPZ? Czy Państwa zdaniem osiągnięte efekty były adekwatne do poniesionych nakładów finansowych? Jakie wnioski można z tego wyciągnąć na przyszłość co do alokacji środków na poszczególne typy działań?
17. Jakie cenne i przydatne rozwiązania związane z wdrażaniem RPZ dostrzegają Państwo na swoich przykładach? Mam na myśli rozwiązania, które można by powielać w przyszłości przy realizacji zbliżonych inicjatyw (tj. dobre praktyki).
18. Jak oceniają Państwo proces monitorowania postępów projektów? Czy w trakcie monitorowania pojawiały się jakieś problemy lub bariery? Czy prowadzenie monitoringu pozwoliło na wczesne wychwytywanie problemów w projektach i reagowanie na nie?
19. Jak oceniają Państwo działanie Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w kontekście realizacji RPZ? Czy mechanizmy koordynacji były odczuwalne i pomocne z Państwa perspektywy?
20. Jak przebiegała w Państwa opinii współpraca i komunikacja między Państwem a stroną krajową w trakcie wdrażania RPZ? Czy raportowanie i przepływ informacji na tej linii funkcjonowały sprawnie? Co można by usprawnić w działaniu Komitetu Sterującego lub ogólnie w mechanizmach koordynacji między poziomem krajowym a regionalnym?
21. Jakie dobre praktyki w zakresie monitorowania i raportowania wypracowali Państwo lub beneficjenci?
22. W jakim stopniu z Państwa punktu widzenia RPZ realizowane w ramach RPO uzupełniały się z innymi działaniami dotyczącymi profilaktyki i ochrony zdrowia finansowanymi z innych źródeł? Czy przy planowaniu RPZ brano pod uwagę istniejące programy krajowe, tak aby uniknąć powielania działań i raczej wypełnić luki w ofercie zdrowotnej? Czy uważają Państwo, że udało



się osiągnąć komplementarność – tzn. RPZ finansowane z funduszy UE wypełniły pewne nisze lub potrzeby, których nie pokrywały programy krajowe? A może były przypadki, że regionalne i krajowe inicjatywy się dublowały lub nie zazębiały optymalnie?

23. Czy dostrzegają Państwo potrzebę kontynuacji wsparcia dla Regionalnych Programów Zdrowotnych w kolejnej perspektywie finansowej polityki spójności (2028-2034)? Jakie główne wyzwania dla rozwoju RPZ i polityki zdrowotnej dostrzegają Państwo w perspektywie lat 2028-2034?

24. Jeśli wsparcie miałoby być kontynuowane, w jakim zakresie i w jakich obszarach tematycznych widzieliby Państwo największy sens kontynuacji lub nowych interwencji? Które problemy zdrowotne powinny być priorytetowe w przyszłych działaniach finansowanych z funduszy UE Czy raczej należałoby kontynuować dotychczasowe kierunki, czy też pojawiły się nowe wyzwania wymagające uwagi?

25. Jakie zmiany w modelu projektowania i wdrażania takich programów powinny, Pana/Pani zdaniem zajść w przyszłości? Czy są obszary, które należałoby inaczej zaplanować na bazie dotychczasowych doświadczeń?

Dziękujemy za udział w badaniu.



10.2.3. Scenariusz panelu ekspertów

Dzień dobry,

firma Eu-Consult sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadza obecnie badanie na potrzeby opracowania metaanalizy i oceny Regionalnych Programów Zdrowotnych (dalej: RPZ) współfinansowanych ze środków EFS w okresie programowania 2014-2020. Państwa opinia jest dla nas szczególnie ważna z uwagi na posiadaną ekspercką wiedzę dotyczącą programów polityki zdrowotnej.

Ze względu na to, zwracamy się z uprzejmą prośbą o udział w organizowanym obecnie panelu ekspertów.

Pragniemy zapewnić, że badanie jest anonimowe, a jego wyniki prezentowane będą wyłącznie w postaci zbiorczych wniosków, bez przypisywania ich do konkretnych osób.

Badanie potrwa około 90 minut.

1. Jak oceniają Państwo proces identyfikacji problemów zdrowotnych do objęcia RPZ? Czy wybór obszarów dotychczasowej interwencji był Państwa zdaniem zgodny z realnymi potrzebami zdrowotnymi populacji? W jakim stopniu przy podejmowaniu decyzji korzystano z map potrzeb zdrowotnych i innych danych epidemiologicznych?
2. Jakie były główne bariery i problemy na etapie planowania interwencji? Jak im przeciwdziałano?
3. Jakie dobre praktyki można wskazać w przygotowaniu RPZ (np. współpraca ze środowiskiem medycznym, konsultacje społeczne, udział ekspertów klinicznych)?
4. Jak oceniają Państwo ze swojej perspektywy zainteresowanie potencjalnych realizatorów (szpitale, JST, NGO) udziałem w konkursach w ramach RPZ? Jakie były w Państwa opinii przyczyny braku zainteresowania niektórymi naborami? Czy zdarzały się sytuacje, w których RPZ były opracowane, ale nie znalazły realizatora? Z jakiego powodu?
5. Jakie były w Państwa opinii największe bariery systemowe we wdrażaniu RPZ (np. dostępność kadr medycznych, finansowanie, czas trwania projektów, rozliczanie)? Jak oceniają Państwo proces zarządzania i wdrażania projektów przez beneficjentów? Czy beneficjenci mieli wystarczające kompetencje i zasoby?
6. Czy w Państwa opinii należałoby zmodyfikować system wdrażania, aby zwiększyć skuteczność przyszłych RPZ? Jeśli tak, w jaki sposób?



7. Jak oceniają Państwo system monitorowania i raportowania realizacji RPZ?
Czy wskaźniki i narzędzia były adekwatne do pomiaru efektów zdrowotnych?
Jakie były główne problemy napotymane w procesie monitorowania?
8. Na ile RPZ osiągały zakładane cele i rezultaty? Które RPZ lub typy programów były z Państwa perspektywy najbardziej skuteczne pod względem efektów zdrowotnych? W jakich obszarach efektywność była najmniejsza i jakie były tego przyczyny?
9. Jak oceniają Państwo relację efektów zdrowotnych do nakładów finansowych?
10. Jak Państwo oceniają działanie Komitetu Sterującego i jego wpływ na koordynację RPZ? Czy mechanizmy koordynacji były w Państwa opinii skuteczne?
11. Jak oceniają Państwo komplementarność RPZ z innymi programami polityki zdrowotnej lub innymi działaniami (środki z NFZ, programy krajowe, PO WER)? Czy uważają Państwo, że udało się osiągnąć komplementarność – tzn. RPZ finansowane z funduszy UE wypełniły pewne nisze lub potrzeby, których nie pokrywały programy krajowe? A może były przypadki, że regionalne i krajowe inicjatywy się dublowały lub nie zazębiały optymalnie?
12. Które obszary zdrowotne powinny być w Państwa opinii priorytetowe przy planowaniu przyszłych działań finansowanych z funduszy UE?
13. Jak postrzegają Państwo postawione w metaanalizie wnioski i propozycje rekomendacji? Co wg Państwa wymaga modyfikacji? Jakie dodatkowe elementy wg Państwa należałoby w tym obszarze ująć?

Dziękujemy za udział w badaniu.



10.2.4. Pozostałe materiały badawcze

Baza dobrych praktyk, transkrypcje wywiadów, tabele wynikowe oraz bazy danych przekazane zostały w formie oddzielnych plików.