



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

RAPORT KOŃCOWY



Fundusze Europejskie

20
25

**Wpływ wsparcia EFS w ramach WRPO 2014+
na jakość i dostępność świadczeń
zdrowotnych na terenie województwa
wielkopolskiego**

evalu

Warszawa, listopad 2025

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską i Samorząd Województwa Wielkopolskiego
w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Zamawiający:

Województwo Wielkopolskie

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu

al. Niepodległości 34,

61-714 Poznań

www.umww.pl



Wykonawca:

EVALU Sp. z o.o.

ul. Sumaków 14

04-690 Warszawa

e-mail: evalu@evalu.pl

Badanie zrealizowane przez zespół badawczy:

Agnieszka Śnieżek (kierowniczka badania), Beata Dec (koordynatorka badania), Sebastian Pałka,
Marta Cichowicz-Major, Wojciech Pieniążek, Adam Grajek, Aleksandra Kamińska, Michał Marciniak,
Paweł Penszko

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	3
WYKAZ SKRÓTÓW.....	5
STRESZCZENIE	7
SUMMARY	14
1 WPROWADZENIE	21
1.1 Cele i zakres badania.....	21
1.2 Zastosowana metodyka badania.....	26
1.3 Opis przebiegu badania.....	29
2 OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO POSZCZEGÓLNYCH RPZ	34
2.1 Ocena skuteczności – zgłaszalność do programów zdrowotnych	34
2.2 Czynniki wpływające na osiągnięty poziom zgłaszalności.....	40
2.3 Ocena rozkładu terytorialnego uczestników oraz wg płci i wieku.....	65
Ocena rozkładu terytorialnego wg powiatów i gmin.....	65
Ocena rozkładu terytorialnego wg typu gminy	74
Ocena rozkładu uczestników wg płci	78
Ocena rozkładu uczestników wg wieku	79
3 OCENA JAKOŚCI I TRAFNOŚCI ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W RAMACH RPZ.....	81
3.1 Etap tworzenia RPZ	81
3.2 Etap wyboru projektów.....	83
3.3 Etap realizacji RPZ	87
4 OCENA REALIZACJI CELÓW RPZ	94
4.1 Osiągnięcie mierników efektywności	94
4.2 Ocena efektów wsparcia	109
4.3 Ocena efektywności kosztowej wsparcia	118
4.4 Ocena zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych.....	124
4.5 Ocena trwałości wsparcia	128
5 CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA REALIZACJĘ RPZ.....	132
6 OCENA WPŁYWU RPZ NA OSIĄGANIE CELÓW STRATEGII EUROPA 2020	145
7 OCENA REALIZACJI RPZ W KONTEKŚCIE PROWADZONEJ PRZEZ SWW POLITYKI ZDROWOTNEJ .	152
8 IDENTYFIKACJA POTRZEB ZDROWOTNYCH I REKOMENDACJE DLA REALIZACJI RPZ W PRZYSZŁOŚCI.....	158

	Dokumenty strategiczne po 2020 roku.....	158
	Polityka Spójności 2021-2027.....	160
	Kontynuacja RPZ	162
	Uzasadnienie kontynuacji lub braku kontynuacji RPZ realizowanych w ramach WRPO 2014+ wraz z rekomendowanymi modyfikacjami.....	163
	Identyfikowane kluczowe potrzeby zdrowotne w regionie	179
9	WNIOSKI I REKOMENDACJE	183
10	SPIS TABEL, WYKRESÓW, SCHEMATÓW I MAP	189
11	ZAŁĄCZNIKI	193
11.1	Tabela poziomu zwrotności ankiet w badaniu ilościowym	193
11.2	Studia przypadku.....	194
	Studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta	194
	Studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	213
	Studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	228

WYKAZ SKRÓTÓW

AKO	Aglomeracja Kalisko-Ostrowska
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT/ Agencja	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BMI	Body Mass Index (Wskaźnik Masy Ciała)
CATI	Computer Assisted Telephone Interview (Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo)
CAWI	Computer Assisted Web Interview (Badanie internetowe wspomagane komputerowo)
CIS	Centrum Inicjatyw Senioralnych
DEFS	Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego (UMWW)
DILO	Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
DOPP	Dolny odcinek przewodu pokarmowego
DPR	Departament Polityki Regionalnej (UMWW)
DZ	Departament Zdrowia (UMWW)
EFS	Europejski Fundusz Społeczny (perspektywa 2014-2020)
EFS+	Europejski Fundusz Społeczny Plus (perspektywa 2021-2027)
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
FEW 2021-2027	Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027
FGI	Focus Group Interview (Zogniskowany wywiad grupowy)
GOPS	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBV	Wirus zapalenia wątroby typu B
HCV	Wirus zapalenia wątroby typu C
HIV/AIDS	Wirus niedoboru odporności/Zespół nabytego niedoboru odporności
HPV	Human Papillomavirus (ludzki wirus brodawczaka)
IDI	Individual Depth Interview (Indywidualny wywiad pogłębiony)
IKP	Internetowe Konto Pacjenta
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KE	Komisja Europejska

KS/ Komitet	Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia
LSI2014+	Lokalny System Informatyczny dla perspektywy 2014+
MOF	Miejski Obszar Funkcjonalny
MPD	Mózgowe Porażenie Dziecięce
MPZ	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	Organizacja Pozarządowa
NOP	Niepożądane odczyny poszczepienne
OP6	Oś Priorytetowa 6 Rynek pracy, WRPO 2014+
OP7	Oś Priorytetowa 7 Włączenie społeczne, WRPO 2014+
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
PJM	Polski Język Migowy
POChP	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RPO	Regionalny Program Operacyjny
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SAKO	Stowarzyszenie Aglomeracja Kalisko-Ostrowska
SL2014	Aplikacja w ramach Centralnego Systemu Teleinformatycznego na lata 2014-2020 do obsługi m.in. wniosków o płatność
SRWW 2020	Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020
SRWW 2030	Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2030 roku
SWW	Samorząd Województwa Wielkopolskiego
SZOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych (WRPO 2014+)
TDI	Telephone Depth Interview (Telefoniczny wywiad pogłębiony)
UE	Unia Europejska
UMWW	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
WWR	Wczesne Wspomaganie Rozwoju
WRPO 2014+	Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020
WZW	Wirusowe Zapalenie Wątroby
ZIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

STRESZCZENIE

CELE, PRZEDMIOT I METODOLOGIA BADANIA

Badanie miało na celu ocenę wpływu wsparcia EFS w ramach WRPO 2014+ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych w województwie wielkopolskim, ze szczególnym uwzględnieniem Regionalnych Programów Zdrowotnych. Obejmowało analizę 16 RPZ realizowanych w ramach dwóch osi priorytetowych (6 Rynek pracy oraz 7 Włączenie społeczne), z wykorzystaniem różnorodnych metod badawczych, takich jak analiza danych zastanych, badania ilościowe uczestników RPZ, wywiady pogłębione z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w zarządzanie i wdrażanie WRPO 2014+ i beneficjentami, a także studia przypadków wybranych RPZ. Wyniki posłużyły do sformułowania wniosków i rekomendacji wspierających przyszłą politykę regionalną w obszarze zdrowia.

OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO POSZCZEGÓLNYCH RPZ

Zgłaszalność w ocenianych RPZ była bardzo zróżnicowana, zarówno pod względem założeń („pokrycia” projektami liczebności zakładanych w RPZ), jak i faktycznej skuteczności projektów na etapie realizacji. W części programów udało się objąć wsparciem większą liczbę osób, niż planowano (np. RPZ 1. Zdrowa aorta, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy). W innych przypadkach realizacja była zgodna lub bardzo zbliżona do planów (RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, RPZ 16. Rehabilitacja osób z mózgowym porażeniem dziecięcym), natomiast nie brakowało też programów, w których osiągnięto jedynie część zakładanych rezultatów (RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 4. Odważ się na zdrowie, RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa, RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego, RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań, RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc, RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu).

Rozmieszczenie terytorialne uczestników było wyraźnie zróżnicowane, z częstą koncentracją w dużych ośrodkach i słabszą frekwencją na obszarach peryferyjnych. Wpływał na to m.in. przyjęty model wdrażania (jeden projekt ogólnowojewódzki vs. wiele projektów bez podziału na subregiony) oraz stopień decentralizacji świadczeń. O większej zgłaszalności decydowała bliskość i dostępność usług (możliwość realizacji „blisko domu”, mobilne punkty, refundacja dojazdów, częstotliwość wizyt). Znaczenie miała też skuteczność rekrutacji i komunikacji (współpraca z JST, POZ, szkołami, kanały informacyjne i wiarygodny „lokalny nadawca”).

Rozkład uczestników według typu gminy był zróżnicowany: w RPZ wymagających częstych wizyt w ośrodku zdrowia dominowali mieszkańcy miast, a w działaniach profilaktycznych o szerokim zasięgu relatywnie więcej było osób z gmin miejsko-wiejskich i wiejskich. W przypadku RPZ dla osób aktywnych zawodowo i wymagających regularnych wizyt kluczowe jest zapewnienie łatwego dostępu do placówek. Z kolei w RPZ nastawionych na jednorazowe działania profilaktyczne najważniejsze jest, by świadczenia były dostępne w miejscu zamieszkania uczestnika lub jego okolicy.

W większości RPZ kobiety stanowiły większość, co wynikało m.in. z większej świadomości zdrowotnej kobiet, a także specyfiki chorób, które były przedmiotem RPZ. Równowaga płci wystąpiła jedynie w nielicznych RPZ, a w kilku programach przeważali mężczyźni, zgodnie z założeniami wynikającymi z charakteru interwencji. Struktura uczestników była więc w dużej mierze naturalnym odzwierciedleniem uwarunkowań epidemiologicznych i społecznych.

CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA REALIZACJĘ RPZ I OSIĄGNIĘTY POZIOM ZGŁASZALNOŚCI

Na realizację programów RPZ oraz osiągnięty poziom zgłaszalności oddziaływał równolegle zestaw czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Do pierwszych zaliczyć należy przede wszystkim skutki pandemii COVID-19, które prowadziły do okresowych zawieszeń świadczeń, wydłużania harmonogramów czy relokacji kadr medycznych, a także uwarunkowania demograficzne i poziom świadomości zdrowotnej kształtujące popyt na świadczenia i gotowość do udziału. Czynniki wewnętrzne obejmowały natomiast kompetencje i stabilność zespołów realizujących programy, organizację i dostępność świadczeń (w tym elastyczne godziny, mobilne formy i decentralizację do poziomu powiatów), skuteczność rekrutacji oraz działań informacyjno-promocyjnych, a także sprawność obsługi administracyjnej. W konsekwencji poziom zgłaszalności determinowały zarówno realia epidemiologiczne, jak i jakość projektowania i wdrożenia programów RPZ, w tym precyzyjny dobór grup docelowych, przemyślana ścieżka uczestnika, proste procedury i bieżący monitoring.

Największą skuteczność i trwałość efektów obserwowano w interwencjach, które łączyły solidny komponent medyczny z dobrze zaprojektowaną edukacją zdrowotną. W części programów – zwłaszcza tam, gdzie kluczowa była zmiana nawyków lub długofalowe zaangażowanie osób przewlekłe chorych – istotnym uzupełnieniem były elementy motywacyjne lub psychologiczne, takie jak poradnictwo wspierające zmianę zachowań czy techniki wzmacniania aktywności uczestników. Choć nie są one niezbędne we wszystkich RPZ, w uzasadnionych przypadkach znacząco wspierały utrzymanie efektów i ograniczały ryzyko rezygnacji. Decyzja o ich włączeniu powinna zawsze wynikać z rozpoznanych potrzeb odbiorców oraz możliwości realizacyjnych.

Wnioski te wskazują, że dalsza profesjonalizacja kadr, upraszczanie procedur, wzmacnianie komunikacji z uczestnikami i konsekwentny monitoring prostymi, przejrzystymi miernikami mogą w istotny sposób sprzyjać zarówno jakości świadczeń, jak i zwiększaniu skali dotarcia do mieszkańców regionu.

OCENA JAKOŚCI I TRAFNOŚCI ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W RAMACH RPZ

Na jakość i trafność wsparcia realizowanego w ramach RPZ miały wpływ rozwiązania oraz czynniki występujące nie tylko na etapie realizacji programów, ale też na etapie tworzenia RPZ i wyboru projektów. Proces tworzenia RPZ był wieloetapowy i obejmował diagnozę epidemiologiczną, konsultacje z interesariuszami, weryfikację pomysłów oraz koordynację z poziomem krajowym, co miało zapewnić trafność i adekwatność programów. Kluczową rolę odgrywały opinie AOTMiT, które gwarantowały oparcie interwencji na dowodach naukowych i eliminowały programy o niskiej jakości. Całość uzupełniała ocena Komitetu Sterującego, zapewniając spójność działań z polityką zdrowotną i uniknięcie dublowania interwencji z poziomem krajowym.

Na etapie wyboru projektów jakość i wykonalność RPZ zapewniały kryteria obligatoryjne, które wyznaczały minimalne standardy prawne, kliniczne i etyczne (zgodność projektu z programem, wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez uprawnione podmioty oraz w oparciu o Evidence Based Medicine). Uzupełniały je kryteria premiujące doświadczenie realizatorów, jakość organizacyjną, dostępność czasową i terytorialną, włączenie NGO czy wyrównywanie nierówności w dostępie. Skuteczne okazało się premiowanie konkretnych działań zwiększających dostępność, jak transport, opieka nad osobami zależnymi czy elastyczne godziny świadczeń. Zestaw kryteriów przyjęty w WRPO 2014+ należy ocenić jako spójny, realistyczny i wspierający jakość RPZ.

Na etapie realizacji również stosowano szereg rozwiązań zwiększających jakość i trafność RPZ, w tym elastyczny mechanizm wprowadzania zmian dostosowujących projekty do nowych uwarunkowań, takich jak pandemia COVID-19 czy zmiany prawne. Świadczenia oceniono bardzo wysoko – uczestnicy podkreślali profesjonalizm, zaangażowanie personelu, kompleksowość wsparcia oraz realne efekty zdrowotne i edukacyjne. Rekomendacje ze strony uczestników co do niespełnionych potrzeb koncentrują się na domykaniu ścieżki opieki (żeby pacjent nie kończył udziału w programie tylko na samym badaniu czy pojedynczej wizycie, ale żeby otrzymał jasne informacje, co dalej), lepszemu dopasowaniu rehabilitacji i edukacji do indywidualnych potrzeb, a także lepszej komunikacji z pacjentami.

OCENA EFEKTÓW WSPARCIA

RPZ były spójne ze Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego i Programem profilaktyki i promocji zdrowia, adresując kluczowe problemy regionu: choroby krążenia, nowotwory, choroby oddechowe, cywilizacyjne oraz potrzeby rehabilitacyjne. Skala finansowania EFS (ponad 181,7 mln zł, z czego 154,45 mln zł z UE) była kluczowa — bez środków unijnych zakres tych interwencji byłby niemożliwy do zrealizowania w ramach budżetu SWW.

W RPZ stosowano zróżnicowane mierniki efektów (produktowe, rezultatów i – rzadziej – oddziaływania), powiązane z celami i projektowane zgodnie z zasadą SMART, choć często brakowało im wartości docelowych, a następnie ich raportowania po zakończeniu realizacji. Tam, gdzie dane były kompletne, wyniki potwierdzały wysoką skuteczność interwencji (np. wyraźna poprawa funkcjonowania pacjenta, wiedzy i zachowań zdrowotnych), ale w części programów ocenę ograniczały luki sprawozdawcze.

RPZ przyniosły istotne efekty zdrowotne, edukacyjne, społeczne i systemowe. Dzięki nim uczestnicy uzyskali dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, które w standardowym systemie ochrony zdrowia były trudno dostępne lub wręcz niedostępne. Programy przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia, wzrostu wiedzy i świadomości prozdrowotnej oraz wzmocnienia samodzielności pacjentów, co odciążało ich rodziny i najbliższe otoczenie. Wpłynęły także na utrzymanie zatrudnienia lub ponowną aktywizację społeczną i zawodową części uczestników. Równolegle rozwijały kompetencje kadry medycznej i niemedycznej, wprowadzając dobre praktyki i nowe standardy działania. Efekty miały również wymiar regionalny, ujawniając duże, wcześniej niezaspokojone potrzeby zdrowotne. Kluczowymi czynnikami sukcesu okazały się kompleksowość wsparcia, interdyscyplinarność (dostęp do różnych specjalistów), zaangażowanie personelu, elastyczna organizacja świadczeń, szeroki komponent edukacyjny oraz aktywne włączenie lokalnych społeczności zarówno w rekrutację jak i realizację działań.

Założenia finansowe RPZ co do zasady były trafne, choć praktyka rozliczania rzeczywistych kosztów oraz zmiany metodologii w trakcie realizacji powodowały obciążenia administracyjne i ryzyko opóźnień. Środki publiczne zostały wykorzystane racjonalnie, przynosząc wymierne i trwałe efekty zdrowotne, społeczne oraz organizacyjne. W wielu przypadkach osiągnięte wskaźniki rezultatów przewyższały wartości zakładane, co potwierdza korzystną relację między poniesionymi nakładami a uzyskanymi efektami.

OCENA ZWIĘKSZENIA DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Programy znacząco zwiększyły dostępność świadczeń, eliminując bariery geograficzne, organizacyjne i finansowe. Zapewniały, choć nie zawsze, równomierne dotarcie do mieszkańców różnych części

regionu, w tym obszarów wiejskich, oraz umożliwiały korzystanie ze świadczeń w dogodnym czasie i miejscu. Wszystkie usługi były bezpłatne, a w niektórych przypadkach dodatkowo usuwano bariery logistyczne związane z dojazdem czy opieką nad osobami zależnymi. Programy oferowały też świadczenia niedostępne w ramach standardowej opieki zdrowotnej, zapewniając unikalną, kompleksową i innowacyjną pomoc. Wsparcie nie dublowało działań w ramach NFZ, lecz realnie uzupełniało istniejące luki.

OCENA WPŁYWU RPZ NA CELE STRATEGII EUROPA 2020

RPZ miały pozytywny wpływ na realizację celu 5. Strategii Europa 2020 obejmującego wzrost poziomu zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat oraz zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. O powiązaniu projektów RPZ z celem 5 Strategii świadczą zarówno uzyskane wskaźniki produktu, jak też efekty jakościowe tych projektów. Wsparciem objęto niemal 85 tys. osób. W grupie odbiorców: 74,1% to osoby po 50 r.ż., a 13,4% to osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. W efekcie uzyskanego wsparcia, część uczestników podjęło pracę lub kontynuowało zatrudnienie po opuszczeniu projektów.

Realizacja tych projektów miała swój wkład w zachodzące w regionie zmiany wskaźników dotyczących zatrudnienia i zjawiska wykluczenia/ ubóstwa społecznego. W latach 2014-2024 nastąpił wzrost wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20-64 z 67,4% do 79,9%. Z 7% w 2014 r. do 3,3% w 2023 r. spadł z kolei udział beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w liczbie ludności ogółem.

IDENTYFIKACJA POTRZEB ZDROWOTNYCH I REKOMENDACJE DLA REALIZACJI RPZ W PRZYSZŁOŚCI

Po 2020 r. kierunek działań zdrowotnych w Wielkopolsce wyznaczają m.in. SRWW 2030 i Polityka zdrowotna na lata 2021-2030, które integrują zdrowie z innymi politykami i opierają się na diagnozie potrzeb oraz ramach krajowych. Kluczowe wyzwania wskazywane w tych dokumentach to choroby cywilizacyjne (układu krążenia, nowotwory, cukrzyca), starzenie się populacji, zdrowie psychiczne, urazy oraz choroby układu ruchu i oddechowego. Priorytetem powinno być wczesne wykrywanie chorób przewlekłych, redukcja czynników ryzyka (aktywność, żywienie, profilaktyka antynikotynowa), wsparcie seniorów i opiekunów oraz rozwój telemedycyny/teleopieki.

Perspektywa finansowa 2021-2027 wprowadziła istotne ograniczenia: finansowanie z EFS+ może obejmować wyłącznie profilaktykę, promocję zdrowia i diagnostykę, z wyłączeniem leczenia i zabiegów medycznych (poza nielicznymi wyjątkami). Zgodnie z Wytycznymi na lata 2021-2027¹, w pierwszej kolejności wsparciem powinny zostać objęte grupy defaworyzowane/z utrudnionym dostępem do świadczeń, choć nie wyklucza to udziału innych osób i realizacji RPZ dostosowanych do czynników ryzyka. Dodatkowo wsparcie rehabilitacyjne ograniczono wyłącznie do osób pracujących oraz bezrobotnych, jeśli będzie połączone ze ścieżką aktywizacyjną, a w obszarze zdrowia psychicznego dopuszcza się tylko wstępne konsultacje, ze względu na równoległą reformę centrów zdrowia psychicznego. Z tego powodu część RPZ nie może być kontynuowana w FEW 2021-2027. W perspektywie 2021-2027 w ramach FEW kontynuowany jest RPZ 16. Rehabilitacja osób z mózgowym porażeniem dziecięcym – ze względu na realizację przez ten program zapisów unijnej inicjatywy, która zobowiązuje państwa członkowskie do podejmowania działań służących eliminacji ubóstwa dzieci i zapewnienia równych szans rozwoju (Gwarancja na rzecz dzieci, ang. European Child Guarantee), a także ze względu na pozytywną ocenę tego RPZ w latach 2014-2020 przez Komisję Europejską.

¹ Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027.

Kontynuowane są także działania realizowane w programach rehabilitacyjnych (RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna), ale z naciskiem na komponent aktywizacji zawodowej. Kontynuowany jest także RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa (przy jednoczesnym zmniejszeniu liczebności grupy docelowej) i RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Dodatkowo elementy RPZ 4. Odważ się na zdrowie uwzględniono w projektach integracyjnych/ aktywizacyjnych (działania edukacyjne w zakresie zdrowego stylu życia oraz zajęcia sportowe dla uczestników).

Aktualne najważniejsze potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa wielkopolskiego można podzielić na trzy główne grupy:

Obszary kliniczne

- **Choroby układu krążenia** – potrzebne są programy kontroli ryzyka, szybka diagnostyka i rehabilitacja.
- **Nowotwory** – potrzebne są skuteczne badania przesiewowe, krótki czas do diagnostyki i leczenia, prehabilitacja i poradnictwo żywieniowe.
- **Choroby przewlekłe/cywilizacyjne** – potrzebne jest wczesne wykrywanie, edukacja, rehabilitacja funkcjonalna i ergonomiczna.
- **Choroby neurologiczne** – potrzebne są rehabilitacja, wsparcie neuropsychologiczne i wsparcie dla opiekunów.
- **Zdrowie psychiczne dorosłych** – potrzebny jest łatwy dostęp do psychoterapii, także zdalnej i popołudniowej.
- **Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego** – potrzebne jest wdrożenie szybkich ścieżek diagnozowania i kierowania do fizjoterapii, aby uniknąć przewlekłości, a także programy celowanej, aktywnej rehabilitacji (ćwiczenia funkcjonalne, stabilizacja, terapia manualna w jasno określonych wskazaniach) połączonej z edukacją ergonomiczną w pracy i domu.
- **Choroby układu oddechowego** – potrzebny jest powszechny, bliski miejscu zamieszkania dostęp do spirometrii oraz realizacja programów rehabilitacji oddechowej oraz inne działania wspierające (edukacja, szczepienia przeciw grypie i pneumokokom).

Dzieci i młodzież

- **Otyłość i wady postawy** – potrzebne są szkolne programy ruchowe i edukacja żywieniowa z udziałem rodziców.
- **Zdrowie psychiczne** – potrzebna jest pomoc „blisko domu”, szybki dostęp do specjalistów, terapia grupowa i indywidualna.
- **Choroby nerwowo-mięśniowe i mózgowo porażenie dziecięce** – potrzebna jest intensywna rehabilitacja i wsparcie rodzin.

Seniorzy

- **Utrzymanie samodzielności** – potrzebne jest wsparcie w zakresie treningu codziennych funkcji, równowagi, siły i pamięci, także usługi i teleopieki.

- **Profilaktyka upadków i polipragmazji** – wsparcie w bezpiecznym funkcjonowaniu w domu i otoczeniu.

GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE

- W programach dla osób aktywnych zawodowo oraz osób starszych kluczowe dla skuteczności jest ograniczenie barier dojazdu i czasu. Koncentracja usług w nielicznych ośrodkach prowadzi do rezygnacji i niższej efektywności poza dużymi miastami. Z kolei zbliżenie usług do miejsca zamieszkania wyrównuje dostęp i stabilizuje uczestnictwo.

Rekomenduje się aby w przypadku realizacji RPZ skierowanych do osób aktywnych zawodowo oraz osób starszych zapewnić dostępność świadczeń zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania, szczególnie gdy wsparcie ma charakter ciągły lub cykliczny i wymaga regularnego uczestnictwa w zabiegach bądź wizytach, a jednocześnie nie wymaga wykorzystania specjalistycznego, kosztownego sprzętu dostępnego jedynie w wybranych placówkach.

- W RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne (np. badania przesiewowe, pojedyncze konsultacje specjalistyczne) sprawdziła się organizacja świadczeń „u mieszkańca” oraz mobilne formy realizacji.

Rekomenduje się w przypadku RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne premiowanie w naborach rozwiązań, które zapewnią jak największą dostępność świadczeń w miejscu zamieszkania uczestnika – liczby miejsc świadczenia profilaktyki (w szpitalach powiatowych/punktach lokalnych), mobilnych punktów świadczeń medycznych, a także premiowanie współpracy z lokalnymi podmiotami.

- System mierników efektywności w RPZ jest rozbudowany, lecz zdominowany przez wskaźniki produktu, nie mierzące de facto rzeczywistych efektów i trwałych zmian u odbiorców interwencji. Raporty z realizacji RPZ są niejednolite i czasem niepowiązane z miernikami, co ogranicza porównywalność skuteczności RPZ i agregację wyników pojedynczych projektów w skali województwa.

Rekomenduje się, aby w przyszłości instytucja odpowiedzialna za wybór realizatorów RPZ w Wielkopolsce oraz rozliczanie projektów wprowadziła jednolite, obowiązkowe zasady sporządzania sprawozdań końcowych z realizacji projektów/RPZ. W tym celu należy opracować ujednolicony wzór raportu końcowego w oparciu o standard AOTMiT oraz wymagać, aby już na etapie planowania RPZ określano mierniki efektywności dotyczące zarówno efektów produktowych (np. liczby uczestników, liczby zabiegów), jak i rezultatów (np. zmiany w stanie zdrowia, uzyskanych korzyści), wraz z podaniem wartości bazowych i docelowych.

- Część RPZ nadmiernie opiera się na miernikach efektywności bazujących na subiektywnych ocenach uczestników (np. natężenia bólu, ruchomości stawów), co ogranicza wiarygodność i porównywalność uzyskiwanych wyników. Optymalnym rozwiązaniem byłoby łączenie perspektywy pacjenta z obiektywnymi testami klinicznymi.

Rekomenduje się stosowanie w miernikach efektywności, tam gdzie to możliwe, podejścia łączącego perspektywę pacjenta (ocena jakości życia) z obiektywnymi testami klinicznymi (standaryzowanymi, obiektywnymi pomiarami wykonywanymi przez specjalistów w układzie przed-po, np. testy funkcjonalne, zakres ruchu), co pozwala uchwycić zarówno subiektywnie odczuwaną, jak i faktyczną poprawę.

- W systemie informacji publicznej w obszarze zdrowia występuje istotna luka w dostępie obywateli do danych o programach zdrowotnych realizowanych na poziomie regionalnym i lokalnym. Brak centralnego, zintegrowanego źródła informacji o możliwościach udziału w działaniach profilaktycznych i rehabilitacyjnych ogranicza przejrzystość systemu ochrony zdrowia oraz utrudnia mieszkańcom korzystanie z dostępnych usług w miejscu zamieszkania. W rezultacie może to prowadzić do niższego poziomu uczestnictwa w programach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Obecnie informacje o tych programach są rozproszone, a odpowiedzialność za ich skuteczne przekazanie społeczności lokalnej spoczywa głównie na realizatorach poszczególnych projektów. Wysoki potencjał w zakresie usprawnienia przepływu informacji posiada portal pacjent.gov.pl, który mógłby stanowić centralne źródło danych o aktualnie realizowanych programach zdrowotnych.

Rekomenduje się umieszczanie informacji o realizowanych programach zdrowotnych, zarówno regionalnych, jak i lokalnych, na Portalu Pacjenta (pacjent.gov.pl). Portal ten powinien docelowo umożliwiać prezentowanie spersonalizowanej oferty dla użytkownika, dostosowanej do jego wieku, płci, miejsca zamieszkania i czynników ryzyka, wraz z wyszukiwarką placówek oferujących wsparcie. Ministerstwo Zdrowia powinno opracować stanowisko dotyczące proponowanego rozwiązania, obejmujące analizę możliwości technicznych i określenie harmonogramu wdrożenia, a następnie przedstawić je Komitetowi Sterującemu do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia.

SUMMARY

GOALS, PURPOSE AND METHODOLOGY OF THE STUDY

The purpose of the study was to assess the impact of the European Social Fund (ESF) under the Regional Operational Programme of the Wielkopolskie Voivodeship for 2014-2020 (WROP 2014+) on the quality, availability and accessibility of health services in the Wielkopolskie Voivodeship, including in particular Regional Health Programmes (RHP). The study included the analysis of 16 RHPs implemented within two priority axes (Axis 6. Labour Market and Axis 7. Social Inclusion) by the use of various research methods, like the analysis of existing data, quantitative studies of RHP participants, in-depth interviews with representatives of institutions involved in the management and implementation of the WROP 2014+ and beneficiaries, as well as case studies of selected RHPs. The results were used to draw conclusions and prepare recommendations supporting the future regional health policy.

RHP DEMAND ASSESSMENT

Demand for particular RHPs differed substantially both in terms of assumptions ("coverage" of volumes planned in the RHP with projects), as well as the actual effectiveness of projects at the implementation stage. Some programmes could support a greater number of people than planned (e.g. RHP 1. Healthy Aorta, RHP 7. Medical Rehabilitation, RHP 13. Rehabilitation of Congenital Face Disorders). Other programmes were implemented exactly or almost as planned (RHP 2. Oncological Rehabilitation, RHP 10. Skin Cancer Prevention in the Kalisz and Ostrów Agglomeration, RHP 15. Children's Oncological Rehabilitation, RHP 16. Rehabilitation of People with Cerebral Palsy). There were also programmes where only some of the planned results were achieved (RHP 3. CHF Prevention, RHP 4. Dare to Be Healthy, RHP 5. Diabetic Retinopathy, RHP 6. Prevention of Lower Gastrointestinal Malignancies, RHP 8. Flu Vaccination in the Municipal Functional Area of Poznań, RHP 9. Viral Hepatitis Vaccination in the Municipal Functional Area, RHP 11. Neurological Rehabilitation, RHP 12. Pneumonia Prevention, RHP 14. Hearing Screening).

The participants were in different locations, including their greater concentration in towns and cities and weaker concentration in the outskirts. This was caused, among others, by an implementation model (one voivodeship-wide project vs many projects which were not broken down into subregions) and a service decentralisation level. A greater demand was reported if services were provided in a close distance and were available (availability of services "near home", mobile points, transport cost refund, frequency of appointments). The effectiveness of recruitment and communication was also important (cooperation with local government units, primary care, schools, information channels, and a reliable "local broadcaster").

The participants came from various types of municipalities: in the case of RHPs where frequent appointments at a healthcare institution were necessary, there prevailed residents of cities, while in the case of those with broad-ranging prevention services there were relatively more people from urban-rural municipalities and rural municipalities. In the case of RHPs addressed to professionally active people who needed regular appointments, an easy access to institutions was crucial. In turn, in RHPs focused on one-time prevention measures, the most important issue was to make sure that services are available at or near the participant's place of residence.

Women prevailed in the majority of RHPs, which resulted, among others, from their greater health awareness and the specific character of diseases which RHPs were addressed to. Genders were only balanced in few RHP and men prevailed in several programmes, as assumed given the character of intervention. Thus, the structure of RHP participants mostly and in a natural way reflected their epidemiological and social conditions.

FACTORS INFLUENCING THE IMPLEMENTATION OF RHPs AND DEMAND LEVEL

The implementation of RHPs and the reported demand level were both influenced by external and internal factors. External factors included, in particular demographic conditions, the level of health awareness, which have an impact on demand for services and willingness to take part in an RHP, as well as consequences of the COVID-19 pandemic, which contributed to periodical service suspensions, schedule extension and medical staff relocation. Whereas internal factors included the competencies and stability of programme implementation teams, the organisation, availability and accessibility of services (including flexible hours, mobile forms and decentralisation to counties), the effectiveness of recruitment and information and promotional actions, as well as the efficiency of administration service. Consequently, the demand level was determined by both the epidemiologic reality and the quality of RHP design and implementation, including the precise selection of target groups, the participant's well thought-out path, simple procedures, and ongoing monitoring.

The effects were observed to be most effective and durable in the case of interventions that combined a solid medical component with well-designed health education. In some programmes, in particular those where the change of habits or the long-term involvement of people with chronic diseases were essential, it was necessary to incorporate incentive or psychological components, like consultancy supporting the change of behaviour or techniques strengthening the participants' activeness. Although they were not necessary in all RHPs, they significantly supported the durability of effects and reduced the risk of resignation, as reasonable. The decision on whether to incorporate such components should be always based on programme feasibility and the identification of the participants' needs.

Such conclusions confirm that further staff professionalisation, procedure simplification, strengthening of communication with the participants, and consistent monitoring by use of simple and transparent measures are likely to significantly improve the quality of services and increase the scale of reach to residents of the region.

ASSESSMENT OF THE QUALITY AND ACCURACY OF SERVICES PROVIDED UNDER RHPs

The quality and accuracy of support provided under RHPs were influenced by measures and factors existing not only at the programme implementation stage, but during the development of RHPs and the selection of projects, as well. The development of RHPs was made of many stages, including an epidemiological diagnosis, consultations with stakeholders, the verification of ideas, and coordination with the national level, in order to make sure that the programmes be accurate and adequate. Opinions prepared by the Medical Technology Assessment and Tariffication Agency (Agency) were essential as they guaranteed that interventions would be based on scientific evidence and eliminated low-quality programmes. The whole was supplemented with the Steering Committee's evaluation to make sure that actions were consistent with the health policy and interventions would not overlap with those taken at the national level.

At the project selection stage, the quality and feasibility of RHPs were supported by mandatory criteria which set minimum legal, clinical and ethical standards (project compliance with the programme, the provision of health services by authorised entities and based on Evidence Based Medicine). There were also criteria promoting the experience of implementing parties, organisational quality, availability and accessibility, the participation of NGOs, and the levelling of access inequalities. It turned out that it was effective to award specific actions which improved availability and accessibility, like transport, taking care of dependent persons, or flexible service hours. The criteria applied in the WROP 2014+ are assessed as consistent, realistic and supporting the quality of RHPs.

At the implementation stage, a number of measures increasing the quality and accuracy of RHPs were applied, including a flexible mechanism for making changes to adjust projects to new conditions, like the COVID-19 pandemic or legal changes. The services were assessed very well: the participants emphasized the professionalism and involvement of personnel, the comprehensiveness of support, as well as real health and educational effects. The participants' recommendations concerning their needs that were not met included mainly the closing of a healthcare path (so that a patient would not finish their participation in the programme at an examination or a single appointment, but could obtain clear information on follow-up actions), the tailoring of rehabilitation and education to personal needs in a better way, as well as better communication with patients.

ASSESSMENT OF SUPPORT EFFECTS

RHPs were consistent with the Development Strategy of the Wielkopolskie Voivodeship and the Disease Prevention and Health Promotion Programme and addressed key issues of the region: cardiovascular diseases, cancers, respiratory diseases, lifestyle diseases, and rehabilitation needs. The amount of funds from the ESF (over PLN 181.7 million, including PLN 154.45 million from the EU) was crucial: without EU funds, such a scope of interventions could not be implemented from the budget of the Local Government of the Wielkopolskie Voivodeship.

RHPs applied various (product, outcome or, to a lesser extent, impact-based) measures of effects connected with goals and designed in accordance with the SMART rule, which often missed, however, target values and were not reported upon completion. Wherever the data were complete, the results confirmed that interventions were very effective (e.g. a visible improvement in a patient's life, knowledge or behaviour in terms of health), but in some programmes the assessment was limited because of reporting gaps.

RHPs brought about important health, educational, social and system effects. Through the programmes, the participants obtained access to diagnostics, treatment and rehabilitation which were hardly available or unavailable in the standard healthcare system. The programmes contributed to improvements in health, knowledge and health awareness and strengthened the patients' independence, which was a relief for their families and closest people. They also had an impact on the maintenance of employment or the social and professional reactivation of some participants. At the same time, RHPs developed competencies of medical and non-medical staff by implementing best practices and new operating standards. The effects were also visible in the region as the programmes revealed great health needs that had not been met. Key success factors included the comprehensiveness of support, interdisciplinarity (access to various specialists), personnel's involvement, flexible service organisation, broad educational component, and the active inclusion of local communities both in recruitment and performance.

As a rule, RHP financial assumptions were correct, although methods applied to account for actual costs and change methodologies during the implementation process contributed to administration burdens and the risk of delays. Public funds were spent rationally and brought about measurable and permanent health, social and organisational effects. In many cases, result indicators achieved from the programmes exceeded the planned values, which confirms that there is a favourable relationship between the expenses incurred and the effects achieved.

ASSESSMENT OF INCREASED ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICES

The programmes increased the accessibility of services in a significant way by eliminating geographical, organisational and financial barriers. They usually reached residents evenly in various regions, including rural areas, and enabled the use of services at convenient time and place. All services were free of charge and in some cases logistic barriers connected with transport or care of dependent persons were removed. By ensuring unique, comprehensive and innovative support, RHPs also offered services that are not available in the standard healthcare system. The support did not duplicate actions taken by the National Health Fund, but really supplemented the existing gaps.

ASSESSMENT OF THE IMPACT OF RHPs ON GOALS OF THE EUROPE 2020 STRATEGY

RHPs had a positive impact on the implementation of Goal 5 of the Europe 2020 Strategy, including the growth of employment of people of 20-64 and the reduction of the number of people at risk of poverty or social exclusion. The connection between RHP projects and the Strategy Goal 5 is confirmed by the product indicators, as well as the qualitative effects of those projects. Almost 85,000 people obtained support, including: people +50 (74.1%) and people at risk of poverty or social exclusion (13.4%). Owing to such support, some of the participants found job or continued employment after they had left the projects.

The projects contributed to changes in indicators reflecting the level of employment, social exclusion and poverty in the region. In the years 2014-2024, the employment rate for people of 20-64 grew from 67.4% to 79.9%. In turn, the percentage of beneficiaries of community-based social services in the total number of population dropped from 7% in 2014 to 3.3% in 2023.

IDENTIFICATION OF HEALTH NEEDS AND RECOMMENDATIONS FOR FUTURE RHPs

After 2020, the direction of health actions in the Wielkopolskie Voivodeship is determined among others by: the Development Strategy of the Wielkopolskie Voivodeship to 2030 and the Health Policy for the years 2021-2030, which integrate health with other policies and are based on the diagnosis of needs and national frameworks. Key challenges referred to in those documents include lifestyle diseases (cardiovascular diseases, cancers, diabetes), ageing of the population, mental health, injuries, and diseases of musculoskeletal and respiratory systems. The priority should be to diagnose chronic diseases early, reduce risk factors (activeness, nutrition, anti-nicotine prophylactics), support seniors and carers, and develop telemedicine/telecare.

The financial perspective for 2021-2027 includes significant limitations: ESF+ funding may only cover prevention, health promotion and diagnostics, excluding treatment and medical interventions (with few exceptions). In accordance with the Guidelines for the years 2021-2027², support should be firstly provided to disadvantaged groups/groups with poor access to services, which does not exclude,

² Guidelines concerning projects benefiting from the assistance of the European Social Fund Plus in regional programmes for the years 2021-2027.

however, the participation of other people and the implementation of RHPs adjusted to risk factors. In addition, rehabilitation support may only be offered to working people and the unemployed, provided that it is combined with activation measures, and, given the ongoing reform of mental health institutions, solely initial mental health consultancy may be provided. For that reason, some RHPs cannot be continued with the European Funds for the Wielkopolskie Voivodeship (EFWV) 2021-2027. The 2021-2027 perspective provides for the continuation, as part of the EFWV, of the RHP 16. Rehabilitation of People with Cerebral Palsy, because this programme implements an EU initiative which obliges member states to take actions aimed at eliminating the poverty of children and ensuring equal development chances (European Child Guarantee), and it was positively assessed in the years 2014-2020 by the European Commission. In addition, actions taken under the following rehabilitation programmes are also continued (RHP 2. Oncological Rehabilitation, RHP 7. Medical Rehabilitation), however with emphasis on the professional activation component. RHP 5. Diabetic Retinopathy (however with a reduced target group) and RHP 6. Prevention of Lower Gastrointestinal Malignancies are also continued.

The existing key health needs of residents of the Wielkopolskie Voivodeship may be broken down into three main groups:

Key areas

- **Cardiovascular diseases:** it is necessary to implement programmes for risk control, quick diagnostics and rehabilitation.
- **Cancers:** it is necessary to perform effective screening studies, shorten time from diagnostics to treatment, provide prehabilitation and nutrition guidance.
- **Chronic/lifestyle diseases:** it is necessary to provide early detection, education, functional and ergonomic rehabilitation.
- **Neurological diseases:** it is necessary to provide rehabilitation, neuropsychological support and support for carers.
- **Mental health of adults:** it is necessary to provide easy access to psychotherapy, including online and morning sessions.
- **Musculoskeletal system diseases:** it is necessary to implement quick diagnosis paths and refer patients to physiotherapy in order to avoid chronic complaints, as well as provide targeted active rehabilitation (functional exercises, stabilisation, manual therapy in clearly defined cases) combined with ergonomic education at work and home.
- **Respiratory system diseases:** it is necessary to provide access to spirometry close to the place of residence and implement respiratory rehabilitation programmes and other supporting actions (education, flu and pneumococcus vaccination).

Children and young people

- **Obesity and abnormal spinal curvature:** it is necessary to implement physical exercise programmes and nutrition education at schools with the participation of parents.
- **Mental health:** it is necessary to provide support “near home”, quick access to specialists, group and individual therapy.

- **Neuromuscular diseases and cerebral palsy:** it is necessary to provide intensive rehabilitation and support to families.

Seniors

- **Maintenance of independence:** it is necessary to support seniors in training everyday functions, balance, force and memory, as well as to provide other services and telecare.
- **Prevention of falls and polypragmasy:** support in safe life at home and in the environment.

MAIN CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

- To ensure that programmes addressed to professionally active people and seniors are effective, it is essential to reduce access barriers and time. If services are concentrated in few locations, people resign from RHPs and effectiveness outside large cities is poorer. In turn, locating the services nearer the place of residence gives equal access opportunities and stabilises participation.

It is recommended that RHPs addressed to professionally active people and seniors should ensure access to health services as close to their place of residence as possible, in particular in the case of continuous or cyclical support or regular participation in interventions or appointments, provided that no specialised and expensive equipment available solely at selected institutions is necessary.

- In the case of RHPs focused on one-time preventive measures (e.g. screening tests, one-time consultation with a specialist), the organisation of services “at the resident’s” and mobile services proved to be a good solution.

It is recommended that RHPs involving one-off preventive measures should promote projects that provide the greatest accessibility of services in the participant’s place of residence: the number of places where prevention measures are provided (county hospitals/local points), mobile healthcare points, and support cooperation with local entities.

- RHPs include an extended system of performance indicators, including, however, mainly product indicators which do not measure actual effects and permanent changes in recipients of interventions. Reports on the performance of RHPs are not unified and sometimes miss performance indicators, as a result of which it is difficult to compare the effectiveness of RHPs and aggregate the results of individual projects within the voivodeship.

It is recommended that in future the institution responsible for selecting entities to handle RHPs in the Wielkopolskie Voivodeship and accounting for projects should implement mandatory uniform principles for the preparation of final reports on the performance of projects/RHPs. For that purpose, it is necessary to develop a uniform final report form on the basis of the Agency’s standards and enforce a requirement that performance indicators concerning both product effects (e.g. the number of participants, the number of interventions) and results (e.g. health changes, changes in benefits), including base and target values, should be already defined at the RHP planning stage.

- Some RHPs are excessively dependent on performance indicators based on the participants’ subjective assessment (e.g. pain intensity, joint mobility), which reduces the reliability and comparability of results. It would be optimum to combine the patient’s perspective with objective clinical tests.

It is recommended that performance indicators should, where possible, incorporate an approach combining the patient's perspective (assessment of life quality) with objective clinical tests (standardised objective measurements by specialists prior to and after interventions, e.g. functional tests, scope of mobility), which will reflect both subjectively felt and actual improvements.

- In the public information system of the health sector, there is a substantial gap in citizens' access to data about health programmes carried out at the regional and local level. Without the central integrated source of information about possible participation in prevention and rehabilitation programmes, the transparency of the healthcare system is limited and it is difficult for residents to use available services at their place of residence. In consequence, this may contribute to a smaller number of people taking part in publicly-funded prevention programmes. At present, information about such programmes is dispersed and responsibility for their effective communication to local communities lies mainly with entities implementing particular projects. The pacjent.gov.pl portal has a high potential to improve information flow and could form the central source of data about existing health programmes.

It is recommended that information about existing health programmes, both regional and local, should be published in the Patient Portal (pacjent.gov.pl). Ultimately, the portal should present personalised offer for users, which would be adjusted to their age, gender, place of residence and risk factors, including a search engine to find institutions offering relevant support. The Ministry of Health should prepare and present its position concerning the suggested solution, including the analysis of technical capacities and an implementation schedule, to the Steering Committee in charge of support coordination in the health sector.

EVALU Sp. z o.o. oświadcza, iż streszczenie raportu przetłumaczone na język angielski przez tłumacza przysięgłego, zarówno w wersji edytowalnej, jak i w podpisanym skanie, pozostaje ze sobą w pełnej zgodności, a przedłożona wersja tłumaczenia została poddana weryfikacji i akceptacji.

1 WPROWADZENIE

1.1 Cele i zakres badania

Celem badania „Wpływ wsparcia EFS w ramach WRPO 2014+ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa wielkopolskiego” była identyfikacja oraz ocena wpływu wsparcia Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+) na dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ). Analiza dotyczyła działań samorządu województwa wielkopolskiego w obszarze opieki zdrowotnej, realizowanych poprzez Regionalne Programy Zdrowotne finansowane ze środków EFS. Oceniono także, w jakim stopniu programy te przyczyniły się do osiągnięcia celów społecznych Strategii Europa 2020. Wnioski i rekomendacje sformułowane na podstawie wyników ewaluacji są ukierunkowane na wsparcie przyszłej polityki regionalnej w obszarze zdrowia.

Przeprowadzenie badania wynika z zapisów Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

Badanie objęło 16 RPZ realizowanych w ramach dwóch Osi Priorytetowych WRPO 2014+:

- OP6 Rynek pracy (Działanie 6.6 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne), PI 8vi,
- OP7 Włączenie społeczne (Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne), PI 9iv.

Programy zdrowotne realizowane w **OP6 Rynek pracy** były ściśle powiązane z utrzymaniem zatrudnienia, poprawą zdolności do pracy oraz prewencją utraty aktywności zawodowej. Skierowane były najczęściej do osób w wieku aktywności zawodowej. Skupiały się na działaniach typu profilaktyka zdrowotna, rehabilitacja umożliwiająca powrót do pracy. Ich głównym efektem był wzrost szans na rynku pracy osób zagrożonych dezaktywizacją zawodową z powodu stanu zdrowia i zapobieganie przedwczesnej dezaktywizacji zawodowej ze względów zdrowotnych.

Programy zdrowotne w **OP7 Włączenie społeczne** były zorientowane na wczesne wykrywanie wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami, zgodnie z zapisami Podrozdziału 5.4 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020. W SZOOP doprecyzowano, że programy dotyczyć mają wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz rehabilitacji medycznej dzieci (np. szczepienia, polepszenie warunków opieki nad dzieckiem leczonym onkologicznie i hematologicznie).

W ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowano różnorodne działania, obejmujące m.in. **świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne i przesiewowe, usługi medyczne ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia, a także w zależności od specyfiki RPZ: działania edukacyjne dla personelu medycznego, uczestników programów oraz personelu niemedycznego**. We wszystkich programach prowadzono ponadto **działania informacyjno-promocyjne**, służące zarówno rekrutacji uczestników, jak i propagowaniu postaw prozdrowotnych.

W sumie analiza objęła **16 RPZ** realizowanych w ramach **35 projektów**.

Schemat 1 Regionalne programy zdrowotne objęte badaniem

RPZ 1. Zdrowa Aorta (badania przesiewowe w obszarze tętniaka aorty brzusznej)	RPZ 2. Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata	RPZ 3. Program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych	RPZ 4. Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski
RPZ 5. Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim	RPZ 6. Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Złośliwych Dolnego Odcinka Przewodu Pokarmowego	RPZ 7. Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej	RPZ 8. Program edukacji zdrowotnej i szczepień ochronnych przeciw grypie w populacji MOF Poznania
RPZ 9. Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie AKO	RPZ 10. Program profilaktyki nowotworów skóry w AKO	RPZ 11. Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu	RPZ 12. Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi
RPZ 13. Program wielospecjalistycznej terapii osób z wrodzonymi wadami twarzy	RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu u młodzieży klas szóstych szkoły podstawowej – „Hej słyszysz???”	RPZ 15. Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej	RPZ 16. Upowszechnienie technologicznie wspomaganego diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z MPD

Źródło: opracowanie własne

RPZ w ramach OP6 Rynek pracy, PI 8vi, Działanie 6.6. Wsparcie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne:

1. Zdrowa Aorta (badania przesiewowe w obszarze tętniaka aorty brzusznej), skrócona nazwa: **RPZ 1. Zdrowa aorta**

Program obejmował badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej, realizowane w formie USG, połączone z konsultacją specjalistyczną – a w przypadku wykrycia nieprawidłowości pacjent był objęty pogłębioną diagnostyką – realizowane było badanie angiografii w rezonansie w celu zdiagnozowania tętniaków współistniejących. Uwzględniono również szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diagnostyki i monitorowania pacjentów oraz konferencję naukowo-edukacyjną. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli mężczyźni w wieku 50–69 lat. Realizacja nastąpiła poprzez **1 projekt**.

2. Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego, skrócona nazwa: **RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna**

Zakres działań obejmował szkolenia z zakresu fizjoterapii, dietetyki i psychologii dla personelu medycznego, rehabilitację onkologiczną połączoną z edukacją uczestników oraz wsparcie edukacyjne dla osób z otoczenia pacjentów. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby w trakcie lub po przebytym leczeniu onkologicznym. Program zrealizowano w ramach **1 projektu**. Na potrzeby realizacji RPZ utworzono na terenie Poznania Centrum Referencyjne, odpowiedzialne za

logistykę, realizację i koordynację działań w siedzibie oraz w czterech utworzonych na terenie subregionów województwa wielkopolskiego filiach.

3. Program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych, skrócona nazwa:

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca

W ramach działań prowadzono konsultacje kardiologiczne z wykorzystaniem badań diagnostycznych (EKG, ECHO serca, badania laboratoryjne), spotkania edukacyjne dla pacjentów, konferencję edukacyjną dla lekarzy oraz szkolenia z zakresu wykonywania badania ECHO. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy i które zostały zakwalifikowane do leczenia chemioterapią lub radioterapią skierowaną na klatkę piersiową. Program zrealizowano poprzez **1 projekt**.

4. Odważ się na zdrowie – program metaboliczny dla mieszkańców Wielkopolski, skrócona nazwa:

RPZ 4. Odważ się na zdrowie

Zakres obejmował badania przesiewowe (m.in. pomiary antropometryczne), konsultacje lekarskie i specjalistyczne (dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta) połączone z edukacją zdrowotną, a także zajęcia fizyczne i terapię. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby w wieku produkcyjnym niemobilnym (kobiety 45-59 lat, mężczyźni 45-64 lata). Program był realizowany w ramach **3 projektów**, z czego w jednym przypadku umowa została rozwiązana.

5. Program profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim, skrócona nazwa:

RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa

Program przewidywał badania przesiewowe w formie badań okulistycznych wraz z opisem wyników (badanie w postaci zdjęcia dna oka było przesyłane elektronicznie do automatycznej oceny poprzez nowoczesne oprogramowanie co pozwalało na niemal natychmiastowe otrzymanie opisu) oraz szkolenia dla personelu medycznego i działania edukacyjne dotyczące retinopatii cukrzycowej. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby chore na cukrzycę w wieku aktywności zawodowej. RPZ był realizowany w ramach **1 projektu**.

6. Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Złośliwych Dolnego Odcinka Przewodu Pokarmowego w Województwie Wielkopolskim w latach 2014-2020, skrócona nazwa:

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP

Zakres obejmował spotkania edukacyjne dotyczące profilaktyki raka jelita grubego i instruktażu pobierania próbek kału połączone z badaniem przesiewowym dotyczącym badania na obecność krwi utajonej w kale, a w przypadku konieczności pogłębionej diagnostyki – kolonoskopię w znieczuleniu ogólnym. W projekcie realizowano również szkolenia dla personelu medycznego w zakresie epidemiologii, profilaktyki i opieki nad pacjentem. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych były osoby w wieku 50-67 lat w pierwszym naborze (projekty wspierające osoby w wieku aktywności zawodowej) oraz 50-74 lata w drugim naborze. Program zrealizowano w ramach **2 projektów**, przy czym w jednym przypadku umowa została rozwiązana.

7. Wielkopolski program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej, skrócona nazwa:

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna

Program obejmował kwalifikację medyczną i opracowanie indywidualnych planów rehabilitacyjnych, świadczenia terapeutyczne (kinezyterapia, fizykoterapia, terapie manualne), zajęcia sportowo-rekreacyjne oraz edukację zdrowotną dotyczącą ergonomii pracy i zdrowego stylu życia. Główną

grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby powyżej 50. roku życia (50-59 lat kobiety, 50–64 lata mężczyźni), aktywne zawodowo w województwie wielkopolskim. RPZ był realizowany w ramach **10 projektów**, z czego w dwóch przypadkach umowy zostały rozwiązane.

8. Program edukacji zdrowotnej i szczepień ochronnych przeciw grypie w populacji Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Poznania, skrócona nazwa: **RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań**

Zakres obejmował szkolenia dla personelu medycznego, kadr kierowniczych i służb BHP oraz szczepienia przeciw grypie dla osób z grup podwyższonego ryzyka. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli mieszkańcy z terenu MOF Poznania w wieku 50-64 lata oraz w wieku 25-49 lat z grup ryzyka zachorowań na grypę (m.in. pracownicy ochrony zdrowia, administracji, handlu, transportu, oświaty i uczelni). Program zrealizowano poprzez **1 projekt**.

9. Program edukacji zdrowotnej, wykrywania zakażeń HBV i HCV oraz szczepień przeciwko WZW typu B na terenie Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej, skrócona nazwa: **RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO**

W ramach działań prowadzono spotkania edukacyjne w zakładach pracy, badania przesiewowe w kierunku HBV i HCV, szczepienia przeciw WZW typu B oraz szkolenia dla personelu medycznego i niemedycznego. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli aktywni zawodowo mieszkańcy AKO w wieku 18-64 lata z grup ryzyka zakażenia HBV/HCV oraz osoby w wieku 33-64 lata objęte szczepieniami przeciw WZW typu B. Program zrealizowano w ramach **1 projektu**.

10. Program profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej, skrócona nazwa: **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO**

Program obejmował badania profilaktyczne skóry z wykorzystaniem wideodermatoskopu, działania edukacyjne dla uczestników, a także szkolenia dla personelu medycznego i niemedycznego w zakresie profilaktyki oraz postępowania terapeutycznego. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli mieszkańcy AKO – osoby z czynnikami ryzyka (np. zmiany skórne), aktywne zawodowo w wieku 50-64 lata. Zrealizowano go poprzez **1 projekt**.

11. Regionalny program zdrowotny w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarze mózgu, skrócona nazwa: **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna**

Zakres obejmował świadczenia rehabilitacyjno-terapeutyczne oraz działania edukacyjne skierowane do opiekunów pacjentów. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były osoby po przebytym udarze mózgu w wieku 18-64 lata. Program zrealizowano w ramach **8 projektów**, przy czym w sześciu przypadkach umowy zostały rozwiązane.

12. Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi, skrócona nazwa: **RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc**

Program obejmował szczepienia przeciw pneumokokom i/lub grypie u osób z chorobami nowotworowymi oraz szkolenia dla personelu medycznego. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli mieszkańcy województwa wielkopolskiego leczeni z powodu chorób nowotworowych. Realizacja nastąpiła poprzez **1 projekt**, przy czym zrealizowano go częściowo – jego zakończenie nastąpiło wcześniej niż zakładano (umowa została rozwiązana).

RPZ w ramach OP7 Włączenie społeczne, PI 9iv, Poddziałanie 7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne:

13. Program wielospecjalistycznej terapii osób z wrodzonymi wadami twarzy, skrócona nazwa:

RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy

Zakres obejmował kwalifikację medyczną i badania diagnostyczne, poradnictwo genetyczne, zabiegi ortodontyczne i chirurgiczne, rehabilitację logopedyczną i fizjoterapeutyczną, opiekę psychologiczną i psychiatryczną, działania edukacyjne dla uczestników i opiekunów, a także szkolenia i seminaria dla lekarzy różnych specjalności. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ byli mieszkańcy województwa wielkopolskiego do 18. roku życia ze stwierdzonymi wadami morfologicznymi twarzy. Program był realizowany poprzez **1 projekt**.

14. Badania przesiewowe słuchu u młodzieży klas szóstych szkoły podstawowej – „Hej słyszysz???”,

skrócona nazwa: **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu**

Program obejmował wykłady i spotkania edukacyjne dla uczniów, rodziców i nauczycieli, a także badania przesiewowe słuchu realizowane na terenie szkół. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ była młodzież z klas szóstych szkół podstawowych. Zrealizowano go w ramach **1 projektu**.

15. Wielkopolski Program Profilaktyczny w zakresie onkologii dziecięcej, skrócona nazwa:

RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca

Zakres obejmował szkolenia dla personelu medycznego, niemedycznego i nauczycieli, wsparcie specjalistyczne w postaci konsultacji rehabilitacyjnych, psychologicznych, dietetycznych oraz badań genetycznych i histopatologicznych. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były dzieci z chorobą onkologiczną oraz ich rodzice i opiekunowie. Program zrealizowano w ramach **1 projektu**.

16. Upowszechnienie technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z MPD w województwie wielkopolskim, skrócona nazwa: **RPZ 16.**

Rehabilitacja osób z MPD

Program obejmował rehabilitację dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym, z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu medycznego m.in. zrobotyzowanych systemów wykorzystujących wirtualną rzeczywistość, egzoszkieleatów itp. Elementem RPZ były także wykłady i zajęcia dla rodziców i opiekunów oraz działania edukacyjne dla fizjoterapeutów pracujących w środowisku domowym pacjentów. Główną grupą odbiorców działań zdrowotnych w RPZ były dzieci i młodzi dorośli z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku 5-21 lat. RPZ był realizowany poprzez **1 projekt**.

Projekty realizowane były **między marcem 2017 r. a październikiem 2023 r.**

1.2 Zastosowana metodyka badania

W ramach badania wykorzystano następujący zestaw metod i technik badawczych:

Schemat 2 Zestaw metod i technik badawczych wykorzystanych w badaniu



Źródło: opracowanie własne

Analiza danych zastanych

Analiza danych zastanych była podstawową metodą badawczą w niniejszej ewaluacji i była prowadzona w sposób ciągły – od przygotowania Koncepcji Realizacji Badania i narzędzi, przez dobór prób, po interpretację wyników badań ilościowych i jakościowych. Jej celem było uporządkowanie wiedzy o założeniach i przebiegu RPZ, weryfikacja i uszczegółowienie podejścia badawczego oraz ocena skali działań, struktury uczestników (m.in. wiek, płeć, formy wsparcia) i osiągniętych efektów na tle uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i społeczno-ekonomicznych. Zastosowano triangulację podejść ilościowych i jakościowych, a wnioski przedstawiono w formie zwięzłego opisu analitycznego, uzupełnianego przykładami.

Zakres analizowanych źródeł:

- **Dokumenty strategiczne i programowe** (m.in. WRPO 2014+, mapy potrzeb zdrowotnych, wytyczne, polityki regionalne).
- **Dokumenty operacyjne i wdrożeniowe** (treści RPZ, opinie Prezesa AOTMiT, dokumentacja naborów, raporty efektywności zgodne z art. 48 ustawy, monitoring i sprawozdania roczne).
- **Dane systemowe** (SL2014, LS12014+) w tym wnioski o płatność, wskaźniki produktu i rezultatu, rejestry uczestników/świadczących.
- **Statystyki i dane tematyczne** (BDL GUS, Eurostat) oraz **materiały benchmarkingowe** dot. podobnych RPZ w innych regionach.

Tak zorganizowana analiza towarzyszyła wszystkim etapom badania i stanowiła punkt odniesienia dla interpretacji wyników oraz formułowania wniosków i rekomendacji.

Badanie ilościowe z uczestnikami (CAWI/CATI)

W ramach ewaluacji przeprowadzono badanie ilościowe wśród uczestników (w tym personelu medycznego) wszystkich projektów realizowanych w ramach poszczególnych Regionalnych Programów Zdrowotnych (w przypadku osób niepełnoletnich - wśród ich opiekunów). Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz ankiety, przygotowany przez Wykonawcę,

skonsultowany z Zamawiającym i zaakceptowany do realizacji. Przed rozpoczęciem właściwego badania przeprowadzono pilotaż w dwóch etapach: wewnętrzny (sprawdzenie logiki i języka narzędzia) oraz terenowy (test z udziałem uczestników). Pozwoliło to zweryfikować zrozumiałość pytań, trafność kafeterii oraz czas realizacji ankiety, który okazał się optymalny z punktu widzenia komfortu respondentów. Przyjęto podejście mixed-mode, łączące techniki CAWI i CATI. Rozwiązanie to zapewniało maksymalizację wykorzystania dostępnych kanałów kontaktu – mailowego i telefonicznego - a tym samym zwiększało szansę na uzyskanie reprezentatywnej próby w każdej warstwie badania. Dobór próby miał charakter warstwowo-losowy. Każdy RPZ traktowany był jako odrębna warstwa. Dla każdej z nich obliczono minimalną liczebność próby, zakładając maksymalny błąd oszacowania 5% (lub w przypadku warstw z niską liczbą populacji 10%) i poziom ufności 90%. Struktura próby odzwierciedlała populację w zakresie płci, rodzaju wsparcia i projektów. Minimalna liczebność próby wyniosła 3 669 respondentów z populacji obejmującej 84 912 uczestników. Poziom osiągnięcia prób w poszczególnych warstwach przedstawia Załącznik 11.1 Tabela poziomu zwrotności ankiet w badaniu ilościowym.

Wywiady pogłębione

Wywiady pogłębione stanowiły kluczową metodę jakościową w niniejszej ewaluacji, komplementarną wobec analizy danych zastanych. Zastosowano półustrukturyzowaną rozmowę opartą na scenariuszu z pytaniami otwartymi, co umożliwiło pozyskanie szczegółowych informacji o doświadczeniach, ocenach i potrzebach respondentów. Scenariusze miały charakter elastyczny: kolejność i sposób zadawania pytań były dostosowywane do toku wypowiedzi, tak aby pogłębiać wątki istotne z perspektywy celów badania.

Wywiady prowadzono w formule zdalnej – wideorozmowy za pomocą aplikacji ZOOM (IDI on-line) oraz telefoniczne wywiady pogłębione (TDI) – co zwiększyło dostępność respondentów i sprawność organizacyjną. Rozmowy realizowali doświadczeni moderatorzy zespołu ewaluacyjnego. Dane jakościowe opracowano metodą analizy treści z kodowaniem dedukcyjnym względem zdefiniowanych obszarów badawczych. Rekrutacja miała charakter kilkietapowy (kontakt e-mail wraz z listem polecającym, telefon), co zapewniło udział właściwych osób po stronie Instytucji Zarządzających/Instytucji Pośredniczących i beneficjentów/realizatorów.

Wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

przeprowadzono **7 wywiadów** (IDI i diady) z przedstawicielami:

- **Departamentu Polityki Regionalnej UMWW:**
Wywiad z przedstawicielami Oddziału Koordynacji (1 wywiad)
Wywiad z przedstawicielami Oddziału Planowania Strategicznego (1 wywiad)
- **Departamentu Wdrażania EFS UMWW:**
Wywiad z przedstawicielami Wydziału Wdrażania (1 wywiad)
Wydział z przedstawicielami Wydziału Programowania i Umów (1 wywiad)
- **Departamentu Zdrowia UMWW:**
Wywiad z przedstawicielami Wydziału Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom (1 wywiad)
- **Stowarzyszenia Aglomeracja Kalisko-Ostrowska (AKO)** (1 wywiad)
- **Stowarzyszenia Metropolia Poznań** (1 wywiad)

Wywiady dotyczyły m.in. logiki interwencji, organizacji naborów, standardów jakości oraz nadzoru nad realizacją programów RPZ.

Wywiady pogłębione z przedstawicielami beneficjentów/realizatorów

Zrealizowano **30 wywiadów** (IDI, diady i triady) z przedstawicielami beneficjentów/realizatorów projektów realizowanych w ramach poszczególnych programów RPZ. Dobór uwzględniał pełne spektrum typów interwencji i modeli organizacyjnych. W tej puli znalazło się 6 wywiadów z realizatorami, w których umowy zostały rozwiązane, lecz wykazano uczestników – pozwoliło to uchwycić specyficzne ryzyka operacyjne i przyczyny rozwiązania umów.

Tak zaprojektowany moduł jakościowy zapewnił wielostronny obraz funkcjonowania RPZ – od perspektywy instytucji programujących i nadzorujących, po wgląd w codzienną praktykę organizacyjną i kliniczną po stronie beneficjentów/realizatorów.

Studia przypadków

Metodę jakościową studium przypadku zastosowano jako uzupełnienie analizy danych i wywiadów indywidualnych – tak, aby pogłębić rozumienie mechanizmów „co działa i dlaczego” w najlepiej funkcjonujących RPZ. Do studiów przypadku wybrano najlepiej funkcjonujące Regionalne Programy Zdrowotne na podstawie syntetycznej oceny ich skuteczności, dostępności terytorialnej i zgodności z założeniami, opartej na danych ilościowych z systemu SL2014 oraz analizach eksperckich. Końcowy wybór trzech (lub więcej) RPZ do pogłębionej analizy został dokonany na podstawie rankingu oraz konsultacji z Zamawiającym i Instytucją Zarządzającą, z uwzględnieniem czynników jakościowych wpływających na interpretację wyników. W efekcie do pogłębionej analizy wybrano **3 RPZ**:

- RPZ 1. Zdrowa aorta,
- RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO,
- RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.

W ramach metody dokonano analizy porównawczej **benchmarking** – porównanie warunków wdrażania i mechanizmów dystrybucji wsparcia w ramach wybranych RPZ w Wielkopolsce z praktykami innych regionów (regulaminy naborów, kryteria oceny projektów, model zasięgu i organizacji). Wnioski z benchmarkingu konfrontowano następnie w **FGI**, co wzmacniało trafność i użyteczność rekomendacji.

Drugim filarem metody były **zogniskowane wywiady grupowe (FGI)**, w których uczestniczyli przedstawiciele IZ/IP WRPO 2014+, beneficjenci/realizatorzy projektów oraz eksperci medyczni właściwych dziedzin. Wywiady prowadzili doświadczeni moderatorzy w formule zdalnej.

Przeprowadzono trzy FGI, z których każdy dotyczył odrębnego obszaru tematycznego: RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD oraz RPZ 1. Zdrowa Aorta. Raporty ze studiów przypadku stanowią załącznik do Raportu Końcowego.

Warsztat implementacyjny

Warsztat implementacyjny miał charakter roboczego spotkania moderowanego i służył dopracowaniu treści wniosków i rekomendacji aby były jak najbardziej **trafne, realistyczne i możliwe do wdrożenia**. W warsztacie wzięli udział przedstawiciele Zamawiającego i Wykonawcy (kierownik badania oraz członek zespołu odpowiedzialnego za formułowanie wniosków i rekomendacji).

1.3 Opis przebiegu badania

Realizacja badania ewaluacyjnego przypadła na okres od maja 2025 do stycznia 2026, przy czym faza badań terenowych – na okres maj-wrzesień 2025 roku. Proces badawczy został podzielony na pięć logicznie powiązanych etapów, umożliwiających stopniowe gromadzenie wiedzy, wnioskowanie oraz formułowanie rekomendacji.

Schemat 3 Etapy realizacji badania ewaluacyjnego



Źródło: opracowanie własne

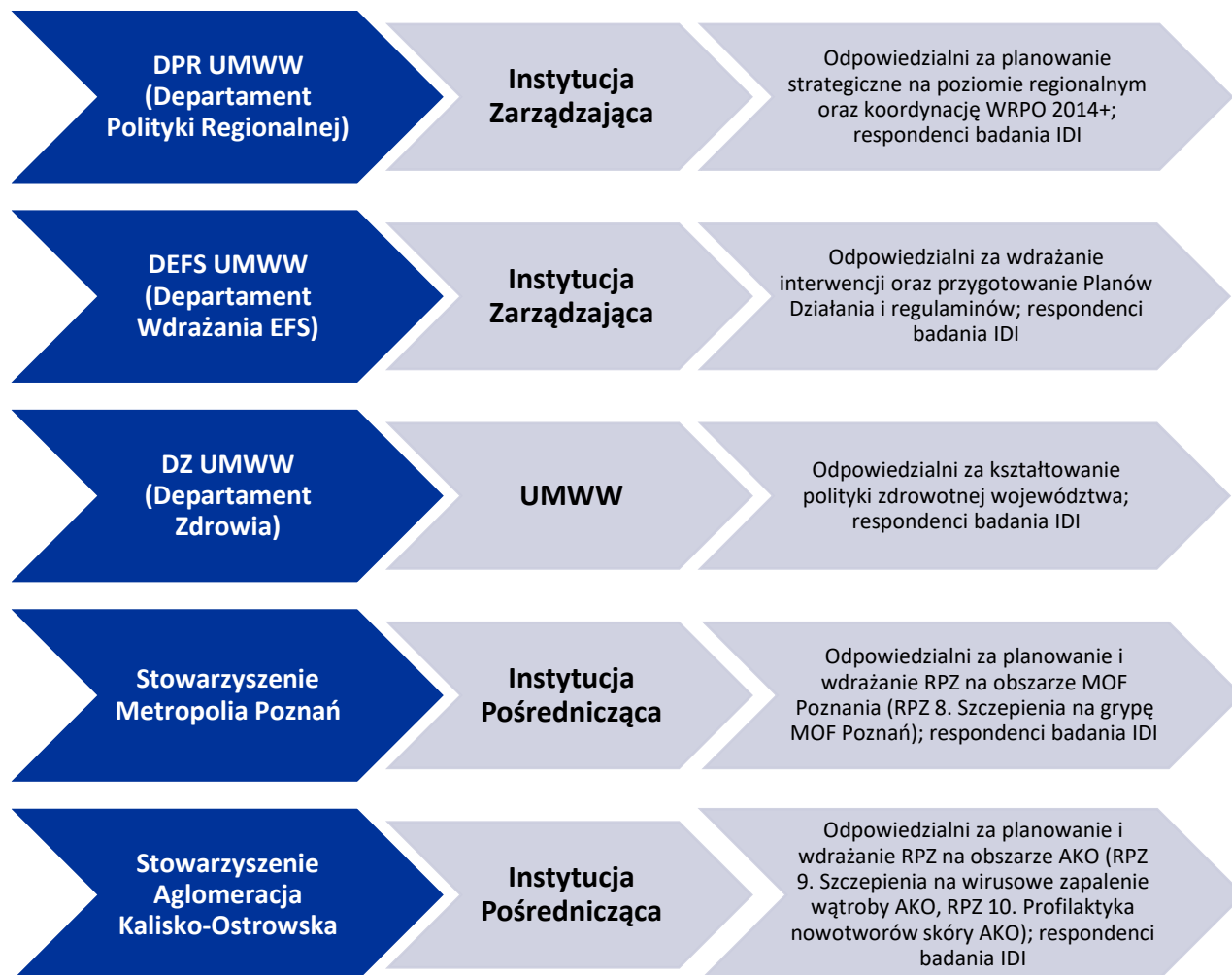
W badanie zostały zaangażowane kluczowe grupy interesariuszy uczestniczących w realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ), co ma na celu uzyskanie pełnego i zróżnicowanego obrazu interwencji. Struktura podmiotowa została zaplanowana w sposób umożliwiający uchwycenie trzech perspektyw: instytucjonalnej, realizacyjnej oraz odbiorców wsparcia.

Perspektywa instytucjonalna

Perspektywa instytucjonalna obejmuje podmioty odpowiedzialne za planowanie, koordynację i wdrażanie RPZ na poziomie województwa oraz miejskich obszarów funkcjonalnych. W wywiadach uczestniczyli przedstawiciele Instytucji Zarządzającej WRPO 2014+ (UMWW), właściwych departamentów (DPR, DEFS, DZ) oraz instytucji pośredniczących: Stowarzyszenia Metropolia Poznań i Stowarzyszenie Aglomeracja Kalisko-Ostrowskiej. Zgromadzone opinie pozwoliły odtworzyć logikę interwencji, sposób doboru grup docelowych i reguły konkursowe, zidentyfikować bariery

proceduralne oraz uchwycić zróżnicowanie terytorialne wdrożeń. Ta warstwa stanowi syntetyczny obraz spójności RPZ z polityką regionalną oraz praktyką zarządzania programami.

Schemat 4 Perspektywa instytucjonalna – instytucje zaangażowane w badanie

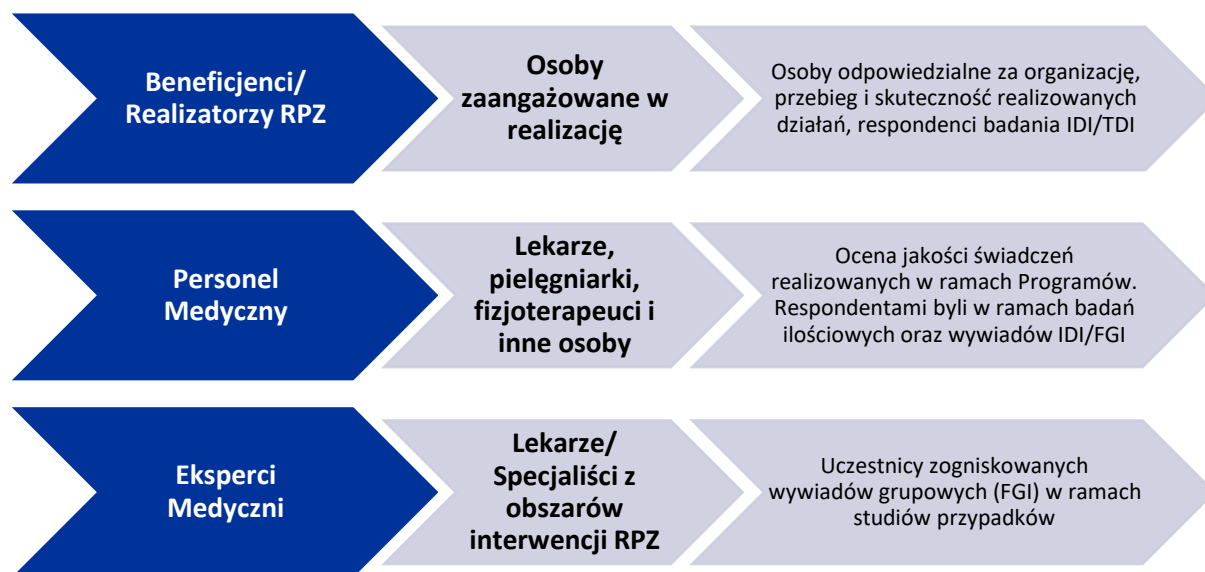


Źródło: opracowanie własne

Perspektywa realizacyjna

Perspektywa realizacyjna obejmuje realizatorów projektów i beneficjentów oraz personel i ekspertów medycznych, pozwalając ocenić jakość i organizację świadczeń na poziomie wykonawczym. Wywiady z beneficjentami/realizatorami projektów ujawniają uwarunkowania rekrutacji, sposób organizacji i przebieg świadczeń, kwestie rozliczeń oraz trwałość efektów. Włączenie lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych specjalistów umożliwia ocenę adekwatności świadczeń, obciążeń organizacyjnych i zgodności rozwiązań ze standardami oraz ścieżką pacjenta. Udział ekspertów medycznych w zogniskowanych wywiadach grupowych dostarcza merytorycznej oceny zgodności interwencji RPZ z aktualnymi wytycznymi klinicznymi i dowodami naukowymi. Ta warstwa pokazuje, jak założenia instytucjonalne przekładają się na realne działania w terenie, i pozwala zweryfikować trafność przyjętych rozwiązań.

Schemat 5 Perspektywa realizacyjna – osoby zaangażowane w realizację RPZ

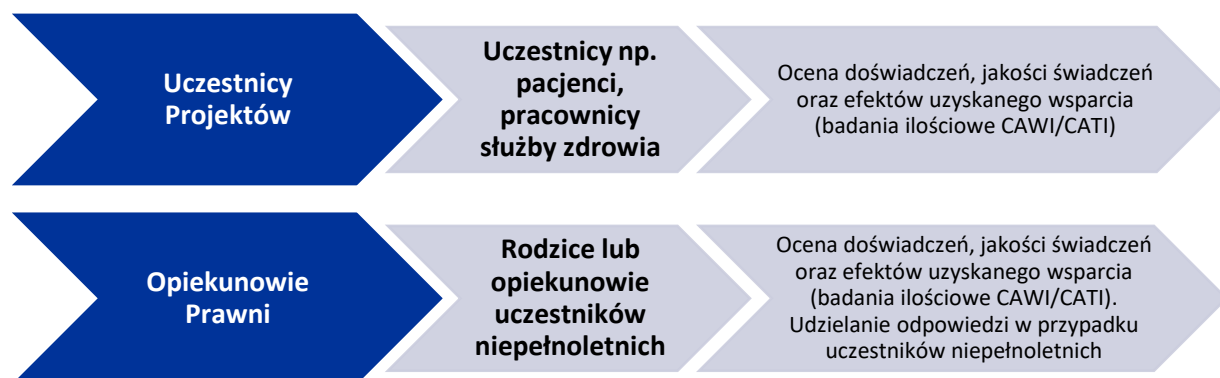


Źródło: opracowanie własne

Perspektywa odbiorców wsparcia

Perspektywa odbiorców wsparcia obejmuje uczestników projektów realizowanych w ramach programów RPZ oraz – w przypadku osób niepełnoletnich – ich opiekunów, dostarczając bezpośredniego wglądu w doświadczenia, ocenę jakości świadczeń i osiągnięte efekty. Realizowane badania ankietowe (CAWI/CATI) pozwalają uchwycić dostępność i użyteczność oferowanych działań, a także ich realny wpływ na zdrowie i dobrostan odbiorców. Włączenie głosu opiekunów umożliwia ocenę interwencji z perspektywy rodzin, które często współdecydują o korzystaniu ze świadczeń. Ta warstwa domyka obraz interwencji, łącząc poziom strategii i wdrożenia z rezultatami odczuwanymi przez mieszkańców regionu Wielkopolski.

Schemat 6 Perspektywa odbiorców wsparcia – uczestnicy RPZ



Źródło: opracowanie własne

Opis przebiegu badania jakościowego:

Badanie jakościowe przebiegło zgodnie z przyjętym planem. Zrealizowano wszystkie zaplanowane wywiady indywidualne pogłębione (IDI) z przedstawicielami Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczących, beneficjentami/realizatorami projektów w ramach programów RPZ, a także zogniskowane wywiady grupowe (FGI).

Proces rekrutacji respondentów oraz organizacji spotkań napotkał pewne trudności na etapie realizacji badań terenowych. Wynikały one głównie z dużego odstępu czasu, jaki upłynął od zakończenia realizacji projektów – część osób bezpośrednio zaangażowanych w realizację działań nie pracuje już w jednostkach będących beneficjentami/realizatorami projektów w ramach programów RPZ. Podobne wyzwania wystąpiły w przypadku respondentów z Instytucji Zarządzającej i Pośredniczących, gdzie w międzyczasie nastąpiły zmiany kadrowe oraz reorganizacje strukturalne.

Pomimo tych utrudnień, dzięki elastycznym rozwiązaniom organizacyjnym – w tym zastosowaniu różnorodnych form komunikacji, dopasowaniu terminów spotkań oraz wykorzystaniu formuły online – udało się zrealizować pełny zakres badań jakościowych. W rezultacie zgromadzono bogaty materiał empiryczny, obejmujący różne perspektywy instytucjonalne, realizacyjne i eksperckie, co zapewniło kompleksowy i wielowymiarowy obraz wdrażania Regionalnych Programów Zdrowotnych.

Opis przebiegu badania ilościowego:

Realizacja badania przebiegała etapowo i równolegle w obu trybach - CAWI i CATI. W pierwszej kolejności do respondentów wysyłano wiadomości e-mail zawierające informację o celu badania, zasady poufności, list polecający oraz link do ankiety internetowej. W przypadku braku odpowiedzi w określonym czasie wysyłano dwukrotne przypomnienia mailowe. Następnie uruchamiano kontakt telefoniczny - ankieterzy dzwonili do respondentów, weryfikując, czy wiadomości dotarły i proponując alternatywną formę udziału. W wielu przypadkach respondenci prosili o ponowne przesłanie linku, byli też tacy, którzy decydowali się na wypełnienie ankiety podczas rozmowy telefonicznej (CATI).

W toku realizacji badania stosowano rozwiązania zwiększające skuteczność dotarcia do uczestników: ankiety CAWI były przygotowane w sposób intuicyjny, zapewniono pełną anonimowość i poufność danych, umożliwiono powrót do przerwanej ankiety, a także uruchomiono dedykowany help desk (telefon i e-mail), który odpowiadał na bieżące pytania i problemy respondentów. Pomoc ta okazała się niezwykle skuteczna i w znacznym stopniu przyczyniła się do osiągnięcia zakładanych celów badawczych.

Jednocześnie zidentyfikowano szereg ryzyk i ograniczeń, które wpłynęły na przebieg badania:

- W dwóch przypadkach nie udało się w pełni zrealizować próby. Dotyczyło to następujących programów:
 - Programu profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej (osiągnięto 87,9% próby). Grupą docelową byli głównie dorośli mieszkańcy regionu. W przedziale wiekowym 46-65 lat skumulowanych było 98,6% uczestników. Jest to istotna informacja, ponieważ w przypadku nowotworów skóry po 40. roku życia częstość zachorowań systematycznie rośnie - 75% wszystkich zachorowań dotyczy osób w wieku 50 lat i starszych - osiągając szczyt po 60 roku życia - 60% przypadków czerniaka skóry występuje w tej grupie wiekowej. Mediana wieku zachorowania

wynosi około 63 lat³. Wykonawca miał więc do czynienia często z osobami z obciążeniami zdrowotnymi i w wieku podwyższonego ryzyka, co powodowało, że część uczestników była niedostępna z powodu nie tylko braku aktualności/zmianą numeru telefonu, nie korzystaniem z podanego adresu e-mail, lecz także przypadkami pogarszającego się stanu zdrowia lub zgonów,

- Programu zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi (osiągnięto 21,7% próby – 5/23 ankiety), gdzie grupę docelową stanowili pacjenci onkologiczni - osoby szczególnie narażone na infekcję i powikłania oddechowe, często w trakcie intensywnego leczenia lub po jego zakończeniu, co również ograniczało możliwość udziału w badaniu; dużym ograniczeniem też była tu bardzo niska liczebność populacji (36 uczestników) oraz jej specyfika – ponad połowę uczestników stanowiły osoby 50+. Była to więc od początku warstwa wiążąca się z wysokim ryzykiem niepowodzenia przy przyjętym w OPZ sposobie doboru próby.
- Występowało wiele braków kontaktów w bazie uczestników:
 - Adresu email nie miało 65,6% obserwacji w bazie (55 669/84 912),
 - W przypadku RPZ 10 Profilaktyka nowotworów skóry AKO adresu e-mail nie miało 62,4% obserwacji w bazie (2 866/4 596),
 - Natomiast w RPZ 12 Zapobieganie zapaleniom płuc adresu e-mail nie miało 27,8% obserwacji w bazie (10/36).
- W bazie kontaktowej występowały powtórzone adresy e-mail (22%)⁴. Unikatowych maili było 22 813 (41% z 55 669). Odnotowano także powtórzone numerów telefonów (10% - 8 184).
- Zidentyfikowano liczne błędne lub nieaktywne adresy e-mail oraz numery telefonów, które uniemożliwiały skuteczne dotarcie do części populacji (na pocztę help-desk wpłynęło tysiące powiadomień o błędnym adresie e-mail uczestników; pomimo kilkukrotnego kontaktu nikt nie odbierał telefonu; numer był ciągle zajęty; włączała się poczta głosowa)
- W wielu przypadkach to samo gospodarstwo domowe (np. małżeństwo) korzystało z jednego adresu e-mail, co komplikowało indywidualną dystrybucję linków do ankiety i wymagało dodatkowych interwencji zespołu badawczego;
- Część respondentów po prostu odmawiała udziału i prosiła o niekontaktowanie się i wyczyszczenie ich danych osobowych z bazy kontaktowej.

Warto podkreślić, że trudności te wynikały nie z niedoskonałości metody, ale ze specyfiki populacji badanych RPZ, w których rekrutowano osoby starsze, obciążone zdrowotnie i pacjentów onkologicznych. Tego typu ograniczenia są naturalne w badaniach ewaluacyjnych w obszarze zdrowia publicznego i nie podważają wiarygodności wyników. Co więcej, dzięki zastosowanym procedurom - w tym m.in. aktywnej obsłudze help desku - udało się nie tylko zrealizować zakładane cele, lecz także osiągnąć 4541 ankiet, a więc 133,3% zakładanej ich liczby (w 14 na 16 RPZ osiągnięto ponad 100% zakładanych liczebności próby). W przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, przy osiągniętej wysokości zrealizowanej próby i poziomie ufności równego 90%, otrzymujemy błąd

³ [Portal Ministerstwa Zdrowia - onkologia.gov.pl](http://Portal.Ministerstwa.Zdrowia-onkologia.gov.pl)

⁴ Były to przypadki, w których w projekcie brało udział kilka osób jednej z rodziny. Wtedy np. rodzic podawał swoje dane wspólnie – dla siebie i dla dziecka, albo małżeństwo posługiwało się wspólnym adresem e-mail. Również nierzadko zdarzały się sytuacje, w których jeśli osoba nie posiadała adresu e-mail i/lub telefonu – podawała np. dane instytucji, która ją kierowała (np. szkoły).

oszacowania w wysokości 5,35. Taki poziom błędu mieści się w powszechnie przyjmowanych standardach badań społecznych i umożliwia formułowanie wiarygodnych wniosków dotyczących głównych tendencji i zależności w badanej populacji. Wyniki można więc traktować jako rzetelne. W RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom populacja liczyła 36 osób, a plan zakładał przebadanie 23 z nich. Nawet gdyby udało się zrealizować taki wynik, margines błędu nadal byłby wysoki i nie pozwalałby na wyciąganie precyzyjnych wniosków statystycznych. W związku z tym uzyskane dane - choć mniej liczne (n=5) - mają podobną wartość poznawczą do zaplanowanych 23 ankiet: mogą wskazywać ogólne tendencje, ale nie mogą stanowić podstawy do precyzyjnych uogólnień ilościowych.

2 OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO POSZCZEGÓLNYCH RPZ

2.1 Ocena skuteczności – zgłaszalność do programów zdrowotnych

Zgłaszalność w programach zdrowotnych to wskaźnik monitorujący, ile osób z populacji docelowej realnie zgłosiło się na badanie, zabieg lub inną interwencję zaplanowaną w programie oraz jaki procent tej populacji skorzystał z danego świadczenia. Jak wynika z opracowanych przez AOTMiT Praktycznych wskazówek dotyczących planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej⁵, zgłaszalność należy opisać bardzo precyzyjnie: należy zdefiniować oczekiwaną zgłaszalność (np. planowane minimum procentowe uczestników w odniesieniu do liczby osób spełniających kryteria), a także podać uzasadnienie założeń na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych, wcześniejszych realizacji lub pilotaży. Obowiązkowo trzeba również wskazać sposób monitorowania zgłaszalności (np. lista uczestników, liczba wykonanych badań, rejestry podmiotów realizujących świadczenia). AOTMiT nie wskazuje jednego obowiązującego, uniwersalnego minimalnego procentu populacji objętej programem zdrowotnym, który warunkuje uznanie programu za efektywny. Agencja zwraca uwagę, że faktyczny wskaźnik zgłaszalności należy dostosować do specyfiki problemu zdrowotnego oraz populacji, a także realnych możliwości organizacyjnych i historycznych danych o zgłaszalności w analogicznych programach.

W RPZ objętych niniejszą ewaluacją zgłaszalność zaplanowano na bardzo różnym poziomie – od 3,2% w przypadku programów nakierowanych na ogólnopopulacyjne badania przesiewowe – RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP i RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO; aż do 100,00% w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, w którym założono, że wszystkie osoby w wieku 18-64 lata po przebytych udarach mózgu, które wymagają rehabilitacji (zdiagnozowano, że jest to co druga osoba, która przechodzi udar). Wysoką zgłaszalność zaplanowano także w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD (56,0%), w którym populację stanowią osoby w wieku 5-21 lat z mózgowym porażeniem dziecięcym.

⁵ [Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej](#)

Tabela 1 Zakładana i osiągnięta zgłaszalność w RPZ

RPZ	Populacja	Liczebność populacji zdiagnozowana w RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z RPZ)	Odsetek populacji planowany do objęcia RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z umowami o dofinansowanie)	Osiągnięta liczba uczestników świadczeń zdrowotnych	Skuteczność realizacji RPZ	Skuteczność realizacji projektów
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/4	9=7/6
RPZ 1. Zdrowa aorta	Mężczyźni w wieku 50-69 lat, mieszkańcy woj. wielkopolskiego obarczeni czynnikami ryzyka (nadciśnienie, palenie papierosów oraz przypadki tętniaka w rodzinie)	30 590	10 000	32,7%	10 000	11 095	111,0%	111,0%
RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna	Osoby w wieku 20-64 lat chorujące na nowotwory złośliwe, mieszkańcy województwa wielkopolskiego	17 000	2 000	11,8%	2 000	2 005	100,3%	100,3%
RPZ 3. Prewencja niewydolności serca	Pacjenci onkologiczni z wysokim ryzykiem wystąpienia objawowego toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego	12 064	3 000	24,9%	3 000	600	20,0%	20,0%
RPZ 4. Odważ się na zdrowie	Mieszkańcy województwa wielkopolskiego w wieku produkcyjnym (kobiety 45-59 lat, mężczyźni 45-64 lata) cierpiący na nadwagę i otyłość	384 050	76 810	20,0%	43 705	33 520	43,6%	76,7%
RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa	Osoby chore na cukrzycę, powyżej 18. roku życia, mieszkańcy województwa wielkopolskiego	109 800	43 920	40,0%	37 700	13 313	30,3%	35,3%

RPZ	Populacja	Liczebność populacji zdiagnozowana w RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z RPZ)	Odsetek populacji planowany do objęcia RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z umowami o dofinansowanie)	Osiągnięta liczba uczestników świadczeń zdrowotnych	Skuteczność realizacji RPZ	Skuteczność realizacji projektów
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/4	9=7/6
RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP	Mieszkańcy województwa wielkopolskiego w wieku 50-74 lata	930 000	30 000	3,2%	24 500	17 775	59,3%	72,6%
RPZ 7. Rehabilitacja medyczna	Osoby powyżej 50. roku życia (kobiety 50-59 lat, mężczyźni 50-64 lata), aktywne zawodowo w województwie wielkopolskim	11 862	5 876	49,5%	13 280	11 805	200,9%	88,9%
RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań	Osoby w wieku 25-64 lata, mieszkańcy MOF Poznania	602 087 ⁶	45 000	7,5%	15 000	4 455	9,9%	29,7%
RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO	Aktywni zawodowo mieszkańcy AKO w wieku 18-64 lata, należący do grup ryzyka zakażenia HBV i HCV	292 196 ⁷	9 261	3,2%	9 261	5 353	57,8%	57,8%

⁶ Liczba obejmuje wszystkie osoby w wieku aktywności zawodowej w MOF Poznania. Natomiast RPZ skierowany był do osób w wieku 50 -64 lata (tj.193 563 osób) oraz dodatkowo do osób młodszych (24-49 lat), o ile należeli do grupy ryzyka zachorowań na grypę, tj. osoby kontaktujące się w pracy z dużą liczbą ludzi.

⁷ W ramach tej populacji mieszczą się także 160 803 osoby w wieku 33-65 lata, które zgodnie z RPZ nie zostały wcześniej zaszczepione przeciwko WZW typu B.

RPZ	Populacja	Liczebność populacji zdiagnozowana w RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z RPZ)	Odsetek populacji planowany do objęcia RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z umowami o dofinansowanie)	Osiągnięta liczba uczestników świadczeń zdrowotnych	Skuteczność realizacji RPZ	Skuteczność realizacji projektów
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/4	9=7/6
RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	Osoby aktywne zawodowo w wieku 50-64 lata, mieszkańcy AKO	71 793	4 500	6,3%	4 500	4 514	100,3%	100,3%
RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna	Osoby w wieku 18-64 lata po przebytym udarze mózgu, u których występują problemy z kończynami, lokomocją i czynnościami dnia codziennego	3 171	3 171	100,0%	2 665	635	20,0%	23,8%
RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc	Mieszkańcy województwa wielkopolskiego leczeni z powodu wybranych chorób nowotworowych	22 248	4 500	20,2%	4 250	13	0,3%	0,3%
RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy	Mieszkańcy województwa wielkopolskiego w wieku do 18 lat ze stwierdzonymi wadami morfologicznymi twarzy	2 118	300	14,2%	300	332	110,7%	110,7%
RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu	Dzieci uczęszczające do klas szóstych szkół podstawowych na terenie województwa wielkopolskiego	102 438	20 000	19,5%	7 300	6 992	35,0%	95,8%

RPZ	Populacja	Liczebność populacji zdiagnozowana w RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z RPZ)	Odsetek populacji planowany do objęcia RPZ	Planowana liczba uczestników objętych świadczeniami zdrowotnymi (zgodnie z umowami o dofinansowanie)	Osiągnięta liczba uczestników świadczeń zdrowotnych	Skuteczność realizacji RPZ	Skuteczność realizacji projektów
1	2	3	4	5=4/3	6	7	8=7/4	9=7/6
RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca	Dzieci chorujące onkologicznie oraz ich rodzice lub opiekunowie, mieszkańcy województwa wielkopolskiego	b.d.	1 200	b.d.	1 200	1 131	94,3%	94,3%
RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	Osoby w wieku 5-21 lat z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD), mieszkańcy województwa wielkopolskiego	1 585	888	56,0%	888	714	80,4%	80,4%

Źródło: opracowanie własne; dane w kolumnach 2, 3, 4 pochodzą z RPZ, dane z kolumny 6 pochodzą z wniosków o dofinansowanie, dane z kolumny 7 pochodzą z raportów efektywności lub wniosków o płatność.

Istnieje duże zróżnicowanie pomiędzy RPZ pod względem planowanej i faktycznej zgłaszalności uczestników do programów zdrowotnych. Na początek warto jednak podkreślić, iż **pierwsza weryfikacja wykonalności zakładanych w RPZ celów następowała na etapie naboru projektów** – w niektórych RPZ liczba uczestników wynikająca z podpisanych umów przekraczała lub była równa liczbie zaplanowanej w RPZ. Na przykład w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna w podpisanych umowach przewidziano, że liczba osób objętych świadczeniami zdrowotnymi wyniesie ponad 13 tysięcy osób, czyli o prawie 1,5 tysiąca więcej niż cała populacja oszacowana w tym RPZ. W programie przewidziano że zgłaszalność wyniesie 5 876 osób – czyli prawie 2,3 razy mniej niż wskazano w projektach. Ostatecznie w trakcie realizacji nie udało się osiągnąć w pełni celów projektowych (wskaźniki zakładane w projektach osiągnięto na poziomie 88,9%), ale i tak liczba uczestników była niemal taka jak cała szacowana populacja RPZ. Świadczy to o bardzo dużym zapotrzebowaniu na wsparcie rehabilitacyjne w społeczeństwie (kinezyterapia, fizykoterapia, terapie manualne, masaże, hydroterapia).

W projektach, których realizatorzy brali udział w tworzeniu RPZ, wskazywano najczęściej dokładnie taką liczbę planowanych uczestników, jaka wynikała z RPZ (np. RPZ 1. Zdrowa aorta, RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy, RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD). **DOBRA PRAKTYKA:** W tym kontekście należy podkreślić, iż warto angażować przyszłych realizatorów w przygotowanie RPZ, bo przekłada się to na bardziej realistyczne i spójne założenia, lepsze dopasowanie interwencji do potencjału wykonawców oraz większą odpowiedzialność za wyniki. W projektach współtworzonych przez realizatorów ograniczono ryzyko „rozjazdu” między projektem a programem. Taka współpraca sprzyja też rzetelnemu planowaniu zasobów, harmonogramów i rekrutacji oraz szybciej ujawnia ryzyka operacyjne, dzięki czemu RPZ są jednocześnie ambitne i wykonalne.

Programami zdrowotnymi, w których występowały największe rozbieżności między zgłaszalnością planowaną w projektach a tą wynikającą z potrzeb zdrowotnych opisanych w RPZ, były: RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań (w projektach przewidziano udział 15 000 uczestników wobec 45 000 planowanych w RPZ, tj. 33%), RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu (odpowiednio 7300 wobec 20 000; 37%) oraz RPZ 4. Odważyć się na zdrowie (43 705 wobec 76 810; 57%).

Drugim elementem który wpływał na poziom zgłaszalności, poza adekwatnością celów zakładanych w projektach WRPO 2014+ do liczebności uczestników zakładanych w RPZ, była **realizacja projektów i ostateczna ich skuteczność**. Wartości docelowe w realizowanych projektach przekroczone m.in. w RPZ 1. Zdrowa aorta (o 11%, co jednocześnie oznaczało przekroczenie o tyle samo liczby uczestników założonych w RPZ). Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy (o 10,7% przekroczone założenia wpisane we wniosek o dofinansowanie oraz w RPZ).

W RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO oraz RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna osiągnięto założenia w 100% - zarówno założenia poczynione w projektach, jak i w RPZ.

Można też wskazać RPZ, w których realizacja założeń projektowych była na wysokim poziomie, natomiast cele samych RPZ nie zostały zrealizowane. Tak było np. w RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu, gdzie wskaźnik zaplanowany w projekcie zrealizowano w 95,8%, ale jednocześnie oznaczało to jedynie 35,0% wskaźnika zapisanego w RPZ. Podobna sytuacja miała miejsce w RPZ 4. Odważyć się na zdrowie oraz RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP.

Podsumowując, **bardzo wysoką skuteczność osiągnięto w siedmiu RPZ** – tam objęto wsparciem większą liczbę uczestników niż zaplanowano w RPZ (RPZ 7. Rehabilitacja medyczna – 200%; RPZ 1. Zdrowa aorta – 111%, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy – 110%), niemal dokładnie taką jak planowano w RPZ (RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna), lub tylko nieznacznie niższą (RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca – 94,3%, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD – 80,4%).

Przeciętną skuteczność osiągnięto w trzech programach zdrowotnych: RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP – objęto wsparciem 59,3% osób zaplanowanych w RPZ, RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO – 57,8% oraz RPZ 4. Odważ się na zdrowie – 43,6%.

Niską skutecznością charakteryzują się cztery programy zdrowotne: RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna oraz RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, gdzie liczba osób objętych wsparciem osiągnęła jedynie 20% liczby zakładanej w RPZ, a także RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa (30,3%) i RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu (35,0%).

Bardzo niską skutecznością charakteryzują się dwa programy zdrowotne: RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc – tutaj pomimo zaangażowania realizatora w przygotowanie programu oraz podjęte działania zaradcze na etapie realizacji, osiągnięto jedynie 0,3% zakładanej liczby uczestników. W projekcie RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań było to 9,9%.

Czynniki ograniczające skuteczność zostały omówione w kolejnym podrozdziale, natomiast już w tym miejscu należy podkreślić, iż ogólna ocena skuteczności RPZ jest zadowalająca, biorąc pod uwagę, że ich realizacja w większości przypadła na szczególnie trudny dla obszaru zdrowia okres pandemii COVID-19.

2.2 Czynniki wpływające na osiągnięty poziom zgłaszalności

Po przeprowadzonej analizie danych oraz problemów zgłaszanych we wnioskach o płatność, jak również na podstawie wyników badań ilościowych i jakościowych, można stwierdzić, że zgłaszalność do projektów realizowanych w ramach RPZ w województwie wielkopolskim była kształtowana przez szerokie spektrum czynników. Część z nich miała charakter zewnętrzny i wynikała z uwarunkowań systemowych lub sytuacyjnych, całkowicie niezależnych od beneficjentów/realizatorów. Były to m.in. czynniki epidemiologiczne (np. pandemia COVID-19), uwarunkowania demograficzne, a także ogólny poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Z drugiej strony istotną rolę odgrywały czynniki wewnętrzne, związane ze sposobem zaprojektowania i wdrożenia poszczególnych programów – obejmujące m.in. organizację świadczeń, dobór i dostępność grup docelowych, skuteczność działań informacyjno-promocyjnych czy zastosowane metody rekrutacji.

Zgromadzone dane wskazują, że czynniki wpływające na osiągnięty poziom zgłaszalności (a więc zarówno na rekrutację, jak i ogólny poziom zainteresowania ofertą RPZ) można uporządkować w dwie zasadnicze kategorie:

Schemat 7 Czynniki wpływające na osiągnięty poziom zgłaszalności

Czynniki zewnętrzne (niezależne od beneficjentów/realizatorów)	Czynniki wewnętrzne (zależne od beneficjentów/realizatorów)
•Pandemia COVID-19 •Niska skłonność do profilaktyki •Uwarunkowania demograficzne i społeczne •Konkurencja innych programów zdrowotnych •Naturalne ograniczenia medyczne •Brak specjalistów na rynku •Kryteria kwalifikacyjne i dobór grup docelowych	•Elastyczność i dostępność świadczeń •Rekrutacja i promocja •Biurokracja •Kadra i partnerstwa •Kompleksowość wsparcia

Źródło: opracowanie własne

Czynniki zewnętrzne (niezależne od beneficjentów/realizatorów)

Pandemia COVID-19

Pandemia COVID-19 była najważniejszym czynnikiem zewnętrznym, który wpłynął na realizację Regionalnych Programów Zdrowotnych w województwie wielkopolskim. Jej skutki odczuwalne były we wszystkich programach, z wyjątkiem jednego przedsięwzięcia w ramach RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, realizowanego w latach 2017–2019, a więc tuż przed wybuchem pandemii. Konsekwencje pandemii przełożyły się bezpośrednio na zgłaszalność uczestników. Wybuch pandemii COVID-19 był czynnikiem systemowym, całkowicie niezależnym od beneficjentów/realizatorów, który w wielu przypadkach doprowadził do spowolnienia lub czasowego wstrzymania rekrutacji oraz realizacji wsparcia. Ograniczenia sanitarne, zamykanie szkół, zakładów pracy i niektórych placówek medycznych oraz obawa przed zakażeniem sprawiły, że część potencjalnych uczestników rezygnowała z udziału w programach tym bardziej, że były to osoby starsze, często z wieloma chorobami współistniejącymi. Szczególnie widoczne było to w projektach realizowanych w szpitalach, które były w naturalny sposób kojarzone z wysokim ryzykiem zakażenia, a ponadto – z uwagi na nowe obowiązki i reorganizację pracy wynikającą z obsługi pacjentów covidowych – część z nich czasowo nie mogła realizować działań projektowych w ramach programów RPZ. W rezultacie część działań musiała zostać zawieszona, a realizatorzy stanęli przed koniecznością poszukiwania elastycznych form kontynuacji świadczeń oraz wydłużania harmonogramów projektów.

Z pogłębionych wywiadów z przedstawicielami beneficjentów/realizatorów projektów wynika, że pandemia prowadziła do czasowego wstrzymywania działań, istotnych zmian w harmonogramach, a w konsekwencji także do spadku liczby uczestników. Ważnym elementem zaradczym, który podkreślali rozmówcy, była dobra współpraca z Instytucją Zarządzającą WRPO 2014+. Beneficjenci zwracali uwagę, że instytucja wykazywała zrozumienie wobec trudności wywołanych pandemią i przychyliła się do wniosków o przedłużenie okresu realizacji i modyfikacji harmonogramów. Dzięki temu możliwe było elastyczne dostosowywanie działań do zmieniających się warunków i ratowanie projektów, które w przeciwnym razie nie miałyby szans na osiągnięcie zakładanych wskaźników.

Niewielka część realizatorów zdecydowała się jednak na rozwiązanie umów – łącznie zakończono 6 umów, w których wykazano jedynie częściowe osiągnięcie wskaźników, uznając, że nie ma realnych perspektyw na realizację zakładanego we wniosku o dofinansowanie poziomu wskaźników.

W praktyce każdy program musiał dostosować się do nowych realiów. Dobrym przykładem jest **RPZ 1. Zdrowa Aorta**, w ramach którego prowadzono badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej. W czasie pandemii badania zostały na wiele miesięcy całkowicie wstrzymane, co groziło nieosiągnięciem zakładanych wskaźników. Realizatorzy wystąpili jednak z wnioskiem o przedłużenie projektu, zwiększyli liczbę badań w dużych ośrodkach miejskich, a także wprowadzili dodatkowe środki bezpieczeństwa (maseczki, rękawiczki, kombinezony). Dzięki temu nie tylko nadrobiono straty, ale ostatecznie zbadano nawet więcej pacjentów niż pierwotnie zakładano, przebadano 11 095 osób.

Znacznie trudniejsza była sytuacja w **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca**, w projekcie kardiologicznym skierowanym dla pacjentów onkologicznych. Tutaj pandemia szczególnie mocno uderzyła w rekrutację – pacjenci onkologiczni, zmęczeni długotrwałym leczeniem i świadomi swojego obniżonego poziomu odporności, obawiali się dodatkowych wizyt w szpitalu. Aby zminimalizować te trudności, wprowadzono odrębne ścieżki dla pacjentów, dodatkowe wsparcie przy rejestracji i dokumentacji oraz osobne numery telefonów, które miały ułatwić kontakt i rekrutację. W efekcie do programu przystąpiło zaledwie 614 osób, podczas gdy pierwotnie zakładano udział pięciokrotnie większej grupy.

Pandemia silnie wpłynęła też na projekty w ramach **RPZ 4. Odważ się na zdrowie**. Wielu uczestników zrezygnowało z udziału, bo zajęcia prowadzone były w placówkach przy szpitalach, a więc w miejscach budzących obawy. Szpital jednego z beneficjentów/realizatorów został przekształcony w szpital dla pacjentów z COVID-19, więc działania rekrutacyjne zostały całkowicie wstrzymane dopóki nie udało się znaleźć i wynająć pomieszczeń na stałe punkty badań przesiewowych i wsparcia wielokomponentowego, które musiały spełniać wymogi reżimu sanitarnego. Dodatkowo przez długi czas niedostępna była infrastruktura sportowa (np. aquaparki, sale gimnastyczne, siłownie). Realizatorzy, aby utrzymać zainteresowanie, zaczęli eksperymentować z nowymi formami – część zajęć prowadzonych było w formule on-line, inne odbywały się w parkach lub na świeżym powietrzu. Paradoksalnie, lockdown i związany z nim przyrost masy ciała u wielu osób sprawił, że po ponownym uruchomieniu działań część uczestników jeszcze chętniej poszukiwała wsparcia.

W **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** długa przerwa w realizacji doprowadziła do utraty części potencjalnych uczestników. Program był adresowany do osób po udarze. Po miesiącach oczekiwania część z nich przestała spełniać zawężone kryterium kwalifikacji (udział możliwy do 12 miesięcy od udaru). Dodatkowym środkiem zaradczym była rezygnacja z pobyków stacjonarnych na rzecz trybu dojazdowego, bezpieczniejszego i bardziej akceptowalnego w warunkach pandemii. Wprowadzono także zmiany organizacyjne – w jednej z jednostek szpital przekształcono najpierw w oddział covidowy, a następnie w ośrodek rehabilitacji post-COVID-19.

W przypadku **RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa** barierą skutecznej rekrutacji było zamykanie placówek świadczących pomoc, a teleporady nie były dogodną formą kontaktu dla starszych osób z cukrzycą.

Z innymi wyzwaniami mierzył się **RPZ 8. Szczepienia przeciw grypie MOF Poznań**. Program musiał konkurować z Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19: wiele osób uznało, że po przyjęciu szczepionki przeciw COVID-19 nie ma potrzeby szczepienia się przeciw grypie. Zainteresowanie gwałtownie spadło, a rynek dotknęły problemy z dostawami szczepionek. Pomimo skorygowania wskaźników przez Beneficjenta i rozszerzenia projektu o zakupy sprzętu medycznego oraz środków ochrony, nie udało się osiągnąć założeń wskaźnikowych.

Trudna sytuacja dotyczyła **RPZ 12. Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc**, Priorytet szczepień przeciw COVID-19 oraz konieczność zachowania odstępów między szczepieniami sprawiły, że wielu pacjentów onkologicznych rezygnowało z udziału w programie, mimo jego dużego znaczenia profilaktycznego. Program ten należy do tych, które w największym stopniu zostały dotknięte skutkami pandemii.

W **RPZ 15. Onkologia dziecięca** pandemia również wymusiła zmiany: część działań informacyjno-edukacyjnych przeniesiono do formuły on-line, wprowadzono dodatkowe zabezpieczenia covidowe (sprzęt i środki ochrony), a projekt aneksowano i przedłużono.

W projektach przesiewowych, np. **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO**, okres obostrzeń wykorzystano na przygotowanie strony internetowej i kampanii, co ułatwiło szybkie wznowienie rekrutacji po zniesieniu restrykcji.

Podsumowując, COVID-19 wywarł ogromny, negatywny wpływ na zgłaszalność do RPZ, jednak dzięki elastyczności realizatorów, wsparciu Instytucji Zarządzającej i umiejętności adaptacji do nowych warunków wiele projektów udało się nie tylko uratować, ale też doprowadzić do pomyślnego zakończenia.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- zapewnienie „bezpiecznej ścieżki” (osobne numery rejestracji, wsparcie w wypełnianiu dokumentacji) oraz jasny komunikat o zasadach bezpieczeństwa
- elastyczna forma świadczeń: tryb dojazdowy/outpatient, zajęcia na świeżym powietrzu i w formule on-line, zmiany harmonogramów
- decentralizacja miejsc świadczeń („bliżej domu”)

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 1. Zdrowa Aorta

Organizacja badań blisko pacjenta (prowadzenie badań w szpitalach powiatowych eliminowało konieczność dojazdu do dużych miast i zwiększało udział osób starszych).

Niska skłonność do profilaktyki

Na zgłaszalność do Regionalnych Programów Zdrowotnych silnie oddziaływała niska skłonność do profilaktyki – widoczna zwłaszcza tam, gdzie udział wymagał kilku kroków, przygotowań lub zmiany nawyków. Niska skłonność do profilaktyki powiązana jest ze „zmęczeniem leczeniem” w szczególności wśród osób już obciążonych terapią, które – mimo dostępności i bezpłatności świadczeń – odkładały kolejne procedury „na później”. W badaniu ilościowym wśród uczestników świadczeń profilaktycznych Regionalnych Programów Zdrowotnych obok chęci kontroli stanu zdrowia ważnym, choć słabszym bodźcem była obawa przed chorobą/podejrzenie jej objawów (31,1% badanych wskazywało tę odpowiedź). W świadczeniach zdrowotnych ankietowani częściej decydowali się na udział w programie z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia/przewlekłe dolegliwości (35,4% wskazań). To pokazuje, że sama edukacja nie zawsze wystarczy – potrzebny jest niski próg wejścia i jasna obietnica „co dalej”, aby decyzja nie była odkładana „na później” (**Wykres 2, Wykres 3**).

Dobrze ilustruje to projekt realizowany w ramach **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca**. Choć oferował bezpłatną, potencjalnie ratującą zdrowie opiekę, wielu chorych – wyczerpanych chemo- lub radioterapią – rezygnowało jeszcze na etapie rekrutacji albo „znikało” w trakcie ścieżki. Mimo wdrożenia udogodnień organizacyjnych (m.in. odrębna ścieżka, dedykowany numer, wsparcie

personelu przy wypełnianiu dokumentacji), do programu przystąpiło 614 osób wobec planowanych 3000 – co pokazuje, że bariera psychologiczna bywa silniejsza niż atrakcyjność oferty.

Z kolei w profilaktyce nowotworów jelita grubego realizowanego w ramach **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** decydująca okazała się uciążliwość ścieżki prowadzącej do wykonania kolonoskopii. Trudność stanowiło przede wszystkim zachęcenie uczestników do udziału w programie i oddania pierwszej próbki do badań przesiewowych. Skuteczność była wyraźnie wyższa tam, gdzie ułatwiano dostęp do badań – zapraszano spersonalizowanymi listami, organizowano edukację blisko miejsca zamieszkania, a sama kolonoskopia była oferowana w sedacji i w pakiecie z dalszą opieką onkologiczną, jeśli wynik tego wymagał.

W **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** mobilny punkt badań podczas wydarzeń plenerowych pozwalał zbadać się od razu, co przekładało się na setki przebadanych osób. Odminną barierą była biurokracja i obawy o dane w programie **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu**: liczba składanych formularzy i nieufność części rodziców obniżały udział, co skłaniało realizatorów do kierowania działań tam, gdzie potrzeba była większa, a dostęp do specjalistów mniejszy (szkoły w mniejszych miejscowościach) i do intensywniejszej współpracy z samorządami oraz kuratorium. Dodatkowo błędy w wypełnianych formularzach, jak również sytuacje, w których rodzice nie dostarczali zgód na czas lub dzieci zapomniały je przynieść, uniemożliwiały wykazanie przebadanych uczniów do wskaźników projektowych. W rzeczywistości badania przesiewowe wykonane były dla większej liczby osób niż wykazany na koniec wskaźnik.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- rekrutacja przez zaufany personel: lekarz prowadzący/POZ, organizacje pacjenckie
- mobilne punkty, możliwość wykonania badania na miejscu
- podniesienie komfortu procedur (np. sedacja przy kolonoskopii) i jasny plan „co dalej” po otrzymaniu wyniku

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Organizacja happeningów profilaktycznych i eventów plenerowych z mobilnym autobusem-gabinetem. Kompleksowość wsparcia – połączenie badań diagnostycznych, konsultacji i edukacji zdrowotnej oraz pomoc po otrzymaniu wyników.

Uwarunkowania demograficzne i społeczne

Uwarunkowania demograficzne i społeczne wyraźnie kształtowały strukturę uczestników oraz tempo rekrutacji do Regionalnych Programów Zdrowotnych. W zdecydowanej większości projektów obserwowano przewagę kobiet – bardziej skłonnych do korzystania z badań i rehabilitacji – co szczególnie dobrze widoczne jest w RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 3. Prewencja niewydolności serca oraz RPZ 4. Odważ się na zdrowie, gdzie kobiety stanowiły ponad 80% uczestników. W pozostałych programach kobiety stanowiły ok. 60% uczestników, co realizatorzy wiązali z większą dbałością kobiet o profilaktykę. Jedynym programem kierowanym wyłącznie do mężczyzn był RPZ 1. Zdrowa Aorta, do którego mężczyźni często zapisywali się pod wpływem namów partnerek, a nierzadko to żony dokonywały zgłoszeń – co potwierdza, że rola kobiet i motywacja rodzinna są kluczowe dla decyzji o udziale.

Istotnym ograniczeniem bywały kryteria wieku, wynikające z założeń programowych, które – zgodnie z Rozporządzeniami Komisji Europejskiej oraz krajowymi Wytycznymi – powiązane były z aktywnością

zawodową uczestników, a nie wynikały z decyzji Instytucji Zarządzającej. W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna i RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna limity wiekowe – powiązane z ukierunkowaniem na osoby aktywne zawodowo – wykluczały część starszych pacjentów. Kryterium wieku nie można było modyfikować w ramach projektów.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- targetowanie komunikacji (płeć, wiek, miejsce zamieszkania): social media dla grup pracujących, kanały samorządowe i szkoły w mniejszych miejscowościach
- włączanie rodziny/opiekunów w motywowanie do udziału

Konkurencja innych programów zdrowotnych

Konkurencja ze strony innych, często równolegle realizowanych programów zdrowotnych (krajowych, miejskich oraz finansowanych z innych instrumentów UE) istotnie ograniczała pulę potencjalnych uczestników i komplikowała rekrutację do Regionalnych Programów Zdrowotnych. Kluczowe znaczenie miała tzw. linia demarkacyjna między programami krajowymi (np. w ramach POWER) a regionalnymi (RPZ w RPO). Wytyczne rezerwowały wybrane obszary interwencji dla poziomu krajowego (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego), których projekty regionalne nie mogły powielać. Ostateczny kształt demarkacji wynikał z ogłoszonych obszarów interwencji i wyboru beneficjentów, a decyzje zatwierdzał Komitet Sterujący. W praktyce oznaczało to konieczność zawężania, przeprofilowania lub rezygnacji z części planowanych aktywności RPZ, jeśli równolegle uruchamiano analogiczne działania na poziomie krajowym lub miejskim.

Wpływ konkurencji miał zarówno wymiar systemowy (ograniczanie zakresu możliwych interwencji), jak i operacyjny (rywalizacja o tego samego uczestnika, łatwiejsze kanały dostępu, mniej formalności). Dobrym przykładem jest RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań: równoległe uruchomienie Narodowego Programu Szczepień oraz Miejskiego Programu Szczepień gwałtownie ograniczyło liczbę potencjalnych beneficjentów. Dodatkowo możliwość zaszczepienia się w aptecę – bliżej domu i przy mniejszych wymaganiach formalnych – oraz trwające kampanie antycovidowe osłabiały skłonność do kolejnego szczepienia przeciw grypie. Jednocześnie beneficjent wskazywał, że w przypadku szczepień przeciw grypie te same osoby mogły uczestniczyć w programie wielokrotnie, ponieważ szczepienia wykonywane są corocznie. Oznaczało to, że faktyczna liczba unikalnych uczestników była znacznie niższa od pierwotnych założeń. W konsekwencji dokonano korekty wskaźnika liczby osób objętych programem zdrowotnym – z 45 000 do 15 000 – przy jednoczesnym wprowadzeniu odrębnego wskaźnika dotyczącego liczby wykonanych szczepień, ustalonego na poziomie 45 000.

W ramach RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO realizator zaobserwował zjawisko polegające na przekonaniu części potencjalnych uczestników, że „jedno szczepienie wystarczy”. Mimo że szczepienia przeciw COVID-19 i przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dotyczą odmiennych zagrożeń zdrowotnych i oba są istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego, to część osób po przyjęciu szczepienia przeciw COVID-19 nie widziała potrzeby szczepienia się na kolejne choroby. Taka postawa przyczyniła się do obniżenia zainteresowania udziałem w programie i spadku zgłaszalności. Podobną tendencję odnotowano w RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc pacjenci onkologiczni priorytetyzowali szczepienie przeciw COVID-19, co – pomimo prowadzonych działań informacyjnych – ograniczyło liczbę osób objętych wsparciem do zaledwie 13.

Jak wynika z wywiadów pogłębianych z przedstawicielami DZ i DEFS, konkurencja ze strony programów krajowych miała wpływ już na etap planowania portfela RPZ w regionie. Część potencjalnych obszarów interwencji została objęta działaniami o zasięgu krajowym, co ograniczyło

możliwość ich realizacji na poziomie województwa. Przykładowo, program dotyczący profilaktyki raka głowy i szyi został uznany za domenę interwencji krajowej i nie był rozwijany w formule regionalnej.

Miejscami konkurencja pojawiała się także wewnątrz tego samego RPZ – między realizatorami działającymi na jednym obszarze. W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna kilka podmiotów rywalizowało o uczestników, zaś pacjenci najczęściej wybierali placówki najbliżej domu, co osłabiało pozycję ośrodków z innych dzielnic. W mniejszych miastach (np. Wągrowiec) preferencja bliskości potrafiła wręcz eliminować konkurentów spoza miejscowości. Aby ograniczyć niekorzystne efekty takiej rywalizacji i zapewnić równomierny dostęp do świadczeń, wykorzystano podział Wielkopolski na subregiony, co uporządkowało zasięgi i zmniejszyło nakładanie się rekrutacji.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- wyraźna wartość dodana wobec programów równoległych (np. brak kolejek, sedacja, kompleksowa ścieżka) i unikanie dublowania zakresu
- koordynacja kalendarza i geograficznego zasięgu, dostosowanie wskaźników, gdy rynek beneficjentów się kurczy

ZALECENIE: kierowanie oferty do nisz nieobsłużonych przez programy krajowe/miejskie

Wymogi zdrowotne i naturalne ograniczenia medyczne

Wymogi zdrowotne i naturalne ograniczenia medyczne miały charakter ambiwalentny: z jednej strony zapewniały wysoką jakość świadczeń i trafność interwencji (spójność z evidence-based medicine), z drugiej – radykalnie zawężyły pulę potencjalnych uczestników, utrudniając rekrutację i rodząc rozczarowanie u osób niespełniających kryteriów. Najczęściej dotyczyło to limitów wieku, ściśle zdefiniowanych wskazań klinicznych, krótkich okien kwalifikacji (np. czas od zachorowania) oraz wymogu skierowań od specjalistów.

W **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** po udarze kryterium wieku do 64 lat (związane z celem aktywizacji zawodowej) okazało się szczególnie restrykcyjne – podczas gdy udary najczęściej występują w 7.–8. dekadzie życia. W konsekwencji liczba osób kwalifikujących się do udziału była bardzo niska. Dodatkowym ograniczeniem był wymóg skierowania od specjalisty (często dostępnego dopiero po wielu miesiącach) oraz warunek kwalifikacji do 12 miesięcy od udaru, co po pandemicznych przerwach dyskwalifikowało część chorych. W tle pojawiały się także wyłączenia ze względu na choroby współistniejące, co w niektórych lokalizacjach jeszcze bardziej zawężyło nabór. Realizatorzy wnioskowali o zmniejszenie grupy docelowej oraz postulowali wydłużenie okna kwalifikacji do 24 miesięcy i podniesienie górnej granicy wieku.

W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** (dla pacjentów onkologicznych) barierą była konieczność jednoczesnego spełnienia kryterium onkologicznego – część osób, zachęcona ogólną komunikacją, nie kwalifikowała się klinicznie, co obniżyło finalną zgłaszalność. Aby zmniejszyć obciążenia medyczno-organizacyjne, uruchomiono odrębną ścieżkę pacjenta i pracownię EKG w lokalizacji onkologicznej, ograniczając konieczność przemieszczania się po mieście. Należy też pamiętać, że naturalny przebieg choroby w tej grupie sprawiał, iż część uczestników musiała wycofać się z udziału, a niekiedy stan zdrowia uniemożliwiał kontynuację.

W **RPZ 4. Odważ się na zdrowie** pierwotne kryteria kwalifikacji okazały się zbyt restrykcyjne, przez co wykluczały osoby o największych potrzebach zdrowotnych oraz część młodszych pacjentów mimo wskazań klinicznych. W trakcie realizacji doprecyzowano zapisy i skorygowano progi kwalifikacji (po konsultacjach z instytucjami opiniującymi), tak aby lepiej odpowiadały praktyce klinicznej i nie ograniczały dostępu osobom najbardziej potrzebującym.

W **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** ograniczenia wiekowe – typowe dla badań przesiewowych – często zderzały się z oczekiwaniami mieszkańców („za młody/za stary na udział”). Jednocześnie złożona ścieżka dojścia do kolonoskopii sprzyjała rezygnacjom w trakcie procesu. W odpowiedzi wprowadzono m.in. kolonoskopię w sedacji, co zwiększało akceptowalność badania, choć nie znosiło ram epidemiologicznych.

W **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu** kwalifikację determinował wiek uczniów klas szóstych (11–13 lat) – medycznie uzasadniony, lecz sztywny wymóg. Ponadto, po wykryciu nieprawidłowości, konieczne było kierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w POZ/NFZ. U części rodziców pojawiało się przekonanie, że i tak będą musieli powtórzyć cały proces w publicznym systemie ochrony zdrowia, co w niektórych przypadkach osłabiało motywację do skorzystania z badań w ramach programu.

Z kolei w **RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc**, mimo mocnych przesłanek klinicznych (pneumokoki, powikłania pogrypowe u pacjentów onkologicznych), zachowania zdrowotne w czasie pandemii – priorytetyzacja szczepień przeciw COVID-19 i obawy przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (NOP) – zmniejszyły popyt i wsparciem objęto tylko 13 osób.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- udogodnienia zwiększające akceptowalność badania i udział (sedacja, zwroty kosztów dojazdów, badania bliżej domu)
- bardzo precyzyjna komunikacja kryteriów, by ograniczyć „fałszywe” zgłoszenia

Niedobór specjalistów

Niedobór wykwalifikowanej kadry medycznej ograniczał zdolność beneficjentów/realizatorów do świadczenia usług w założonej skali, a w konsekwencji obniżał zgłaszalność. Mniejsza dostępność lekarzy i personelu z odpowiednimi uprawnieniami przekładała się na mniej terminów i lokalizacji, dłuższe czasy oczekiwania oraz częstsze rezygnacje jeszcze przed rozpoczęciem udziału. Dodatkowym obciążeniem były wymogi formalne, takie jak skierowania od rzadkich specjalistów, które w warunkach ograniczonej podaży kadry stawały się realną barierą wejścia.

W praktyce tworzyło to „wąskie gardła” organizacyjne: brak radiologów spowalniał badania w RPZ 1. Zdrowa Aorta, ograniczona dostępność lekarzy rehabilitacji utrudniała start RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, a wymóg skierowań i deficyt specjalistów komplikowały rekrutację w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna. Okres pandemii dodatkowo nasilił te trudności, czasowo kierując część kadr do zadań covidowych (m.in. wpływ na RPZ 3 Prewencja niewydolności serca). Tam, gdzie zastosowano rozwiązania kompensacyjne—delegowanie części zadań do innych zawodów medycznych po zmianie przepisów, outsourcing świadczeń do operatorów gwarantujących obsadę, zacieśnienie współpracy z POZ i oddziałami szpitalnymi—negatywny wpływ niedoborów udawało się ograniczać.

W **RPZ 1. Zdrowa aorta** kluczową barierą okazał się niedobór radiologów wykonujących USG. Realizator musiał prowadzić ciągłą rekrutację lekarzy, by utrzymać płynność badań przesiewowych. Każdy ubytek kadry wymagał natychmiastowego zastępstwa, co ograniczało tempo zapisów i wymuszało ostrożniejsze planowanie akcji wyjazdowych.

W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** start utrudniło założenie, że diagnozę i plan leczenia ustalają wyłącznie lekarze rehabilitacji – grupa nieliczna i kosztowna z perspektywy stawek rynkowych. W niektórych miejscowościach znalezienie takiego specjalisty było szczególnie trudne. Sytuację odwróciła zmiana przepisów, która pozwoliła fizjoterapeutom samodzielnie planować rehabilitację i ordynować zabiegi. Po zgodzie Instytucji Zarządzającej zadania przejęły liczniejsze zespoły

fizjoterapeutów, a wraz z rosnącą liczbą procedur kadry przekonały się do projektu; merytoryczne zaplecze budowały zespoły z wieloletnim doświadczeniem.

W **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** (pacjenci po udarze) niedobór specjalistów nakładał się na wymóg skierowania i wąskie okno kwalifikacji. Część realizatorów szukała lekarzy „z bardzo daleka”, co spowalniało uruchamianie świadczeń. Beneficjenci/realizatorzy aktywnie docierali do oddziałów neurologicznych i POZ, prosząc o kierowanie pacjentów do programu – działanie to łagodziło barierę, ale nie usuwało jej całkowicie.

W **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** zwracano uwagę na ogólnorynkowy deficyt części specjalności (np. neurologów, kardiologów), co rodzi pytania o skalowalność dużych programów przesiewowych. Aglomeracja poradziła sobie, zatrudniając operatora badań, który zagwarantował odpowiednią liczbę lekarzy – pokazując, że outsourcing kompetencji może być skuteczną odpowiedzią na braki kadrowe.

Niedobory wpływały również na logistykę zespołów mobilnych. W **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu** brak specjalistów uniemożliwił stworzenie kilku równoległych zespołów. Badania realizował jeden zespół wyjazdowy, co ograniczało liczbę dziennych wizyt i spowalniało dotarcie do uczestników.

W programie **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca**: w okresie pandemii część kardiologów i onkologów oddelegowano do szpitala tymczasowego i punktów szczepień, co spowolniło projekt i wymusiło elastyczne umawianie wizyt oraz redukcję równoległych ścieżek.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- zmiana przepisów umożliwiającą przejęcie zadań przez uprawnionych specjalistów (np. fizjoterapeuci w rehabilitacji) oraz elastyczne grafiki
- sieciowanie z placówkami powiatowymi, operatorami z gwarancją wykwalifikowanej kadry, planowanie mobilnych zespołów
- stała rekrutacja uzupełniająca i wczesne prognozowanie obłożenia, by nie tworzyć kolejek

Kryteria kwalifikacyjne i dobór grup docelowych

Jasne kryteria kwalifikacji i precyzyjny dobór grup docelowych są niezbędne, by zachować jakość i skuteczność interwencji. Gdy są jednak zbyt wąskie albo nie w pełni odpowiadają realnym potrzebom mieszkańców, ograniczają pulę uprawnionych, spowalniają rekrutację i zniechęcają osoby do udziału w programach.

W **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** wąskie kryteria wieku oraz dodatkowo obowiązek posiadania skierowania i limit do 12 miesięcy od udaru (po pandemicznych przerwach często przekroczony) znacząco zawężył nabór. Efekt: zamiast planowanych kilkuset osób, w części jednostek uczestniczyło zaledwie 22–25 pacjentów. Realizatorzy postulowali szerszy zakres wieku i wydłużenie okna kwalifikacji.

W **RPZ 4. Odważ się na zdrowie** założony przedział BMI 25–35 (początkowo błędnie zapisany) wykluczał osoby z otyłością dużego stopnia >35, czyli grupę szczególnie wymagającą wsparcia. Po interwencji przedstawiciele IZ do AOTMiT kryteria skorygowano. Sygnalizowano też potrzebę obniżenia progu wieku (np. poniżej 45 lat), bo wiele młodszych osób spełniało wskazania medyczne, lecz nie kwalifikowało się do programu ze względu na wiek.

W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** podobne ograniczenia wieku (np. kobiety 50–59, mężczyźni 50–64) wynikały z celu aktywizacji zawodowej. Choć program odpowiadał na duże potrzeby, zawężenie

kwalifikacji utrudniało nabór. Kompensowano to elastycznymi godzinami (także w soboty), by ułatwić udział osobom pracującym.

W **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu** trafnie określono grupę docelową (uczniowie klas szóstych, 11-13 lat), jednak realizację programu utrudniały kwestie formalne. Formularze wypełniane przez rodziców zawierały standardowe pytania wymagane w projektach współfinansowanych ze środków UE, m.in. dotyczące statusu na rynku pracy. Ponieważ uczestnikami programu były dzieci, rodzice często nie rozumieli, dlaczego muszą podawać dane dotyczące własnej sytuacji zawodowej. Wzbudzało to wątpliwości co do zasadności zbierania takich informacji i obawy o sposób przetwarzania danych osobowych, co w niektórych przypadkach prowadziło do rezygnacji z udziału w programie. Dodatkowo błędnie wypełniane formularze końcowe prowadziły do niedoszacowania wyników: nie udało się wykazać faktycznie wyższej liczby przebadanych osób. Realizatorzy wzmacniali komunikację za pośrednictwem gmin i Kuratora Oświaty oraz wspierali rodziców w dopełnianiu formalności. Wykryte nieprawidłowości słuchu kierowano do dalszej diagnostyki w POZ/NFZ.

Inne przykłady pokazują skutki nieprecyzyjnego dopasowania grup. W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** część zgłaszających się nie spełniała kryterium onkologicznego, co wynikało z odbioru przekazu medialnego. W **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** epidemiologiczny zakres wieku (50-74 lata) był postrzegany jako „za wąski” z perspektywy mieszkańców. W **RPZ 16. Diagnostyka MPD** doświadczenia z pierwszej edycji doprowadziły do poszerzenia rozpoznań (m.in. o schorzenia nerwowo-mięśniowe) i zwiększenia liczby turnusów, bo sama grupa MPD okazała się zbyt mała. Z kolei **RPZ 13. Wrodzone wady twarzy** adresował luki, których nie obejmowały standardy NFZ, stając się de facto programem bardziej leczniczym niż czysto profilaktycznym.

Respondenci w wywiadach pogłębionych przyznają, że kryteria kwalifikacji do programów są niezbędne i opierają się na wiarygodnych danych naukowych, zgodnych z obowiązującymi rekomendacjami i praktyką kliniczną. Jednakże nie zawsze są one zrozumiałe dla odbiorców i mogą być postrzegane jako zbyt restrykcyjne. Doświadczenia z RPZ wskazują na potrzebę większej elastyczności (szersze przedziały wieku lub dłuższe okna kwalifikacji tam, gdzie to medycznie bezpieczne), prostszą dokumentację w programach szkolnych oraz precyzyjniejszą komunikację co do warunków udziału, aby ograniczyć „rozminięcie się” przekazu z rzeczywistymi potrzebami.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- elastyczność klinicznie bezpieczna: korekty wieku/okien kwalifikacji
- pre-kwalifikacja i prosty przekaz „spełniasz / nie spełniasz” + przykłady
- ukierunkowanie naboru na realne potrzeby subregionów

Rozproszenie informacji o dostępnych programach zdrowotnych

W systemie informacji publicznej w obszarze zdrowia występuje istotna luka dotycząca dostępu obywateli do informacji o programach zdrowotnych realizowanych na poziomie regionalnym i lokalnym. Obecnie ważnym narzędziem dla pacjentów pozostaje portal **pacjent.gov.pl**, który umożliwia zdalny dostęp do informacji medycznych, umawianie wizyt, przegląd wyników badań oraz komunikację z placówkami ochrony zdrowia. Jest to rozwiązanie pozwalające na wygodne zarządzanie sprawami zdrowotnymi online, zapewniające bezpieczeństwo danych i ułatwiające kontrolę nad własnym leczeniem.

Brak centralnego, zintegrowanego źródła informacji o możliwościach udziału w programach profilaktycznych i rehabilitacyjnych ogranicza jednak przejrzystość systemu i utrudnia mieszkańcom dostęp do usług zdrowotnych dostępnych w miejscu ich zamieszkania. W efekcie może to prowadzić do niższego poziomu uczestnictwa w działaniach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Obecnie informacje o dostępnych programach są rozproszone, a ciężar dotarcia z nimi do mieszkańców spoczywa głównie na realizatorach poszczególnych inicjatyw.

REKOMENDACJA: W związku z powyższym rekomenduje się umieszczanie informacji o realizowanych programach zdrowotnych – zarówno regionalnych, jak i lokalnych – na **Portal Pacjenta (pacjent.gov.pl)**. Docelowo rozwiązanie to mogłoby przyjąć formę spersonalizowanej oferty dla użytkownika, dostosowanej do jego wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz czynników ryzyka zdrowotnego. Uzupełnieniem systemu powinna być wyszukiwarka placówek oferujących wsparcie, która pozwoliłaby pacjentom w łatwy sposób znaleźć programy dostępne w ich regionie.

W pierwszej kolejności zasadne jest zatem wypracowanie przez **Ministerstwo Zdrowia** stanowiska wobec proponowanego rozwiązania, wraz z uzasadnieniem, analizą możliwości technicznych oraz określeniem potencjalnych terminów wdrożenia. Następnie rekomenduje się przedstawienie stanowiska na Komitecie Sterującym do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia i podjęcie dyskusji nad sposobem realizacji inicjatywy. Kolejnym etapem powinno być wdrożenie rozwiązań informatycznych i organizacyjnych, umożliwiających gromadzenie oraz publikowanie informacji o programach zdrowotnych na Portalu Pacjenta w docelowej, spersonalizowanej formie. Postępy prac podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia powinny być na bieżąco weryfikowane przez Komitet Sterujący, w celu zapewnienia skuteczności i spójności działań wdrożeniowych.

Czynniki wewnętrzne (zależne od beneficjentów/realizatorów)

Elastyczność i dostępność świadczeń

Dopasowanie godzin, formy i miejsca udzielania świadczeń do rytmu życia uczestników bezpośrednio przekładało się na wyższą zgłaszalność. Tam, gdzie usługi były „bliżej ludzi”, a harmonogram elastyczny, rekrutacja przebiegała sprawniej i stabilniej.

W badaniu ilościowym nieliczna grupa respondentów (2,3%) stwierdziła, że podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia były powody, które utrudniały przystąpienie do programu zdrowotnego. Głównymi powodami, wskazywanymi przez ankietowanych było kolidowanie z obowiązkami zawodowymi, pandemia COVID-19, trudność w dopasowaniu terminów wizyt lub zajęć oraz niedogodna lokalizacja realizacji świadczeń. Uczestnicy jasno wskazują, że skuteczność rekrutacji rośnie, gdy program oferuje elastyczne godziny i łatwe dopasowanie terminów do obowiązków zawodowych (np. wizyty popołudniowe, wieczorne, w soboty), a także gdy świadczenia realizowane są w dogodnej lokalizacji – blisko miejsca zamieszkania lub pracy, z dobrym dojazdem i możliwością skorzystania z kilku usług w jednym punkcie (np. rehabilitacja i konsultacje z dietetykiem). Powody utrudniające udział zostały przedstawione na wykresie – mają one charakter ogólny i mogą być pomocną wskazówką przy opracowywaniu kolejnych RPZ.

Wykres 1 Powody zniechęcające lub utrudniające podjęcie decyzji o udziale w programie



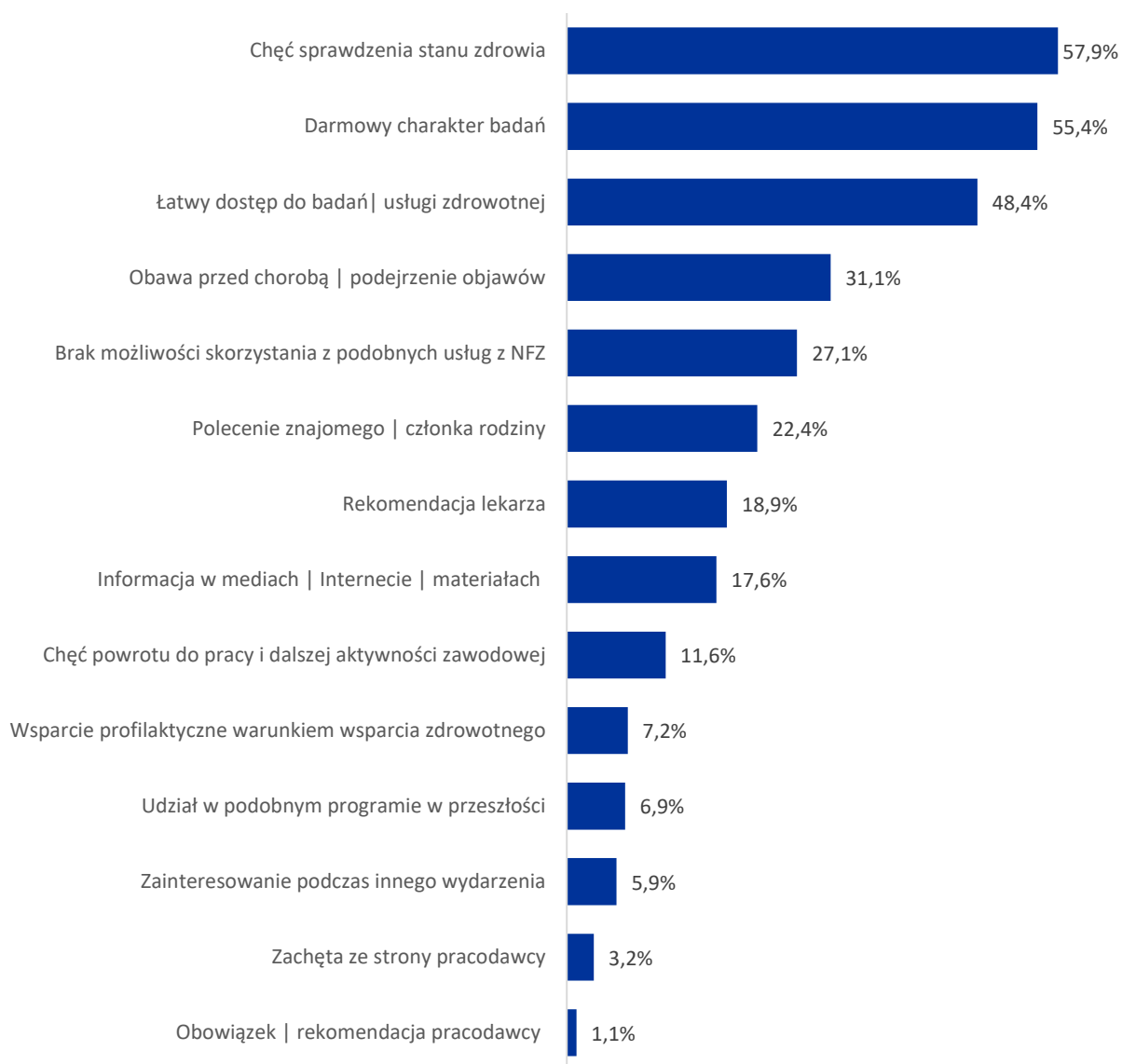
Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 71

Z badania ilościowego skierowanego do uczestników Regionalnych Programów Zdrowotnych wynika, że o zgłoszeniu do programu decydował przede wszystkim wygodny dostęp do świadczeń. W pytaniach wielokrotnego wyboru, wśród osób korzystających z badań diagnostyczno-profilaktycznych⁸ najczęściej wskazywano chęć sprawdzenia stanu zdrowia (57,9%), następnie bezpłatność świadczeń (55,4%) oraz bliskość miejsca realizacji i dogodny termin (48,4%). W przypadku świadczeń nakierowanych na poprawę stanu zdrowia⁹ także liczyła się dostępność – łatwy dostęp wskazało 39,6% badanych, chociaż najmocniejszym motywem była jednak oczekiwana poprawa jakości życia i sprawności (76,4%) oraz możliwość kontynuacji rehabilitacji lub terapii (50,1%). Wyniki zaprezentowane są na poniższych wykresach:

⁸Badania diagnostyczno-profilaktyczne były w RPZ: RPZ 1. Zdrowa aorta, RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 4. Odważ się na zdrowie, RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa, RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań, RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, RPZ 12. Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy, RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu

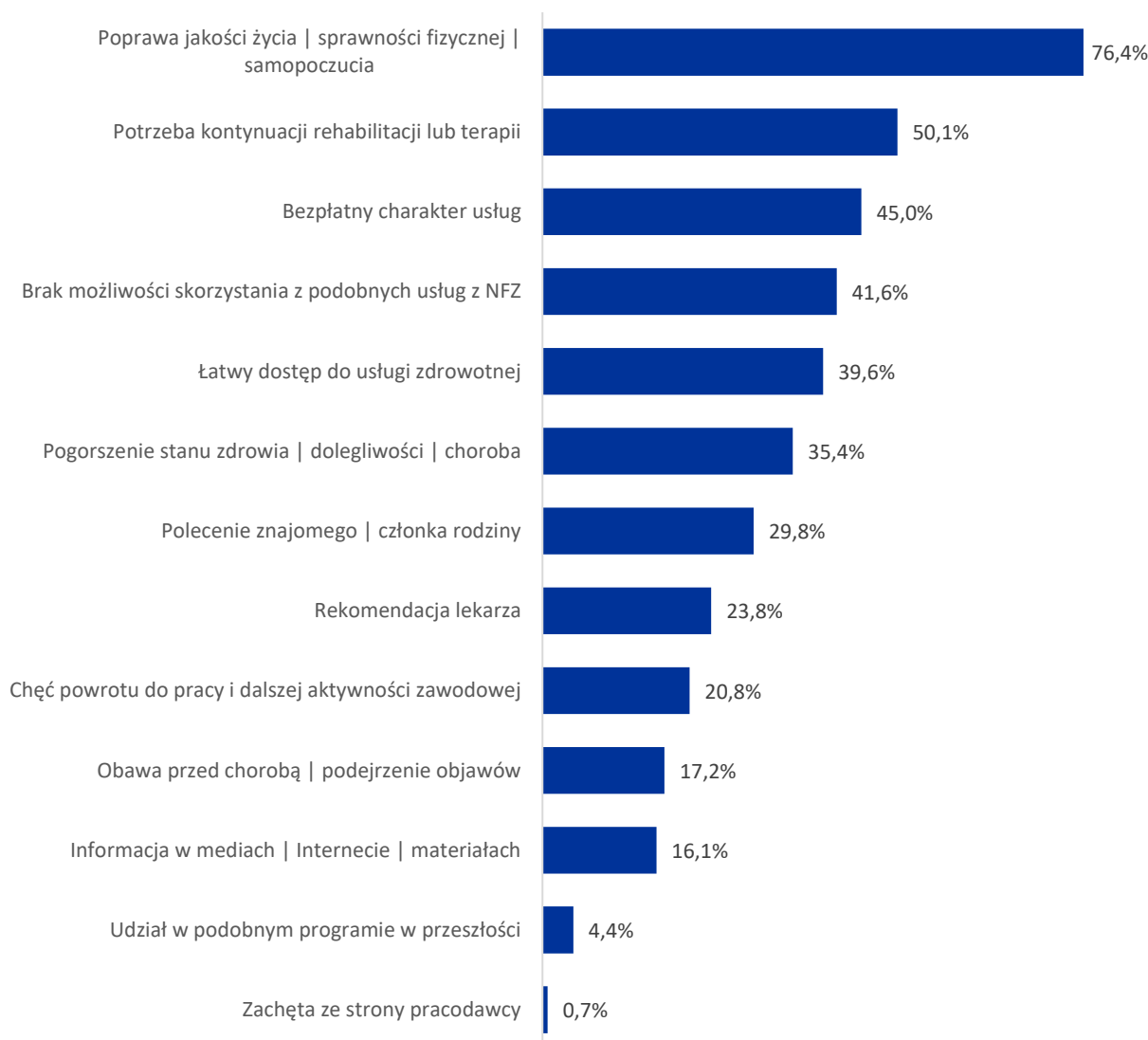
⁹Badania nakierowane na poprawę stanu zdrowia były w RPZ: RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 4. Odważ się na zdrowie, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy, RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Wykres 2 Powody skłaniające do skorzystania ze wsparcia diagnostyczno-profilaktycznego w programie zdrowotnym



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 3137

Wykres 3 Powody skłaniające do skorzystania w programie zdrowotnym ze świadczeń zdrowotnych nakierowanych na poprawę stanu zdrowia



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 1925

Odpowiedzi respondentów pozwalają na wysnucie wniosku, że krótkie kolejki, elastyczny harmonogram i brak kosztów wyraźnie zwiększają skłonność do udziału, o ile świadczenia odpowiadają na realny problem zdrowotny.

Zgodne z wynikami badania ilościowego są również wnioski płynące z pogłębionych indywidualnych wywiadów zarówno z przedstawicielami beneficjentów/realizatorów, jak również z przedstawicielami IZ/IP. Modelowym przykładem jest RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, gdyż zajęcia uruchamiano popołudniami i wieczorami oraz w soboty. Dzięki temu osoby pracujące mogły realnie skorzystać z programu. Dodatkowo atutem, były krótsze kolejki oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne niż w NFZ, asysta przy dokumentacji obniżała bariery wejścia, a praca „jeden na jeden” z fizjoterapeutą wzmacniała jakość i satysfakcję.

W RPZ 1. Zdrowa Aorta o powodzeniu zadecydowała decentralizacja. Badania prowadzono nie tylko w aglomeracji poznańskiej, ale też w szpitalach powiatowych w 33 powiatach, a pulę badań w

Poznaniu dodatkowo zwiększono. Uczestnicy doceniali, że to świadczenie „przyjeżdża do nich”, co ograniczało koszty i czas dojazdu. Podobną logikę zastosowano w **RPZ 4. Odważ się na zdrowie**, gdzie współpraca z podmiotem z sąsiedniego powiatu stworzyła program dla mieszkańców innej miejscowości i okolic. W czasie pandemii wprowadzono też zajęcia zdalne i na świeżym powietrzu. W **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** do miejsc słabiej pokrytych tradycyjnymi mediami docierano poprzez wydarzenia plenerowe z mobilnym punktem (autobus) i ścisłą współpracę z 24 samorządami, które wykorzystywały lokalne kanały (w tym Facebook).

Elastyczność dotyczyła także organizacji ścieżki. W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** uruchomiono odrębną rejestrację z dedykowanym numerem oraz wsparcie w wypełnianiu dokumentów, by ograniczyć czas i stres pacjentów onkologicznych. W **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** łączono edukację w miejscu zamieszkania z ułatwieniami oddania próbek do badania przesiewowego. Ważna była też kompleksowa ścieżka „od wyniku do leczenia”. W **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** dla pacjentów po udarze przejście z pobytu stacjonarnego na system dojazdowy (outpatient) zwiększyło akceptowalność i poczucie bezpieczeństwa (choć naturalnie zawężyło zasięg do Poznania i okolic).

Na dostępność wpływały również procedury i narzędzia. W **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu** uproszczenie kontaktu z rodzicami i kierowanie działań do szkół w mniejszych miejscowościach (gdzie dostęp do laryngologa był ograniczony), a także przesunięcie badań z klas 6. na 7. po lockdownach pomogły utrzymać wskaźniki. W **RPZ 8. Szczepienia na gripę MOF Poznań** realizatorzy zwracali uwagę na potrzebę wprowadzenia elektronicznych formularzy rejestracyjnych, bez konieczności ich drukowania – np. w formie interaktywnych kart wypełnianych na tabletach z oznaczonymi polami obowiązkowymi. Rozwiązanie to mogłoby usprawnić proces rekrutacji, skrócić czas obsługi administracyjnej i odciążyć uczestników, zapewniając jednocześnie większą kompletność danych.

Wychodząc naprzeciw uczestnikom beneficjenci/realizatorzy programów RPZ proponowali przyjazne dla uczestników trzy rozwiązania: opieka nad osobą niesamodzielną na czas korzystania ze świadczenia, specjalny transport oraz zwrot kosztów dojazdu. Z badania ilościowego wynika, że niewielu uczestników korzystało z tych form. Po zwrot kosztów sięgało 20,5% uczestników w RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy i 24,6% w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, z opieki nad osobą niesamodzielną korzystało 15% w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD i 11,5% w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, a specjalny transport wybierało 30,5% w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD. Umiarkowany poziom wykorzystania wynika raczej ze zróżnicowanych sytuacji życiowych i organizacyjnych (odległość, własny transport, obowiązki opiekuńcze, sposób informowania, uciążliwość rozliczeń) niż z braku potrzeby. Dlatego warto wpisywać te formy wsparcia do założeń projektowych jako opcje dodatkowe, z prostymi zasadami i elastycznym budżetem oraz wyraźną komunikacją na etapie rekrutacji. Takie ułatwienia realnie zdejmują bariery geograficzne i opiekuńcze, a w efekcie sprzyjają wyższej zgłaszalności uczestników do programów.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- godziny przyjazne uczestnikom (popołudnia, wieczory, soboty)
- świadczenia bliżej domu poprzez realizację programów w powiatowych szpitalach, mobilnych punktach, trybie dojazdowym
- ułatwienia organizacyjne: dedykowana infolinia, szybka rejestracja, zwrot kosztów dojazdu

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Elastyczne formy zgłoszeń (telefon, e-mail, strona www, zgłoszenia osobiste) ułatwiające dostęp do programu. Uruchomienie infolinii i komunikacji online w czasie pandemii, aby ograniczyć bariery i obawy. Zapewnienie zakwaterowania i transportu dla rodzin z odległych gmin - redukcja barier logistycznych.

Rekrutacja i promocja

Wewnętrzne czynniki związane z rekrutacją i promocją wprost przekładały się na poziom zgłaszalności. Skuteczność dotarcia do właściwych grup – dobór kanałów, wiarygodnych nadawców i prostych ścieżek zapisu – często decydowała o tym, czy projekt osiągnie wskaźniki, zwłaszcza w warunkach dodatkowych barier (pandemia, restrykcyjne kryteria). Analiza badania jakościowego jest tego potwierdzeniem, a poniżej przedstawiono kilka przykładów ze wskazaniem konkretnych RPZ.

W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna zadziałał klasyczny efekt kuli śnieżnej: poczta pantoflowa uruchomiona przez zadowolonych uczestników, wzmocniona komunikacją w mediach społecznościowych i w poradniach, przynosiła stały napływ nowych osób. Lekarze rodzinni i specjaliści aktywnie zachęcali do skorzystania z rehabilitacji „poza kolejką NFZ”, a rejestracja dostępna telefonicznie od 8:00 do 20:00 elastycznie dopasowywała terminy. To połączenie wiarygodnych rekomendacji i wygodnego zapisu budowało zaufanie i wysoką frekwencję.

W RPZ 3. Prewencja niewydolności serca kluczowy okazał się autorytet lekarza onkologa – informacja „od własnego lekarza” miała najwyższą moc przekonywania. Projekt wsparł przekaz medialny (np. Teleskop, prasa), a operacyjnie – osobna ścieżka i punkt rejestracji z dedykowanym numerem oraz pomoc w wypełnianiu dokumentów. Dodatkowe dotarcie zapewniało Centrum Inicjatyw Senioralnych (ulotki w biuletynach), co ułatwiało kontakt ze starszymi odbiorcami.

W RPZ 4. Odważ się na zdrowie najsukuteczniejsze były kampanie w mediach społecznościowych – aż 68% uczestników dowiedziało się o programie z tych kanałów; kolejne osoby przyciągała „poczta pantoflowa” (ok. 15%). Komunikaty uzupełniały strony internetowe, lokalna prasa i ulotki przekazywane przez lekarzy w poradniach.

W RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO najlepiej działało bezpośrednie dotarcie przez 24 samorządy. Urzędnicy wykorzystywali lokalne profile (w tym Facebook), a wydarzenia plenerowe z mobilnym punktem (autobus) pozwalały „badać od ręki”. Tradycyjne radio/TV lokalne były mniej skuteczne (słaby zasięg na wsi), a część POZ nie angażowała się w promocję. Odpowiadano na to dobrze zaprojektowanymi materiałami (ulotki, plakaty, flagi), które gminy mogły używać przy własnych wydarzeniach.

W RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP słabsza frekwencja wynikała często z niedostatecznej aktywności gmin (np. brak ekspozycji plakatów). Skuteczną kontrą były spersonalizowane zaproszenia, SMS-y do uczestników poprzednich edycji i pełne zaangażowanie całego personelu (w tym lekarzy) w informowanie pacjentów – co dodatkowo wzmacniało tzw. „pocztę pantoflową”. Promocja online w grupie 50–74 lata miała ograniczoną efektywność, dlatego dominowały kanały offline.

W RPZ 8. Szczepienia na gripę MOF Poznań najsilniejszym nośnikiem rekrutacji był POZ – rekomendacja lekarza rodzinnego. Komunikację wspierały plakaty i ulotki (ok. 50 tys. sztuk), spoty radiowe, artykuły i strona metropolii. Wyzwania pojawiały się przy nierównym zaangażowaniu partnerów i niedoinformowaniu części osób o specyfice projektów UE (np. możliwe kontakty telefoniczne weryfikacyjne), co zniechęcało niektórych uczestników i pokazało potrzebę prostszego przekazu i mniejszej biurokracji.

W RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu informacja płynęła głównie przez gminy/miasta i Kuratora Oświaty bezpośrednio do szkół. Mimo szerokiej dystrybucji materiałów, frekwencja rodziców na wykładach była minimalna, a mierzenie „dotarcia” trudne, co uwidoczniło ograniczenia klasycznych działań informacyjnych przy programach szkolnych.

W badaniu ilościowym uczestnicy Regionalnych Programów Zdrowotnych wskazywali, że najlepiej na zgłaszalność działały kanały oparte na zaufaniu. W szczególności polecenia bliskich wskazało 22,4% w świadczeniach profilaktycznych oraz 29,8% w świadczeniach zdrowotnych. Dla pacjentów ważna była również rekomendacja lekarzy dla 18,9% ankietowanych w świadczeniach profilaktycznych i dla 23,8% ankietowanych w świadczeniach zdrowotnych. Rekomendacje lekarzy były wyraźnie mocniejsze niż informacje płynące z mediów (17,6% świadczeniach profilaktycznych w i 16,1% w świadczeniach zdrowotnych). Oznacza to, że „ambasadorzy” – lekarz prowadzący, lekarze POZ, wcześniej zadowoleni uczestnicy/rodzina – uruchamiają efekt kuli śnieżnej, zaś przekaz masowy warto traktować jako uzupełnienie, a nie główne źródło naboru. **(Wykres 2, Wykres 3)**

Dobre praktyki w rekrutacji:

- ambasadorzy zaufania: POZ/lekarze prowadzący, organizacje pacjenckie
- dopasowanie przekazu i kanałów dotarcia do wieku: social media, listy/spersonalizowane zaproszenia i działania offline dla 50+
- bezpośrednie dotarcie przez samorządy i wydarzenia plenerowe z badaniami „na miejscu”

Biurokracja

Nadmierna biurokracja – rozbudowane formularze, wielokrotne zgody, tradycyjne podpisy mimo rejestracji online – zniechęcała część osób już na starcie. Dla uczestników, zwłaszcza chorych, obciążonych obowiązkami domowymi lub pracą, każdy dodatkowy dokument oznaczał dłuższą ścieżkę, większy stres i realne ryzyko rezygnacji między zainteresowaniem a zapisem.

W RPZ 4. Odważ się na zdrowie uczestnicy prowadzili papierowe dzienniczki kuracji i wypełniali liczne formularze. Dla wielu osób to był najmniej przyjazny element udziału – nużący, powtarzalny i czasochłonny. Z perspektywy uczestnika naturalnym oczekiwaniem była pełna forma elektroniczna, bez podwójnego (papier + system) uzupełniania tych samych danych.

W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna liczba oświadczeń oraz konieczność dostarczenia dodatkowych zaświadczeń (np. od pracodawcy) sprawiała, że część osób „odpadała” na etapie formalności. Skutecznym „bezpiecznikiem” okazało się wsparcie przy rejestracji: wspólne uzupełnianie dokumentów i testów, tłumaczenie zapisów prostym językiem oraz elastyczne umawianie terminów ograniczały rezygnacje.

W RPZ 3. Prewencja niewydolności serca dodatkowe formalności związane z wypełnieniem dokumentów były dla pacjentów onkologicznych szczególnie dotkliwe – to osoby, które już na co dzień „żyją w formularzach”. Pomagało odciążenie formalne: dedykowany numer telefonu, osobna rejestracja, a przede wszystkim aktywna pomoc personelu w wypełnianiu dokumentów.

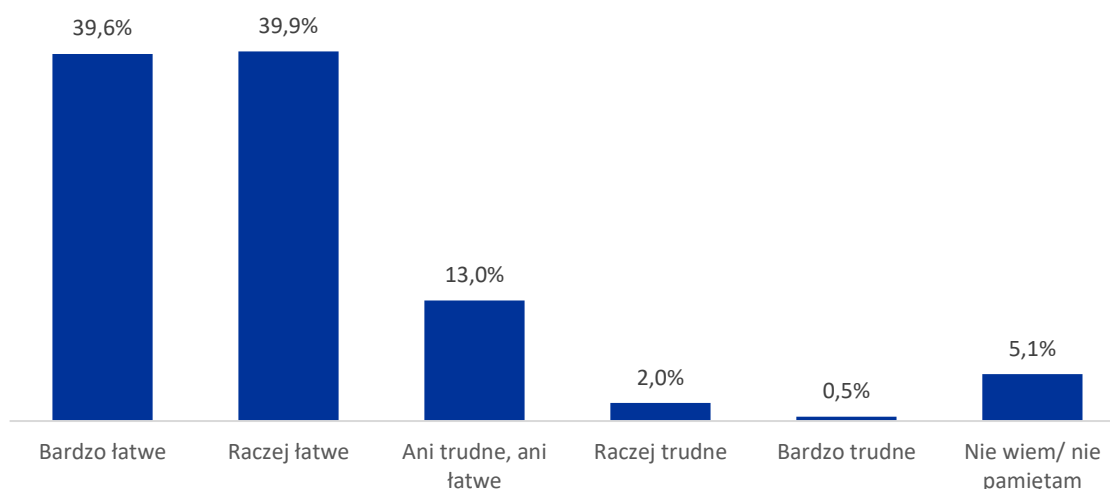
W RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu barierą stały się formularze rodzicielskie: pytania postrzegane jako nieadekwatne (np. o status pracy), obawy o przetwarzanie danych oraz zwykłe pomyłki skutkowały brakiem zgody, a więc wykluczeniem dziecka z badania. Dopiero wzmocnienie komunikacji przez gminy i kuratorium oraz pomoc w formalnościach na miejscu ograniczały liczbę

rezygnacji. Błędy w wypełnianych formularzach na koniec lub brak podpisów skutkował brakiem możliwości wpisania przebadanej osoby do wykazywanych wskaźników projektowych.

W RPZ 8. Szczepienia na gripę MOF Poznań część osób była zaskoczona skrupulatnością wymogów, które mogły być lepiej dostosowane przez realizatorów – obowiązywała m.in. konieczność ponownego składania podpisu na papierowym formularzu mimo wcześniejszej rejestracji elektronicznej, co wymagało powtórzenia wpisywania danych. Niespójność procedur, wynikająca z organizacji procesu po stronie realizatorów, była dla wielu uczestników niezrozumiała i obniżała komfort udziału w programie.

Z badania ilościowego wśród uczestników programów RPZ wynika, że procedura kwalifikacji do programów była oceniana jako przyjazna: 79,5% respondentów oceniło proces za łatwy. Trudności pojawiały się rzadko, łącznie 2,5% respondentów tak oceniło. Im prostsze i bardziej przejrzyste procedury naboru, tym wyższa zgłaszalność i mniejsze ryzyko rezygnacji na etapie formalności.

Wykres 4 Ocena trudności zakwalifikowania się do programu zdrowotnego



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 4151

Dobre praktyki w rekrutacji:

- cyfryzacja i prosty język: elektroniczne formularze (np. tablety z polami obowiązkowymi), mniej dokumentów, jasne komunikaty o celu zbierania danych.
- wsparcie „ramię w ramię”: obecność osoby, która przechodzi z uczestnikiem przez formularze i wyjaśnia niejasności
- jedno okienko / jedna ścieżka: unikanie dublowania tych samych informacji w kilku miejscach. Możliwa akceptacja podpisu elektronicznego zamiast tradycyjnego odręcznego.
- adekwatność pytań do programu: rezygnacja z danych, które nie są niezbędne

Kadra i partnerstwa

Doświadczenie zespołów oraz jakość partnerstw bezpośrednio wpływały na to, czy mieszkańcy ufali programom i chcieli w nich uczestniczyć. Kompetentna, empatyczna kadra budowała pozytywne

doświadczenie pacjenta, co napędzało tzw. „pocztę pantoflową”, a stabilne partnerstwa ułatwiały organizację świadczeń, skracaly ścieżkę zapisu i zwiększały dostępność.

W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna wysoka jakość pracy zespołów – do pracy oddelegowano najbardziej doświadczonych specjalistów oraz kadrę działającą od wielu lat, która cieszy się zaufaniem pacjentów – takie działanie przełożyło się na większą gotowość do udziału w projektach. Terapia „jeden na jeden”, uważność i życzliwa komunikacja wzmacniały satysfakcję uczestników i zachęcały kolejne osoby do zgłoszenia. Początkowy problem z pozyskaniem lekarzy rehabilitacji rozwiązano po zmianie przepisów, gdy fizjoterapeuci mogli samodzielnie planować terapię – dzięki temu pacjent szybciej trafiał na świadczenia. W Poznaniu sprawna współpraca trzech podmiotów zwiększała liczbę miejsc, choć zmiana koordynatora po przejęciu programu wymagała dodatkowego wysiłku organizacyjnego, by utrzymać płynność dla pacjentów.

W RPZ 1. Zdrowa Aorta o zgłaszalności decydowało połączenie kompetencji i lokalnych partnerstw. Deficyt radiologów wymuszał stałą rekrutację, jednak sieć współpracy ze szpitalami powiatowymi we wszystkich powiatach ułatwiała mieszkańcom dostęp „blisko domu” – to zwiększało gotowość do udziału, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach.

W RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna zaufanie pacjentów budowały renoma ośrodka i doświadczenie zespołu w pracy z pacjentkami po leczeniu raka piersi. Pierwsze grupy rekrutowano bezpośrednio z własnej bazy pacjentów, a następnie działała współpraca specjalistów między szpitalami i tzw. „pocztą pantoflową” całego personelu – pacjentki słyszały o programie od lekarzy, których już znały.

W RPZ 3. Prewencja niewydolności serca kluczowe były kompetencje zespołu w prowadzeniu pacjenta przez formalności: wyjaśnianie warunków, pomoc w uzupełnieniu dokumentów. Jednocześnie pandemia uszczupliła zasoby (kardiolodzy i onkolodzy kierowani do zadań covidowych), co obniżało przepustowość. Partnerstwo z Centrum Inicjatyw Senioralnych pomagało dotrzeć do starszych mieszkańców.

W RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań to nie brak kadr, lecz nierzetelność części partnerów komplikowała rekrutację – konieczna była zmiana wykonawcy w trakcie projektu. Wniosek dla pacjentów był prosty: kiedy partner jest stabilny i przewidywalny, ścieżka zapisu bywa krótsza i czytelniejsza.

W RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO zaufanie i frekwencję budowało silne partnerstwo z 24 samorządami. Urzędnicy skutecznie docierali lokalnymi kanałami (w tym przez Facebook), a mobilny punkt badań umożliwiał „sprawdzenie znamion od ręki”. Mniej efektywna była współpraca części POZ, co pokazało, jak bardzo jakość partnerstwa przekłada się na realny dostęp pacjenta.

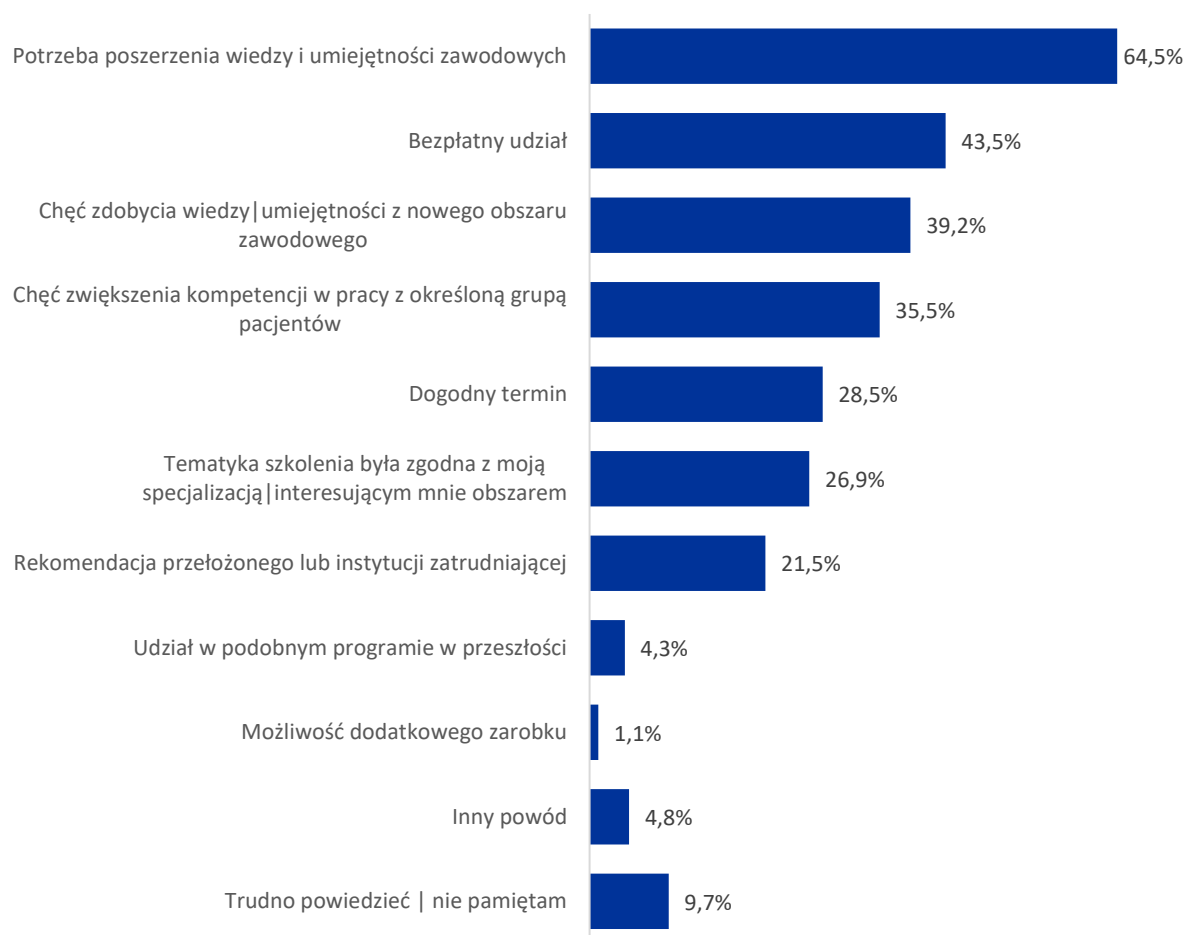
W RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna po udarze deficyty specjalistów wymagały szerokiego „sięgnięcia” po kadrę, nawet z odległych miejsc. Jednocześnie aktywne kontakty z oddziałami neurologicznymi i lekarzami rodzinnymi ułatwiała kierowanie pacjentów do programu – im prościej lekarz mógł „przeprowadzić” chorego na ścieżkę RPZ, tym większa była zgłaszalność.

W RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca pierwsze partnerstwo z fundacją wymagało wypracowania ścieżek współpracy, ale przyniosło korzyści w postaci rozpoznawalnych szkoleń i wsparcia rodzin. Wyzwaniem był brak kandydatów na stanowisko kierownika merytorycznego – pokazując, że ciągłość i obsada kluczowych ról to warunek przewidywalnej ścieżki dla rodziców i dzieci.

W RPZ 16. Diagnostyka MPD dobra współpraca zespołu eksperckiego z Instytucją Zarządzającą ułatwiała bieżące uzgodnienia – dla rodzin oznaczało to szybsze decyzje i mniejszą „przerwę techniczną” między etapami opieki.

W tym miejscu warto jeszcze wspomnieć, że w działaniach edukacyjnych skierowanych do personelu medycznego, jak i uczestników spoza ochrony zdrowia motywacją do wzięcia udziału w szkoleniach było przede wszystkim rozwój kompetencji. Wśród kadr medycznych 64,5% wskazało potrzebę poszerzenia wiedzy, 39,2% zaznaczyło zdobycie umiejętności z nowych obszarów zawodowych, a 43,5% ankietowanych doceniło bezpłatność. W szkoleniach ogólnych odsetki były jeszcze wyższe: 78,1% wskazało poszerzenie wiedzy oraz 66,7% ankietowanych chęć zdobycia wiedzy. Ważnym ułatwieniem pozostawał dogodny termin i brak opłat (47,4% wskazań). Rekomendacje pracodawcy miały znaczenie drugorzędne (21,5% wśród kadr personelu medycznego, a 14,0% w szkoleniach ogólnych). To dowód, że jakość merytoryczna i dopasowanie tematu są kluczem do frekwencji, natomiast organizacja (termin, koszt) są motywacją wspomagającą.

Wykres 5 Powody skłaniające do udziału w działaniach edukacyjnych dla personelu medycznego w ramach programu zdrowotnego



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 186

Wykres 6 Powody skłaniające do udziału w działaniach edukacyjnych (szkoleniu) dla osób spoza personelu medycznego w ramach programu zdrowotnego



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 114

Nie we wszystkich RPZ prowadzono szkolenia dla personelu medycznego. W badaniu ilościowym odpowiedzi pozwalające na wiarygodną interpretację uzyskano przede wszystkim w dwóch programach: RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca oraz RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD. W obu strumieniach główną motywacją zgłoszenia była potrzeba poszerzenia wiedzy (83,1% w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca i 76,3% w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD). Istotna była także chęć zdobycia wiedzy z nowego obszaru (odpowiednio 42,3% i 50,0%) oraz dążenie do zwiększenia kompetencji w pracy z określoną grupą pacjentów (odpowiednio 42,3% i 57,9%). Czynniki organizacyjne wzmacniały decyzję o udziale: bezpłatność wskazało 40,8% w RPZ 15 i 36,8% w RPZ 16, dogodny termin 28,2% w RPZ 15 i 26,3% w RPZ 16. Znaczenie miała również zgodność tematyki z profilem zawodowym (28,2% w RPZ 15 i 42,1% w RPZ 16) oraz rekomendacja przełożonego (odpowiednio 23,9% i 26,3%). W pozostałych programach, gdzie szkolenia się odbywały, liczebności prób były zbyt małe, by umożliwić odrębną interpretację wyników. Odpowiedzi z tych programów zostały uwzględnione i opisane w ramach zbiorczej analizy.

Podobnie jak w przypadku szkoleń dla personelu medycznego, szkolenia adresowane do uczestników spoza systemu ochrony zdrowia nie były dostępne we wszystkich RPZ. W badaniu ilościowym jedynie w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca liczebność odpowiedzi pozwala na miarodajną interpretację. Głównym motywem zgłoszenia do udziału było chęć poszerzenia wiedzy i umiejętności (80,4%). Na drugim miejscu znalazła się potrzeba zdobycia kompetencji z nowego obszaru (66,7%). Istotnym ułatwieniem był także bezpłatny udział i dogodny termin (47,4%). Czwartym najczęściej wskazywanym powodem była chęć zwiększenia kompetencji w pracy z określoną grupą pacjentów lub klientów (36,8%).

Badania pokazują, że głównym motywatorem udziału w szkoleniach adresowanych zarówno do personelu medycznego, jak i niemedycznego był rozwój kompetencji, który wzmacnia autorytet

beneficjentów/realizatorów. Zatem widoczność doświadczanego personelu może podnosić zaufanie pacjentów i być skutecznym sposobem na zwiększenie zgłaszalności do programów RPZ.

Dobre praktyki w rekrutacji:

- reputacja i empatia zespołu – kompetentny, stały skład i życzliwa komunikacja podnoszą zaufanie i uruchamiają tzw. „pocztę pantoflową”
- silne partnerstwa lokalne – współpraca ze szpitalami powiatowymi i samorządami skraca drogę pacjenta do świadczeń
- jasna rola partnerów i monitoring – rzetelny dobór wykonawców, regularne spotkania i szybkie reagowanie na problemy stabilizują rekrutację
- ułatwienia na ścieżce pacjenta – osoba „prowadząca” przez formalności, proste komunikaty i dostęp do informacji w znanych miejscach (POZ, oddziały szpitalne, CIS)
- zabezpieczenie kompetencji oraz plan ciągłości obsady kluczowych stanowisk w projektach

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta

Współpraca ze wszystkimi szpitalami powiatowymi w województwie (umożliwiła objęcie programem całego regionu i dotarcie do mieszkańców wszystkich 35 powiatów województwa wielkopolskiego).

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Współpraca z samorządami lokalnymi i zaangażowanie władarzy w promocję programu.

Rekomendacje wójtów, burmistrzów i prezydentów budujące zaufanie uczestników.

Kompleksowość i jakość wsparcia

Kompleksowość – rozumiana jako spójna ścieżka „od informacji i kwalifikacji, przez badanie/terapię, po dalsze prowadzenie” oraz zestaw uzupełniających się usług – wyraźnie podnosiła gotowość mieszkańców do udziału w programach. Uczestnicy chętniej się zgłaszali, gdy mieli pewność, że nie zostaną „z wynikiem w rękę”, a program zapewni następne kroki, ułatwienia logistyczne i wsparcie edukacyjne.

W **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** o sile rekrutacji przesądzała właśnie ciągłość opieki: po kolonoskopii pacjent był płynnie wprowadzany w ścieżkę onkologiczną, bez pozostawiania samemu sobie. Sedacja przy badaniu zwiększała akceptowalność procedury, a zwrot kosztów dojazdu do Poznania redukował bariery finansowe. Efekt edukacyjny programu budował zaufanie i tzw. „pocztę pantoflową”, co wzmacniało napływ kolejnych osób.

W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** u pacjentów onkologicznych kompleksowość przełożyła się na zintegrowaną ścieżkę pacjenta: odrębna rejestracja i pracownia EKG w lokalizacji onkologicznej minimalizowały uciążliwości, a lekarze jasno przedstawiali dalszy plan postępowania. Pacjenci otrzymywali nie tylko badanie, lecz także kierunek opieki i kontrolę, co zmniejszało niepewność i obawy.

W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** skuteczność budowała wielotorowość usług: indywidualna praca z fizjoterapeutą (jeden na jeden), zajęcia basenowe i wykłady zdrowotne. Połączenie terapii, edukacji i doradztwa podnosiło jakość doświadczenia i utrzymywało zaangażowanie, co bezpośrednio sprzyjało zgłaszalności.

W **RPZ 4. Odważ się na zdrowie** o atrakcyjności decydowała wielokomponentowość (konsultacje dietetyczne, ćwiczenia, edukacja, wsparcie w zmianie nawyków). Nawet osoby niespełniające kryteriów objęcia świadczeniami otrzymywały pakiet informacji prozdrowotnych, dzięki czemu kontakt z programem pozostawał wartościowy i motywujący.

W **RPZ 13. Wrodzone wady twarzy** kompleksowość oznaczała możliwość włączenia elementów leczniczych, które w standardowych kontraktach NFZ były trudno dostępne. Dzięki temu program domykał „luki systemowe” i długofalowo prowadził pacjentów, co wzmacniało zaufanie rodzin i skłaniało do udziału.

W **RPZ 16. Diagnostyka MPD** podkreślano, że pełniejszą kompleksowość mogłoby zapewnić utworzenie rejestru dzieci z niepełnosprawnościami (w tym MPD). Taki komponent umożliwiłby planowy reżim badań profilaktycznych (np. RTG stawów biodrowych), lepszą koordynację opieki i – w konsekwencji – większą gotowość rodzin do włączania się w program.

Doświadczenia z wdrażania rehabilitacji onkologicznej (kontynuacja RPZ 2) wskazują też kierunek rozwoju kompleksowości: dodanie komponentów okołozdrowotnych, w tym aktywizacji zawodowej (porady prawne, doradztwo rynku pracy) oraz działań informacyjnych dla pracodawców. Takie domknięcie ścieżki „zdrowie–praca” zwiększa sens udziału z perspektywy codziennego życia uczestnika, a więc i jego skłonność do zgłoszenia.

O tym też świadczą wyniki badania ilościowego, gdyż uczestnicy zgłaszali się przede wszystkim tam, gdzie widzieli pełną ścieżkę i wymierny efekt. Deklaracje, że celem jest poprawa jakości życia (76,4%) oraz kontynuacja leczenia (50,1%) pokazują, iż projekty postrzegane jako spójne – od kwalifikacji po dalsze prowadzenie – przyciągają najskuteczniej. Dodatkowo silnym motywatorem był brak realnego odpowiednika w systemie powszechnym świadczeń NFZ (41,6%). To może być sygnałem, że domykanie luk (np. szybkie badanie, sedacja, dalsza opieka) buduje zaufanie i zgłaszalność. (**Wykres 3**)

Dobre praktyki w organizacji wsparcia:

- jedna, prowadzona ścieżka: jasny plan „co dalej” po badaniu/screeningu
- pakiet usług zamiast pojedynczej procedury: terapia + edukacja + wsparcie doradcze
- ułatwienia odczuwalne przez uczestnika: sedacja, zwrot kosztów dojazdu, świadczenia blisko miejsca zamieszkania
- domykanie luk systemowych: włączenie elementów leczniczych tam, gdzie NFZ nie zapewnia pełnej ścieżki
- komponenty długofalowe: rejestry, plan badań kontrolnych, wsparcie powrotu do pracy

Z badań jakościowych wynika, że na zgłaszalność uczestników do programów RPZ, najlepiej działały te kanały rekrutacji, które opierały się na zaufaniu i bezpośrednim kontakcie. W wielu projektach kluczowa okazywała się tzw. „pocztą pantoflową”: realne, widoczne efekty zdrowotne sprawiały, że zadowoleni uczestnicy polecali program znajomym i rodzinie. W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** taki efekt kuli śnieżnej niemal sam napędzał kolejne zgłoszenia, a podobne mechanizmy obserwowano w **RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna**. Równie mocnym źródłem były rekomendacje lekarzy – zarówno rodzinnych, jak i specjalistów. W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** informacja „od własnego onkologa” miała największą siłę przekonywania, co w połączeniu z odrębną ścieżką rejestracji ułatwiało podjęcie decyzji o udziale.

Silnym sprzymierzeńcem rekrutacji okazywały się samorządy. W **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** urzędnicy z 24 gmin wykorzystywali lokalne kanały – w tym profile na Facebooku – i

współorganizowali wydarzenia z mobilnym punktem badań. Możliwość „zbadania się od ręki” w miejscu zamieszkania przekładała się na setki przebadanych osób i wysoką frekwencję także na terenach, gdzie tradycyjne media mają ograniczony zasięg. Dla części grup docelowych bardzo skuteczne były również media społecznościowe i strony internetowe realizatorów. W RPZ 4. Odważ się na zdrowie kampanie w social mediach okazały się „bardzo efektywne”, szczególnie w okresie, gdy uczestnicy częściej szukali informacji online.

W programach adresowanych do szkół i zakładów pracy kluczowe znaczenie miała bezpośrednia komunikacja z instytucjami, w których realizowano działania, co usprawniało logistykę i zapewniało spójny przepływ informacji. Równie efektywny okazał się model zastosowany w programach szczepiennych i przesiewowych dla pracowników – tam, gdzie informacja trafiała bezpośrednio do miejsca pracy zwiększała się skuteczność rekrutacji.

Na drugim biegunie znajdowały się kanały i bariery, które tłumiły rekrutację. Największą niewykorzystaną szansą okazał się brak systemowej współpracy z POZ oraz brak synchronizacji przekazu z narzędziami NFZ, w tym z Internetowym Kontem Pacjenta (IKP). Podczas warsztatu rekomendacyjnego zwrócono uwagę, że obecnie portal pacjent.gov.pl pełni kluczową funkcję informacyjną w systemie ochrony zdrowia – to tam obywatele szukają danych o szczepieniach, e-receptach czy programach profilaktycznych. Brak informacji o Regionalnych Programach Zdrowotnych (RPZ) i innych programach samorządowych na tym portalu stanowi istotną lukę systemową, ograniczającą dostęp obywateli do wiedzy o dostępnych formach wsparcia zdrowotnego w ich regionie. **Rekomenduje się** włączenie informacji o RPZ i programach JST do Portalu Pacjenta, z możliwością personalizacji według wieku, płci, województwa czy czynników ryzyka zdrowotnego. Wdrożenie takiego rozwiązania zwiększyłoby transparentność i spójność systemu profilaktyki zdrowotnej oraz ułatwiłoby mieszkańcom dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Równocześnie zauważono, że gdy lekarze rodzinni nie byli włączeni w informowanie o naborze, program tracił najważniejszego i najbardziej wiarygodnego nadawcę. Słabo wypadły także media tradycyjne (radio, lokalna telewizja), zwłaszcza na obszarach wiejskich – w **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** ich zasięg i konwersja były wyraźnie niższe od działań terenowych i kanałów JST.

Choć część realizatorów i uczestników zwracała uwagę na nadmiar formalności, należy podkreślić, że większość wymogów dokumentacyjnych pełniła ważną funkcję potwierdzającą wykonanie świadczenia dla konkretnej osoby i zapewniała wiarygodność rozliczeń. Mimo to w niektórych programach biurokracja była postrzegana jako czynnik utrudniający płynny przebieg działań. Część tych trudności mogła zostać złagodzona poprzez lepszą organizację procesu po stronie realizatorów. Niezależnie od tego, uproszczenie dokumentacji tam, gdzie jest to możliwe bez uszczerbku dla wymogów kontroli i rozliczalności, pozostaje pożądaną praktyką w przyszłych edycjach RPZ.

Wreszcie, nawet dobrze poprowadzona promocja nie zawsze przełamywała niską gotowość do profilaktyki. W **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** część pacjentów onkologicznych rezygnowała z dodatkowych wizyt z powodu „zmęczenia leczeniem”, a w programach szczepiennych (np. RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań) działał efekt „wystarczy jedno” – po szczepieniu przeciw COVID-19 malała chęć do kolejnych szczepień.

Podsumowując najlepiej rekrutują kanały oparte na zaufaniu (lekarz, samorząd, znajomy), w połączeniu z realnym ułatwieniem dostępu blisko domu, „od ręki”, bez kolejek i z minimalną liczbą

formalności. Najbardziej sprawdzają się działania masowe bez lokalnego zakorzenienia, skomplikowana dokumentacja i wymogi, które wydłużają i multiplikują kroki na ścieżce pacjenta. Tam, gdzie do rekomendacji lekarza i lokalnych kanałów dodawano prostą rejestrację, wsparcie „ramię w ramię” przy formularzach oraz jasną informację „co dalej”, zgłaszalność rosła, a rekrutacja stawała się stabilniejsza i bardziej przewidywalna.

Doświadczenie z realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych pokazuje, że aby w przyszłości RPZ skuteczniej odpowiadały na potrzeby mieszkańców, trzeba jednocześnie wzmacniać zaufanie do programu i obniżyć „próg wejścia” dla uczestnika: od pierwszej informacji, przez prostą rejestrację, po bezpieczne skorzystanie ze świadczenia i jasny plan dalszych kroków.

Propozycje działań:

- **Wiarygodne kanały rekrutacji i prosty kontakt:** stała wymiana informacji z POZ i specjalistami, tak aby lekarze rodzinni mogli przekazywać pacjentom wiedzę o dostępnych RPZ, tzw. „poczta pantoflowa”, wsparcie samorządów i szkół, jeden numer telefonu i krótki formularz, działania w terenie z możliwością badania „od ręki”.
- **Dostępność odczuwalna dla uczestnika:** godziny popołudniowe, wieczorne i sobotnie, wiele lokalizacji (także powiatowych) i tryb dojazdowy, szybka rejestracja, zwrot kosztów dojazdu, podniesienie komfortu procedur (np. sedacja), w zależności od tematyki RPZ i grupy docelowej.
- **Kryteria kwalifikacji rzetelne i wykonalne:** wstępna prekwalfikacja „spełnia/nie spełnia” prostym językiem, korekta oczywistych progów, nabór zgodny z potrzebami subregionów.
- **Mniej formalności:** formularze elektroniczne i podpis elektroniczny, jednokrotne podawanie danych, zapewnienie asysty przy wypełnianiu, jasne wyjaśnienie zasad przetwarzania danych. Jednocześnie warto pozostawić możliwość wypełnienia dokumentów w formie papierowej – zwłaszcza z myślą o osobach starszych, które często preferują tradycyjne formularze.
- **Kadra i partnerstwa:** stały, doświadczony zespół z dobrą komunikacją, elastyczne grafiki i przekazywanie części zadań uprawnionym zawodom, współpraca ze szpitalami powiatowymi i samorządami, monitorowanie jakości partnerów i plan ciągłości obsady.
- **Spójna ścieżka pacjenta:** od kwalifikacji, przez badanie/terapię, po dalsze leczenie, elementy edukacyjne i doradcze, w wybranych obszarach rejestry i plan badań kontrolnych. W przypadku rehabilitacji i programów onkologicznych warto zapewniać możliwość wsparcia w powrocie do pracy, jednak nie jako warunek udziału, lecz jako dodatkowa opcja dla osób, dla których jest to realny cel terapii. Takie podejście pozwala uniknąć niepotrzebnego zawężenia grupy odbiorców i utrzymuje główny cel programów, jakim jest poprawa jakości życia uczestników.
- **Koordinacja z innymi programami:** unikanie dublowania działań, jasna wartość dodana (np. brak kolejek, kompleksowa ścieżka);, dostosowanie wskaźników i kierowanie oferty do obszarów słabiej objętych interwencjami centralnymi.
- **Dyscyplina zarządcza:** mierzenie każdego etapu drogi uczestnika, szybkie usuwanie „wąskich gardeł”, krótkie pilotaże przed skalowaniem, monitorowanie równości dostępu (płeć, wiek, miejsce zamieszkania).

2.3 Ocena rozkładu terytorialnego uczestników oraz wg płci i wieku

Ocena rozkładu terytorialnego wg powiatów i gmin

Rozmieszczenie terytorialne uczestników programów zdrowotnych nie jest zjawiskiem przypadkowym – kształtuje je szereg czynników związanych zarówno z konstrukcją RPZ oraz warunkami naboru, jak i praktyką ich realizacji. Istotne znaczenie ma przyjęty model wsparcia – czy RPZ wdrażany jest poprzez jeden projekt czy kilka projektów, a także specyfika RPZ – czy świadczenia są oferowane w siedzibie realizatora, czy bliżej miejsca zamieszkania uczestnika. Duże znaczenie mają także przyjęte sposoby rekrutacji uczestników i dotarcie z informacjami do wszystkich miejsc w województwie. Czynnikiem różnicującym zgłaszalność są na pewno rozwiązania ułatwiające udział, takie jak organizacja badań blisko miejsca zamieszkania, mobilne punkty diagnostyczne czy zwrot kosztów dojazdu, które mogą zwiększać dostępność programu dla mieszkańców obszarów peryferyjnych. Wszystkie te elementy wprost przekładają się na zróżnicowanie geograficzne uczestników poszczególnych projektów.

W WRPO 2014+ dominowało rozwiązanie, iż dany RPZ realizowany był przez jeden projekt na obszarze całego województwa wielkopolskiego, lub w przypadku Poddziałania 6.6.2 i 6.6.3 – na obszarze całego ZIT. W nielicznych przypadkach (np. RPZ 4. Odważ się na zdrowie, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna) dopuszczono możliwość realizacji projektów na obszarze mniejszym niż województwo, co oznacza, że do dofinansowania mogła zostać wybrana większa liczba projektów. Jednocześnie nie dokonano podziału projektów według kryterium terytorialnego, tj. nie wskazano jednego realizatora odpowiedzialnego za dany obszar, na przykład subregion.

Podobne rozwiązania przyjęto w benchmarkingowych programach zdrowotnych. W województwie łódzkim (odpowiednik RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO) wybrano łącznie 15 projektów w trzech konkursach (2020, 2021, 2022). Projekty, w zależności od realizatora, obejmowały całe województwo lub wybrane powiaty, przy czym na poziomie warunków naboru nie dokonano formalnego „przydziału” obszarów – każdy realizator prowadził działania we własnym, samodzielnie określonym zasięgu. W województwie mazowieckim (w którym wdrażano program zdrowotny o zakresie zbliżonym do RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD) wybrano w okresie 2014-2020 pięć projektów, z których każdy deklarował objęcie interwencją całego regionu, również bez podziału na strefy działania poszczególnych podmiotów. Odmienny mechanizm przyjęto w województwie kujawsko-pomorskim (odpowiednik RPZ 1. Zdrowa aorta), gdzie finansowany z budżetu samorządu program przewidywał wybór wielu realizatorów, a następnie – w drugim etapie oceny – indywidualne negocjacje z oferentami. Negocjacje dotyczyły ceny jednostkowej, wolumenu świadczeń oraz, co kluczowe, liczby mieszkańców powierzonych każdemu podmiotowi. W efekcie, choć wszyscy realizatorzy działali na rzecz całego województwa, zakres populacyjny (de facto quasi-terytorialny) był precyzowany kontraktowo, co ograniczało ryzyko dublowania się działań i pozwalało lepiej bilansować dostępność.

Doświadczenia z wdrażania WRPO 2014+ pokazały, że nie w każdym przypadku przyjęte rozwiązania (1 projekt vs. kilka projektów) się sprawdziły. W nielicznych RPZ, gdy dopuszczano realizację kilku projektów obejmujących mniejszy obszar, jednak bez wyraźnego podziału terytorialnego (np. subregionalnego), skutkowało to ryzykiem koncentracji działań w dużych ośrodkach miejskich, przede wszystkim w Poznaniu, co ograniczało dostępność wsparcia w obszarach peryferyjnych. W opinii przedstawicieli instytucji, brak terytorializacji sprzyjał konkurencji między realizatorami, zamiast wspierać równomierne rozłożenie działań.

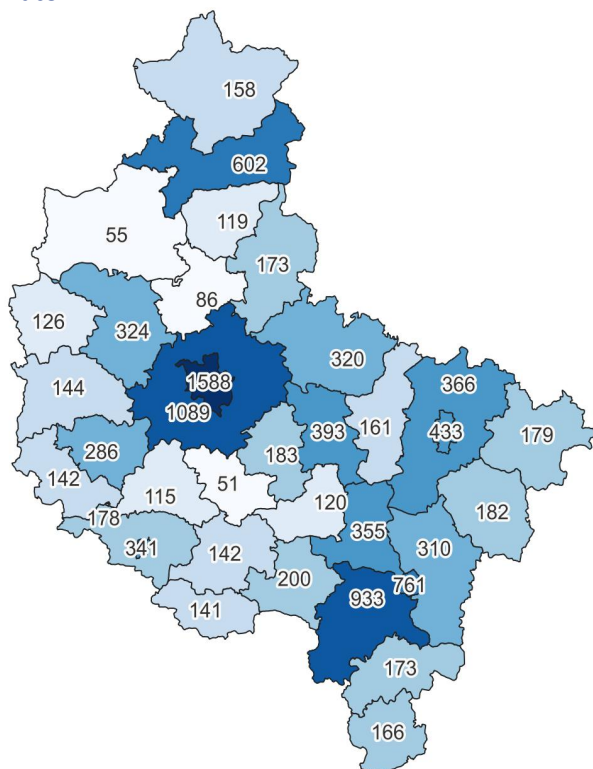
Jednakże realizatorzy projektów w wywiadach wskazywali, że kwestia konkurencji między ośrodkami realizującymi projekty w tych samych RPZ w praktyce miała ograniczone znaczenie. W pojedynczych przypadkach pojawiały się obawy przed rywalizacją o uczestników, szczególnie w dużych ośrodkach miejskich, jednak szybko okazało się, że skala potrzeb zdrowotnych oraz niewydolność systemu NFZ sprawiły, iż większa liczba realizatorów nie powodowała ograniczeń. Wskazywano przy tym, że pacjenci naturalnie wybierali ośrodki położone najbliżej ich miejsca zamieszkania, co niekiedy prowadziło do sytuacji, w której uczestnicy rekrutowali się do innego projektu niż przy pierwszym kontakcie z innym realizatorem. W kilku sytuacjach zamiast rywalizacji między realizatorami pojawiała się współpraca, która okazywała się korzystna zarówno dla organizatorów, jak i dla uczestników. Partnerstwa między ośrodkami umożliwiały rozszerzenie zasięgu działań poprzez prowadzenie zajęć w różnych lokalizacjach – na przykład w dwóch sąsiednich powiatach. Dzięki temu uczestnicy mogli korzystać ze wsparcia bliżej miejsca zamieszkania, co redukowało bariery związane z dojazdem i częstotliwością wizyt (np. dwa razy w tygodniu, wraz z dodatkowymi konsultacjami u dietetyka czy psychologa). Jednocześnie część realizatorów podkreślała, że choć mieli świadomość funkcjonowania innych podmiotów prowadzących podobne projekty, nie zawsze dochodziło do bezpośredniego kontaktu czy koordynacji działań.

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO jest przykładem programu, w którym objęcie mniejszego funkcjonalnego obszaru w połączeniu z zaangażowaniem lokalnych samorządów, pozwoliło lepiej dostosować działania do lokalnych potrzeb. Realizatorzy działań w AKO wskazywali na korzyści płynące z bliskiej współpracy z samorządami, które aktywnie wspierały działania organizacyjnie i promocyjnie, a także na możliwość łatwiejszego dotarcia do mieszkańców i skuteczniejszego diagnozowania potrzeb zdrowotnych. W obecnej perspektywie finansowej 2021-2027 ZIT nie dysponują dedykowaną alokacją na RPZ. W konsekwencji, zgodnie z deklaracjami rozmówców reprezentujących AKO oraz MOF Poznań, niektóre działania prozdrowotne są tam kontynuowane, lecz finansowane ze źródeł poza środkami unijnymi.

Bazując na doświadczeniach z perspektywy 2014-2020, IZ wdrożyła zmiany w obecnym okresie programowania jeśli chodzi o realizację RPZ. W wybranych, uzasadnionych programach wprowadzono podejście terytorialne, którego celem jest zapewnienie równomiernego dostępu do wsparcia na obszarze całego województwa. Przykładem jest RPZ dotyczący rehabilitacji medycznej, w którym zastosowano podział na subregiony przy wyborze realizatorów. Budżet programu został rozdzielony proporcjonalnie do liczby osób wymagających wsparcia w poszczególnych subregionach, a następnie przewidziano wybór co najmniej jednego realizatora dla każdego z nich. Nowy model, obecnie wdrażany, ma przeciwdziałać koncentracji działań w największych ośrodkach oraz sprzyjać bardziej sprawiedliwej i efektywnej dystrybucji wsparcia zdrowotnego w całym województwie.

Poniżej przedstawiono rozkład terytorialny uczestników w poszczególnych RPZ. Nie pokazano rozkładu dla RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc ze względu na bardzo małą liczbę uczestników.

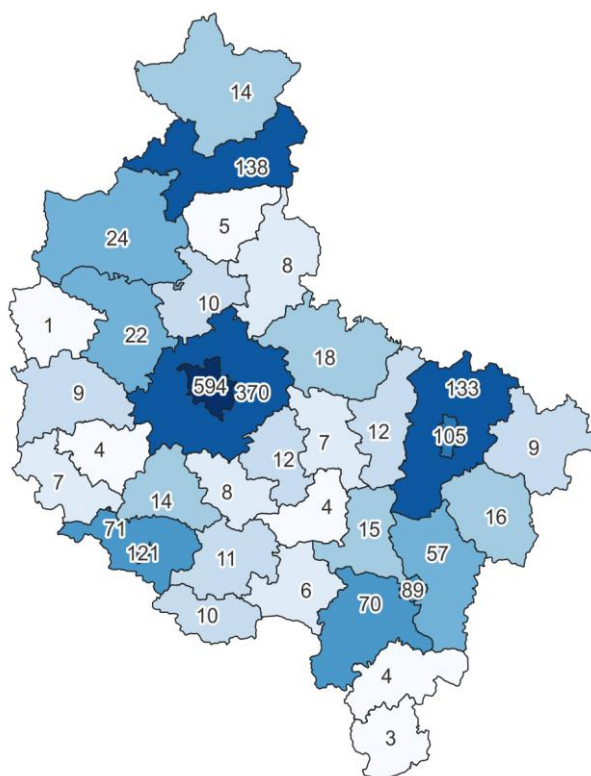
Mapa 1 Liczebność uczestników RPZ 1. Zdrowa aorta wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 1. Zdrowa aorta** należy ocenić jako dobry, mimo niższej liczby zgłoszeń w wybranych powiatach (obornickim, śremskim, czarnkowsko-trzcianeckim). Wywiady z realizatorem wskazują, że słabsza rekrutacja dotyczyła przede wszystkim północnych części regionu, pomimo zastosowania identycznych działań informacyjno-promocyjnych jak w pozostałych obszarach; jednocześnie obserwowano bardzo wysoki napływ zgłoszeń bezpośrednio po lokalnych akcjach promocyjnych. Kluczowym czynnikiem sprzyjającym równomiernemu zasięgowi okazała się bliskość świadczeń – dojazdy zespołów do każdego powiatu i zapewnienie badań w pobliżu miejsca zamieszkania były przez pacjentów wysoko cenione i stanowiły istotny motor zgłaszalności (łącznie 11 tys. osób), co uzasadnia utrzymanie mobilnego, zdecentralizowanego modelu organizacji badań w przypadku kontynuacji programu w przyszłości.

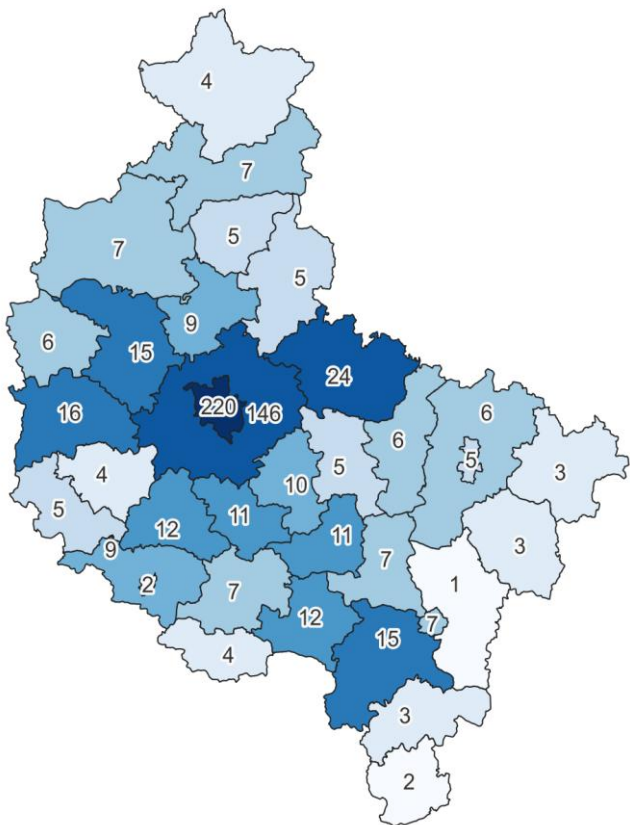
Mapa 2 Liczebność uczestników RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 2. Rehabilitacja Onkologiczna** można ocenić jako zasadniczo równomierny, przy jednoczesnym występowaniu obszarów o ograniczonej dostępności (m.in. powiaty peryferyjne: międzychodzki, ostrzeszowski, kępiński oraz część powiatów centralnych: jarociński, grodziski, chodzieski). Wnioski z wywiadu z realizatorem wskazują, że jest to bezpośrednia konsekwencja przyjętego modelu organizacyjnego: koncentracja świadczeń w głównym ośrodku w Poznaniu oraz kilku filiach (Kalisz, Konin, Leszno, Piła), bez możliwości świadczenia usług w miejscu zamieszkania pacjentów, wymuszała wielokrotne dojazdy i sprzyjała kumulacji rekrutacji wokół centrów. W efekcie frekwencja w Poznaniu i gminach ościennych znacząco przewyższała zainteresowanie w mniejszych miejscowościach. Taki wzorec przestrzenny jest więc w głównej mierze uzasadniony logistyką realizacji i barierami dojazdu.

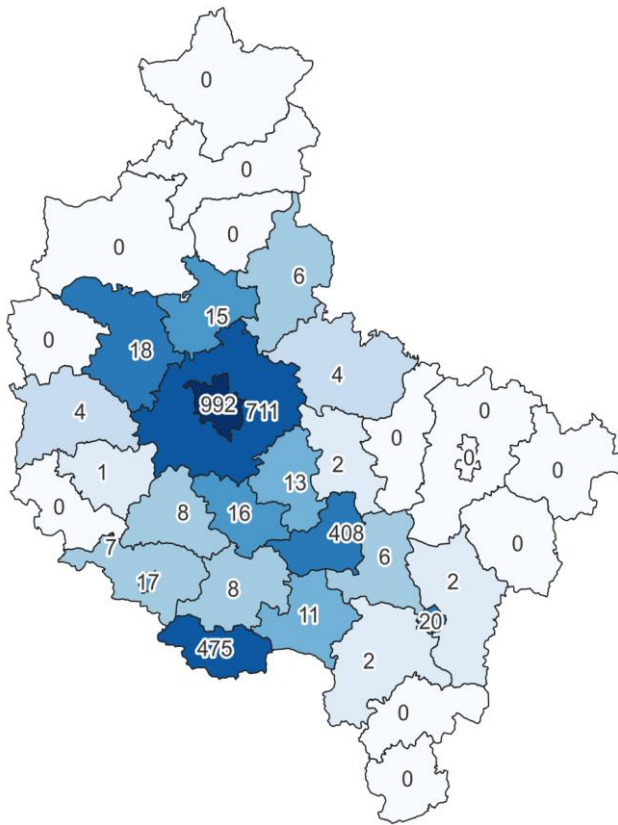
Mapa 3 Liczebność uczestników RPZ 3. Prewencja niewydolności serca wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** należy ocenić jako relatywnie równomierny, z wyraźnie niższą zgłaszalnością we wschodnich powiatach województwa (kaliskim, kępińskim, ostrzeszowskim, tureckim, kolskim) oraz koncentracją w Poznaniu i powiecie poznańskim. Ustalenia z wywiadu realizatorem wskazują, że planowana współpraca z sześcioma ośrodkami zewnętrznymi nie przyniosła oczekiwanych efektów ze względu na obciążenia administracyjne i wysoki wolumen pacjentów „standardowych” w tych jednostkach, co ograniczyło możliwość przyjmowania uczestników projektowych i de facto skupiło realizację świadczeń w głównym ośrodku. W konsekwencji dominacja aglomeracji poznańskiej była wypadkową uwarunkowań organizacyjnych i logistycznych (dostępność terminów, gotowość operacyjna ośrodków), a nie różnic w potrzebach zdrowotnych, przy czym w części regionu alternatywną ścieżką były świadczenia dostępne w innych ośrodkach onkologicznych.

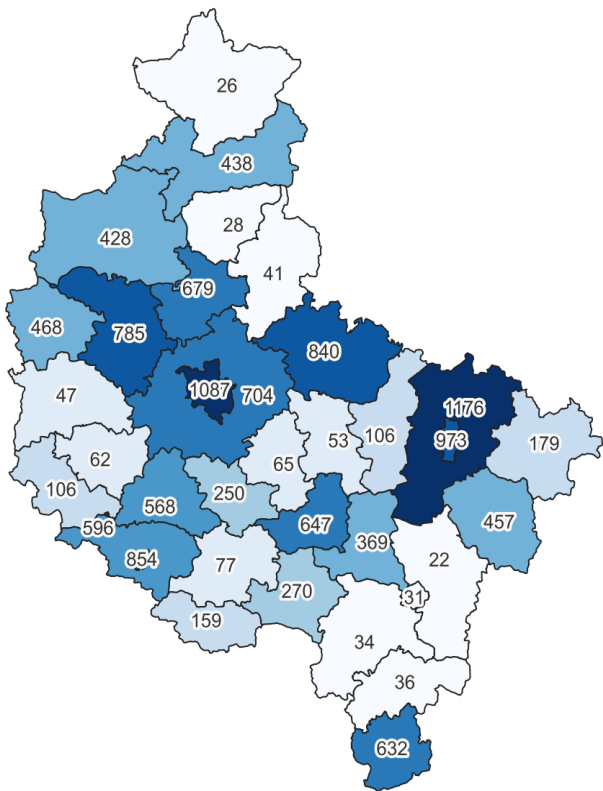
Mapa 4 Liczebność uczestników RPZ 4. Odważ się na zdrowie wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 4. Odważ się na zdrowie** jest wyraźnie nierównomierny: dominacja Poznania i powiatu poznańskiego wynikała z objęcia MOF przez jeden z projektów, a wysokie wartości w powiatach rawickim i jarocińskim – z realizacji drugiego projektu; przy równoczesnym rozwiązaniu umowy z SAKO, co zawężyło zasięg interwencji. Wywiady potwierdzają, że kluczowym czynnikiem kształtującym zgłaszalność była bliskość świadczeń: przy wysokiej częstotliwości zajęć (m.in. dwa razy w tygodniu oraz dodatkowe konsultacje) odległość stanowiła istotną barierę, choć zainteresowanie było porównywalne w dwóch lokalizacjach. Pozytywnie oceniono komponent zdalny wprowadzony w czasie pandemii, który ograniczał konieczność dojazdów. W konsekwencji uzasadnione jest w kolejnej edycji silniejsze zdecentralizowanie organizacji – co najmniej na poziomie powiatów z utrzymaniem elementów online – aby ograniczyć efekt koncentracji i zapewnić równy dostęp w całym regionie.

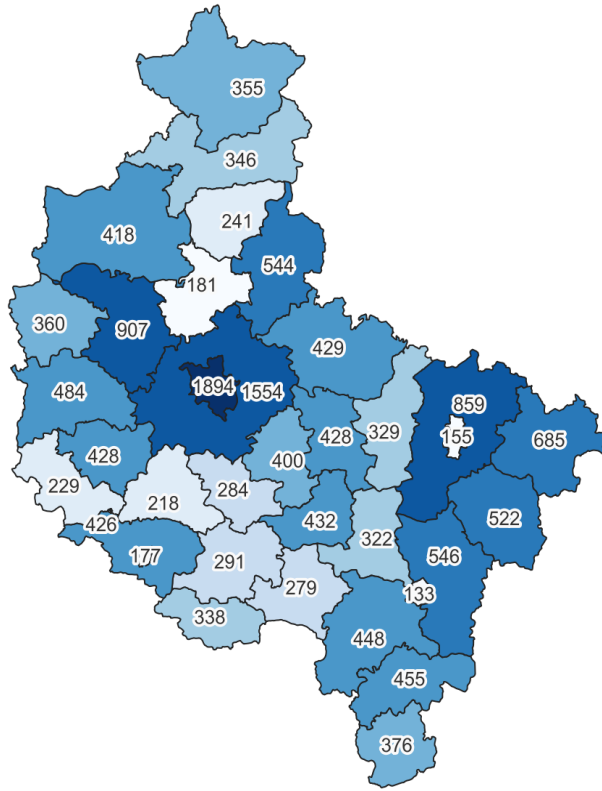
Mapa 5 Liczebność uczestników RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa** należy ocenić jako zasadniczo dobry, przy zauważalnej koncentracji w Koninie i powiecie konińskim oraz w Poznaniu, a także słabszej dostępności w Kaliszu i powiecie kaliskim oraz w powiatach chodzieskim i złotowskim. Wnioski z wywiadu z realizatorem uzasadniają taki obraz: zgłaszalność była wyraźnie wyższa w większych miastach (Poznań, Konin, Leszno), co wynikało z lepszej dostępności placówek, większej świadomości zdrowotnej oraz krótszych ścieżek dotarcia do świadczeń, podczas gdy w mniejszych miejscowościach bariery logistyczne i informacyjne ograniczały nabór. Jednocześnie rozproszenie świadczeń w 30 poradniach zlokalizowanych w 19 miastach województwa istotnie poprawiło dostępność i zmniejszyło różnice przestrzenne, choć nie zniwelowało ich całkowicie.

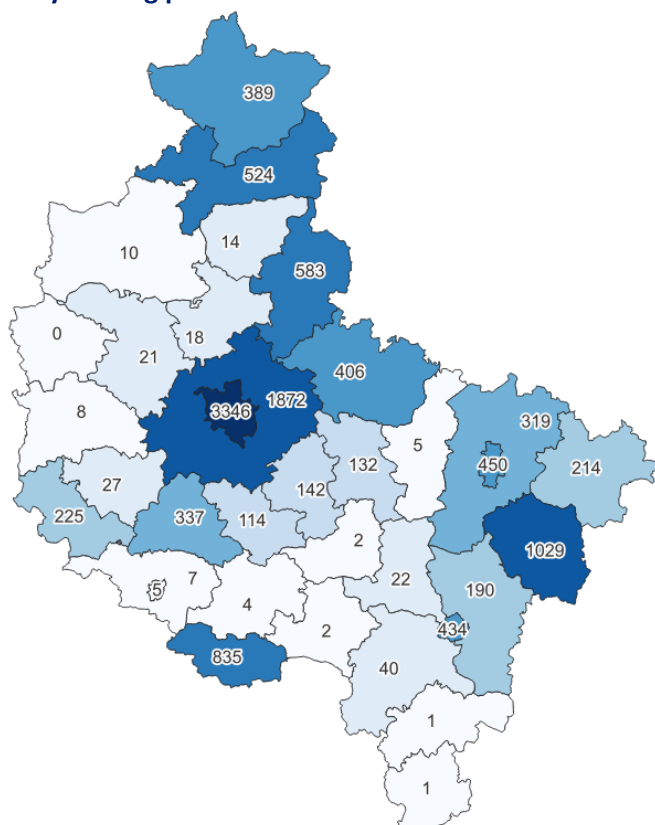
Mapa 6 Liczebność uczestników RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** należy ocenić jako równomierny, z naturalną dominacją Poznania i powiatu poznańskiego wynikającą z wielkości populacji. Wywiady z realizatorem potwierdzają, że taki obraz jest bezpośrednim efektem przyjętego modelu organizacyjnego: zamiast oczekiwać na dojazd pacjentów do dużych ośrodków, zespół organizował edukację i odbiór próbek w każdej gminie możliwie blisko miejsca zamieszkania. Kluczowym akceleratorem frekwencji była aktywna współpraca z samorządami – tam, gdzie gminy szeroko informowały mieszkańców, odnotowywano najwyższe zgłoszenia. Jednocześnie ograniczenie bariery dojazdu (zwłaszcza do dużych miast) sprzyjało wyrównaniu udziału pomiędzy powiatami, a skala wojewódzka projektu zwiększała dostępność w kontekście deficytów świadczeń kolonoskopii w ramach NFZ. W rezultacie obecny, zdecentralizowany i oparty na partnerstwie z gminami model w pełni uzasadnia obserwowany rozkład przestrzenny i powinien być utrzymany w kolejnych edycjach.

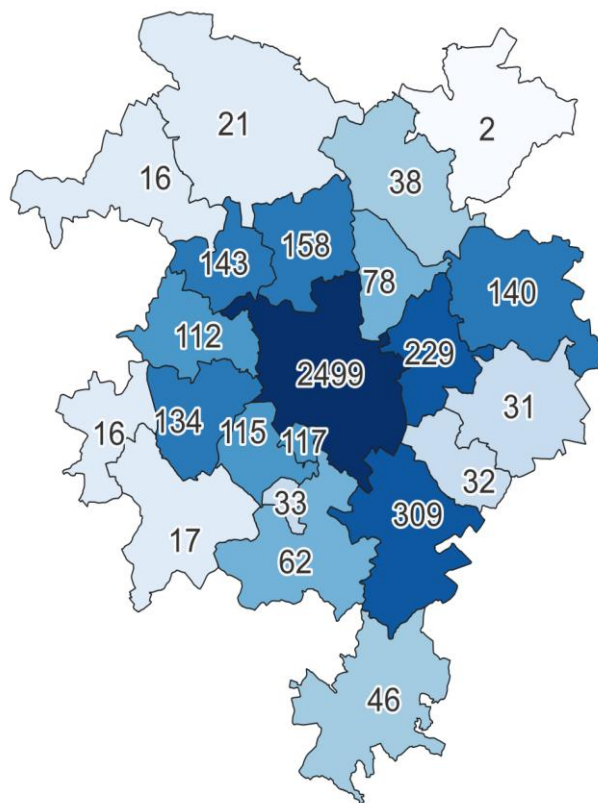
Mapa 7 Liczebność uczestników RPZ 7. Rehabilitacja medyczna wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Mimo wyboru projektów, które łącznie swoim zakresem planowały objąć całe województwo, rozkład terytorialny uczestników **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** jest wyraźnie nierównomierny, z koncentracją w Poznaniu, powiecie poznańskim oraz tureckim i bardzo niską frekwencją w części powiatów (m.in. jarocińskim, krotoszyńskim, kępińskim, ostrzeszowskim) oraz brakiem choć jednego uczestnika z powiatu międzychodzkiego. Częściowo wpływ na to miało rozwiązanie dwóch umów o dofinansowanie, które miały być realizowane np. w powiatach międzychodzkiem czy słupeckim. Dodatkowo w projektach wystąpił problem z dojazdami: mimo kierowania ogłoszeń do powiatów ościennych, dojazdy do miejsca realizacji były dla mieszkańców mało atrakcyjne, co ograniczało rekrutację spoza powiatu świadczeniodawcy. Warto docelowo organizować świadczenia co najmniej na poziomie powiatów. Taki model zapewni bliskość miejsca udzielania świadczeń – kluczowy czynnik sukcesu w tego typu interwencjach – oraz zagwarantuje bardziej równy dostęp dla wszystkich odbiorców.

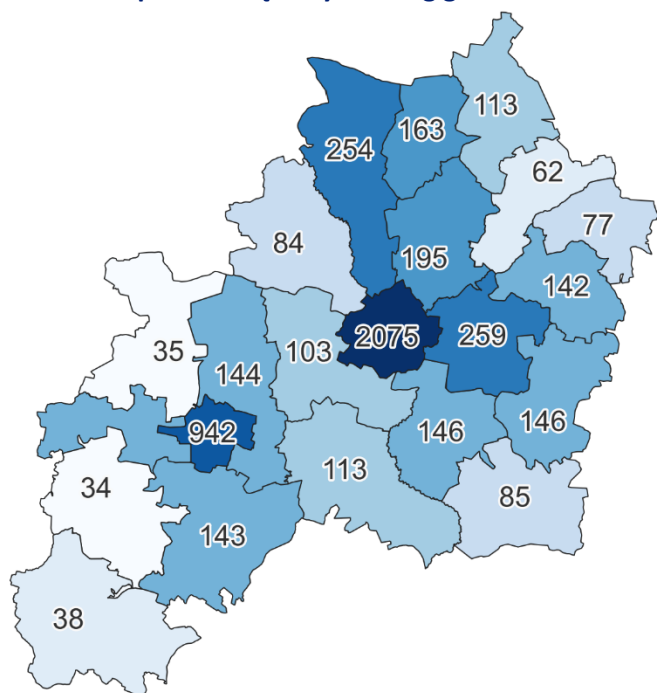
Mapa 8 Liczebność uczestników RPZ 8. Szczepienia na grype MOF Poznań wg gmin



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 8. Szczepienia na grype MOF Poznań** cechuje wyraźna koncentracja w Poznaniu, przy spadku udziału wraz z oddalaniem od centrum i szczególnie słabych wynikach w gminach ościennych, mimo szerokiej rekrutacji i dostępności świadczeń poza miastem. Wnioski z wywiadu wskazują, że kluczowym czynnikiem różnicującym była skuteczność współpracy z POZ – tam, gdzie komunikat wychodził bezpośrednio od lekarzy POZ, zgłaszalność była najwyższa. To wyjaśnia obserwowaną przewagę ośrodka centralnego, w którym sieć i zaufanie do POZ są najsilniejsze. Uzasadnieniem dla takiego rozkładu jest więc nie tyle bariera dostępności, ile niedostateczna intensywność i wiarygodność komunikacji w gminach poza rdzeniem MOF; w kolejnych edycjach rekomendowane jest wzmocnienie rekrutacji poza Poznaniem.

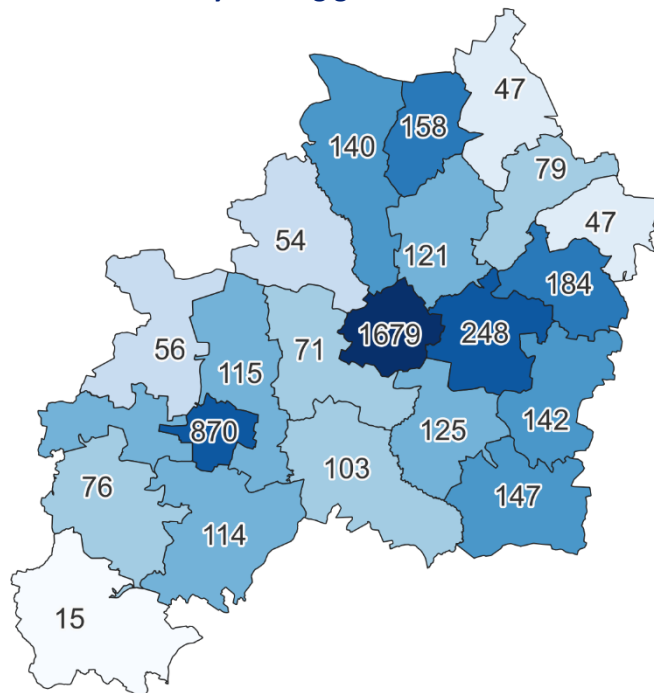
Mapa 9 Liczebność uczestników RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO wg gmin



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO** należy ocenić jako zasadniczo równomierny, z naturalną dominacją Kalisza i pojedynczymi odchyleniami w gminach takich jak Sośnie, Raszków czy Odolanów. Ustalenia z wywiadu z przedstawicielami beneficjenta wskazują, że taki obraz jest w dużej mierze proporcjonalny do liczby mieszkańców – wyższe nabory w Kaliszu i Ostrowie Wielkopolskim wynikały z większej liczby mieszkańców – oraz efektem właściwie dobranej skali terytorialnej interwencji. Przyjęta skala RPZ (obszar wyłącznie AKO) ułatwiała dotarcie do mieszkańców wszystkich gmin, choć należy mieć na uwadze, że zakładane wartości docelowe jeśli chodzi o liczbę uczestników zrealizowano jedynie w niecałych 60%.

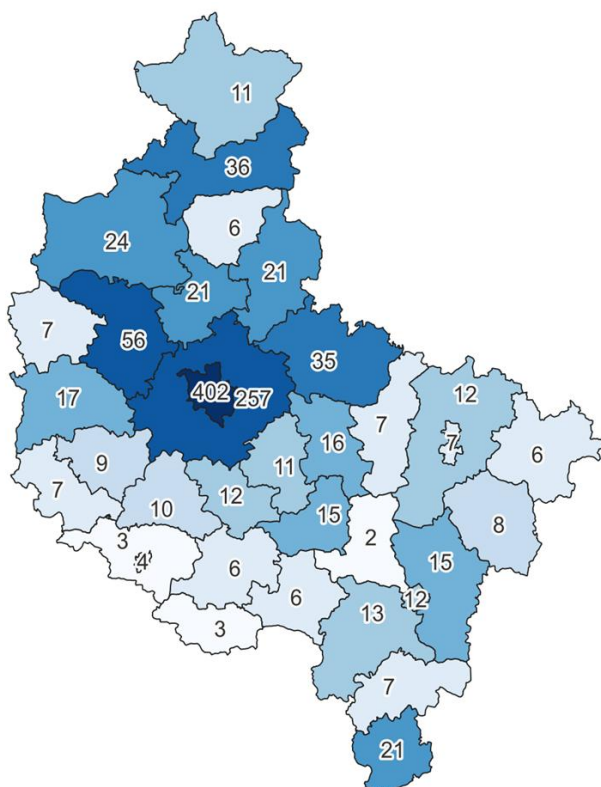
Mapa 10 Liczebność uczestników RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO wg gmin



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** należy ocenić jako równomierny, z pojedynczym odchyleniem w postaci niższej liczby zgłoszeń w gminie Sośnie. Wyniki wywiadu z realizatorem uzasadniają taki obraz: kluczowym czynnikiem sukcesu było silne zaangażowanie samorządów – urzędnicy 24 JST wykorzystali lokalne kanały komunikacji (m.in. profile społecznościowe), co przelożyło się na skuteczne dotarcie do mieszkańców i ponadprzeciętną frekwencję także na obszarach wiejskich. Mechanizm „lokalnego, wiarygodnego nadawcy” obniżał bariery informacyjne i organizacyjne, sprzyjając równemu rozłożeniu uczestników między gminami. W konsekwencji obecny rozkład przestrzenny jest efektem jakości współpracy z JST.

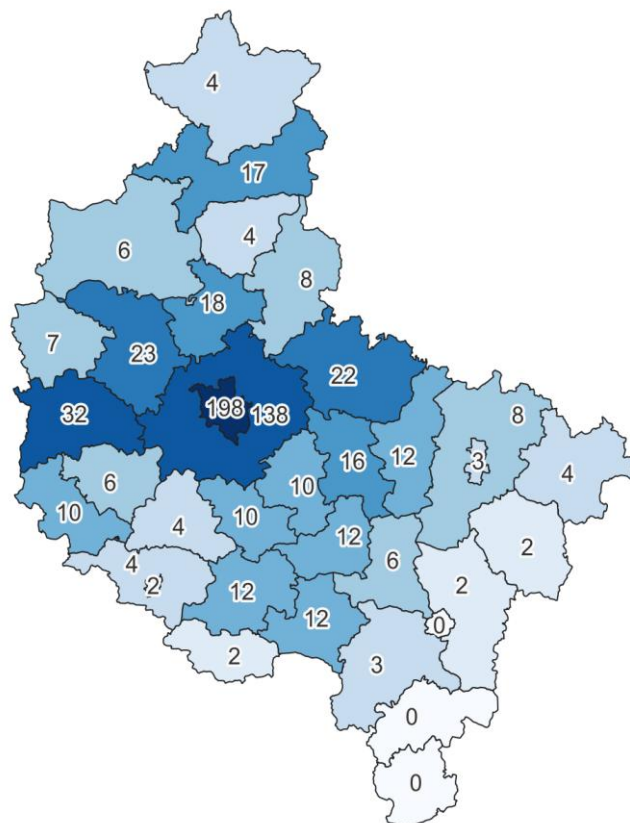
Mapa 11 Liczebność uczestników RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** był nierównomierny, co wprost wynikało z problemów realizacyjnych i rozwiązania 6 z 8 umów, skutkującego de facto „kurczeniem się” sieci świadczeń do nielicznych aktywnych ośrodków. Wnioski z wywiadów potwierdzają, że podstawową barierą była też odległość – pacjenci wybierali najbliższy ośrodek, a nawet szeroka komunikacja w mediach regionalnych nie przekładała się na napływ osób spoza powiatu świadczeniodawcy. Taki wzorzec przestrzenny jest więc uzasadniony ograniczoną dostępnością lokalnych punktów oraz brakiem ciągłości realizacji, a nie różnicami w potrzebach. W przyszłości taki RPZ powinien być realizowany poprzez projekty subregionalne, aby zmniejszyć zależność frekwencji od dystansu.

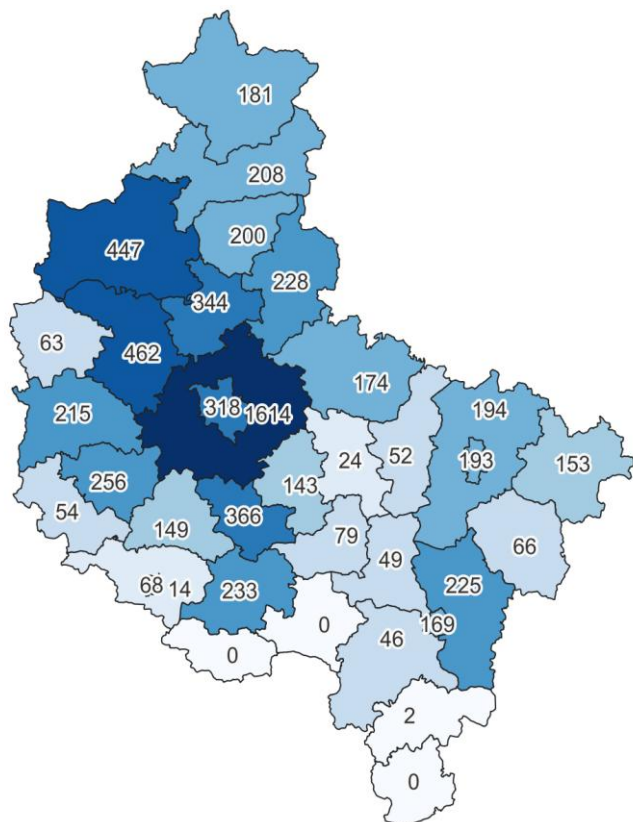
Mapa 12 Liczebność uczestników RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy** jest zasadniczo równomierny, przy naturalnej dominacji Poznania wynikającej z koncentracji świadczeń w ośrodku referencyjnym realizatora. Z wywiadu wynika, że działania informacyjne (POZ, szpitale, kanały uczelniane, komunikacja własna oraz „poczta pantoflowa”) oraz renoma i referencyjność placówki – dysponującej jedną z największych poradni ortodontycznych – skutecznie przyciągały pacjentów z całego regionu. Jednocześnie brak uczestników w najbardziej oddalonych powiatach (ostrzeszowskim i kępińskim) wskazuje na utrzymującą się barierę dystansu; mimo zwrotu kosztów dojazdu i koordynacji wizyt, w kolejnych edycjach zasadne jest rozszerzenie wsparcia logistycznego o finansowanie zakwaterowania (na wzór RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD).

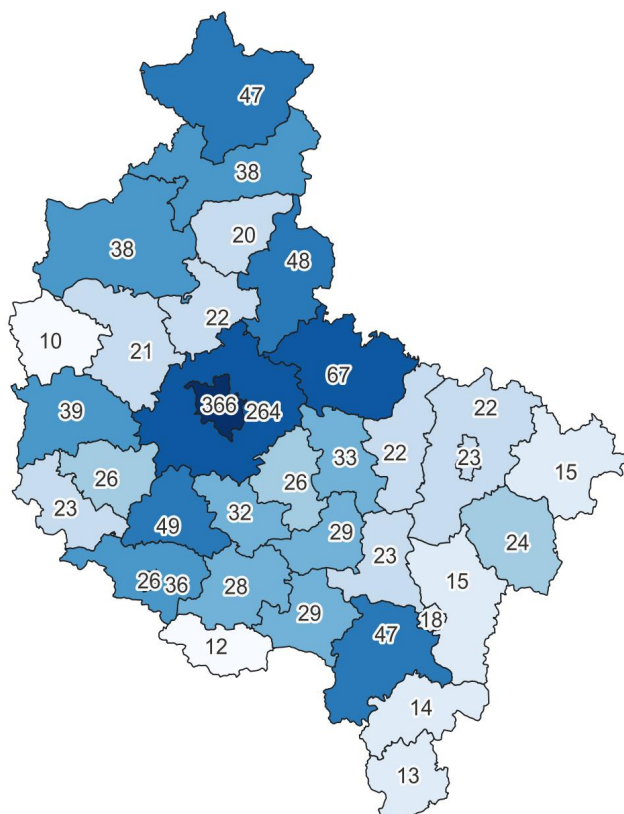
Mapa 14 Liczebność uczestników RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Rozkład terytorialny uczestników RPZ **15. Rehabilitacja onkologia dziecięca** należy ocenić jako równomierny, co wynika bezpośrednio z przyjętego modelu rekrutacji szpitalnej: nabór był zamknięty i obejmował przede wszystkim pacjentów już hospitalizowanych, kierowanych do programu zgodnie ze wskazaniami medycznymi, niezależnie od miejsca zamieszkania. Taki sposób organizacji minimalizował bariery informacyjne i logistyczne (dojazd, dostępność terminów), a centralne ścieżki kliniczne oraz współpraca z oddziałami pediatrycznymi w całym regionie zapewniały równe szanse kwalifikacji. Potwierdza to obserwacja, że dzieci zgłoszone do programu pochodziły ze wszystkich gmin i powiatów województwa.

Mapa 15 Liczebność uczestników RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD wg powiatów



Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD** należy ocenić jako równomierny, co znajduje pełne uzasadnienie w przyjętym modelu realizacji i wnioskach z wywiadu z realizatorami oraz FGI: kluczowe było systemowe zniesienie bariery dystansu poprzez finansowanie zakwaterowania i transportu dla rodzin z obszarów oddalonych od Poznania, co wyrównało szanse dostępu niezależnie od miejsca zamieszkania. Ponadprzeciętna reprezentacja rejonów Piły i Leszna wynikała z partnerskiej współpracy z lokalnymi ośrodkami zaprzyjaźnionymi. Intensywne, bezpośrednie dotarcie do najbardziej oddalonych gmin – w tym osobiste wizyty u wójtów i kontakt bezpośredni z placówkami – ograniczyło bariery informacyjne; dodatkowo, sieci instytucjonalne (szkolnictwo specjalne, GOPS-y) zadziałały jako skuteczne nośniki informacji na starcie projektu. Wypadkowa tych rozwiązań organizacyjno-logistycznych przełożyła się na stabilny, równomierny rozkład przestrzenny uczestników.

Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

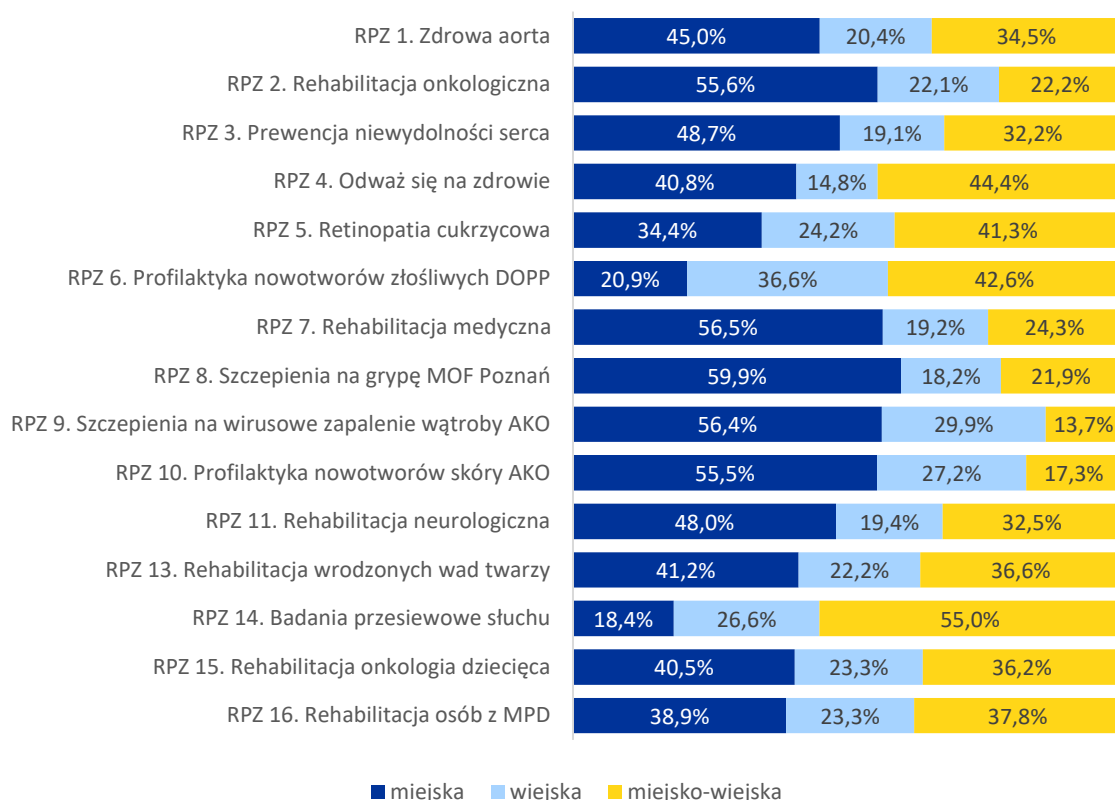
Ocena rozkładu terytorialnego wg typu gminy

Widać wyraźne **zróźnicowanie struktury uczestników RPZ ze względu na miejsce zamieszkania**.

W części programów dominowali mieszkańcy miast – szczególnie tam, gdzie interwencje były realizowane w dużych ośrodkach i miały charakter specjalistyczny lub wymagały częstego kontaktu z placówką. Są też RPZ, w których główną grupą odbiorców były osoby z gmin miejsko-wiejskich – to najczęściej programy o szerszym zasięgu populacyjnym, w tym profilaktyczne, łatwiejsze do wdrożenia w mniejszych miejscowościach. Zdarzały się również projekty, w których mieszkańcy wsi stanowili istotny odsetek uczestników, co można wiązać z charakterem chorób występujących częściej na terenach mniej zurbanizowanych lub z lokalizacją realizatora bliżej tych społeczności.

Na zróżnicowanie terytorialne mogą również wpływać kryteria oceny projektów. W przypadku RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, w którym odnotowano na tle wszystkich programów, największy udział uczestników z obszarów wiejskich, w regulaminie naboru określono, iż grupę docelową w ramach projektu stanowią co najmniej w 10% osoby, które zamieszkują miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, w tym w szczególności obszary wiejskie. W tym samym naborze premiowano także projekty, które zakładają realizację wsparcia na obszarze tzw. "białych plam".

Wykres 7 Rozkład uczestników RPZ wg typu gminy, w której mieszkają



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014, n= 84876; pokazano dane dla RPZ gdzie n>36.

W znacznej części projektów miejsca realizacji świadczeń zdrowotnych (placówki zdrowotne) były zlokalizowane w miastach, co w przypadku projektów wymagających częstych lub codziennych wizyt miało decydujący wpływ na to, skąd byli uczestnicy. Np. w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, gdzie ponad połowa uczestników pochodziła z gmin miejskich, turnus rehabilitacyjny trwał 20 dni, co wymagało codziennego stawiania się w placówce. Mimo szerokiego zasięgu niektórych projektów w tym RPZ, obejmujących np. kilka powiatów, zdecydowana większość uczestników pochodziła z powiatu, w którym zlokalizowana była placówka świadcząca usługi zdrowotne. W projektach gwarantowano zwrot kosztów dojazdów dla uczestników, ale i tak czasochłonność dojazdu (nawet 1-2 godziny w jedną stronę) stanowiła barierę dla osób z odleglejszych miejscowości. Należy podkreślić, że program był adresowany do osób aktywnych zawodowo, co w praktyce uniemożliwiało uczestnikom skorzystanie z 20-dniowego zwolnienia z pracy. W przypadku tej grupy kluczowym ułatwieniem oraz warunkiem udziału w oferowanym wsparciu była przede wszystkim bliskość miejsca realizacji działań, jak również elastyczne dostosowanie godzin zabiegów do obowiązków zawodowych. Takie rozwiązania przyjęto zresztą w analizowanych projektach.

Również w RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna wsparcie było w formie cyklicznych wizyt u różnych specjalistów (wsparciem objęto zarówno pacjentów onkologicznych, jak też i ich rodziny). Projekt był realizowany w pięciu lokalizacjach w Wielkopolsce (Poznań, Kalisz, Konin, Leszno i Piła), jednak nie zapewniało dojazdu ani zakwaterowania. Pacjent musiał sam dojechać do jednej ze wskazanych lokalizacji, i, jak wynika z wywiadu z beneficjentem, konieczność dojazdów była na tyle problematyczna, że zdarzało się, iż osoby rezygnowały z udziału w projekcie z powodu niemożliwości

dojazdu. Zespół projektowy starał się układać wizyty tak, aby pacjent mógł skorzystać z usług kilku specjalistów (dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty) podczas jednego przyjazdu, by zoptymalizować jego czas.

REKOMENDACJA: Rekomenduje się zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestników, zwłaszcza w przypadku regionalnych programów zdrowotnych, których grupą docelową są osoby aktywne zawodowo oraz osoby starsze. Dotyczy to szczególnie programów o charakterze ciągłym lub cyklicznym, wymagających regularnego uczestnictwa w zabiegach bądź wizytach – codziennych lub odbywających się z dużą częstotliwością w określonym okresie czasu – przy jednoczesnym braku konieczności korzystania ze specjalistycznego, kosztownego sprzętu dostępnego jedynie w nielicznych placówkach, którego zakup w większej liczbie nie byłby uzasadniony ekonomicznie. Zaleca się rozważenie realizacji takich regionalnych programów zdrowotnych w układzie subregionalnym, obejmującym grupy powiatów, w którym działania prowadzone byłyby równolegle w poszczególnych subregionach. W ramach procesu wyboru projektów warto premiować wnioskodawców planujących utworzenie filii lub punktów świadczenia usług w ramach projektu, co przyczyni się do zwiększenia terytorialnej dostępności świadczeń zdrowotnych oraz umożliwi lepsze dotarcie do mieszkańców województwa wielkopolskiego.

Projekty realizowane w ramach Poddziałiań WRPO 2014+, ukierunkowane na wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne w formule ZIT (RPZ 8. Szczepienia na grype MOF Poznań, RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO), również charakteryzowały się tym, że ponad połowa uczestników pochodziła z obszarów miejskich. Mimo szerokiego zasięgu (projekty obejmowały całe obszary funkcjonalne i rozmieszczenie wsparcia można ocenić pozytywnie), główne miasta, jako centrum aglomeracji, siłą rzeczy generowały największą liczbę zgłoszeń. Dodatkowo w RPZ 8. Szczepienia na grype MOF Poznań jednym z głównych „kanałów” rekrutacji uczestników były duże zakłady pracy, które są naturalnie zlokalizowane w większych ośrodkach miejskich.

Jedynym programem zdrowotnym, w którym ponad połowa uczestników pochodziła z gmin miejsko-wiejskich, był RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu. Dominacja takich uczestników wynikała przede wszystkim z celowych założeń projektowych oraz skutecznej mobilizacji władz lokalnych. Projekt od początku koncentrował się na szkołach z małych miejscowości oddalonych od Poznania, gdzie dostęp do specjalistów – laryngologów czy audiologów – był szczególnie utrudniony. Realizatorzy, mimo istotnych wyzwań logistycznych związanych z koniecznością dojazdu do niewielkich placówek, konsekwentnie wdrażali strategię docierania także do takich szkół, traktując ją jako nadrzędny cel. Jednocześnie efektywne kanały komunikacji – w szczególności zaangażowanie organów prowadzących szkoły – umożliwiły szybkie i szerokie dotarcie z informacją o projekcie do szkół. W efekcie zdecydowana większość uczestników programu pochodziła z gmin miejsko-wiejskich i obszarów położonych z dala od dużych ośrodków miejskich, szczególnie z północnej i wschodniej części województwa wielkopolskiego. Jak wynika z wywiadu pogłębionego z beneficjentem, efekt taki osiągnięto mimo czasochłonności docierania do oddalonych placówek oraz mimo zmiany podejścia w trakcie realizacji projektu. Początkowo celem było rekrutowanie w pierwszej kolejności właśnie szkół z małych miejscowości oddalonych od Poznania. Ten słuszny pomysł dotarcia do małych szkół, gdzie dostęp do lekarza był utrudniony, pochłaniał dużo czasu na podróże. W rezultacie, tracąc dużo czasu na badania w małych szkołach i mając problem z osiągnięciem wskaźnika (przebadano niespełna 10 tysięcy z 20 tysięcy planowanych uczniów), realizatorzy musieli zmienić strategię. W procesie

rekrutacji zaczęto uwzględniać też większe szkoły – w okolicy Poznania, pod Poznaniem lub w większych miejscowościach/miastach powiatowych.

W RPZ 6, dotyczącym profilaktyki nowotworów złośliwych DOPP, znaczna część uczestników pochodziła z **obszarów wiejskich** (36,6%), co wynikało z przyjętej strategii organizacji świadczeń możliwie najbliżej miejsca zamieszkania. Spotkania edukacyjne oraz odbiór próbek kału odbywały się w każdej gminie, dzięki czemu wyeliminowano barierę czasochłonnnych dojazdów do dużych miast, która w przypadku mieszkańców wsi i małych miejscowości często stanowi czynnik zniechęcający do udziału w programach zdrowotnych. Kluczowe znaczenie miało również zaangażowanie samorządów lokalnych w promocję działań oraz wykorzystanie bezpośrednich form kontaktu, takich jak zaproszenia czy wiadomości SMS, co pozwoliło skutecznie dotrzeć do mieszkańców i zmobilizować ich do udziału. W efekcie program w szczególny sposób odpowiadał na potrzeby osób z terenów o ograniczonej dostępności do specjalistycznych badań przesiewowych, co przełożyło się na ich dominujący udział w projekcie.

DOBRE PRAKTYKI: W ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych zastosowano szereg rozwiązań, które znacząco zwiększały dostępność świadczeń i stanowią dobre praktyki w obszarze organizacji wsparcia. W objętym metodą studium przypadku **RPZ 1. Zdrowa aorta** kluczowym rozwiązaniem było prowadzenie badań w szpitalach powiatowych, co pozwoliło realizować świadczenia jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Jak wynika z wywiadu z beneficjentem, uczestnicy doceniali fakt, że to realizatorzy przyjeżdżali do nich, a nie oni musieli dojeżdżać do siedziby realizatora. W **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** działania edukacyjne i odbiór próbek kału organizowano lokalnie, w każdej gminie, co zwiększało partycypację mieszkańców mniejszych miejscowości. Dodatkowo osobom kierowanym na drugi etap diagnostyki – kolonoskopię, zapewniano zwrot kosztów dojazdu, co minimalizowało barierę finansową. W **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** szczególnie efektywnym rozwiązaniem było wykorzystanie lokalnych samorządów i ich kanałów komunikacji, które budowały zaufanie i zachęcały do udziału. Dodatkowo realizator wdrożył mobilne formy świadczenia usług, m.in. zakup specjalnego autobusu do badań przesiewowych, który pojawiał się podczas imprez plenerowych i pikników, umożliwiając natychmiastowe przeprowadzenie badań.

REKOMENDACJA: W Regionalnych Programach Zdrowotnych ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne (np. badania przesiewowe, pojedyncze konsultacje specjalistyczne) kluczowe znaczenie dla skuteczności interwencji ma organizacja świadczeń w miejscu zamieszkania uczestnika lub w jego najbliższej okolicy. Należy zatem premiować w warunkach naboru i kryteriach oceny projektów te rozwiązania, które przewidują mobilne formy realizacji usług zdrowotnych, dojazd realizatorów do lokalnych ośrodków zdrowia bądź tworzenie mobilnych punktów świadczeń.

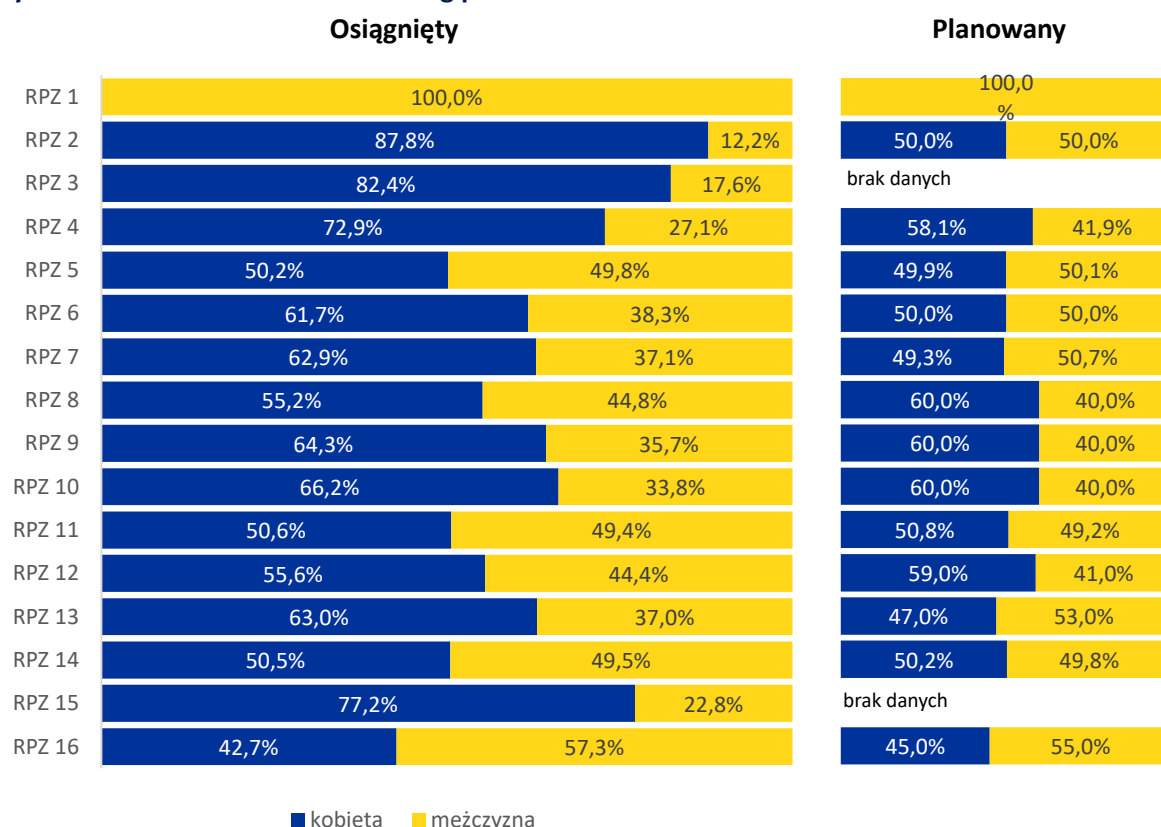
Podsumowując, rozkład uczestników Regionalnych Programów Zdrowotnych według typu gminy nie był jednolity, ale wynikał z odmiennych cech poszczególnych projektów – m.in. charakteru wsparcia (np. jednorazowe badania przesiewowe vs. długotrwała rehabilitacja), obszaru realizacji (całe województwo vs. obszary funkcjonalne miast), a także lokalizacji placówek i przyjętych strategii rekrutacyjnych. Jednocześnie stosowano różnorodne rozwiązania zwiększające dostępność, takie jak lokalizacja świadczeń w szpitalach powiatowych, prowadzenie działań w każdej gminie, zapewnianie zwrotu kosztów dojazdu czy wdrażanie mobilnych form usług. W związku z tym rozkład uczestników według typu obszaru można ocenić pozytywnie.

Ocena rozkładu uczestników wg płci

W większości Regionalnych Programów Zdrowotnych zakładano równy udział kobiet i mężczyzn, jednak w praktyce proporcje uczestników często odbiegały od założeń. Najbardziej szczególnym przypadkiem był **PZ 1. Zdrowa aorta**, skierowany wyłącznie do mężczyzn – stąd pełna dominacja tej grupy była naturalnym efektem konstrukcji interwencji. Należy jednak w tym programie podkreślić bardzo znaczącą rolę kobiet, gdyż, jak wynika z wywiadu z beneficjentem, często zdarzało się, że mężczyźni na badania zgłaszały żony, co oznaczało, że beneficjent docierał do uczestników poprzez ich partnerki, a nie bezpośrednio.

W pozostałych projektach różnice wynikały już z przebiegu rekrutacji i zainteresowania udziałem.

Wykres 8 Rozkład uczestników RPZ wg płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014 (wartości osiągnięte, n=84912) oraz wniosków o dofinansowanie (wartości planowane). W przypadku RPZ 16 wykorzystano dane z raportu końcowego z realizacji RPZ.

Najczęściej widoczna **była przewaga kobiet**. Szczególnie mocno zaznaczyło się to w programach rehabilitacyjnych i profilaktycznych związanych z chorobami przewlekłymi. W RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna oraz RPZ 3. Prewencja niewydolności serca zdecydowaną większość uczestników stanowiły kobiety, podobnie w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca i RPZ 4. Odważ się na zdrowie, gdzie udział kobiet przekraczał wyraźnie trzy czwarte. Wynika to przede wszystkim z większej gotowości kobiet do korzystania z profilaktyki i rehabilitacji i większej świadomości zdrowotnej ale też ze specyfiki schorzeń objętych danym projektem. W RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna dominacja kobiet wynikała bezpośrednio ze specyfiki epidemiologicznej nowotworów, gdyż większość (wg danych beneficjenta aż 66%) uczestniczek było pacjentkami z rakiem piersi. Większa zgłaszalność

kobiet była również związana z tym, że ośrodek realizujący projekt szeroko zajmował się profilaktyką i dietetyką w kierunku raka piersi. W RPZ 4. Odważ się na zdrowie, mimo iż projekt był dwukrotnie przerywany z powodu pandemii, zainteresowanie wsparciem po zakończeniu pandemii było duże, ponieważ, zgodnie z deklaracjami beneficjenta, uczestnicy chcieli szybko zrzucić kilogramy nabyte w izolacji. Można zakładać, że zadziałał tu zestaw dobrze znanych mechanizmów “pro-zdrowotnych” częściej obserwowanych u kobiet – co pandemia dodatkowo wzmocniła. Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują zachowania zdrowotne (profilaktyka, dieta, aktywność), szybciej reagują na komunikaty o ryzyku i chętniej korzystają z programów z jasno wyznaczonym celem (redukcja masy ciała). Dodatkowo, silna presja norm i oczekiwań społecznych wokół wyglądu i wagi sprawia, że przyrost kilogramów staje się dla nich silnym motywatorem do “naprawy”. Można też zakładać, że zakres wsparcia w RPZ (warsztaty, dietetyk, treningi) bliższe były temu, co kobiety znają z komercyjnych programów odchudzania, więc wiedziały czego się spodziewać.

Jednocześnie były programy, w których udało się zachować niemal idealną równowagę płci. Dotyczyło to m.in. RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna oraz RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu – tu proporcje kobiet i mężczyzn praktycznie się wyrównywały.

Nieliczne programy charakteryzowały się przewagą mężczyzn – tak jak zresztą założono we wnioskach o dofinansowanie. W RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy oraz RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD to właśnie mężczyźni stanowili większość uczestników. Choć różnice nie były tu tak duże jak w przypadku nadreprezentacji kobiet, to jednak wskazują, że przy niektórych problemach zdrowotnych zgłaszalność osób płci męskiej jest większa.

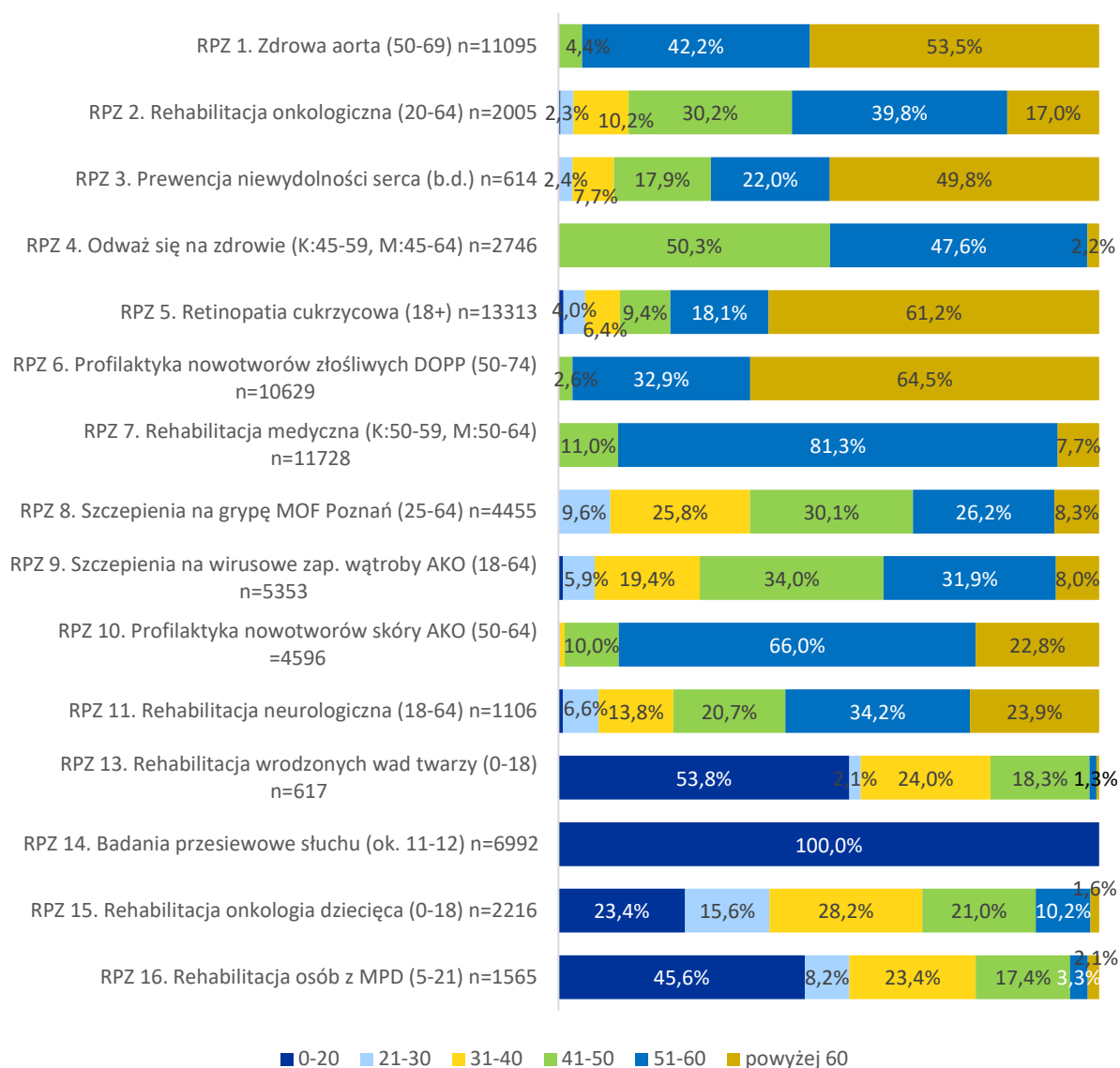
Wnioski z tej analizy są istotne dla planowania przyszłych RPZ. Widać wyraźnie, że struktura uczestników wynika przede wszystkim z charakterystyki chorób i interwencji oraz ze społecznych i kulturowych uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Dlatego podejmowanie dodatkowych działań, których jedynym celem byłoby sztuczne wyrównywanie proporcji płci, nie ma uzasadnienia. Mogłoby to nawet prowadzić do rozbieżności między faktycznymi potrzebami zdrowotnymi a mechanizmami zgłaszalności i zaangażowania społecznego. Lepszym kierunkiem wydaje się akceptacja naturalnych różnic w rekrutacji oraz projektowanie programów w taki sposób, aby odpowiadały na realne potrzeby poszczególnych grup. **Można natomiast w kryteriach oceny projektów punktować dodatkowo opisy rekrutacji „trudnych” grup, takich jak właśnie mężczyźni.**

Ocena rozkładu uczestników wg wieku

Założenia co do wieku uczestników w poszczególnych RPZ zostały zrealizowane. W przypadku programów realizowanych w ramach Działania 6.6 zdecydowana większość uczestników to osoby w wieku produkcyjnym. Z kolei RPZ w Poddziałaniu 7.2.2 były skierowane do dzieci i młodych dorosłych. Z poniższego wykresu wynika jednocześnie, że w RPZ uczestniczyły osoby nie mieszczące się w przedziałach wiekowych określonych w RPZ dla uczestników działań zdrowotnych. Wynika to z tego, iż w bazie SL2014 znajdują się nie tylko odbiorcy świadczeń zdrowotnych, ale również inni uczestnicy – członkowie rodzin, a także uczestnicy szkoleń i działań edukacyjnych – kadra medyczna i niemedyczna¹⁰.

¹⁰ W bazie SL2014 nie ma rozróżnienia na poszczególne kategorie uczestników, dlatego na wykresie pokazano wszystkich.

Wykres 9 Wiek uczestników RPZ



Źródło: opracowanie własne na bazie uczestników SL2014, przy kategoriach w nawiasach podano założenia co do wieku uczestników zawarte w RPZ.

3 OCENA JAKOŚCI I TRAFNOŚCI ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W RAMACH RPZ

3.1 Etap tworzenia RPZ

Proces tworzenia RPZ był wieloetapowy i angażował różne departamenty, jednostki zewnętrzne oraz organy zarządzające i monitorujące.

Można wskazać szereg elementów procesu przygotowywania RPZ, które miały kluczowy wpływ zarówno na **jakość dokumentu**, jak i na jego **trafność wobec faktycznych potrzeb zdrowotnych regionu**.

- **Właściwa diagnoza epidemiologiczna**

Pracownicy IZ przygotowywali analizy oparte na istniejących dokumentach strategicznych i planistycznych, m.in. **Programie Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla województwa** oraz **Mapach Potrzeb Zdrowotnych**, choć wdrożenie tych ostatnich odbyło się z opóźnieniem w stosunku do opracowania RPZ. Na tej podstawie określano najważniejsze przyczyny zachorowań i zgonów w regionie. Dzięki temu RPZ odwoływały się do obiektywnych danych epidemiologicznych, a nie wyłącznie do bieżących postulatów podmiotów leczniczych.

Dodatkowo w diagnozy niektórych RPZ angażowano zewnętrznych ekspertów, np. z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dysponującego bardziej szczegółowymi danymi. Dzięki temu w dokumentach RPZ pojawiała się rozbudowana analiza epidemiologiczna i rzetelne uzasadnienia, co podnosiło poziom merytoryczny RPZ, a także jego wykonalność, dzięki szczegółowej charakterystyce populacji RPZ.

- **Konsultacje regionalne z interesariuszami, zaangażowanie podmiotów leczniczych w opracowanie RPZ**

IZ organizowała na etapie programowania spotkania z przedstawicielami szpitali, placówek ochrony zdrowia i lokalnych partnerów. Celem tych konsultacji była identyfikacja najbardziej palących problemów zdrowotnych i doprecyzowanie propozycji interwencji.

Warto podkreślić, iż w IZ nie przewidziano środków na zlecenie opracowania RPZ ekspertom zewnętrznym. W obliczu tych trudności IZ podjęła słuszną decyzję, aby aktywnie zachęcać szpitale i inne podmioty medyczne do proponowania obszarów, w których mogłyby powstać RPZ. Lekarze doradzali w zakresie interwencji medycznych, epidemiologii i skuteczności działań, natomiast pracownicy administracji dbali o poprawność formalną i zgodność z wytycznymi. Inicjatywa oddolna pozwalała dodatkowo na uchwycenie rzeczywistych potrzeb zgłaszanych bezpośrednio przez praktyków systemu ochrony zdrowia, którzy mieli najlepsze rozeznanie w sytuacji pacjentów i możliwościach interwencji, a także rozpoznanie potencjału podmiotów leczniczych w regionie do realizacji RPZ. Aby docenić ten wysiłek – podmioty angażowały się w przygotowanie RPZ bez gwarancji późniejszego uzyskania dofinansowania – wprowadzono kryterium premiujące projekty realizowane właśnie przez jednostki uczestniczące w opracowaniu programu polityki zdrowotnej, na podstawie którego był on następnie wdrażany.

- **Weryfikacja pomysłów przez Oddział Programowania DEFS**

Propozycje zgłaszane przez szpitale i inne jednostki były oceniane przez IZ (Oddział Programowania DEFS) pod kątem zgodności z Policy Paper i wytycznymi sektorowymi, a także znaczenia problemu w świetle MPZ (preferowane były schorzenia, w których region znajdował się w pierwszej dziesiątce lub połowie rankingów potrzeb zdrowotnych). Takie podejście sprawiało, że priorytet dostawały programy odpowiadające faktycznie najważniejszym wyzwaniom zdrowotnym w regionie.

- **Demarkacja i koordynacja z poziomem krajowym**

Aby uniknąć powielania działań, każda koncepcja RPZ była od początku weryfikowana pod kątem zgodności z wytycznymi obszarowymi i dokumentami strategicznymi oraz tego, czy podobne interwencje nie są już realizowane lub planowane przez Ministerstwo Zdrowia bądź Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z zasadą demarkacji, jeśli dany problem był zarezerwowany lub przewidziany do realizacji na poziomie krajowym, projekt regionalny nie uzyskiwał akceptacji. W praktyce wyglądało to w ten sposób, że fiszki projektowe (zarysy RPZ) przekazywano do Ministerstwa Zdrowia na posiedzenia Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (KS), który następnie konsultował je z NFZ i właściwymi departamentami. KS wskazywał linię podziału kompetencji, potwierdzał zasadność RPZ w skali kraju oraz przekazywał Instytucji Zarządzającej informacje o planach krajowych. Pozwalało to ostatecznie określić linię demarkacyjną (w oparciu o zakres interwencji i typ beneficjenta). W efekcie RPZ koncentrowały się na lukach nieuwzględnionych przez programy krajowe, a nie na duplikowaniu działań.

Przedstawiciele IZ podkreślali jednak, że na etapie wdrażania demarkacji pojawiały się znaczące trudności. Po pierwsze, na początku perspektywy 2014-2020 wytyczne rezerwowały dla poziomu krajowego bardzo szerokie obszary (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne), co znacznie ograniczało pole działania regionów i rodziło ryzyko, że istotne tematy regionalne zostaną wyłączone z interwencji. Po drugie, plany krajowe ulegały zmianom – niektóre programy były zapowiadane, a następnie z nich rezygnowano – co utrudniało stabilne planowanie RPZ. Po trzecie, występował brak pełnej synchronizacji informacji – mimo obecności przedstawicieli MZ i NFZ w KS, nie zawsze zapewniano spójny obieg danych (np. nie dbano o systematyczne wpisywanie projektów na portal pacjenta, co ograniczało ich dostępność dla odbiorców). Część informacji istotnych dla IZ przekazywano także w sposób nieformalny, np. podczas szkoleń.

W konsekwencji z części planowanych RPZ zrezygnowano. Przykładem programu, który został pierwotnie zidentyfikowany jako ważna potrzeba regionalna, lecz którego realizacja w ramach WRPO 2014+ została zablokowana ze względu na demarkację z programem krajowym, był RPZ dotyczący nowotworów głowy i szyi. Ostatecznie temat ten powrócił jednak jako program finansowany ze środków własnych samorządu województwa¹¹. Innym obszarem rozważanym przez IZ była obturacyjna choroba płuc (POChP), z realizacji której zrezygnowano po potwierdzeniu planów wdrożenia programu na poziomie krajowym. Pomimo wskazanych trudności, mechanizm KS-NFZ umożliwiał Instytucji Zarządzającej uzyskanie możliwie pełnego obrazu tego, co powinno być realizowane centralnie, a co regionalnie, oraz pozwalał stopniowo doprecyzowywać reguły demarkacji.

- **Wykorzystanie wzorów i wytycznych AOTMiT**

¹¹ Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w latach 2024-2027.

Instytucja Zarządzająca korzystała ze wzoru programu zdrowotnego opracowanego przez AOTMiT, choć rozmówcy przyznawali, że taki wzór pojawił się już w trakcie wdrażania perspektywy 2014-2020, zatem nie mógł być zastosowany do pierwszych RPZ. Pozytywnie oceniają obecny stan rzeczy – Agencja wspiera opracowanie programów zdrowotnych poprzez zestaw narzędzi: udostępnia oficjalne wzory, szczegółowe instrukcje, szablony dokumentów oraz dedykowany system elektroniczny – Kreator programów polityki zdrowotnej. IZ przygotowała także własny szablon RPZ, obejmujący m.in. opis tła epidemiologicznego, grup docelowych, zakresu interwencji, mechanizmów monitorowania i budżetu. Taka standaryzacja zapewniała, że wszystkie programy były porównywalne i kompletne.

- **Korzystanie z opinii AOTMiT dotyczących podobnych RPZ**

Pracownicy DEFS analizowali opinie Agencji wydane dla RPZ o podobnej tematyce z innych regionów. Dzięki temu wiedzieli, na jakie elementy AOTMiT zwraca szczególną uwagę (np. uzasadnienie epidemiologiczne, dowody skuteczności interwencji). Pozwalało to przygotowywać dokumenty od razu zgodne z wymaganiami Agencji, minimalizując ryzyko negatywnej opinii.

- **Ocena przez AOTMiT**

Gwarantem jakości RPZ było jego obligatoryjne zaopiniowanie przez AOTMiT. Ocena ta stanowiła wymóg ustawowy – każdy RPZ musiał zostać przekazany do Agencji w celu uzyskania opinii. AOTMiT weryfikowała dokumenty pod kątem uzasadnienia w Evidence Based Medicine oraz wskazania dowodów naukowych potwierdzających skuteczność proponowanych działań. Etap ten pełnił rolę istotnego filtra jakościowego, eliminując programy przygotowane w sposób zbyt ogólny i zapewniając, że do realizacji kierowane były wyłącznie interwencje oparte na rzetelnych podstawach naukowych. W tym kontekście jako nadmiarowe można uznać wprowadzone w naborach kryterium obligatoryjne: „Projekt przewiduje udzielanie usług zdrowotnych w oparciu o Evidence Based Medicine”. Kryterium to zostało zaproponowane przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, który uzasadniał je dążeniem do podniesienia jakości działań realizowanych w ramach projektów poprzez skrupulatne i precyzyjne wykorzystywanie w postępowaniu klinicznym najlepszych dostępnych dowodów naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa interwencji. W praktyce jednak wymóg ten powielał rolę samej AOTMiT, której opinia – obligatoryjna na etapie zatwierdzania RPZ – już wcześniej zapewniała oparcie programów na zasadach medycyny opartej na dowodach.

- **Opinia Komitetu Sterującego**

Po akceptacji AOTMiT RPZ trafiały do Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia. Komitet ostatecznie sprawdzał, czy program jest zasadny z punktu widzenia polityki zdrowotnej, czy nie dubluje innych działań i czy jest zgodny z regulacjami prawnymi. Był to etap zapewniający spójność systemową i zgodność z interesem publicznym.

3.2 Etap wyboru projektów

Na jakość i wykonalność RPZ wpływ miały zastosowane w naborach kryteria oceny projektów. Kryteria, które wpływają na jakość regionalnych programów zdrowotnych, są podzielone na **kryteria obligatoryjne** (których niespełnienie skutkuje odrzuceniem wniosku) oraz **kryteria premiujące** (których spełnienie jest nieobowiązkowe, ale skutkuje otrzymaniem dodatkowej punktacji).

Poniższe kryteria wykorzystywane w naborach na realizację projektów w ramach RPZ można wskazać jako kluczowe dla zapewnienia legalności i podstawowej jakości programu (kryteria obligatoryjne):

- **Zgodność działań z programem zdrowotnym/polityki zdrowotnej:** Działania (interwencje) planowane w projekcie muszą być zgodne z zakresem odpowiedniego programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, który jest załącznikiem do regulaminu konkursu.
- **Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez uprawnione podmioty:** Świadczenia opieki zdrowotnej mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą uprawnione do tego na mocy przepisów prawa.
- **Poszanowanie praw pacjenta:** Świadczenia zdrowotne w ramach programu polityki zdrowotnej muszą być realizowane z pełnym poszanowaniem istniejących ram prawnych i ochrony praw pacjenta. Obejmuje to prawa do świadczeń zdrowotnych, do informacji, do wyrażenia zgody na świadczenia oraz prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza.
- **Zgodność z zasadą równości szans i niedyskryminacji:** Projekt musi być zgodny z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Wnioskodawca musi wykazać spełnienie standardu minimum realizacji zasady równości szans kobiet i mężczyzn.

Kryteria często koncentrują się na zwiększeniu dostępności, skuteczności, efektywności i trwałości RPZ:

1. **Doświadczenie Wnioskodawcy/Partnera:** Premiowane jest posiadanie przez Wnioskodawcę lub Partnera doświadczenia w realizacji działań profilaktycznych lub w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej (np. co najmniej 3-letnie doświadczenie, wcześniejsza realizacja działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej na obszarze co najmniej 70% gmin województwa wielkopolskiego).
2. **Podmiot Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ):** Premiowany jest Wnioskodawca lub Partner, który jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (na podstawie umowy z NFZ). Kryterium to miało zapewnić ewentualną ciągłość wsparcia w postaci dalszej diagnozy lub np. rehabilitacji, zwłaszcza w RPZ polegających na screeningu, gdzie diagnostyka powinna być kontynuowana w ramach NFZ.
3. **Wsparcie dla osób zależnych/niesamodzielnych:** Premiowane jest zapewnienie uczestnikom opieki nad osobą zależną/niesamodzielną, którą opiekuje się uczestnik projektu, w czasie korzystania przez niego ze wsparcia.
4. **Zapewnienie dojazdu:** Premiowane jest zapewnienie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby oraz jej opiekuna z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem.
5. **Dostępność czasowa wsparcia:** Premiowane jest realizowanie wsparcia w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w sobotę lub w niedzielę. Ma to na celu zmniejszenie barier w dostępie do badań profilaktycznych, np. dla osób pracujących.
6. **Akredytacja / Certyfikat Jakości:** Premiowane jest posiadanie przez Wnioskodawcę lub partnera akredytacji (wydanej na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia) lub bycie w okresie przygotowawczym do wizyty akredytacyjnej, albo posiadanie certyfikatu

normy EN 15224 (Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością). Ma to na celu zapewnienie wysokiej jakości i skuteczności działań w projekcie.

7. **Własne zaplecze i zasoby:** Premiowane jest posiadanie własnego zaplecza i zasobów do wykonywania badań i dalszej pogłębionej diagnostyki oraz konsultacji medycznej. Ma to na celu zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług oraz zwiększenie efektywności.
8. **Partnerstwo z organizacją pozarządową (NGO):** Premiowane jest partnerstwo z co najmniej jedną organizacją pozarządową reprezentującą interesy pacjentów i posiadającą doświadczenie w działaniach profilaktycznych. Ma to na celu poprawę jakości i skuteczności działań profilaktycznych.
9. **Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu POZ:** Premiowane są projekty przewidujące działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem regionalnego programu zdrowotnego (RPZ), skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ.
10. **Większy zasięg terytorialny:** Premiowane są projekty, które obejmą większą liczbę powiatów (kryterium stosowane w przypadku niektórych naborów, w których założono wybór większej liczby projektów, np. RPZ 4. Odważ się na zdrowie).
11. **Ukierunkowanie na obszary o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania profilaktyczne (tzw. „białe plamy”).** W przypadku RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP wykaz gmin wskazanych jako „białe plamy” stanowił załącznik do regulaminu konkursu a zobowiązanie się do realizacji wsparcia na obszarze tych gmin było punktowane. W RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP oraz RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc wymagano, aby co najmniej 10% uczestników stanowili mieszkańcy miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, w tym w szczególności obszarów wiejskich (zgodnie z definicją GUS). Kryterium to miało na celu wyrównanie poziomu zgłaszalności na badania profilaktyczne pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi w województwie wielkopolskim.

Powyższy zestaw kryteriów tworzy spójny mechanizm zapewniania jakości RPZ. **Kryteria obligatoryjne** wyznaczają „twarde” minimum: legalność i zgodność interwencji z programem/polityką zdrowotną, wykonywanie świadczeń przez podmioty uprawnione, poszanowanie praw pacjenta oraz realizację zasady równości szans, a także podstawowe założenia co do terytorializacji wsparcia. Dzięki temu każdy projekt spełnia podstawowe standardy prawne, kliniczne i etyczne. **Kryteria premiujące** nie podnoszą sztucznie progu wejścia, lecz ukierunkowują konkurencję na rzeczywistą wartość dodaną: doświadczenie realizatorów (w tym POZ), jakość organizacyjną (własne zasoby), dostępność logistyczną i czasową (dojazd, godziny popołudniowe/weekendowe), włączenie kompetentnych partnerów (NGO) oraz wyrównywanie nierówności terytorialnych (większy zasięg, „białe plamy”). Tak skonstruowany podział zapewnia całościowe ujęcie najważniejszych wymiarów jakości, a jednocześnie RPZ pozostaje wykonalny — najwyżej punktowane elementy są ambitne, lecz osiągalne i możliwe do zweryfikowania. Kryteria premiujące w racjonalny sposób różnicują jakość projektów. W konsekwencji dobór kryteriów można uznać za wyczerpujący i obejmujący kluczowe aspekty jakości RPZ, bez stawiania wnioskodawcom nierealistycznych barier uczestnictwa.

Analiza warunków naborów w **benchmarkingowych regionalnych programach zdrowotnych** realizowanych w innych województwach wskazuje na podobne podejście przy ocenie projektów. Również punktowane są elementy wzmacniające skuteczność, trwałość czy efektywność projektów

(m.in. wykonywanie świadczeń przez podmioty uprawnione, doświadczenie wnioskodawcy, sposób zarządzania projektem, realizacja projektu w partnerstwie).

W benchmarkingowych województwach na poziomie kryteriów oceny projektów kładziono jednak większy niż w województwie wielkopolskim nacisk na **wyrównanie dostępności wsparcia**. W województwie łódzkim w naborach na projekty realizujące Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego, można było otrzymać 15 pkt za koncentrację działań na obszarach miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, obszarach wiejskich oraz miastach średnich – jeśli takie osoby będą stanowiły co najmniej 30% wszystkich osób objętych wsparciem. Jeszcze silniejszy akcent położono na ten aspekt w województwie mazowieckim, gdzie realizowano projekty w ramach RPZ pn. *Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego*; w tym przypadku punktowano udział mieszkańców wsi według progu: co najmniej 75% uczestników – 4 pkt; co najmniej 50% – 3 pkt; co najmniej 25% – 2 pkt.

Należy mieć jednak na uwadze, że nadmierna koncentracja wsparcia na „trudnych” obszarach może okazać się nieskuteczna i nadmiernie utrudniać realizację, a przede wszystkim nie powinna pozostawać w sprzeczności z diagnozą epidemiologiczną zawartą w RPZ. Rozkład wsparcia powinien być proporcjonalny do struktury populacji docelowej – nie można np. zakładać, że większość beneficjentów RPZ to mieszkańcy wsi. Z drugiej strony wiadomo, że są to grupy trudniejsze w rekrutacji i często droższe w obsłudze. Dlatego, zamiast wymagać wysokich udziałów procentowych, warto premiować **konkretne działania zwiększające zgłaszalność i dostępność**, takie jak organizacja transportu, zapewnienie pobytu/opieki w trakcie świadczeń, czy elastyczne godziny realizacji. Taki sposób punktowania lepiej równoważy efektywność, wykonalność i równość dostępu. Pod tym względem należy ocenić rozwiązania przyjęte w WRPO 2014+ jako **dobrą praktykę** – choć, jak wskazano w rozdziale 2.1 nie zawsze rozkład wsparcia był proporcjonalny, ale to wynikało z różnych przyczyn. Zastosowanie kryteriów wzmacniających terytorialne ukierunkowanie wsparcia powinno być także dostosowane do specyfiki obszaru realizacji – inne kryteria są możliwe do zastosowania jeśli RPZ obejmuje całe województwo a inne – mniejszy obszar, np. MOF. Kryteria nie powinny też powielać zapisów RPZ, w których często znajdowały się zapisy dotyczące decentralizacji usług, priorytetowego traktowania obszarów z gorszym dostępem do usług zdrowotnych oraz wykorzystania lokalnych kanałów komunikacji. Np. w RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu wprost zapisano, że program ten jest skierowany do uczniów z obszarów wiejskich i małych miast, przede wszystkim północno-zachodniej Wielkopolski, gdzie dostępność do laryngologa jest najmniejsza.

W RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa zauważono, że aż w 9 powiatach w województwie wielkopolskim nie ma przychodni diabetologicznej. Założono, że w tych powiatach zostanie przeprowadzona szeroka akcja informacyjno-promocyjna zachęcająca do udziału w programie.

W RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca założono, że działania informacyjno-szkoleniowe skierowane będą do partnerów społecznych działających na terenach małych miast i na terenach wiejskich, na których dostęp do usług medycznych jest trudniejszy niż na terenach dużych miast. Ponadto, w przypadku szkoleń dla personelu POZ, w pierwszej kolejności miały być przyjmowane osoby z mniejszych miejscowości.

W RPZ 1 Zdrowa aorta przyjęto model decentralizacji świadczonych usług – badania przesiewowe miały być zorganizowane na terenie całej Wielkopolski, z uwzględnieniem wszystkich 31 miast powiatowych we współpracy z przynajmniej jedną poradnią POZ lub specjalistyczną na powiat.

W województwach łódzkim oraz mazowieckim, podobnie jak w WRPO 2014+, punktowano realizację świadczeń zdrowotnych również w **godzinach popołudniowych i wieczornych, w dni wolne od pracy**. W RPO województwa łódzkiego bardzo szczegółowo doprecyzowano oczekiwania: przynajmniej 2 dni w tygodniu w godzinach popołudniowych po godzinie 18:00 oraz w wybrane dni wolne od pracy – co najmniej jedną sobotę w miesiącu.

W RPO województwa łódzkiego wprowadzono kryterium punktujące posiadanie przez wykonawcę albo partnera **akredytacji** wydanej na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia lub bycie w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego) lub posiada certyfikat normy EN 15224-Usługi Ochrony Zdrowia - System Zarządzania Jakością¹². Uczestnicy FGI ocenili jednakże to kryterium jak nadmiarowe, nie mające rzeczywistego i bezpośredniego wpływu na jakość świadczeń. Ich zdaniem kryterium punktowania akredytacji jako horyzontalnego wymogu jest nieadekwatne do celów RPZ, bo odnosi się do statusu całej jednostki leczniczej zamiast do kwalifikacji i standardów dla konkretnych interwencji. Jakość RPZ zapewniana jest przez mechanizm opiniowania programu przez AOTMiT, która weryfikuje m.in. oparcie interwencji na medycynie opartej na dowodach. Ponadto kryterium może tworzyć nieproporcjonalne bariery kosztowo-organizacyjne i faworyzować duże ośrodki, ograniczając konkurencję podmiotów bliższych pacjentom ale mniejszych oraz ryzykując pogłębienie nierówności terytorialnych.

3.3 Etap realizacji RPZ

Kluczowym elementem zapewniającym trafność wsparcia na etapie realizacji był **mechanizm** wprowadzania zmian do RPZ. Ponieważ realizacja programów rozciągała się w czasie, istotne było stworzenie procedur umożliwiających wprowadzanie zmian – np. w związku z nowymi przepisami czy pandemią COVID-19. Niektóre zmiany wymagały ponownego zaopiniowania RPZ przez AOTMiT oraz przyjęcia przez Komitet Sterujący, a niektóre – o mniejszym znaczeniu, zatwierdzała wyłącznie Instytucja Zarządzająca. Aby usprawnić ten proces, AOTMiT we współpracy z MZ opracowała wspólne stanowisko w formie tabelarycznego narzędzia, w którym określono, które zmiany w poszczególnych elementach RPZ wymagają ponownej opinii AOTMiT, a które mogą zostać wprowadzone bez jej uzyskiwania. Dzięki temu RPZ mogły pozostawać aktualne mimo zmieniających się warunków. Zmiany wprowadzone w trakcie realizacji projektów, mające na celu zwiększenie ich trafności do potrzeb zdrowotnych uczestników, koncentrowały się głównie na zwiększeniu dostępności świadczeń, elastyczności organizacyjnej oraz dostosowaniu form wsparcia do warunków zewnętrznych (zwłaszcza pandemii COVID-19).

¹² Regulamin konkursu Nr RPLD.10.03.02-IZ.00-10-001/20 Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia Poddziałanie X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu; Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego.

Zmianą wynikającą z uwarunkowań zewnętrznych było wdrożenie ustawy, która dawała uprawnienia fizjoterapeutom do samodzielnego ustalania planu rehabilitacji¹³. Wymagało to dostosowania zapisów RPZ uwzględniających rehabilitację.

Nawet drobne uchybienia były natychmiast zgłaszane i konsultowane z Agencją. Szybkie reagowanie na tego typu błędy zabezpieczało przed utratą jakości i zapewniało, że **grupy docelowe faktycznie obejmują osoby najbardziej potrzebujące wsparcia**. Przykładem był RPZ 4. Odważyć się na zdrowie, gdzie przez pomyłkę w znaku wykluczono z grupy docelowej osoby z otyłością (pozostały tylko osoby z nadwagą), co wymagało pilnej korekty uzgodnionej z Agencją. Kwestia ta została wyjaśniona z AOTMiT szybko w ramach korespondencji mailowej, bez konieczności ponownego opiniowania programu.

Wyniki **badan jakościowych** pokazują, że jakość świadczeń w Regionalnych Programach Zdrowotnych została oceniona bardzo wysoko. Beneficjenci/realizatorzy i instytucje wdrażające podkreślają, że programy RPZ były dobrze zaprojektowane i potrzebne, a standard usług często przewyższał to, co dostępne w ramach NFZ. Zdarzały się pojedyncze niedopasowania organizacyjne, lecz nie zmieniają one ogólnej, bardzo dobrej oceny.

Co przesądzało o wysokiej jakości zdaniem przedstawicieli IZ/IP oraz przedstawicieli beneficjentów/realizatorów:

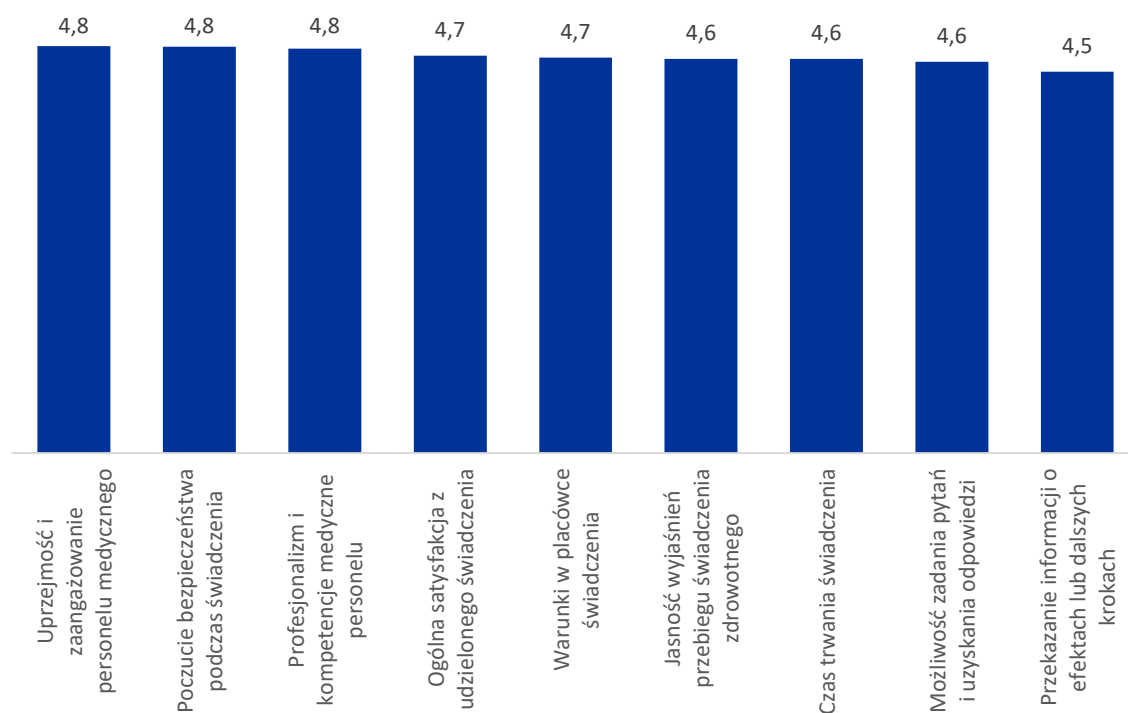
- **Trafność i realna potrzeba**
Programy zamykały luki w opiece. RPZ 3. Prewencja niewydolności serca skutecznie łączył kardiologię z onkologią, a programy skierowane do osób aktywnych zawodowo zaspokajały potrzeby uczestników poprzez elastyczność dopasowania terminów świadczeń np. RPZ 7. Rehabilitacja medyczna udostępniała intensywną rehabilitację osobom aktywnym zawodowo – rozwiązania oceniane przez realizatorów jako bardzo potrzebne.
- **Trwałe efekty i kontynuacja opieki**
Tam, gdzie powstało stałe rozwiązanie, jakość i dostęp były utrwalane. W RPZ 3. Prewencja niewydolności serca utworzono poradnię kardiologii onkologicznej działającą dalej w kontrakcie z NFZ. Uczestnicy RPZ 7. Rehabilitacja medyczna wracali do tych samych placówek, doceniając poziom opieki.
- **Wysoka satysfakcja i mierzalne rezultaty**
W RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna i RPZ 7. Rehabilitacja medyczna uczestnicy wyraźnie odczuwali poprawę sprawności oraz poczucie zaopiekowania. W RPZ 1. Zdrowa aorta chwalono bliskość i dobrą organizację badań. W RPZ 2 Rehabilitacja onkologiczna ankiety potwierdzały wzrost wiedzy i poprawę funkcjonalną.
- **Kompleksowość i podejście holistyczne**
RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna zapewniał równoczesny dostęp do wielu specjalistów w jednym miejscu, a RPZ 4. Odważyć się na zdrowie łączył pracę dietetyka, psychologa i aktywność fizyczną. Taki układ zwiększał skuteczność kliniczną i podnosił ocenę jakości.

¹³ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z jej przepisami, fizjoterapeuci posiadający odpowiednie wykształcenie (tytuł magistra, specjalista) i spełniający wymogi doświadczenia mogą samodzielnie diagnozować funkcjonalny stan pacjenta, kwalifikować, planować i prowadzić fizjoterapię bez konieczności skierowania od lekarza.

Wysoką jakość świadczeń potwierdzają średnie arytmetyczne ocen w skali 1–5 z badania ilościowego. We wszystkich wymiarach wyniki mieszczą się w przedziale **4,5–4,8**. Najwyżej oceniono uprzejmość i zaangażowanie personelu, poczucie bezpieczeństwa oraz profesjonalizm i kompetencje – po **4,8**. Bardzo dobrze wypadły także ogólna satysfakcja i warunki w placówce. Nieco niższe, choć wciąż wysokie, są wyniki w obszarach organizacyjno-komunikacyjnych: czas trwania świadczenia, przekazanie informacji o efektach lub dalszych krokach, możliwość zadawania pytań – po **4,6** oraz przekazanie informacji o efektach i dalszych krokach – **4,5**.

Na podstawie udzielonych odpowiedzi rekomenduje się utrzymanie wypracowanego, wysokiego standardu pracy zespołów oraz wzmocnienie komponentu informacyjnego — krótkie, zrozumiałe podsumowania zaleceń i kolejnych kroków po świadczeniu — a także systematyczne monitorowanie czasów obsługi i doprecyzowanie standardów organizacyjnych. Drobne usprawnienia w tych obszarach mogą podnieść już bardzo dobre oceny do poziomu znakomitych.

Wykres 10 Ocena jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską)



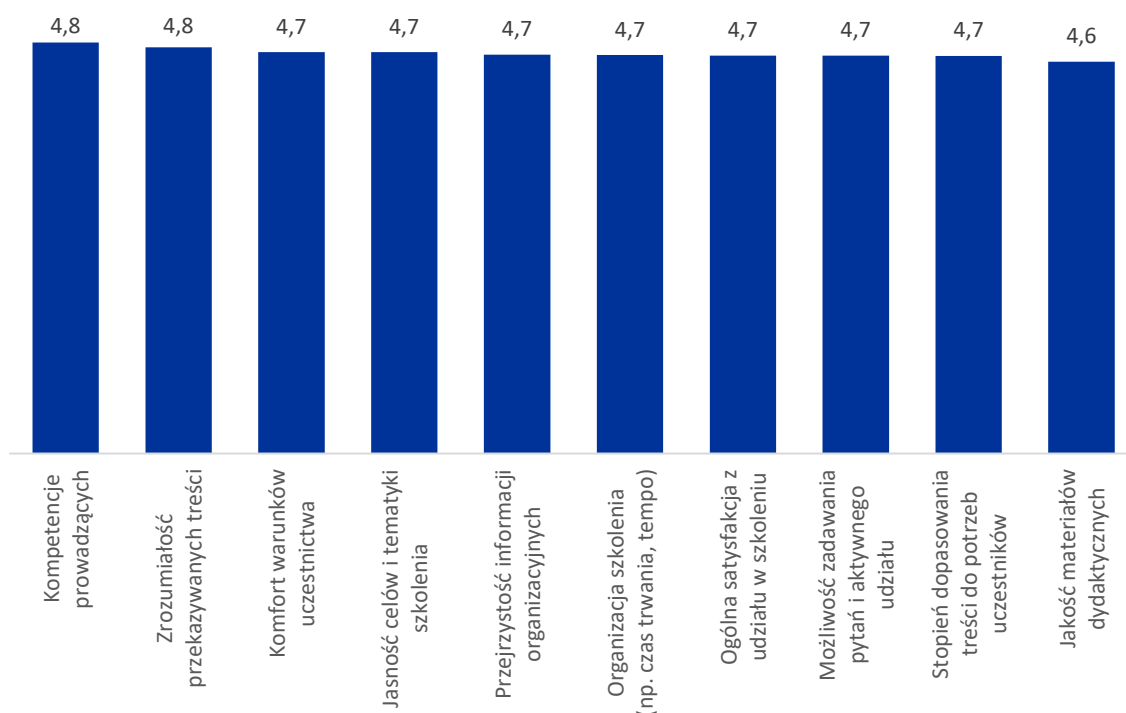
Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 4151

Jakość komponentu edukacyjnego równie wysoko została oceniona przez personel medyczny w badaniu ilościowym. Średnie arytmetyczne ocen w skali 1–5 mieszczą się w wąskim przedziale **4,6–4,8**. Najwyżej oceniono kompetencje prowadzących i zrozumiałość przekazywanych treści – po **4,8**. Bardzo dobre wyniki uzyskały także: komfort warunków uczestnictwa, jasność celów i tematyki, przejrzystość informacji organizacyjnych, organizacja szkolenia (czas, tempo), ogólna satysfakcja, możliwość zadawania pytań i aktywnego udziału oraz dopasowanie treści do potrzeb – wszędzie **4,7**. Nieco niżej, choć nadal wysoko, oceniono jakość materiałów dydaktycznych – **4,6**.

Na podstawie udzielonych odpowiedzi przez personel medyczny biorący udział w świadczeniach edukacyjnych rekomenduje się utrzymanie silnego zaplecza trenerskiego, klarownej struktury zajęć i dobrej organizacji, a jednocześnie dopracowanie standardów materiałów (ujednolicenie układu,

regularna aktualizacja, łatwy dostęp po szkoleniu – np. repozytorium). Warto też konsekwentnie wzmacniać elementy interaktywne: wyraźnie planować czas na pytania, moderować dyskusję oraz wpłatać krótkie ćwiczenia/ankiety na żywo. Takie usprawnienia podniosą satysfakcję uczestników i ułatwią przełożenie wiedzy na praktykę.

Wykres 11 Ocena jakości udzielonych świadczeń edukacyjnych, odpowiedzi personelu medycznego (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską)

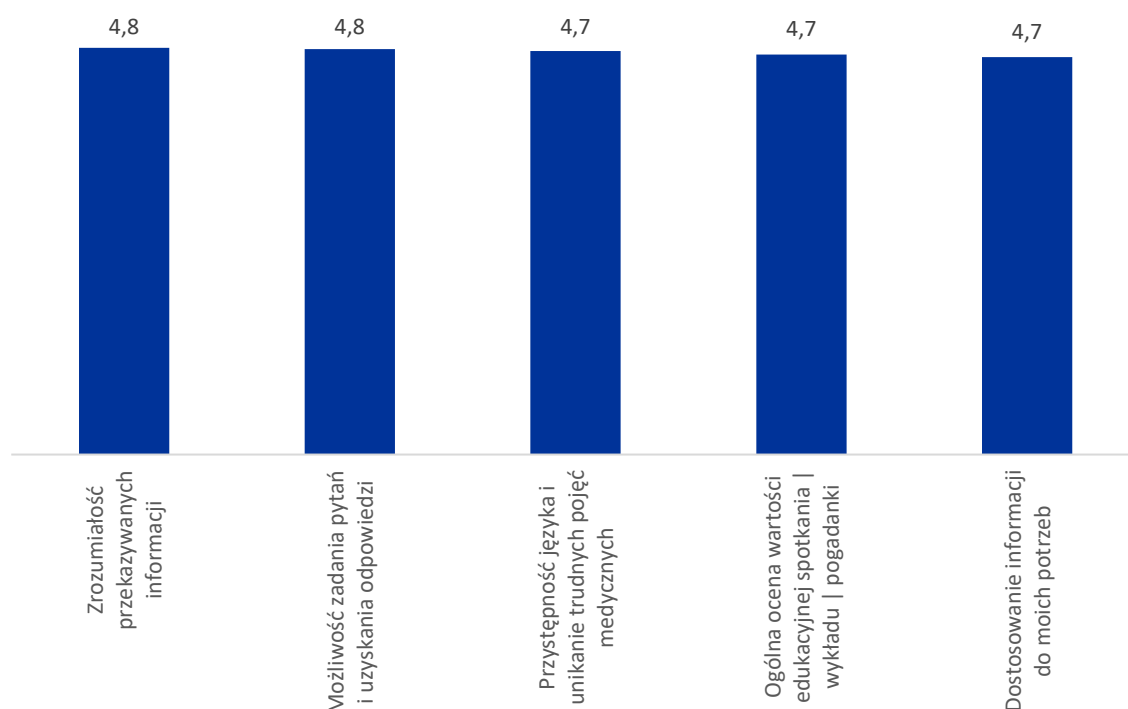


Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 298

Działania edukacyjne zostały równie wysoko ocenione przez uczestników korzystających ze wsparcia. Średnie arytmetyczne ocen w skali 1–5 mieszczą się w wąskim przedziale **4,7–4,8**. Najwyżej oceniono zrozumiałość przekazywanych informacji oraz możliwość zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi – po **4,8**. Bardzo dobre wyniki uzyskały także: przystępność języka i unikanie trudnych pojęć medycznych, ogólna wartość edukacyjna spotkania oraz dostosowanie informacji do potrzeb – wszędzie **4,7**. Wyniki nie wskazują na wyraźnie słabe obszary.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi rekomendujemy utrzymanie kluczowych atutów komponentu edukacyjnego — prostego, zrozumiałego języka i gwarantowanego czasu na pytania — oraz dalsze doskonalenie w kierunku personalizacji. W praktyce: krótkie pre-ankiety potrzeb, jasne podsumowania „co dalej” po zajęciach, stały dostęp do materiałów w jednym miejscu oraz krótkie sesje Q&A/mini-konsultacje. Takie usprawnienia wzmocnią poczucie dopasowania treści i mogą jeszcze podnieść już bardzo wysokie oceny.

Wykres 12 Ocena jakości działań edukacyjnych (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską)



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 1006

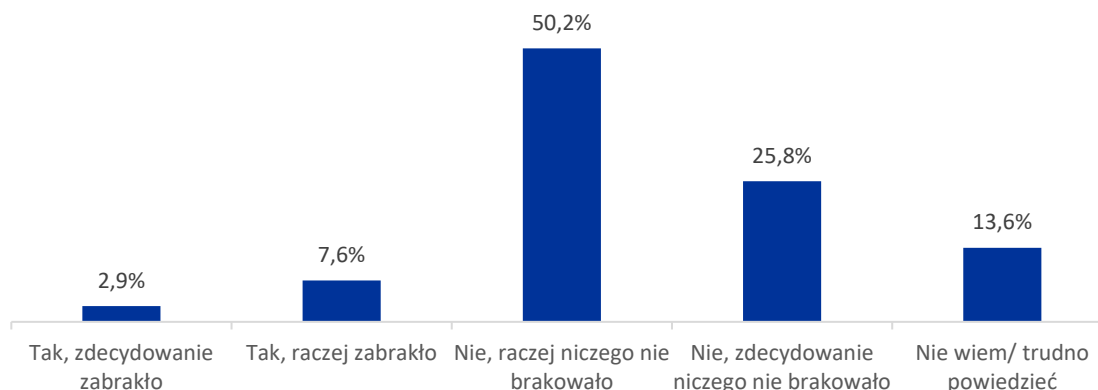
Miejsca wymagające korekt

W ocenie jakości i kompletności wsparcia, warto też wspomnieć o miejscach, wymagających korekt. Poniżej wymienione są punkty, które nie podważają ogólnie wysokiej oceny jakości świadczeń w ramach programów RPZ, ale wskazują obszary, które warto skorygować w przyszłości.

- **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna – niedoszacowana obsada pielęgniarska.**
Przy planowanej liczbie pacjentów zaplanowano zbyt mało etatów pielęgniarskich. Utrudniało to zapewnienie opieki całodobowej i nadmiernie obciążało zespół.
- **RPZ 15. Rehabilitacja – onkologia dziecięca – trudności kadrowe.**
Rekrutacja specjalistów z doświadczeniem onkologicznym była wymagająca, co stwarzało ryzyko luk w obsadzie i wahań jakości.
- **RPZ 4. Odważ się na zdrowie – błędne kryterium kwalifikacji.**
Zapis progów BMI niechęć wykluczył osoby ze skrajną otyłością, czyli grupę o największej potrzebie wsparcia.

Z badania ilościowego wynika, że zdecydowana większość ankietowanych nie odczuwała braków w oferowanych działaniach i świadczeniach w ramach programów RPZ, aż 76,0% oceniło, że niczego nie brakowało – jest to suma odpowiedzi nie, raczej nie brakowało – 50,2% oraz nie, zdecydowanie niczego nie brakowało – 25,8%. To świadczy o kompletności oferty. Tylko 10,5% badanych wskazało na braki – suma odpowiedzi tak, raczej zabrakło – 7,6% oraz tak, zdecydowanie zabrakło – 2,9%, a 13,6% nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Wykres 13 Odpowiedzi respondentów na pytanie czy zabrakło jakichś potrzebnych działań (świadczeń zdrowotnych, badań, konsultacji, działań podnoszących wiedzę)?



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 4541

Mimo że jedynie 10,5% ankietowanych wskazało, iż w projektach czegoś brakowało, analiza odpowiedzi otwartych ujawnia powtarzalne oczekiwania, które tam, gdzie to możliwe, warto potraktować jako kierunki doskonalenia. Zebrane postulaty porządkujemy tematycznie:

- **Szersza, pogłębiona diagnostyka.** Uczestnicy zwracali uwagę na potrzebę pełniejszego pakietu badań (laboratoryjnych, kardiologicznych, okulistycznych czy genetycznych), wykonywanych nie tylko jednorazowo, lecz także w formie cyklicznych kontroli. W programach przesiewowych oczekiwano szerszego zakresu diagnostyki oraz uwzględnienia chorób współistniejących.
- **Jasna ścieżka dalszego postępowania.** Najczęściej sygnalizowaną potrzebą było konsekwentne domykanie procesu: omówienie wyniku przystępnym językiem, sformułowanie zaleceń, przekazanie skierowań i kontaktów do specjalistów, wyznaczenie terminów kontroli oraz przekazanie podsumowania na piśmie.
- **Kontynuacja i powtarzalność opieki.** Oczekiwano możliwości dokończenia leczenia lub rehabilitacji, dodatkowych pakietów po kilku miesiącach oraz szybkich wizyt kontrolnych, tak aby wsparcie miało charakter ciągły.
- **Bardziej spersonalizowana rehabilitacja.** Zgłaszano potrzebę dłuższych i częstszych zajęć, ukierunkowanych na konkretny deficyt (np. motoryka ręki, funkcje językowe), stałego terapeuty prowadzącego, większej weryfikacji poprawności ćwiczeń, dostępu do nowocześniejszego sprzętu oraz szerszego wachlarza terapii (np. logopedia, terapia manualna).
- **Lepszy dostęp do konsultacji i specjalistów.** Pożądane były konsultacje przed i po badaniu, krótsze kolejki do specjalistów oraz możliwość umawiania kolejnych świadczeń „na miejscu”.
- **Wyższa jakość komunikacji.** Respondenci akcentowali potrzebę bardziej przejrzystej informacji o programie, przygotowaniu do badań, wynikach i dalszych krokach, a także sprawniejszego kontaktu zwrotnego i jednoznacznego wskazania odpowiedzialnych punktów kontaktowych. Wskazywano również na wagę empatycznego podejścia.

- **Edukacja i materiały.** Doceniano komponent edukacyjny, jednocześnie postulując większą personalizację treści, praktyczne wskazówki do codziennego stosowania, scentralizowany dostęp do materiałów, stałe sesje pytań i odpowiedzi oraz – tam gdzie to zasadne – bardziej zaawansowane poradnictwo żywieniowe.
- **Wsparcie psychologiczne oraz dla rodzin/opiekunów.** Oczekiwano zwiększenia liczby konsultacji psychologicznych, wzmocnienia form wsparcia dla rodzin oraz – w razie potrzeby – pomocy organizacyjnej (np. w zakresie dojazdów).
- **Organizacja i dostępność.** Zwracano uwagę na dogodność lokalizacji i godzin (w tym popołudniowych), skrócenie czasu oczekiwania, możliwość kontynuacji w tych samych warunkach oraz doposażenie placówek.
- **Sygnały punktowe.** Pojawiały się także pojedyncze uwagi dotyczące m.in. szczepień i informacji poszczepiennych, rozszerzenia katalogu zabiegów czy standardu higieny podczas warsztatów – to wskazówki do lokalnych usprawnień operacyjnych.

Na podstawie zgromadzonych wypowiedzi warto przede wszystkim zadbać o pełne domykanie ścieżki opieki (jasny plan dalszego postępowania), ułatwić kontynuację świadczeń i wzmocnić personalizację zarówno rehabilitacji, jak i edukacji. Ustandaryzowane podsumowania wizyty, szybkie konsultacje wyników, cykliczne kontrole oraz elastyczna organizacja usług mogą wprost przełożyć się na dalszy wzrost satysfakcji i postrzeganej wartości programów RPZ.

Dobre praktyki zapewniania wysokiej jakości

Na podstawie analizy dokumentacji, wyników badań oraz doświadczeń beneficjentów/realizatorów zidentyfikowano rozwiązania, które w największym stopniu przekładały się na wysoki standard wsparcia w ramach programów RPZ. Poniżej porządkujemy je w czterech obszarach – od doboru realizatorów, przez organizację pracy, po standard świadczeń i stały nadzór jakościowy.

Kryteria naboru i weryfikacja podmiotów

- Zastosowanie wymogów dotyczących doświadczenia klinicznego (o ile tematyka i zakres RPZ uzasadnia takie rozwiązanie) i organizacyjnego w realizacji świadczeń zdrowotnych, diagnostycznych, profilaktycznych i edukacyjnych oraz rzetelna ocena projektów pod kątem zasadności medycznej zapewniały spójność interwencji z aktualną wiedzą.
- Jasno zdefiniowane wymagania wobec kadry – kwalifikacje, praktyka kliniczna i doświadczenie w pracy z daną populacją – ograniczały ryzyko niedopasowań już na etapie konkursu.

Kadra i organizacja pracy

- Doświadczeni specjaliści i stałe zespoły stanowiły fundament jakości. Przykładowo w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna do realizacji kierowano najbardziej doświadczonych terapeutów, co stabilizowało standard świadczeń.
- Empatyczna praca „jeden na jeden” oraz indywidualizacja planów terapii – praktykowane m.in. w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna i RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna – budowały poczucie bezpieczeństwa, zwiększały zaangażowanie pacjentów i sprzyjały lepszym wynikom funkcjonalnym.

- Systematyczne szkolenia personelu oraz inwestycje w nowoczesny sprzęt (akcentowane m.in. w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD i RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) utrzymywały aktualność kompetencji i podnosiły efektywność procesu terapeutycznego.

Merytoryka i standard świadczeń

- Kompleksowe pakiety w jednym miejscu, koordynowane ścieżki opieki oraz wyznaczone punkty kontaktu ułatwiały pacjentom orientację i domykanie procesu (od kwalifikacji po kontrolę efektów).
- Wprowadzanie rozwiązań zwiększających akceptowalność procedur – jak sedacja przy kolonoskopii w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP – podnosiło frekwencję i zmniejszało rezygnacje.
- Równoległe stosowanie mierników efektu zdrowotnego i funkcjonalnego (obok wskaźników ilościowych) umożliwiało bieżące doskonalenie planów terapii oraz obiektywną ocenę skuteczności – praktyka wykorzystywana m.in. w projektach rehabilitacyjnych (RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD).

Monitorowanie jakości i informacja zwrotna

- Regularne kontrole w trakcie realizacji, badania satysfakcji „przed i po” oraz porównywanie planów z wykonaniem tworzyły spójny system nadzoru jakościowego.
- Krótka ścieżka informacji zwrotnej do zespołów (feedback operacyjny) pozwalała szybko korygować organizację, harmonogramy i metody pracy, minimalizując ryzyko powtarzania błędów.

Zastosowanie powyższych praktyk wzmacniało spójny, wysoki standard usług w ramach RPZ, a jednocześnie zwiększało satysfakcję uczestników i trwałość uzyskiwanych efektów zdrowotnych.

4 OCENA REALIZACJI CELÓW RPZ

4.1 Osiągnięcie mierników efektywności

Miernik efektywności w programie zdrowotnym to ilościowa lub jakościowa wartość, która obiektywnie odzwierciedla stopień realizacji celów programu w określonej populacji i okresie czasu. Zgodnie z wytycznymi AOTMiT¹⁴, mierniki powinny odpowiadać głównym i szczegółowym celom programu – każdy cel powinien być powiązany z miernikiem, który jednoznacznie pozwala ocenić jego realizację. Mierniki muszą być też skonstruowane według zasady SMART (konkretny, mierzalny, osiągalny, istotny, z określonym terminem realizacji). Zaleca się, by wartości mierników były określane zarówno przed rozpoczęciem programu, jak i po jego zakończeniu, co pozwala ocenić efekt interwencji.

W praktyce wskaźniki wpisane do RPZ objętych ewaluacją można podzielić na kilka typów, które razem tworzą dość szeroką i zróżnicowaną całość. Najliczniejszą grupę stanowią mierniki produktu, czyli wskaźniki pokazujące skalę działań – liczbę wykonanych badań, kolonoskopii, konsultacji,

¹⁴ [Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej](#)

zaszczepionych osób, przebadanych uczniów, zorganizowanych spotkań czy rozpowszechnionych materiałów edukacyjnych. Są one stosunkowo łatwe do zliczenia i dobrze nadają się do bieżącej kontroli realizacji. Kolejną grupę stanowią wskaźniki procesowe, które odnoszą się do organizacji świadczeń i warunków ich dostępności, np. średni czas oczekiwania na konsultację, liczba rezygnacji z udziału w projekcie, liczba osób niezakwalifikowanych do programu czy liczba listów wysłanych do lekarzy POZ. Te mierniki pozwalają ocenić jakość procesu i stopień ułatwiania dostępu do usług. Bardziej zaawansowane i tak naprawdę mierzące efekty RPZ, są **wskaźniki rezultatu**, które pokazują faktyczne zmiany u uczestników – poprawę sprawności funkcjonalnej po rehabilitacji, spadek masy ciała, wzrost aktywności fizycznej, poprawę kondycji psychicznej czy zwiększenie poziomu wiedzy wśród pacjentów, ich rodzin oraz kadry medycznej. W tej grupie znajdują się też miary kliniczne, oparte na standaryzowanych narzędziach (np. skale SF-36, Barthel czy Fugl-Meyer), co pozwala na rzetelniejszą ocenę efektów zdrowotnych. Najrzadziej pojawiają się wskaźniki oddziaływania, odnoszące się do szerokich systemowych zmian w zdrowiu populacji, np. spadku liczby hospitalizacji z powodu pękniętego tętniaka. Te mierniki są najbardziej ambitne, ale też trudne do oceny, bo zależą od wielu czynników zewnętrznych i wymagają dłuższego horyzontu czasowego oraz odniesienia do całej populacji stanowiącej grupę docelową. Całość tworzy spójny, choć nierówny zestaw – z przewagą wskaźników ilościowych i produktowych, ale także z obecnością miar jakościowych i klinicznych, które pozwalają ocenić efekty zdrowotne programów. Problemem pozostaje brak wartości docelowych dużej części wskaźników – w RPZ ujęto, że dany efekt jest oczekiwany i będzie mierzony, ale nie podano wartości docelowej.

Jak wynika z wywiadów pogłębionych z beneficjentami, mierniki efektywności przyjęte w RPZ, w większości trafnie opisywały efekty programów, były adekwatne do typu wsparcia, a także mierzalne. Realizatorzy nie wskazywali na znaczące problemy w tym zakresie, ale jednocześnie należy podkreślić, iż część mierników nie była przez nich raportowana na zakończenie programów – nie wiadomo zatem czy były one w ogóle mierzone.

Efekty mierzone wskaźnikami efektywności powinny być raportowane po zakończeniu realizacji programu zdrowotnego, w tzw. raporcie efektywności. Obowiązek przygotowania takiego raportu wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.), konkretnie z art. 48a ust. 13, 14 i 15 tej ustawy. Szczegółowy wzór raportu oraz zasady jego sporządzania określa również Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

Dodatkowo w RPZ realizatorzy przygotowywali własne raporty roczne lub końcowe z realizacji RPZ, analizy ankiet satysfakcji, wyniki ankiet poszkoleniowych kadry medycznej etc.

Jak wynika z dokumentacji przekazanej przez IZ oraz przez realizatorów projektów, zakres informacji w różnego rodzaju raportach jest bardzo zróżnicowany i często nie odnosi się do mierników efektywności zawartych w RPZ.

REKOMENDACJA: Rekomenduje się, aby w przyszłości instytucja odpowiedzialna za wybór realizatora RPZ w Wielkopolsce oraz rozliczanie projektów wprowadziła jednolite i obowiązkowe zasady przygotowywania sprawozdań z realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych, tak aby zapewnić ich spójność, kompletność i porównywalność. Każdy realizator powinien przygotować raport końcowy

w oparciu o wzór określony w przepisach prawa, uzupełniony o elementy wymagane przez IZ, przy czym treść raportu musi wprost odnosić się do wszystkich mierników efektywności ujętych w RPZ – z podaniem wartości bazowych, docelowych i osiągniętych. Dodatkowo zaleca się wprowadzenie podziału mierników według typologii (produkt, rezultat), co umożliwi nie tylko monitorowanie skali podejmowanych działań, ale także pełniejszą ocenę ich jakości i skuteczności zdrowotnej. Konieczne jest także określenie źródła, które dostarczy danych na koniec realizacji RPZ. Należy jednocześnie podkreślić, że mierniki wykorzystywane w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych powinny być realistyczne – mierniki powinny być mierzalne w obrębie grupy uczestników oraz w czasie trwania projektów.. Wskaźniki muszą umożliwiać rzetelną ocenę stopnia osiągnięcia założonych celów, przy czym ich pomiar powinien opierać się na dostępnych, wiarygodnych źródłach danych. Zastosowanie przejrzystych, mierzalnych i adekwatnych wskaźników pozwoli na usprawnienie procesu monitorowania, ocenę efektywności interwencji oraz porównywalność wyników pomiędzy poszczególnymi programami.

Poniżej przeprowadzono analizę wybranych mierników efektywności w poszczególnych RPZ – tych dotyczących **rezultatów wsparcia**, tj. obrazujących faktyczne zmiany w grupie osób objętych świadczeniami zdrowotnymi. Nie przedstawiano mierników produktu, związanych z liczebnością uczestników RPZ, gdyż te opisano w rozdziale 2.1.

RPZ 1. Zdrowa aorta

Tabela 2 Mierniki efektywności w RPZ 1. Zdrowa aorta

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba hospitalizacji chorych z pękniętym tętniakiem w województwie wielkopolskim mierzona na koniec każdego roku oraz po zakończeniu programu w roku 2020	spadek z 98 do 47 (o 40%)	Brak danych
Liczba osób z prawidłowymi wynikami badania USG	9200	10 695
Liczba osób z rozpoznaniem tętniakiem aorty brzusznej: - z rozpoznaniem małego tętniaka aorty brzusznej; - z rozpoznaniem średniej wielkości tętniaka aorty brzusznej; - z rozpoznaniem dużej wielkości tętniaka aorty brzusznej	800	400 (w 39 przypadkach wskazane było wykonanie operacji chirurgicznej)
Liczba osób z rozpoznaniem tętniakiem współistniejącym	280	Brak danych
Liczba lekarzy, u których podniesiono poziom wiedzy z zakresu diagnostyki i metod leczenia tętniaków aorty brzusznej	555	Brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

Otrzymane dokumenty przedstawiające efekty RPZ 1. Zdrowa aorta nie zawierają konkretnych danych liczbowych dotyczących corocznej liczby hospitalizacji chorych z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej w województwie wielkopolskim ani danych za rok 2020. Warto jednakże wskazać na to, że głównym efektem badań przesiewowych jest to, że istotnie zmniejszają ryzyko pęknięcia tętniaka. Jak wynika z wywiadu pogłębionego z realizatorem projektu, jeżeli chory trafia do szpitala z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej, to po trzech miesiącach przeżywa zaledwie 10-15% całej grupy. Jeżeli tętniak jest zdiagnozowany i operowany zanim pęknie, ryzyko powikłań okołoperacyjnych wynosi już tylko kilka procent. Warto też zaznaczyć, że po wykryciu tętniaka pacjent był kierowany na pogłębioną

diagnostykę: badanie angiografii w rezonansie, a następnie odbywał wizytę u chirurga naczyniowego w celu omówienia problemu oraz planu leczenia lub prowadzenia kontroli.

W kontekście kompetencji kadry medycznej – w ramach projektu prowadzono szkolenia dla lekarzy w 33 powiatach województwa wielkopolskiego. Prowadzono również konferencje i warsztaty dotyczące problemu tętniaków aorty brzusznej. Taka edukacja przyczyniła się, zdaniem realizatorów, do wzrostu świadomości i wiedzy lekarzy, zwłaszcza lekarzy rodzinnych.

RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna

Tabela 3 Mierniki efektywności w RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób, u których po opuszczeniu programu nastąpiła poprawa sprawności funkcjonalnej	nie mniej niż 30% uczestników RPZ, tj. 600 osób	60% uczestników (1176)
Liczba osób z otoczenia pacjenta, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczącej profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej po leczeniu choroby nowotworowej oraz metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywieniowego pacjentów onkologicznych	150	192
Liczba osób uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u której nastąpiła poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej	nie mniej niż 30% uczestników, tj. 600 osób	1372
Liczba osób, u których nastąpiła poprawa kondycji psychicznej mierzona testem HRQL	300	591
Liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu odżywiania po wystąpieniu objawów ubocznych długotrwałego leczenia onkologicznego podczas trwania programu zdrowotnego	300	455
Liczba kadry medycznej zatrudnionej przy realizacji programu, u której zwiększył się poziom wiedzy specjalistycznej	85%	100% uczestników szkoleń (65 osób)

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna wyróżnia się na tle innych przedsięwzięć tym, że już na etapie opracowania RPZ określono konkretne wartości docelowe mierników efektów, a następnie wszystkie zostały zweryfikowane po zakończeniu realizacji. Analiza wskazuje, że zakładane cele nie tylko zostały osiągnięte, lecz w wielu przypadkach znacząco przekroczone, co potwierdza wysoką skuteczność interwencji. Zrealizowane działania przełożyły się na poprawę stanu zdrowia pacjentów (funkcjonalność, kondycja psychiczna, sprawność ruchowa, odżywianie), co pozwalało pacjentom wykonywać więcej czynności życiowych czy zawodowych. Jak wynika z raportu końcowego, największa liczba uczestników zauważyła poprawę w zakresie odczuwanego bólu i dyskomfortu (916 osób) oraz w stopniu odczuwanego niepokoju bądź przygnębienia (731 osób). Jednym z czynników sukcesu był przyjęty model wsparcia w zakresie rehabilitacji ruchowej, która była realizowana indywidualnie (1 do 1) przez 20 godzin. Również w przypadku wsparcia dietetyka pacjenci mogli uczestniczyć w 20 godzinach indywidualnych konsultacji (liczba godzin zależała od potrzeb pacjenta).

RPZ miał również wpływ na wzrost wiedzy osób z otoczenia chorych, którzy stali się lepiej przygotowani do wspierania procesu rehabilitacji. Najliczniejsza grupa zgłosiła się do dietetyków (109 osób), a nieco mniejsza do psychologów (100 osób). Do fizjoterapeutów trafiło 20 osób bliskich.

Warto podkreślić również wymierne korzyści dla kadry medycznej – wszyscy uczestnicy szkoleń podnieśli swoje kompetencje, co stanowi inwestycję w trwały rozwój jakości opieki nad pacjentami onkologicznymi. Jak wynika z wywiadu z beneficjentem, kadra medyczna, obejmująca fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów, zyskała dodatkowe doświadczenie i wiedzę dzięki udziałowi w projekcie i cyklicznym szkoleniu, nawet jeśli część z nich miała już wcześniejsze doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi. Projekt od początku zakładał regularne szkolenia dla tych grup zawodowych, aby systematycznie poszerzać ich wiedzę i dostosowywać ją do potrzeb uczestników programu. Ważnym elementem było także otwarcie szkoleń dla specjalistów spoza kadry realizatora, co stanowiło swoistą formę „ubezpieczenia” na wypadek rotacji personelu i gwarantowało ciągłość działań. Tak przygotowana i stale rozwijająca się kadra jest postrzegana przez beneficjenta jako fundament sukcesu projektu oraz kluczowy czynnik wpływający na jego wysoką jakość.

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca

Tabela 4 Mierniki efektywności w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Odsetek lekarzy, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie kardiotoxyczności oraz prewencji chorób sercowo-naczyniowych	70%	brak danych
Odsetek pacjentów, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie prewencji oraz objawów chorób sercowo-naczyniowych	60%	brak danych
Liczba pacjentów zakwalifikowanych do grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego	3000	600
Odsetek lekarzy (onkologów/lekarzy zajmujących się leczeniem chorób onkologicznych (oraz lekarzy w trakcie specjalizacji), u których wzrósł poziom wiedzy w zakresie umiejętności praktycznych w przeprowadzaniu badania echo	70%	100%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z analizy ankiet wśród kadry medycznej oraz danych SL2014.

W przypadku RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, ze względu na brak odniesienia się w raporcie końcowym do wszystkich mierników, ocena efektywności programu może być ograniczona do analizy skuteczności (liczba uczestników) oraz wyników ankiet przeprowadzonych wśród uczestników i lekarzy. Najwyraźniej widoczne efekty dotyczą wzrostu wiedzy lekarzy – w obszarze umiejętności praktycznych związanych z przeprowadzaniem badań echo serca. We wszystkich analizowanych szkoleniach uczestnicy potwierdzali, że zdobyta wiedza i umiejętności zostały poszerzone, a satysfakcja z poziomu merytorycznego była bardzo wysoka, co pozwala stwierdzić, że cele te osiągnięto na poziomie 100%. Jednocześnie należy zauważyć, że w przypadku miernika dotyczącego pacjentów – tj. wzrostu ich wiedzy w zakresie prewencji i objawów chorób sercowo-naczyniowych – nie udało się odnaleźć potwierdzających danych, gdyż dostępne raporty koncentrowały się na satysfakcji z opieki i procesu rejestracji.

Natomiast na zadowalające osiągnięcie mierników efektywności zwracają uwagę przedstawiciele beneficjenta w wywiadzie pogłębionym. W przypadku lekarzy miernik wzrostu poziomu wiedzy w zakresie kardiotoxyczności i prewencji chorób sercowo-naczyniowych został zrealizowany – wg rozmówców potwierdzają to działania edukacyjne w postaci szkoleń oraz konferencji naukowej, które cieszyły się dużym zainteresowaniem i pozwoliły na poszerzenie kompetencji specjalistów. Jeśli chodzi o pacjentów, zauważalny był wzrost ich świadomości dzięki organizowanym spotkaniom edukacyjnym,

jednak brak szczegółowych danych liczbowych uniemożliwia precyzyjne potwierdzenie osiągnięcia tego wskaźnika. Natomiast miernik dotyczący liczby pacjentów zakwalifikowanych do grupy zwiększonego ryzyka toksycznego uszkodzenia mięśnia sercowego został zmierzony i osiągnięty, choć ostateczna liczba uczestników programu była znacząco niższa od planowanej – wyniosła 600 osób zamiast zakładanych 3000, co wynikało z trudności rekrutacyjnych, fuzji szpitali oraz utrudnień spowodowanych pandemią COVID-19.

RPZ 4. Odważ się na zdrowie

Tabela 5 Mierniki efektywności w RPZ 4. Odważ się na zdrowie

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób z rozpoznaną nadwagą, u których wystąpił spadek masy ciała	6098	brak danych
Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie obwodu talii	6098	brak danych
Liczba osób, które zwiększyły tygodniowy czas aktywności fizycznej	6098	brak danych
Liczba osób, u których zanotowano poprawę nawyków żywieniowych	6098	brak danych
Liczba osób, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat prawidłowego odżywiania – zasad komponowania pełnowartościowych posiłków, znajomość „piramidy żywieniowej”, czytania etykiet produktów itp. (ankieta oceniająca wiedzę przed i po Programie)	6098	brak danych
Liczba osób, u których odnotowano poprawę samopoczucia fizycznego i psychicznego	6098	brak danych
Liczba osób, u których utrzymała się zredukowana masa ciała po upływie 3 miesięcy (liczone od zakończenia interwencji multikomponentowych)	6098	brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – brak danych w raporcie końcowym.

Nie ma możliwości dokonania pełnej oceny efektywności całego RPZ, który był realizowany w ramach trzech projektów (w tym jednego rozwiązanego, ale wykazującego uczestników), gdyż raport końcowy nie odnosi się do mierników efektywności. Raport podsumowujący faktyczne efekty dostępny jest jedynie dla projektu realizowanego na obszarze MOF Poznań. Wynika z niego, że wszystkie mierniki dotyczące uczestników wielokomponentowego wsparcia zdrowotnego zostały osiągnięte, a część z nich nawet przekroczona. Zaplanowane cele dotyczące spadku masy ciała oraz zmniejszenia obwodu talii zostały w pełni zrealizowane – efekty odnotowano u wszystkich 1676 uczestników. Jednocześnie projekt przyczynił się do istotnej zmiany w zakresie aktywności fizycznej: odsetek osób regularnie ćwiczących co najmniej 2 godziny tygodniowo ponad dwukrotnie wzrósł, a udział osób całkowicie nieaktywnych spadł do zaledwie 3%. Wyraźną poprawę zaobserwowano także w obszarze nawyków żywieniowych – ponad trzy czwarte uczestników deklarowało utrzymywanie zdrowego sposobu odżywiania, a jedynie marginalna część wróciła do dawnych nawyków. Szczególnie istotny jest miernik dotyczący wiedzy o prawidłowym odżywianiu: wzrost ten odnotowano u 96% uczestników, co znacząco przekroczyło założoną wartość docelową (60%). Choć brak bezpośredniego wskaźnika liczbowego dotyczącego poprawy samopoczucia fizycznego i psychicznego, to wysoki poziom zadowolenia (80%) oraz deklaracje o wpływie projektu na motywację do prowadzenia zdrowego stylu życia (96%) wskazują na pozytywny i trwały efekt psychologiczny.

W przypadku projektu realizowanego w AKO, który został rozwiązany z powodu pandemii, żadna osoba nie przeszła kompleksowego wsparcia, co uniemożliwiło monitoring i ewaluację wskaźników, które pozostały na bardzo niskim poziomie. Na wysoką efektywność programu, szczególnie w

obszarze kształtowania prozdrowotnych postaw i wiedzy uczestników, wskazali natomiast realizatorzy dwóch pozostałych projektów. Jednocześnie nie wszystkie mierniki efektywności uznali za miarodajne.

Wskaźnik dotyczący spadku masy ciała był osiągany (zdarzały się przypadki utraty ponad 10 kg). Wskaźnik oceniono jako właściwy i zgodny z celem projektu, jednak podkreślano, że nie zawsze oddaje on rzeczywiste efekty zdrowotne – intensywne ćwiczenia mogą prowadzić do wzrostu masy mięśniowej i braku spadku wagi, mimo poprawy stanu zdrowia. Podobne zastrzeżenia dotyczyły miernika zmniejszenia obwodu talii, którego wartość diagnostyczna jest dyskusyjna w kontekście rozbudowy mięśni. Z kolei wskaźnik dotyczący zwiększenia czasu aktywności fizycznej oceniono jako szczególnie trafny – działania sportowe były najbardziej skuteczną formą wsparcia, wypracowując trwałe nawyki ruchowe. W obszarze żywienia uznano, że projekt wyraźnie przyczynił się do poprawy nawyków, czemu sprzyjały dzienniczki dietetyczne oraz konsultacje, a także działania edukacyjne i kampanie informacyjno-promocyjne kierowane szerzej do społeczeństwa. Również wskaźnik wzrostu wiedzy o prawidłowym odżywianiu został oceniony jako bardzo dobrze dobrany – uczestnicy zyskiwali praktyczne umiejętności, a ich świadomość zdrowotna wyraźnie się podniosła. Bardzo wysoko oceniono również miernik dotyczący poprawy samopoczucia fizycznego i psychicznego, zwłaszcza dzięki wsparciu psychologicznemu, które wzmacniało samoakceptację, motywację i trwałość zmian. Najwięcej wątpliwości dotyczyło wskaźnika utrzymania zredukowanej masy ciała po 3 miesiącach – w jednym z projektów brakowało danych, a choć w drugim przeprowadzono badania ex post, to podkreślano trudność obiektywnego monitorowania efektów w dłuższej perspektywie, które mogą być niwelowane przez czynniki zewnętrzne, w tym efekt jojo.

RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa

Tabela 6 Mierniki efektywności w RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób, u których wykryto retinopatie cukrzycową na terenie województwa wielkopolskiego w ciągu 3 lat realizacji programu profilaktyki	6116 (4027)	4004
Liczba diabetyków z Wielkopolski, którzy biorąc udział w programie zwiększyli swoją wiedzę o retinopatii cukrzycowej, jej objawach i konieczności przeprowadzania regularnych badań okulistycznych oraz na temat zachowań prozdrowotnych	21960 (26395)	10576
Liczba przebadanych diabetyków z województwa wielkopolskiego	43920 (37700)	13313

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ, w nawiasie podano wartość z wniosku o dofinansowanie; wartość osiągnięta – dane SL2014.

Analizując efektywność RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa należy mieć na uwadze, że realizator projektu przyjął we wniosku o dofinansowanie inne wartości docelowe mierników efektywności niż założono w RPZ – niższe w przypadku liczby przebadanych diabetyków oraz liczby osób, u których wykryto retinopatie cukrzycową, a także wyższe, jeśli chodzi o liczbę osób, które dzięki interwencji EFS zwiększyły swoją wiedzę na temat retinopatii cukrzycowej.

Jak wynika z wywiadu z beneficjentem oraz analizy danych z SL2014, w ramach programu profilaktyki retinopatii cukrzycowej w ciągu trzech lat osiągnięto znaczące rezultaty, potwierdzające jego skuteczność. Kluczowym miernikiem było wykrycie retinopatii cukrzycowej – początkowo zakładano 556 przypadków, następnie po aneksie 4027, a ostatecznie zdiagnozowano 4004 przypadki, co uznaje się za sukces umożliwiający wcześniejsze leczenie i przeciwdziałanie utracie wzroku u pacjentów.

Istotnym elementem była także edukacja – choć nie udało się zrealizować zakładanej liczby osób, które zwiększyły swoją wiedzę (osiągnięto 10 576 wobec planowanych 26 395), to wzrost świadomości zdrowotnej uczestników był bardzo wysoki: od 69,7% w 2019 r. do 99,1% w 2023 r., a 80,6% pacjentów zadeklarowało lepsze rozumienie objawów, konieczności badań i zachowań prozdrowotnych. Działania edukacyjne – filmy, broszury, webinary i artykuły – miały dodatkowy efekt społeczny, ponieważ wiedza była przekazywana dalej. Z kolei badania przesiewowe objęły ponad 13 tys. diabetyków w 30 poradniach na terenie 19 miast województwa, co zwiększyło dostępność diagnostyki i zmniejszyło różnice terytorialne. Mimo że nie osiągnięto pierwotnie zakładanej liczby przebadanych osób (37 700), miernik ten został zrealizowany na dużą skalę, a ograniczenia wynikały m.in. z pandemii COVID-19 i różnic w zgłaszalności między miastami a mniejszymi miejscowościami.

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP

Tabela 7 Mierniki efektywności w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba nieprawidłowych wyników przeprowadzonego testu	1200 (1820)	957
Liczba rozpoznanych nowotworów złośliwych oraz stopień ich zaawansowania	brak danych	brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ, w nawiasie podano wartość z wniosków o dofinansowanie; wartość osiągnięta – dane z bazy SL2014.

Z dostępnych źródeł wynika, że w drugiej edycji projektu udało się osiągnąć miernik dotyczący liczby nieprawidłowych wyników testu na obecność krwi utajonej w kale – około połowa osób oddających pierwszą próbkę uzyskała wynik pozytywny, a w przypadku potwierdzenia wyniku w drugim badaniu pacjenci byli kierowani na kolonoskopię. Choć zakładana liczba osób zgłaszających się na diagnostykę pogłębioną nie została w pełni osiągnięta (osiągnięto 957 wobec zakładanych we wniosku o dofinansowanie 1820), projekt umożliwił przeprowadzenie badań przesiewowych i dalszą diagnostykę, co miało realny wpływ na zdrowie uczestników. Szczególnie istotny był miernik związany z liczbą rozpoznanych nowotworów złośliwych – choć brak jest precyzyjnych danych liczbowych i informacji o stopniu zaawansowania wykrytych przypadków, wiadomo, że dzięki projektowi zdiagnozowano nowotwory, a pacjenci trafiali do dedykowanej ścieżki onkologicznej i podejmowali leczenie. Efekty te potwierdzają zarówno uratowanie życia części pacjentów, jak i pozytywny wpływ na wzrost świadomości i zgłaszalności. Zdaniem realizatora, realizacja projektu pokazała, że działania profilaktyczne i wczesna diagnostyka mają kluczowe znaczenie – im wcześniej wykryty nowotwór, tym większe szanse na skuteczne leczenie i poprawę rokowań.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna

Tabela 8 Mierniki efektywności w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono obniżenie natężenia dolegliwości bólowych	75%	95%
Liczba osób uczestniczących w interwencji edukacyjnej, u których nastąpił wzrost wiedzy	80%	84%
Liczba osób, które zwiększyły swój udział w zajęciach fizycznych w życiu codziennym po zakończeniu programu	20%	78%

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób, u których nastąpiła poprawa w zakresie schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą kwestionariusza SF-36	75%	87%
Liczba osób, u których zanotowano poprawę sprawności fizycznej	50%	81%
Liczba osób, u których zwiększył się poziom wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych dot. unikania zachowań sprzyjających urazom, (np. za pomocą ankiety sprawdzającej poziom wiedzy dot. ergonomii pracy)	80%	92%
Liczba osób, która podjęła lub kontynuuje zatrudnienie po zakończeniu programu zdrowotnego	50%	89%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – obliczenia własne na danych z bazy SL2014.

Analiza dostępnych danych wskazuje, że wszystkie mierniki rezultatu założone w RPZ zostały nie tylko osiągnięte, ale również przekroczone w realizowanych projektach. Porównano liczbę osób objętych poszczególnymi formami wsparcia (np. rehabilitacją, działaniami edukacyjnymi, wsparciem dietetycznym czy psychologicznym) z liczbą osób, u których odnotowano wystąpienie oczekiwanego efektu mierzonego wskaźnikiem. Wyniki potwierdzają, że efekty programów były szerokie i wielowymiarowe – w wielu przypadkach skala osiągniętych rezultatów była kilkukrotnie wyższa od wartości zakładanych w RPZ. Warto jednocześnie przypomnieć, iż wsparciem w tym RPZ objęto 200% więcej osób niż założono w tym programie.

Tak wysoka skuteczność wskazuje na trafny dobór działań i odpowiednie dopasowanie interwencji do potrzeb uczestników. Jednocześnie fakt, że wskaźniki zostały przekroczone, świadczy o dużej efektywności zastosowanych metod, które przyniosły wymierne rezultaty zarówno w zakresie poprawy zdrowia pacjentów, jak i wzrostu wiedzy oraz świadomości.

Wnioski z wywiadów z beneficjentami pokazują, że mierniki efektywności zastosowane w RPZ miały zróżnicowaną użyteczność i wiarygodność. W przypadku oceny natężenia dolegliwości bólowych wskaźnik uznawano za stosunkowo prosty i obrazowy, choć podkreślano, że nie zawsze można zakładać poprawę u każdego uczestnika – bardziej adekwatne byłoby wskazywanie na zmianę poziomu bólu. W odniesieniu do oceny wiedzy, realizatorzy zauważali trudność w jednoznacznej weryfikacji – wskaźnik opierał się głównie na subiektywnych deklaracjach uczestników, choć równocześnie edukacja była oceniana jako bardzo istotny i skuteczny element programów, wyraźnie zwiększający świadomość zdrowotną. Podobne wątpliwości dotyczyły aktywności fizycznej – deklarowany wzrost zaangażowania w ćwiczenia trudno było zweryfikować obiektywnie, szczególnie w dłuższym okresie, mimo że uczestnicy zgłaszali chęć kontynuowania zajęć. Trafnym i wartościowym wskaźnikiem okazała się natomiast ocena jakości życia i stanu zdrowia przy pomocy standaryzowanych kwestionariuszy, choć ich stosowanie bywało dla pacjentów wymagające. W ocenie sprawności fizycznej podkreślano znaczenie obserwacji fizjoterapeuty, ale brak testów przed i po ograniczał pełną wiarygodność wyników, a deklaracje uczestników były obciążone subiektywizmem. Również ocena umiejętności praktycznych w zakresie prewencji urazów opierała się głównie na ankietach, jednak zauważalny był wzrost wiedzy praktycznej dzięki indywidualnym konsultacjom i doradztwu.

REKOMENDACJA: Rekomenduje się, aby pomiar mierników efektywności – tam, gdzie jest to możliwe, nie opierał się wyłącznie na subiektywnej ocenie uczestników, lecz był weryfikowany przez

specjalistów w oparciu o obiektywne narzędzia i badania, przed rozpoczęciem i po zakończeniu udziału w programie. Dzięki temu możliwe jest uchwycenie realnej poprawy w funkcjonowaniu pacjenta, a nie tylko jego subiektywnego poczucia zmiany. Optymalnym rozwiązaniem jest połączenie w miernikach efektywności perspektywy pacjenta z obiektywnymi wynikami klinicznymi, co pozwala na uchwycenie zarówno subiektywnie odczuwanej, jak i faktycznej poprawy stanu zdrowia. W miarę możliwości zaleca się stosowanie podejścia, które łączy ocenę jakości życia pacjentów z wynikami standaryzowanych testów klinicznych (np. testów funkcjonalnych, pomiaru zakresu ruchu czy innych obiektywnych wskaźników wykonywanych przez specjalistów w układzie przed–po). Uwzględnienie tego zintegrowanego podejścia powinno następować już na etapie planowania Regionalnych Programów Zdrowotnych, poprzez wspólną weryfikację – dokonywaną przez instytucję odpowiedzialną za opracowanie RPZ oraz zaangażowanych ekspertów medycznych – czy istnieją i mogą być zastosowane wystandaryzowane testy oceniające efekty planowanych świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do **zatrudnienia**, wskaźnik ten był uznawany za ważny i zgodny z celami programu, lecz jego pomiar był trudny – najczęściej opierał się na krótkoterminowych oświadczeniach uczestników, bez możliwości weryfikacji długofalowej. Większość uczestników stanowiły osoby już pracujące, a osiągnięty poziom wskaźnika dotyczącego liczby osób, które podjęły lub kontynuowały zatrudnienie po zakończeniu programu zdrowotnego (89%), wskazuje, że program mógł przyczynić się do utrzymania aktywności zawodowej przez znaczną część uczestników.

RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań

Tabela 9 Mierniki efektywności w RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Częstość występowania grypy, jej powikłań, chorób grypopodobnych w regionie na zakończenie programu	brak danych	brak danych
Wskaźnik absencji chorobowej u osób pracujących w wybranych zakładach pracy biorących udział w programie (mierzony przed, w trakcie programu i na zakończenie udziału w programie na reprezentatywnej próbie)	brak danych	brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

W RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań został zaplanowany jako działanie wspierające aktywność zawodową oraz zmniejszające absencję chorobową, a otrzymane od Zamawiającego i realizatora raporty z jego realizacji koncentrują się zarówno na danych dotyczących uczestników, jak i na ogólnej sytuacji epidemiologicznej. W zakresie zdrowotnych efektów dla beneficjentów szczepienia okazały się skuteczne – jak wynika z raportu końcowego z realizacji RPZ w sezonie 2019/2020 aż 98% zaszczepionych uczestników nie zachorowało na grypę, a choroba wśród pozostałych przebiegała łagodnie i bez powikłań, natomiast w sezonie 2021/2022 wskaźnik ten wyniósł 94%, również potwierdzając pozytywne rezultaty programu. Na tle danych ogólnopolskich obraz był bardziej zróżnicowany – liczba zgłoszeń zachorowań na grypę wahała się w zależności od sezonu, przy czym duży wpływ miała pandemia COVID-19 i związane z nią obostrzenia, które obniżyły liczbę przypadków w 2020/2021, a po ich zniesieniu przyczyniły się do ponownego wzrostu zachorowań. Pokazuje to, że choć trudno jednoznacznie ocenić wpływ programu na dane regionalne, efekty wśród osób zaszczepionych są wyraźnie pozytywne. Wywiad z realizatorem potwierdził, iż projekt był realizowany

w wyjątkowo trudnych warunkach związanych z pandemią COVID-19, która całkowicie zmieniła kontekst zdrowotny, społeczny i gospodarczy, stając się czynnikiem determinującym wyniki RPZ. Jeśli chodzi trafność miernika dotyczącego częstości występowania grypy i jej powikłań, realizatorzy otwarcie wskazywali na trudności z jego mierzalnością i wiarygodną weryfikacją. Zwracali uwagę, że choć zaszczepienie pracowników w oczywisty sposób powinno sprzyjać ich większej dyspozycyjności i ograniczać podatność na zachorowania, brak jest twardych danych liczbowych potwierdzających tę zależność. Wskaźnik opierał się głównie na założeniu, że zaszczepiony pracownik będzie rzadziej chorował lub łagodniej przechodził infekcję.

W odniesieniu do absencji chorobowej w zakładach pracy, które uczestniczyły w projekcie, raporty potwierdzają, że program był adresowany głównie do osób aktywnych zawodowo (81,9% uczestników w 2019/2020 oraz 94% w 2021/2022), jednak brak jest szczegółowych wskaźników liczbowych dotyczących zmian absencji w tych konkretnych miejscach pracy. Dostarczono jedynie dane kontekstowe ZUS dla całego kraju, które wskazują na spadek liczby dni absencji chorobowej z powodu grypy w badanym okresie. Oznacza to, że chociaż szczepienia przyniosły wymierny efekt zdrowotny, a łagodniejszy przebieg choroby mógł wpływać na zmniejszenie absencji, to bezpośredni, lokalny efekt programu w zakresie tego miernika nie został udokumentowany liczbowo.

RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO

Tabela 10 Mierniki efektywności w RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Odsetek osób z wynikiem dodatnim testu na obecność przeciwciał anty-HBc Total	20%	brak danych
Odsetek osób z wynikiem dodatnim testu na obecność przeciwciał anty – HCV w etapie I	1,40%	2,49%
Odsetek osób z dwukrotnym wynikiem dodatnim testu na obecność przeciwciał anty-HCV	0,60%	brak danych
Liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącej wiedzy przekazanej w trakcie szkoleń dla personelu medycznego	wzrost o 30%	99%
Liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącej wiedzy przekazanej w trakcie szkoleń dla personelu niemedycznego	wzrost o 30%	99%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

W raportach podsumowujących realizację RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO nie odniesiono się do wszystkich mierników efektywności wskazanych w programie. Jedynie w przypadku miernika dotyczącego odsetka osób z wynikiem dodatnim testu na obecność przeciwciał anty – HCV w etapie I wskazano, że konieczność powtórzenia testu w kierunku zakażenia wirusem HCV (co następowało w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku HCV w I etapie) wystąpiła u 66 osób. Odsetek ten stanowi 2,49% z 2649 wykonanych badań. Wskazano też, że liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącej wiedzy przekazanej w trakcie realizacji programu wzrosła o 99% wśród objętego szkoleniami personelu medycznego i niemedycznego.

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Tabela 11 Mierniki efektywności w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Poziom wiedzy w zakresie znajomości i rozumienia zasad profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej nowotworów skóry	brak danych	poprawa o 66%
Liczba uczestników programu, u których wykryto zmiany nowotworowe	brak danych	200 (4% wszystkich)

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

Zgodnie z danymi zawartymi w raporcie końcowym oraz wywiadem pogłębionym z beneficjentem, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, mimo braku wartości docelowych określonych w RPZ, zrealizował swoje główne założenia, w tym cele odnoszące się do mierników efektywności w zakresie wzrostu wiedzy uczestników oraz wykrywalności zmian nowotworowych. W obszarze edukacji odnotowano znaczący wzrost poziomu wiedzy – w badaniach ex ante jedynie 8% respondentów deklaroowało bardzo wysoki poziom znajomości zasad profilaktyki nowotworów skóry, podczas gdy po udziale w programie wskaźnik ten wzrósł do 74,5%. Równocześnie poprawiły się postawy prozdrowotne uczestników, w tym częstsze deklarowanie unikania solarium, systematycznego stosowania kremów z filtrem UV oraz znajomości i umiejętności przeprowadzania samobadania skóry metodą ABCDE, gdzie odsetek osób świadomych tej techniki wzrósł z 3,75% do 58%. Jak wskazuje realizator, uczestnicy nie tylko lepiej rozumieli zasady ochrony i diagnostyki, ale także zaczęli otwarcie rozmawiać o czerniaku w swoim otoczeniu, co oswoiło temat i zmniejszyło lęk przed badaniami. Skuteczność edukacji potwierdza trwała pamięć o projekcie oraz rosnące zainteresowanie badaniami, widoczne m.in. w zapytaniach kierowanych do ośrodków. Ważnym elementem było także rozszerzenie działań na szkolenia dla różnych grup zawodowych oraz szeroka dystrybucja materiałów informacyjnych, które w przystępny sposób przekazywały kluczowe treści profilaktyczne.

Drugi kluczowy miernik dotyczył liczby uczestników, u których wykryto zmiany nowotworowe – w grupie 4500 przebadanych osób rozpoznano łącznie 200 przypadków wymagających dalszego leczenia specjalistycznego, w tym podejrzenia czerniaka skóry (57 osób), raka podstawnokomórkowego (92 osoby) oraz raka kolczystokomórkowego (51 osób). W ramach dalszej diagnostyki i terapii wystawiono 412 skierowań do poradni chirurgicznych w celu usunięcia zmian. Wyniki programu jednoznacznie wskazują na jego skuteczność zarówno w zakresie podnoszenia świadomości i wiedzy zdrowotnej, jak i wczesnego wykrywania nowotworów skóry, co przełożyło się na realne działania diagnostyczne i terapeutyczne.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna

Tabela 12 Mierniki efektywności w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób (po udarze) ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia, mierzoną skalą SF-36	50%	78%
Liczba osób (po udarze) uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u których nastąpił wzrost liczby czynności wykonywanych w ciągu dnia, mierzona skalą Barthel	50%	52%
Liczba osób (po udarze), u których nastąpiła poprawa funkcji w kończynach górnej, kończynach dolnej oraz poprawa lokomocji, oceniana kwestionariuszem np. Fugl-Meyer AS, ARAT, protokół z badania chodu lub inne	50%	83%
Liczba osób z otoczenia pacjenta, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczącej profilaktyki chorób układu krążenia oraz sposobów rehabilitacji aktywizującej pacjenta po udarze mózgu	75%	88%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – obliczenia własne na danych z bazy SL2014.

Na podstawie danych z bazy SL2014 dotyczących projektów realizowanych w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna wynika, że zakładane rezultaty zostały przekroczone, co świadczy o wysokiej efektywności wsparcia, mimo że program został zrealizowany jedynie w ograniczonym zakresie – objęto nim 635 osób zamiast planowanych 3171 (ok. 20%). Ocena efektów wskazuje, że zastosowane narzędzia pomiarowe, takie jak skala SF-36, Barthel czy Fugl-Meyer AS i ARAT, potwierdziły poprawę stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej uczestników, obejmując wzrost liczby wykonywanych czynności dnia codziennego, poprawę funkcji kończyn oraz lokomocji. Równocześnie ważne rezultaty odnotowano wśród rodzin pacjentów, które zyskały wiedzę z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia i metod rehabilitacji, co przełożyło się na odciążenie w opiece i większą samodzielność chorych. Program podkreślał także znaczenie aktywizacji zawodowej zarówno pacjentów, jak i ich bliskich, a trzytygodniowe turnusy umożliwiały rodzinom adaptację do nowej sytuacji i podejmowanie działań zawodowych. Jak wynika z wywiadów z realizatorami, całłościowe efekty programu miały charakter holistyczny – obejmowały poprawę fizyczną, psychiczną i społeczną dzięki wsparciu fizjoterapeutów, psychologów, neuropsychologów i logopedów. Warto także podkreślić, że w jednym z projektów sześć osób spośród 24 uczestników powróciło na rynek pracy, co uznano za znaczący sukces w kontekście tak wymagającej grupy docelowej.

RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc

Tabela 13 Mierniki efektywności w RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba osób, u których podniesiono zakres wiedzy (pacjenci onkologiczni) na temat chorób wywoływanych przez pneumokoki i grypę	80%	brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – brak raportu końcowego z realizacji RPZ.

W RPZ 12, którego celem było zapobieganie zapaleniom płuc u pacjentów onkologicznych poprzez szczepienia przeciwko pneumokokom i grypie oraz działania edukacyjne, wskaźnik dotyczący wzrostu wiedzy uczestników nie został faktycznie zrealizowany. Jak wynika z wywiadu z realizatorem, projekt zakończono przedwcześnie z powodu niskiego zainteresowania szczepieniami oraz wybuchu pandemii COVID-19, co spowodowało, że objęto nim jedynie 13 pacjentów zamiast planowanych 4250. Choć

realizatorzy przygotowali materiały edukacyjne i prowadzili szkolenia personelu, brak jest dowodów na to, by wzrost wiedzy został formalnie zmierzony. Wskazywano jednocześnie na ogólną nieświadomość społeczną dotyczącą pneumokoków i lekceważenie grypy, co potwierdzało duże zapotrzebowanie na edukację w tym obszarze. Jednak w okresie realizacji programu zainteresowanie i komunikacja zdrowotna były zdominowane przez edukację związaną ze szczepieniami przeciwko COVID-19, co dodatkowo osłabiło oddziaływanie projektu. W efekcie faktyczna liczba osób, u których podniesiono zakres wiedzy, pozostała marginalna, a pierwotne założenia programu nie zostały osiągnięte.

RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy

Tabela 14 Mierniki efektywności w RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Odsetek uczestników, u których odnotowano poprawienie harmonii twarzy	50%	60%
Odsetek uczestników, u których odnotowano zmniejszenie zaburzeń mowy	25%	56%
Odsetek uczestników, u których odnotowano wzrost umiejętności społecznych	50%	66%
Odsetek rodziców/opiekunów prawnych pacjentów, u których odnotowano wzrost wiedzy dot. etiologii, profilaktyki i radzenia sobie z medyczno-społecznymi konsekwencjami dysmorfii twarzy	75% rodziców/opiekunów prawnych pacjentów	68%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy został zrealizowany efektywnie, a jego mierniki efektywności zostały osiągnięte lub przekroczone, szczególnie w obszarze efektów zdrowotnych. Realizatorzy podkreślali, że wsparcie miało charakter kompleksowy – obejmowało leczenie ortodontyczne, logopedyczne, psychologiczne i psychiatryczne, a także aktywne włączenie rodziców i opiekunów, którzy dzięki edukacji i koordynacji opieki czuli się realnie odciążeni. Efekty obejmowały nie tylko poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania pacjentów, ale również wzrost ich umiejętności społecznych oraz wiedzy rodzin na temat radzenia sobie z konsekwencjami wad twarzy. Niewielka liczba rezygnacji świadczyła o wysokiej wartości programu. Wskazują jednocześnie, że dodatkowym elementem wymagającym włączenia w przyszłości powinna być chirurgia plastyczna, której brak ograniczał pełną kompleksowość leczenia. Realizatorzy wskazywali, że takie rozwiązanie powinno zostać wprowadzone systemowo, wraz z finansowaniem długoterminowej opieki ortodontycznej w ramach NFZ, aby zapewnić trwałość i ciągłość wsparcia po zakończeniu projektów czasowych.

RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu

Tabela 15 Mierniki efektywności w RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Liczba uczniów z wykrytą patologią słuchu skierowana do dalszej diagnostyki	3000	brak danych

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – brak raportu końcowego z realizacji RPZ.

W ramach RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu nie jest znana osiągnięta wartość miernika dotyczącego liczby uczniów z wykrytą patologią słuchu skierowanych do dalszej diagnostyki. Jak wynika z wywiadu pogłębianego z realizatorem, w przypadku stwierdzenia problemów ze słuchem lub schorzeń laryngologicznych uczniowie otrzymywali zaświadczenia kierujące rodziców do lekarza POZ, co otwierało drogę do dalszej diagnostyki specjalistycznej (laryngologicznej, audiologicznej czy foniatrycznej). Realizatorzy podkreślali, że dzięki temu możliwe było szybsze wykrywanie zaburzeń i podejmowanie działań przed wystąpieniem poważniejszych, często nieodwracalnych dolegliwości. Choć monitoring tych przypadków miał charakter nieformalny i opierał się na informacjach zwrotnych od uczniów i rodziców, wskazuje to na realny wpływ programu. Jednocześnie należy zaznaczyć, że nie zrealizowano głównego wskaźnika dotyczącego liczby przebadanych uczniów, co oznacza, że choć mechanizm kierowania do dalszej diagnostyki funkcjonował prawidłowo i miał pozytywny efekt, skala oddziaływania programu była mniejsza niż zakładano.

RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca

Tabela 16 Mierniki efektywności w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Brak mierników efektywności odnoszących się do rezultatów RPZ		

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

W RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca nie sformułowano mierników odnoszących się bezpośrednio do rezultatów wsparcia, lecz przyjęto raczej wskaźniki o charakterze produktowym, koncentrujące się na zasięgu i liczbie zrealizowanych działań. Dotyczyły one przede wszystkim liczby osób i instytucji objętych projektem, a nie faktycznych efektów zdrowotnych czy zmian w postawach uczestników. Do takich mierników zaliczała się liczba personelu medycznego, w tym lekarzy POZ, uczestniczących w szkoleniach na temat wczesnych objawów nowotworów i późnych powikłań chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży, a także liczba zawartych umów o współpracy z placówkami medycznymi, pełniącymi funkcję Lokalnych Punktów Edukacji Zdrowotnej. Uwzględniono również liczbę osób korzystających z działań wspomagających, rodziców i opiekunów objętych kampanią informacyjną w formie wkładek do książeczek zdrowia oraz liczbę pracowników instytucji pomocy społecznej, psychologów, pedagogów, terapeutów, partnerów społecznych i nauczycieli uczestniczących w działaniach edukacyjnych z zakresu onkologii dziecięcej. Wszystkie te wskaźniki pozwalały ocenić skalę podjętych działań, ale nie dawały możliwości pełnej weryfikacji ich długofalowych rezultatów. Jak wynika z raportu końcowego, wskaźniki zostały osiągnięte w pełni lub na wysokim poziomie.

RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Tabela 17 Mierniki efektywności w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Nazwa miernika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta
Odsetek osób, u których nastąpiła poprawa czasowo-przestrzennych parametrów oceny klinicznej chodu	75%	89%
Odsetek fizjoterapeutów, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie koncepcji biometrycznej oraz wspomaganej technologicznie rehabilitacji chodu u osób z MPD	70%	87%
Odsetek rodziców/opiekunów, u których nastąpił wzrost poziomu świadomości z zakresu przystosowania do funkcjonowania w społeczeństwie osób z MPD	70%	99%

Źródło: Nazwa miernika oraz wartość docelowa – z RPZ; wartość osiągnięta – z raportu końcowego z realizacji RPZ.

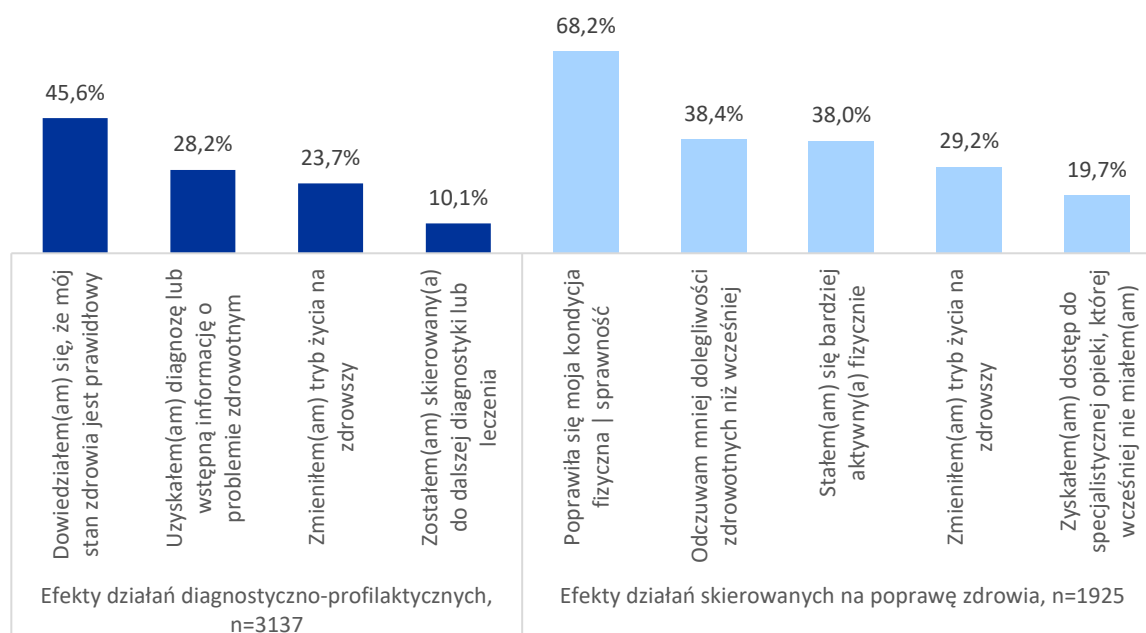
Realizacja RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD została oceniona jako znaczący sukces, ponieważ większość celów klinicznych i wskaźników nie tylko osiągnięto, ale również przekroczono. Wskaźnik dotyczący poprawy parametrów czasowo-przestrzennych chodu został zrealizowany z dużą nadwyżką – efekty osiągnęło ponad 80% uczestników, a trwałość rezultatów utrzymywała się również po sześciu miesiącach od zakończenia terapii. Wysoką skuteczność odnotowano także w zakresie wzrostu kompetencji fizjoterapeutów, którzy zdobyli nowe kwalifikacje i umiejętności związane z technologią wspomagającą rehabilitację, co dodatkowo podniosło ich wartość rynkową. Chociaż liczba przeszkolonych osób była nieco niższa od zakładanej (166 vs. 180), program stworzył standardy pracy z wykorzystaniem innowacyjnych narzędzi i umożliwił ich upowszechnianie w regionie. Kluczowym elementem było również zwiększenie świadomości rodziców i opiekunów, traktowanych jako część zespołu terapeutycznego. Program włączał rodzinę w proces wyznaczania i utrzymywania celów, co nie tylko wzmacniało adaptację dzieci w życiu społecznym, lecz także miało pozytywny efekt psychologiczny – personel medyczny zaangażowany w projekt wskazywał na zmniejszenie u rodziców poczucia winy, m.in. za to, że dziecko musi przechodzić przez szereg nieprzyjemnych, a czasami bolesnych zabiegów. Wsparcie było też atrakcyjne dla dzieci, co zmieniało rehabilitację w doświadczenie bardziej angażujące. Całość pozwala stwierdzić, że RPZ 16 był przykładem nowoczesnego, holistycznego podejścia do rehabilitacji, skutecznie łączącego cele medyczne, edukacyjne i społeczne.

4.2 Ocena efektów wsparcia

Rozdział dotyczący efektów ukazuje szerokie spektrum rezultatów osiągniętych dzięki realizacji programów zdrowotnych. Obejmują swoim zakresem zarówno uczestników, ich rodziny, jak i personel medyczny oraz niemedyczny. Odnoszą się do zarówno poprawy dostępu do świadczeń medycznych, skuteczniejszej diagnostyki i leczenia, jak również do wzrostu świadomości zdrowotnej uczestników oraz ich rodzin. Programy przyczyniły się do poprawy sytuacji społecznej i zawodowej pacjentów, odciążały rodziny i opiekunów, a także wzmocniły kompetencje kadry medycznej i niemedycznej. Rezultaty były widoczne nie tylko na poziomie indywidualnym, lecz także regionalnym, zwiększając dostępność usług zdrowotnych i budując trwałe zmiany w systemie opieki.

1. Efekty zdrowotne i diagnostyczne

Wykres 14 Efekty działań zdrowotnych i diagnostycznych



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ.

Najważniejszym efektem wsparcia EFS w ramach WRPO 2014+ było **zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych**, szczególnie w obszarze **profilaktyki i wczesnej diagnostyki** (co piąty odbiorca wsparcia uzyskał dostęp do specjalistycznej opieki, której wcześniej nie miał). Uczestnicy programów mogli skorzystać z szerokiej gamy badań przesiewowych i konsultacji specjalistycznych, które w normalnych warunkach byłyby trudniej dostępne lub wymagałyby wielomiesięcznego oczekiwania w kolejce do lekarzy specjalistów. Przykładowo w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna skrócono czas oczekiwania na wizytę z dwóch lat do zaledwie 1-2 miesięcy.

W projektach realizowanych w województwie wielkopolskim znalazły się m.in. badania USG, EKG i echo serca, badania okulistyczne, kolonoskopie czy wideodermatoskopia. Ich przeprowadzenie pozwoliło na **wykrycie wielu przypadków chorób we wczesnym stadium**, co znacząco zwiększyło szanse na skuteczne leczenie. Wskutek podjętych działań część uczestników (45,6%) uzyskała potwierdzenie, że ich stan zdrowia jest prawidłowy, natomiast inni diagnozę lub wstępne informacje o problemie zdrowotnym (28,2%) lub zostali skierowani do dalszej diagnostyki lub leczenia (10,1%). W projekcie profilaktyki retinopatii cukrzycowej (RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa) wykryto prawie 4 tys. przypadków retinopatii, co umożliwiło wcześniejsze leczenie i zapobiegnięcie utracie wzroku. W projekcie profilaktyki nowotworów jelita grubego (RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP) wczesna diagnostyka pozwoliła uratować życie niektórym pacjentom. Jak wynika ze **studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta** efektem tego programu było wczesne wykrywanie tętniaka aorty brzusznej, co ma kluczowe znaczenie dla ratowania życia i zapobiegania powikłaniom zagrażającym zdrowiu. W wyniku badań (wykonano 11 096 badań USG) wykryto 266 tętniaków i ponad 400 przypadków do dalszej diagnostyki. Tak wysoka skuteczność diagnostyczna oznaczała, że wiele osób mogło uniknąć pęknięcia tętniaka, które w zdecydowanej większości przypadków kończy się śmiercią — statystycznie tylko 10-15% pacjentów z pękniętym tętniakiem przeżywa dłużej niż trzy miesiące. Jak pokazują wyniki badania ilościowego – ponad 1/3 uczestników odczuwała mniej dolegliwości

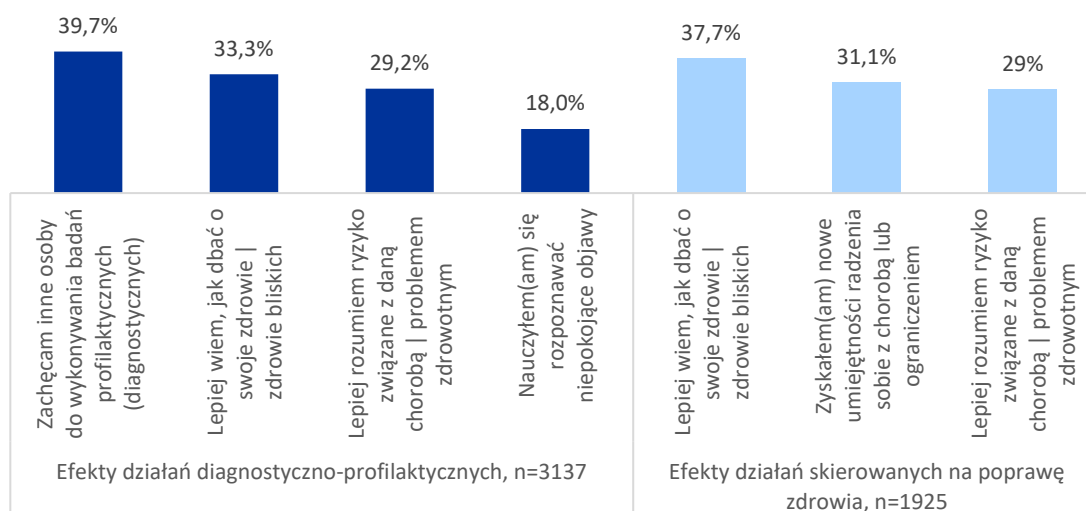
zdrowotnych niż przed przystąpieniem do wsparcia, a co czwarty uczestnik wskutek interwencji zmienił tryb życia na zdrowszy.

Efekty odnotowywane były także wśród działań rehabilitacyjnych. Jak wskazują beneficjenci RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna prawie wszyscy uczestnicy odnotowali **poprawę stanu zdrowia**, a u każdego z nich **poprawiły się funkcje motoryczne**. Potwierdziły to zarówno wskaźniki jakości życia (skala SF-36), jak i specjalistyczne skale medyczne oceniające funkcje motoryczne (RMA). Znajduje to także potwierdzenie w wynikach badania ilościowego, gdzie duża część badanych (68,2%) stwierdza, że poprawiła się ich kondycja fizyczna lub sprawność. Uczestnicy programów rehabilitacyjnych (RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) odnotowali **obniżenie natężenia dolegliwości bólowych i zwiększenie aktywności fizycznej**, co bezpośrednio wpłynęło na poprawę ich jakości życia. Wzrost aktywności fizycznej odnotowano także wśród badanych uczestników wsparcia (w przypadku 38,0% z nich). Dodatkowo pacjenci nauczyli się, że warto chodzić do fizjoterapeuty. Co istotne w tym programie świadczenia rehabilitacyjne były oferowane w elastycznych godzinach, nawet do późnych godzin wieczornych i w weekendy, co było dużą wartością dla osób aktywnych zawodowo.

W przypadku rehabilitacji neurologicznej i metabolicznej efekty były nie tylko krótkoterminowe - wiele osób podkreślało, że nabrało **nawyku regularnych ćwiczeń i utrzymywania aktywności fizycznej** także po zakończeniu udziału w programie. W rehabilitacji neurologicznej u dzieci osiągnięto założone cele funkcjonalne u 86% chłopców i 82% dziewczynek. Po 6 miesiącach od zakończenia turnusu efekty te utrzymywały się u ponad 80% badanych (RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD).

2. Efekty świadomościowe i edukacyjne

Wykres 15 Efekty świadomościowe i edukacyjne



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ.

Drugim wymiarem efektów wsparcia były zmiany w **świadomości zdrowotnej** uczestników oraz ich otoczenia. Beneficjenci i realizatorzy podkreślali, że programy znacząco wpłynęły na **wzrost wiedzy pacjentów i rodzin**. Spotkania edukacyjne obejmowały szerokie spektrum tematów – od prawidłowego żywienia i znaczenia aktywności fizycznej, przez profilaktykę nowotworową, po informacje o higienie słuchu czy chorobach zakaźnych.

W wielu przypadkach poziom wzrostu świadomości udało się precyzyjnie zmierzyć. W programie profilaktyki retinopatii cukrzycowej (RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa) aż 80,6% uczestników

deklarowało zwiększenie wiedzy zdrowotnej. Uczestnicy programów metabolicznych (RPZ 4. Odważ się na zdrowie) z kolei wskazywali, że zmienili codzienne nawyki żywieniowe, ograniczyli spożycie wysokokalorycznych produktów i wprowadzili aktywność fizyczną jako stały element swojego stylu życia. W programach rehabilitacyjnych (RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) pacjenci otrzymali praktyczne porady dotyczące ergonomii pracy, wyboru sprzętu (np. krzesła do pracy, materace, wkładki do butów) i autoterapii. Efekty te widoczne są w wynikach badania ilościowego, gdzie ok. 1/3 respondentów po udziale w programach lepiej wie, jak dbać o swoje zdrowie, zyskała nowe umiejętności radzenia sobie z chorobą/ograniczeniem i lepiej rozumie ryzyko związane z daną chorobą. W projektach onkologicznych (RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO) edukacja wpłynęła na **większą chęć zgłaszania się na badania** oraz na **przekazywanie wiedzy dalej** w środowisku (np. o czerniaku - temat ten wszedł do codziennych rozmów mieszkańców w klubach seniora i wśród sąsiadów a bardzo duża grupa badanych podkreślała też, że dzięki programowi zaczęła zachęcać innych do wykonywania badań profilaktycznych). Widoczne jest to w wynikach badania ilościowego, w którym 39,7% uczestników przyznaje, że dzięki udziałowi zachęca inne osoby do wykonywania badań profilaktycznych (diagnostycznych).

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta

Realizacja projektu przyczyniła się do znaczącego wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa w województwie wielkopolskim. Przebadanie ponad 11 tysięcy osób w jednym regionie (dzięki współpracy z lokalnymi szpitalami powiatowymi w 33 powiatach województwa, co wyeliminowało barierę związaną z koniecznością dojazdu do dużych miast), w połączeniu z szeroką akcją informacyjno-edukacyjną (plakaty, współpraca z lokalnymi mediami, parafiami, urzędami i szkołami, spoty prozdrowotne), pozwoliło dotrzeć z przekazem o profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia do bardzo dużej grupy mieszkańców. Oprócz badań USG zbierano wywiady dotyczące czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, które są wspólne dla tętniaka i miażdżycy tętnic. Dzięki temu udział w programie stanowił okazję do rozmowy o zdrowym stylu życia, profilaktyce oraz potrzebie regularnych badań kontrolnych.

3. Efekty społeczne i zawodowe

Ważnym osiągnięciem projektów była poprawa sytuacji społeczno-zawodowej pacjentów. Uczestnictwo w programach przyczyniało się do **zmniejszenia izolacji społecznej** (RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca) - wielu pacjentów, szczególnie po chorobach neurologicznych i onkologicznych, **odzyskiwało pewność siebie i podejmowało aktywność** w lokalnych społecznościach. Dzięki **zwiększonej samodzielności** w codziennym funkcjonowaniu pacjenci częściej uczestniczyli w życiu społecznym i kulturalnym, a ich rodziny zostały realnie odciążone w obowiązkach opiekuńczych. Duża część badanych uczestników deklaruje, że dzięki świadczeniom zdrowotnym odczuwa poprawę samopoczucia (58,4%), a także, że zwiększyło się ich poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego (48,7%), co pozytywnie wpływa na psychikę.

Efekty widoczne były również na rynku pracy. Choć nie zawsze zakładano formalne wskaźniki dotyczące aktywności zawodowej, niektóre programy wskazują, że pacjenci po zakończonej rehabilitacji **podejmowali próby powrotu do pracy**. Przykładem jest projekt rehabilitacyjny poudarowy (RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna), w którym kilku uczestników faktycznie wróciło do zatrudnienia, a inni zadeklarowali chęć powrotu po zakończeniu okresu rekonwalescencji. W perspektywie regionalnej oznacza to zmniejszenie obciążeń dla systemu opieki społecznej i wzrost

potencjału zawodowego mieszkańców. Co więcej, RPZ 1. Zdrowa aorta dotyczył osób w wieku produkcyjnym, a wczesna diagnoza i leczenie umożliwiły im powrót do pełnej aktywności zawodowej. Natomiast programy rehabilitacyjne (np. RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) były ukierunkowane na utrzymanie aktywności zawodowej - rehabilitacja zapobiegała przechodzeniu na zwolnienia lekarskie (L4) z powodu dolegliwości narządu ruchu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w przypadku większości badanych uczestników (68,1%) nie nastąpiła żadna zmiana na rynku pracy, co oznacza, że utrzymali oni swoje stanowiska pracy po zakończeniu udziału w programie.

4. Efekty dla rodzin i opiekunów

Programy realizowane w ramach WRPO 2014+ miały istotny **wpływ na otoczenie pacjentów**, czyli rodziny i opiekunów. W przypadku chorób przewlekłych, udarów mózgu czy chorób onkologicznych to właśnie najbliższe osoby pełnią kluczową rolę w procesie leczenia i rehabilitacji.

Jednym z istotnych efektów z perspektywy rodzin i opiekunów jest niewątpliwie **zmniejszenie obciążenia** opiekuńczego dzięki zwiększonej samodzielności pacjenta wskutek wdrożonych działań (np. RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna).

Wsparcie przewidywało także pomoc psychologiczną dla rodziców i opiekunów, co pozwalało im lepiej radzić sobie ze stresem i lękiem. W projekcie onkologii dziecięcej (RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca) wsparcie psychologiczne i zajęcia grupowe były kluczowe, gdyż pomagały rodzicom poczuć normalność, zintegrować się i zmniejszyć poczucie izolacji społecznej, co jest istotne w trakcie długotrwałego pobytu w szpitalu. Co więcej, rodzice pacjentów onkologicznych czuli się bezpieczniej wiedząc, że mają kogoś, z kim zawsze mogą porozmawiać - dzięki obecności psychologa. Natomiast zajęcia relaksacyjne, takie jak joga, były dużą odskocznią dla rodziców dzieci onkologicznych, pomagając im odciągnąć myśli od negatywnych aspektów.

Wśród kolejnych efektów w grupie rodziców i opiekunów można wyróżnić **wzrost wiedzy i świadomości**. Rodziny uczestników programów rehabilitacji neurologicznej (RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna) uzyskały wiedzę na temat profilaktyki, rehabilitacji, aktywności fizycznej oraz znaczenia neuroplastyczności mózgu. W tym programie edukacja była niezbędna, aby opiekunowie mieli świadomość, co dzieje się z osobą chorą oraz jak przeżywa ona tragedie wewnętrzne, co ułatwiało jej wspieranie. Natomiast program w zakresie wrodzonych wad twarzy (RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy) pomógł rodzicom wytyczyć ścieżki leczenia i podjąć kompleksowe działania w tym kierunku.

Efekty działań skierowanych do opiekunów są potwierdzone w badaniu ilościowym. Większość rodziców/opiekunów poszerzyło (63,8%) swoją wiedzę w danym obszarze medycznym oraz lepiej rozumieją ryzyko związane z daną chorobą czy problemem zdrowotnym (55,1%). Blisko połowa rodziców/opiekunów dzięki udziałowi w projekcie lepiej wie, jak dbać o zdrowie swoje i bliskich a także wie, gdzie szukać pomocy w razie potrzeby.

5. Efekty dla kadry medycznej

Istotnym efektem wsparcia był **wzrost kompetencji specjalistycznych kadry medycznej**. Programy kładły duży nacisk na podnoszenie kwalifikacji personelu. Szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych, np. RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna dla osób po udarze mózgu czy w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca u pacjentów onkologicznych, przyczyniły się do zwiększenia ich wiedzy na temat nowoczesnych metod leczenia i opieki (3 na 4 uczestników badania ilościowego stwierdza, że działania edukacyjne poszerzyły ich wiedzę w danym obszarze medycznym). W RPZ 3.

Prewencja niewydolności serca zorganizowano konferencje i szkolenia podnoszące świadomość onkologów w zakresie kardiologii i kardiologów w zakresie onkologii. Projekt ten wprowadzi rozwiązania wcześniej w Polsce niestosowane. Lekarze zdobyli nowe umiejętności, które wykorzystywali również po zakończeniu finansowania, a model współpracy kardiologów i onkologów stał się wzorem dla innych placówek.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Jak wynika z przeprowadzonego studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD w efekcie realizacji działań szkoleniowych wykształcono grupę ekspertów w dziedzinie rehabilitacji robotycznej, którzy dziś stanowią elitę zawodową i ambasadorów innowacyjnej myśli rehabilitacyjnej w Polsce. Dzięki temu projekt nie tylko podniósł kwalifikacje kadry, ale też stworzył środowisko sprzyjające długofalowemu rozwojowi zawodowemu i wymianie wiedzy. W rezultacie ośrodek w którym realizowano projekt, jak wynika z deklaracji realizatorów, zyskał prestiż i pozycję jednego z wiodących w Europie miejsc leczenia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, przyciągając specjalistów z kraju i zagranicy.

6. Efekty dla kadry niemedycznej

Znaczący efekt wsparcia dotyczył także **osób spoza sektora medycznego**. Dla przykładu w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca kadra administracyjna została przeszkolona w zakresie prawidłowego wypełniania dokumentacji projektowej, co wymagało uwagi ze względu na konieczność wpisywania danych do sprawozdań. W RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO przeszkolono urzędników, kosmetyczki, pracowników solariów i biur podróży w zakresie profilaktyki nowotworów skóry.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Niezwykle skuteczna okazała się współpraca z samorządami – lokalni władarze, burmistrzowie i wójtowie rekomendując program swoim mieszkańcom, dawali poczucie bezpieczeństwa i wzmacniali zaufanie. Skuteczna okazała się także współpraca z salonami kosmetycznymi i solariami, w których dystrybuowano materiały edukacyjne i zachęcano klientów do udziału w badaniach profilaktycznych.

W RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO zorganizowano szkolenia specjalistyczno-edukacyjne dla personelu niemedycznego działającego na styku potencjalnego zakażenia, np. w salonach piercingu i urody estetycznej – uczestnicy uczyli się zasad zapobiegania zakażeniom HBV i HCV, co zwiększyło bezpieczeństwo świadczonych usług. W programie onkologii dziecięcej (RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca), dzięki szkoleniom dla nauczycieli, pedagogów i psychologów, kadra niemedyczna zdobyła wiedzę, jak wspierać dziecko chore na raka i jego rodzinę.

Potwierdzeniem niniejszych efektów jest badanie ilościowe obejmujące szkolenia dla personelu niemedycznego, które wskazuje, że ich uczestnicy w większości (71,1%) poszerzyli swoją wiedzę w danym obszarze medycznym.

7. Efekty regionalne

Efekty projektów były widoczne nie tylko na poziomie indywidualnym, lecz także regionalnym. Dzięki RPZ udało się **zwiększyć dostępność usług zdrowotnych w całym województwie**, w tym także na **obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach**. Szczególnym przykładem jest RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa, w którym przebadano ponad 13 tysięcy pacjentów, wykrywając blisko 4 tysiące przypadków choroby - liczby te znacznie przekroczyły początkowe założenia (556 przypadków). Tak duża skala pokazuje, że programy miały wymierny wpływ na zdrowie publiczne całego regionu. Z

kolei RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna zwiększył dostępność kompleksowej terapii neurologicznej w skali województwa, umożliwiając pacjentom korzystanie z usług, które wcześniej były dostępne głównie w dużych ośrodkach miejskich.

W dalszej części przedstawiono **wybrane przykłady sukcesu programów RPZ**, które w szczególny sposób obrazują osiągnięte rezultaty. Oprócz opisów poszczególnych przykładów rozwiązań zaprezentowano także czynniki sukcesu - czyli elementy, które decydowały o wysokiej skuteczności programów. Przez czynnik sukcesu rozumiemy kluczowe rozwiązania organizacyjne, metodyczne lub jakościowe, które sprawiły, że program odniósł ponadprzeciętne rezultaty. Mogą to być m.in. kompleksowość wsparcia (łączenie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji w jednym miejscu), wielodyscyplinarność zespołów, elastyczność w organizacji usług, wysoka jakość i empatia kadry, silny komponent edukacyjny, czy zaangażowanie środowisk lokalnych. Takie czynniki sprawiają, że programy nie tylko osiągają cele zdrowotne, lecz także tworzą trwałą wartość dla uczestników, rodzin, kadry oraz całej społeczności.

Przykłady sukcesu

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca – Ten program uznawany jest za przykład innowacyjności na skalę krajową. Po raz pierwszy w jednym projekcie połączono opiekę kardiologiczną i onkologiczną, odpowiadając na realny problem – częste powikłania kardiologiczne u pacjentów po terapii onkologicznej. Uczestnicy mieli dostęp do badań EKG, echo serca, konsultacji specjalistycznych, a także edukacji dotyczącej stylu życia. Lekarze wskazywali, że dzięki projektowi udało się zbudować unikalne kompetencje i stworzyć praktykę, która była kontynuowana nawet po zakończeniu finansowania z EFS. To dowód, że projekty RPZ mogą mieć wpływ systemowy i tworzyć trwałe zmiany w organizacji opieki zdrowotnej.

RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa – To jeden z najbardziej spektakularnych przykładów skuteczności działań profilaktycznych w skali całego regionu. W ramach programu przebadano 13 223 pacjentów, wykrywając 3 936 przypadków choroby – prawie siedmiokrotnie więcej niż zakładano. Wynik ten pokazuje, jak ogromne było ukryte zapotrzebowanie na tego typu badania. Program był nie tylko diagnostyczny, ale też edukacyjny – ponad 80% uczestników zadeklarowało wzrost wiedzy zdrowotnej i świadomości dotyczącej profilaktyki chorób oczu. Dzięki temu efekty nie ograniczały się do wykrycia choroby, ale także przełożyły się na trwałą zmianę zachowań zdrowotnych, takich jak regularne kontrole okulistyczne czy lepsze monitorowanie poziomu cukru we krwi.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna – Ogromne skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację z 2 lat do 1–2 miesięcy, zapewniając szybką pomoc dla osób aktywnych zawodowo.

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO – Skuteczna rekrutacja i przebadanie 4,5 tys. mieszkańców dzięki bezpośrednim działaniom plenerowym, co pozwoliło dotrzeć do małych miejscowości. Innowacyjnym przykładem wspomnianych działań były happeningi profilaktyczne, w tym eventy na plażach, podczas których dzięki specjalnemu autobusowi – mobilnemu gabinetowi możliwe było zarówno przeprowadzenie rekrutacji, jak i wykonanie badań na miejscu.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna – Do tego programu zgłaszali się pacjenci w różnym stanie – od osób z niewielkimi deficytami po pacjentów wymagających intensywnej opieki. Dzięki kompleksowej ofercie (diagnostyka, indywidualne plany rehabilitacyjne, kinezyterapia, terapia manualna, zajęcia rekreacyjne) każdy uczestnik odnotował poprawę funkcji motorycznych. Wskaźniki medyczne jednoznacznie pokazały skuteczność – poprawiły się zarówno skale sprawności ruchowej, jak i

samoocena jakości życia. Sukcesem tego programu był nie tylko efekt zdrowotny. Wielu pacjentów, którzy wcześniej czuli się wykluczeni i zależni od opieki rodzin, odzyskało samodzielność. Dwóch uczestników wróciło do pracy zawodowej, a kilku kolejnych zadeklarowało taką chęć. Dla rodzin oznaczało to zmniejszenie obciążenia opiekuńczego i poprawę funkcjonowania całego gospodarstwa domowego.

RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca – program wyróżniał się tym, że po raz pierwszy w tak **szerokim zakresie** objął pomocą dzieci i ich rodziny. Rodzice zwracali uwagę, że program ułatwił dostęp do specjalistów, skrócił ścieżkę diagnostyczną i pozwolił szybciej uzyskać wsparcie psychologiczne oraz rehabilitacyjne. Ważnym elementem programu były również szkolenia dla personelu niemedycznego – pedagogów, psychologów czy pracowników pomocy społecznej. Dzięki nim całe środowisko opiekuńcze wokół dziecka mogło lepiej reagować na potrzeby małych pacjentów i ich rodzin. To przykład programu, który nie tylko leczył, ale też budował system wsparcia społecznego.

Czynniki sukcesu

1. Kompleksowość wsparcia

Najważniejszym czynnikiem sukcesu była **możliwość korzystania z wielu form pomocy jednocześnie**. Za przykład służyć tu może RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, gdzie pacjent nie musiał szukać osobno lekarza, psychologa, dietetyka i fizjoterapeuty – wszystkie usługi były dostępne w ramach jednego programu. Taka integracja usług pozwalała lepiej koordynować proces leczenia i rehabilitacji, a także minimalizowała ryzyko przerwania terapii. Uczestnicy czuli, że są objęci pełną opieką, co budowało ich zaufanie do systemu i zwiększało motywację do udziału.

ZALECENIE: Dlatego przy planowaniu kolejnych programów zdrowotnych warto uwzględniać działania o charakterze **wielokierunkowym**, obejmujące różne aspekty opieki nad pacjentem – w zależności od zakresu RPZ: diagnostykę, leczenie i rehabilitację, edukację zdrowotną, wsparcie psychologiczne i np. dietetyczne oraz elementy koordynacji i nawigacji pacjenta w systemie. Takie podejście sprzyja spójności i ciągłości ścieżki terapeutycznej, ogranicza ryzyko przerwania leczenia oraz zwiększa skuteczność interwencji zdrowotnych.

2. Wielodyscyplinarność

Drugim istotnym elementem była praca **zespołów wielospecjalistycznych** – jak w RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy. W wielu programach zespół składał się z lekarza prowadzącego, rehabilitanta, psychologa, dietetyka, a nawet pracownika socjalnego. Dzięki temu pacjenci otrzymywali wsparcie dostosowane do swoich realnych potrzeb – nie tylko medycznych, ale też emocjonalnych i społecznych. W opinii beneficjentów taka forma opieki była czymś nowym i niezwykle wartościowym.

3. Doświadczona i empatyczna kadra

Istotnym elementem były **wysokie kompetencje kadry medycznej**, połączone z empatią, otwartością i zrozumieniem problemu pacjenta (jak np. RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, czy RPZ 15. Onkologia dziecięca). Ważnym czynnikiem sukcesu był fakt, że nie było rotacji personelu (np. RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna).

4. Elastyczność i płynność organizacyjna

Bardzo ważną kwestią było **dostosowanie się do godzin pracy uczestników** (np. wizyty o 7:30, godziny popołudniowe i wieczorne) (RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) oraz elastyczność w dobie pandemii (np. zmiana na formę online, przesunięcia terminów; RPZ 4. Odważ się na zdrowie).

5. Silny komponent edukacyjny

We wszystkich programach **edukacja była nieodłącznym elementem**. Jej zasięg obejmował pacjentów, ich rodziny, ale także środowisko zawodowe (np. pracowników szkół, zakładów pracy, samorządowców). Dzięki temu wiedza zdobywana w ramach projektów była szeroko rozpowszechniana, co zwiększało trwałość efektów (RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO). Edukacja nie ograniczała się do teorii – często miała formę warsztatów, zajęć praktycznych czy konsultacji indywidualnych, co ułatwiało uczestnikom wdrożenie nowych zachowań w życiu codziennym.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Forma i sposób prowadzenia działań edukacyjnych były starannie zaplanowane, tak aby maksymalnie wspierać praktyczne wykorzystanie wiedzy. Szkolenia miały charakter interaktywny i dostosowany do potrzeb uczestników – obejmowały zarówno wykłady prowadzone przez specjalistów, jak i warsztaty praktyczne, podczas których rodzice mogli uczyć się technik wspomagających rehabilitację, prawidłowego wykonywania ćwiczeń czy wspierania dziecka w codziennych czynnościach. Zajęcia były prowadzone w przyjaznej, zrozumiałej formie, z unikaniem hermetycznego języka medycznego. Realizator zaznaczył, że szkolenia cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, a uczestnicy oceniali je niezwykle wysoko, uznając, że zdobyta wiedza jest praktyczna, inspirująca i realnie wpływa na codzienną opiekę nad dzieckiem z MPD. W efekcie działania edukacyjne nie tylko wspierały proces terapeutyczny, ale również wzmacniały kompetencje rodziców, ich wiarę w możliwość dalszych postępów dziecka oraz poczucie współodpowiedzialności za sukces rehabilitacji.

6. Zaangażowanie lokalnych środowisk

Programy odnosiły sukces także dzięki wsparciu środowisk lokalnych. **Samorządy, szkoły, zakłady pracy czy lokalne media** brały udział w informowaniu i rekrutacji uczestników. W aglomeracji kalisko-ostrowskiej prowadzone były np. kampanie informacyjne obejmujące setki tysięcy mieszkańców (RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO). Dzięki temu programy nie były anonimowe – wpisywały się w życie społeczności i były odbierane jako działania bliskie ludziom.

7. Ukierunkowanie na cele społeczne

Ostatnim czynnikiem sukcesu było to, że projekty nie ograniczały się do aspektu zdrowotnego. W wielu przypadkach celem było także **przywrócenie pacjentów do aktywności społecznej i zawodowej** (RPZ 7. Rehabilitacja medyczna), zmniejszenie izolacji oraz poprawa jakości życia rodzin (RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna). Dzięki temu efekty programów były wielowymiarowe – nie tylko poprawiały wskaźniki zdrowotne, ale także zwiększały spójność społeczną i zmniejszały obciążenie systemu pomocy społecznej.

Najbardziej trwałe i różnorodne efekty przynosiły RPZ obejmujące wiele różnych działań skierowane do różnych grup odbiorców oraz angażujący różne grupy w realizację działań. **ZALECENIE:** Planując kolejne programy zdrowotne, warto uwzględniać w nich, w miarę możliwości finansowych i

adekwatnie do zakresu programu, wielowymiarowe działania skierowane równocześnie do pacjentów, ich rodzin, personelu medycznego i niemedycznego oraz innych grup zaangażowanych w proces opieki/leczenia. Wskazane jest również promowanie inicjatyw, w których proces rekrutacji i realizacji działań zakłada aktywny udział samorządów lokalnych, placówek podstawowej opieki zdrowotnej, instytucji publicznych oraz lokalnych społeczności, co sprzyja zwiększeniu zasięgu i trwałości efektów zdrowotnych.

4.3 Ocena efektywności kosztowej wsparcia

Przedmiotem niniejszego rozdziału jest ocena adekwatności i proporcjonalności poniesionych nakładów finansowych w stosunku do uzyskanych efektów oraz analiza racjonalności i efektywności działań realizowanych w ramach RPZ. Ocenie poddano sposób wykorzystania środków publicznych w kontekście osiągniętych rezultatów zdrowotnych, społecznych i organizacyjnych, a także wpływu tych działań na dostępność świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców regionu.

- **Efektywność kosztowa i dostępność usług**

Z perspektywy uczestników programów efektywność finansową należy ocenić bardzo wysoko. Wszystkie oferowane świadczenia były całkowicie bezpłatne, co znacząco zwiększało dostępność usług oraz motywowało do udziału w projektach. RPZ oferowały m.in. świadczenia, które w publicznym systemie ochrony zdrowia są trudno dostępne lub wymagają istotnego wkładu finansowego ze strony pacjenta. Dotyczy to zwłaszcza wsparcia o charakterze kompleksowym, obejmującego m.in. opiekę psychologiczną, fizjoterapeutyczną czy dietetyczną. Dla wielu uczestników projekty stanowiły jedyną realną możliwość uzyskania tak szerokiego i zintegrowanego wsparcia zdrowotnego – aż 39,9% badanych wskazało, że bez udziału w RPZ nie mogliby skorzystać z podobnych usług bezpłatnie w żadnym innym miejscu.

Z punktu widzenia uczestników oznaczało to **znaczne oszczędności w budżecie domowym**, szczególnie w przypadku projektów o charakterze rehabilitacyjnym, w których koszt analogicznych świadczeń komercyjnych jest wysoki, a dostępność – ograniczona.

Dodatkowym elementem zwiększającym efektywność kosztową programów było wsparcie logistyczne. W ramach wybranych RPZ uczestnicy mogli ubiegać się o refundację kosztów dojazdu, noclegu, a także uzyskać pokrycie kosztów opieki nad osobą zależną na czas udziału w świadczeniach zdrowotnych. Choć z tych form pomocy korzystano stosunkowo rzadko (zaledwie po 2% uczestników skorzystało z refundacji dojazdów, transportu specjalnego czy opieki zastępczej), ich obecność w strukturze projektów stanowiła istotny element zwiększający dostępność i równość szans w dostępie do usług.

- **Założenia finansowe Regionalnych Programów Zdrowotnych**

Założenia finansowe RPZ są określane na etapie ich tworzenia i stanowią integralny element całej koncepcji programu. Zgodnie z wytycznymi AOTMiT, budżet RPZ powinien być opracowany w oparciu o aktualne dane epidemiologiczne, precyzyjnie odzwierciedlać planowane działania oraz uwzględniać zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite. Wymaga się również wskazania konkretnych źródeł finansowania, co ma zapewnić przejrzystość i wiarygodność założeń budżetowych.

Budżet RPZ finansowanego ze środków EFS był tworzony i rozliczany w oparciu o szczegółowe zasady wynikające z finansowania przedsięwzięć ze środków funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, musiał on pozostawać w zgodzie z *Wytycznymi w zakresie*

realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 oraz z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

Planowane koszty zawarte w dokumentacji RPZ miały charakter orientacyjny i stanowiły wstępną symulację finansową. Ostateczne wielkości kosztów były uzależnione od projektów wybranych do dofinansowania w ramach konkursów. Na etapie składania wniosku o dofinansowanie beneficjent przygotowywał szczegółowy budżet projektu, który podlegał weryfikacji pod względem merytorycznym i finansowym. Takie podejście umożliwiało dopasowanie planu finansowego do rzeczywistych warunków realizacji, a jednocześnie pozwalało na kontrolę racjonalności wydatkowania środków publicznych. Niemniej punktem odniesienia jeśli chodzi o ramy finansowe pozostawał RPZ.

Całościowy budżet RPZ był determinowany przez kilka kluczowych czynników, spośród których najważniejsze to źródła finansowania, struktura kosztów oraz obowiązujące limity i ograniczenia. Wydatki dzieliły się na koszty bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie obejmowały przede wszystkim wydatki na działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia, badania przesiewowe, interwencje medyczne, wsparcie psychologiczne czy rehabilitacyjne oraz ewentualny zakup sprzętu diagnostycznego. **Koszty pośrednie**, naliczane jako określony procent kosztów bezpośrednich (zazwyczaj 10-15%), obejmowały wydatki administracyjne i organizacyjne – w tym wynagrodzenia personelu zarządzającego, koordynatorów projektów, koszty obsługi biurowej, sprawozdawczości i rozliczeń. Dodatkowo, w określonych przypadkach beneficjent miał możliwość zakupu w ramach kosztów bezpośrednich środków trwałych niezbędnych do realizacji programu, np. sprzętu medycznego, przy czym ich wartość nie mogła przekraczać ustalonego limitu (zazwyczaj do 10% wartości całego projektu).

Warto podkreślić, że na efektywność kosztową RPZ pozytywnie wpływały zastosowane **kryteria wyboru projektów**, premiujące wnioskodawców będących podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na podstawie umowy z NFZ. Kryterium to, choć miało charakter uniwersalny i było rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia, stanowiło istotny mechanizm wspierania podmiotów posiadających już doświadczenie w realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Takie rozwiązanie sprzyjało efektywnemu wykorzystaniu zasobów, zapewnieniu wysokiej jakości świadczeń oraz ewentualnej kontynuacji diagnozy czy rehabilitacji w ramach kontraktów z NFZ, z wykorzystaniem sprzętu zakupionego w projektach RPZ. Dzięki temu możliwe było zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem i trwałości efektów wsparcia po zakończeniu finansowania ze środków unijnych. W efekcie, przyjęte rozwiązania budżetowe i kryteria konkursowe można uznać za sprzyjające zarówno racjonalnemu wydatkowaniu środków publicznych, jak i budowaniu długofalowej efektywności interwencji zdrowotnych w regionie.

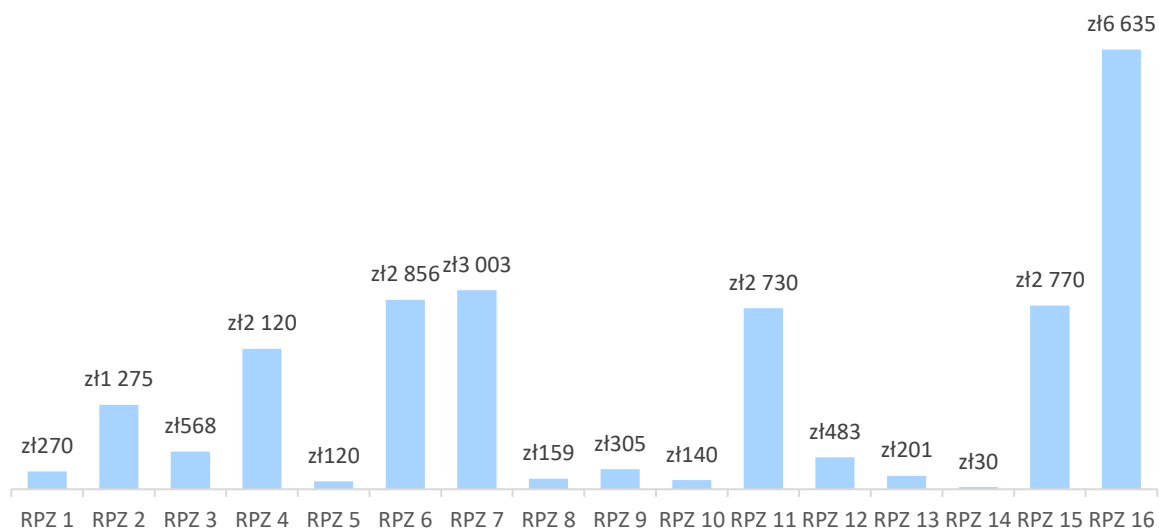
- **Koszty jednostkowe w RPZ a rzeczywiste rozliczanie projektów**

Zgodnie z wytycznymi AOTMiT, w RPZ są określone koszty jednostkowe. Koszty jednostkowe wsparcia jednego uczestnika RPZ są w programach bardzo zróżnicowane, co wynika przede wszystkim z odmienności zakresu i charakteru świadczeń oferowanych w poszczególnych programach.

Różnice te są uzasadnione m.in. poziomem specjalizacji usług, liczbą i kwalifikacjami personelu medycznego zaangażowanego w realizację świadczeń, rodzajem i kosztem wykorzystywanego sprzętu

diagnostycznego czy terapeutycznego, a także długością i intensywnością cyklu wsparcia. Inaczej kształtują się stawki jednostkowe w programach obejmujących jednorazowe badania przesiewowe lub działania edukacyjne, a inaczej w projektach wymagających wieloetapowej rehabilitacji, kompleksowej diagnostyki czy stałej opieki interdyscyplinarnego zespołu specjalistów.

Wykres 16 Koszt jednostkowy wsparcia jednego uczestnika RPZ



Źródło: opracowanie własne na podstawie RPZ.

W praktyce realizacja projektów w ramach WRPO 2014+ w Działaniu 6.6 i 7.2 opierała się nie na kosztach jednostkowych, lecz na **rzeczywistych kosztach poniesionych**, poza jednym RPZ (RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna), w którym zastosowano stawki jednostkowe. Taki model rozliczania – choć zgodny z zasadami kwalifikowalności wydatków w ramach funduszy strukturalnych – w opinii beneficjentów okazał się jednym z **najbardziej problematycznych i czasochłonnych elementów finansowych całego systemu wdrażania RPZ**.

Taki sposób rozliczania wymagał tworzenia bardzo dokładnych kalkulacji kosztów dla każdego świadczenia zdrowotnego. Beneficjenci byli zobowiązani do procentowego przypisywania kosztów mediów, amortyzacji sprzętu, zużycia materiałów, a nawet takich elementów jak rękawiczki, środki dezynfekcyjne czy żele diagnostyczne. Jak obrazowo wskazywali rozmówcy, obliczanie kosztu jednostkowego badania wiązało się z koniecznością rozpisania wydatków na poszczególne składniki i proporcjonalnego rozliczenia ich w ramach projektu.

Beneficjenci zgodnie podkreślali, że taki system był skomplikowany, uciążliwy i obciążony dużym ryzykiem błędów, a także znacznie wydłużał proces przygotowania i zatwierdzania wniosków o płatność. W konsekwencji pojawiały się opóźnienia w przekazywaniu kolejnych transz zaliczek, co w niektórych przypadkach prowadziło do zatorów finansowych.

Rozmówcy postulują, by metodologia rozliczania była jasno określona i zaakceptowana jeszcze przed rozpoczęciem realizacji projektu oraz utrzymana bez zmian przez cały okres jego trwania. Dodatkowo, **wskazują na potrzebę uproszczenia systemu – np. poprzez szersze zastosowanie stawek jednostkowych**. Przedstawiciele IZ zwracają jednak uwagę, że choć z perspektywy beneficjenta taka formuła może wydawać się prostsza, to w okresie finansowania 2021-2027 proces ustalania stawek jest jeszcze bardziej złożony i czasochłonny niż w latach 2014-2020. Opracowanie stawek wymaga bowiem przejścia przez rozbudowany proces opiniowania prowadzony przez Instytucję Koordynującą

Umowę Partnerstwa (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej), a następnie weryfikacji przez Instytucję Audytową (Krajową Administrację Skarbową). Takie podejście znacząco wydłuża przygotowania do ogłoszenia naboru w ramach RPZ i może powodować, że przyjęte stawki staną się nieadekwatne w trakcie realizacji projektów.

W niektórych projektach ujawniły się trudności związane z **brakiem odpowiedniego uwzględnienia kosztów administracyjnych i koordynacyjnych w budżecie**. W projekcie RPZ 3. Prewencja niewydolności serca założenia budżetowe przewidywały rozliczanie wyłącznie kosztów bezpośrednich (np. badań diagnostycznych), pomijając wydatki na personel pomocniczy czy obsługę administracyjną. W rezultacie jednostki współpracujące nie miały środków na pokrycie wynagrodzeń pracowników odpowiedzialnych za umawianie pacjentów, prowadzenie dokumentacji czy kontrolę rozliczeń, mimo że te czynności były niezbędne dla prawidłowego przebiegu projektu. Ograniczone środki na koszty pośrednie powodowały przeciążenia organizacyjne i ograniczały możliwości skutecznego zarządzania projektami, zwłaszcza w mniejszych placówkach medycznych.

Jak wynika z wypowiedzi przedstawicieli realizatora jednego z RPZ podczas wywiadu grupowego, wysiłek organizacyjny związany z programem był znaczny, a kluczowe znaczenie dla sukcesu programu miała dobra organizacja pracy – w tym, w obliczu niewystarczających środków na koszty pośrednie, wykorzystanie istniejącej infrastruktury i personelu oraz zaangażowanie zespołu, który często wykraczał poza formalny zakres obowiązków. IZ zwracała uwagę, że w ramach projektów realizowanych w obszarze Zdrowia, była możliwość kwalifikowania niektórych kosztów jak np. koszty rekrutacji (obejmujące np. kwalifikację medyczną) uczestników w ramach kosztów bezpośrednich, co pozwalało ograniczyć obciążenie kosztów pośrednich.

- **Ocena efektywności finansowej projektów w kontekście założeń RPZ**

Założenia finansowe określone w RPZ były w ocenie większości realizatorów adekwatne do planowanego zakresu działań. Środków nie zabrakło na realizację zaplanowanych świadczeń ani na utrzymanie wymaganych standardów jakości. Występujące problemy w części RPZ wynikały raczej z niewykorzystania pełnego potencjału budżetowego w sytuacjach, gdy nie udało się osiągnąć zakładanych wskaźników liczbowych uczestników. W kilku przypadkach liczba faktycznie objętych wsparciem osób była niższa od planowanej, co skutkowało proporcjonalnym rozliczeniem środków. Przykładem jest **RPZ 4. Odważ się na zdrowie**, gdzie pandemia i obawy związane z wizytami w szpitalach ograniczyły rekrutację, jednak projekt zrealizowano zgodnie z zasadami, a środki rozliczono proporcjonalnie do liczby uczestników. Podobna sytuacja miała miejsce w **RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO**, gdzie nie wystąpił niedobór finansowy, lecz niewykorzystanie budżetu spowodowane mniejszą niż planowana liczbą osób zaszczepionych.

Z drugiej strony, w niektórych RPZ osiągnięto efektywność wyższą od zakładanej – jak w **RPZ 1. Zdrowa aorta**, w którym dzięki aneksowaniu, przedłużeniu projektu i zmianie parametrów zrealizowano więcej badań niż pierwotnie planowano, przekraczając założony wskaźnik o ponad tysiąc przebadanych uczestników.

W trakcie realizacji wielu projektów **odnotowano wzrost kosztów**, co wynikało przede wszystkim z czynników zewnętrznych, takich jak coroczne, obligatoryjne podwyżki wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, pandemia COVID-19 oraz procesy inflacyjne skutkujące wzrostem kosztów energii, wody i materiałów. Instytucja Zarządzająca umożliwiała beneficjentom elastyczne reagowanie na te zmiany – dopuszczano przesunięcia w budżecie, a w uzasadnionych przypadkach także zwiększenie wartości

projektów z dostępnych oszczędności lub dodatkowych środków, co w przypadku przekroczenia ustalonego progu wymagało akceptacji Komitetu Sterującego.

Pandemia COVID-19 wywarła istotny wpływ na realizację i finansowanie RPZ, wymuszając zarówno dostosowanie planów działań, jak i wprowadzenie dodatkowych instrumentów wsparcia finansowego. W wielu przypadkach aneksowano umowy i rozszerzano budżety projektów o środki przeznaczone na zakup materiałów ochronnych oraz zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego uczestników i personelu. Beneficjenci mogli ubiegać się o dodatkowe fundusze na wydatki bezpośrednio związane z pandemią – takie jak maseczki, kombinezony, środki dezynfekujące – co pozwoliło na utrzymanie ciągłości realizacji świadczeń w nowych, znacznie trudniejszych warunkach organizacyjnych. Choć sytuacja pandemiczna spowodowała wzrost kosztów oraz opóźnienia w realizacji części działań, w wielu projektach dzięki pozyskaniu dodatkowego czasu i finansowania udało się zrealizować cele merytoryczne w pełnym zakresie, a nawet poprawić przygotowanie jednostek do reagowania na przyszłe zagrożenia zdrowotne.

Trudność w projektach stanowiło wczesne planowanie kosztów, dokonywane często z 1,5 – 2-letnim wyprzedzeniem przed rozpoczęciem realizacji, przy czym same projekty trwały nawet 5 lat. W efekcie różnice między pierwotnymi założeniami a realnymi kosztami rynkowymi były nieuniknione i dotyczyły zwłaszcza wynagrodzeń personelu medycznego.

W części projektów ujawniły się rozbieżności między pierwotnie przyjętymi stawkami a rzeczywistymi kosztami realizacji oraz potrzebami budżetowymi. W **RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa** wskazywano, że stawki były zbyt niskie, a udział specjalistów diabetologów nie został odpowiednio wynagrodzony. Beneficjenci postulowali lepsze finansowanie personelu i świadczeń w przyszłych edycjach. W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** największym problemem okazały się stawki dla lekarzy rehabilitacji, które nie dorównywały cenom rynkowym przy jednocześnie ograniczonej liczbie specjalistów w regionie. Sytuację ustabilizowała dopiero zmiana przepisów umożliwiająca realizację części świadczeń przez fizjoterapeutów z odpowiednim wykształceniem, co pozwoliło kontynuować projekt. W tym samym RPZ dzięki oszczędnościom w budżecie udało się nawet zwiększyć liczbę uczestników, co świadczy o efektywnym zarządzaniu środkami. Bardziej złożone problemy wystąpiły w **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna**, gdzie założenia budżetowe okazały się częściowo niedoszacowane – dotyczyło to zarówno obsady pielęgniarskiej, jak i stawek dla lekarzy. Wyceny świadczeń nie uwzględniały faktycznego nakładu pracy, a stawki jednostkowe nie odzwierciedlały wymaganego czasu terapii. Pomimo tego projekt ukończono bez obniżania jakości usług, dzięki zaangażowaniu własnych środków szpitala, który pokrył część wzrostu kosztów wynikających z podwyżek i inflacji. W **RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc** także wskazywano, że stawki dla lekarzy były zbyt niskie w porównaniu z rynkiem prywatnym, co utrudniało rekrutację, choć ostatecznie udało się zapewnić odpowiednią obsadę.

Na drugim biegunie znajduje się **RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy**, który realizatorzy ocenili jako finansowo zbilansowany. Środki były wystarczające i realizatorzy nie mieli poczucia, że personel pracował po zaniżonych stawkach, jednak z perspektywy czasu wskazano, że przy obecnych kosztach rynkowych powtórna realizacja projektu w tych samych stawkach byłaby trudna. Po zakończeniu finansowania część pacjentów kontynuowała udział w programie dzięki środkom własnym podmiotu realizującego. Pokazuje to, że projekty tego typu mają charakter interwencyjny, a nie komercyjny – ich główną wartością są zdobyte doświadczenia, rozwój kompetencji kadry oraz powstała infrastruktura, które stanowią trwały efekt wsparcia, mimo zakończenia finansowania.

Podsumowując, adekwatność założeń finansowych RPZ można ocenić pozytywnie. W większości programów środki okazały się wystarczające, a niewykorzystanie budżetu wynikało raczej z niedowystawienia wskaźników niż z braków finansowych. Instytucja Zarządzająca stosowała elastyczne podejście umożliwiające przesunięcia środków, co pozwalało utrzymać płynność finansową projektów mimo rosnących kosztów. Najczęstsze trudności dotyczyły wycen wynagrodzeń personelu medycznego, które wymagały bieżącej korekty. Jednocześnie widoczne było duże zróżnicowanie pomiędzy RPZ – niektóre wymagały interwencji i modyfikacji, inne osiągały, a nawet przekraczały cele w granicach dostępnych środków.

- **Trudności realizacyjne obniżające efektywność**

Mimo ogólnie wysokiej jakości realizacji i adekwatnego wykorzystania środków, w niektórych projektach wystąpiły jednostkowe problemy, które doprowadziły do rozbieżności między faktycznie wykonanymi działaniami a wartościami wskaźników raportowanych w systemie. Trudności te nie wynikały z niewykonania świadczeń, lecz z kwestii formalnych i dokumentacyjnych, które uniemożliwiły zaliczenie części uczestników do oficjalnych rezultatów projektów. W efekcie część rzeczywiście udzielonych świadczeń nie została ujęta w danych sprawozdawczych, co zaniżyło statystyczny obraz osiągniętych efektów.

Takie trudności wystąpiły w **RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu**, gdzie główną barierą okazały się problemy formalne z dokumentacją uczestników. Formularze projektowe, które musieli wypełniać rodzice, były złożone i zawierały pytania wykraczające poza tematykę zdrowotną – m.in. o status na rynku pracy czy planowany kontakt po kilku tygodniach od udziału w badaniu. Część rodziców miała wątpliwości co do zasad przetwarzania danych, inni popełniali błędy w wypełnianiu formularzy, a realizatorzy nie mieli możliwości ich wcześniejszej weryfikacji, ponieważ dokumenty przekazywały szkoły dopiero w dniu badań. W konsekwencji część zgód była nieważna, a niektóre oświadczenia – niepodpisane lub niepełne, co uniemożliwiło uwzględnienie tych uczniów w oficjalnych statystykach projektu.

Opisane przypadki pokazują, że nawet przy prawidłowej realizacji działań merytorycznych formalne wymogi projektowe mogą istotnie zaważyć na sposobie raportowania wyników. Niekiedy złożoność dokumentacji, konieczność gromadzenia wieloetapowych zgód czy różnice w interpretacji wymogów administracyjnych prowadziły do sytuacji, w których dane sprawozdawcze nie w pełni oddawały rzeczywisty zakres zrealizowanego wsparcia.

- **Ocena wykorzystania środków publicznych w kontekście osiągniętych rezultatów**

W świetle zidentyfikowanych efektów zdrowotnych, społecznych i psychologicznych należy jednoznacznie stwierdzić, że efektywność kosztowa RPZ jest wysoka. Interwencje przyniosły wymierne, często ponadplanowe rezultaty przy racjonalnym wykorzystaniu środków: szybkie wykrywanie chorób i kierowanie do leczenia ograniczało ryzyko kosztownych powikłań i hospitalizacji; kompleksowa rehabilitacja skracała czas powrotu do sprawności, obniżała nasilenie bólu, zwiększała aktywność fizyczną i – co istotne dla gospodarki – sprzyjała utrzymaniu lub odzyskiwaniu aktywności zawodowej. Silny komponent edukacyjny oraz rozwój kompetencji uczestników, ich rodzin i personelu miał efekt zwielokrotnienia rezultatów. Działania edukacyjne sprzyjały utrwalaniu zdrowych nawyków, zwiększały samodzielność pacjentów w dbaniu o własne zdrowie i odciążały opiekunów. Jednocześnie podniesienie kwalifikacji personelu medycznego i niemedyceznego przełożyło się na trwałe podniesienie jakości opieki, również po zakończeniu realizacji projektów.

Programy zwiększały dostępność świadczeń w całym regionie, skracaly kolejki oraz wykorzystywały zintegrowane, wielospecjalistyczne ścieżki, co ograniczało rozproszenie i dublowanie kosztów. Tam, gdzie porównywano wyniki z założeniami, wskaźniki były często przekraczane, co oznacza korzystny koszt w przeliczeniu na uzyskany efekt. Tam, gdzie dostępne były mierniki rezultatów, potwierdzały one wysoką efektywność interwencji, a w wielu przypadkach osiągnięte wyniki przewyższały założenia. Wyraźnie widać to w programach o charakterze rehabilitacyjnym i profilaktycznym, gdzie zintegrowany model wsparcia, indywidualizacja świadczeń i stałe podnoszenie kompetencji kadry przełożyły się na wymierną poprawę stanu zdrowia uczestników, jakości życia i wiedzy zdrowotnej. Przykładowo, w **RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna** przekroczone docelowe wartości dla kluczowych mierników funkcjonalnych i psychologicznych, co wskazuje na trafny dobór i intensywność interwencji. W **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** wszystkie zakładane wskaźniki rezultatu zostały nie tylko osiągnięte, ale też znacznie przekroczone, potwierdzając skuteczność połączenia działań leczniczych, edukacyjnych i proaktywizujących. Podobny obraz wyłania się z **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna**, gdzie standardowe narzędzia pomiarowe potwierdziły istotną poprawę sprawności i funkcjonowania po udarze, a także z **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD**, w którym odnotowano trwałą poprawę parametrów chodu oraz wzrost kompetencji specjalistów i opiekunów. Na tle programów profilaktycznych pozytywnie wyróżniają się **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO**, gdzie odnotowano znaczący wzrost wiedzy i skuteczną wczesną wykrywalność zmian nowotworowych, oraz **RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO**, w którym działania szkoleniowe przyniosły spektakularny przyrost wiedzy wśród personelu.

Wniosek ogólny jest zatem pozytywny: publiczne nakłady zostały przekształcone w realne i trwałe korzyści zdrowotne oraz społeczne, przy czym zastosowany model organizacyjny i edukacyjny wzmacniał efekty jednostkowe, poprawiał dostępność i podnosił jakość opieki – co łącznie świadczy o wysokiej efektywności kosztowej RPZ.

4.4 Ocena zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z definicją, dostępność świadczeń oznacza możliwość ich uzyskania przez pacjentów w odpowiednim czasie i miejscu, bez barier ekonomicznych, geograficznych i organizacyjnych. Regionalne Programy Zdrowotne skutecznie zwiększyły tę dostępność zapewniając unikatowe wsparcie, którego efekty nie byłyby możliwe do osiągnięcia bez wdrożonej interwencji.

1. Niwelowanie barier geograficznych i terytorialnych

Jednym z najważniejszych osiągnięć RPZ było docieranie do obszarów, w których dostęp do usług medycznych był dotychczas ograniczony.

- **Dotarcie do „białych plam”** - Instytucja Zarządzająca wprowadziła kryteria konkursowe, które premiowały działania kierowane do gmin wyznaczonych jako „białe plamy”, czyli miejsc pozbawionych określonych typów świadczeń zdrowotnych. Dzięki temu wsparcie obejmowało większą liczbę powiatów i nie koncentrowało się wyłącznie w dużych miastach.
- **Wsparcie terenów wiejskich** - programy były planowane tak, by interwencje prowadzone były równomiernie w subregionach województwa. Oznaczało to zwiększoną dostępność usług dla mieszkańców wsi i mniejszych miejscowości, którzy wcześniej musieli dojeżdżać do większych ośrodków (np. Poznania czy Kalisza).

ZALECENIE: Maksymalizacja dostępności geograficznej oraz współpraca z lokalnymi partnerami. Należy kontynuować praktykę decentralizacji działań poprzez realizację świadczeń w mniejszych

ośrodkach np. szpitalach powiatowych, blisko miejsca zamieszkania pacjentów. Programy powinny minimalizować konieczność podróżowania do dużych miast wojewódzkich. Obowiązkowe powinno być nawiązanie silnej współpracy z lokalnymi szpitalami, mediami oraz jednostkami samorządowymi (na poziomie powiatu i gminy) w celu efektywnej rekrutacji i informowania o programie.

- **Współprace lokalne** – szczególnie dobrze widoczne było to w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej (RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO i RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO), gdzie zaangażowanie lokalnych samorządów i instytucji pozwoliło dotrzeć z profilaktyką i diagnostyką do osób zamieszkujących małe miejscowości i tereny wiejskie.
- **Elastyczna lokalizacja i godziny świadczeń** - w kryteriach konkursowych premiowano planowanie usług w miejscu zamieszkania pacjentów oraz w dogodnych godzinach, np. popołudniowych, wieczornych i sobotnich. Rozwiązanie to zwiększyło realny dostęp mieszkańców do badań profilaktycznych i rehabilitacji, niezależnie od miejsca pracy czy zamieszkania.

2. Ograniczenie barier czasowych i organizacyjnych

RPZ wdrażały rozwiązania, które pozwalały na korzystanie ze świadczeń osobom aktywnym zawodowo, bez konieczności rezygnacji z pracy czy długiego oczekiwania w kolejkach.

- **Wydłużone godziny pracy** - w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca wizyty rozpoczynały się już o 7:30 i trwały do późnych godzin wieczornych. Pacjenci mieli także dedykowany numer telefonu i osobną ścieżkę diagnostyczną, co eliminowało konieczność czekania w kolejkach. W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna świadczenia realizowano w godzinach od 7:00 do 18:00, a w razie potrzeb nawet do 20:00.
- **Elastyczność w pandemii** - w czasie pandemii COVID-19 Urząd Marszałkowski umożliwił wydłużenie okresu realizacji projektów (np. w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna) oraz zmianę formy wsparcia na zdalną. W RPZ 4. Odważyć się na zdrowie konsultacje psychologiczne i dietetyczne realizowano online, co pozwoliło utrzymać ciągłość wsparcia i było pozytywnie oceniane przez uczestników.

3. Redukcja barier ekonomicznych

Wszystkie świadczenia realizowane w ramach RPZ były dla uczestników bezpłatne, co stanowiło istotny czynnik zwiększający dostępność, szczególnie dla osób o niższych dochodach.

- **Pokrycie kosztów udziału** - bezpłatność dotyczyła zarówno badań diagnostycznych, szczepień, jak i rehabilitacji. W niektórych programach dodatkowo refundowano koszty dojazdu, co eliminowało bariery finansowe związane z odległością od miejsca realizacji świadczeń.
- **Dostęp do kosztownych usług** - badania przesiewowe i rehabilitacja, które prywatnie wiązałyby się z wysokimi kosztami (np. badanie wideodermatoskopowe, kolonoskopie ze znieczuleniem, intensywne cykle rehabilitacyjne), w ramach RPZ były dostępne dla uczestników bezpłatnie.

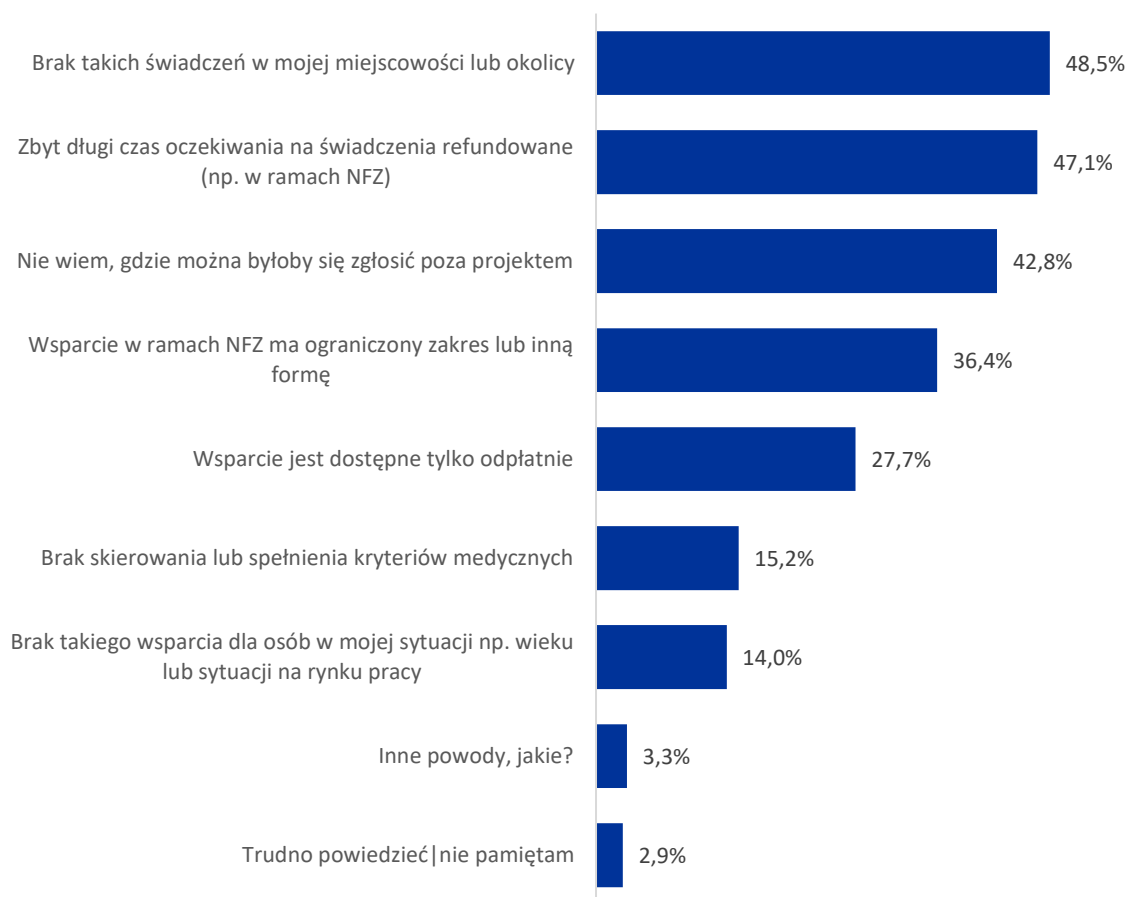
4. Unikalność wsparcia (brak efektu deadweight)

Najlepiej widocznym dowodem na zwiększenie dostępności była unikalność usług świadczonych w RPZ, których nie oferował standardowy system NFZ. W tym zakresie efekt deadweight był szczególnie wyraźny - bez RPZ pacjenci nie mieliby możliwości skorzystania z wielu świadczeń.

- **Szybkość dostępu** - w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna pacjenci mogli rozpocząć terapię natychmiast, podczas gdy w NFZ czas oczekiwania wynosił kilka miesięcy. Dzięki temu osoby aktywne zawodowo uniknęły długotrwałych zwolnień lekarskich.
- **Kompleksowość opieki** - RPZ oferowały znacznie szerszy wachlarz usług niż NFZ. Przykładem była kolonoskopia ze znieczuleniem ogólnym w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, niedostępna w standardowych kontraktach NFZ, czy wielospecjalistyczne programy rehabilitacyjne obejmujące konsultacje lekarskie, psychologiczne i dietetyczne.
- **Innowacyjna rehabilitacja** - w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna i RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD wdrożono nowoczesne, światowe metody terapii dzieci i młodych dorosłych, zorientowane na cele uczestnictwa, a nie tylko funkcjonalne. Były to świadczenia niedostępne w rutynowej opiece NFZ.
- **Integracja świadczeń** - RPZ 3. Prewencja niewydolności serca wypełnił istotną lukę systemową, łącząc opiekę onkologiczną i kardiologiczną. Było to rozwiązanie wcześniej nieobecne w polskim systemie ochrony zdrowia, a jego wdrożenie znacząco zwiększyło dostęp pacjentów do kompleksowej diagnostyki i opieki.

Potwierdzeniem powyższego są wyniki badania ilościowego. Duża część badanych (39,9%) stwierdza, że niemożliwe byłoby otrzymanie podobnego wsparcia w formie bezpłatnej z innego źródła niż projekt. Osoby te wskazują, że zakres świadczeń udzielonych w ramach programu nie jest świadczony w miejscowości ich zamieszkania lub najbliższej okolicy. Zwracają uwagę, że czas oczekiwania na refundowane świadczenia w ramach NFZ jest za długi oraz mają one ograniczony zakres/formę – więc nie stanowi jakiegokolwiek alternatywy dla usług projektowych. Brak jest też powszechnej wiedzy na temat innych inicjatyw.

Wykres 17 Powody braku możliwości uzyskania podobnego wsparcia nieodpłatnie poza projektem



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n=1812.

Uczestnikom wsparcia edukacyjnego ciężko jest znaleźć alternatywne – konkurencyjne w stosunku do RPZ działania. Stwierdzają oni, że brak jest na rynku podobnych szkoleń. Odbiorcy wsparcia w postaci działań edukacyjnych podkreślają, że przekazana im wiedza jest unikatowa i ciężko byłoby ją uzyskać w ramach innych inicjatyw. Powyższe powody są też najczęściej wymienianymi wśród kadry medycznej – nie widzą oni podobnych szkoleń w swoim środowisku lub są one odpłatne a także ciężko jest znaleźć informacje o alternatywnych inicjatywach.

ZALECENIE: Powinno się kontynuować finansowanie specjalistycznych szkoleń dla personelu medycznego i niemedycznego. Wiedza przekazana w ramach tych działań jest często unikatowa i trudno dostępna poza programem, co bezpośrednio podnosi jakość usług.

Wykres 18 Powody braku możliwości uzyskania podobnego wsparcia edukacyjnego nieodpłatnie poza projektem



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n=564.

Brak efektu deadweight znajduje również swoje potwierdzenie w wynikach badania ilościowego, gdzie ponad połowa uczestników stwierdza, że gdyby projekt, w którym brali udział nie był realizowany, to **nie zdecydowaliby się na podobne działania w formie odpłatnej**.

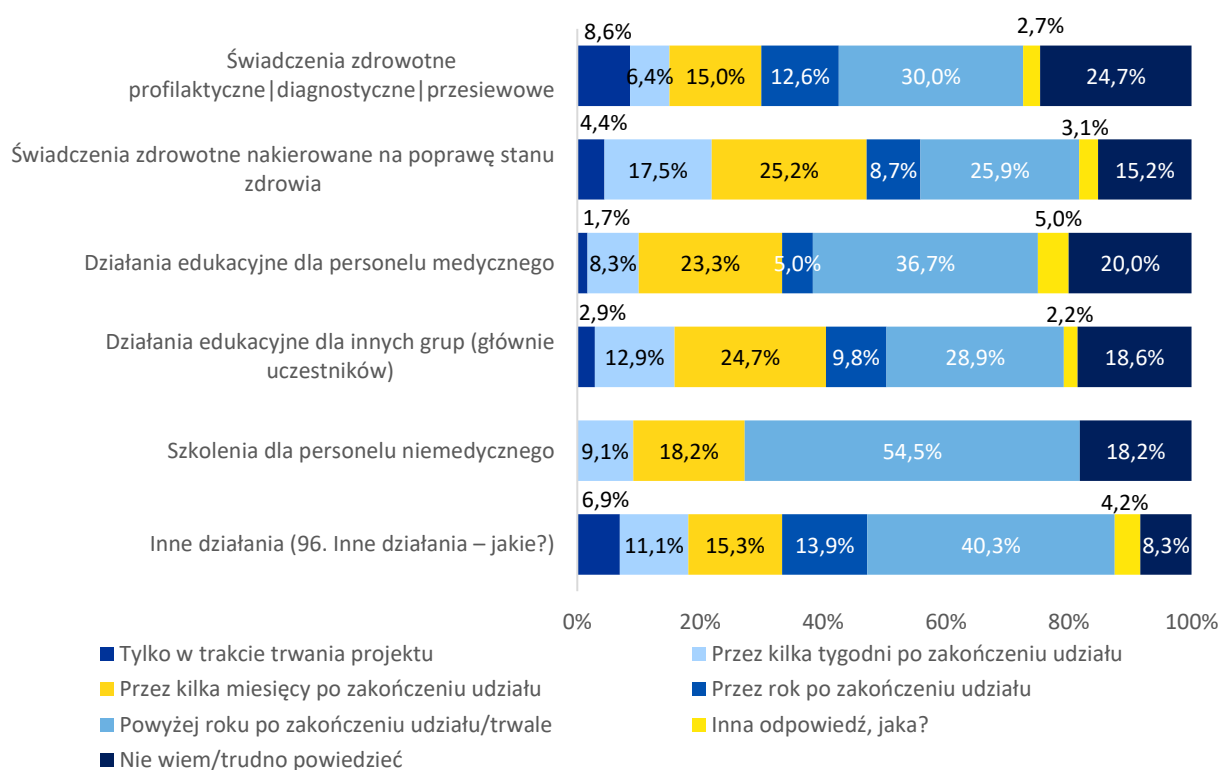
4.5 Ocena trwałości wsparcia

Trwałość wsparcia rozumiemy jako utrzymanie efektów zdrowotnych i organizacyjnych po zakończeniu finansowania projektu oraz możliwość ich kontynuacji w systemie ochrony zdrowia. W niniejszym rozdziale oceniamy trwałość z dwóch perspektyw: uczestnika (jak długo odczuwane są korzyści zdrowotne i kompetencyjne) oraz systemu (czy powstałe rozwiązania – ścieżki opieki, poradnie, standardy pracy – zostały włączone do praktyki, np. w ramach kontraktów NFZ). Analiza opiera się na wynikach badań ilościowych i jakościowych i porządkuje wnioski według typu świadczeń: profilaktyczno-diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych. Uwzględniamy także czynniki, które wzmacniają lub osłabiają trwałość, w tym dostępność kadr, finansowanie, organizację opieki i wpływ pandemii.

Z badania ilościowego wynika, że odczuwanie korzyści po udziale w projektach w ramach programów RPZ jest w dużej mierze **długotrwałe i zależy od rodzaju świadczeń**. Najsilniejszy, trwały efekt deklarowano po szkoleniach: aż 54,5% uczestników szkoleń dla personelu niemedycznego oraz 36,7% personelu medycznego ocenia, że korzyści utrzymują się powyżej roku. W działaniach edukacyjnych dla uczestników odsetek ten wyniósł 28,9%. W świadczeniach zdrowotnych nakierowanych na poprawę stanu zdrowia dominują oceny co najmniej kilka miesięcy 25,2% i powyżej roku/trwale

25,9%, co potwierdza długofalowy charakter efektów terapii. Nawet w świadczeniach profilaktyczno-diagnostycznych aż 30,0% dostrzega korzyści dłuższe niż rok, ale na drugim miejscu pojawia się tu odpowiedź nie wiem/trudno powiedzieć 24,7% – typowa dla profilaktyki. Udział odpowiedzi tylko w trakcie projektu jest we wszystkich kategoriach niski: od 0,9% w szkoleniach niemedycznych do 8,6% w badaniach przesiewowych. Szczegółowe dane zaprezentowane są na wykresie.

Wykres 19 Trwałość korzyści utrzymujących się z udziału w projekcie wg rodzaju świadczeń



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 4151

Przez trwałość wsparcia rozumiemy też zdolność do **kontynuacji świadczeń po zakończeniu finansowania unijnego** oraz utrzymanie efektów zdrowotnych, dobrego samopoczucia pacjentów oraz zwiększenie kompetencji i wiedzy. Analiza indywidualnych wywiadów pogłębionych z przedstawicielami IZ/IP oraz przedstawicielami beneficjentów/realizatorów wskazuje, że perspektywa trwałości jest zróżnicowana w zależności od typu świadczeń – najwyższa tam, gdzie projekt budował lub zasiliał istniejące ścieżki opieki (np. świadczenia rehabilitacyjne, badania przesiewowe, wsparcie lecznicze), najniższa tam, gdzie interwencja miała charakter jednorazowy i napotykała bariery rekrutacyjne (np. szczepienia).

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych oferowanych w ramach: RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD, trwałość jest wysoka pod względem potrzeb i efektów. Uczestnicy deklarowali poprawę stanu zdrowia i chęć powrotu do terapii po przerwie, a część kontynuowała rehabilitację w NFZ – nierzadko w tych samych placówkach, które realizowały projekt. W rehabilitacji neurologicznej program oceniano jako trafny i potrzebny, zaś w opiece nad dziećmi z MPD wsparcie ma charakter długofalowy i często przekracza możliwości finansowe rodzin, co wzmacnia znaczenie stałego finansowania publicznego.

Jak wynika z analizy wywiadów trwałość wsparcia leczniczego i jego kompleksowość jest wysoka wtedy gdy program prowadzi do **trwałej zmiany organizacyjnej lub domyka lukę systemową**. O takiej trwałości możemy mówić w przypadku RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, gdzie utworzono poradnię kardiologii onkologicznej, która działa dalej w ramach kontraktu z NFZ, zapewniając ciągłość opieki po projekcie. RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy już z definicji ma charakter wieloletni i beneficjent/realizator utrzymał prowadzenie pacjentów także poza projektem, korzystając z procedur zerowych i nielimitowanych kontraktów – co przełożyło się na realną ciągłość terapii.

W badaniach przesiewowych i diagnostycznych realizowanych w RPZ 1. Zdrowa Aorta, RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP oraz RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu trwałość efektów wynikała przede wszystkim ze wzrostu świadomości oraz kierowania pacjentów do dalszej diagnostyki i leczenia. Jednorazowy charakter badania nie przekreśla jego długofalowego wpływu: w RPZ 1 zwrócono uwagę na problem szczególnie istotny dla mężczyzn i podniesiono czujność zdrowotną grupy, która rzadziej korzysta z profilaktyki. W RPZ 14 po przebadaniu uczniów wyniki kwalifikujące do kolejnych kroków przekazywano do POZ wraz z zaleceniami, zaś w RPZ 6 spójna ścieżka edukacyjno-diagnostyczna zachęcała do udziału w kolejnych edycjach. Co istotne, test na krew utajoną w kale rozwijany w RPZ 6 uzyskał rekomendacje i stał się szerzej dostępny, co potwierdza trafność interwencji i przeniesienie efektów do systemu.

Najniższą trwałość mają programy dotyczące szczepień RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań, RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc. W programie dla pacjentów onkologicznych RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc **frekwencja była bardzo ograniczona**, m.in. przez ogólną niechęć do szczepień i priorytet dla szczepień przeciw COVID-19. Interwencja okazała się mało trafna popytowo, a po zakończeniu projektu brak było przesłanek do trwałego utrzymania skali działań.

Najlepsze perspektywy trwałości mają te interwencje, które:

- są długofalowe (rehabilitacja, leczenie złożone),
- zostały wbudowane w stałe struktury systemu (poradnia, kontrakt NFZ),
- skutkują trwałą zmianą zachowań zdrowotnych (czujność, zgłaszalność do dalszej diagnostyki).

Projekty jednorazowe, obciążone niską akceptacją społeczną (np. szczepienia w specyficznych grupach), wykazują trwałość ograniczoną. W planowaniu kolejnych RPZ warto więc łączyć komponent kliniczny z mechanizmami włączania do stałej opieki oraz inwestować w te obszary, w których uczestnicy realnie mogą i chcą kontynuować wsparcie.

Czynniki obniżające trwałość wsparcia

Trwałość projektów najczęściej ogranicza brak środków na kontynuację działań – mimo jasno zidentyfikowanych potrzeb – oraz bariery systemowe. W wywiadach wielokrotnie podkreślano, że przerwanie finansowania jest szczególnie niekorzystne z punktu widzenia zdrowia publicznego, czego przykładem jest RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Zapewnienie finansowania świadczeń rehabilitacyjnych i umożliwienie uczestnikom co najmniej dwukrotnego udziału w projekcie mogłoby przynieść wyraźnie lepsze efekty zdrowotne. W RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy beneficjent po zakończeniu dofinansowania nie był w stanie utrzymać pełnego zakresu świadczeń, ponieważ kontrakt NFZ nie obejmuje części procedur, m.in. stałych aparatów ortodontycznych. Dodatkowym czynnikiem osłabiającym trwałość była pandemia COVID-19: wielomiesięczne przerwy utrudniały ciągłość terapii i osiąganie wskaźników, co szczególnie dotknęło programy senioralne, takie

jak RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa. W kilku przypadkach pandemia przyczyniła się także do rozwiązania umów projektowych z uwagi na brak realnych perspektyw osiągnięcia zakładanych wskaźników.

Działania zaradcze podejmowane przez beneficjentów

Aby podtrzymać efekty i ciągłość opieki, beneficjenci/realizatorzy sięgali po różnorodne rozwiązania. W RPZ 3. Prewencja niewydolności serca utworzono stałą poradnię kardiologiczną działającą w ramach kontraktu z NFZ, co zapewniło systemowe „zakotwiczenie” ścieżki opieki. W RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy kontynuowano leczenie pacjentów w toku, finansując je ze środków własnych lub w oparciu o nielimitowane kontrakty ortodontyczne. Po skromnych efektach RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc ośrodek onkologiczny rozwijał poradnictwo żywieniowe z własnych środków. W RPZ 7. Rehabilitacja medyczna personel, świadomy niskiej frekwencji na wykładach, włączał elementy edukacyjne bezpośrednio do terapii indywidualnych, ucząc ergonomii, autoterapii i zasad żywienia. W odpowiedzi na pandemię projekty RPZ 4. Odważ się na zdrowie i RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna oraz RPZ 7. Rehabilitacja medyczna przeszły częściowo na formy zdalne oraz proponując ćwiczenia w domu, jak również zajęcia na zewnątrz. W RPZ 11 zmieniono również formułę pobytu stacjonarnego na system dojazdowy, zwiększając akceptowalność i bezpieczeństwo pacjentów. Utrzymywanie doświadczonej kadry i dobrego wizerunku placówek w RPZ 7 i RPZ 11 sprawiło, że pacjenci wracali do tych samych ośrodków już w ramach NFZ. W RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD maksymalnie skrócono przerwę między edycjami oraz podjęto starania o włączenie programu na poziom krajowy, by zapewnić mu stabilne finansowanie.

Podsumowując, ocena trwałości pokazuje, że najtrwalsze efekty dają interwencje wbudowane w ścieżki opieki (rehabilitacja, poradnie, kompleksowe prowadzenie pacjenta) oraz działania edukacyjne, które przekładają się na długie utrzymanie kompetencji. Słabszą trwałość obserwuje się przy działaniach jednorazowych i obciążonych barierami popytowymi. Trwałość wzmacniają rozwiązania systemowe (włączenie do kontraktów NFZ, poradnie stałe), elastyczna organizacja świadczeń i inwestycja w stabilne zespoły. Osłabiają ją deficyty finansowe i kadrowe, nadmierne ryzyka formalne oraz interwencje niedopasowane do realnych potrzeb.

ZALECENIA sprzyjające trwałości wsparcia

Włączanie skutecznych interwencji do stałego systemu

Zapewnienie ścieżki „od projektu do kontraktu” – finansowanie pomostowe między edycjami, a następnie włączenie sprawdzonych rozwiązań (poradnie, ścieżki opieki, procedury) do kontraktów NFZ lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Utrwalanie efektów poprzez kompetencje i koordynację

Łączenie świadczenia zdrowotnego z komponentem edukacyjnym (dla personelu i uczestników). Standaryzacja ścieżek dla pacjentów po otrzymaniu wyników (nie pozostawianie pacjenta samemu sobie) tylko wskazanie kolejnych kroków – wzmocnienie powiązania z POZ i opieką specjalistyczną. Monitoring wyników projektów poprzez uproszczone mierniki efektywności i satysfakcji, jako warunek dalszego finansowania.

Zabezpieczenie zasobów i uproszczenie procedur

Zaplanowanie trwałości kadr (plan obsady, zadaniowe przekazywanie kompetencji, partnerstwa powiatowe) oraz konsekwentne redukcje czasochłonnych procedur dokumentacyjnych: jednolite formularze, cyfryzacja zapisów, minimalizacja podpisów. Utrzymanie rozwiązań ułatwiających dostęp

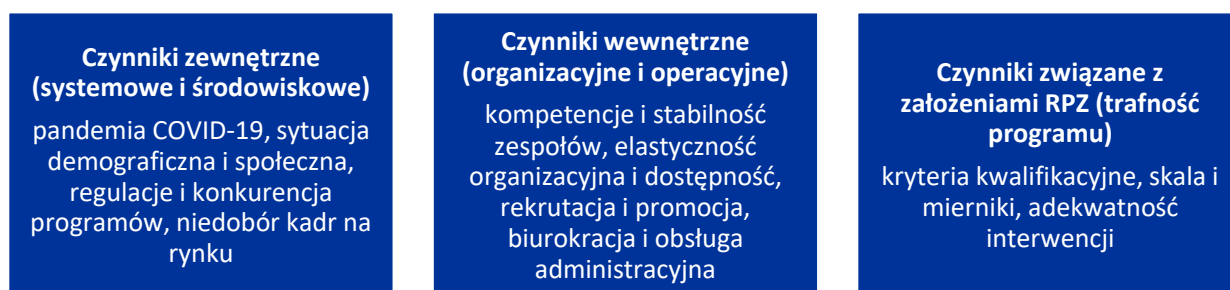
do programów (transport, zwroty kosztów dojazdu, opieka nad osobą zależną). Zatrudnianie kadry posiadającej doświadczenie i kompetencje w zakresie realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE, co pozwala na sprawniejsze zarządzanie procesem, prawidłowe rozliczanie działań oraz ograniczenie ryzyka błędów formalnych.

5 CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA REALIZACJĘ RPZ

Czynniki wpływające na poziom uzyskanych rezultatów

Wpływ na rezultaty wdrażania Regionalnych Programów Zdrowotnych miały współdziałające ze sobą czynniki, które możemy skategoryzować na: czynniki zewnętrzne, czynniki wewnętrzne oraz te, które wynikają bezpośrednio z konstrukcji samych programów. Taki podział pozwala oddzielić wpływ okoliczności systemowych od jakości zarządzania i trafności programów, a następnie wskazać działania wzmacniające skuteczność i trafność programów RPZ.

Schemat 8 Czynniki mające wpływ na realizację RPZ



Źródło: opracowanie własne

CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE (SYSTEMOWE I ŚRODOWISKOWE)

Na osiągnięte rezultaty RPZ w największym stopniu oddziaływały czynniki zewnętrzne, czyli te, które były poza bezpośrednią kontrolą beneficjentów/realizatorów, a jednocześnie kształtowały zgłaszalność do programów, dostępność świadczeń i tempo realizacji projektów w ramach RPZ.

Pandemia COVID-19

Najsilniejsze oddziaływanie miała pandemia COVID-19, która istotnie hamowała realizację i zgłaszalność do projektów. Wymuszała zawieszenia działań, wielokrotne wydłużanie harmonogramów, odpływ uczestników z obawy przed zakażeniem, oddelegowanie personelu do zadań covidowych oraz przekształcanie oddziałów i szpitali na potrzeby opieki nad chorymi na COVID-19. Poniżej – na podstawie danych oraz wywiadów pogłębionych – przedstawiamy syntetyczne ujęcie problemów i sposobów radzenia sobie w poszczególnych RPZ.

RPZ 1. Zdrowa aorta. Pandemia wymuszała odwoływanie badań USG, część szpitali nie udostępniała pracowni, a gabinety zajmowały punkty szczepień. Lekarze byli przepracowani, co utrudniało organizację szkoleń i obieg dokumentów.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta

Realizator przenosił więc badania do własnej siedziby, zwiększał liczbę terminów w dużych ośrodkach i równolegle uruchamiał je w szpitalach powiatowych, wydłużał okres realizacji oraz planował kalendarz z uwzględnieniem fal zachorowań i sezonowości (wakacje, święta).

RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna. Kolejne fale zakażeń zniechęcały pacjentów onkologicznych. Częste odwołania i przerwy w terapii utrudniały wykorzystanie zasobów. Odpowiedzią były elastyczne grafiki, intensywniejszy kontakt telefoniczny i wsparcie formalne przy umawianiu wizyt, a także przesuwanie terminów i aneksowanie harmonogramu, by domykać cykle terapeutyczne.

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca. Lęk pacjentów z obniżoną odpornością i „zmęczenie leczeniem” powodowały rezygnacje, a część personelu oddelegowano do zadań covidowych. Kumulowały się też opóźnienia organizacyjne. Zespół uruchomił odrębną rejestrację, wydzielił pracownię EKG w lokalizacji onkologicznej i wdrożył bezpieczną ścieżkę pacjenta, a równolegle korygowano wskaźniki i wydłużano czas realizacji.

RPZ 4. Odważ się na zdrowie. Przekształcenie szpitala w placówkę covidową oraz wymogi sanitarne ograniczyły dostęp do sal i infrastruktury, a po wznowieniu działań zgłaszalność spadała. Realizatorzy szukali alternatywnych przestrzeni, reorganizowali grupy, włączali zajęcia na świeżym powietrzu i — tam, gdzie było to zasadne — elementy zdalne. Jednocześnie porządkowali ścieżkę kwalifikacji, by ograniczać rezygnacje.

RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa. Wizyty w poradniach spadły dramatycznie, chorzy obawiali się kontaktu z placówkami, a personel był zaangażowany w szczepienia. Dostosowywano więc godziny pracy, pozyskiwano i wspierano poradnie diabetologiczne oraz utrzymywano stałą komunikację z pacjentami. Uruchomiono teleporady dla pacjentów, które nie do końca były formą akceptowalną przez osoby starsze.

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP. Frekwencja na spotkaniach edukacyjnych w gminach była niska, badania kolonoskopowe odwoływano w ostatniej chwili z powodu chorób lub kwarantanny, a dostępność sal bywała problemem. Zespół przenosił wydarzenia tam, gdzie było to logistycznie możliwe, wysyłał spersonalizowane zaproszenia, oferował kolonoskopię w sedacji i mocniej komunikował dalszą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Czasowe zawieszenie działań i niższa zgłaszalność po wznowieniu łączyły się z rezygnacjami z zajęć grupowych. Wprowadzono dłuższe godziny otwarcia (także wieczory i soboty), położono nacisk na terapię indywidualną, włączono edukację podczas wizyt „jeden na jeden”, uelastyczniono zapisy i aneksowano harmonogram.

RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań. Na rynku brakowało szczepionek, popyt obniżała konkurencja ze szczepieniami przeciw COVID-19 i obawy przed łączeniem szczepień, a dodatkowo pojawiały się kłopoty z dokumentacją partnerów. Realizator zmienił partnera, skorygował wskaźniki, ukierunkował komunikację przez POZ i uporządkował obieg dokumentów, choć bariery podaży utrzymywały się niezależnie od działań.

RPZ 9. Szczepienia HBV/HCV (AKO). W okresach obostrzeń działania wstrzymywano w całości. Po „odmrożeniu” dostosowano harmonogramy i stopniowo uruchamiano rekrutację, uwzględniając ograniczoną dostępność kadr.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna. Częste przekształcenia szpitali w covidowe, absencje kadrowe i zatory w zamówieniach publicznych nakładały się na lęk pacjentów. Skuteczna okazała się zmiana modelu z pobytu stacjonarnego na system dojazdowy, wprowadzenie bezpiecznej ścieżki przyjęć, wydłużenie realizacji oraz etapowanie zakupów sprzętu.

RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc. Niedobór i wzrost cen szczepionek, konieczne odstępy między szczepieniami i konkurencja szczepień przeciw COVID-19 sprawiły, że pacjenci onkologiczni rezygnowali z dodatkowych szczepień. Wobec braku realnych uczestników projekt został rozwiązany.

RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy. Wydłużające się postępowania zakupowe i opóźnienia dostaw wymagały korekt harmonogramu i etapowania zakresów, przy czym kontynuowano terapię pacjentów już objętych opieką w oparciu o dostępne umowy i procedury.

RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu. Zamknięcie szkół wstrzymało badania, a niekompletne zgody rodziców ograniczały udział dzieci. Po wznowieniu działań wzmocniono rolę gmin i kuratorium w komunikacji, pomagano rodzicom w formalnościach i — gdy to było celowe — przesuwano badania na kolejne roczniki, aby nadrobić zaległości.

RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca. Brak dostępu do oddziałów i przepracowanie personelu utrudniały dopływ nowych uczestników oraz ograniczały chęć kadr do szkoleń. Część aktywności przeniesiono do trybu online, uporządkowano logistykę wejścia na oddziały i wydłużono harmonogram, by domykać ścieżki terapeutyczne.

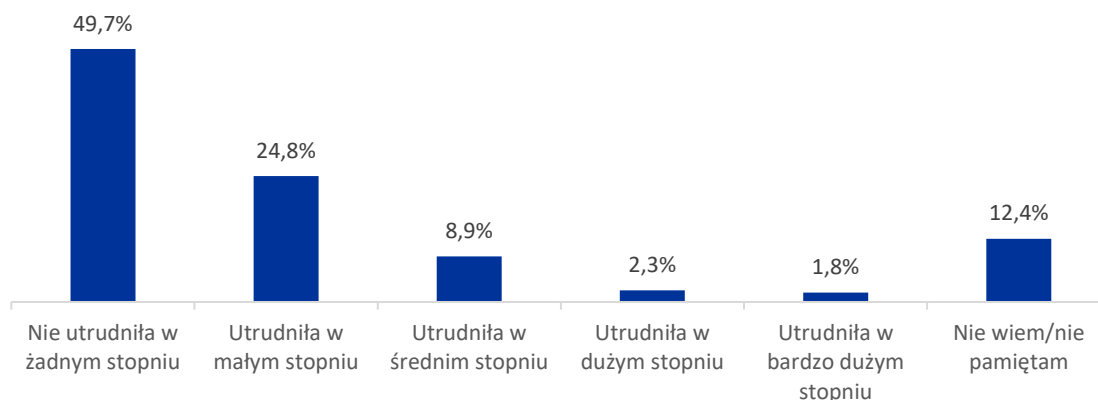
RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD. Rezygnacje z powodu izolacji i kwarantann, powtarzane przetargi oraz opóźnienia inwestycyjne spowalniały start, a frekwencja opiekunów na szkoleniach malała.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Reagowano wydłużaniem edycji i minimalizowaniem przerw, zapewniano bezpieczny transport oraz wyznaczano cele do realizacji w warunkach domowych, a równolegle podjęto starania o nadanie programowi rangi krajowej.

Wyniki badania ilościowego wśród uczestników programów RPZ sugerują, że zastosowane rozwiązania organizacyjne w projektach w dużej mierze amortyzowały skutki pandemii wśród osób, które faktycznie wzięły udział w projektach. Niemal dla połowy ankietowanych pandemia nie stanowiła bariery udziału w projekcie: nie utrudniła w żadnym stopniu – 49,7%. Niewielkie trudności wskazało 24,8%, a łącznie 37,8% badanych odczuło jakiegokolwiek utrudnienia (małe, średnie, duże lub bardzo duże). Udział poważnych barier był niski: duże – 2,3% i bardzo duże – 1,8%. Odpowiedzi nie wiem/nie pamiętam udzieliło 12,4%.

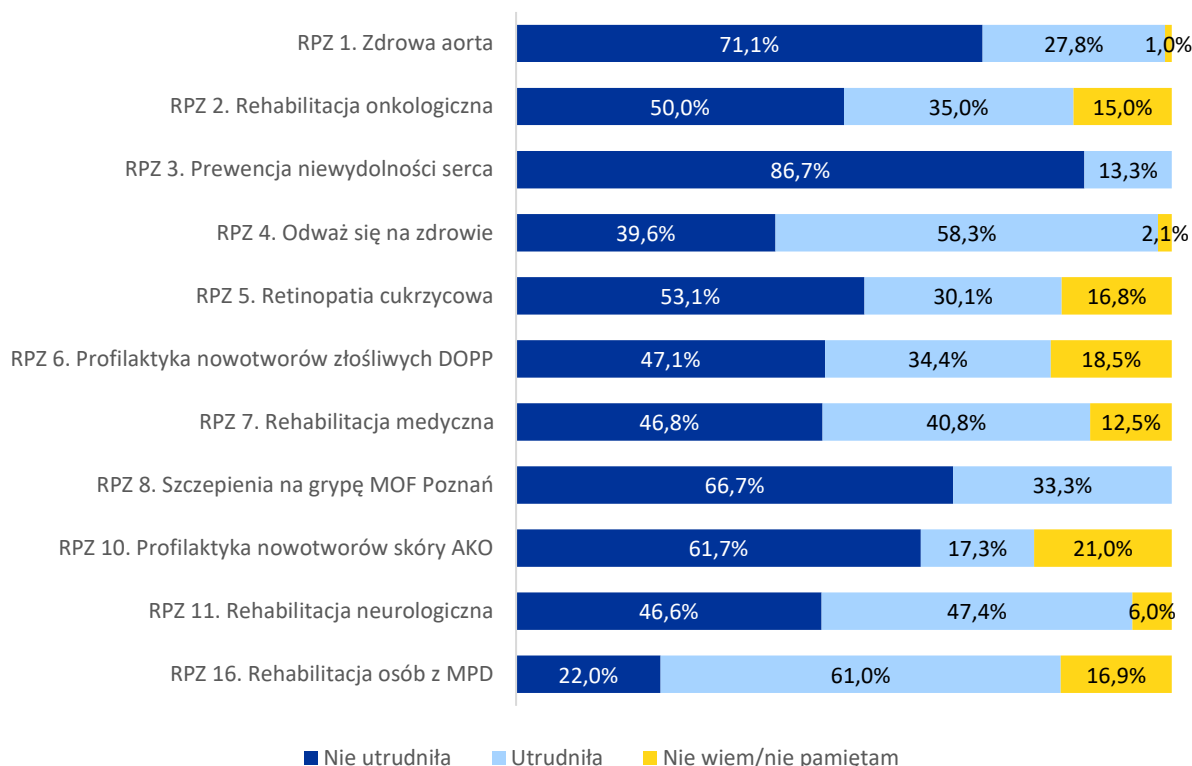
Wykres 20 Stopień utrudnienia udziału w działaniach w projekcie spowodowany pandemią



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 1142

Patrząc na rozkład odpowiedzi w poszczególnych RPZ, wpływ pandemii na udział w świadczeniach projektowych był bardzo zróżnicowany między RPZ. Na wykresie przedstawiono sumę wszystkich stopni utrudnienia oraz pominięto RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu z uwagi na bardzo małą próbę odpowiedzi. Najrzadziej zgłaszano utrudnienia w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca – 86,7% nie utrudniła, dalej RPZ 1. Zdrowa aorta – 71,1%, RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań – 66,7%, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry – 61,7% i RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa – 53,1%.

Wykres 21 Stopień utrudnień udziału w działaniach w projekcie spowodowanych pandemią w podziale na RPZ



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 1142

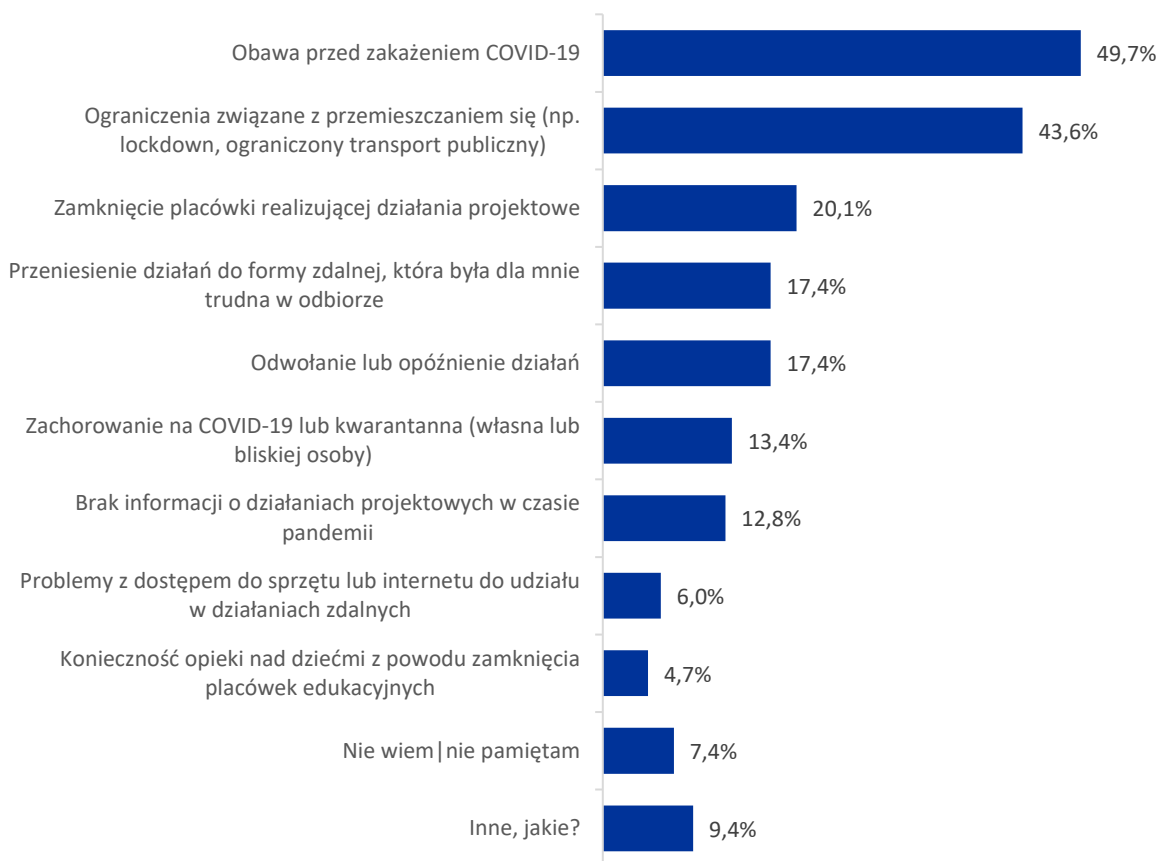
Najmocniejsze bariery deklarowano w programach wymagających długotrwałego, stacjonarnego udziału: RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD – 61,0% utrudniła, RPZ 4. Odważ się na zdrowie – 58,3%, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna – 47,4% oraz RPZ 7. Rehabilitacja medyczna – 40,8%.

Pandemia COVID-19 najsilniej wymusiła elastyczność i szybkie dostosowania u beneficjentów i realizatorów prowadzących projekty oparte na regularnej, osobistej obecności uczestników oraz ciągłej pracy zespołów rehabilitacyjnych.

Jak wynika z badania ilościowego wpływ pandemii był wielowymiarowy — łączył strach i obostrzenia z realnymi przerwami w świadczeniach oraz wykluczeniami informacyjno-cyfrowymi — co łącznie ograniczało zgłaszalność i ciągłość udziału w projektach. Udział co trzeciego (1 142 osoby) badanego uczestnika przypadł na okres pandemii (10.03.2020–28.03.2022). Spośród tej grupy ankietowanych 37,8% zadeklarowało, że pandemia utrudniła im udział, z czego jedynie co trzeci potrafił wskazać na konkretne trudności. Z odpowiedzi tej niewielkiej grupy wynika, że pandemię odczuwano przede wszystkim jako barierę psychologiczną i regulacyjną: niemal co drugi uczestnik wskazał na lęk przed zakażeniem (49,7%), a kolejne 43,6% ograniczenia sanitarne i organizacyjne. Co piąty doświadczył

zamknięcia placówek (20,1%), a prawie tyle samo przeniesienia działań do trybu zdalnego (17,4%) oraz odwołań lub opóźnień zajęć (17,4%), co pokazuje skalę zakłóceń operacyjnych. Oznacza to, że pandemia spowodowała różne trudności, ale skala tego zjawiska w całej populacji badanych uczestników nie była duża.

Wykres 22 Czynniki utrudniające udział w działaniach w projekcie spowodowane pandemią



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 149

W odpowiedziach inne pojawiły się pojedyncze, ale spójne tematy pokazujące, jak pandemia ograniczała realny dostęp do wsparcia. Tematy, które były wskazane przez ankietowanych:

- **Brak kontaktu bezpośredniego i izolacja społeczna** – skargi na zastąpienie spotkań telefonem, brak możliwości odwiedzin i towarzyszenia bliskich, ograniczenia wyjść na zewnątrz.
- **Ograniczenie zakresu zajęć** – przeniesienie na tryb zdalny zawężyło ofertę, zwłaszcza ćwiczenia wymagające infrastruktury, jak basen.
- **Reżim sanitarny jako bariera** – obowiązek noszenia maseczek był oceniany jako uciążliwy, a w pojedynczych przypadkach uniemożliwiał udział ze względów zdrowotnych, pojawiały się też uwagi o ciasnych pomieszczeniach utrudniających bezpieczne dystanse.
- **Obciążenia logistyczne rodzin** – trudności z dostarczaniem pacjentom środków higieny i odzieży przy ograniczonych odwiedzinach.

- **Stan zdrowia i psychiki** – jednostkowe wskazania na gorsze samopoczucie psychiczne oraz ograniczenia ruchowe uniemożliwiające uczestnictwo.
- **Wymogi szczepienne** – dla części osób konieczność szczepienia stanowiła dodatkową barierę motywacyjną lub organizacyjną.

Te sygnały potwierdzają, że poza strachem przed zakażeniem i ogólnymi obostrzeniami, o udziale w projektach decydowały bardzo praktyczne warunki dnia codziennego: możliwość kontaktu z bliskimi, dostęp do infrastruktury, dostosowanie wymogów sanitarnych do możliwości zdrowotnych uczestników oraz wsparcie logistyczne rodzin. Warto je uwzględnić przy projektowaniu działań na wypadek podobnych zakłóceń w przyszłości.

Sytuacja społeczna i demograficzna

Niska skłonność do profilaktyki (zwłaszcza wśród mężczyzn) i obciążenie leczeniem onkologicznym obniżały skuteczność rekrutacji. Trafnym rozwiązaniem było maksymalne skracanie dystansu do świadczeń – „bliżej domu”, szybciej i wygodniej. Poniżej przykłady sposobów radzenia sobie beneficjentów/realizatorów z tymi problemami:

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO. Zbudowano sieć dotarcia z 24 samorządami i uruchomiono mobilny punkt badań, dzięki czemu mieszkańcy mogli być „zbadani od ręki” podczas lokalnych wydarzeń.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Wprowadzono popołudniowe i sobotnie wizyty oraz długie okna rejestracji telefonicznej, co realnie otworzyło dostęp dla osób pracujących.

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP. Podniesiono akceptowalność kolonoskopii przez możliwość sedacji i jasny plan postępowania po wyniku; to redukowało lęk i rezygnacje.

RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu. Logistykę oparto o gminy i kuratorium; zespoły dojeżdżały do szkół – tam, gdzie dostęp do specjalistów bywa najtrudniejszy.

RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD oraz RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca. Wprowadzano ułatwienia usuwające bariery dnia codziennego: zwrot kosztów przejazdu, specjalny transport czy opiekę nad osobą niesamodzielną na czas udziału w świadczeniu.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Skuteczniejsza rekrutacja była tam, gdzie świadczenia „przychodziły do ludzi” i respektowały rytm życia (praca, opieka), zgłaszalność rosta mimo niekorzystnych nawyków profilaktycznych.

Regulacje i konkurencja programów

Równoległe programy krajowe/miejskie i linie demarkacyjne zawężyły potencjalną pulę odbiorców, szczególnie w szczepieniach. Odpowiedzią było porządkowanie zasięgów i akcentowanie wartości dodanej RPZ.

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP. Połączono edukację blisko miejsca zamieszkania z krótką, czytelną ścieżką diagnostyczną. Unikano dublowania tego, co już finansował NFZ.

Doświadczenia z realizacji RPZ pokazują, że precyzyjne określenie celu programu i grupy docelowej oraz uporządkowanie zasięgu terytorialnego sprzyjają osiąganiu celów rekrutacyjnych i zakładanych rezultatów projektowych.

Niedobór kadr i rynek pracy

Deficyty specjalistów oraz niekonkurencyjne stawki projektowe tworzyły wąskie gardła nawet przy wysokim zainteresowaniu. Beneficjenci/realizatorzy radzili sobie za pomocą wprowadzania zmian organizacyjnych i elastycznego planowania, a w zakresie prawnym – korzystając z dostępnych rozwiązań i interpretacji w ramach obowiązujących przepisów. Przykłady rozwiązań:

RPZ 1. Zdrowa aorta. Prowadzono stałą rekrutację uzupełniającą radiologów i elastycznie planowano akcje wyjazdowe – w miarę dostępności personelu.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Po zmianie przepisów fizjoterapeuci mogli samodzielnie planować terapię, co odblokowało przyjęcia i zwiększyło przepustowość bez „szukania” rzadkich etatów lekarskich.

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO. Zatrudniono operatora z gwarancją minimalnej liczby lekarzy, co zabezpieczyło ciągłość badań przesiewowych.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna. Poszerzano współpracę z oddziałami neurologicznymi i POZ, by ułatwić kierowanie pacjentów do programu i lepiej „zagospodarować” ograniczone moce.

Wiele RPZ. Łączono świadczenia z elementami edukacyjnymi w trakcie wizyt indywidualnych oraz – gdy to było zasadne – stosowano telekonsultacje, by utrzymać kontakt i ciągłość postępów.

Lepsze rezultaty – mimo trudnych warunków – osiągały te projekty, które potrafiły reorganizować zadania, budować trwałe partnerstwa i elastycznie planować harmonogramy i grafiki przyjęć.

CZYNNIKI WEWNĘTRZNE (ORGANIZACYJNE I OPERACYJNE)

Na rezultaty RPZ w dużej mierze wpływały elementy, na które beneficjenci i realizatorzy mieli realny wpływ: kompetencje zespołów, elastyczność organizacyjna i dostępność świadczeń, sposób rekrutacji i promocji oraz sprawność obsługi administracyjnej.

Kompetencje i stabilność zespołów

Silne, doświadczone zespoły, praca empatyczna z uczestnikami w formule „jeden na jeden” oraz zapewnienie ciągłości personelu podnosiły zaufanie, utrzymanie uczestników i uruchamiały tzw. pocztę pantoflową, co bezpośrednio przekładało się na rekrutację uczestników i realizację wskaźników.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Wysokie kompetencje fizjoterapeutów, indywidualizacja terapii i włączanie elementów edukacyjnych podczas wizyt budowały zaufanie pacjentów i sprzyjały powrotom do tych samych placówek już w ramach NFZ.

RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna. Doświadczony zespół „prowadził” pacjenta przez formalności i terminy, co ograniczało rezygnacje mimo przerw zdrowotnych typowych dla leczenia onkologicznego.

RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD. Stałe zespoły terapeutyczne i spójna metodyka pracy z dziećmi wzmacniały poczucie bezpieczeństwa opiekunów, co pomagało domykać dłuższe cykle wsparcia.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Doświadczenie beneficjentów/realizatorów pokazuje, że doświadczona kadra i jej stabilność oraz komunikatywność celów terapii, jak i empatia zespołu podnosi gwarancję osiągnięcia wskaźników i trwałości rezultatów.

Elastyczność organizacyjna i dostępność

Dopasowanie organizacji do życia uczestników – godziny popołudniowe i sobotnie, tryb dojazdowy zamiast stacjonarnego, decentralizacja do poziomu powiatów oraz praktyczne ułatwienia (transport, zwroty kosztów, opieka nad osobą zależną) – zwiększało zgłaszalność i wytrwałość w programach.

RPZ 1. Zdrowa aorta. Mobilne zespoły badające w szpitalach powiatowych i we własnej siedzibie skracaly czas oczekiwania i zmniejszały liczbę rezygnacji wśród zapisanych.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Wydłużone godziny przyjęć (także wieczory i soboty) i elastyczne grafiki ułatwiały udział osobom aktywnym zawodowo. Nacisk na terapię indywidualną zmniejszał obawy i podnosił frekwencję.

Dobra praktyka studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Współpraca z 24 samorządami i mobilny punkt badań pozwalały „zbadać od ręki” podczas wydarzeń lokalnych – bliżej domu pacjenta.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna. Przejście z pobytu stacjonarnego na tryb dojazdowy zwiększyło dostępność i akceptowalność świadczeń, przyspieszając realizację celów.

Ułatwienia dostępowe. Zwrot kosztów dojazdu (m.in. **RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy** i **RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca**), transport specjalny oraz opieka nad osobą niesamodzielną (częściej w **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD** i **RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca**) zdejmowały realne bariery logistyczne.

Wnioskiem z doświadczenia beneficjentów/realizatorów może być sformułowanie, że im krótsza droga do świadczenia i im więcej zniesionych barier dnia codziennego, tym wyższa skuteczność rekrutacyjna i mniejsza liczba rezygnacji.

W badaniu ilościowym uczestnicy najczęściej oceniali korzystanie ze świadczeń jako bezproblemowe: odpowiedzi, że wszystko przebiegło bez trudności wskazało 88,8% badanych, problemy zgłosiło 4,3%, a 6,9% nie potrafiło tego ocenić. Trudności częściej pojawiały się w RPZ 4. Odważ się na zdrowie – 13,7%, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD – 6,9% oraz RPZ 7. Rehabilitacja medyczna – 3,8%. Struktura zgłaszanych barier pokazana na wykresie wskazuje, że na pierwszym miejscu były ograniczenia związane z pandemią COVID-19, dalej problemy z dojazdem lub lokalizacją świadczeń oraz kłopoty z kontaktem z organizatorami i zbyt mała liczba dostępnych wizyt czy spotkań. Uczestnicy wymieniali także własne problemy zdrowotne utrudniające udział, brak jasnych informacji o zakresie i terminach oraz odwołania lub przesunięcia wizyt, a rzadziej długie czasy oczekiwania i brak możliwości zmiany terminu. Warto w tym miejscu odesłać do rozdziału o czynnikach zewnętrznych, gdzie szczegółowo pokazano, że pandemia była najczęściej wskazywaną przeszkodą i wprost przekładała się na dostępność, organizację i tempo realizacji działań.

Wykres 23 Problemy lub trudności występujące podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych w projekcie



Źródło: badanie ilościowe wśród uczestników RPZ, n= 178

Wśród osób, które zadeklarowały wystąpienie trudności (178), 33,1% wskazało inne, niewymienione wcześniej powody. Choć były to pojedyncze odpowiedzi w ramach ograniczonej puli respondentów, tworzą one rozproszony, ale pouczający obraz drobnych barier, które potrafią zaważyć na doświadczeniu pacjenta. Z wypowiedzi uczestników wyłania się kilka powtarzalnych wątków:

- **Organizacja i komunikacja.** Brak jasnej informacji o miejscu i godzinie świadczeń, brak informacji zwrotnej o wynikach badań i wnioskach na przyszłość, trudność w kontakcie z organizatorami, nagłe zmiany zasad (np. zdalne → stacjonarne), konieczność dostarczania dodatkowych zaświadczeń, przerwanie kontynuacji z powodu wyczerpania środków, zmiana przychodni lub odległa lokalizacja kolejnej dawki.
- **Dostępność i logistyka.** Problemy z dojazdem i parkowaniem, nie działająca winda, długie przerwy między zabiegami, sale bez ogrzewania, brak opieki dla osoby wymagającej pomocy między zajęciami, brak tłumacza polskiego języka migowego dla osób niesłyszących.
- **Warunki lokalowe i sprzętowe.** Hałas, ciasne przebieralnie, gorsze oświetlenie, zepsuty sprzęt, braki materiałowe (np. krople do rozszerzenia źrenic, konkretna szczepionka „od ręki”).
- **Jakość i ciągłość opieki.** Odczuwana nieuprzejmość lub lekceważenie, rotacja specjalistów bez jednej osoby prowadzącej, brak kontaktu w celu omówienia wyników, lakoniczne zalecenia,

incydenty medyczne jak nieumiejętne pobranie krwi, nadmierna intensywność ćwiczeń, błąd rehabilitacyjny z przejściowym pogorszeniem.

- **Forma realizacji.** Likwidacja zajęć online albo przymus przejścia na tryb stacjonarny – dla części osób to jedyna realna forma udziału, zajęcia zdalne ograniczały też dostęp do basenu czy części ćwiczeń.
- **Czynniki zdrowotne i rodzinne.** Własny stan zdrowia, przebycie COVID-19, omdlenie w trakcie badania, konieczność opieki nad dzieckiem czy rezygnacja z turnusu z powodów rodzinnych.
- **Poczucie bezpieczeństwa i komfortu.** Pojedyncze sygnały o krwinkach po zabiegu, spadku odporności, a nawet zdarzeniach losowych niezwiązanych ze świadczeniem, które jednak budowały negatywny odbiór wizyty.

Choć to głosy jednostkowe, to wskazują precyzyjnie, gdzie drobne usprawnienia mogą przynieść duży efekt: stały opiekun pacjenta i jedno miejsce kontaktu, czytelna informacja „krok po kroku”, stabilność trybu zajęć z możliwością wyboru online/stacjonarnie, zapewnienie dostępności (tłumacza języka migowego, opieka dla osoby zależnej), minimalizacja rotacji personelu, dbałość o infrastrukturę i zapasy materiałów, a także mechanizm szybkiej informacji zwrotnej po badaniach z jasnymi zaleceniami. Takie korekty domykają obraz barier opisanych wcześniej i wzmacniają pozytywne doświadczenie uczestników.

Rekrutacja i promocja

Najsukcesowniej okazały się kanały oparte na zaufaniu i bezpośrednim dotarciu do odbiorców – poprzez lekarzy POZ i specjalistów, samorządy, szkoły oraz rekomendacje uczestników. Media społecznościowe działały dobrze wśród osób aktywnych zawodowo, natomiast w grupie 50+ skuteczniejsze były spersonalizowane zaproszenia i komunikacja lokalna.

Doświadczenia z różnych RPZ potwierdzają, że współpraca z instytucjami pierwszego kontaktu oraz lokalnymi partnerami szybciej przekłada się na realny udział w programach niż szerokie, anonimowe kampanie promocyjne.

Biurokracja i obsługa administracyjna

Rozbudowane formularze, powielanie danych, nieczytelne podpisy i papierowy obieg dokumentów obniżały skuteczność naboru i niosły ryzyko korekt finansowych. Cyfryzacja zapisów, wsparcie „ramię w ramię” przy wypełnianiu dokumentów oraz porządkowanie wymogów formalnych istotnie zmniejszały liczbę błędów.

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP. Wydłużone procedowanie wniosków o płatność okresowo obciążało płynność – wymagało to lepszego planowania przepływów finansowych i etapowania zadań.

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna. Nadmiar „papierologii” i błędy proceduralne generowały ryzyko korekt. Przeciwdziałano temu przez większą kontrolę wewnętrzną i wsparcie uczestników przy wypełnianiu dokumentów rekrutacyjnych.

RPZ 8. Szczepienia na grype MOF Poznań. Problemy z dokumentacją partnerów oraz opóźnienia aneksów wymagały uporządkowania obiegu dokumentów i zmiany partnera, aby przywrócić płynność realizacji.

RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu. Duża liczba formularzy i oświadczeń zwiększała prawdopodobieństwo braków formalnych. Szkoły i gminy wzięły na siebie część zadań informacyjnych, a realizator pomagał rodzicom w kompletowaniu zgód.

Wyciągnąć można wniosek, że uproszczenie i cyfryzacja formalności to szybki zysk organizacyjny: mniej rezygnacji, mniej błędów, sprawniejsze rozliczenia.

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z ZAŁOŻENIAMI RPZ (TRAFNOŚĆ)

Na rezultaty programów równie silnie wpływała **trafność ich założeń** – czyli to, na ile projekt był dobrze „skrojony” do realnych potrzeb i możliwości uczestników oraz systemu. Chodzi zwłaszcza o kryteria naboru, cele i samą konstrukcję interwencji.

Kryteria kwalifikacyjne

Zbyt wąskie progi i krótkie „okna” kwalifikacji ograniczały nabór, mimo wysokich potrzeb zdrowotnych.

RPZ 4. Odważ się na zdrowie – doprecyzowanie kryteriów (m.in. korekta progów BMI) poprawiło dopasowanie do grupy docelowej i urealniło ścieżkę kwalifikacji.

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna i RPZ 7. Rehabilitacja medyczna – restrykcje wiekowo-zawodowe utrudniały objęcie wsparciem osób, które nie planują powrotu do pracy, ale potrzebują usprawnienia funkcjonowania na co dzień. Efektem niższy napływ nowych uczestników wobec potencjału populacyjnego.

Z doświadczenia beneficjentów/realizatorów można wysnuć wniosek, że im lepiej kryteria odzwierciedlają prawdziwy profil pacjentów, tym wyższa skuteczność naboru i mniej rezygnacji na etapie wejścia.

Skala i mierniki

Cele wejścia byłyby przeszacowane względem realiów (pandemia, niska gotowość do profilaktyki), co zwiększało ryzyko niewykonania planu.

RPZ 1. Zdrowa aorta – przykład przeciwny: po dostosowaniu parametrów i kalendarza badań projekt przekroczył plan liczby świadczeń, pokazując, że elastyczne zarządzanie wskaźnikami może „odblokować” realizację.

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu – ambitne wskaźniki wejścia okazały się trudne do osiągnięcia. Po korektach i wydłużeniu harmonogramów wskaźniki udało się obniżyć bez utraty jakości.

Realistyczna skala oraz mierniki o znaczeniu klinicznym (nie tylko „liczba wejść”) ułatwiają zarządzanie ryzykiem i wiarygodnie pokazują wpływ.

Adekwatność interwencji

Najtrwalsze efekty osiągały projekty, które uzupełniały lukę systemową i miały zaplanowaną kontynuację działań po zakończeniu finansowania. Trafność interwencji wzrastała, gdy już na etapie projektu przewidziano trwałość organizacyjną i finansową wsparcia.

Trafność programów RPZ decyduje o tym, czy nawet najlepiej zorganizowany zespół będzie w stanie osiągnąć cele. Dobrze dobrane **kryteria, realistyczne mierniki** oraz **interwencje zakotwiczone w systemie** przekładają się na wyższą zgłaszalność, lepszą realizację wskaźników i trwalsze efekty zdrowotne. Natomiast zawężone kryteria, przeszacowane skale i działania o niskiej akceptacji

społecznej potęgują ryzyko niewykonania planu – niezależnie od jakości pracy beneficjentów/realizatorów.

DZIAŁANIA ZWIĘKSZAJĄCE SKUTECZNOŚĆ, EFEKTYWNOŚĆ I TRAFNOŚĆ RPZ

Po dokonaniu analizy danych oraz przeprowadzeniu badań jakościowych i ilościowych możemy zaproponować działania, które w przyszłych tego typu RPZ zwiększą skuteczność, efektywność i trafność interwencji. Dla przejrzystości i łatwiejszego wdrożenia porządkujemy je w cztery kategorie.

I. Trafność i ukierunkowanie

Programy powinny wynikać z rzetelnej diagnozy i konsultacji eksperckich, z właściwie zdefiniowaną grupą docelową oraz zakresem usług. Dobre dopasowanie zmniejsza ryzyko działań pozornych, podnosi gotowość do udziału i kieruje zasoby tam, gdzie przynoszą największy efekt zdrowotny.

Przykłady rozwiązań:

- Oparcie projektu na mapach potrzeb zdrowotnych i opinii konsultantów (np. w profilaktyce onkologicznej – dopasowanie grupy docelowej i ścieżki postępowania jak w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP)
- Korekta kryteriów kwalifikacji tak, by obejmowały realne grupy potrzebujące (np. postulowane wydłużenie „okna” po udarze w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna. Doprecyzowanie progów BMI w RPZ 4. Odważ się na zdrowie)
- Kierowanie interwencji w miejsca luki systemowej, co sprzyja trwałości (np. poradnia kardiologii onkologicznej utworzona w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca. Długofalowa opieka w RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy)
- Unikanie dublowania ofert krajowych/ miejskich. Definiowanie unikatowej wartości programu (np. lokalne komponenty diagnostyczne lub rehabilitacyjne, których nie zapewniają programy centralne finansowane z NFZ)

B. Efektywność i prostota

Cyfryzacja rekrutacji i dokumentów, ograniczenie biurokracji oraz adekwatne wyceny pracy stabilizują kadrę i skracają ścieżkę pacjenta. Prosty, jednokanałowy obieg informacji i mierniki efektu zdrowotnego ułatwiają zarządzanie i szybkie korygowanie działań.

Przykłady rozwiązań:

- E-formularze z walidacją pól, podpisy elektroniczne i zasada „jednego okienka” przy naborze (redukcja błędów i rezygnacji)
- Urealnienie stawek i wyceny świadczeń, by utrzymać specjalistów (ograniczenie rotacji kadr)
- Utrzymanie mierników efektywności jasno zdefiniowanych obok wskaźników ilościowych (np. skale sprawności, bólu, mowy – praktyka postulowana w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna)
- Zatrudnianie operatora z gwarancją obsady lekarskiej/fachowej tam, gdzie rynek jest „wąskim gardłem” (np. rozwiązanie zastosowane w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO)
- Uporządkowany obieg dokumentów między partnerami i szybkie procedowanie zmian (wnioski, aneksy), co skraca przestoje

C. Skuteczność i dostęp

Elastyczne godziny, decentralizacja do poziomu powiatów, mobilne punkty oraz wsparcia dostępne (transport, zwrot kosztów dojazdu, opieka nad osobą niesamodzielną) usuwają realne bariery uczestnictwa. To bezpośrednio przekłada się na wyższą frekwencję i pełniejsze domykanie ścieżek opieki.

Przykłady rozwiązań:

- Godziny popołudniowe i sobotnie oraz szerokie okna rejestracji telefonicznej (sprawdzone w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna)
- Mobilne zespoły i współpraca z samorządami – dotarcie „bliżej domu” (model RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO, współpraca z 24 gminami)
- Ułatwienia dostępne: transport specjalny, zwrot kosztów dojazdu, opieka nad osobą zależną (stosowane w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD i RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca)
- Podnoszenie akceptowalności procedur (np. kolonoskopie w sedacji i jasny plan dalszych kroków w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP)
- Koordynacja z POZ i specjalistami oraz stała informacja zwrotna dla uczestników (zapraszanie przez lekarzy, przypomnienia terminów)

D. Odporność na kryzysy

Gotowe scenariusze alternatywne (tryb zdalny, rezerwowe lokalizacje, szybkie aneksowanie, finansowanie pomostowe) zapewniają ciągłość świadczeń w sytuacjach nadzwyczajnych. Dzięki temu projekty utrzymują tempo realizacji i zaufanie uczestników mimo czynników zewnętrznych.

Przykłady rozwiązań:

- Szybkie przełączenie na formy zdalne lub hybrydowe oraz zajęcia na zewnątrz (praktyki z RPZ 4. Odważ się na zdrowie i RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca)
- Zmiana modelu organizacji świadczeń na bardziej odporny (np. w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna przejście z pobytu stacjonarnego na system dojazdowy)
- Rezerwowe lokalizacje, etapowanie zakupów i bufor kadrowy na wypadek absencji
- Mechanizmy aneksowania i finansowanie pomostowe między edycjami, aby minimalizować przerwy (rozwiązania stosowane w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD)

Podsumowując analizę można wysnuć wniosek, że trafnie zaprojektowany program, obsługiwany prostymi procedurami, realnie dostępny dla uczestnika i przygotowany na sytuacje nadzwyczajne, ma istotnie większą szansę osiągnąć cele zdrowotne, efekty organizacyjne i trwałość wyników. Takie projekty pozostawiają trwalszy ślad w systemie ochrony zdrowia.

6 OCENA WPŁYWU RPZ NA OSIĄGANIE CELÓW STRATEGII EUROPA 2020

Zgodnie z zapisami WRPO 2014+¹⁵ interwencje w postaci RPZ sprzyjać miały realizacji celu 5. **Strategii Europa 2020 dotyczącego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu** – budowaniu gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną.

Charakteryzując w WRPO 2014+ sytuację wyjściową w obszarze „**zatrudnienie i rynek pracy**” wskazano m.in. na:

- wzrost liczby osób hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych, układu krążenia, układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej
- główne przyczyny absencji chorobowej, którymi były choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby układu krążenia.

Mając to na uwadze przyjęto, że jednym z kluczowych wyzwań dla regionu będzie poprawa dostępności do profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zdrowotnej w celu wydłużenia aktywności zawodowej mieszkańców. Wyzwanie to miało być uwzględnione właśnie poprzez realizowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia zasobów pracy - w ramach **PI 8vi. To w ramach tego PI realizowano 31 projektów z RPZ (w tym 11 UoD zostało rozwiązanych, a zrealizowano w całości 20 projektów)**. Poza PI 8vi, w obszarze zatrudnienia i rynku pracy założono także realizację innych przedsięwzięć wpisujących się w cel 5 Strategii Europa 2020. Zaliczono do nich:

- Poprawę dostępu do zatrudnienia osób bezrobotnych, biernych zawodowo i poszukujących pracy oraz poprawa sytuacji zawodowej innych grup, które znajdują się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy – w ramach PI 8i, PI 8iii
- Wzrost przedsiębiorczości i samozatrudnienia – w ramach PI 8iii.
- Tworzenie warunków ułatwiających łączenie funkcji zawodowych z opiekuńczymi – w ramach PI 8iv i 8v.
- Podnoszenie kompetencji oraz kwalifikacji przedsiębiorców i ich pracowników - w ramach PI 8v.

Autorzy WRPO 2014+ diagnozując z kolei obszar „**sytuacja społeczna i zdrowotna mieszkańców Wielkopolski**” wskazali m.in. na niewystarczającą i zróżnicowaną dostępność do infrastruktury ochrony zdrowia (m.in. onkologii, kardiologii, pediatrii, chorób psychicznych). W związku z tym przyjęto, że wyzwaniem w tym obszarze będzie przeciwdziałanie przyczynom prowadzącym do niesprawności i wykluczenia ze względu na stan zdrowia oraz poprawa jakości i dostępu do usług zdrowotnych i społecznych. Wyzwania te miały być uwzględnione poprzez przedsięwzięcia mające na celu zwiększenie dostępu do usług publicznych (**PI 9iv**). **W ramach tego PI zrealizowano 4 projekty z RPZ**. Ponadto, w tym PI zrealizowano też inne projekty, które poprawiały dostęp do usług społecznych oraz dostęp do usług zdrowotnych (np. Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży; Dzielne Domy Opieki Medycznej). Poza PI 9 iv, w obszarze dot. sytuacji społecznej i

¹⁵ Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020 (WRPO 2014+), wersja 14.0

zdrowotnej mieszkańców Wielkopolski założono także realizację innych przedsięwzięć wpisujących się w cel 5 Strategii Europa 2020. Zaliczono do nich:

- Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną – w ramach PI 9a.
- Rewitalizację fizyczną, gospodarczą i społeczną ubogich społeczności i obszarów miejskich i wiejskich – w ramach PI 9b.
- Wspieranie przedsiębiorstw i gospodarki społecznej - w ramach PI 3c i 9v.
- Zwiększenie aktywności społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub wykluczonych – w ramach PI 9i.

Cel 5 Strategii Europa 2020 był także realizowany przez przedsięwzięcia z obszaru „**edukacji i uczenia się przez całe życie**”. Z tego względu przyjęto następujące typy interwencji:

- Poprawa dostępu i jakości edukacji przedszkolnej i szkolnej – w ramach PI 10i.
- Dopasowanie systemów kształcenia i szkolenia do potrzeb rynku pracy – w ramach PI 10iii.
- Poprawa jakości szkolnictwa zawodowego – w ramach PI 10iv.
- Inwestycje w infrastrukturę edukacyjną i szkoleniową - w ramach PI 10a.

By ocenić znaczenie RPZ dla realizacji celu 5 Strategii zwrócono, w pierwszej kolejności, uwagę na skalę udzielonego wsparcia na projekty RPZ w odniesieniu do całej interwencji WRPO 2014+ realizującej ten właśnie cel (czyli PI wymienione wyżej)¹⁶ oraz do PI z tych samych obszarów co realizowane projekty RPZ. Jak widać w tabeli poniżej, **projekty RPZ (bez rozwiązanych umów) stanowiły 0,8% wszystkich projektów zapewniających realizację celu 5. Strategii Europa 2020, ich wartość ogółem stanowiła nieco ponad 5%, a pod względem wartości dofinansowania UE udział ten wynosił 6,6%**. Udział tych projektów jest nieco wyższy jeśli pod uwagę weźmiemy tylko PI z obszarów "zatrudnienie i rynek pracy", "sytuacja społeczna i zdrowotna ".

¹⁶ Pod uwagę nie brano UoD, które zostały rozwiązane.

Tabela 18 Liczba, wartość i udział projektów RPZ w ramach WRPO 2014+ (w tym wszystkich projektów realizujących cel 5. Strategii oraz projektów z PI 8i, 8iii, 8iv, 8v, 9a, 9b, 3c, 9v, 9i)

Projekty w ramach RPZ (PI 8vi i PI 9 iv)			Wszystkie projekty WRPO 2014+ realizujące cel 5. Strategii			Projekty z obszarów "zatrudnienie i rynek pracy", "sytuacja społeczna i zdrowotna "		
Liczba	Wartość ogółem	Wartość dofinansowania UE	Liczba	Wartość ogółem	Wartość dofinansowania UE	Liczba	Wartość ogółem	Wartość dofinansowania UE
24	436 043 015,08 zł	370 636 562,45 zł	2 829	8 574 740 810,00 zł	5 656 097 982,00 zł	1 893	7 005 937 642,00 zł	4 522 544 524,00 zł
% udział projektów RPZ			0,8%	5,1%	6,6%	1,3%	6,2%	8,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014 (stan na 31.03.2025r.)

O wpływie projektów RPZ na realizowanie celu 5. Strategii świadczą także uzyskane efekty tych projektów. W tym miejscu warto odwołać się do założeń samej Strategii. W dokumencie przyjęto bowiem m.in., że „dużego wysiłku wymagać będzie walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz zmniejszenie nierówności w obszarze zdrowia, tak aby rozwój przyniósł korzyści wszystkim. Ważne będzie także wspieranie zdrowia i aktywności osób starszych, aby umożliwić osiągnięcie spójności społecznej oraz wyższej wydajności.”. Zapisy te bezpośrednio odwołują się zatem do dwóch zakładanych efektów Strategii Europa 2020 na poziomie całej UE, tj.: osiągnięcia 75% poziomu zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat¹⁷, zmniejszenie ubóstwa poprzez wydźwignięcie co najmniej 20 mln osób z ubóstwa lub wykluczenia społecznego¹⁸.

W tabeli poniżej przedstawiono informacje nt. powiązania wybranych celowo wskaźników produktu i rezultatu (kluczowych i specyficznych dla programu) z dwoma głównymi efektami celu 5. Strategii.

Tabela 19 Powiązanie wskaźników projektów zrealizowanych w ramach RPZ WRPO 2014+ z głównymi efektami celu 5. Strategii Europa 2020

Wskaźniki	Powiązanie ze wzrostem poziomu zatrudnienia	Powiązanie ze zmniejszeniem zjawiska ubóstwa
Produktu		
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	X	X
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	X	X
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie		X
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	X	
Rezultatu		
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	X	X
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	X	X
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu		X
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu		X

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014.

Jak widać **efekty RPZ (wyrażone wskaźnikami) w niemal równym stopniu przekładają się na osiągnięcie obu efektów celu 5. Strategii.**

¹⁷ W przypadku Polski założono zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20-64 lata do co najmniej 71%.

¹⁸ W przypadku Polski założono zmniejszenie o 1,5 mln liczby osób żyjących poniżej relatywnej granicy ubóstwa.

Wsparciem w ramach tych projektów RPZ objęto 84 912 osób. W tej grupie 62 922 (74,1%) to osoby po 50 r.ż. Ważnym rezultatem projektów było zarówno zgłaszanie się uczestników na badania profilaktyczne, jak też podjęcie pracy lub kontynuowanie zatrudnienia po opuszczeniu projektów. Wszystkie te efekty wpływają zarówno na wzrost poziomu zatrudnienia, jak i ograniczanie zjawiska ubóstwa w regionie.

Wśród uczestników projektów 11 390 (13,4%) to osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, co przekłada się na ograniczanie zjawiska wykluczenia / ubóstwa. Bezpośrednimi efektami projektów jest też utrzymanie, po zakończeniu projektów, 8 miejsc świadczenia usług społecznych i 2 miejsc świadczenia usług zdrowotnych – miejsca takie służą zatem do zachowania trwałości efektów, a przede wszystkim zwiększania ich znaczenia w przeciwdziałaniu negatywnym zjawiskom związanym z ubóstwem i wykluczeniem.

Istotnym efektem z punktu widzenia poprawy poziomu zatrudnienia jest z pewnością fakt wdrożenia 16 programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców.

Powyższe dane wskaźnikowe znajdują także potwierdzenie we wnioskach z przeprowadzonej analizy zakresu projektów zrealizowanych w ramach RPZ. **Wsparcie kierowano głównie do osób w wieku produkcyjnym, zagrożonych opuszczeniem rynku pracy ze względu na stan zdrowia.** Poprawa kondycji zdrowotnej tych osób przekładała się bezpośrednio na ich aktywność zawodową oraz jakość i wydajność pracy, co w skali makro oznaczać powinno wyższy poziom zatrudnienia w regionie. Dzięki interwencjom prozdrowotnym wiele osób mogło dłużej pozostać w pracy lub powrócić do niej po chorobie, zamiast przechodzić na rentę czy bezrobocie. W praktyce oznaczało to, że np. rehabilitacja medyczna po chorobach przywracała sprawność fizyczną i psychiczną pacjentów, co umożliwiało im dalsze pełnienie ról zawodowych i społecznych zamiast przedwczesnej dezaktywacji. Przykładowo, w projekcie „Rehabilitacja pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata, z terenu Wielkopolski, realizowana przez OPEN S.A. w latach 2021-2023” (**RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna**) wprost sformułowano cel główny: „wzrost szans na rynku pracy osób w wieku 18–64 lat z Wielkopolski zagrożonych dezaktywacją zawodową z powodu choroby nowotworowej”. Osiągnięcie tego celu oparto na działaniach rehabilitacyjnych, które poprawiały kondycję fizyczną, stan odżywienia oraz zdrowie psychiczne pacjentów onkologicznych – zakładano m.in. wymierną poprawę jakości życia (HRQL) i stanu odżywienia. Lepsza kondycja psychofizyczna przekładać się miała na zdolność pacjentów do powrotu do pracy albo utrzymania zatrudnienia w trakcie i po leczeniu onkologicznym. Z kolei w projektach dotyczących rehabilitacji neurologicznej osób po udarach (**RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna**) celem było odzyskanie przez chorych samodzielności w życiu codziennym i aktywności społeczno-zawodowej. Intensywna rehabilitacja funkcjonalna zmniejszała stopień niepełnosprawności poudarowej, co oznaczało, że pacjenci krócej podlegali wyłączeniu z rynku pracy, a szybsza i skuteczniejsza terapia neurologiczna przyspieszała ich powrót do pracy. Projekty profilaktyczne i diagnostyczne z kolei działały prewencyjnie – ich mechanizm polegał na wczesnym wykrywaniu chorób lub czynników ryzyka, zanim doprowadzą one do poważnych powikłań uniemożliwiających pracę. Przykładowo, w projekcie dotyczącym profilaktyki retinopatii cukrzycowej w województwie wielkopolskim (**RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa**), wsparciem objęto dorosłych chorych na cukrzycę w wieku aktywności zawodowej. Celem głównym tego projektu był wzrost szans na rynku pracy osób zagrożonych dezaktywacją z powodu stanu zdrowia. W projekcie założono, że regularne badania dna oka u diabetyków pozwalają wykryć retinopatię we wczesnym, bezobjawowym stadium, gdy leczenie może zapobiec nieodwracalnej utracie wzroku. Utrzymanie wzroku oznacza, że osoby te nie stracą

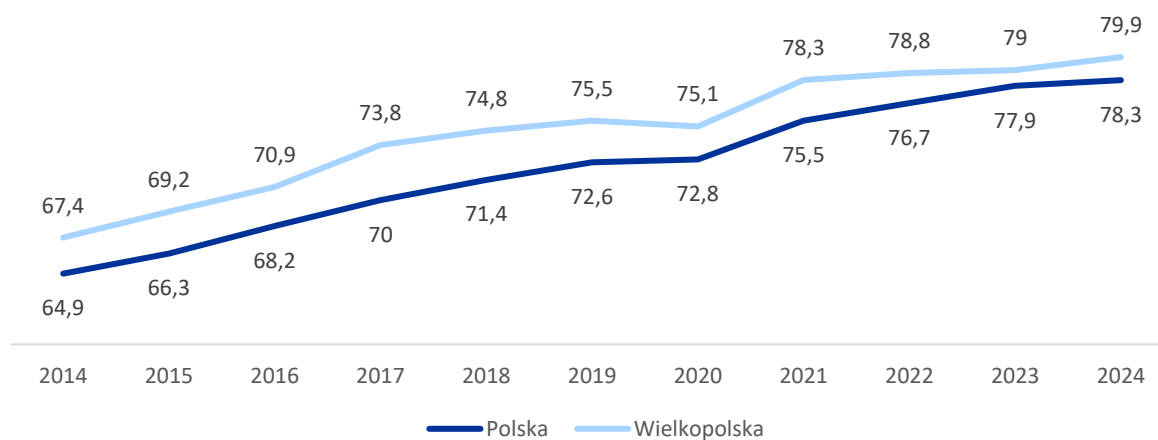
zdolności do pracy i pozostaną samodzielne, niewymagające opieki socjalnej. Z kolei w projekcie „Nadwaga i otyłość - choroby cywilizacyjne, które możesz pokonać” (RPZ 4. **Odważ się na zdrowie**) stosowano interwencje wieloskładnikowe (badania przesiewowe, edukacja zdrowotna, dietoterapia, trening fizyczny i wsparcie psychologiczne) w grupie osób z nadwagą, aby zredukować masę ciała i zmienić styl życia uczestników. Redukcja nadwagi u uczestników ograniczała ryzyko rozwoju cukrzycy, chorób serca czy zwyrodnień stawów – schorzeń, które często skutkują niezdolnością do pracy.

Programy zdrowotne wpływały też na ograniczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego, ponieważ zapobieganie pogorszeniu stanu zdrowia chroniło uczestników przed popadaniem w niepełnosprawność, utratę pracy i zależność od świadczeń pomocy społecznej. Dodatkowo część interwencji była kierowana wprost do grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Przykładowo w projekcie „Przeprowadzenie badania przesiewowego słuchu u młodzieży klas szóstych szkoły podstawowej – Hej słyszysz???” (RPZ 14. **Badania przesiewowe słuchu**) założono udział młodzieży zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (szóstoklasistów z całego regionu). Zapewnienie tym osobom bezpłatnego dostępu do usług zdrowotnych i profilaktyki zmniejszało miało nierówności w zdrowiu, które często korelują z niższym statusem społeczno-ekonomicznym. W ten sposób RPZ przyczyniały się do wyrównywania szans – dzieci z uboższych środowisk otrzymały specjalistyczne badania i diagnozę słuchu. To przekładało się na mniejsze ryzyko popadnięcia w przyszłości tych osób w ubóstwo lub społeczną marginalizację z powodu nieleczonych problemów zdrowotnych.

Przytoczone wyżej informacje pozwalają stwierdzić, że **efekty projektów RPZ mają także swój wkład w zachodzące zmiany w skali całego regionu i kraju**, o czym świadczą mogą zmiany wartości wskaźników statystyki publicznej powiązanych bezpośrednio lub pośrednio ze wskaźnikami Strategii Europa 2020:

- **wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64** w roku 2014 wynosił 67,4% (dla Polski 64,9%), a w roku 2024 już 79,9% (Polska: 78,3%). W przypadku województwa wielkopolskiego w latach 2014-2024 nastąpił zatem wzrost wskaźnika zatrudnienia o 12,5 p.p. (a w Polsce o 13,4 p.p.).

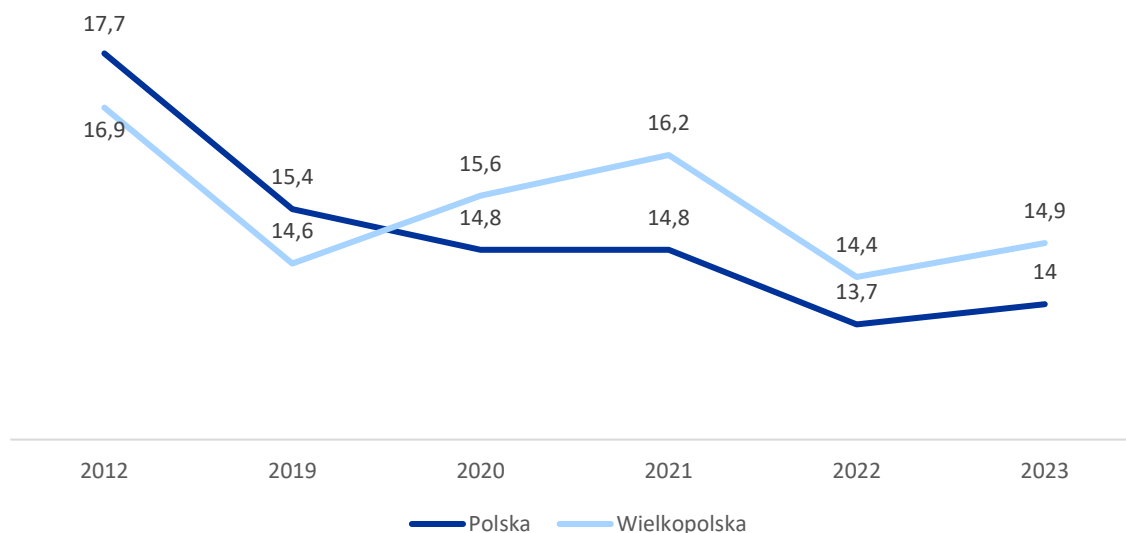
Wykres 24 Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64 w Polsce i Wielkopolsce w latach 2014-2024 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych STRATEG.

- **Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po transferach społecznych** – w roku 2012¹⁹ wynosił 16,9% dla Wielkopolski (Polska: 17,7%), w roku 2019 wynosił 14,6% (Polska: 15,4%), a w roku 2023 14,9% (Polska: 14%). Oznacza to, że od 2012 do 2023 roku wartość wskaźnika spadła o 2 p.p. w przypadku Wielkopolski (w Polsce wartość spadła o 3,7 p.p.).

Wykres 25 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po transferach społecznych w Polsce i Wielkopolsce w roku 2012 i latach 2019-2023 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych STRATEG.

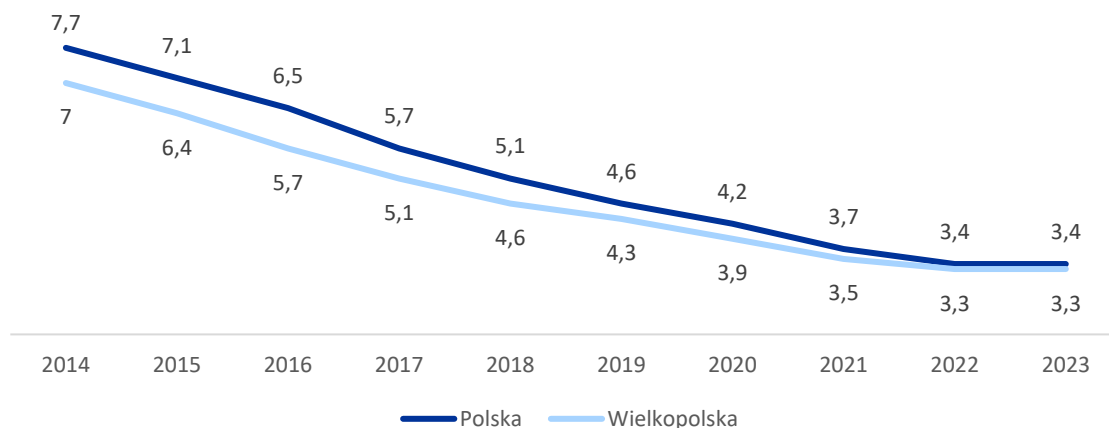
- **Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**²⁰ – wskaźnik monitorowany tylko dla Polski, ale bardzo dobrze pokazuje ogólną tendencję w skali kraju w zakresie minimalizowania zjawiska ubóstwa lub wykluczenia społecznego. Wartość wskaźnika w 2014r. wynosiła aż 24,7% i do 2024r. spadła o 8,7 p.p. (tj. do poziomu 16%).²¹
- O pozytywnych zmianach w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego świadczyć może także **Udział beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w liczbie ludności ogółem**. Wartość tego wskaźnika w latach 2014-2023 zmalała w Wielkopolsce o 3,7 p.p., w całej Polsce zaś o 4,3 p.p.

¹⁹ Od 2012 do 2018 r. wartości wskaźnika zagrożenia ubóstwem w podziale na województwa nie były prezentowane ze względu na zmniejszającą się próbę (w kolejnych latach miała miejsce rezygnacja części gospodarstw domowych z udziału w badaniu) i w związku z tym – znaczny błąd standardowy.

²⁰ Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym definiowany jest jako odsetek osób zagrożonych ubóstwem relatywnym lub pogłębioną depryzacją materialną i społeczną, lub żyjących w gospodarstwach domowych o bardzo niskiej intensywności pracy. We wskaźniku tym osoby uwzględniane są tylko raz, nawet jeśli znajdują się w więcej niż jednej z tych trzech wymienionych sytuacji.

²¹ Źródło: dane EUROSTAT.

Wykres 26 Udział beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w liczbie ludności ogółem w Polsce i Wielkopolsce w latach 2014-2023 (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych STRATEG.

7 OCENA REALIZACJI RPZ W KONTEKŚCIE PROWADZONEJ PRZEZ SWW POLITYKI ZDROWOTNEJ

Dokument **Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020** powołuje się na Strategię Rozwoju Województwa Wielkopolskiego (zaktualizowaną Strategię rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020; SRWW 2020)²² i uznaje ją za jeden z głównych dokumentów stanowiących podstawę dla określenia własnej strategii i celów.

W Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego 2020 kwestie zdrowia mieszkańców zostały ujęte między innymi w dwóch Celach Operacyjnych: **8.3 Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej** oraz **8.4 Promocja zdrowego stylu życia**. W ramach tych celów określono kierunki działań. Do wybranych kierunków można przypisać realizowane w ramach WRPO 2014+ Regionalne Programy Zdrowotne.

W obszarze **Celu Operacyjnego 8.3 Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej** wskazano kierunki działań:

- **Rozwijanie profilaktyki zdrowotnej w zakresie głównych problemów zdrowotnych i chorób cywilizacyjnych** – w ten kierunek wpisują się: RPZ 1. Zdrowa aorta, RPZ 3. Prewencja niewydolności serca, RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa, RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu.
- **Rozwój zintegrowanego systemu wczesnej diagnozy i rehabilitacji oraz wspieranie powszechnego dostępu do rehabilitacji w środowisku lokalnym** – w ten kierunek wpisują się: RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna, RPZ 7. Rehabilitacja medyczna, RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna, RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy, RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca, RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.

²² [Zaktualizowana Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020; SRWW 2020](#)

- **Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych** – w ten kierunek wpisują się: RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP, RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO.
- **Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom** – w ten kierunek wpisują się: RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań, RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO, RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc.

W obszarze **Celu Operacyjnego 8.4 Promocja zdrowego stylu życia**:

- **Wzmacnianie zachowań prozdrowotnych, szczególnie w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia** – w ten kierunek wpisuje się: RPZ 4. Odważ się na zdrowie, a także wszystkie pozostałe RPZ w komponentach dotyczących edukacji zdrowotnej.

Kluczowym dokumentem branym pod uwagę przez Departament Polityki Regionalnej UMWW był **Program profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego**. Dokument ten wskazuje założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia uwzględniając problemy zdrowotne najczęściej występujące w populacji mieszkańców Województwa Wielkopolskiego. W oparciu o ten dokument są finansowane programy profilaktyczne przeznaczone dla mieszkańców Wielkopolski. W Programie profilaktyki i promocji zdrowia wskazano główne problemy zdrowotne mieszkańców Wielkopolski, stanowiące priorytety dla polityki zdrowotnej regionu:

Schemat 9 Główne problemy zdrowotne mieszkańców Wielkopolski



Źródło: opracowanie własne

Choroby układu krążenia

W momencie opracowywania Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020, choroby układu krążenia pozostawały największym zagrożeniem dla zdrowia i życia mieszkańców Wielkopolski, będąc jedną z głównych przyczyn zgonów. W 2010 roku odpowiadały one za 42% wszystkich zgonów w regionie, co oznaczało 12 952 przypadki, przy czym częściej dotyczyły kobiet niż mężczyzn. Były one także najczęstszą przyczyną hospitalizacji – tylko w 2010 roku odnotowano ponad 103 tysiące takich przypadków. Wśród nowych zachorowań dominowały choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca (w tym zawały mięśnia sercowego) oraz choroby naczyń mózgowych. Skala problemu sprawia, że działania profilaktyczne koncentrują się na ograniczaniu liczby zgonów i zawałów oraz na poprawie jakości życia pacjentów, m.in. poprzez szybszy powrót do aktywności społecznej i zawodowej.

Na problemy zdrowotne związane z chorobami układu krążenia odpowiadał RPZ:

- **RPZ 1. Zdrowa aorta**, którego głównym elementem były badania przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej, realizowane za pomocą USG i badań obrazowych oraz uzupełniane konsultacją specjalistyczną.

Choroby nowotworowe

Nowotwory złośliwe stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonów i hospitalizacji w Wielkopolsce, będąc jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego regionu. W 2010 roku były przyczyną 8 383 zgonów, a śmiertelność wyniosła 243 osoby na 100 tysięcy mieszkańców, przy czym była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Najczęściej występującymi przyczynami zgonów nowotworowych były rak płuca, okrężnicy i gruczołu krokowego u mężczyzn oraz rak płuca, piersi i okrężnicy u kobiet. W tym samym roku odnotowano 13 581 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Niekorzystne wskaźniki przeżywalności wynikają m.in. z późnego rozpoznawania choroby, ograniczonego dostępu do leczenia specjalistycznego oraz różnic w jakości diagnostyki i terapii, co potwierdza konieczność rozwijania profilaktyki onkologicznej, szczególnie badań przesiewowych i edukacji zdrowotnej.

W tym obszarze, ze środków budżetu Województwa Wielkopolskiego podjęto realizację programów profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie i zapobieganie chorobom nowotworowym. Wśród nich znalazł się Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego, a także Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu moczowo-płciowego.

W odniesieniu do obszaru chorób nowotworowych RPZ były ukierunkowane dwojako:

- na wczesne wykrywanie i zapobieganie chorobom nowotworowym, na przykład:
 - **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** – program koncentrował się na badaniach przesiewowych raka jelita grubego oraz edukacji zdrowotnej, co pozwalało na wczesne wykrycie choroby i wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych.
 - **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** – działania obejmowały profilaktyczne badania skóry oraz edukację uczestników i personelu, co sprzyjało szybkiemu rozpoznaniu zmian nowotworowych i zwiększało świadomość społeczną w zakresie zapobiegania nowotworom skóry.
- na wspomaganie diagnostyki i rehabilitacji pacjentów onkologicznych, na przykład:
 - **RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna** – program wspierał osoby w trakcie i po leczeniu onkologicznym poprzez rehabilitację fizyczną, dietetyczną i psychologiczną, co ułatwiało powrót do zdrowia i codziennego funkcjonowania.
 - **RPZ 3. Prewencja niewydolności serca** – projekt zapewniał diagnostykę i profilaktykę kardiologiczną dla pacjentów onkologicznych, minimalizując ryzyko powikłań sercowych związanych z leczeniem przeciwnowotworowym.
 - **RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca** – program oferował kompleksowe wsparcie rehabilitacyjne, psychologiczne i dietetyczne dla dzieci z chorobami onkologicznymi oraz ich rodzin, co poprawiało jakość życia i wspierało proces leczenia.

Choroby układu oddechowego

Choroby układu oddechowego stanowiły, jak wskazano w Programie profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020, trzecią co do znaczenia grupę schorzeń wpływających na zdrowie mieszkańców Wielkopolski. W 2010 roku były one przyczyną 1 302 zgonów,

a wśród nich szczególne zagrożenie stanowi Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc, która na świecie zajmowała trzecie miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów, a w Polsce dotyczyła około 2 milionów osób. POChP wiąże się z dużym obciążeniem społecznym, przy czym problemem pozostaje ograniczona dostępność badań spirometrycznych oraz niska świadomość objawów choroby. Dodatkowo, nowotwory płuca są najczęstszą przyczyną śmierci nowotworowej u mężczyzn i drugą najczęstszą u starszych kobiet, co podkreśla znaczenie wczesnej diagnostyki i działań profilaktycznych w tym obszarze. Ze środków budżetu Województwa Wielkopolskiego finansowane były programy: Program profilaktyczny schorzeń układu oddechowego dla mieszkańców gmin województwa wielkopolskiego oraz Program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy.

Ze środków WRPO 2014+ w tym obszarze finansowany był:

- **RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc**, którego głównym celem było zmniejszenie ryzyka ciężkich infekcji u pacjentów onkologicznych poprzez szczepienia przeciwko pneumokokom i/lub grypie. Program obejmował również szkolenia dla personelu medycznego, a jego odbiorcami byli mieszkańcy województwa wielkopolskiego leczeni z powodu chorób nowotworowych, co stanowiło istotny element profilaktyki i ochrony zdrowia tej szczególnie narażonej grupy.

Choroby psychiczne

Zaburzenia psychiczne i związane z nimi uzależnienia, jak wskazano w Programie profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020, stają się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym, czego dowodem jest systematyczny wzrost liczby pacjentów korzystających z psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ostatnich 15 latach, zarówno w opiece całodobowej, jak i ambulatoryjnej. W latach 1997-2010 liczba osób objętych ambulatoryjną opieką psychiatryczną w Polsce niemal się podwoiła, osiągając w 2010 roku poziom około 1,4 mln pacjentów, z czego najczęstszym rozpoznaniem były zaburzenia nerwicowe. Problemy te wywierają istotny wpływ na zdrowie publiczne, ponieważ nie tylko obniżają jakość życia, ale także zwiększają ryzyko rozwoju chorób somatycznych lub współwystępują z nimi, co dodatkowo utrudnia proces leczenia i rehabilitacji.

Co prawda wśród RPZ nie przewidziano programu ściśle ukierunkowanego na profilaktykę chorób psychicznych, jednak kwestie dobrostanu i zdrowia psychicznego również były wspierane w ich ramach. Kilka programów miało charakter kompleksowy i obejmowało, obok działań medycznych i rehabilitacyjnych, także elementy wsparcia psychologicznego – w tym konsultacje z psychologiem czy psychoonkologiem, np.:

- RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna,
- RPZ 4. Odważ się na zdrowie,
- RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy,
- RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.

Warto podkreślić, iż działania ukierunkowane na rozwój opieki psychiatrycznej były realizowane w WRPO 2014+ w ramach innych projektów z Działania 7.2. Przeznaczono około 130 mln zł na powstanie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego. Dzięki temu wsparciu powstało 21 środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, tworzących sieć placówek świadczących środowiskową opiekę psychiatryczną, dostosowaną do lokalnych potrzeb. Ich celem było zapewnienie

kompleksowej pomocy osobom w kryzysie psychicznym, zarówno dorosłym, jak i dzieciom, w miejscu ich zamieszkania.

Choroby o znaczeniu społecznym

Choroby o znaczeniu społecznym, określane również mianem cywilizacyjnych, stanowią poważne wyzwanie zdrowotne w regionie, ponieważ są silnie powiązane ze stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców. Do najważniejszych z nich zaliczono w Programie profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020: **cukrzycę**, która w Wielkopolsce w 2010 roku spowodowała 927 zgonów (3% wszystkich zgonów w Wielkopolsce w 2010 roku). Schorzenie to w całej Polsce dotyczy ponad 2 milionów osób, z czego połowa nie jest świadoma swojej choroby. Problemem o rosnącej skali jest także **otyłość i nadwaga** – już w 2009 roku nadmierną masę ciała miało 54% dorosłych Polaków, a co szósta osoba była otyła. Dodatkowym zagrożeniem są **choroby wirusowe**, takie jak WZW C (HCV), które dotyka około 1,5% populacji Polski, HIV/AIDS, gdzie blisko 60% zachorowań diagnozowanych jest zbyt późno, oraz zakażenia wirusem HPV, powszechne wśród dorosłej populacji i stanowiące istotny czynnik ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Wszystkie te schorzenia, obok bezpośrednich konsekwencji zdrowotnych, wywierają znaczący wpływ na sytuację społeczną i gospodarczą, co potwierdza potrzebę intensywnej profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Spośród RPZ finansowanych ze środków WRPO 2014+ opisane potrzeby wpisują się:

- RPZ 4. Odważ się na zdrowie – program obejmował badania przesiewowe (m.in. pomiary antropometryczne), konsultacje lekarskie i specjalistyczne (dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta) połączone z edukacją zdrowotną, a także zajęcia fizyczne i terapię. Dzięki temu możliwe było nie tylko wykrywanie wczesnych oznak chorób cywilizacyjnych, ale także kształtowanie zdrowych nawyków i wspieranie trwałej zmiany stylu życia.
- RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO – w ramach działań prowadzono spotkania edukacyjne w zakładach pracy, badania przesiewowe w kierunku HBV i HCV, szczepienia przeciw WZW typu B oraz szkolenia dla personelu medycznego i niemedycznego.

Poza adresowaniem głównych problemów zdrowotnych regionu, Program umożliwił także interwencje w obszarach niszowych, gdzie pacjenci mają utrudniony dostęp do świadczeń:

- **RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna** zapewnił osobom w wieku 18-64 lata po udarze mózgu skoordynowaną rehabilitację oraz wsparcie edukacyjne dla opiekunów, ułatwiając powrót do funkcjonowania.
- **RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy** zagwarantował dzieciom do 18. roku życia kompleksową, wielospecjalistyczną opiekę (diagnostyka, ortodoncja/chirurgia, logopedia, fizjoterapia, wsparcie psycho-społeczne) oraz szkolenia dla lekarzy, dzięki czemu zredukowano bariery w dostępie do wysoko wyspecjalizowanych świadczeń.
- **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD** objął dzieci i młodych dorosłych w wieku 5–21 lat holistycznym programem terapii, edukacją rodziców/opiekunów i doskonaleniem kompetencji fizjoterapeutów pracujących w środowisku domowym.

Analizując wartość projektów realizowanych w ramach WRPO 2014+ oraz wielkość wydatków na programy zdrowotne finansowane z budżetu Samorządu Województwa, należy podkreślić, że środki unijne stanowiły **istotne źródło wsparcia dla systemu ochrony zdrowia w regionie**. W latach 2018-2023 zrealizowane RPZ osiągnęły łączną wartość **181 709 000,62 zł**, z czego **154 452 650,45 zł** pochodziło z dofinansowania unijnego. Finansowanie unijne pozwoliło na wdrożenie działań o

strategicznym znaczeniu dla zdrowia mieszkańców – od badań przesiewowych i profilaktyki, po kompleksową rehabilitację i edukację zdrowotną – które, jak wykazano w rozdziałach dotyczących efektów, znacząco podniosły standard i dostępność usług zdrowotnych w województwie.

Podsumowanie

Uwzględniając trzy wymiary oceny realizacji RPZ w kontekście prowadzonej przez SWW polityki zdrowotnej – zgodność strategiczną, operacyjną i wykonawczą oraz systemową – możliwe jest kompleksowe podsumowanie roli Regionalnych Programów Zdrowotnych w polityce zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego, obejmujące zarówno ich formalne wpisanie w cele strategiczne, skuteczność realizacji w praktyce, jak i znaczenie dla trwałego kształtowania regionalnego systemu zdrowia publicznego.

Zgodność strategiczna

Regionalne Programy Zdrowotne były w pełni osadzone w logice strategicznej Samorządu Województwa Wielkopolskiego. Odwoływały się one do priorytetów wskazanych w *Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku*, zwłaszcza w ramach Celu Operacyjnego 8.3 „Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej” oraz Celu Operacyjnego 8.4 „Promocja zdrowego stylu życia”. Wszystkie RPZ można przypisać do wyznaczonych w SRWW kierunków działań – od profilaktyki chorób cywilizacyjnych, przez rozwój rehabilitacji, usprawnienie diagnostyki i leczenia nowotworów, po zapobieganie chorobom zakaźnym i promocję zdrowych nawyków. W tym wymiarze ich zgodność z dokumentami strategicznymi była bardzo wysoka, a przyjęte interwencje odpowiadały na najważniejsze problemy zdrowotne regionu, takie jak choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, cywilizacyjne czy społeczne.

Co więcej, RPZ uzupełniały programy finansowane bezpośrednio z budżetu Samorządu Województwa Wielkopolskiego, wpisane w Program profilaktyki i promocji zdrowia dla województwa wielkopolskiego na lata 2014-2020. Dzięki temu oba mechanizmy – środki unijne i środki własne – tworzyły spójną całość, w której budżet województwa koncentrował się na wybranych programach profilaktycznych (np. nowotwory, gruźlica, schorzenia układu oddechowego), a RPZ współfinansowane ze środków UE poszerzały i pogłębiały interwencje w tych samych priorytetowych obszarach zdrowia publicznego.

Zgodność operacyjna

Na poziomie praktycznej realizacji RPZ, jak wykazano we wcześniejszych rozdziałach, charakteryzowały się wysoką skutecznością i adekwatnością. Dowodzą tego zarówno dane ilościowe (często przekroczenie zakładanych wskaźników), jak i opinie uczestników, rodzin oraz realizatorów. Skuteczność wdrożenia potwierdzają: duże wolumeny badań i świadczeń (np. objęcie programem większej części populacji), wysoka wykrywalność ryzyk i chorób, a w rehabilitacji – mierzalne poprawy funkcji i jakości życia. Wymierne efekty edukacyjne wspierały zmianę postaw prozdrowotnych, a część projektów przyniosła korzyści społeczne i zawodowe (utrzymanie pracy, spadek obciążeń opiekuńczych). Programy zapewniały szybki dostęp do badań przesiewowych i diagnostycznych, które w normalnym systemie ochrony zdrowia byłyby trudno dostępne (np. skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację z dwóch lat do 1-2 miesięcy). W wielu przypadkach interwencje uratowały zdrowie i życie pacjentów – przykładem jest wykrycie kilku tysięcy przypadków retinopatii cukrzycowej czy ponad 400 tętniaków aorty. RPZ miały również silny wymiar edukacyjny, który prowadził do trwałych zmian w zachowaniach zdrowotnych, a rehabilitacja zwiększała samodzielność pacjentów i poprawiała ich

jakość życia. Realizacja programów była jednak zróżnicowana – nie wszystkie wskaźniki udało się formalnie zmierzyć, część projektów zakończono przedwcześnie, a niektóre wskaźniki (np. związane z absencją chorobową) okazały się trudne do obiektywnego monitorowania. Pomimo tych ograniczeń, ocena operacyjna pozostaje pozytywna.

Zgodność systemowa

RPZ odegrały istotną rolę jako integralna część regionalnego systemu zdrowia publicznego, poszerzając jego ofertę o programy diagnostyczne, rehabilitacyjne i edukacyjne, często dostępne lokalnie i w mniejszych ośrodkach. Wiele projektów stworzyło trwałe rozwiązania organizacyjne i kadrowe, które funkcjonowały także po zakończeniu finansowania (np. współpraca kardiologów i onkologów w RPZ 3). RPZ realnie zwiększały zasięg usług poza dużymi ośrodkami, podnosiły kompetencje kadr medycznych i niemedycznych, a w niektórych obszarach tworzyły modele opieki możliwe do utrzymania po projekcie (np. standardy rehabilitacji w RPZ 16, powstanie i upowszechnienie Modelu kompleksowej opieki nad chorymi z wadami rozwojowymi twarzy w RPZ 13). Skala finansowania EFS (ponad 181,7 mln zł, z czego 154,45 mln zł z UE) pokazała, że bez środków europejskich podobny zakres interwencji byłby nieosiągalny przy bieżących środkach SWW. Kluczowe czynniki sukcesu to kompleksowość wsparcia, wielodyscyplinarność zespołów, empatia i kompetencje kadry, elastyczność organizacyjna oraz silny komponent edukacyjny i współpraca ze środowiskami lokalnymi.

8 IDENTYFIKACJA POTRZEB ZDROWOTNYCH I REKOMENDACJE DLA REALIZACJI RPZ W PRZYSZŁOŚCI

Dokumenty strategiczne po 2020 roku

Po 2020 roku kierunki działań w obszarze zdrowia w Wielkopolsce wyznaczają dwa kluczowe dokumenty: **Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2030 roku oraz Polityka zdrowotna województwa wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021–2030**. Pierwszy z nich ustanawia nadrzędne ramy rozwoju społeczno-gospodarczego regionu i integruje cele zdrowia publicznego z innymi politykami (demografia, rynek pracy, transport, środowisko, edukacja), wskazując zdrowie jako warunek spójności społecznej i konkurencyjności Wielkopolski. Drugi dokument jest sektorową polityką zdrowotną regionu – powstał w realiach obowiązywania ustawy o zdrowiu publicznym, Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020²³ oraz regionalnych map potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia; następnie został zaktualizowany o Narodowy Program Zdrowia 2021-2025²⁴ oraz o zapisy Załącznika nr 1 do dokumentu Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁵ Razem stanowią podstawę strategiczną i kierunkową polityki zdrowotnej Samorządu

²³ [Narodowy Program Zdrowia 2016-2020](#)

²⁴ [Narodowy Program Zdrowia 2021-2025](#)

²⁵ [Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.](#)

Województwa, wytyczając długofalowe cele i działania na lata 2021-2030 w oparciu o diagnozę potrzeb zdrowotnych mieszkańców i uwarunkowania prawne na poziomie krajowym i regionalnym.

W dokumentach tych zidentyfikowano główne wyzwania i potrzeby, koncentrujące się na chorobach cywilizacyjnych, starzeniu się społeczeństwa, zdrowiu psychicznym, modyfikowalnych czynnikach ryzyka oraz sprawności systemu opieki:

Dominujące problemy zdrowotne i choroby

- zapobieganie i leczenie chorób układu krążenia oraz nowotworów – najczęstszych przyczyn zgonów; wśród kluczowych problemów znajdują się choroba niedokrwienna serca i udar;
- wczesne wykrywanie i leczenie chorób przewlekłych – powszechne nadciśnienie tętnicze, bóle dolnego odcinka kręgosłupa, cukrzyca;
- ograniczanie skutków urazów – upadków oraz urazów w zdarzeniach drogowych;
- leczenie chorób układu kostno-stawowego i metabolicznego.

Wyzwania demograficzne i potrzeby seniorów

- dostosowanie systemu opieki do wielochorobowości i niepełnosprawności osób starszych;
- rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia seniorów oraz ich opiekunów nieformalnych (dzienne formy wsparcia, pomoc psychologiczna);
- promocja zdrowego i aktywnego starzenia się dla jak najdłuższego utrzymania samodzielności;
- edukacja w zakresie profilaktyki urazów/upadków oraz zapobiegania polipragmazji;
- rozwój „srebrnej gospodarki”, w tym telemedycyny i teleopieki.

Zdrowie psychiczne i uzależnienia

- promocja zdrowia psychicznego i prewencja zaburzeń;
- poprawa dostępności świadczeń, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży;
- wdrażanie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, z integracją wsparcia społecznego;
- zapobieganie zachowaniom samobójczym (programy profilaktyczne, szybki dostęp do pomocy kryzysowej, m.in. linie wsparcia);
- profilaktyka uzależnień, szczególnie alkoholu i wyrobów tytoniowych.

Czynniki behawioralne i środowiskowe (profilaktyka i promocja zdrowia)

- zwiększanie aktywności fizycznej i poprawa żywienia w celu przeciwdziałania nadwadze i otyłości;
- wzmacnianie zdrowia prokreacyjnego;
- profilaktyka chorób zawodowych i wspieranie zdrowia osób pracujących;
- zintegrowana profilaktyka próchnicy u dzieci i młodzieży.

Potrzeby systemowe

- poprawa dostępności i koordynacji opieki, w tym rozwój innowacyjnych technologii (robotyka medyczna, TIK, telemedycyna/teleopieka);
- planowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej opartych na rzetelnej diagnozie potrzeb i dowodach;
- wzmocnienie profilaktyki populacyjnej i przesiewów, integracja działań międzysektorowych oraz lepsze wykorzystanie danych zdrowotnych w zarządzaniu.

Polityka Spójności 2021-2027

Ramy unijnego finansowania działań adresujących wyzwania wskazane w dokumentach strategicznych określa m.in. Umowa Partnerstwa 2021-2027. Na jej podstawie działania w obszarze zdrowia wpisano w cele Polityki Spójności, w szczególności Cel Polityki 4 (CP4): Europa o silniejszym wymiarze społecznym i bardziej sprzyjająca włączeniu społecznemu, a ich finansowanie przewidziano głównie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+). Realizacja programów profilaktycznych i zdrowotnych jest tu traktowana jako instrument zarówno ochrony zdrowia publicznego, głównie w kontekście wsparcia rynku pracy, poprzez wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców i poprawę bezpieczeństwa pracowników. Programy te, finansowane z EFS+, ukierunkowane powinny być na **wczesne wykrywanie chorób stanowiących istotny problem zdrowotny populacji** oraz na działania eliminujące czynniki ryzyka w środowisku pracy. Istotnym uwarunkowaniem wynikającym z Umowy Partnerstwa jest konieczność **skierowania wsparcia do grup najbardziej narażonych na wykluczenie** i zapewnienia równomiernego dostępu do usług w obszarach dotkniętych tzw. białymi plamami. Zwrócono także uwagę na potrzebę **promowania koordynacji opieki zdrowotnej**, integracji działań profilaktycznych z inwestycjami współfinansowanymi przez EFRR oraz na łączenie usług zdrowotnych i społecznych.

Jednocześnie UP nakłada istotne ograniczenia – Programy profilaktyczne i usługi zdrowotne finansowane z EFS+ **co do zasady nie będą obejmować leczenia i zabiegów medycznych innych niż na potrzeby diagnostyki**, ponieważ leczenie powinno być finansowane ze środków krajowych. Istnieją jednak wyjątki, jak rehabilitacja lecznicza oraz możliwość tymczasowego finansowania leczenia dzieci i młodzieży w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej. Oznacza to, że wsparcie unijne koncentruje się przede wszystkim na **profilaktyce, promocji zdrowia i diagnostyce**, a nie na bezpośrednim leczeniu.

Realizacja działań odbywa się na dwóch poziomach.

- **Na poziomie krajowym** przewidziano finansowanie koordynacji programów profilaktycznych oraz rozwój nowych rozwiązań, zwłaszcza w zakresie deinstytucjonalizacji opieki medycznej.
- **Na poziomie regionalnym** realizowane są programy zdrowotne ukierunkowane na upowszechnianie profilaktyki, wspieranie wydłużenia aktywności zawodowej i poprawę bezpieczeństwa pracowników.

Na **znaczące zmiany między perspektywami finansowymi** zwracają uwagę przedstawiciele IZ, wskazując, że zarówno na poziomie dokumentów, jak i negocjacji z Komisją Europejską konieczne było dostosowanie się do nowych, bardziej rygorystycznych wymogów. Obszar Regionalnych Programów Zdrowotnych uległ bowiem znaczącym przeobrażeniom pomiędzy perspektywą finansową 2014-2020 a obecną 2021-2027, głównie w wyniku zaostżenia warunków i ograniczeń narzucanych przez KE. W poprzednim okresie programowania regiony miały większą elastyczność w projektowaniu interwencji

zdrowotnych, natomiast obecnie kładzie się nacisk na silniejsze powiązanie działań ze strategią unijną, ograniczenie zakresu finansowania oraz kierowanie wsparcia do ściśle określonych grup odbiorców.

Najważniejsze zmiany obejmują przede wszystkim **ograniczenia i zaostrzone wymagania Komisji Europejskiej**. W nowej perspektywie znacznie ograniczono możliwość realizacji szeroko rozumianych usług medycznych w ramach RPZ – Komisja Europejska podchodzi do nich z dużą rezerwą, akcentując konieczność koncentracji interwencji na działaniach profilaktycznych i diagnostycznych. Dodatkowo, programy zdrowotne nie mogą mieć charakteru powszechnego, lecz muszą być precyzyjnie ukierunkowane, tak aby trafiały przede wszystkim do grup defaworyzowanych: osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji społeczno-zdrowotnej, zagrożonych wykluczeniem, mieszkających na terenach tzw. białych plam czy też osób z niepełnosprawnościami. Oznacza to mniejszą swobodę w projektowaniu programów w porównaniu do lat 2014-2020, kiedy regiony mogły w większym stopniu kształtować ich zakres tematyczny i zasięg.

Kolejną widoczną zmianą są **przesunięcia w zakresie tematycznym i redefinicja grup docelowych**. W obszarze rehabilitacji w obecnej perspektywie 2021-2027 pomoc kierowana jest wyłącznie do osób pracujących, w tym także przebywających na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, tak aby umożliwić im szybszy powrót na rynek pracy. W poprzednim okresie wsparciem mogły być objęte osoby w wieku aktywności zawodowej, deklarujące chęć powrotu do zatrudnienia oraz osoby bezrobotne pod warunkiem wdrożenia ścieżki aktywizacji zawodowej, co oznaczało szersze grono beneficjentów. Komisja uzasadnia tę zmianę potrzebą powiązania rehabilitacji z osiami dotyczącymi rynku pracy i koniecznością utrzymania osób aktywnych zawodowo jak najdłużej w zatrudnieniu. W przypadku zdrowia psychicznego natomiast wsparcie psychologiczne i psychiatryczne zostało mocno ograniczone w wyniku równoległej reformy prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia. Reforma wprowadza system centrów zdrowia psychicznego (CZP), które oferują opiekę psychiatryczną i psychologiczną blisko miejsca zamieszkania pacjenta, bez skierowań, ale jest to model pilotażowy, którego pełne wdrożenie i finansowanie wciąż jest w trakcie realizacji. Choć pełne finansowanie usług w tym obszarze zostało ograniczone, nadal dopuszcza się finansowanie ze środków unijnych wstępnych konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych, co jednak znacząco zawęży skalę działań w porównaniu z poprzednią perspektywą.

Podsumowując, obecna perspektywa 2021–2027 oznacza dla RPZ większe uwarunkowanie unijnymi zasadami i wyraźne ograniczenia w zakresie typów interwencji, które mogą być wspierane. O ile w latach 2014-2020 akcentowano szeroki dostęp i możliwość elastycznego dostosowania programów do potrzeb regionów, o tyle obecnie nacisk położono na **wysoką selektywność działań, koncentrację na grupach najbardziej potrzebujących oraz powiązanie zdrowia z celami rynku pracy i spójności społecznej**.

Realizacja Regionalnych Programów Zdrowotnych nadal stanowi jeden z bezpośrednich obszarów wsparcia w programie regionalnym **Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027**. Programy te mogą mieć charakter kontynuacyjny lub być nowymi inicjatywami opracowanymi przez region, obejmując zarówno profilaktykę, jak i rehabilitację. Wsparcie takie przewidziano w ramach:

- **Działania FEWP.06.04 Wsparcie pracowników i pracodawców:** finansowane będą RPZ skierowane do osób pracujących oraz bezrobotnych (w przypadku rehabilitacji osób bezrobotnych warunkiem jest ścieżka powrotu na rynek pracy). Programy profilaktyczne ograniczają się do działań diagnostycznych i nie obejmują leczenia, wyjątek stanowią programy rehabilitacyjne wspierające powrót do aktywności zawodowej.

- **Działania FEWP.06.13 Usługi społeczne i zdrowotne:** wsparcie obejmuje RPZ w zakresie profilaktyki, rehabilitacji oraz wczesnego wykrywania chorób, a także leczenia i rehabilitacji dzieci. Ogólne programy profilaktyczne mogą być realizowane, jeśli:
 - uwzględniają potrzeby grup szczególnie wrażliwych i zapewniają ich udział,
 - koncentrują się na obszarach tzw. białych plam,
 - wspierają koordynację opieki zdrowotnej i społecznej,
 - przewidują działania dla kadry POZ i jednostek opieki ambulatoryjnej (szkolenia, reorganizacja pracy, zachęty do pracy w regionach oddalonych),
 - nie obejmują zabiegów medycznych.

Kontynuacja RPZ

Pomimo ograniczeń wynikających z wymogów unijnych, **część RPZ w Wielkopolsce znalazła kontynuację w obecnej perspektywie finansowej w ramach FEW 2021-2027**, inne realizowane są ze środków własnych samorządu województwa, a wybrane obszary zostały włączone w komponenty szerszych projektów integracyjnych lub aktywizacyjnych.

Kontynuacja RPZ jest istotna, ponieważ stanowią one odpowiedź na realne i często niezaspokojone potrzeby zdrowotne mieszkańców regionu, których nie pokrywa system ogólnokrajowy. Programy te mogą zapewnić ciągłe wsparcie osobom wymagającym długotrwałej opieki, jak dzieci z porażeniem mózgowym, a także utrzymują dostęp do usług specjalistycznych, takich jak rehabilitacja medyczna, które w wielu miejscach kraju są ograniczone. Ich trwałość pozwala uniknąć przerw w działaniach i utraty efektów, a także wzmacnia skuteczność profilaktyki, czego dowodem są programy onkologiczne ratujące życie poprzez wczesne wykrywanie chorób. Kontynuacja RPZ to również budowanie doświadczenia beneficjentów i utrwalanie zdolności instytucjonalnych, co przekłada się na wyższą jakość realizowanych interwencji w kolejnych edycjach. Dzięki temu możliwe jest nie tylko utrzymanie wykwalifikowanej kadry i infrastruktury, ale także pielęgnowanie współpracy lokalnej, szczególnie z samorządami, co sprzyja lepszemu dotarciu do mieszkańców i skuteczniejszej promocji działań.

RPZ kontynuowane w ramach FEW 2021-2027:

- **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD** – program oceniony pozytywnie w poprzedniej perspektywie i uznany za jeden z najważniejszych. Jego kontynuacja została uzgodniona z KE ze względu na realizację przez ten program zapisów unijnej inicjatywy, która zobowiązuje państwa członkowskie do podejmowania działań służących eliminacji ubóstwa dzieci i zapewnienia równych szans rozwoju (Gwarancja na rzecz dzieci, ang. European Child Guarantee). W kolejnej edycji programu poszerzono grupę docelową – która obejmuje nie tylko dzieci i młodych dorosłych z MPD, ale szerzej – z chorobami neurologicznymi.
- **RPZ 7. Rehabilitacja medyczna** – program kontynuowany bez konieczności opracowania od nowa jego założeń, wdrożony w modelu subregionalnym (wybrani operatorzy w poszczególnych subregionach) dla zapewnienia szerszego dostępu. RPZ jest priorytetowy ze względu na duże zapotrzebowanie na rehabilitację, zwłaszcza wśród osób pracujących.
- **RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna** – RPZ jest kontynuowany jako program wspierający aktywizację zawodową – zawiera dodatkowy komponent aktywizacji zawodowej (doradztwo prawne, konsultacje z doradcą zawodowym), co poszerza jego funkcję o elementy poza stricte zdrowotne.

- **RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa** – realizowany w zmodyfikowanej formule, m.in. z wykorzystaniem „retinobusa” ułatwiającego dotarcie do mieszkańców mniejszych gmin i obszarów o ograniczonym dostępie do poradni diabetologicznych.
- **RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP** – program profilaktyki raka jelita grubego, skierowany do osób w wieku 50-74 lata, utrzymany jako ważny element regionalnej profilaktyki.

RPZ kontynuowane poza środkami unijnymi:

Część programów finansowana jest obecnie z budżetu samorządu województwa, co pozwala na utrzymanie wsparcia mimo braku możliwości ich realizacji w ramach funduszy UE:

- **Profilaktyka nowotworów głowy i szyi** – był to program planowany (i już opracowany) w ramach WRPO 2014+, który jednak nie doszedł do skutku, ze względu na jego realizację na poziomie krajowym. Obecnie program realizowany jest z budżetu województwa, przyjęty w 2024 r., a jego realizacja będzie trwała w latach 2025-2027.

Programy kontynuowane w innej formie:

Niektóre działania, które nie mogły być dalej finansowane jako RPZ z powodu ograniczeń KE, zostały włączone do projektów wspierających integrację i aktywizację społeczną:

- **RPZ 4. Odważ się na zdrowie** – elementy programu, takie jak porady dietetyczne czy zajęcia sportowe, realizowane są obecnie w ramach projektów aktywizujących i integracyjnych, prowadzonych przez stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego (np. SAKO, Metropolia Poznań).
- **RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca** – program, ale nie w formule programu zdrowotnego, jest realizowany przez Fundację Chorób Nowotworowych dla Dzieci i Szpital im. Jurasza.

W ten sposób województwo wielkopolskie, mimo formalnych ograniczeń unijnych, utrzymuje ciągłość w obszarach uznanych za priorytetowe, korzystając z różnych źródeł finansowania i dostosowując formę realizacji do aktualnych ram programowych.

Uzasadnienie kontynuacji lub braku kontynuacji RPZ realizowanych w ramach WRPO 2014+ wraz z rekomendowanymi modyfikacjami

Poniżej dla każdego RPZ wskazano uzasadnienie kontynuacji lub braku kontynuacji w przyszłości (dlaczego i dla kogo program powinien być dalej realizowany), dobre praktyki (rozwiązania organizacyjne i medyczne, które zadziałały i warto je skalować) oraz rekomendowane zmiany (wskazane modyfikacje RPZ mogące podnieść ich skuteczność i dostępność). Opisy opracowano na podstawie raportów efektywności, wywiadów indywidualnych z realizatorami i kadrą medyczną zaangażowaną w projekty oraz zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI).

Należy przy tym pamiętać, że ewentualna kontynuacja lub modyfikacja programów powinna uwzględniać dostępność środków finansowych oraz dopasowanie do kryteriów i ograniczeń wynikających z obecnych zasad wdrażania perspektywy finansowej 2021–2027. W przypadku braku możliwości realizacji niektórych form wsparcia w obecnym okresie programowania, warto rozważyć powrót do tych programów w kolejnej perspektywie 2027+.

Choć perspektywa finansowa 2027+ nie została jeszcze szczegółowo określona, już teraz wiadomo, że nowy wniosek dotyczący rozporządzenia ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny (EFS) na lata 2028-2034 przewiduje możliwość wspierania usług zdrowotnych. Wsparcie w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej stanowi jeden z kluczowych elementów zakresu działania EFS w nowym okresie programowania, wpisując się w ideę budowania bardziej wspierającej i socjalnej Europy.

Zgodnie z projektowanym rozporządzeniem, EFS ma przyczyniać się do zwalczania nierówności społecznych, w tym różnic w stanie zdrowia i dostępie do opieki zdrowotnej, a także wspierać wdrażanie reform strukturalnych w obszarze włączenia społecznego, opieki długoterminowej i ochrony zdrowia. W uzasadnieniu wniosku podkreślono, że opieka zdrowotna i długoterminowa należą do najważniejszych obszarów oczekiwanych przez obywateli UE, którzy postulują większe zaangażowanie Unii w te kwestie.

Nowy EFS ma również wspierać modernizację, cyfryzację i wzmacnianie odporności systemów zdrowotnych, a także dążyć do zapewnienia równego dostępu do usług opieki zdrowotnej i długoterminowej dla wszystkich obywateli. Dostępność przystępnych cenowo, trwałych i wysokiej jakości usług jest uznawana za niezbędny warunek zapewnienia równych szans i mobilności pracowników. W związku z tym, w dłuższej perspektywie warto rozważyć powrót do niektórych programów zdrowotnych w kontekście możliwości finansowania z nowego EFS.

RPZ 1. Zdrowa aorta

Czy wskazana kontynuacja RPZ: [TAK, z rozszerzeniem grupy odbiorców](#)

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Poważne zagrożenie zdrowotne** (tętniak aorty brzusznej to choroba śmiertelna; po pęknięciu przeżywa zaledwie 10-15% pacjentów).
- **Wysoka skuteczność badań przesiewowych** (wykrycie ponad 400 tętniaków podczas realizacji programu pozwoliło na uratowanie zdrowia i życia pacjentów).
- **Międzynarodowy standard profilaktyki** (w wielu krajach badanie USG aorty brzusznej jest obowiązkowe dla mężczyzn po 50. roku życia, w Polsce takie rozwiązanie dopiero się rozwija).
- **Kompleksowość działań** (pacjenci mieli zapewnioną nie tylko diagnostykę, ale także konsultacje chirurgiczne i plan leczenia, co dawało poczucie bezpieczeństwa).
- **Realne efekty zdrowotne** (u 39 pacjentów konieczna była operacja chirurgiczna, co bezpośrednio przełożyło się na uratowanie życia).
- **Duża skala realizacji** (przebadano ponad 11 tys. mężczyzn w całym województwie, przekraczając założony cel 10 tys.).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowa ścieżka pacjenta** (od badania przesiewowego przez diagnostykę pogłębianą aż po konsultację z chirurgiem naczyniowym i plan leczenia).
- **Realizacja badań w powiatach** (wykorzystanie szpitali powiatowych umożliwiło dostęp blisko miejsca zamieszkania pacjentów i ograniczyło wykluczenie komunikacyjne).
- **Łatwy dostęp do zapisów** (całodzienna infolinia oraz lokalne akcje informacyjne z wykorzystaniem plakatów w aptekach, szpitalach i miejscach publicznych).

- **Edukacja kadry medycznej** (szkolenia dla lekarzy, w tym rodzinnych, prowadzone w 33 powiatach województwa).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Rozszerzenie grupy docelowej o kobiety** (choć program obejmował głównie mężczyzn, wiele kobiet zgłaszało chęć udziału; uwzględnienie ich w przyszłości odpowiadałoby na potrzeby społeczne). Wskazane jest **uwzględnienie kobiet z grup ryzyka** (badaniami warto objąć kobiety powyżej 60. roku życia, szczególnie palaczki i osoby z nadciśnieniem – takie rozwiązania są rekomendowane w części badań międzynarodowych).
- **Dalsza standaryzacja działań** (rekomenduje się włączenie tego programu do ogólnokrajowych standardów badań przesiewowych, aby zwiększyć jego trwałość i systemowe znaczenie).

RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Rosnący problem zdrowotny** (nowotwory to druga przyczyna zgonów w Polsce; szczególnie dotyczą osoby w wieku produkcyjnym, prowadząc do dezaktywizacji społecznej i zawodowej).
- **Brak systemowej oferty rehabilitacji onkologicznej** (NFZ nie zapewnia kompleksowej opieki dostosowanej do potrzeb tej grupy pacjentów).
- **Redukcja wykluczenia społecznego i zawodowego** (program skutecznie wspierał powrót pacjentów do pracy i aktywności społecznej).
- **Wysoka efektywność działań** (osiągnięto poprawę sprawności funkcjonalnej, kondycji psychicznej i stanu odżywienia uczestników; udział w projekcie skutkował też zmniejszeniem dolegliwości, poprawą kondycji psychicznej i większą samodzielnością).
- **Utrzymujące się zapotrzebowanie** (pacjenci sami zgłaszają się do kolejnych edycji; problem nowotworów ma charakter stały i będzie narastał).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowe, interdyscyplinarne podejście w RPZ** (połączenie fizjoterapii, wsparcia psychologicznego i dietetycznego w jednej ścieżce opieki).
- **Indywidualna fizjoterapia** (praca 1:1, monitorowanie postępów, praca z blizną, obrzękiem limfatycznym, przygotowanie zaleceń do samodzielnych ćwiczeń).
- **Elastyczne wsparcie psychologiczne** (indywidualne i grupowe formy pomocy, możliwość dostosowania liczby wizyt i przerw w zależności od etapu leczenia).
- **Wsparcie dla otoczenia pacjenta** (udział rodzin i opiekunów, którzy dzięki projektowi poszerzyli wiedzę i umiejętności w zakresie opieki nad chorym).
- **Szeroka dostępność usług w pięciu miastach regionu** (Poznań, Piła, Kalisz, Konin, Leszno), co zmniejszyło nierówności w dostępie do rehabilitacji.
- **Szkolenia dla personelu medycznego** (fizjoterapeutów, psychologów, dietetyków – osiągnięto wzrost kompetencji i jakości świadczonych usług).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Lepsza orientacja w systemie opieki zdrowotnej** (w ramach takich RPZ warto kontynuować działania edukacyjne, które pomagają pacjentom onkologicznym zrozumieć, jakie świadczenia są dla nich dostępne w ramach NFZ, jak wygląda ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna po zakończeniu udziału w projekcie, w jaki sposób mogą korzystać z rehabilitacji, wsparcia psychologicznego i dietetycznego finansowanego ze środków publicznych, a także gdzie szukać pomocy i jak uzyskać skierowania do odpowiednich specjalistów).

RPZ 3. Prewencja niewydolności serca

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK, ale z urealnieniem zakładanej liczby uczestników**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości:

- **Pionierskie połączenie opieki onkologicznej i kardiologicznej** (projekt jako pierwszy w regionie łączył kompetencje onkologów i kardiologów, odpowiadając na rzeczywiste potrzeby pacjentów).
- **Wysokie zagrożenie zdrowotne pacjentów onkologicznych** (leczenie w obszarze klatki piersiowej zwiększa ryzyko uszkodzeń układu krążenia, wymagając specjalistycznej profilaktyki i kontroli).
- **Lepsze funkcjonowanie pacjentów** (opieka wzmocniła poczucie bezpieczeństwa i determinację do dalszego leczenia).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości:

- **Łączenie badań laboratoryjnych** (starano się łączyć badania laboratoryjne w ramach RPZ z badaniami standardowymi, które pacjenci mieli i tak wykonywane podczas leczenia onkologicznego, aby dwukrotnie nie musieli tego badania mieć wykonywanego i pobieranego materiału).
- **Tworzenie lokalnych punktów diagnostycznych** (w ramach RPZ uruchomiono pracownię EKG w lokalizacji leczenia onkologicznego, co zmniejszało konieczność przemieszczania się pacjentów w różne miejsca w Poznaniu).
- **Elastyczne planowanie wizyt** (możliwość korzystania z badań i konsultacji od wczesnych godzin porannych do późnych wieczornych, również w soboty, co zwiększało dostępność dla osób pracujących).
- **Indywidualne podejście do pacjentów** (dostosowanie harmonogramu do potrzeb uczestników, co zmniejszało bariery psychiczne związane z kolejnymi etapami leczenia onkologicznego).
- **Powstanie trwałej infrastruktury opieki** (utworzenie poradni kardiologicznej dedykowanej pacjentom onkologicznym, która funkcjonuje także po zakończeniu finansowania programu i cieszy się dużym zainteresowaniem).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości:

- **Urealnienie liczby uczestników RPZ** (u części pacjentów onkologicznych występuje znużenie długotrwałym leczeniem i niechęć do podejmowania kolejnej ścieżki diagnostycznej, ma

miejsce również wysoki odsetek rezygnacji wynikający z pogarszającego się stanu zdrowia lub śmierci – konieczne jest uwzględnienie tych czynników przy szacowaniu liczby uczestników).

- **Rozszerzenie grupy wiekowej** (uwzględnienie młodszych pacjentów, wśród których coraz częściej diagnozuje się nowotwory, oraz osób powyżej 70. roku życia, które pozostają poza profilaktyką kardiologiczną).
- **Lepsze przygotowanie pacjentów do ścieżki diagnostyczno-leczniczej** (informowanie o etapach badań i konsultacji, aby zmniejszyć zniechęcenie i rezygnacje w trakcie udziału).

RPZ 4. Odważ się na zdrowie

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Powszechność problemu** (nadwaga i otyłość pozostają poważnym problemem zdrowotnym w społeczeństwie, wymagającym działań systemowych).
- **Wysokie zainteresowanie i pozytywny odbiór** (uczestnicy byli bardzo zadowoleni z udziału i dopytywali o możliwość kontynuacji, co wskazuje na utrzymujące się zapotrzebowanie).
- **Wzrost świadomości i motywacja** (program zwiększał wiedzę uczestników o zdrowym stylu życia i motywował do zmiany zachowań, uczestnicy nabywali i utrwalali pozytywne nawyki żywieniowe oraz zdrowotne – wykazano wysoką trwałość wsparcia).
- **Mierzalne efekty zdrowotne** (wielu uczestników zredukowało masę ciała o ponad 10 kg, co pokazuje realny wpływ interwencji).
- **Poprawa stanu psychicznego** (spotkania z psychologiem zwiększały poziom samoakceptacji i samoświadomości).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowość interwencji** (łączenie konsultacji dietetycznych, wsparcia psychologicznego i aktywności fizycznej zapewniało spójne i skuteczne wsparcie).
- **Indywidualne podejście do ćwiczeń** (dostosowywanie aktywności do potrzeb uczestników zwiększało skuteczność i bezpieczeństwo).
- **Wsparcie psychologa** (istotne dla motywacji, samoakceptacji i utrzymania trwałych efektów zdrowotnych).
- **Element ruchowy** (ćwiczenia fizyczne były najbardziej docenianą częścią programu i sprzyjały trwałej zmianie nawyków).
- **Elastyczność formy** (wprowadzenie zajęć online w czasie pandemii zwiększyło dostępność i wygodę uczestników; warto formę on-line rozważyć w przyszłości jako jedną z dostępnych opcji).
- **Pakiety informacyjne dla osób niezrekrutowanych** (osoby, które nie zostały zakwalifikowane do programu, otrzymywały pakiet informacyjny dotyczący prozdrowotnych postaw oraz zalecenia dietetyczne i hasła zachęcające do aktywności fizycznej, to umożliwiało szerokie oddziaływanie edukacyjne, także poza gronem uczestników projektu).

- **Wsparcie materialne w postaci kart podarunkowych na zakup sprzętu sportowego** (ułatwiało uczestnikom kontynuację ćwiczeń po zakończeniu programu).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Zmiana ograniczeń wiekowych** (obniżenie kryterium wieku do 30–35 lat oraz ewentualne włączenie do programu pełnoletnich uczniów szkół średnich).
- **Włączenie osób ze skrajną otyłością** (to grupa najbardziej potrzebująca wsparcia, a wykluczona z udziału w projekcie poprzez zapisy w RPZ).
- **Modyfikacja kryteriów BMI jako kryterium kwalifikującego do programu** (kryterium BMI 25–35 ograniczało kwalifikację do programu, gdyż jest to wskaźnik i niemiarodajny, ponieważ może wykluczać osoby umięśnione, a dopuszczać osoby, które mają większą tkankę tłuszczową, ale jeszcze mieszczą się poniżej progu).
- **Spersonalizowana opieka medyczna** (do programu warto włączyć działania dostosowane do potrzeb osób z chorobami współistniejącymi, np. cukrzycą czy nadciśnieniem; wymagałoby to zaangażowania dodatkowych specjalistów).
- **Możliwość wielokrotnego udziału** (umożliwienie ponownego skorzystania z programu w dłuższym okresie, np. przy trzyletnim cyklu realizacji).
- **Modyfikacja wskaźników efektywności** (w przypadku pomiaru spadku masy ciała wskaźnik BMI nie zawsze obrazuje rzeczywiste efekty, ponieważ masa ciała może wzrastać przy jednoczesnym wzroście masy mięśniowej, co jest pozytywnym rezultatem, a wskaźnik tego nie mierzy).

RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Wysoka wykrywalność i zapobieganie ślepotcie** (przebadanie ponad 13 tys. pacjentów i wykrycie 3994 przypadków retinopatii – ponad siedem razy więcej niż zakładano – umożliwiło zapobieżenie utracie wzroku u wielu osób).
- **Znaczący wpływ na zdrowie publiczne** (wcześniejsze wykrycie schorzenia pozwoliło na szybsze leczenie i poprawę rokowań pacjentów).
- **Trafność grupy docelowej** (skierowanie działań do diabetyków, którzy są szczególnie narażeni na retinopatię, okazało się w pełni uzasadnione i skuteczne).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Skuteczna diagnostyka i szybka ścieżka leczenia** (badania przesiewowe przy użyciu fundus kamer oraz szybkie kierowanie pacjentów do okulistów).
- **Połączenie badań z edukacją** (filmy, broszury, webinary i artykuły towarzyszące badaniom zwiększały świadomość pacjentów i skuteczność interwencji).
- **Poprawa dostępności terytorialnej** (objęcie 30 poradni w 19 miastach województwa zwiększyło dostępność badań i zmniejszyło dysproporcje między regionami).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Cykliczność i długofalowość** (program powinien być realizowany w sposób powtarzalny, aby utrzymać trwały efekt profilaktyczny i diagnostyczny).
- **Silniejszy nacisk na wybrane grupy docelowe** (szczególne uwzględnienie seniorów oraz mieszkańców mniejszych miejscowości, którzy mają utrudniony dostęp do badań i specjalistów).

RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Rosnące zagrożenie** (coroczny wzrost liczby rozpoznawanych nowotworów potwierdza konieczność prowadzenia działań profilaktycznych).
- **Wpływ na rokowanie** (wczesne wykrycie nowotworu znacząco poprawia rokowania pacjentów i zwiększa skuteczność leczenia).
- **Bezpośredni wpływ na życie** (uczestnicy zgłaszali, że dzięki udziałowi w programie, np. poprzez kolonoskopię, ich życie zostało uratowane).
- **Duże zainteresowanie i zaufanie** (pacjenci regularnie pytali o kontynuację programu, co dowodzi wysokiego poziomu zaufania i jednocześnie dalszych potrzeb).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kolonoskopia ze znieczuleniem ogólnym** (zapewnienie badania w komfortowych warunkach było głównym czynnikiem motywującym do udziału, a świadczenie to nie jest dostępne w ramach NFZ na wczesnym etapie diagnostyki).
- **Kompleksowość opieki i prowadzenie pacjenta** (natychmiastowe omówienie wyników i wprowadzenie pacjenta w dedykowaną ścieżkę onkologiczną w przypadku rozpoznania choroby).
- **Lokalność działań** (organizowanie spotkań informacyjnych i odbiorów próbek w każdej gminie w regionie ułatwiało dostęp i zwiększało uczestnictwo mieszkańców).
- **Zwrot kosztów dojazdu** (umożliwienie refundacji kosztów podróży na badanie kolonoskopii w Poznaniu usuwało barierę finansową i organizacyjną).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Rozszerzenie kryteriów wiekowych** (objęcie programem młodszych osób – np. od 30. roku życia – oraz seniorów po 75. roku życia, którzy również są w grupie ryzyka).
- **Możliwość wielokrotnego udziału** (umożliwienie ponownego wykonania badania, jeśli wskazują na to rekomendacje medyczne, np. konieczność powtórzenia kolonoskopii po 2 latach).
- **Kontynuacja lokalności** (utrzymanie modelu dotarcia do pacjentów w ich miejscu zamieszkania lub jego najbliższej okolicy jako kluczowego elementu zwiększającego dostępność).

RPZ 7. Rehabilitacja medyczna

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Olbrzymie zapotrzebowanie i wysokie zainteresowanie** (pełne listy, wysoka frekwencja i pozytywne opinie uczestników wskazują na duże zapotrzebowanie na wsparcie rehabilitacyjne).
- **Wysoka skuteczność zdrowotna i zawodowa** (utrzymanie aktywności zawodowej, ograniczanie zwolnień L4, poprawa sprawności funkcjonalnej).
- **Trafność dla osób pracujących** (adresowanie typowych dolegliwości narządu ruchu u aktywnych zawodowo, by nie wypadali z rynku pracy).
- **Szybszy dostęp niż w NFZ** (czas oczekiwania na udział w programie to 1-2 miesiące vs. nawet 2 lata w systemie powszechnym).
- **Dobry efekt edukacyjny i zmiana nawyków** (wzrost świadomości roli aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Indywidualna praca 1:1 z fizjoterapeutą** (precyzyjne dostosowanie terapii do potrzeb pacjenta i bieżąca korekta planu).
- **Kompleksowość interwencji** (połączenie terapii gabinetowej, aktywności ruchowej – ćwiczenia, joga – oraz edukacji zdrowotnej).
- **Możliwość modyfikacji terapii w trakcie cyklu** (dynamiczne reagowanie na postępy i ograniczenia pacjenta).
- **Elastyczne godziny dla osób pracujących** (zajęcia popołudniowe/wieczorne do 20:00–21:00 oraz w soboty, minimalizacja barier logistycznych).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Szersza grupa docelowa wiekowa** (obniżenie progu do 18+ lub 25-35 lat ze względu na wczesne dolegliwości cywilizacyjne; włączenie również uczestników w wieku 65/70+ z potrzebami geriatrycznymi).
- **Uwzględnienie osób czasowo nieaktywnych zawodowo** (bezrobotni i osoby na przerwie zdrowotnej, dla których rehabilitacja może być pomostem do powrotu do pracy).
- **Możliwość wielokrotnego udziału** (ponowne zakwalifikowanie przy wskazaniach medycznych lub nawrotach dolegliwości).
- **Projektowanie konkursów pod wielu, także mniejszych realizatorów** (warunki naboru powinny umożliwiać udział również małym jednostkom leczniczym; jest to typ RPZ, który powinien mieć wielu mniejszych realizatorów w różnych miejscach w regionie).

RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **NIE, ze względu na „konkurencyjne” finansowanie szczepień przez NFZ**

Uzasadnienie dla braku kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Istniejące mechanizmy finansowania szczepień przeciwko grypie przez NFZ**, w tym pełna refundacja dla wybranych grup (np. seniorów, osób z chorobami przewlekłymi).
- **Wysoki poziom biurokracji związanej z realizacją programu ze środków EFS** – tego typu działania powinny być prowadzone w mniejszej skali, jako uzupełnienie programu krajowego, na ograniczonych obszarach i finansowane ze środków własnych (np. samorządowych), co pozwoli skuteczniej dotrzeć do mieszkańców oraz ograniczyć obciążenia administracyjne.
- **Niewielkie zainteresowanie uczestnictwem** w RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań w stosunku do nakładów organizacyjnych i administracyjnych.

RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Wola kontynuacji po stronie lidera i partnerów** (deklarowana gotowość do realizacji kolejnej edycji).
- **Gotowość JST do dalszej współpracy** (zdecydowana większość 24 samorządów AKO chce kontynuować udział).
- **Profilaktyka jako klucz do sukcesu** (podnoszenie świadomości o HBV/HCV, drogach zakażenia i zapobieganiu przynosi największy efekt zdrowotny).
- **Uniwersalność potrzeb zdrowotnych** (problemy zdrowotne są podobne w AKO i innych regionach kraju, co uzasadnia stałe działania prewencyjne).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Szerokie partnerstwo samorządowe (24 JST AKO)** (skala, spójność działań i silne zakorzenienie lokalne).
- **Kompleksowy i szeroki pakiet działań** (kampania informacyjna, konferencje, spotkania w zakładach pracy, szkolenia dla personelu medycznego i niemedycznego – m.in. salony piercingu/urody – badania na przeciwciała, szczepienia, „żółte weekendy” z działaniami terenowymi).
- **Aktywna promocja i rekrutacja przez samorządy** (zaangażowanie włodarzy i urzędów zwiększało zasięg i frekwencję).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Nowoczesne, krótkie i wizualne formy edukacji** (filmy, animacje, infografiki, media społecznościowe – lepsza przyswajalność i zasięg, niż kampanie w radiu lub lokalnej telewizji, a także ulotki i plakaty).
- **Rozpoczynanie edukacji od najmłodszych** (włączenie przedszkoli i szkół podstawowych; stopniowe rozszerzanie programu na kolejne grupy wiekowe).

RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Utrwalona „marka” programu i popyt** (rozpoznawalna identyfikacja, mieszkańcy nadal dzwonią z pytaniami o badania).
- **Wzrost świadomości w społecznościach lokalnych** (temat czerniaka „wszędzie obecny”, m.in. w klubach seniora; widoczna jest coraz większa gotowość do badań).
- **Redukcja lęku i barier u pacjentów** (pozytywne doświadczenia znajomych/rodziny zachęcają do kontroli zmian skórnych i wczesnej diagnostyki – warto wykorzystać i utrwalić ten trend).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Silna współpraca z samorządami** (samorządy okazały się najskuteczniejszym kanałem dotarcia do beneficjentów ostatecznych, wykorzystując lokalne profile w mediach społecznościowych oraz własne zasoby informacyjne).
- **Bezpośrednie dotarcie podczas eventów** (szczególnie skuteczna okazała się bezpośrednia rekrutacja podczas wydarzeń plenerowych, prowadzona z wykorzystaniem specjalnie zakupionego autobusu, w którym realizator usług medycznych umożliwiał im natychmiastowe badania).
- **Akcje na plażach i w miejscach ekspozycji na słońce** (diagnozowanie „u źródła” ryzyka, rozdawanie materiałów edukacyjnych i kierowanie na badania).
- **Współpraca z punktami usługowymi** (kosmetyczki, solaria jako przekaznik pierwszej informacji do grup ryzyka).
- **Zasada lokalności** (działania „blisko ludzi” w spójnym obszarze 24 samorządów – większa dostępność i frekwencja).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Obniżenie progu wieku w profilaktyce** (rozszerzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych na osoby od 20. roku życia, aby podejmować interwencje zanim wystąpią zaawansowane zmiany zdrowotne, a nie ograniczać ich wyłącznie do grupy wiekowej 50–64 lata).
- **Utrzymanie i pogłębienie lokalności** (programy skierowane do konkretnych aglomeracji/związków gmin zamiast działań ogólnowojewódzkich – większa skuteczność dotarcia).
- **Dopasowanie narzędzi edukacyjnych do odbiorcy** (mniej telewizji, więcej kanałów samorządowych, materiałów drukowanych i praktycznych gadżetów; komunikaty szyte na miarę odbiorców).

RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Wysoka skala zagrożenia udarami** (udar mózgu pozostaje jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości w Polsce i w regionie).
- **Udowodnione efekty kliniczne** (u wszystkich uczestników odnotowano poprawę jakości życia oraz funkcji motorycznych).

- **Odzyskiwanie samodzielności i pracy** (realna poprawa wykonywania czynności dnia codziennego, powroty do aktywności zawodowej).
- **Kompleksowość niedostępna w standardzie NFZ** (holistyczna opieka wielu specjalistów w jednym miejscu).
- **Odciążenie rodzin i opiekunów** (edukacja i wsparcie zmniejszające ciężar opieki i ułatwiające adaptację do nowej sytuacji – konieczność wspierania osoby po udarze).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowe, wielospecjalistyczne świadczenia** (neurofizjoterapia, terapia zajęciowa indywidualna/grupowa, neurologopedia, neuropsychologia).
- **Indywidualizacja terapii** (dobór metod i ich modyfikacja w trakcie cyklu do potrzeb konkretnego pacjenta).
- **Systematyczna praca z opiekunami osób po udarze** (instruktaż, przekazanie wiedzy i narzędzi do kontynuacji wsparcia w domu).
- **Elastyczny model organizacyjny („open access” vs. ambulatoryjny)** (możliwość dojazdów bez noclegu – kluczowe w okresach zwiększonego ryzyka, np. pandemii, ale też po prostu zwiększający zakres oferty usług).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Poszerzenie kryteriów wieku** (objęcie osób >65 lat).
- **Zniesienie ograniczenia dotyczącego minimalnego czasu od wystąpienia udaru** (wymóg, aby choroba wystąpiła nie później niż 12 miesięcy przed włączeniem do programu, wykluczał niektórych pacjentów; doświadczenia beneficjenta pokazują, że udział w rehabilitacji przynosi wymierne efekty również u osób po przebytym udarze ponad 12 miesięcy wcześniej).
- **Zniesienie wymogu skierowania od specjalisty** (obowiązek posiadania skierowania od neurologa lub kardiologa stanowił dla wielu pacjentów barierę ze względu na długie kolejki i konieczność ponoszenia kosztów prywatnych wizyt; kwalifikacja pacjentów mogłaby odbywać się bezpośrednio w ośrodku realizującym projekt przez neurologa lub rehabilitanta).
- **Decentralizacja i bliskość usług** (wskazana jest realizacja takich programów z podziałem na mniejsze części województwa (np. subregiony), aby pacjent mógł trafić do ośrodka najbliższego miejsca zamieszkania, co jest bardziej ekonomiczne niż pobyt stacjonarny).

RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **NIE**

Uzasadnienie dla braku kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Obciążenie pacjenta w ostrym okresie onkologicznym** (po świeżej diagnozie i w trakcie przygotowań do terapii pacjenci są już przeciążeni zadaniami: konsultacjami dietetycznymi i psychologicznymi; dokładanie kolejnych procedur profilaktycznych – szczepień – zwiększa stres i obniża gotowość do udziału).

- **Potrzeba podejścia „małych kroków”** (skuteczne leczenie onkologiczne wymaga sekwencjonowania obciążeń; szczepienia budzące opór społeczny powinny być włączane dopiero po ustabilizowaniu sytuacji klinicznej, inaczej stają się barierą, a nie wsparciem).
- **Wysoki opór wobec szczepień** (mylenie szczepienia przeciw COVID-19 z profilaktyką przeciw pneumokokom oraz obawy przed NOP przy równoczesnych szczepieniach znacząco obniżały akceptację; kampanie informacyjne nie przełamały tych postaw w grupie docelowej).
- **Bardzo niska skuteczność rekrutacji** (finalnie zrekrutowano 13 osób przy celu 4 250, co wskazuje na niedopasowanie instrumentu do realnej gotowości pacjentów i warunków organizacyjnych; dodatkowo nie uwzględniono rezygnacji klinicznych, zgonów i migracji, przez co wskaźniki stały się nierealne już na etapie konstrukcji projektu).
- **Brak wystarczającej sieci realizacyjnej** (znikome zainteresowanie współpracą ze strony jednostek spoza ośrodka centralnego utrudniło dostęp terytorialny – mimo wielokrotnych naborów partnerów).

Rekomendowana jest alternatywa systemowa (stały, bezpłatny dostęp do szczepień przeciw pneumokokom w ośrodkach onkologicznych jako element rutynowej ścieżki opieki – bez uruchamiania odrębnego RPZ – co zapewni większą dostępność przy niższym koszcie administracyjnym).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Brak górnego ograniczenia wieku** (otwarcie programu na wszystkie osoby pełnoletnie lepiej odpowiada rosnącemu wraz z wiekiem ryzyku ciężkiego przebiegu infekcji i eliminuje sztuczne bariery kwalifikacyjne).

RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji realizacji RPZ

- **Wypełnianie luki w systemie** (kompleksowa opieka łącząca w jednym miejscu i czasie ortodontę, chirurga szczękowego/plastycznego, psychologa/psychiatrę oraz fizjoterapeutę – efektywniejsza niż rozproszone ścieżki NFZ).
- **Wysoka retencja pacjentów** (mało rezygnacji – rodzice i dzieci dostrzegali realne korzyści, co potwierdza trafność modelu wsparcia).
- **Uzupełnianie braków w ofercie NFZ** (RPZ umożliwiał kwalifikację pacjentów nieuwzględnionych w standardowych kontraktach ortodontycznych czy rozszczepowych; część form leczenia dostępnych w projekcie nie jest możliwa do realizacji w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ).
- **Potrzeba ciągłości leczenia** (terapia często trwa więcej niż 5 lat; brak kontynuacji projektu przerywa proces terapeutyczny – niezbędne jest stabilne finansowanie wieloletnie).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Odpowiednia koordynacja wizyt** (planowanie konsultacji wielu specjalistów podczas jednego przyjazdu – mniejsze obciążenie rodziny i niższe koszty dojazdu).

- **Zwrot kosztów dojazdu** (refundacja podróży dziecka i opiekuna – realne wsparcie dostępności dla rodzin z odległych miejscowości).
- **Kontynuacja opieki po zakończeniu RPZ** (niepozostawianie pacjentów „w próżni”; domykanie etapów leczenia wewnętrznymi zasobami realizatora).
- **Wsparcie psychiatryczne i psychologiczne** (opieka zdrowia psychicznego jako stały komponent procesu terapii).
- **Decyzyjność kliniczna po stronie zespołu** (kwalifikacja i prowadzenie przez doświadczonych ortodontów/chirurgów – spójna ścieżka i adekwatny zakres świadczeń).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Włączenie elementów chirurgii plastycznej** (opcjonalnie, w uzasadnionych przypadkach; co jednakże wymagałoby współpracy z ośrodkami referencyjnymi i zabezpieczenia wyższych kosztów w RPZ).
- **Zapewnienie ciągłości finansowania wieloletniego** (by nie przerywać leczenia rozpoczętego u dzieci).
- **Utrzymanie/rozszerzenie finansowania świadczeń poza koszykiem NFZ** (np. aparaty stałe, rozszerzone procedury logopedyczne i fizjoterapeutyczne – krytyczne dla efektu funkcjonalnego i estetycznego).

RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK, ale z urealnieniem zakładanej liczby uczestników**

Uzasadnienie dla kontynuacji realizacji RPZ

- **Trafność grupy docelowej – wiek krytyczny 11-13 lat** (okres intensywnego używania słuchawek i kształtowania nawyków; edukacja w tym momencie zapobiega przyszłemu ubytkom słuchu).
- **Wykrywanie problemów i zapobieganie nieodwracalnym dolegliwościom** (działania pozwalały na wczesną diagnozę; dzięki zaświadczeniom przekazywanym rodzicom uczniowie z rozpoznanym niedosłuchem lub innymi problemami laryngologicznymi byli kierowani do lekarza POZ, a następnie do poradni specjalistycznych, co umożliwiało szybszą interwencję i zapobieganie pogłębianiu się dolegliwości, w tym także nieodwracalnych).
- **Wysokie zainteresowanie szkół z mniejszych miejscowości** (tam, gdzie dostęp do laryngologa jest ograniczony – program realnie wyrównuje szanse).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Współpraca z organami prowadzącymi szkoły (JST)** (skuteczny kanał komunikacji i rekrutacji – szybkie dotarcie do dyrektorów szkół).
- **Elastyczność wieku uczniów** (włączanie klas 5-7 mieszczących się w widełkach 11–13 lat – większy zasięg bez utraty założeń merytorycznych).
- **Szybkie kierowanie do dalszej diagnostyki** (w przypadku stwierdzenia niedosłuchu lub innych problemów laryngologicznych uczniowie otrzymywali zaświadczenie z zaleceniem zgłoszenia

się do lekarza POZ w celu uzyskania skierowania do poradni specjalistycznej – laryngologicznej, audiologicznej lub foniatrycznej).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości

- **Zmniejszenie założeń dotyczących odsetka populacji objętej badaniami przesiewowymi** (konieczne ze względu na niską świadomość społeczną oraz bariery formalne i biurokratyczne).
- **Wdrożenie uproszczeń w dokumentacji wymaganej od rodziców** (np. wstępne uzupełnienie formularzy danymi wspólnymi dla wszystkich i dodanie odpowiedzi z najczęściej pojawiającymi się odpowiedziami, aby zminimalizować ryzyko odmów).
- **Zwiększenie liczby zespołów realizujących badania** (w RPZ działał tylko jeden zespół wyjazdowy, co ograniczało możliwość objęcia wsparciem wszystkich mniejszych miejscowości).
- **Włączenie szkoleń dla personelu medycznego jako elementu programu** (w RPZ nie przewidziano kształcenia kadry, a na rynku brakowało wystarczającej liczby specjalistów – co pozawalałoby np. stworzyć dodatkowy zespół realizujący badania).
- **Podział województwa na mniejsze obszary obsługiwane przez różnych realizatorów**

RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji realizacji RPZ

- **Pozytywny odbiór i realne wsparcie** (program w sposób odczuwalny odciążał całe rodziny: dzieci zyskiwały dostęp do fizjoterapii, logopedii i wsparcia psychologicznego, a rodzice – do regularnych konsultacji i porad, co stabilizowało funkcjonowanie domu i redukowało chroniczny stres związany z leczeniem).
- **Wypełnianie luki w systemie** (finansowanie umożliwiło koncentrację wielu form pomocy w jednym miejscu i czasie, co w standardowej ścieżce NFZ jest trudne lub niemożliwe).
- **Korzyści zdrowotne i psychospołeczne** (u dzieci obserwowano mierzalną poprawę sprawności i wydolności, a u rodziców spadek lęku oraz wzrost poczucia sprawczości; łącznie przekładało się to na lepszą współpracę z personelem i większą konsekwencję w realizacji zaleceń).
- **Holistyczna zmiana praktyki klinicznej** (program promował myślenie całościowe: lekarze częściej współpracowali z dietetykami i terapeutami, a decyzje o leczeniu były uzupełniane o działania nefarmakologiczne, co poprawiało komfort pacjentów i ograniczało ryzyko niepotrzebnych procedur).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowe wsparcie dziecko - rodzic** (równoległe prowadzenie terapii dla pacjenta i interwencji dla opiekunów wzmacniało efekty – rodzice uczyli się, jak ćwiczyć z dzieckiem w domu, jak radzić sobie z kryzysami i jak komunikować potrzeby w szkole lub w pracy).
- **Interdyscyplinarna współpraca w szpitalu** (regularne konsylia lekarz–terapeuta–dietetyk pozwalały korygować na bieżąco założenia terapii poszczególnych uczestników).

- **Szkolenia dla nauczycieli i pracowników OPS** (warsztaty skierowane do instytucji pomocy społecznej i kadry pedagogicznej, stanowiące element wsparcia „otoczenia” mającego bezpośredni kontakt z dziećmi przewlekle chorymi; ich celem było zwiększenie świadomości na temat wyzwań, z jakimi mierzą się uczniowie powracający do szkoły po chorobie oraz długoterminowych konsekwencji zdrowotnych; szkolenia obejmowały zagadnienia dotyczące różnych chorób przewlekłych, nie tylko onkologicznych, aby szerzej uświadamiać znaczenie i skutki chorób długoterminowych).
- **Zajęcia relaksacyjne dla rodziców** (m.in. joga i warsztaty oddechowe wprowadzały higienę emocjonalną do rutyny opiekunów; to przekładało się na mniejszą liczbę konfliktów domowych i większą gotowość do długotrwałej opieki).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przeszłości (wdrażane w II edycji RPZ)

- **Szersze kryteria zdrowotne** (objęcie wsparciem także dzieci z innymi chorobami przewlekłymi i rzadkimi, które mierzą się z podobnymi wyzwaniami funkcjonalnymi i emocjonalnymi; dzięki temu ograniczane są nierówności w dostępie do pomocy i szerzej jest wykorzystywany wypracowany model holistyczny wsparcia).
- **Terapia pedagogiczna** (zapewnia dzieciom onkologicznym wsparcie pedagoga w okresie izolacji od szkoły i rówieśników. Dzięki temu dzieci utrzymują ciągłość edukacji i kontaktów społecznych).
- **Wzmocnienie komponentu psychiatrycznego** (stała obecność psychiatry dziecięcego i rozbudowanie interwencji kryzysowej).
- **Większa elastyczność kwalifikacji i czasu wsparcia** (dopasowanie intensywności, długości i momentu wejścia do programu do przebiegu choroby, np. zwiększenie liczby godzin w okresach zaostrzeń oraz możliwość powrotu po przerwie).

RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Czy wskazana kontynuacja RPZ: **TAK**

Uzasadnienie dla kontynuacji RPZ w przyszłości

- **Likwidacja luk systemowych po WWR i w okresie tranzykcji do dorosłości** (program obejmuje dzieci od 5. roku życia – po zakończeniu wczesnego wspomaganie rozwoju – oraz prowadzi je do 21., a w uzasadnionych przypadkach do 24. roku życia, zabezpieczając najtrudniejsze etapy, gdy publiczna opieka zdrowotna daje ograniczone możliwości).
- **Skuteczność kliniczna potwierdzona wskaźnikami** (osiągnięcie celów u 86% chłopców i 82% dziewczynek oraz utrzymanie 80% efektów po 6 miesiącach świadczy o realnej poprawie funkcji i jakości życia, której brakuje w standardowej ścieżce).
- **Dostęp do diagnostyki niedostępnej w NFZ** (instrumentalna analiza chodu i inne badania funkcjonalne pozwalają precyzyjnie dobierać terapię i optymalizować interwencje ortopedyczne, czego nie finansuje NFZ).
- **Nowoczesne, motywujące technologie terapeutyczne** (zastosowanie egzoszkieletów, lokomatów i robotów z biofeedbackiem wzrokowym zwiększa intensywność, powtarzalność i atrakcyjność terapii, co przekłada się na lepsze zaangażowanie w terapię).

Dobre praktyki w RPZ rekomendowane do stosowania w przyszłości

- **Kompleksowość technologiczna i organizacyjna terapii** (zintegrowany park robotyczny i urządzenia wspomagające pozwalają dobrą intensywny, a zarazem bezpieczny protokół „pod pacjenta”, bez ograniczania się do jednego narzędzia).
- **Personalizacja ścieżki – fizjoterapeuta „idzie za pacjentem”** (fizjoterapeuta jest przypisany do pacjenta, a nie do konkretnego urządzenia; towarzyszy pacjentowi podczas przechodzenia między stacjami, co zwiększa komfort pacjenta, ale też zapobiega wypaleniu zawodowemu specjalistów wcześniej obsługujących wyłącznie jedno stanowisko).
- **Rehabilitacja zorientowana na cele uczestnictwa** (odejście od celów czysto funkcjonalnych, takich jak poprawa szybkości chodu czy sprawności chwytu, na rzecz celów związanych z uczestnictwem w codziennym życiu – np. zdążenie z klasą na wycieczkę, możliwość pójścia o kulach zamiast korzystania z wózka, czy samodzielne skorzystanie z toalety).
- **Włączenie rodziny w proces leczenia** (rodzina traktowana jest jako część zespołu terapeutycznego; rodzice otrzymują do realizacji w domu konkretne cele, zamiast listy ćwiczeń, np. utrzymanie zdolności przejścia 10 metrów w określonym czasie).
- **Wsparcie logistyczne i finansowe dla rodzin** (oferowane rozwiązania obejmują m.in. bezpłatny hotel dla dzieci mieszkających ponad 30 km od Poznania, z zapewnionym dojazdem do ośrodka – zakwaterowanie w hotelu tworzy korzystne środowisko lecznicze bez uciążliwości pobytu szpitalnego, co zwiększa satysfakcję pacjentów; dodatkowo zakupiono własny pojazd i organizowano transport przy wykorzystaniu pracowników szpitala, co zastąpiło usługi zewnętrzne i poprawiło sprawność logistyczną).

Rekomendowane zmiany w RPZ w przyszłości²⁶

- **Zwiększenie dostępności i intensywności turnusów** (zwiększenie liczby turnusów i możliwości udziału nawet trzy razy w roku dla wybranych dzieci, aby utrzymać efekt neuroplastyczny i zapobiec regresom).
- **Poszerzenie grupy odbiorców wsparcia** (zakres wsparcia został rozszerzony na wszystkie schorzenia nerwowo-mięśniowe, a nie tylko MPD, co pozwoliło uniknąć wykluczania określonych grup pacjentów; w nowym projekcie uruchomionym w 2023 roku adresatami stała się szeroka grupa osób z chorobami nerwowo-mięśniowymi).
- **Wzmocnienie trwałości – wprowadzenie systemu indywidualnych listów dla lokalnych fizjoterapeutów** (każdy pacjent otrzymuje opracowany dokument zawierający ocenę stanu dziecka, opis osiągniętych rezultatów oraz cele do dalszej pracy, co umożliwia kontynuację i utrwalenie efektów terapii w miejscu zamieszkania).
- **Wzmocnienie trwałości – opracowanie aplikacji monitorującej trwałość efektów terapii** (narzędzie, które poprzez element grywalizacji – „karmienie sukcesem rehabilitacyjnym” wirtualnego awatara – angażuje dziecko do aktywności i umożliwia monitorowanie postępów lub ich braku w warunkach domowych).

Dodatkowo wskazana jest realizacja oddzielnych programów rehabilitacyjnych:

²⁶ Zgodnie z deklaracjami beneficjenta, wszystkie rekomendowane zmiany wynikające z doświadczeń z realizacji RPZ 16 zostały zaimplementowane w RPZ będącym jego kontynuacją.

- **dla dzieci w najcięższym stanie klinicznym** (dotychczas były one wykluczone z projektu ze względu na zbyt duże ryzyko powikłań; wymagają innych metod rehabilitacji, takich jak kinezyterapia, pozycjonowanie, zapobieganie przykurczom i zabiegi pielęgnacyjne – co nie mieści się w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD; a obecnie są często zdane na niedofinansowane organizacje pozarządowe).
- **dla dzieci w stosunkowo dobrym stanie zdrowia** (ta grupa nie kwalifikowała się do obecnego projektu, choć nadal wymaga odpowiednich form wsparcia rehabilitacyjnego, które powinny być dostosowane do ich wyższego poziomu sprawności).
- **uruchomienie programu wczesnej interwencji dla dzieci w wieku 0–2 lata** (brak działań w tym zakresie ogranicza możliwość wykorzystania plastyczności mózgu; dostęp do intensywnej rehabilitacji w tym wieku jest niewystarczający i w dużej mierze przeniesiony do sektora prywatnego).

Realizatorzy RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD postulują również utworzenie **rejestru dzieci z niepełnosprawnościami** (w tym MPD), które byłoby narzędziem o znaczeniu klinicznym i planistycznym: umożliwiłoby identyfikację oraz objęcie opieką dzieci z różnymi potrzebami, wprowadziłoby jednolite, wiekowo- i ryzyko-zależne harmonogramy profilaktyki (np. okresowe RTG stawów biodrowych, monitorowanie kręgosłupa), a tym samym zmniejszyło ryzyko złamań i innych powikłań dzięki wcześniejszym interwencjom. Z perspektywy praktyki lekarskiej rejestr dostarczałby ciągłego, porównywalnego obrazu stanu pacjenta (historia badań, terapii, sprzętu i funkcjonowania), ułatwiając decyzje terapeutyczne i koordynację między specjalistami. Dla rodziców stanowiłby punkt dostępu do rzetelnych informacji i materiałów edukacyjnych, wspierając świadome uczestnictwo w opiece. Na poziomie systemowym dawałby władzom możliwość **długoterminowego prognozowania** potrzeb i wydatków (z rozróżnieniem stopnia niepełnosprawności), lepszego planowania kadr, świadczeń, infrastruktury i programów wsparcia. Rejestr wpisuje się też w szerszą potrzebę **holistycznej opieki** nad dziećmi przewlekle chorymi (w tym z chorobami rzadkimi i metabolicznymi), łącząc komponent medyczny, rehabilitacyjny, psychologiczny i żywieniowy.

Identyfikowane kluczowe potrzeby zdrowotne w regionie

Przedstawiciele środowiska medycznego biorący udział w wywiadach pogłębionych oraz FGI zwracają uwagę na następujące obszary, w których widoczne są największe potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa wielkopolskiego. Wskazane potrzeby odzwierciedlają opinię środowiska medycznego oraz zapisy dokumentów strategicznych, jednak ich ewentualne wdrożenie będzie wymagać analizy pod kątem zgodności z założeniami polityki spójności na lata 2021-2027 oraz kolejnej perspektywy 2027+, a także zweryfikowania potencjalnych powiązań lub kolizji z programami krajowymi.

Obszary kliniczne (wg jednostek chorobowych):

- **Choroba niedokrwienna serca i niewydolność serca.** Potrzebne są programy kontroli ryzyka (lipidy, ciśnienie, glikemia), szybkie ścieżki diagnostyczne oraz szeroka dostępność rehabilitacji kardiologicznej, aby ograniczać hospitalizacje i przyspieszać powrót do pracy.

- **Nadciśnienie tętnicze.** Priorytetem jest wczesne wykrywanie w POZ (w tym pomiary domowe/ABPM²⁷), intensywna edukacja dotycząca stylu życia i poprawa adherencji do leczenia, bo to najczęstszy czynnik ryzyka udarów i zawałów.
- **Tętniak aorty brzusznej.** Uzasadnione jest upowszechnienie jednorazowego USG przesiewowego u grup ryzyka, co zmniejsza ryzyko pęknięcia i śmiertelności.
- **Udar mózgu.** Konieczna jest profilaktyka pierwotna i wtórna, tj. szybka diagnostyka objawów oraz wczesna, intensywna rehabilitacja po udarze, by ograniczyć niesprawność długoterminową.
- **Rak płuca.** Wskazane są programy obejmujące badania LDCT²⁸ dla osób z wysokim ryzykiem, powiązane z poradnictwem antynikotynowym i jasno opisaną ścieżką od wyniku do leczenia.
- **Rak jelita grubego.** Priorytetem jest zwiększenie uczestnictwa w badaniach przesiewowych: w pierwszym kroku regularny, nieinwazyjny immunochemiczny test na krew utajoną w kale (FIT) dla grup wiekowych ryzyka, a przy wyniku dodatnim – szybka kolonoskopia w jasno opisanej ścieżce. Warto zapewnić „nawigatora” pacjenta oraz aktywne przypomnienia i gwarantowane, krótkie terminy endoskopii; takie zorganizowanie procesu skraca czas do rozpoznania zmian przedrakowych lub wczesnych raków i realnie poprawia rokowanie oraz przeżycia.
- **Nowotwory głowy i szyi²⁹.** Niezbędne jest usprawnienie diagnostyki w AOS: szybkie przyjęcie w laryngologii/otolaryngologii onkologicznej (preferencyjnie ≤14 dni) przy objawach alarmowych, takich jak chrypka trwająca więcej niż 3 tyg., jednostronny ból gardła lub ucha, dysfagia, niegojące się owrzodzenia w jamie ustnej, guz szyi czy jednostronna niedrożność nosa/krwawienia; na wizycie – pełne badanie z fiberoskopią i pilne obrazowanie oraz, gdy wskazane, wystawienie karty DILO i skierowanie do ośrodka referencyjnego z koordynacją terminów biopsji oraz konsyliów. Równolegle potrzebna jest intensywna edukacja o czynnikach ryzyka (tytoń, szkodliwe picie alkoholu, zakażenie HPV) oraz promocja szczepień przeciw HPV i wczesnego zgłaszania się z objawami; warto też włączyć dentystów i POZ do wstępnego wykrywania zmian w jamie ustnej i szybkiego kierowania do specjalistów.
- **Rak piersi.** Wzmocnienia wymaga dostęp do badań obrazowych i działania edukacyjne promujące samobadania, z naciskiem na równość terytorialną i krótkie czasy oczekiwania na diagnostykę pogłębioną.
- **Prehabilitacja i wsparcie żywieniowe onkologiczne.** Konieczne jest jak najlepsze przygotowanie pacjenta onkologicznego przed rozpoczęciem terapii. Prehabilitacja powinna obejmować zachęcanie do rzucenia palenia, konsultacje dietetyczne (dla niedożywionych lub

²⁷ ABPM (ang. Ambulatory Blood Pressure Monitoring) to całodobowe automatyczne monitorowanie ciśnienia tętniczego, znane też jako holter ciśnieniowy. Polega ono na noszeniu przez pacjenta specjalnego rejestratora, który rejestruje ciśnienie automatycznie co kilkanaście minut przez 24 godziny, zarówno w dzień, jak i w nocy. Wyniki pozwalają ocenić rzeczywiste wartości ciśnienia przy typowym trybie życia.

²⁸ LDCT (ang. Low-Dose Computed Tomography) to niskodawkowa tomografia komputerowa, czyli rodzaj badania obrazowego wykorzystującego komputer i promieniowanie rentgenowskie o bardzo niskiej dawce do uzyskania szczegółowych przekrojowych obrazów narządów, najczęściej płuc.

²⁹ Aktualnie ze środków budżetu SWW realizowany jest program w tym obszarze „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” z budżetem na 2025 rok w wysokości prawie 800 tys. zł.

z nadwagą), wsparcie psychologiczne oraz przygotowanie młodych ludzi pod kątem zachowania płodności. Aż 20% niepowodzeń (zgonów) pacjentów onkologicznych jest związane z wyniszczeniem organizmu, co uzasadnia potrzebę poradni żywieniowej.

- **Cukrzyca typu 2.** Niezbędne są programy wczesnego wykrywania, intensywna edukacja żywieniowa oraz kontrola powikłań (m.in. retinopatii), najlepiej w modelu opieki koordynowanej POZ–specjalista.
- **Otyłość.** Skuteczne interwencje muszą łączyć dietetykę, aktywność fizyczną i wsparcie psychologiczne, z ofertą zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci w środowisku szkolnym.
- **POChP.** Priorytetem jest powszechny, bliski miejscu zamieszkania dostęp do spirometrii (stałe punkty badań w każdym powiecie, dyżury wyjazdowe i telekonsultacje z pulmonologiem dla interpretacji wyniku), połączony z silną profilaktyką antynikotynową (krótkie interwencje 5A³⁰ w POZ, łatwy dostęp do poradnictwa i farmakoterapii odwykowej). Uzupełnieniem powinny być programy rehabilitacji oddechowej w skali powiatowej oraz inne działania wspierające (edukacja, szczepienia przeciw grypie i pneumokokom, szybka ścieżka do konsultacji), co łącznie obniża częstość zaostrzeń i hospitalizacji oraz poprawia jakość życia chorych.
- **Stwardnienie rozsiane.** Wymagana jest ciągła rehabilitacja funkcjonalna oraz wsparcie neuropsychologiczne i społeczne, które ograniczają postęp niesprawności.
- **Choroba Parkinsona.** Potrzebne jest łączenie farmakoterapii z treningiem ruchowym, terapią mowy i wsparciem opiekunów, by jak najdłużej utrzymać samodzielność.
- **Otępienia (w tym choroba Alzheimera).** Priorytetem jest wczesna identyfikacja zaburzeń poznawczych w POZ (proaktywne przesiewy 65+, krótki wywiad z rodziną/opiekunem, testy MMSE/MoCA³¹ oraz wykluczanie odwracalnych przyczyn), a następnie szybka ścieżka do poradni neurologii/psychiatrii z jasną nawigacją pacjenta. Program powinien zapewniać indywidualne plany postępowania: trening funkcji poznawczych (np. CST³²), aktywność fizyczną i terapię zajęciową, higienę snu, kontrolę chorób współistniejących i okresowe przeglądy farmakoterapii. Niezbędny jest pakiet wsparcia dla opiekunów (edukacja, grupy wsparcia, szkolenia z komunikacji i pielęgnacji, poradnictwo socjalno-prawne, opieka wytchnieniowa, teleopieka), a także ocena bezpieczeństwa w domu (profilaktyka upadków, przeciwdziałanie błędzeniu – opaski SOS/geolokalizacja).

³⁰ Model „5A” to narzędzie wykorzystywane m.in. w interwencjach profilaktycznych, promocji zdrowia, szczególnie przy wsparciu rzucania palenia lub zmianie stylu życia. Składa się z pięciu kroków: Ask (Zapytaj): o zachowanie zdrowotne/nawyk/problem, Advise (Doradź): jak najlepiej postąpić, udziel jasno sformułowanej porady, Assess (Oceń): gotowość i możliwości zmiany, Assist (Wspieraj): w planowaniu i wprowadzaniu zmian, Arrange (Zorganizuj): kontrolę, skierowanie lub dalsze wsparcie. Model ten pomaga zorganizować krótki i skuteczny kontakt lekarza lub pielęgniarki z pacjentem, na przykład w poradnictwie antynikotynowym czy leczeniu otyłości.

³¹ Testy MMSE (Mini-Mental State Examination) i MoCA (Montreal Cognitive Assessment) to narzędzia przesiewowe używane w medycynie do oceny funkcji poznawczych, szczególnie w diagnostyce otępień oraz chorób neurodegeneracyjnych.

³² CST (terapia stymulacji poznawczej) to specjalny, standaryzowany program grupowych zajęć terapeutycznych dla osób z demencją, mający na celu poprawę lub utrzymanie sprawności poznawczej, komunikacji i jakości życia.

- **Depresja i zaburzenia lękowe dorosłych.** Potrzebny jest łatwy dostęp do psychoterapii i konsultacji psychiatrycznych, także w trybie popołudniowym i zdalnym, aby zmniejszyć bariery korzystania.
- **Choroby układu ruchu (ból kręgosłupa, zwyrodnienia, dyskopatie, urazy).** Priorytetem jest wczesna segregacja pacjentów w POZ/AOS z zastosowaniem szybkich ścieżek kierowania do fizjoterapii, aby uniknąć przewlekania dolegliwości. Skuteczność zwiększa celowana, aktywna rehabilitacja oparta na dowodach (ćwiczenia funkcjonalne, stabilizacja, terapia manualna w jasno określonych wskazaniach) połączona z edukacją ergonomiczną w pracy i domu.

Dzieci i młodzież

- **Otyłość i wady postawy** – potrzebne są programy szkolne łączące aktywność fizyczną, edukację żywieniową i pracę z rodzicami. Stałe, tygodniowe bloki ruchowe uzupełnione o ćwiczenia korekcyjne i szkolne testy sprawności pozwolą wcześniej wychwytywać nieprawidłowości. Równolegle potrzebne są warsztaty żywieniowe i „zadania domowe” dla całej rodziny, konsultacje z dietetykiem oraz proste narzędzia monitoringu postępów – dzienniczki aktywności i posiłków.
- **Zdrowie psychiczne** – potrzeby zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży są uznawane za jeden z największych problemów populacyjnych w województwie wielkopolskim. Skala zjawiska bywa określana jako „plaga”, której towarzyszy poczucie braku skutecznej odpowiedzi systemowej; podkreśla się konieczność rozpoznania uwarunkowań cywilizacyjnych stojących za narastaniem trudności, w tym wpływu przewlekłego stresu i współczesnego stylu życia. Wśród najpilniejszych problemów wymienia się nie tylko zaburzenia lękowe i depresyjne, lecz także zachowania autoagresywne i próby samobójcze, nierzadko współwystępujące z kwestiami neurologicznymi. Oczekiwane działania obejmują rozwój programów profilaktycznych dedykowanych psychiatrii dzieci i młodzieży, edukację antynawykową (uzależnienia i używki) oraz organizację pomocy „blisko domu” – w szkołach i lokalnych placówkach – z szybkim dostępem do konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych, pracy w grupach wsparcia oraz indywidualnej terapii. Kluczową barierą pozostaje niedobór psychiatrów dziecięcych, co dodatkowo wzmacnia potrzebę priorytetowego traktowania tego obszaru i budowania zintegrowanego, wielospecjalistycznego systemu wsparcia.
- **Mózgowe porażenie dziecięce i choroby nerwowo-mięśniowe u dzieci.** Potrzebne są intensywne turnusy rehabilitacyjne z wykorzystaniem technologii wspomagających oraz systemowe wsparcie rodziny – na wzór RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.

Seniorzy

- **Programy ukierunkowane na utrzymanie samodzielności** – cykl zajęć łączących trening funkcji dnia codziennego (ubieranie, higiena, gospodarstwo domowe), ćwiczenia równowagi i siły, treningi pamięci oraz naukę bezpiecznego poruszania się w domu i w przestrzeni publicznej. Zajęcia mogłyby odbywać się w lokalnych centrach aktywności 65+/70+, gdzie pracują fizjoterapeuci i terapeuci zajęciowi, a uczestnicy mają zapewniony prosty transport „door-to-door” oraz wsparcie wolontariuszy. Taki model obniża ryzyko upadków i wtórnej zależności, a jednocześnie podtrzymuje sprawność, orientację poznawczą i społeczne zaangażowanie seniorów.

9 WNIOSKI I REKOMENDACJE

Tabela 20 Wnioski i rekomendacje

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia ³³	Klasa rekomendacji ³⁴
1.	Analizy poszczególnych RPZ pokazują, że w programach kierowanych do osób aktywnych zawodowo oraz osób starszych o ograniczonej mobilności, w których wsparcie polega na ciągłym/cyklicznym uczestnictwie, o powodzeniu interwencji decyduje minimalizacja barier dojazdu i czasu. Koncentracja świadczeń w nielicznych scentralizowanych ośrodkach prowadzi do nierównomiernego rozkładu uczestników, rezygnacji z udziału oraz gorszej efektywności poza rdzeniem dużych miast. Zbliżenie usług do miejsca zamieszkania (sieć punktów powiatowych, mobilne formy, zwrot kosztów dojazdu/ zakwaterowania, współpraca z JST i POZ) wyrównuje dostęp i stabilizuje frekwencję. (str. 76)	Jeśli w perspektywie 2021-2027 zostaną opracowane kolejne RPZ i wdrożone w ramach FEW, rekomenduje się zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania w przypadku takich RPZ, których grupą docelową są osoby aktywne zawodowo i/lub osoby starsze, a wsparcie ma charakter ciągły lub cykliczny i wymaga regularnego uczestnictwa w zabiegach bądź wizytach (np. codziennych lub częstych przez okres kilku tygodni), przy czym nie wymaga wykorzystania specjalistycznego, kosztownego sprzętu dostępnego jedynie w nielicznych placówkach (którego zakup w większej ilości w ramach projektu nie byłby efektywny kosztowo).	Przyjęcie modelu realizacji RPZ w układzie subregionalnym (obejmującym grupy powiatów), w którym realizacja programów odbywałaby się równolegle w poszczególnych subregionach. Premiowane powinno być tworzenie przez wnioskodawców filii lub punktów świadczenia usług w ramach projektu, co pozwoli na zwiększenie terytorialnej dostępności świadczeń i lepsze dotarcie do mieszkańców województwa wielkopolskiego	IZ FEW/ DEFS UMWW	31.12.2027	Programowa Operacyjna
2.	Analizy poszczególnych RPZ pokazują, że w programach kierowanych do	W perspektywie finansowej 2027+, jeśli zostanie podjęta decyzja o	Rekomenduje się przyjęcie modelu realizacji RPZ w układzie	Instytucja odpowiedzialna	Przyszła perspektywa	Programowa

³³ Powinien mieć formę daty dziennej. Wyjątek stanowią rekomendacje przewidziane do wdrożenia w kolejnej perspektywie finansowej, dla których zamiast daty dziennej można zastosować kategorię „przyszła perspektywa finansowa”.

³⁴ Rekomendacja horyzontalna / Rekomendacja programowa operacyjna / Rekomendacja programowa strategiczna.

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia 33	Klasa rekomendacji 34
	osób aktywnych zawodowo oraz osób starszych o ograniczonej mobilności, w których wsparcie polega na ciągłym/cyklicznym uczestnictwie, o powodzeniu interwencji decyduje minimalizacja barier dojazdu i czasu. Koncentracja świadczeń w nielicznych scentralizowanych ośrodkach prowadzi do nierównomiernego rozkładu uczestników, rezygnacji z udziału oraz gorszej efektywności poza rdzeniem dużych miast. Zbliżenie usług do miejsca zamieszkania (sieć punktów powiatowych, mobilne formy, zwrot kosztów dojazdu/ zakwaterowania, współpraca z JST i POZ) wyrównuje dostęp i stabilizuje frekwencję. (str. 76)	opracowaniu i wdrożeniu RPZ, rekomenduje się zapewnienie odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania w przypadku takich RPZ, których grupą docelową są osoby aktywne zawodowo i/lub osoby starsze, a wsparcie ma charakter ciągły lub cykliczny i wymaga regularnego uczestnictwa w zabiegach bądź wizytach (np. codziennych lub częstych przez okres kilku tygodni), przy czym nie wymaga wykorzystania specjalistycznego, kosztownego sprzętu dostępnego jedynie w nielicznych placówkach (którego zakup w większej ilości w ramach projektu nie byłby efektywny kosztowo).	subregionalnym (obejmującym grupy powiatów), w którym realizacja programów odbywałaby się równolegle w poszczególnych subregionach. Premiowane powinno być tworzenie przez wnioskodawców filii lub punktów świadczenia usług w ramach projektu, co pozwoli na zwiększenie terytorialnej dostępności świadczeń i lepsze dotarcie do mieszkańców województwa wielkopolskiego.	a w perspektywie 2027+ za wybór realizatorów RPZ na poziomie regionalnym	wa finansowa 2027+	Operacyjna
3.	W RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne (np. badania przesiewowe, pojedyncze konsultacje specjalistyczne) sprawdziła się organizacja świadczeń „u mieszkańca” (w szpitalach/punktach lokalnych) oraz mobilne formy realizacji. Ograniczenie bariery dojazdu – poprzez dojazd realizatorów, punkty mobilne oraz zwrot kosztów – zmniejsza rezygnacje i wyrównuje dostęp terytorialny. (str. 77)	Jeśli w perspektywie 2021-2027 zostaną opracowane kolejne RPZ i wdrożone w ramach FEW, rekomenduje się w przypadku RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne premiowanie rozwiązań, które zapewnią jak największą dostępność świadczeń jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestnika.	Stosowanie w naborach kryteriów premiujących liczbę miejsc świadczenia profilaktyki, mobilne punkty świadczeń medycznych, a także współpracę z lokalnymi podmiotami.	IZ FEW/ DEFS UMWW	31.12.2027	Programowa Operacyjna

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia 33	Klasa rekomendacji 34
4.	W RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne (np. badania przesiewowe, pojedyncze konsultacje specjalistyczne) sprawdziła się organizacja świadczeń „u mieszkańca” (w szpitalach/punktach lokalnych) oraz mobilne formy realizacji. Ograniczenie bariery dojazdu – poprzez dojazd realizatorów, punkty mobilne oraz zwrot kosztów – zmniejsza rezygnacje i wyrównuje dostęp terytorialny. (str. 77)	W perspektywie finansowej 2027+, jeśli zostanie podjęta decyzja o opracowaniu i wdrożeniu RPZ, rekomenduje się w przypadku RPZ ukierunkowanych na jednorazowe działania profilaktyczne premiowanie rozwiązań, które zapewnią jak największą dostępność świadczeń jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestnika.	Stosowanie w naborach kryteriów premiujących liczbę miejsc świadczenia profilaktyki, mobilne punkty świadczeń medycznych, a także współpracę z lokalnymi podmiotami.	Instytucja odpowiedzialna w perspektywie 2027+ za wybór realizatorów RPZ na poziomie regionalnym	Przyszła perspektywa finansowa 2027+	Programowa Operacyjna
5.	Obecny system mierników efektywności w RPZ jest szeroki, lecz zdominowany przez mierniki produktu, a większość wskaźników rezultatu/oddziaływania nie ma wartości bazowych i docelowych, co utrudnia rzetelną ocenę efektów. Przekazane przez IZ i realizatorów raporty są niejednolite pod względem zakresu i struktury, często nie odnoszą się wprost do przyjętych mierników, a w części przypadków brak jest podania osiągniętych wartości, przez co porównywalność i agregacja wyników w skali województwa są ograniczone. (str. 95)	W perspektywie finansowej 2027+, jeśli zostanie podjęta decyzja o opracowaniu i wdrożeniu RPZ, rekomenduje się, aby w przyszłości instytucja odpowiedzialna za wybór realizatora RPZ w Wielkopolsce oraz rozliczanie projektów wprowadziła jednolite i obowiązkowe zasady przygotowywania sprawozdań końcowych z realizacji RPZ, tak aby zapewnić ich spójność, kompletność i porównywalność na poziomie skuteczności, czyli osiągania założeń.	Opracowanie ujednoliconego wzoru sprawozdania końcowego dla wszystkich realizatorów RPZ w oparciu o wzór określony przez AOTMiT. Wymaganie na etapie tworzenia RPZ określenia mierników efektywności dotyczących efektów produktowych (np. liczba uczestników, liczba zabiegów) oraz rezultatu (czyli np. zmiany w stanie zdrowia, korzyści), wraz z podaniem wartości bazowych (jeśli dotyczy) i docelowych oraz określenie źródła, które dostarczy danych na koniec realizacji RPZ. W szczególności dotyczy to RPZ ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia.	Instytucja odpowiedzialna w perspektywie 2027+ za wybór realizatorów RPZ na poziomie regionalnym	Przyszła perspektywa finansowa 2027+	Programowa Operacyjna

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia 33	Klasa rekomendacji 34
			Unikanie mierników nierealnych do zweryfikowania – mierniki powinny być mierzalne w obrębie grupy uczestników oraz w czasie trwania projektów. Wymaganie raportowania wszystkich mierników ujętych w RPZ po zakończeniu projektów w sprawozdaniu końcowym z realizacji projektów/RPZ.			
6.	Część mierników efektywności (np. mierzących natężenie bólu, ruchomość stawów) opiera się wyłącznie na deklaracjach uczestników, co ogranicza ich wiarygodność i porównywalność. (str. 102)	Jeśli w perspektywie 2021-2027 zostaną opracowane kolejne RPZ i wdrożone w ramach FEW, rekomenduje się stosowanie w miernikach efektywności, tam gdzie to możliwe, podejścia łączącego perspektywę pacjenta (ocena jakości życia) z obiektywnymi testami klinicznymi (standaryzowanymi, obiektywnymi pomiarami wykonywanymi przez specjalistów w układzie przed-po, np. testy funkcjonalne, zakres ruchu), co pozwala uchwycić zarówno subiektywnie odczuwaną, jak i faktyczną poprawę.	Uwzględnienie zintegrowanego podejścia w fazie planowania RPZ – wspólna weryfikacja przez instytucję odpowiedzialną za opracowanie RPZ oraz zaangażowanych ekspertów medycznych, czy istnieją i mogą być zastosowane wystandaryzowane testy badające efekty świadczeń zdrowotnych planowanych w RPZ, a także połączenie takich sposobów pomiaru z badaniem opinii wśród uczestników RPZ.	IZ FEW/ DEFS UMWW	31.12.2027	Programowa Operacyjna
7.	Część mierników efektywności (np. mierzących natężenie bólu, ruchomość stawów) opiera się wyłącznie na deklaracjach uczestników, co ogranicza ich	W perspektywie finansowej 2027+, jeśli zostanie podjęta decyzja o opracowaniu i wdrożeniu RPZ, rekomenduje się stosowanie w miernikach efektywności, tam gdzie	Uwzględnienie zintegrowanego podejścia w fazie planowania RPZ – wspólna weryfikacja przez instytucję odpowiedzialną za opracowanie RPZ oraz zaangażowanych ekspertów	Instytucja odpowiedzialna w perspektywie 2027+ za	Przyszła perspektywa	Programowa Operacyjna

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia 33	Klasa rekomendacji 34
	wiarygodność i porównywalność. (str. 102)	to możliwe, podejścia łączącego perspektywę pacjenta (ocena jakości życia) z obiektywnymi testami klinicznymi (standaryzowanymi, obiektywnymi pomiarami wykonywanymi przez specjalistów w układzie przed-po, np. testy funkcjonalne, zakres ruchu), co pozwala uchwycić zarówno subiektywnie odczuwaną, jak i faktyczną poprawę.	medycznych, czy istnieją i mogą być zastosowane wystandaryzowane testy badające efekty świadczeń zdrowotnych planowanych w RPZ, a także połączenie takich sposobów pomiaru z badaniem opinii wśród uczestników RPZ.	wyбір realizatorów RPZ na poziomie regionalnym	finansowa 2027+	
8.	W systemie informacji publicznej w obszarze zdrowia występuje istotna luka dotycząca dostępu obywateli do informacji o programach zdrowotnych realizowanych na poziomie regionalnym i lokalnym. Obecnie ważnym narzędziem dla pacjenta pozostaje portal pacjent.gov.pl, który umożliwia pacjentom zdalny dostęp do informacji medycznych, umawianie wizyt, przegląd wyników badań oraz komunikację z placówkami medycznymi. Jest to narzędzie pozwalające na wygodną obsługę spraw zdrowotnych online, zapewniając bezpieczeństwo danych i ułatwiając zarządzanie własnym leczeniem. Brak centralnego, zintegrowanego źródła informacji o możliwości udziału w badaniach profilaktycznych i rehabilitacyjnych	Rekomenduje się umieszczanie informacji o realizowanych programach zdrowotnych (regionalnych i lokalnych) na Portalu Pacjenta (pacjent.gov.pl).	Umieszczanie informacji o realizowanych programach zdrowotnych (regionalnych i lokalnych) na Portalu Pacjenta (pacjent.gov.pl), docelowo w formie spersonalizowanej oferty dla danego użytkownika (dostosowanie informacji pod względem np. wieku, płci, województwa, czynników ryzyka) z wyszukiwarką placówek oferujących wsparcie. Wypracowanie przez Ministerstwo Zdrowia stanowiska wobec proponowanego rozwiązania, wraz z uzasadnieniem, opisaniem możliwości technicznych oraz możliwych terminów wdrożenia. Przedstawienie stanowiska na Komitecie Sterującym do spraw	Ministerstwo Zdrowia Komitet Sterujący do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia	31.12.2027	Horyzontalna Strategiczna

lp.	Treść wniosku (z podaniem numeru strony)	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia 33	Klasa rekomendacji 34
	ogranicza przejrzystość systemu oraz utrudnia mieszkańcom dostęp do usług zdrowotnych w ich miejscu zamieszkania, co w konsekwencji może wpływać na niższy poziom uczestnictwa w działaniach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Obecnie informacje są rozproszone a cały ciężar upowszechniania ich wśród mieszkańców spoczywa na realizatorach. (str. 49)		koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia i podjęcie dyskusji. Wdrożenie rozwiązań informatycznych i organizacyjnych: gromadzenie informacji o realizowanych programach zdrowotnych (regionalnych i lokalnych) i umieszczanie informacji na Portalu Pacjenta (pacjent.gov.pl), docelowo w formie spersonalizowanej oferty dla danego użytkownika (dostosowanie informacji pod względem np. wieku, płci, województwa, czynników ryzyka) z wyszukiwarką placówek oferujących wsparcie. Weryfikacja postępów prac podjętych przez MZ przez Komitet Sterujący.			

10 SPIS TABEL, WYKRESÓW, SCHEMATÓW I MAP

Spis tabel

Tabela 1 Zakładana i osiągnięta zgłaszalność w RPZ.....	35
Tabela 2 Mierniki efektywności w RPZ 1. Zdrowa aorta	96
Tabela 3 Mierniki efektywności w RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna	97
Tabela 4 Mierniki efektywności w RPZ 3. Prewencja niewydolności serca	98
Tabela 5 Mierniki efektywności w RPZ 4. Odważ się na zdrowie.....	99
Tabela 6 Mierniki efektywności w RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa	100
Tabela 7 Mierniki efektywności w RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP.....	101
Tabela 8 Mierniki efektywności w RPZ 7. Rehabilitacja medyczna.....	101
Tabela 9 Mierniki efektywności w RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań.....	103
Tabela 10 Mierniki efektywności w RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO	104
Tabela 11 Mierniki efektywności w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO.....	105
Tabela 12 Mierniki efektywności w RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna	106
Tabela 13 Mierniki efektywności w RPZ 12. Zapobieganie zapaleniom płuc.....	106
Tabela 14 Mierniki efektywności w RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy	107
Tabela 15 Mierniki efektywności w RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu	107
Tabela 16 Mierniki efektywności w RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca.....	108
Tabela 17 Mierniki efektywności w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.....	109
Tabela 18 Liczba, wartość i udział projektów RPZ w ramach WRPO 2014+ (w tym wszystkich projektów realizujących cel 5. Strategii oraz projektów z PI 8i, 8iii, 8iv, 8v, 9a, 9b, 3c, 9v, 9i).....	147
Tabela 19 Powiązanie projektów zrealizowanych w ramach RPZ WRPO 2014+ na główne efekty celu 5. Strategii Europa 2020 (ujęcie wskaźnikowe)	148
Tabela 20 Wnioski i rekomendacje	183

Spis wykresów

Wykres 1 Powody zniechęcające lub utrudniające podjęcie decyzji o udziale w programie	51
Wykres 2 Powody skłaniające do skorzystania ze wsparcia diagnostyczno-profilaktycznego w programie zdrowotnym.....	52
Wykres 3 Powody skłaniające do skorzystania w programie zdrowotnym ze świadczeń zdrowotnych nakierowanych na poprawę stanu zdrowia	53
Wykres 4 Ocena trudności zakwalifikowania się do programu zdrowotnego	57

Wykres 5 Powody skłaniające do udziału w działaniach edukacyjnych dla personelu medycznego w ramach programu zdrowotnego.....	59
Wykres 6 Powody skłaniające do udziału w działaniach edukacyjnych (szkoleniu) w ramach programu zdrowotnego.....	60
Wykres 7 Rozkład uczestników RPZ wg typu gminy, w której mieszkają	75
Wykres 8 Rozkład uczestników w RPZ wg płci	78
Wykres 9 Wiek uczestników RPZ	80
Wykres 10 Ocena jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską)	89
Wykres 11 Ocena jakości udzielonych świadczeń edukacyjnych, odpowiedzi personelu medycznego (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską).....	90
Wykres 12 Ocena jakości działań edukacyjnych (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską)	91
Wykres 13 Odpowiedzi respondentów na pytanie czy zabrakło jakichś potrzebnych działań (świadczeń zdrowotnych, badań, konsultacji, działań podnoszących wiedzę)?.....	92
Wykres 14 Efekty działań zdrowotnych i diagnostycznych	110
Wykres 15 Efekty świadomościowe i edukacyjne	111
Wykres 16 Koszt jednostkowy wsparcia jednego uczestnika RPZ	120
Wykres 17 Powody braku możliwości uzyskania podobnego wsparcia nieodpłatnie poza projektem.....	127
Wykres 18 Powody braku możliwości uzyskania podobnego wsparcia edukacyjnego nieodpłatnie poza projektem	128
Wykres 19 Trwałość korzyści utrzymujących się z udziału w projekcie wg rodzaju świadczeń	129
Wykres 20 Stopień utrudnienia udziału w działaniach w projekcie spowodowany pandemią	134
Wykres 21 Stopień utrudnień udziału w działaniach w projekcie spowodowanych pandemią w podziale na RPZ	135
Wykres 22 Czynniki utrudniające udział w działaniach w projekcie spowodowane pandemią	136
Wykres 23 Problemy lub trudności występujące podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych w projekcie	140
Wykres 24 Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64 w Polsce i Wielkopolsce w latach 2014-2024 (%).....	150
Wykres 25 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po transferach społecznych w Polsce i Wielkopolsce w roku 2012 i latach 2019-2023 (%).....	151
Wykres 26 Udział beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w liczbie ludności ogółem w Polsce i Wielkopolsce w latach 2014-2023 (%).....	152
Wykres 27 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 1. Zdrowa aorta.....	197
Wykres 28 Ocena czy i w jakim stopniu pandemia utrudniła udział w działaniach w projekcie	199
Wykres 29 Ocena jakości świadczeń w RPZ 1. Zdrowa aorta.....	205

Wykres 30 Ocena efektów udziału w RPZ 1. Zdrowa aorta w działaniach profilaktycznych	207
Wykres 31 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	216
Wykres 32 Udział kobiet i mężczyzn w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	216
Wykres 33 Udział poszczególnych grup wiekowych w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	217
Wykres 34 Ocena jakości świadczeń w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO	221
Wykres 35 Ocena efektów udziału w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO w działaniach profilaktycznych.....	222
Wykres 36 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	232
Wykres 37 Udział kobiet i mężczyzn w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	232
Wykres 38 Udział poszczególnych grup wiekowych w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	233
Wykres 39 Ocena jakości świadczeń w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	237
Wykres 40 Ocena jakości działań edukacyjnych w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD.....	238
Wykres 41 Ocena jakości działań szkoleniowych kierowanych do personelu medycznego w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	240
Wykres 42 Ocena efektów świadczeń zdrowotnych nakierowanych na poprawę stanu zdrowia w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD	242

Spis schematów

Schemat 1 Regionalne programy zdrowotne objęte badaniem	22
Schemat 2 Zestaw metod i technik badawczych wykorzystanych w badaniu	26
Schemat 3 Etapy realizacji badania ewaluacyjnego	29
Schemat 4 Perspektywa instytucjonalna – instytucje zaangażowane w badanie	30
Schemat 5 Perspektywa realizacyjna – osoby zaangażowane w realizację RPZ	31
Schemat 6 Perspektywa odbiorców wsparcia – uczestnicy RPZ	31
Schemat 7 Czynniki wpływające na osiągnięty poziom zgłaszalności	41
Schemat 8 Czynniki mające wpływ na realizację RPZ.....	132
Schemat 9 Główne problemy zdrowotne mieszkańców Wielkopolski	153

Spis map

Mapa 1 Liczebność uczestników RPZ 1. Zdrowa aorta wg powiatów	67
Mapa 2 Liczebność uczestników RPZ 2. Rehabilitacja onkologiczna wg powiatów	67
Mapa 3 Liczebność uczestników RPZ 3. Prewencja niewydolności serca wg powiatów	68
Mapa 4 Liczebność uczestników RPZ 4. Odważ się na zdrowie wg powiatów.....	68

Mapa 5 Liczebność uczestników RPZ 5. Retinopatia cukrzycowa wg powiatów	69
Mapa 6 Liczebność uczestników RPZ 6. Profilaktyka nowotworów złośliwych DOPP wg powiatów	69
Mapa 7 Liczebność uczestników RPZ 7. Rehabilitacja medyczna wg powiatów.....	70
Mapa 8 Liczebność uczestników RPZ 8. Szczepienia na grypę MOF Poznań wg gmin.....	70
Mapa 9 Liczebność uczestników RPZ 9. Szczepienia na wirusowe zapalenie wątroby AKO wg gmin ...	71
Mapa 10 Liczebność uczestników RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO wg gmin.....	71
Mapa 11 Liczebność uczestników RPZ 11. Rehabilitacja neurologiczna wg powiatów	72
Mapa 12 Liczebność uczestników RPZ 13. Rehabilitacja wrodzonych wad twarzy wg powiatów	72
Mapa 13 Liczebność uczestników RPZ 14. Badania przesiewowe słuchu wg powiatów	73
Mapa 14 Liczebność uczestników RPZ 15. Rehabilitacja onkologia dziecięca wg powiatów.....	73
Mapa 15 Liczebność uczestników RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD wg powiatów.....	74
Mapa 16 Liczebność uczestników RPZ 1. Zdrowa aorta wg powiatów	196
Mapa 17 Liczebność uczestników RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO wg gmin.....	214
Mapa 18 Liczebność uczestników RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD wg powiatów.....	231

11 ZAŁĄCZNIKI

11.1 Tabela poziomu zwrotności ankiet w badaniu ilościowym

RPZ/ Tytuł projektu	Liczbn ość		Płeć: Próba (proporc je)		Zwrotność ogółem (%)	Płeć: Zwrotność (%)	
	Populac ja	Pró ba	Kobiety	Mężczyźn i		Kobiety	Mężczyźn i
RPZ Hej słyszysz	6992	260	131 (50,5%)	129 (49,5%)	269 (103,5%)	137 (104,6%)	132 (102,3%)
RPZ Odważ się na zdrowie	2746	246	179 (72,9%)	67 (27,1%)	308 (125,2%)	238 (133,0%)	70 (104,5%)
RPZ szczepienia grypa	4455	255	141 (55,2%)	114 (44,8%)	270 (105,9%)	141 (100,0%)	129 (113,2%)
RPZ HBV	5353	258	166 (64,3%)	92 (35,7%)	324 (125,6%)	231 (139,2%)	93 (101,1%)
RPZ prewencja niewydolności serca	614	61 ³⁵	50 (82,4%)	11 (17,6%)	193 (316,4%)	162 (324,0%)	31 (281,8%)
RPZ nowotwory złośliwe	16475	266	164 (61,7%)	102 (38,3%)	447 (168,0%)	279 (170,1%)	168 (164,7%)
RPZ nowotwór skóry	4596	256	169 (66,2%)	87 (33,8%)	225 (87,9%)	143 (84,6%)	82 (94,3%)
RPZ retinopatia cukrzycowa	13313	265	133 (50,2%)	132 (49,8%)	289 (109,1%)	156 (117,3%)	133 (100,8%)
RPZ rehabilitacja onkologiczna	2005	238	209 (87,8%)	29 (12,2%)	282 (118,5%)	238 (113,9%)	44 (151,7%)
RPZ wrodzone wady twarzy	617	61 ³⁶	38 (63,0%)	23 (37,0%)	180 (295,1%)	116 (305,3%)	64 (278,3%)
RPZ rehabilitacja neurologiczna	1106	217	110 (50,6%)	107 (49,4%)	242 (111,5%)	129 (117,3%)	113 (105,6%)
RPZ diagnostyka MPD	1565	231	144 (62,5%)	87 (37,5%)	274 (118,6%)	177 (122,9%)	97 (111,5%)
RPZ rehabilitacja medyczna	11728	264	166 (62,9%)	98 (37,1%)	662 (250,8%)	455 (274,1%)	207 (211,2%)
RPZ onkologia dziecięca	2216	241	186 (77,2%)	55 (22,8%)	296 (122,8%)	241 (129,6%)	55 (100,0%)
RPZ zapobieganie zapaleniom płuc	36	23 ³⁷	13 (55,6%)	10 (44,4%)	5 (21,7%)	4 (30,8%)	1 (10,0%)
RPZ zdrowa aorta	11095	264	0 (0,0%)	264 (100,0%)	275 (104,2%)	Nie dotyczy	275 (104,2%)
SUMA	84912	3406	1919	1487	4541 (133,3%)	2847 (148%)	1694 (114%)

³⁵ Zastosowano błąd standardowy w wysokości 10%.

³⁶ Jw.

³⁷ Jw.

11.2 Studia przypadku

Studium przypadku RPZ 1. Zdrowa aorta

Nazwa RPZ: „Zdrowa Aorta”

Projekty realizujące RPZ:

RPWP.06.06.01-30-0001/18, Zdrowa Aorta – Wielkopolski program zwiększenia aktywności zawodowej poprzez badania przesiewowe w obszarze tętniaka aorty brzusznej, ARTERIEART SP. Z O.O.

Cele i uzasadnienie RPZ

Głównym celem programu „Zdrowa Aorta” było zmniejszenie liczby hospitalizacji spowodowanych pękniętym tętniakiem o 40% poprzez objęcie badaniami przesiewowymi 10 000 osób z województwa wielkopolskiego, znajdujących się w grupie ryzyka, w ciągu 3 lat. Program dążył do zwiększenia dostępu do diagnostyki (USG jamy brzusznej i angiografia w rezonansie), usprawnienia leczenia pacjentów dzięki opracowaniu standardów współpracy między specjalistami a lekarzami rodzinnymi oraz podniesienia poziomu wiedzy zarówno personelu medycznego, jak i mieszkańców na temat tętniaków aorty i czynników ryzyka. Uzasadnienie programu wynikało z faktu, że tętniaki aorty są zagrażającym życiu schorzeniem, często rozwijającym się bezobjawowo i rozpoznawanym zbyt późno, co skutkuje wysoką śmiertelnością (ponad 70%) w przypadku pęknięcia, w porównaniu do około 5% przy planowej operacji. Województwo wielkopolskie zajmowało 4. miejsce w kraju pod względem hospitalizacji z pękniętym tętniakiem, a badania przesiewowe są uznanym sposobem na wczesne wykrywanie, znacząco redukującym ryzyko zgonu i odciążającym system opieki zdrowotnej. Program miał także poprawić współpracę między lekarzami rodzinnymi a chirurgami naczyniowymi, rozwiewając błędne przekonania o konieczności kierowania każdego tętniaka do specjalisty, niezależnie od jego rozmiaru.

Zakładane działania i grupy docelowe

Zakładane działania	Grupa docelowa	Zakładana liczebność
Badania przesiewowe w kierunku wykrycia tętniaków aorty (USG jamy brzusznej i angiografia w rezonansie)	Mieszkańcy województwa wielkopolskiego, mężczyźni w wieku 50-69 l.	10 000
Konferencja otwarcia	Pracownicy JST oraz lekarze POZ/AOS	300
Organizacja akcji prozdrowotnych w formie stoisk informacyjnych na terenie poradni POZ/specjalistycznych, w których będą wykonywane badania USG. Organizacja akcji informacyjno-edukacyjnych w zakładach pracy lub przy okazji pikników/spotkań integracyjnych/festynów organizowanych przez pracodawcę.	Pacjenci i pracownicy odwiedzający współpracujące poradnie lub uczestniczący w wydarzeniach organizowanych przez zakłady pracy. Zakłady pracy kwalifikujące się do udziału to te z miast powiatowych lub Poznania, organizujące piknik i zatrudniające co najmniej 1000 pracowników.	4000

Zakładane działania	Grupa docelowa	Zakładana liczebność
Specjalistyczne szkolenia dotyczące diagnostyki, rozpoznawania i monitorowania pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej	Lekarze POZ/AOS	255
Konferencja naukowo-edukacyjna	Pracownicy JST oraz lekarze POZ/AOS	300

Termin realizacji

	Planowany termin	Faktyczny termin
Początek programu	01.03.2019	01.03.2019
Zakończenie programu	28.02.2022	31.10.2023

Realizacja wskaźników

Wskaźnik	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Poziom realizacji (%)
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	16200	18312	113,04%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100,00%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	6000	11095	184,92%

Struktura uczestników

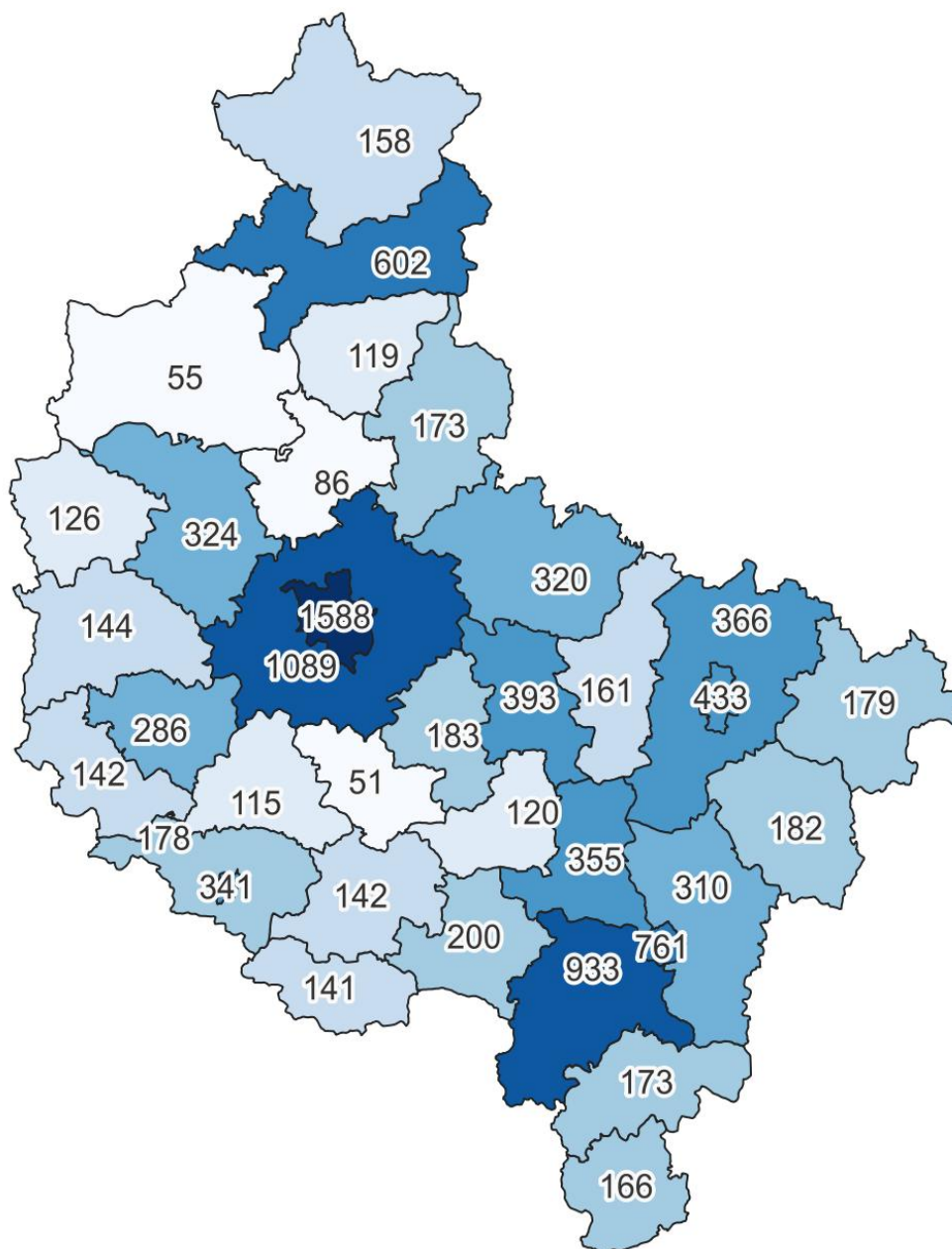
Rozkład terytorialny uczestników

Dane pokazują wyraźne zróżnicowanie liczby uczestników **RPZ 1. Zdrowa aorta** w powiatach Wielkopolski w odniesieniu do wielkości populacji, ale jednocześnie wskazują na objęcie wsparciem mieszkańców w całym regionie. Rozkład terytorialny uczestników RPZ należy ocenić jako dobry, mimo niższej liczby zgłoszeń w wybranych powiatach (obornickim, śremskim, czarnkowsko-trzcianeckim). Najwięcej uczestników pochodzi z dużych miast i powiatów – Poznań (1588 osób), powiat poznański (1089 osób) i ostrowski (933 osoby), co wynika z większej liczby mieszkańców i potencjalnej skali realizowanych działań. Najwyższy odsetek uczestników w populacji widoczny jest w Kaliszu (0,83%), Koninie (0,66%) i powiecie ostrowskim (0,59%), co świadczy o szczególnie skutecznych działaniach rekrutacyjnych w tych lokalizacjach. Najniższy udział obserwuje się w powiatach takich jak czarnkowsko-trzcianecki (0,07%), śremski (0,08%) oraz kościański i obornicki (po 0,15%).

Wywiady z realizatorem wskazują, że słabsza rekrutacja dotyczyła przede wszystkim północnych części regionu, pomimo zastosowania identycznych działań informacyjno-promocyjnych jak w pozostałych

obszarach; jednocześnie obserwowano bardzo wysoki napływ zgłoszeń bezpośrednio po lokalnych akcjach promocyjnych. Kluczowym czynnikiem sprzyjającym równomiernemu zasięgowi okazała się bliskość świadczeń – dojazdy zespołów do każdego powiatu i zapewnienie badań w pobliżu miejsca zamieszkania były przez pacjentów wysoko cenione i stanowiły istotny motor zgłaszalności, co uzasadnia utrzymanie mobilnego, zdecentralizowanego modelu organizacji badań w przypadku kontynuacji programu w przyszłości.

Mapa 16 Liczebność uczestników RPZ 1. Zdrowa aorta wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

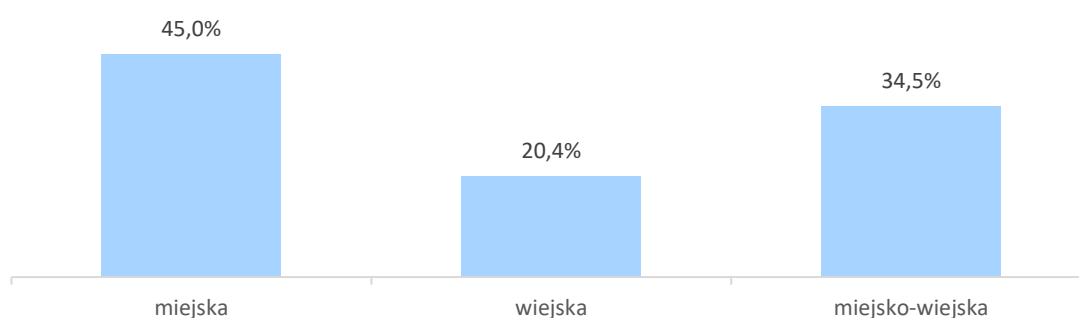
Ocena rozkładu uczestników wg typu gminy jest pozytywna, biorąc pod uwagę, że udział ludności miejskiej w ogólnej liczbie ludności w Wielkopolsce wynosi 57% (dane GUS 2023), a także uwzględniając czynniki związane z realizacją. Większość uczestników RPZ stanowią mieszkańcy miast przede wszystkim dlatego, że w końcowym etapie realizacji programu zwiększono liczbę badań

wykonywanych w aglomeracji poznańskiej. Wydłużenie programu i zmiana jego parametrów pozwoliły na przeprowadzenie większej liczby badań właśnie w Poznaniu, co przełożyło się na przekroczenie pierwotnych założeń i wykonanie ponad 11 tysięcy badań. Koncentracja działań w dużym ośrodku miejskim przyniosła efekt skali — duża liczba mieszkańców i lepsza dostępność punktów badań umożliwiły szybkie zwiększenie liczby uczestników. Miasta charakteryzują się także większą gęstością zaludnienia i lepszą infrastrukturą, dzięki czemu mieszkańcy mają bliżej do punktów badań, mogą je łatwo włączyć w codzienny rytm dnia i nie ponoszą wysokich kosztów czasowych ani logistycznych.

Z kolei w obszarach wiejskich, zwłaszcza północnych powiatach województwa, zgłaszalność była wyraźnie niższa mimo prowadzenia takich samych działań informacyjnych jak w miastach. Główną barierą pozostaje wykluczenie komunikacyjne — dla wielu mieszkańców, szczególnie osób starszych, dojazd do centralnych punktów badań w miastach jest jednak znacznym utrudnieniem. W efekcie, mimo starań o równomierny zasięg programu we wszystkich powiatach, rzeczywista realizacja badań skupiła się w większych ośrodkach, gdzie uczestnictwo było logistycznie prostsze i organizacyjnie bardziej efektywne.

Wpływ na większy udział uczestników z miast wynikał również z przyjętego sposobu rekrutacji — m.in. poprzez duże zakłady pracy, często zlokalizowane w ośrodkach miejskich.

Wykres 27 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 1. Zdrowa aorta



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Struktura wg płci i wieku

W projekcie w badaniach przesiewowych wzięli udział wyłącznie mężczyźni — zgodnie z założeniami RPZ. Program oparto na obowiązujących wytycznych i podstawach naukowych wskazujących, że tętniak aorty brzusznej dotyczy w przeważającej mierze mężczyzn (około 90% przypadków). W tym sensie zawężenie kwalifikacji do mężczyzn w wieku 50-69 lat maksymalizuje trafność przesiewu: koncentruje ograniczone zasoby na populacji o najwyższej częstości choroby, poprawia dodatnią wartość predykcyjną badania i obniża liczbę osób potrzebnych do przebadania, aby wykryć jedno schorzenie (NNS), a więc zwiększa efektywność kosztową całego programu. Z takiej logiki wynikają również sztywne ramy kwalifikacji — ich istotne rozszerzenie (np. na kobiety lub starsze roczniki) wymagałoby dodatkowego finansowania i ponownej oceny opłacalności w relacji do innych potrzeb zdrowotnych regionu.

Jednocześnie realizatorzy odnotowali wyraźną reakcję otoczenia: liczne zapytania i czasem emocjonalne komentarze żon, które chciałyby być badane razem z mężami. Choć obecny standard międzynarodowy wciąż skupia się na mężczyznach po 50. roku życia, w literaturze pojawiają się sygnały, że rozsądne mogłoby być objęcie przesiewem części kobiet powyżej 60. roku życia, zwłaszcza

obciążonych paleniem tytoniu i nadciśnieniem. To jednak nadal nie jest powszechnie przyjęty standard, a ewentualna modyfikacja kwalifikacji w RPZ oznaczałaby znaczące zwiększenie kosztów przy niższej efektywności (zidentyfikowanych schorzeniach). Utrzymanie obecnego profilu docelowego jest więc merytorycznie uzasadnione efektywnością kliniczno-ekonomiczną i zgodnością z wytycznymi.

Udział uczestników poszczególnych grup wiekowych również pozostaje spójny z założeniami RPZ i Działania 6.6 WRPO 2014+. Do badań przesiewowych w kierunku wykrycia tętniaka aorty brzusznej kwalifikowano mężczyzn w wieku od 50 do 69 lat. Wszyscy uczestnicy ujęci w bazie SL2014 mieszczą się w tym przedziale wiekowym.

Kolejnym warunkiem włączenia do programu było palenie papierosów – zarówno obecne, jak i w przeszłości – ponieważ palenie tytoniu jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju tętniaka aorty brzusznej. Dodatkowym kryterium była diagnoza nadciśnienia tętniczego, które również zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia tego schorzenia. W przypadku młodszych uczestników, tj. mężczyzn w wieku od 50 do 64 lat, konieczne było także potwierdzenie występowania tętniaka aorty lub innych chorób naczyniowych w rodzinie, co wskazywało na obciążenie genetyczne i dodatkowo uzasadniało objęcie ich badaniem przesiewowym.

Istotne było również kryterium dotyczące statusu zawodowego – do programu mogli przystąpić mężczyźni w wieku aktywności zawodowej (18-64 lata) lub, w przypadku osób starszych, ci, którzy zadeklarowali gotowość do podjęcia zatrudnienia. Włączenie tego warunku miało na celu skoncentrowanie działań profilaktycznych na osobach potencjalnie aktywnych zawodowo lub deklarujących chęć utrzymania aktywności, co wpisuje się w szersze założenia polityki zdrowotnej ukierunkowanej na zapobieganie chorobom ograniczającym sprawność i możliwość pracy.

Realizacja RPZ – trudności i działania zaradcze

W ramach projektu zrealizowano kompleksowe działania obejmujące profilaktykę zdrowotną, edukację medyczną oraz kampanię informacyjno-edukacyjną skierowaną do mieszkańców województwa wielkopolskiego.

Głównym elementem przedsięwzięcia były **badania przesiewowe i diagnostyczne** w kierunku tętniaka aorty brzusznej. Badania USG były wykonywane przez lekarzy radiologów i realizowane we współpracy ze wszystkimi szpitalami powiatowymi regionu, które udostępniały swoje pomieszczenia i poradnie. W wyniku przeprowadzonych badań wykryto kilkaset przypadków tętniaka aorty brzusznej. Pacjenci, u których stwierdzono nieprawidłowości, mieli zapewnioną dalszą diagnostykę i kompleksową opiekę medyczną. Kierowano ich na badania angiografii w rezonansie magnetycznym oraz konsultacje ze specjalistami chirurgii naczyniowej, podczas których omawiano wyniki i ustalano plan dalszego leczenia lub monitorowania stanu zdrowia.

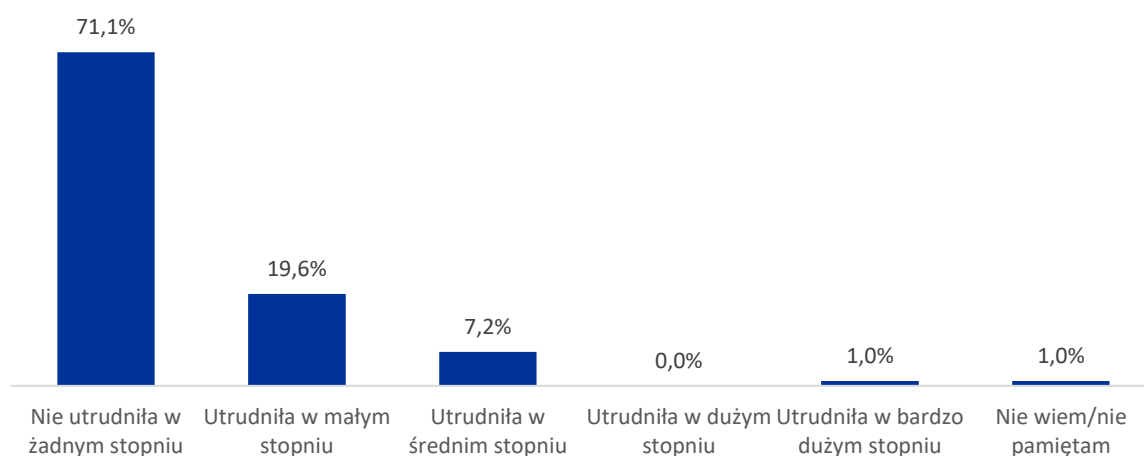
Drugim ważnym obszarem projektu były **działania edukacyjne i szkoleniowe skierowane do lekarzy i personelu medycznego**. Ich celem było podniesienie wiedzy i umiejętności w zakresie diagnostyki oraz postępowania z pacjentami z grupy ryzyka. Zorganizowano cykl szkoleń dla lekarzy w powiatach województwa, obejmujący zarówno specjalistów, jak i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W sumie przeprowadzono ponad 30 szkoleń, a ponadto zorganizowano konferencję naukowo-edukacyjną o zasięgu wojewódzkim, w której uczestniczyło około 300 osób – lekarzy, przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego i służby zdrowia.

Trzeci komponent projektu stanowiły **akcje informacyjno-edukacyjne skierowane do mieszkańców regionu**, mające na celu podniesienie świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki tętniaka aorty brzusznej oraz czynników ryzyka chorób układu krążenia. Przygotowano i rozpowszechniono kilka tysięcy kompletów materiałów edukacyjnych, zorganizowano liczne lokalne wydarzenia prozdrowotne, podczas których mieszkańcy mogli uzyskać informacje o programie i skorzystać z badań. Kampania promocyjna obejmowała również działania medialne – publikacje prasowe, audycje radiowe, spoty prozdrowotne, a także informacje zamieszczane w Internecie i na lokalnych portalach. Współpracowano z samorządami, parafiami, szkołami i placówkami ochrony zdrowia.

Największym wyzwaniem w trakcie realizacji projektu była **pandemia COVID-19**, która znacząco zakłóciła ciągłość prowadzonych działań i wymusiła wprowadzenie szeregu zmian organizacyjnych oraz merytorycznych. W wyniku wprowadzenia lockdownu badania zostały wstrzymane na okres od sześciu miesięcy do roku, co spowodowało przerwę w realizacji programu i dezorganizację całego procesu. Aby temu zaradzić, zreorganizowano harmonogram działań oraz wydłużono okres realizacji projektu. Dużym problemem był również brak dostępności placówek i lekarzy – szpitale, w których prowadzono badania, zostały zamknięte dla działań zewnętrznych, a personel medyczny był zaangażowany w walkę z pandemią. W odpowiedzi na tę sytuację część badań USG przeniesiono do siedziby realizatora, a także nawiązano współpracę z mniejszymi poradniami, które umożliwiły kontynuację programu. Trudności pojawiły się także w zakresie rekrutacji uczestników i dotarcia do nich. Z powodu ograniczeń sanitarnych tradycyjne formy kontaktu nie były możliwe, dlatego akcję informacyjno-edukacyjną przeorganizowano, prowadząc ją telefonicznie oraz za pomocą mediów społecznościowych. Dzięki tym działaniom udało się dotrzeć do około 6900 osób. Pandemia spowodowała również odwołanie zaplanowanych szkoleń dla lekarzy, które ostatecznie zorganizowano w formule online, zapewniając w ten sposób ciągłość działań edukacyjnych.

Z perspektywy uczestników utrudnienia związane z pandemią nie były dostrzegalne. Aż **71,1% respondentów** zadeklarowało, że pandemia nie miała żadnego wpływu na ich uczestnictwo, a kolejne **19,6%** uznało, że utrudniła je jedynie w małym stopniu. Jedynie **7,2% badanych** odczuło umiarkowane utrudnienia.

Wykres 28 Ocena czy i w jakim stopniu pandemia utrudniła udział w działaniach w projekcie



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=97

Dla niewielkiej grupy osób, które zgłosiły trudności, pandemia była źródłem pewnych barier o charakterze organizacyjnym i psychologicznym. Najczęściej wskazywanymi przyczynami utrudnień

były ograniczenia w przemieszczaniu się wynikające z lockdownu i ograniczeń transportu publicznego, a także obawa przed zakażeniem COVID-19, szczególnie w początkowym okresie pandemii. Część uczestników wskazała również na zamknięcie placówek, w których realizowano działania projektowe, co powodowało konieczność przesunięcia terminów badań lub szkoleń. Inni respondenci zwracali uwagę na odwołanie lub opóźnienie zaplanowanych działań oraz przeniesienie części aktywności do formuły zdalnej, która dla niektórych osób była trudniejsza w odbiorze.

Z uwagi na liczne opóźnienia konieczne było **przedłużenie okresu realizacji projektu**. Urząd Marszałkowski wykazał się elastycznością i zrozumieniem sytuacji, wyrażając zgodę na aneksowanie umowy, wydłużenie czasu realizacji oraz niewielką modyfikację parametrów – w tym zwiększenie liczby badań w Poznaniu. Dzięki tym decyzjom możliwe było osiągnięcie, a nawet przekroczenie zaplanowanego celu – zrealizowano ponad 11 000 badań zamiast planowanych 10 000.

Poza trudnościami związanymi z pandemią, realizatorzy napotkali również inne wyzwania. Jednym z nich była **rekrutacja mężczyzn**, którzy byli mniej skłonni do udziału w badaniach profilaktycznych. Aby zwiększyć ich udział, realizatorzy docierali do tej grupy pośrednio – poprzez żony i partnerki, które często zgłaszały mężów na badania. Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że mimo iż badania w ramach programu były skierowane do mężczyzn, kluczowym elementem skutecznej rekrutacji okazało się dotarcie do kobiet. Podkreślano, że to właśnie kobiety – częściej dbające o zdrowie własne i swoich bliskich, co jest szczególnie widoczne w polskim kontekście społecznym – w dużej mierze odpowiadały za zapisywanie mężów, ojców czy braci na badania. Zauważono również, że to one najczęściej i najsukuteczniej reagowały na przekazywane informacje dotyczące programu, pełniąc rolę pośredników i inicjatorów udziału mężczyzn w profilaktyce.

Kolejnym problemem była **niska zgłaszalność mieszkańców północnych gmin województwa**, mimo zastosowania tych samych działań informacyjnych co w większych ośrodkach. Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że niższa zgłaszalność do programu w północnych gminach województwa mogła wynikać przede wszystkim z mniejszej liczby mieszkańców tych obszarów. Wskazywano, że północna część Wielkopolski jest znacznie mniej zaludniona niż jej południowe regiony, co mogło naturalnie przełożyć się na niższą liczbę uczestników badań. Jednocześnie podkreślano, że nie udało się jednoznacznie zidentyfikować innych, bardziej specyficznych przyczyn tego zjawiska. W założeniu bowiem działania informacyjne i promocyjne były kierowane proporcjonalnie do liczby mieszkańców, jednak w praktyce statystyki rekrutacyjne wskazywały na wyraźnie mniejsze zainteresowanie programem w północnych gminach.

Dużym utrudnieniem był również **brak dostępności kadry medycznej** – zwłaszcza radiologów, których specjalizacja jest bardzo obciążona pracą. Aby zapewnić ciągłość realizacji programu, prowadzono bieżącą rekrutację i sukcesywnie pozyskiwano nowych specjalistów. Wśród trudności organizacyjnych pojawił się także problem związany z koniecznością stawienia się na badanie na czczo. Dla wielu pacjentów było to kłopotliwe, szczególnie przy terminach popołudniowych, dlatego część osób rezygnowała z udziału. Realizatorzy starali się tłumaczyć uczestnikom znaczenie tego wymogu oraz elastycznie dostosowywać godziny badań do ich możliwości.

Istotnym problemem, na który zwrócili uwagę przedstawiciele beneficjenta podczas FGI była niska alokacja środków na koszty pośrednie. Stanowiło to istotny problem, mający bezpośredni wpływ na efektywność i jakość realizacji programu. Wskazywano, że wysokość kosztów pośrednich – ustalana oddzielnie w ramach wytycznych unijnych i ministerialnych – jest ograniczona procentowym limitem, który w zależności od wartości projektu wynosi od 10% do 20% całkowitych kosztów. Niedostateczne

finansowanie kosztów pośrednich, czyli tych niezwiązanych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń medycznych, negatywnie wpływało na organizację i zarządzanie RPZ. W przypadku RPZ „Zdrowa Aorta”, zdaniem przedstawicieli realizatora, udało się ograniczyć skutki tego problemu dzięki wyjątkowemu zaangażowaniu personelu. Kluczowe znaczenie miało też stworzenie systemu organizacyjnego, w którym lekarze – radiolodzy i chirurdzy naczyniowi – przyjeżdżali „na gotowe”, mogli w pełni skoncentrować się na diagnostyce i leczeniu, a kwestie organizacyjne były obsługiwane przez dedykowany personel. Taki model wymaga jednak odpowiedniego finansowania zaplecza administracyjnego, czyli osób odpowiedzialnych za umawianie pacjentów, organizację badań i koordynację całego procesu – a więc kosztów pośrednich.

Podkreślano, że zbyt niska alokacja na ten cel skutkuje przerzucaniem obowiązków organizacyjnych na lekarzy, co zmniejsza efektywność i obciąża personel medyczny zadaniami biurokratycznymi. W efekcie realizatorzy często muszą pokrywać część kosztów z własnych zasobów – wykorzystywać istniejącą infrastrukturę, pomieszczenia, a także angażować dodatkowych pracowników spoza projektu. W programie „Zdrowa Aorta” również korzystano z dostępnych zasobów instytucji, a poniesione nakłady organizacyjne były trudne do jednoznacznego oszacowania.

Współpraca z Instytucją Zarządzającą, czyli Urzędem Marszałkowskim, została oceniona bardzo pozytywnie. Urząd wykazał się dużą otwartością i zrozumieniem sytuacji kryzysowej, umożliwiając aneksowanie umowy, przedłużenie projektu i zmianę jego parametrów. Dzięki temu realizacja przebiegała sprawnie mimo trudnych okoliczności.

Bardzo dobrze oceniono również **współpracę z innymi podmiotami**, w szczególności ze szpitalami powiatowymi, które odegrały kluczową rolę w powodzeniu programu. Szpitale te chętnie udostępniały swoje pomieszczenia – często po godzinach pracy – co umożliwiło organizację badań w każdym powiecie województwa. Takie rozwiązanie było dużym udogodnieniem dla pacjentów, zwłaszcza osób starszych, które miały trudności z dojazdem do Poznania. Realizatorzy podkreślali, że tego typu współpraca powinna być standardem w realizacji regionalnych programów zdrowotnych.

Dobre praktyki realizacyjne:

- **Pogłębiona diagnostyka w ramach programu** (pacjent po wykryciu tętniaka był natychmiast kierowany na dodatkowe badania angiografii w rezonansie, co zapewniało kompleksową opiekę diagnostyczną).
- **Wybór metody bezpiecznej dla pacjenta** (zastosowanie rezonansu magnetycznego zamiast tomografii komputerowej minimalizowało ryzyko powikłań nerkowych i umożliwiało dokładniejszą ocenę postępu choroby).
- **Zapewnienie konsultacji specjalistycznej** (każdy pacjent z tętniakiem miał zagwarantowaną wizytę u chirurga naczyniowego, co umożliwiało indywidualne podejście terapeutyczne).
- **Opracowanie planu leczenia i kontroli** (podczas konsultacji pacjent otrzymywał zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz pełną dokumentację badań, w tym płytę i opis wyników).
- **Kontynuacja opieki po zakończeniu programu** (pacjenci byli obejmowani dalszym leczeniem lub operowani przez tych samych specjalistów, co zapewniało ciągłość opieki i budowało zaufanie do programu).

- **Wykorzystanie infrastruktury lokalnej** (realizacja programu we wszystkich szpitalach powiatowych umożliwiła równomierny dostęp do badań w całym województwie).
- **Organizacja badań blisko pacjenta** (prowadzenie badań w szpitalach powiatowych eliminowało konieczność dojazdu do dużych miast i zwiększało udział osób starszych).
- **Prowadzenie szkoleń dla lekarzy w całym regionie** (szkolenia w 33 powiatach podnosiły wiedzę i kompetencje personelu w zakresie diagnostyki i leczenia tętniaków aorty brzusznej).
- **Edukacja lekarzy rodzinnych** (działania szkoleniowe wzmocniły rolę lekarzy POZ w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu tętniaków).
- **Adaptacja działań szkoleniowych do warunków pandemii** (szkolenia przeniesiono do formuły online, co pozwoliło utrzymać ciągłość edukacji mimo ograniczeń sanitarnych).
- **Ciągła rekrutacja lekarzy radiologów** (bieżące pozyskiwanie specjalistów umożliwiało płynne prowadzenie badań USG pomimo dużego obciążenia tej grupy zawodowej).

Działania rekrutacyjne

W ramach projektu prowadzono szeroko zakrojone działania rekrutacyjne, które miały na celu zapewnienie wysokiej zgłaszalności uczestników i dotarcie do jak najszerzej grupy mężczyzn z grupy ryzyka. Kluczową strategią było umożliwienie wykonania badań jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Rekrutacja i realizacja badań opierały się na ścisłej współpracy z lokalnymi szpitalami powiatowymi w 33 powiatach województwa wielkopolskiego. Szpitale te chętnie udostępniały swoje pomieszczenia i poradnie, co znacznie ułatwiało pacjentom dostęp do badań. Takie rozwiązanie pozwoliło wyeliminować barierę związaną z koniecznością dojazdu do dużych miast, co miało szczególne znaczenie dla osób starszych i mieszkańców obszarów o ograniczonej dostępności komunikacyjnej. W okresie pandemii COVID-19, gdy część placówek szpitalnych nie mogła przyjmować pacjentów z uwagi na reżim sanitarny, część badań przeniesiono do siedziby realizatora oraz mniejszych poradni, co umożliwiło kontynuację projektu mimo trudnych warunków.

Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że w realizacji programu pojawiły się trudności we współpracy z publicznymi ośrodkami zdrowia, które często odmawiały zaangażowania. Podobne spostrzeżenia miał realizator benchmarkowego programu w województwie kujawsko-pomorskim, który wskazał, że zdecydowanie łatwiej było natomiast nawiązać współpracę z podmiotami prywatnymi – zwłaszcza z gabinetami lekarzy rodzinnych – które chętniej udostępniały kontakty i wspierały proces rekrutacji uczestników.

Równolegle prowadzono intensywne działania informacyjno-edukacyjne, które miały bezpośredni wpływ na skuteczność rekrutacji. Promocję programu realizowano lokalnie – poprzez plakaty umieszczane w szpitalach, aptekach, centrach handlowych, parkach, na jarmarkach i innych miejscach często odwiedzanych przez mieszkańców. Nawiązywano współpracę z lokalnymi mediami, parafiami, urzędami i szkołami, co pozwalało dotrzeć do szerokiego grona odbiorców. Najbardziej efektywnymi kanałami okazały się audycje radiowe oraz lokalne portale internetowe, które zapewniały szeroki zasięg i szybki odzew. Dodatkowo przygotowano i wydrukowano ponad cztery tysiące kompletów materiałów informacyjnych, a także zorganizowano około piętnastu eventów prozdrowotnych, podczas których bezpośrednio informowano mieszkańców o możliwości udziału w badaniach. Promocję wspierały również spoty prozdrowotne, ogłoszenia prasowe i artykuły sponsorowane w lokalnej prasie.

Proces rejestracji został zaplanowany w sposób maksymalnie dostępny i prosty. Utrzymywano czynną linię telefoniczną, dzięki której mieszkańcy mogli zapisywać się na badania każdego dnia. Po każdej akcji promocyjnej w danej miejscowości odnotowywano natychmiastowy wzrost liczby zgłoszeń telefonicznych, co świadczyło o wysokiej skuteczności przyjętej strategii. W okresie pandemii system rekrutacji został dostosowany do wymogów bezpieczeństwa – działania informacyjne prowadzono telefonicznie i w mediach społecznościowych, co pozwoliło dotrzeć do około 6900 osób.

W trakcie rekrutacji zauważono również specyfikę grupy docelowej – mężczyźni, będący głównymi odbiorcami programu, rzadziej sami zgłaszali się na badania. Często robiły to za nich ich żony lub partnerki, co **wskazywało na konieczność uwzględnienia w działaniach rekrutacyjnych także otoczenia uczestników**. Mimo trudności w zachęcaniu do udziału bezpośrednio mężczyzn, wysoka świadomość zagrożeń zdrowotnych sprawiła, że zgłaszalność była bardzo dobra. Ważnym czynnikiem motywującym była również kompleksowość opieki oferowanej w ramach programu – pacjenci z wykrytymi nieprawidłowościami mogli liczyć na dalszą diagnostykę i konsultacje specjalistyczne, co budowało zaufanie i zachęcało do udziału w badaniach.

Uczestnicy w badaniu ilościowym nie wskazywali na trudności na etapie kwalifikowania do programu – 89,4% oceniło że zakwalifikowanie się do programu zdrowotnego było bardzo łatwe i łatwe, a kolejne 6,4% wskazało że ani trudne ani łatwe. Zdecydowana większość (98,8%) nie wskazała również, aby podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiły się powody, które utrudniały przystąpienie do programu zdrowotnego.

Dobre praktyki w zakresie rekrutacji:

- **Zapewnienie badań blisko miejsca zamieszkania pacjentów** (badania organizowano w lokalnych placówkach, co eliminowało konieczność dojazdu do dużych miast i zwiększało dostępność dla osób starszych oraz z mniejszych miejscowości).
- **Współpraca ze wszystkimi szpitalami powiatowymi w województwie** (umożliwiła objęcie programem całego regionu i dotarcie do mieszkańców wszystkich powiatów województwa wielkopolskiego).
- **Wykorzystanie lokalnej infrastruktury medycznej i logistycznej** (szpitale powiatowe udostępniały swoje pomieszczenia i poradnie, co pozwalało sprawnie organizować badania bez konieczności tworzenia nowych punktów diagnostycznych).
- **Organizacja badań kilkakrotnie w każdym powiecie** (umożliwiła osobom, które nie mogły zgłosić się za pierwszym razem, udział w kolejnych turach badań, zwiększając łączną liczbę uczestników).
- **Wykorzystanie skutecznych kanałów komunikacji (radio, portale lokalne)** (media lokalne okazały się najefektywniejsze w dotarciu do mieszkańców, zapewniając szybki odzew i wysoką zgłaszalność).
- **Prowadzenie szerokiej akcji promocyjnej w przestrzeni publicznej** (plakaty, eventy, spoty i artykuły prasowe budowały rozpoznawalność programu oraz zwiększały świadomość jego celów wśród mieszkańców).
- **Docieranie do mężczyzn pośrednio – poprzez ich żony i bliskich** (w wielu przypadkach to kobiety zgłaszały mężczyzn na badania, dlatego komunikaty rekrutacyjne kierowano również do ich otoczenia rodzinnego).

- **Utrzymanie czynnej infolinii dla zapisów na badania** (pacjenci mogli łatwo i szybko zapisać się na badania telefonicznie, co zapewniało dostępność rejestracji i natychmiastową reakcję po kampaniach informacyjnych).
- **Adaptacja działań rekrutacyjnych do warunków pandemii (komunikacja zdalna)** (w czasie COVID-19 promocję i zapisy prowadzono telefonicznie oraz w mediach społecznościowych, docierając do tysięcy osób mimo ograniczeń sanitarnych).

Efekty RPZ i ocena jakości świadczeń

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach RPZ zostały bardzo wysoko ocenione przez jego uczestników, co potwierdza **wysoką jakość prowadzonych działań**. Wszystkie analizowane aspekty uzyskały średnie oceny powyżej 4,5 w pięciostopniowej skali, gdzie 5 oznacza ocenę maksymalną. Oznacza to, że uczestnicy byli w zdecydowanej większości zadowoleni zarówno z organizacji, jak i przebiegu świadczeń.

Najwyżej oceniono poczucie bezpieczeństwa podczas świadczenia, które uzyskało średnią 4,8. Wynik ten wskazuje, że pacjenci czuli się komfortowo, mieli zaufanie do personelu medycznego i nie odczuwali stresu związanego z udziałem w badaniu. Wysoka ocena tego elementu jest szczególnie istotna w kontekście profilaktyki zdrowotnej, ponieważ poczucie bezpieczeństwa zwiększa gotowość pacjentów do korzystania z podobnych programów w przyszłości.

Bardzo dobrze oceniono również profesjonalizm i kompetencje personelu medycznego, a także jego uprzejmość i zaangażowanie – oba aspekty uzyskały średnią ocenę 4,7. Podobnie wysoko oceniono warunki lokalowe, w tym czystość, dostępność i zapewnienie prywatności podczas badania, a także ogólną satysfakcję z udziału w programie. Nieco niższe, ale wciąż bardzo wysokie oceny (na poziomie 4,5-4,6) uzyskały kwestie związane z jasnością przekazywanych informacji, czasem trwania wizyty oraz sposobem komunikacji z pacjentem.

Wykres 29 Ocena jakości świadczeń w RPZ 1. Zdrowa aorta



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=265; pokazano średnie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką ocenę.

Efekty realizacji projektu RPZ miały **charakter kompleksowy** — obejmowały zarówno poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców, jak i wzrost świadomości społecznej oraz wzmocnienie potencjału systemu ochrony zdrowia w regionie.

Efekty zdrowotne

Projekt przyniósł znaczące korzyści zdrowotne zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Jego głównym osiągnięciem było **wczesne wykrywanie tętniaka aorty brzusznej**, co ma kluczowe znaczenie dla ratowania życia i zapobiegania powikłaniom zagrażającym zdrowiu. W wyniku badań (wykonano **11 096 badań USG**) wykryto **266 tętniaków** i **ponad 400 przypadków do dalszej diagnostyki**. Tak wysoka skuteczność diagnostyczna oznaczała, że wiele osób mogło uniknąć pęknięcia tętniaka, które w zdecydowanej większości przypadków kończy się śmiercią — statystycznie tylko 10–15% pacjentów z pękniętym tętniakiem przeżywa dłużej niż trzy miesiące.

Uczestnicy projektu, którzy poddali się badaniu, często kierowali się świadomością zagrożenia wynikającą z doświadczeń rodzinnych lub społecznych — wielu z nich powoływało się na przypadki chorób lub zgonów bliskich osób spowodowanych niezdiagnozowanym tętniakiem. Świadczy to o rosnącej świadomości potrzeby profilaktyki zdrowotnej i wartości diagnostyki wczesnego wykrywania chorób.

Większość uczestników w badaniu ilościowym (81,9%) wskazała, że w wyniku udziału w programie dowiedziała się, że ich stan zdrowia jest prawidłowy, a ponad połowa (51,7%) odczuwa wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego po udziale w programie.

Projekt zapewniał również **pogłębioną i bezpieczną diagnostykę**. Pacjenci z rozpoznaniem tętniaka byli kierowani na badanie **angiografii w rezonansie magnetycznym**, które wykonano w ramach programu. Wybór tej metody, zamiast tomografii komputerowej, był świadomy — rezonans ogranicza ryzyko powikłań nerkowych i pozwala dokładnie monitorować rozwój schorzenia. Zdiagnozowani pacjenci byli objęci dalszą opieką specjalistyczną, a operacje wykonywał chirurg naczyniowy zaangażowany w realizację projektu, co gwarantowało ciągłość i wysoką jakość leczenia.

Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że właśnie to było silną stroną realizacji programu — kompleksowa opieka nad pacjentem, obejmująca pełną ścieżkę diagnostyczną — od badań przesiewowych (USG jamy brzusznej), przez angiografię w rezonansie magnetycznym i specjalistyczne konsultacje, aż po opracowanie indywidualnego planu leczenia. Podkreślano, że dzięki zapewnieniu ciągłości świadczeń osoby, u których wykryto niepokojące wyniki, mogły liczyć na dalszą diagnostykę i leczenie, w tym konsultacje z chirurgiem naczyniowym, bez konieczności długiego oczekiwania w kolejkach. Te dodatkowe świadczenia były realizowane poza RPZ, jako samodzielna inicjatywa realizatora. Wyróżniało to ten RPZ w porównaniu z benchmarkowym programem w województwie kujawsko-pomorskim, w którym wsparcie obejmowało badanie USG, a dalsze kroki zależne były od wsparcia poszczególnych realizatorów.

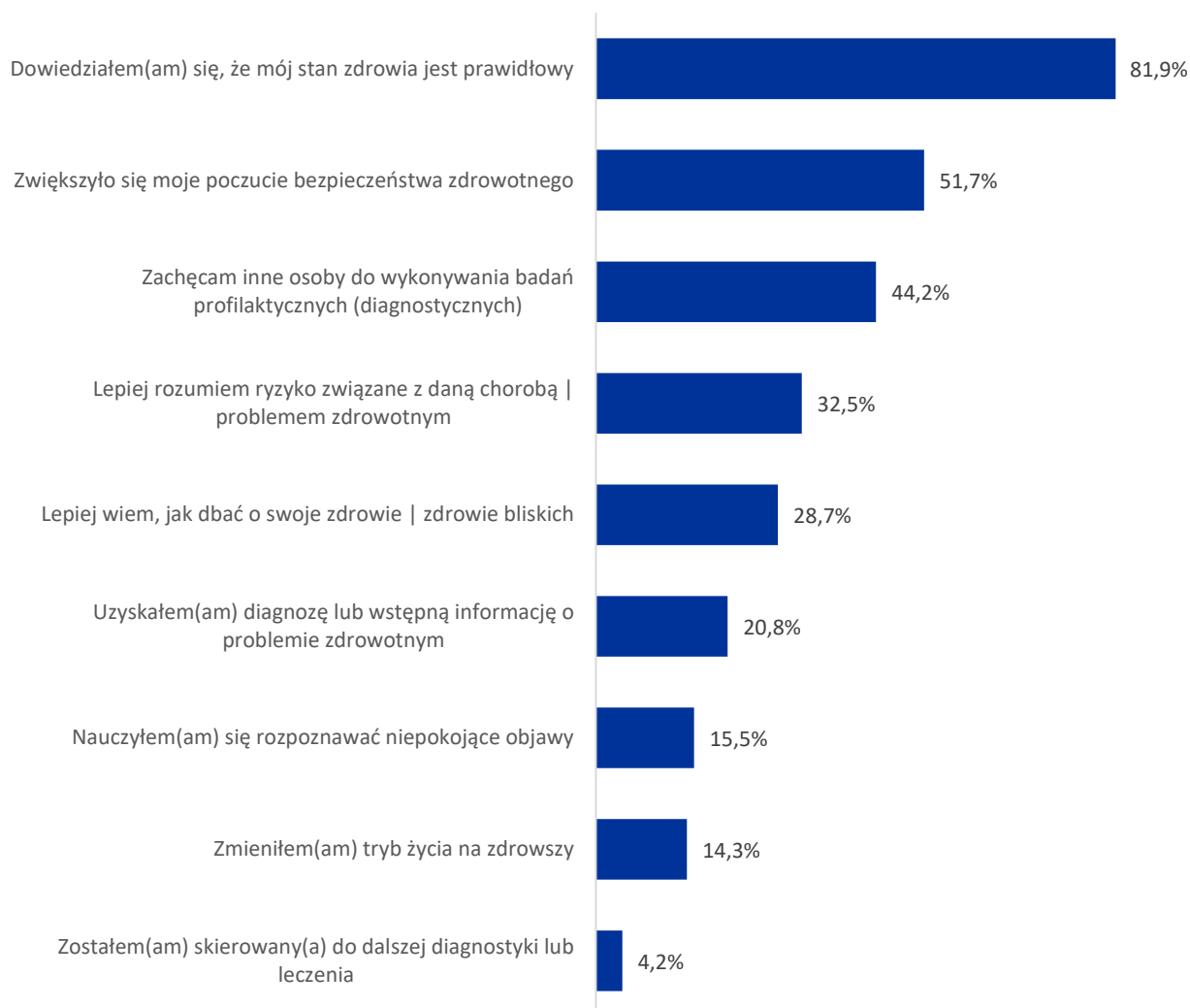
Efekty społeczne i świadomościowe

Realizacja projektu przyczyniła się do znaczącego **wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa** w województwie wielkopolskim. Przebadanie ponad **11 tysięcy osób** w jednym regionie, w połączeniu z szeroką akcją informacyjno-edukacyjną, pozwoliło dotrzeć z przekazem o profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia do bardzo dużej grupy mieszkańców. Oprócz badań USG zbierano wywiady dotyczące czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, które są wspólne dla tętniaka i miażdżycy tętnic. Dzięki temu udział w programie stanowił okazję do rozmowy o zdrowym stylu życia, profilaktyce oraz potrzebie regularnych badań kontrolnych. 44,2% uczestników zadeklarowało, że teraz zachęca inne osoby do wykonywania badań profilaktycznych.

Każda osoba uczestnicząca w badaniu otrzymywała informacje o czynnikach ryzyka i zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Wartość edukacyjna programu wykraczała jednak poza samych uczestników — podczas badań rozmawiano z pacjentami i ich rodzinami, co powodowało, że przekaz profilaktyczny oddziaływał szerzej, docierając także do otoczenia osób badanych. Według realizatorów, taka forma bezpośredniej edukacji miała **większy efekt niż typowe kampanie społeczne**, ponieważ łączyła rozmowę z realnym działaniem medycznym. Na wzrost świadomości czynników ryzyka i umiejętności dbania o zdrowie — jako efekty udziału w RPZ zwracają uwagę uczestnicy w badaniu ilościowym: 32,5% wskazało, że lepiej rozumie ryzyko choroby, a 28,7% zdobyło wiedzę, jak dbać o swoje zdrowie i zdrowie bliskich. Dodatkowo 20,8% zaznaczyło, że zyskało diagnozę lub wstępną informację o problemie zdrowotnym, 15,5% nauczyło się rozpoznawać niepokojące objawy, a 14,3% zadeklarowało zmianę trybu życia na zdrowszy.

Duży zasięg programu został uznany za wyjątkowy — dla porównania, jak wskazał realizator, w podobnych ogólnopolskich inicjatywach przebadano łącznie około 8 000 osób.

Wykres 30 Ocena efektów udziału w RPZ 1. Zdrowa aorta w działaniach profilaktycznych



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=265; pokazano odpowiedzi > 2,5%.

Ważnym efektem społecznym była także **edukacja kadr medycznych**. Działania te przyczyniły się do zwiększenia wiedzy o diagnostyce i leczeniu tętniaków oraz wzmocniły kompetencje lekarzy rodzinnych, którzy pełnią kluczową rolę w kierowaniu pacjentów na badania przesiewowe.

Efekty związane z sytuacją na rynku pracy (aktywność zawodowa)

Projekt miał również **pośrednie efekty ekonomiczne i społeczne**, związane z utrzymaniem aktywności zawodowej mieszkańców regionu. Program był skierowany do osób pozostających w wieku produkcyjnym. Wczesne wykrycie i skuteczne leczenie tętniaka umożliwiało im zachowanie zdrowia, a tym samym **utrzymanie zdolności do pracy** i aktywnego życia zawodowego.

Jak podkreślali przedstawiciele realizatora RPZ w trakcie FGI, koncepcja programu opierała się na zasadzie, że profilaktyka i wczesna diagnostyka są **sumarycznie mniej kosztochłonne** dla systemu niż leczenie powikłań, co jest kluczowe z punktu widzenia gospodarki i utrzymania zdrowej siły roboczej. Zdiagnozowanie choroby na wczesnym etapie pozwala uniknąć nagłych i poważnych komplikacji zdrowotnych, które mogłyby prowadzić do niezdolności do pracy lub przedwczesnej utraty aktywności zawodowej. Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że uczestnicy programu, u

których wykryto nieprawidłowości, mieli zapewnioną szybką ścieżkę diagnostyczną i terapeutyczną. Otrzymywali skierowania na dalsze badania, w tym angiografię w rezonansie magnetycznym, a także odbywali konsultacje specjalistyczne i uzyskiwali indywidualny plan leczenia. Dzięki temu – już poza RPZ, z inicjatywy realizatora – pacjenci kierowani byli na operacje bez konieczności długiego oczekiwania w kolejkach, które w standardowym systemie mogą trwać nawet rok lub dwa lata. Zwracano też uwagę na pozytywne efekty zdrowotne i społeczne programu – pacjenci, którzy przeszli operację tętniaka, szybko wracali do pełnej sprawności, czuli się dobrze i nie odczuwali negatywnych skutków zdrowotnych. Utrzymanie ich dobrego stanu zdrowia przekładało się na zdolność do dalszej aktywności zawodowej i społecznej, co dodatkowo potwierdza wysoką wartość profilaktyki w obszarze chorób układu naczyniowego.

Wyniki benchmarkingu

RPZ benchmarkingowa dla woj. wielkopolskiego: Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej (realizowany z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego)

Poniżej przedstawiono podstawowe informacje o obu programach:

WRPO 2014+	Województwo kujawsko-pomorskie
Nazwa programu	
RPZ „Zdrowa Aorta”	Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej
Model wdrażania, specyfika projektów	
1 projekt realizowany na obszarze woj. wielkopolskiego Czas trwania projektu to 4 lata i 8 miesięcy	Program polityki zdrowotnej opracowywany i realizowany przez samorząd województwa. Wdrożenie programu było kontynuacją zadania realizowanego od 2012 roku. Program realizowany przez kilku wybranych realizatorów. Czas trwania projektów: jednoroczne
Podmioty uprawnione do ubiegania się o dofinansowanie	
Pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jst (a także przedsiębiorcy powstałe z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia.	Podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyjęte tryby naboru

W ramach **RPZ 1. Zdrowa Aorta** przyjęto model jednoprojektowy, w którym całość działań była realizowana w obrębie jednego, kompleksowego projektu obejmującego całe województwo wielkopolskie. Program miał charakter długofalowy — jego realizacja trwała 4 lata i 8 miesięcy (uwzględniając przedłużenie z powodu pandemii), co zapewniało ciągłość organizacyjną i możliwość prowadzenia spójnych działań rekrutacyjnych, diagnostycznych oraz edukacyjnych. Model ten opierał się na centralizacji zarządzania i koordynacji, przy ograniczonej liczbie realizatorów bezpośrednich, co sprzyjało zachowaniu jednolitych standardów wdrażania.

Z kolei **Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej** funkcjonował w formule programu polityki zdrowotnej opracowanego i realizowanego przez samorząd województwa. Program ten stanowił kontynuację działań prowadzonych od 2012 roku i był wdrażany przez kilku wybranych w trybie konkursu realizatorów, co pozwalało na elastyczne dopasowanie zakresu i lokalizacji działań do bieżących potrzeb zdrowotnych regionu. Projekty w ramach programu miały charakter jednoroczny.

Warunki dostępu w naborach stawiane wnioskodawcom

W **RPZ 1 Zdrowa Aorta** katalog uprawnionych wnioskodawców był szeroki i obejmował nie tylko jednostki ochrony zdrowia, lecz także inne podmioty działające w sferze publicznej i społecznej. Do składania wniosków mogły przystępować m.in. pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego (JST) i ich jednostki organizacyjne, a także podmioty lecznicze utworzone przez JST oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Natomiast w przypadku **Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych**, warunki udziału w naborze były bardziej restrykcyjne i jednoznacznie skoncentrowane na podmiotach medycznych. Uprawnionymi do realizacji działań były jedynie podmioty wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a więc te, które wykonują działalność leczniczą w rozumieniu przepisów prawa.

Model wielkopolski cechował się większą otwartością i kompleksowością, łączącą funkcje diagnostyczne, profilaktyczne i edukacyjne w ramach jednego, długofalowego projektu, natomiast model kujawsko-pomorski opierał się na bardziej sformalizowanym systemie corocznych naborów z udziałem wyłącznie podmiotów leczniczych, co zapewniało ścisłe medyczne ukierunkowanie programu.

Warunki dostępu w naborach stawiane projektom

Główną grupą docelową w programie realizowanym w województwie kujawsko-pomorskim byli mężczyźni w wieku 65-74 lata, palący papierosy. W **RPZ 1. Zdrowa Aorta** kryteria obejmowały: bycie mieszkańcem Wielkopolski, wiek (50-69 lat), palenie lub palenie papierosów w przeszłości, nadciśnienie tętnicze, oraz w przypadku mężczyzn poniżej 65 lat: występowanie tętniaka aorty/chorób naczyń w rodzinie. Przedstawiciele beneficjenta podczas FGI zwracali uwagę, że grupa docelowa została ściśle zdefiniowana, co ma uzasadnienie medyczne i naukowe. Podkreślali, że badania epidemiologiczne prowadzi się w tych grupach, które są najbardziej narażone na wystąpienie danej choroby, charakteryzując się największym znaczeniem epidemiologicznym oraz najwyższą śmiertelnością. Takie zawężenie populacji objętej działaniami programu pozwala więc na skuteczniejsze wykorzystanie zasobów i osiągnięcie większego efektu zdrowotnego w grupie o największym ryzyku zachorowania.

Pod względem ukierunkowania terytorialnego w województwie kujawsko-pomorskim świadczenia musiały być realizowane w siedzibie oferenta zlokalizowanej na jego obszarze, co oznacza koncentrację interwencji na pojedynczych podmiotach. Dokumentacja konkursowa nie zawiera dodatkowych wytycznych odnoszących się do „białych plam” czy priorytetyzacji obszarów szczególnie defaworyzowanych. Inaczej wygląda to w Wielkopolsce, gdzie projekt miał obejmować całe województwo, a jednocześnie zalecano kierowanie wsparcia przede wszystkim do mieszkańców miast średnich, w tym szczególnie tych tracących funkcje społeczno-gospodarcze.

Kryteria oceny projektów

- **Kwalifikacje personelu**

Wymogi są ściśle kliniczne: w obu województwach badania muszą wykonywać lekarze specjaliści radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarze z certyfikatem umiejętności w ultrasonografii, co bezpośrednio wiąże jakość świadczeń z konkretnymi uprawnieniami osoby wykonującej badanie.

- **Wymagania lokalowe i sprzętowe**

Model kujawsko-pomorski koncentruje się na gotowości technicznej w miejscu realizacji: gabinet USG (stacjonarny lub przenośny aparat) oraz sprzęt komputerowy do gromadzenia i przetwarzania danych, wszystko zgodnie z wymogami prawa. W Wielkopolsce ze środków projektu możliwy jest zakup sprzętu diagnostycznego, lecz ograniczony limitem do 10% budżetu projektu (wraz z cross-financingiem). Jednocześnie nacisk kładzie się na organizację projektu i dostępność dla uczestników: projektodawca musi prowadzić biuro na terenie województwa (siedziba/filia/delegatura/oddział) zapewniające wgląd w dokumentację i osobisty kontakt z kadrą.

- **Zaplecze diagnostyczno-konsultacyjne**

W Wielkopolsce premiowane są projekty dysponujące własnym zapleczem do dalszej, pogłębionej diagnostyki i konsultacji medycznych, co wzmacnia ciągłość ścieżki pacjenta w ramach jednego wykonawcy. W województwie kujawsko-pomorskim zakres wsparcia jest węższy – obejmuje wyłącznie USG i nie stawia się dodatkowych wymogów sprzętowych.

- **Podwykonawcy i partnerstwo**

Kujawsko-Pomorskie wymaga oświadczenia o realizacji bez podwykonawców, centralizując odpowiedzialność i wykonanie w jednym podmiocie. Wielkopolska dopuszcza partnerstwa, co sprzyja tworzeniu konsorcjów oraz sieci współpracujących świadczeniodawców. Takie rozwiązanie umożliwia również realizację projektu przez podmiot, który sam nie jest podmiotem leczniczym, o ile zapewni on odpowiednie zaplecze organizacyjne i koordynacyjne. Może to być szczególnie korzystne w sytuacji, gdy jednostka samorządu terytorialnego przejmie na siebie obowiązki administracyjne i organizacyjne – w tym prowadzenie rekrutacji uczestników – natomiast świadczenia zdrowotne będą realizowane przez partnera lub podwykonawcę posiadającego status podmiotu leczniczego.

- **Uprawnione podmioty**

W Kujawsko-Pomorskiem uprawnienie wynika z ustawy o działalności leczniczej, a więc katalog beneficjentów jest ustawowo zdefiniowany. W Wielkopolsce dodatkowo premiuje się status podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – projekty realizowane przez podmiot leczniczy z umową z NFZ w rodzaju POZ uzyskują punkty, co zachęca do osadzania działań w bramce systemu. Jest to też kryterium sprzyjające temu, aby ewentualnie kupiony sprzęt służył po zakończeniu projektów w ramach kontraktu z NFZ.

- **Koszt i racjonalność budżetu**

Kujawsko-Pomorskie premiuje niską cenę jednostkową świadczeń (im niższa, tym więcej punktów), co wprost wzmacnia konkurencję kosztową ofert. Wielkopolska ocenia budżet szerzej – pod kątem racjonalności, efektywności i kwalifikowalności wydatków.

- **Dostępność i jakość realizacji**

W Kujawsko-Pomorskiem punktowana jest dostępność godzinowa świadczeń (5 dni w tygodniu 8:00–18:00 lub 6 dni z sobotą). W Wielkopolsce jest podobnie: realizacja wsparcia także po południu, wieczorami i w soboty.

- **Zasoby i kwalifikacje vs. potencjał instytucjonalny**

Kujawsko-Pomorskie punktuje warunki kadrowe i kwalifikacje (liczbę lekarzy z wymaganymi uprawnieniami³⁸), czyli „twardą” zdolność do świadczeń. Wielkopolska ocenia ogólny potencjał i doświadczenie projektodawcy/partnerów w ujęciu finansowym, technicznym i organizacyjnym, co promuje dojrzałość operacyjną i zdolność do skoordynowanej realizacji.

- **Doświadczenie i skuteczność rekrutacji**

W Kujawsko-Pomorskiem punktowane jest doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych finansowanych przez JST oraz „historyczna frekwencja” (udział uczestników względem umów we wcześniej zrealizowanych projektach/ programach zdrowotnych), przy czym brak realizacji w latach wcześniejszych skutkuje 0 punktów w tym kryterium. W Wielkopolsce doświadczenie jest elementem oceny potencjału, natomiast oddzielnie ocenia się trafność doboru grupy docelowej i mechanizmy rekrutacji (wraz z identyfikacją barier), co premiuje dobrze uzasadnione, skuteczne dotarcie do populacji ryzyka, nawet gdy brak jest „metryki” frekwencji z przeszłości, choć samo doświadczenie też jest oceniane. W ramach tego kryterium ocenia się: Zaangażowanie potencjału oraz doświadczenie projektodawcy i partnerów w kontekście osiągnięcia celów projektu. Doświadczenie jest oceniane w szczególności w kontekście dotychczasowej działalności i możliwości weryfikacji jej rezultatów w obszarze, w którym udzielane będzie wsparcie (czyli w obszarze programów polityki zdrowotnej, w tym przypadku tętniaków aorty). Oprócz oceny ogólnego doświadczenia, przyznawana jest specjalna premia punktowa za doświadczenie mierzone czasem. Premiowane są projekty, których Wnioskodawca lub partner posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w obszarze, w którym realizowany jest program polityki zdrowotnej.

- **Inne kryteria premiujące**

Wielkopolska przyznaje dodatkowe punkty za udział realizatora w przygotowaniu programu polityki zdrowotnej oraz za posiadanie akredytacji jakości (akredytacja MZ, przygotowanie do wizyty akredytacyjnej, certyfikat EN 15224). Te elementy mają zabezpieczać standard organizacyjny i kliniczny projektu. W Kujawsko-Pomorskiem ciężar „premi jakościowej” spoczywa raczej na posiadaniu własnego zaplecza diagnostyczno-konsultacyjnego i twardych kwalifikacjach personelu niż na certyfikacjach systemowych.

³⁸ Punktacja jest przyznawana w następujący sposób: 1 lekarz z wymaganymi kwalifikacjami: 15 punktów; 2 i więcej lekarzy z wymaganymi kwalifikacjami: 20 punktów. Jeżeli oferent nie umieści w ofercie informacji dotyczących personelu świadczącego usługi zdrowotne, otrzyma za to kryterium 0 punktów

Rekomendacje dla realizacji RPZ w przyszłości

Utrzymanie mobilnego, zdecentralizowanego modelu organizacji badań (dojazdy do każdego powiatu).

Bliskość miejsca świadczeń okazała się kluczowym motorem zgłaszalności (11 tys. badań), szczególnie dla osób starszych; ogranicza bariery transportowe i zwiększa równość dostępu w całym regionie.

Zapewnienie dostępności wsparcia w godzinach popołudniowych, wieczornych i w soboty.

Elastyczne godziny zwiększają realną dostępność dla osób pracujących.

Kontynuowanie szerokiej współpracy z POZ i szpitalami powiatowymi (w tym formalne partnerstwa) oraz promowanie udziału podmiotów z umową NFZ (POZ).

Lokalna infrastruktura i sieciowość były kluczowe dla skali i jakości; osadzenie w POZ wzmacnia ciągłość opieki i późniejsze wykorzystanie sprzętu.

Utrzymanie (i rozwijanie) modelu „jednego, długiego” projektu regionalnego z silnym koordynatorem, ale z wykonawstwem rozproszonym.

Centralna koordynacja sprzyja spójności standardów i ekonomii skali; rozproszone wykonawstwo zapewnia bliskość pacjenta.

Utrzymanie ścieżki klinicznej obejmującej: badanie ultrasonograficzne (USG) → rezonans magnetyczny z angiografią (tzw. MRI-angiografia, tam, gdzie jest to wskazane) → konsultację z chirurgiem naczyniowym → opracowanie planu postępowania i monitorowania pacjenta.

Kompleksowość tej ścieżki oraz zastosowanie bezpieczniejszej metody diagnostycznej (rezonansu magnetycznego zamiast tomografii komputerowej) zwiększyły efektywność diagnostyczną oraz zaufanie pacjentów

Zachowanie intensywnej, wielokanałowej rekrutacji opartej na lokalnych mediach, eventach i współpracy z parafiami/urzędem/szkołami, oraz utrzymywanie stałej infolinii.

Radio i portale lokalne były najbardziej efektywne; stała linia telefoniczna zapewniała natychmiastowy efekt po kampaniach.

Kontynuowanie i skalowanie szkoleń dla kadr (POZ/AOS, chirurdzy, radiolodzy) w całym regionie.

Wzmocnienie kompetencji w diagnostyce i follow-upie przekłada się na jakość i trwałość efektów. Odpowiada to też na problem braków zasobów kadrowych (radiologów).

Wykorzystanie w przyszłości coraz lepszej dostępności aparatów USG w mniejszych przychodniach.

Uczestnicy FGI zwrócili uwagę na pozytywny trend w kontekście zmian systemowych, takich jak rozwój opieki koordynowanej (POZ) czy programy typu FENiKS, które wspierają zakup ultrasonografów przez przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej. W opinii uczestników wskazuje to na rosnący potencjał do włączania badań przesiewowych w rutynową opiekę zdrowotną – najlepiej na najniższym poziomie, bezpośrednio u lekarza rodzinnego, blisko pacjenta. Należy brać to pod uwagę przy planowaniu ewentualnych kolejnych edycji RPZ.

Studium przypadku RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO

Nazwa RPZ: Program profilaktyki nowotworów skóry w aglomeracji kalisko-ostrowskiej

Projekty realizujące RPZ:

RPWP.06.06.03-30-0004/18, Program profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej, GMINA I MIASTO STAWISZYN

Cele i uzasadnienie RPZ

Program profilaktyki nowotworów skóry w aglomeracji kalisko-ostrowskiej został zaplanowany w celu podniesienia świadomości zdrowotnej mieszkańców oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych konsultacji dermatologicznych. Jego głównym celem było zwiększenie wiedzy i świadomości społeczności AKO w zakresie profilaktyki nowotworów skóry, a także zapewnienie szerszego dostępu do badań i porad dermatologicznych w okresie trzech lat realizacji programu. Cele szczegółowe obejmowały: (1) poszerzanie wiedzy mieszkańców na temat metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, (2) zwiększenie dostępności o 4 500 świadczeń wideodermatoskopowych połączonych z konsultacjami edukacyjnymi dla osób aktywnych zawodowo w wieku 50-64 lata, (3) podniesienie kwalifikacji i umiejętności w zakresie profilaktyki nowotworów u profesjonalistów, takich jak personel medyczny czy pracownicy solariów i biur turystycznych, oraz (4) kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród użytkowników kąpielisk na terenie AKO. Realizacja tych działań miała stworzyć warunki do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych, wczesnego wykrywania zmian skórnych oraz zmniejszania ryzyka zachorowań na nowotwory skóry w regionie.

Zakładane działania i grupy docelowe

Zakładane działania	Grupa docelowa	Zakładana liczebność
Działania edukacyjno-informacyjne	Program skierowany jest do aktywnych zawodowo mieszkańców AKO.	4590
Działania profilaktyczne, w tym badania profilaktyczne oraz konsultacje dermatologiczne	Osoby aktywne zawodowo mieszkańcy AKO w wieku od 50 do 64 lat.	4500
Szkolenia dla profesjonalistów	Personel medyczny, personel niemedyczny: pracownicy solariów i biur podróży.	90

Termin realizacji

	Planowany termin	Faktyczny termin
Początek programu	01.03.2019	01.03.2019
Zakończenie programu	28.02.2022	31.10.2023

Realizacja wskaźników

Wskaźnik	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Poziom realizacji (%)
Liczba emisji spotów telewizyjnych i radiowych	120	120	100%
Liczba osób, które uzyskały edukację z zakresu samobadania skóry i nowotworów skóry (edukacja podczas konsultacji dermatologicznych).	4500	4514	100%
Liczba osób, które wzięły udział w konsultacjach dermatologicznych	4500	4514	100%
Liczba przeprowadzonych happeningów profilaktycznych	80	80	100%
Liczba profesjonalistów biorących udział w szkoleniach	90	90	100%

Struktura uczestników

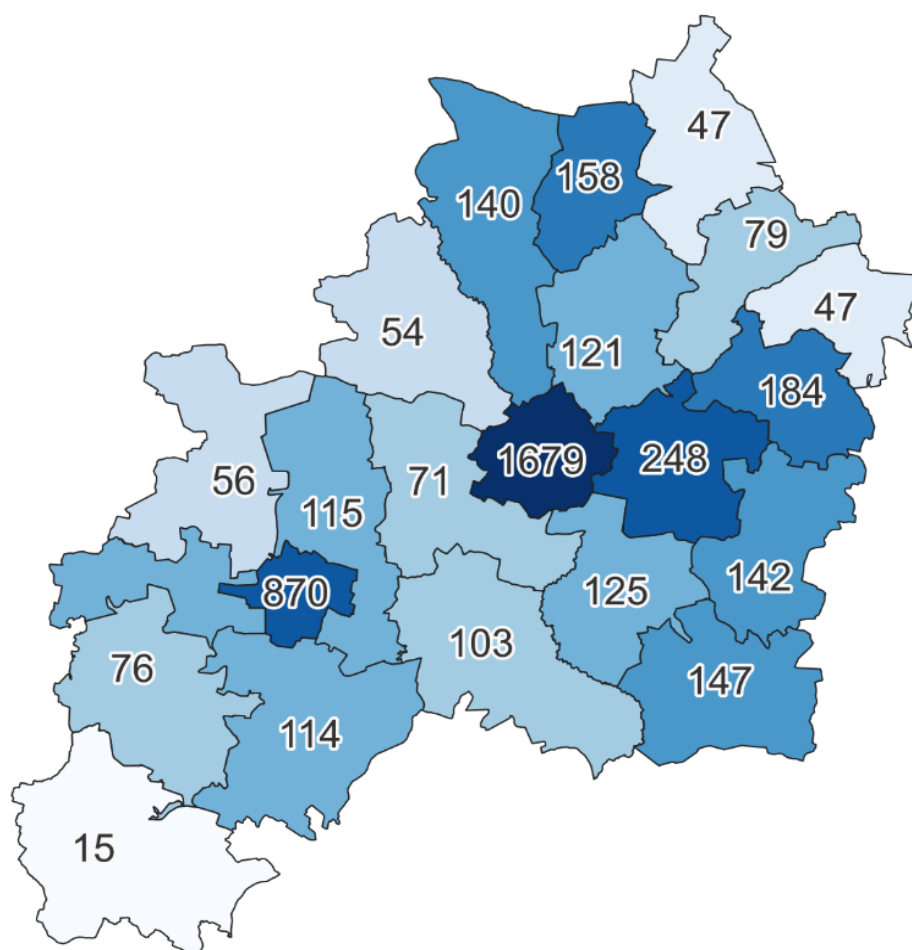
Rozkład terytorialny uczestników

Najwięcej uczestników programu pochodziło z największych ośrodków miejskich Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej – przede wszystkim z Kalisza (1679 osób) oraz Ostrowa Wielkopolskiego (870 osób). Wysoką frekwencją wyróżniały się także mniejsze gminy, takie jak Opatówek (248 osób) czy Koźminek (184 osoby).

Z kolei najmniejsza liczba uczestników została odnotowana w kilku najmniejszych gminach. Najmniej osób wzięło udział w programie w gminie Sośnie (15 osób), a niską frekwencję odnotowano także w gminach Mycielin (47 osób), Lisków (47 osób), Gołuchów (54 osoby) i Raszków (56 osób). Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO** należy ocenić jako równomierny, z pojedynczym odchyleniem w postaci niższej liczby zgłoszeń w gminie Sośnie. Wyniki wywiadu z realizatorem uzasadniają taki obraz: kluczowym czynnikiem sukcesu było silne zaangażowanie samorządów – urzędnicy 24 JST wykorzystali lokalne kanały komunikacji (m.in. profile społecznościowe), co przełożyło się na skuteczne dotarcie do mieszkańców i ponadprzeciętną frekwencję także na obszarach wiejskich. Mechanizm „lokalnego, wiarygodnego nadawcy” obniżał bariery informacyjne i organizacyjne, sprzyjając równemu rozłożeniu uczestników między gminami. W konsekwencji obecny rozkład przestrzenny jest efektem jakości współpracy z JST.

Struktura uczestników programu profilaktyki nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej wyraźnie pokazuje przewagę mieszkańców gmin **miejskich**, którzy stanowili **55,5% ogółu**. Oznacza to, że ponad połowa wszystkich uczestników pochodziła z największych ośrodków, takich jak Kalisz czy Ostrów Wielkopolski.

Mapa 17 Liczebność uczestników RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO wg gmin

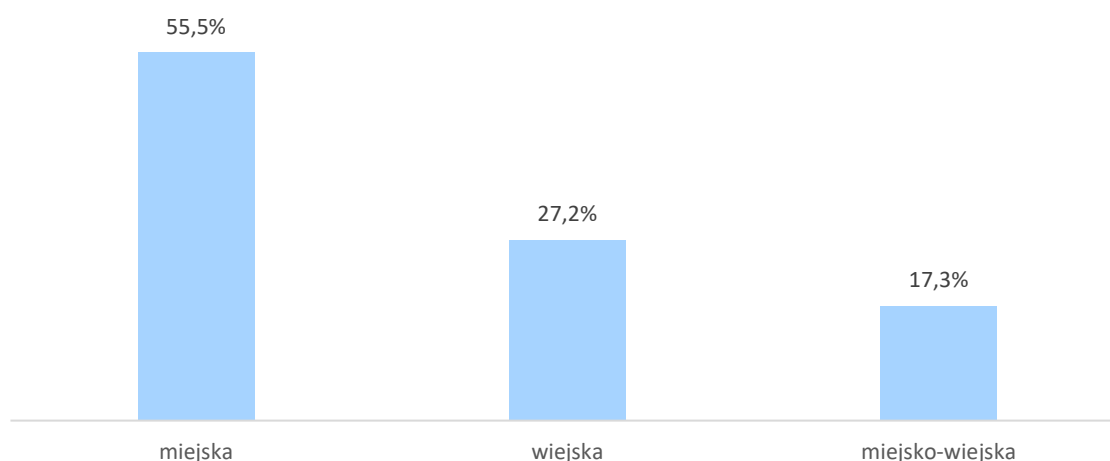


Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Drugą pod względem wielkości grupę stanowili mieszkańcy gmin **wiejskich** – **27,2% uczestników**, co wskazuje na umiarkowane zaangażowanie społeczności wiejskich w działania profilaktyczne programu.

Najmniejszy udział odnotowano wśród mieszkańców gmin **miejsko-wiejskich**, którzy stanowili **17,3% ogółu uczestników**. Pokazuje to, że w tego typu jednostkach zaangażowanie w program było stosunkowo najniższe.

Wykres 31 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO



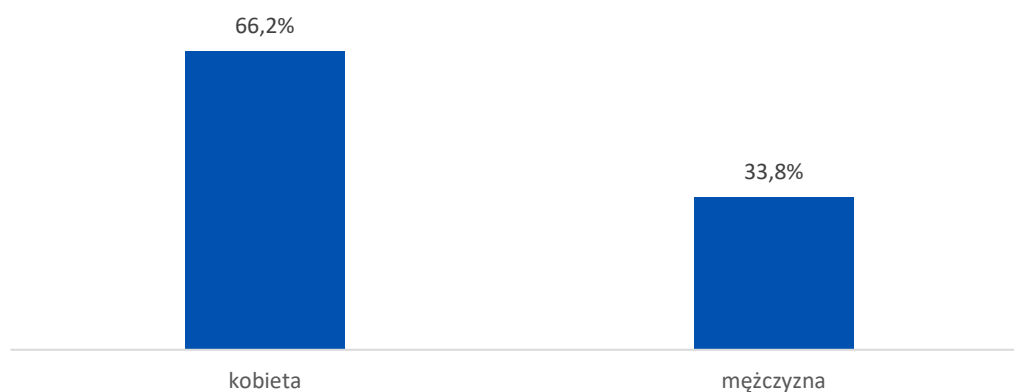
Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Rozkład uczestników programu według typu gmin można uznać za prawidłowy i zgodny z oczekiwaniami, ponieważ odzwierciedla on strukturę demograficzną Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej. Największy udział mieszkańców gmin miejskich (55,5%) odpowiada temu, że to właśnie w miastach, takich jak Kalisz czy Ostrów Wielkopolski, koncentruje się największa liczba ludności. Udział gmin wiejskich (27,2%) oraz miejsko-wiejskich (17,3%) również jest adekwatny do ich potencjału demograficznego. Oznacza to, że zainteresowanie programem i skala uczestnictwa są proporcjonalne do wielkości populacji poszczególnych typów gmin, co potwierdza, że rekrutacja do działań profilaktycznych przebiegła w sposób zrównoważony i reprezentatywny.

Struktura wg płci i wieku

Zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie planowano, aby w działaniach wzięło udział 60% kobiet i 40% mężczyzn. Ostatecznie struktura uczestników nieznacznie odbiegała od tych założeń – w programie uczestniczyło 66,2% kobiet oraz 33,8% mężczyzn. Osiągnięty rozkład pokazuje, że rekrutacja była skuteczna i program dotarł zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn, co zwiększa jego wartość zdrowotną i społeczną, przy czym udział mężczyzn – grupy trudniej angażującej się w działania profilaktyczne – był niższy niż kobiet, ale pozostał na poziomie bliskim założeniom projektowych.

Wykres 32 Udział kobiet i mężczyzn w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Wyniki dotyczące udziału **poszczególnych grup wiekowych** pokazują, że zdecydowana większość uczestników pochodziła z przedziału wiekowego wskazanego w RPZ, czyli 50-64 lata (98,4%). To bardzo dobry rezultat, świadczący o skutecznej rekrutacji i precyzyjnym dotarciu do mieszkańców najbardziej narażonych na rozwój nowotworów skóry.

Niewielki odsetek osób spoza tego przedziału wiekowego można uznać za naturalny i prawdopodobnie związany z uczestnictwem w innych elementach programu, takich jak działania edukacyjne i szkoleniowe.

Wykres 33 Udział poszczególnych grup wiekowych w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Realizacja RPZ – trudności i działania zaradcze

Realizacja RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO wiązała się z szeregiem wyzwań organizacyjnych, promocyjnych i zewnętrznych, które wymagały wdrożenia odpowiednich działań zaradczych.

Trudności kadrowe i logistyczne dotyczyły przede wszystkim pozyskania odpowiedniej liczby specjalistów, zwłaszcza lekarzy dermatologów, co staje się coraz trudniejsze ze względu na malejącą liczbę fachowców w systemie ochrony zdrowia. Dzięki doświadczeniu realizatora – Gminy i Miasta Stawiszyn – udało się jednak znaleźć operatora badań, który zapewnił wykonanie 4 500 badań wideodermatoskopowych wraz z obsługą edukacyjną. Dobrze zorganizowana metodologia pracy pozwoliła pokonać te bariery.

Bariery promocyjne i rekrutacyjne wiązały się z ograniczoną skutecznością tradycyjnych metod promocji, takich jak telewizja czy radio, które nie docierały do mieszkańców wsi. Również przychodnie POZ nie angażowały się wystarczająco, ponieważ nie były formalnie związane z projektem. Skuteczne okazały się natomiast działania lokalne: współpraca z samorządami i wykorzystanie ich kanałów komunikacji, ulotki i informacje rozpowszechniane we współpracy z kosmetyczkami i solariami, a także innowacyjne eventy plenerowe – szczególnie happeningi na plażach, gdzie wykonywano badania bezpośrednio w miejscach związanych z opalaniem. Zakup specjalnego autobusu do mobilnych badań dodatkowo zwiększył zasięg działań. Kluczowe znaczenie miała również rekomendacja lokalnych władz, która budowała zaufanie uczestników.

Kolejnym wyzwaniem był **wpływ pandemii COVID-19**, która ograniczyła możliwość bezpośredniego dotarcia do ludzi ze względu na zamknięte placówki zdrowia i zakłady pracy. Konieczne było

wydłużenie okresu realizacji programu, a czas obostrzeń wykorzystano na zadania pośrednie, takie jak stworzenie strony internetowej, przygotowanie kampanii czy realizacja zamówień.

Pojawiły się także problemy z **narzędziami cyfrowymi**, które okazały się mało skuteczne dla grupy docelowej w wieku 50-64 lat. Uczestnicy często niechętnie korzystali z rejestracji online, dlatego równolegle uruchomiono rekrutację telefoniczną poprzez bezpłatną infolinię oraz wsparcie w urzędach i przychodniach, gdzie pielęgniarki i edukatorzy pomagali wypełniać dokumenty.

Ostatnią grupę stanowiły **problemy biurokratyczne**, które dotyczyły zarówno długiego czasu oczekiwania na odpowiedzi ze strony instytucji zarządzającej (nawet powyżej 60 dni), jak i nadmiernej liczby wymaganych dokumentów oraz mało intuicyjnych systemów elektronicznych. Z tego względu zarekomendowano uproszczenie procedur, skrócenie procesów decyzyjnych oraz ograniczenie wymagań dokumentacyjnych, w kierunku rozwiązań opartych na oświadczeniach.

Mimo wymienionych trudności realizatorom udało się osiągnąć główny cel programu oraz zaplanowaną liczbę 4 500 uczestników, co potwierdza skuteczność zastosowanych działań i umiejętność elastycznego reagowania na pojawiające się problemy.

Żaden z **uczestników programu nie zgłosił** w badaniu ilościowym, aby napotkał problemy lub trudności w trakcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach projektu.

Udział części uczestników RPZ przypadł na okres pandemii. Zdecydowana większość badanych (61,7%) wskazała, że pandemia **nie utrudniła w żadnym stopniu** ich udziału w projekcie. Kolejne **14,8% osób odczuło niewielkie utrudnienia**, a zaledwie pojedyncze osoby oceniły wpływ pandemii jako umiarkowany (1,2%) lub duży (1,2%). Nikt nie wskazał na bardzo duże trudności. Warto zauważyć, że aż **21% uczestników nie pamiętało lub nie potrafiło jednoznacznie określić** wpływu pandemii na swoje uczestnictwo. Oznacza to, że dla większości z nich pandemia nie stanowiła poważnej bariery w dostępie do świadczeń w projekcie.

Respondenci którzy odczuli pewne trudności wspomnieli m.in. o ograniczeniach w przemieszczaniu się (lockdown, brak transportu publicznego), obawach przed zakażeniem COVID-19, opóźnieniach lub odwołaniu działań, a także o własnej chorobie bądź kwarantannie członka rodziny. Wskazano również na brak informacji o projekcie w czasie pandemii. Skala tych odpowiedzi była jednak bardzo niewielka, co potwierdza, że pandemia miała ograniczony wpływ na realizację i odbiór programu przez uczestników.

Działania rekrutacyjne

Program zakładał **wielokanałowy system rekrutacji uczestników**, który w praktyce musiał zostać dostosowany do realiów lokalnych oraz doświadczeń realizatorów. Początkowo planowano, że główną rolę odegrają placówki medyczne, przede wszystkim POZ i poradnie specjalistyczne, których pracownicy mieli informować pacjentów, pomagać im wypełniać karty ryzyka i zgłaszać do programu. Równolegle uruchomiono dedykowaną stronę internetową z możliwością rejestracji online oraz dostępem do materiałów edukacyjnych. Przewidziano również szeroką kampanię informacyjną opartą na mediach tradycyjnych – telewizji, radiu, plakatach i ulotkach – a także dystrybucję materiałów w miejscach publicznych, aptekach i przychodniach. Dodatkowym elementem miała być współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, które zobowiązano do umieszczania informacji o programie na swoich stronach internetowych, a nawet w ogłoszeniach parafialnych.

W trakcie realizacji projektu okazało się jednak, że nie wszystkie metody sprawdziły się równie dobrze. Najmniej skuteczne były działania oparte na mediach tradycyjnych, które nie docierały do mieszkańców wsi, czyli ważnej części grupy docelowej. Również system rejestracji online nie przyniósł oczekiwanych efektów, ponieważ wiele osób w wieku 50-64 lat obawiało się rejestracji cyfrowej i wolało bezpośredni kontakt. Ograniczone efekty przyniosła także współpraca z POZ, które nie były formalnie powiązane z projektem i nie postrzegały swojego udziału jako źródła korzyści finansowych. Tam jednak, gdzie personel medyczny był odpowiednio przeszkolony i zaangażowany, rekrutacja przez przychodnie była skuteczna.

Jak wynika z wywiadów z realizatorami, najlepiej sprawdziły się działania bezpośrednie i lokalne. Niezwykle skuteczna okazała się współpraca z samorządami – lokalni władze, burmistrzowie i wójtowie rekomendując program swoim mieszkańcom, dawali poczucie bezpieczeństwa i wzmacniali zaufanie. Innowacyjnym rozwiązaniem były happeningi profilaktyczne, w tym eventy na plażach, podczas których dzięki specjalnemu autobusowi – mobilnemu gabinetowi możliwe było zarówno przeprowadzenie rekrutacji, jak i wykonanie badań na miejscu. Bardzo dobrze zadziałała również „poczta pantoflowa” – zadowoleni uczestnicy chętnie polecali program innym. Skuteczna okazała się także współpraca z kosmetyczkami i solariami, które dystrybuowały materiały edukacyjne i zachęcały klientów do udziału.

Aby zwiększyć zgłaszalność, wdrożono także szereg działań ułatwiających udział w programie. Kluczowe było zapewnienie bliskości świadczeń – badania odbywały się w różnych gminach AKO, dzięki czemu pacjenci nie musieli pokonywać dużych odległości. Zadbano o elastyczne godziny – konsultacje organizowano popołudniami, wieczorami oraz w weekendy, co ułatwiało udział osobom pracującym. Uczestnicy mogli zgłaszać się przez infolinię telefoniczną, a w urzędach i przychodniach pielęgniarki i edukatorzy zdrowotni pomagali wypełniać karty ryzyka. Kampania informacyjna była mocno spersonalizowana – lokalni liderzy mówili bezpośrednio do swoich mieszkańców, a w materiałach graficznych zastosowano kolorystykę przywołującą skojarzenia z czerniakiem.

Mimo licznych działań rekrutacyjnych pojawiły się także trudności. Najtrudniej było dotrzeć do mężczyzn w wieku 50-64 lat, którzy z natury rzadziej korzystają z profilaktyki i niechętnie zgłaszają się na badania – często dopiero zachęceni przez swoje partnerki. Problemem było również dotarcie do mieszkańców gmin wiejskich i oddalonych miejscowości, gdzie media tradycyjne nie miały zasięgu. Sukces w tych obszarach udało się osiągnąć dopiero dzięki współpracy z urzędami gmin, sołtysami i proboszczami. Zidentyfikowano także bariery po stronie uczestników, takie jak niska świadomość i brak motywacji, koszty i trudności z dojazdem czy obawy związane z rejestracją online. Działania programowe w dużej mierze niwelowały te przeszkody – dzięki edukacji, organizacji badań w dogodnych lokalizacjach i elastycznych godzinach, a także wsparciu w procesie rejestracji.

Dodatkowym czynnikiem zewnętrznym była pandemia COVID-19, która w początkowym okresie znacznie utrudniła realizację projektu – zamknięte były przychodnie i zakłady pracy, a mieszkańcy ograniczali kontakty. Wymusiło to wydłużenie okresu realizacji i przesunięcie działań w czasie.

Ostatecznie jednak, dzięki elastycznemu podejściu i wykorzystaniu lokalnych zasobów, rekrutacja przebiegła pomyślnie, a program zdołał osiągnąć zaplanowaną liczbę 4 500 uczestników.

Wyniki **badania ilościowego przeprowadzonego wśród uczestników** wskazują, że proces zakwalifikowania się do programu był oceniany jako bardzo prosty i przyjazny. Aż 53,7% respondentów uznało, że formalności związane z przyjęciem do programu były bardzo łatwe, a kolejne 35,8% oceniło je jako raczej łatwe. Nikt nie wskazał, aby kwalifikacja była bardzo trudna, a

tylko jedna osoba (0,5%) uznała ją za raczej trudną. Dla 6,4% badanych procedura była neutralna („ani trudne, ani łatwe”), natomiast jedynie 3,7% osób nie pamiętało szczegółów związanych z tym etapem.

Co istotne, na pytanie dotyczące ewentualnych utrudnień w decyzji o przystąpieniu do programu, żaden z uczestników nie zgłosił jakichkolwiek barier. Oznacza to, że program był bardzo dobrze przygotowany pod względem organizacyjnym i administracyjnym, a uczestnicy nie napotkali na żadne poważniejsze przeszkody w procesie rekrutacji.

DOBRE PRAKTYKI:

- Współpraca z samorządami lokalnymi i zaangażowanie włodarzy w promocję programu.
- Rekomendacje wójtów, burmistrzów i prezydentów budujące zaufanie uczestników.
- Organizacja happeningów profilaktycznych i eventów plenerowych z mobilnym autobusem-gabinetem.
- Dystrybucja materiałów edukacyjnych w gabinetach kosmetycznych i solariach.
- Personalizowany przekaz kampanii promocyjnej, oparty na lokalnych liderach.
- Bliskość świadczeń – organizacja badań w różnych gminach AKO.
- Elastyczne godziny badań – popołudnia, wieczory, weekendy.
- Możliwość rejestracji przez infolinię oraz wsparcie pielęgniarek i edukatorów w wypełnianiu dokumentów.
- Ułatwienie udziału osobom z mniejszych miejscowości dzięki współpracy z urzędami gmin, sołtysami i proboszczami.

Efekty RPZ i ocena jakości świadczeń

Ocena jakości świadczeń w ramach RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO i wskazuje na bardzo wysoki poziom satysfakcji uczestników z udziału w programie. Średnie wartości ocen oscylują między 4,7 a 4,9 w skali pięciopunktowej, co oznacza, że wszystkie analizowane aspekty uzyskały oceny bliskie maksimum. Program nie tylko osiągnął zakładane cele medyczne i profilaktyczne, ale również zapewnił mieszkańcom wysoki poziom satysfakcji i pozytywne doświadczenia uczestnictwa. Kluczowymi czynnikami sukcesu okazały się kompetencje i życzliwość personelu medycznego, profesjonalna organizacja świadczeń oraz dbałość o komfort i bezpieczeństwo pacjentów.

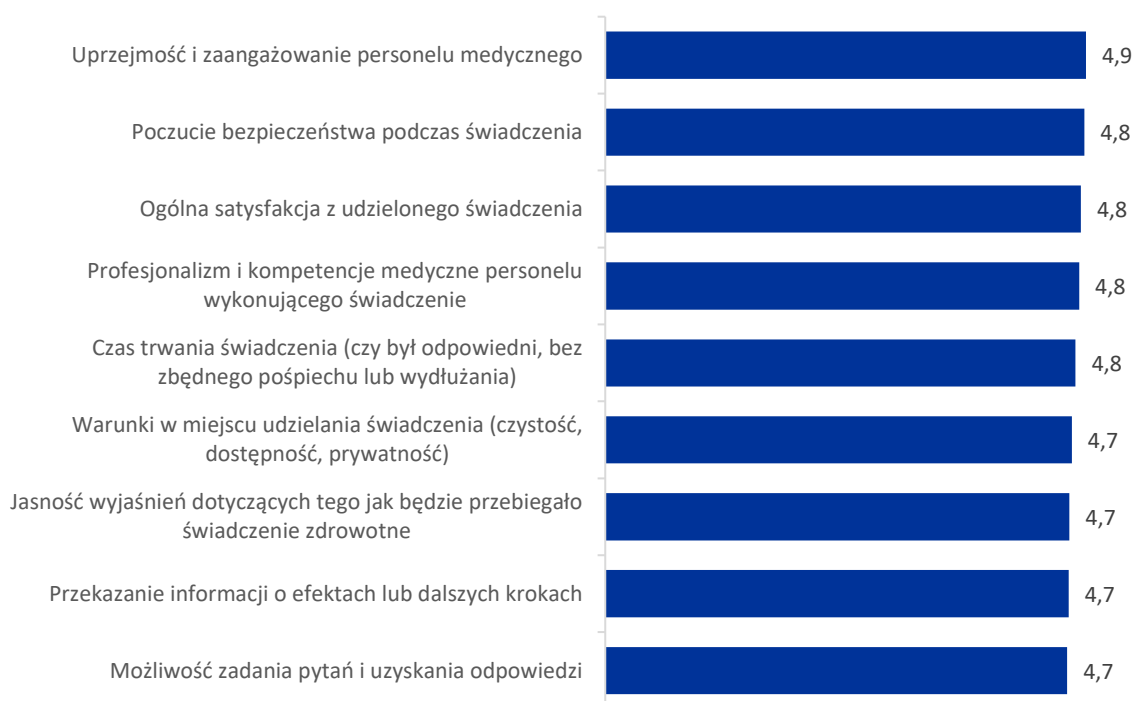
Najwyżej oceniono **uprzejmość i zaangażowanie personelu medycznego** (4,9), co pokazuje, że sposób podejścia do pacjentów i atmosfera podczas badań były kluczowym czynnikiem budującym pozytywne doświadczenie uczestników. Wysoko ocenione zostały także takie aspekty jak **poczucie bezpieczeństwa podczas świadczenia** (4,8), **ogólna satysfakcja** (4,8) oraz **profesjonalizm i kompetencje personelu** (4,8). Wskazuje to, że program został przeprowadzony z dużą dbałością zarówno o stronę medyczną, jak i o komfort psychiczny pacjentów.

Równie wysoko oceniono kwestie organizacyjne, takie jak **czas trwania świadczenia** (4,8), który zdaniem uczestników był dobrze wyważony – ani zbyt krótki, ani przesadnie długi. **Warunki w miejscu udzielania świadczeń** (czystość, dostępność, prywatność) otrzymały ocenę 4,7, co również świadczy o wysokim standardzie organizacyjnym.

Na podobnym poziomie oceniono także **jasność wyjaśnień dotyczących przebiegu świadczenia** (4,7), **przekazanie informacji o efektach i dalszych krokach** (4,7) oraz **możliwość zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi** (4,7). Choć są to minimalnie niższe wartości niż w przypadku cech

interpersonalnych, nadal świadczą o bardzo wysokiej jakości obsługi i wskazują, że uczestnicy czuli się dobrze poinformowani oraz traktowani w sposób partnerski.

Wykres 34 Ocena jakości świadczeń w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=218; pokazano średnie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką ocenę.

Realizacja programu przyniosła szerokie i wymierne efekty zdrowotne, społeczne oraz gospodarcze, a także pozwoliła na wyciągnięcie wniosków ważnych dla przyszłych działań profilaktycznych.

Programem objęto łącznie ponad **4 500 osób**, osiągając główny cel, jakim było zwiększenie świadomości mieszkańców AKO w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych skóry oraz zapewnienie dostępu do badań specjalistycznych.

1. Efekty zdrowotne

Najważniejszym efektem programu była wczesna diagnostyka zmian nowotworowych. W trakcie badań wykryto 200 zmian nowotworowych, a 412 uczestników skierowano do poradni chirurgicznych lub specjalistów w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Równocześnie aż 73,9% uczestników dowiedziało się, że ich stan zdrowia jest prawidłowy, co przyniosło im poczucie ulgi i bezpieczeństwa. Program umożliwił także zwiększenie dostępności do konsultacji dermatologicznych o 4 500 świadczeń, co w regionie miało istotne znaczenie z uwagi na deficyt specjalistów.

Analiza wyników **badania ilościowego wśród uczestników** na temat efektów udziału w działaniach diagnostyczno-profilaktycznych pokazuje, że najczęściej wskazywanym rezultatem była możliwość uzyskania potwierdzenia prawidłowego stanu zdrowia. Dla wielu uczestników było to źródłem ulgi i wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, które również znalazło się wśród najczęściej wymienianych korzyści. Bardzo duża grupa badanych podkreślała też, że dzięki programowi zaczęła zachęcać innych do wykonywania badań profilaktycznych – efekt ten świadczy o trwałym oddziaływaniu programu i budowaniu pozytywnych postaw prozdrowotnych wśród mieszkańców.

Często wskazywano również na wzrost wiedzy i świadomości w zakresie profilaktyki – uczestnicy lepiej rozumieją ryzyko związane z chorobami nowotworowymi, wiedzą, jak dbać o swoje zdrowie i zdrowie bliskich oraz jak rozpoznawać niepokojące objawy. To dowodzi, że program spełnił nie tylko funkcję diagnostyczną, lecz także edukacyjną.

Wykres 35 Ocena efektów udziału w RPZ 10. Profilaktyka nowotworów skóry AKO w działaniach profilaktycznych



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=163; pokazano odpowiedzi > 2%.

Rzadziej pojawiały się odpowiedzi związane ze zmianą trybu życia na zdrowszy czy skierowaniem do dalszej diagnostyki lub leczenia. Są to jednak efekty, które w naturalny sposób dotyczą mniejszej grupy uczestników – tych, u których wykryto problemy zdrowotne lub którzy zdecydowali się na realną modyfikację swoich nawyków.

2. Efekty psychiczne i społeczne

Program wywarł również znaczący wpływ na świadomość zdrowotną mieszkańców. Jak wynika z raportu końcowego z realizacji RPZ, zawierającego wyniki ankiet prowadzonych przez realizatora wśród uczestników, **74,5%** ankietowanych zadeklarowało wysoki poziom wiedzy o czerniaku po zakończeniu działań, co przełożyło się na wzrost poczucia bezpieczeństwa. Projekt był postrzegany jako wiarygodny, ponieważ rekomendowali go lokalni władarze, co dodatkowo wzmacniało zaufanie. Dzięki temu temat czerniaka, wcześniej marginalizowany, stał się elementem codziennych rozmów, m.in. w klubach seniora. Realizacja projektu w 24 samorządach aglomeracji pokazała też wartość współpracy lokalnych wspólnot.

3. Korzyści związane z rynkiem pracy

Program był współfinansowany ze środków WRPO 2014+ w ramach osi dotyczącej rynku pracy. Działania profilaktyczne miały zapobiegać przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w

wieku 50-64 lata i przechodzeniu np. na renty zdrowotne. Dzięki wczesnej diagnostyce możliwe stało się szybkie reagowanie na niepokojące zmiany, co w dłuższej perspektywie zwiększa szansę na utrzymanie aktywności zawodowej i pozytywnie wpływa na gospodarkę regionu.

Wyniki badania ilościowego dotyczące wpływu udziału w programie na sytuację uczestników na rynku pracy pokazują, że dla większości nie nastąpiła żadna zmiana (62,2%). To bardzo pozytywna informacja, ponieważ oznacza, że osoby aktywne zawodowo utrzymały zatrudnienie i nie przechodziły na zwolnienia zdrowotne czy świadczenia chorobowe. Część uczestników (14,7%) wskazała, że w okresie realizacji programu przeszła na emeryturę, co jest naturalnym procesem związanym z wiekiem grupy docelowej. Z kolei pewna grupa badanych (17,0%) zadeklarowała, że pytanie ich nie dotyczy, gdyż nie byli aktywni zawodowo ani przed, ani po udziale w projekcie. Ogólnie można uznać, że brak negatywnych zmian w zakresie zatrudnienia stanowi potwierdzenie skuteczności programu w realizacji celu, jakim było wspieranie osób w wieku 50-64 lata w utrzymaniu aktywności zawodowej.

4. Korzyści dla innych grup uczestników

Dodatkowo, profesjonalistom – lekarzom, kosmetyczkom i pracownikom solariów – zapewniono szkolenia, dzięki którym 100% uczestniczących osób zadeklarowało wzrost wiedzy o profilaktyce czerniaka. Lekarze i personel medyczny uczestniczący w projekcie zdobyli także praktyczne doświadczenie i dodatkowe kompetencje, które są wykorzystywane także poza programem, np. w badaniach dermatoskopowych realizowanych po jego zakończeniu.

5. Ograniczenia i wnioski na przyszłość

Pomimo sukcesu, niektórzy uczestnicy i realizatorzy wskazywali na pewne braki. Wśród uczestników 14% wskazało, że w projekcie zabrakło potrzebnych działań – najważniejszym był **brak ciągłości ścieżki leczenia** – uczestnicy nie zawsze wiedzieli, jakie kroki powinni podjąć po badaniu, a dostęp do specjalistów dermatologów bywa ograniczony. Z kolei realizatorzy wskazywali na potrzebę włączenia do takiego programu **badań histopatologicznych**, kluczowych dla potwierdzenia diagnozy. Wskazywano także na potrzebę **kontynuacji programu w przyszłości**, aby utrzymać efekty i odpowiadać na wytworzoną potrzebę wśród mieszkańców.

DOBRE PRAKTYKI:

- Koordynacja form wsparcia – połączenie badań diagnostycznych, konsultacji i edukacji zdrowotnej.
- Wczesne wykrywanie zmian nowotworowych i szybkie kierowanie do specjalistów.
- Szkolenia dla profesjonalistów podnoszące ich wiedzę i umiejętności w zakresie profilaktyki czerniaka.
- Przełamanie tabu i normalizacja tematu czerniaka w codziennych rozmowach.
- Bliskość świadczeń – organizacja badań w gminach i miejscach łatwo dostępnych dla mieszkańców.

Wyniki benchmarkingu

RPZ benchmarkingowa dla woj. wielkopolskiego: Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego (realizowany ze środków RPO woj. łódzkiego na lata 2014-2020)

Poniżej przedstawiono podstawowe informacje o obu programach:

WRPO 2014+	RPO ŁÓDZKIE
Nazwa programu	
Program profilaktyki nowotworów skóry w aglomeracji kalisko-ostrowskiej	Program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego
Model wdrażania, specyfika projektów	
1 projekt wybrany w konkursie zamkniętym, projekt obejmował obszar aglomeracji kalisko-ostrowskiej Czas trwania projektu: 1337 dni	15 projektów wybranych w 3 konkursach (rok 2020, 2021, 2022) Projekty obejmowały obszar całego województwa lub wybranych powiatów Średni czas trwania projektu: 613 dni
Podmioty uprawnione do ubiegania się o dofinansowanie	
WRPO: O dofinansowanie projektu ubiegać mogły się: pracodawcy, instytucje rynku pracy, podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, podmioty lecznicze utworzone przez jst (a także przedsiębiorcy powstałe z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia.	RPO ŁÓDZKIE: O dofinansowanie mogły występować wszystkie podmioty, które spełniają kryteria określone w Regulaminie konkursu, w szczególności: • jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, • podmioty wykonujące działalność leczniczą wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, • instytucje naukowe, • jednostki badawczo-rozwojowe, • organizacje pozarządowe, • podmioty ekonomii społecznej, legitymujące się doświadczeniem w świadczeniu usług stanowiących zakres projektu.

1. Przyjęte tryby naboru

W Wielkopolsce (Agglomeracja Kalisko-Ostrowska) zastosowano model scentralizowany, w ramach którego w drodze jednego konkursu zamkniętego wyłoniono tylko jeden projekt. Projekt ten obejmował swoim zakresem cały obszar AKO i był realizowany przez okres ponad trzech lat. Taki sposób organizacji zapewniał zachowanie spójności metodycznej i jednolitych standardów działań. Sprzyjał także skutecznej koordynacji i kontroli jakości, a ze względu na stosunkowo niewielki zasięg geograficzny AKO można uznać go za adekwatny i trafny wybór.

W województwie łódzkim zastosowano rozwiązanie odmienne. W trzech kolejnych konkursach (przeprowadzonych w latach 2020, 2021 i 2022) wybrano aż 15 projektów. Część z nich obejmowała swoim zasięgiem całe województwo, inne były skoncentrowane na poszczególnych powiatach. Każdy realizator samodzielnie określał obszar terytorialny, na którym chciał prowadzić działania. Z jednej strony umożliwiło to szersze pokrycie terytorialne, dostosowane do specyfiki różnych części województwa. Z drugiej jednak strony, jak wskazywali uczestnicy FGI, rozwiązanie to mogło rodzić pewne trudności. Zwracano uwagę na ryzyko zróżnicowania jakości usług między projektami oraz na

możliwość konkurencji realizatorów o tych samych uczestników, co mogło osłabiać spójność systemu wsparcia.

Jak wskazywali uczestnicy FGI, gdyby w przyszłości w Wielkopolsce planowano realizację RPZ obejmującego obszar całego województwa, właściwym rozwiązaniem byłoby podzielenie regionu na mniejsze obszary i zapewnienie, że dostęp do świadczeń będzie zagwarantowany w każdym powiecie. Taki podział pozwoliłby uniknąć zarówno nadmiernej centralizacji, jak i ryzyka chaosu wynikającego z funkcjonowania wielu niezależnych projektów.

2. Warunki dostępu w naborach stawiane wnioskodawcom

W Wielkopolsce wymagano, aby świadczenia zdrowotne w ramach RPZ były realizowane przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Ponadto dodatkowe punkty można było uzyskać za partnerstwo z podmiotem POZ oraz za posiadanie co najmniej trzyletniego doświadczenia w realizacji działań prozdrowotnych na obszarze AKO. Warto podkreślić, że były to kryteria premiujące, a nie obowiązkowe warunki dostępu.

W województwie łódzkim przyjęto bardziej rygorystyczne podejście. Włączenie POZ stanowiło tu obligatoryjny warunek dostępu – oznaczało to, że wnioskodawca lub partner musiał posiadać umowę z NFZ na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej były zobowiązane wykazać się doświadczeniem w świadczeniu usług odpowiadających zakresowi projektu. Dodatkowe punkty przyznawano projektom realizowanym we współpracy z organizacjami pacjenckimi, które posiadały co najmniej dwuletnie doświadczenie w prowadzeniu działań profilaktycznych.

Jak wskazywali uczestnicy FGI, doświadczenie wnioskodawcy w świadczeniu usług zdrowotnych jest niewątpliwie ważnym kryterium, jednak nie powinno stanowić czynnika ograniczającego dostęp do konkursu. Zdaniem uczestników, ważniejsza od samej długości doświadczenia jest dobra koncepcja projektu, jasno przedstawiony plan działań oraz zdolność do jego praktycznej realizacji w oparciu o posiadane zasoby.

3. Warunki dostępu w naborach stawiane projektom

W obu analizowanych programach wsparcie kierowano do osób w wieku aktywności zawodowej, jednak różniły się szczegółowe założenia dotyczące grup docelowych.

W Wielkopolsce akcent położono na osoby w wieku 50-64 lata. Nie wprowadzono jednak wymogu minimalnego udziału osób z tej grupy w ogólnej liczbie uczestników. Projekty musiały obejmować swoim zakresem całe terytorium Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej.

W województwie łódzkim dokonano podziału uczestników na dwie grupy: osoby w wieku 40-64 lata mogły zgłaszać się do realizatorów bezpośrednio (tzw. krótka ścieżka), natomiast osoby młodsze, w wieku 18-39 lat, musiały posiadać skierowanie od lekarza POZ (tzw. długa ścieżka). Zdaniem uczestników FGI objęcie programem szerszej grupy wiekowej niż 50-64 lata jest rozwiązaniem korzystniejszym, ponieważ sprzyja wcześniejszej profilaktyce i budowaniu świadomości zdrowotnej także wśród osób młodszych, a ryzyko czerniaka nie dotyczy wyłącznie populacji 50+.

Co istotne, w województwie łódzkim wprowadzono obowiązkowy warunek, aby co najmniej 40% uczestników stanowili pacjenci powyżej 50. roku życia. Ponadto premiowano projekty, które były kierowane do mieszkańców wsi, małych miast i miejscowości liczących poniżej 20 tys. mieszkańców.

Jak wskazywali uczestnicy FGI, rozwiązania przyjęte w benchmarkingowym województwie nie są optymalne. Nadmierna koncentracja wsparcia na tzw. trudnych obszarach może okazać się nieskuteczna i nadmiernie utrudniać realizację programu. Podkreślano, że ukierunkowanie interwencji nie powinno być sprzeczne z diagnozą epidemiologiczną zawartą w RPZ. Wsparcie musi być rozłożone proporcjonalnie do struktury populacji docelowej. Nie można zakładać, że większość beneficjentów powinna pochodzić ze wsi, ponieważ taka teza nie ma podstaw epidemiologicznych. Jednocześnie wiadomo, że mieszkańcy małych miejscowości są grupą trudniejszą w rekrutacji i droższą w obsłudze. Dlatego uczestnicy wskazywali, że zamiast narzucać wysokie udziały procentowe, lepszym rozwiązaniem byłoby premiowanie konkretnych działań ułatwiających dostęp, takich jak organizacja transportu, zapewnienie opieki podczas świadczeń czy elastyczne godziny ich realizacji. Zdaniem uczestników, takie podejście lepiej łączy efektywność, wykonalność i równość dostępu.

4. Kryteria oceny projektów

Kryteria premiujące – elastyczne godziny świadczeń

W województwie łódzkim premiowano projekty, które zapewniały świadczenia co najmniej dwa dni w tygodniu po godzinie 18:00 oraz przynajmniej jedną sobotę w miesiącu. W Wielkopolsce zastosowano kryterium o bardziej ogólnym brzmieniu: premiowano projekty, które zakładały realizację wsparcia również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w soboty lub niedziele – bez określania godzin oraz częstotliwości.

Jak wskazywali uczestnicy FGI, **kryterium to powinno mieć charakter obligatoryjny**, a nie jedynie premiujący. Uzasadniali to faktem, że grupa docelowa w wieku 50-64 lata jest zawodowo aktywna i nie ma możliwości korzystania ze świadczeń w godzinach porannych. Brak elastycznych godzin dostępu staje się realną barierą uczestnictwa.

Kryterium akredytacji

W województwie łódzkim wprowadzono także kryterium dotyczące **akredytacji**. Punkty przyznawano wnioskodawcom lub partnerom posiadającym akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia, znajdującym się w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego albo posiadającym certyfikat normy EN 15224 (System Zarządzania Jakością w Usługach Ochrony Zdrowia). W Wielkopolsce tego kryterium nie przewidziano.

Część ekspertów uczestniczących w FGI uważała, że wystarczającym gwarantem jakości jest sam RPZ, który musi uzyskać pozytywną opinię AOTMiT, a także spełnienie rygorystycznych wymogów medycznych i sanitarnych, np. w przypadku gabinetów mobilnych. Inni podkreślali znaczenie akredytacji, ale wskazywali, że powinna ona dotyczyć konkretnych badań, a nie całej jednostki leczniczej. Ostatecznie wielu uczestników FGI uznało to kryterium za nadmiarowe i niemające realnego wpływu na jakość świadczeń. Wskazywano, że akredytacja jako horyzontalny wymóg tworzy nieproporcjonalne bariery finansowe i organizacyjne, faworyzuje duże ośrodki i może ograniczać udział mniejszych podmiotów, które są bliższe pacjentom. W efekcie istnieje ryzyko pogłębienia nierówności terytorialnych.

Kryterium współpracy z POZ

W Wielkopolsce podmiot udzielający świadczeń POZ mógł być partnerem projektu, co dawało dodatkowe punkty. Kryterium to miało więc charakter premiujący. W województwie łódzkim natomiast włączenie POZ było warunkiem dostępu, a więc wymogiem obligatoryjnym.

Jak wskazywali uczestnicy FGI, w programie realizowanym w AKO współpraca z POZ była trudna. Lekarze rodzinni są bowiem bardzo obciążeni obowiązkami i często nie byli formalnie związani z projektem, a tym samym nie mieli w nim bezpośredniego interesu finansowego. Uczestnicy podkreślali jednak, że włączenie POZ jest kluczowe dla zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. W ich opinii konieczne jest jednak stworzenie takich rozwiązań systemowych, które ograniczą obciążenia biurokratyczne, ponieważ to one stanowią główną barierę dla lekarzy rodzinnych do podejmowania współpracy przy realizacji programów profilaktycznych.

Rekomendacje dla realizacji RPZ w przyszłości

Strategia wdrażania i dystrybucja wsparcia

Rekomenduje się model realizacji podobnych RPZ w przyszłości: podział województwa na kilka logicznych obszarów (subregionów/powiatów) z jednym operatorem na obszar, aby połączyć spójność metodyczną z szerokim zasięgiem terytorialnym. Pozwoli to uniknąć zarówno nadmiernej centralizacji (1 projekt), jak i niespójności jakości, pominięcia jakichś obszarów lub odwrotnie – konkurowania o uczestnika, przy wielu niezależnych realizatorach.

Warunki dostępu – wnioskodawcy

Rekomenduje się zachowanie szerokiego katalogu uprawnionych, ale jednocześnie należy urealnić wymóg związany z doświadczeniem wnioskodawcy: stosować punkty za udokumentowaną zdolność organizacyjną i plan operacyjny (kadra, logistyka, zarządzanie jakością) zamiast jednego sztywnego kryterium „minimum lat doświadczenia”. Większy nacisk należy kłaść na wykonalność i koncepcję niż wyłącznie staż.

Grupy docelowe

Rekomenduje się poszerzenie wieku uczestników poza 50-64 lata. Szerszy zakres wieku wzmacnia profilaktykę pierwotną i świadomość u młodszych, a ryzyko czerniaka nie dotyczy wyłącznie 50+.

Równość terytorialna i „białe plamy”

Zamiast twardych kwot udziału mieszkańców wsi – należy premiować konkretne działania zwiększające dostępność: mobilne gabinety, transport dla uczestników, wsparcie opiekuńcze w trakcie świadczeń, dyżury wyjazdowe, współpracę z gminą/sołectwami/parafiami.

Elastyczność godzin

Rekomenduje się, aby elastyczne godziny świadczeń stały się kryterium obligatoryjnym, a nie tylko premiującym.

Rekrutacja i promocja

Rekomenduje się premiowanie w kryteriach oceny tych sposobów rekrutacji, które potwierdziły swoją skuteczność w praktyce: ścisłej współpracy z samorządami lokalnymi i aktywnego zaangażowania włodarzy w promocję programu (wójtów, burmistrzów i prezydentów), wykorzystania ich rekomendacji jako „gwaranta zaufania” dla mieszkańców, organizacji happeningów profilaktycznych oraz eventów plenerowych z użyciem mobilnego autobusu-gabinetu, a także systematycznej dystrybucji materiałów edukacyjnych w miejscach częstych kontaktów z mieszkańcami, takich jak gabinety kosmetyczne i solaria.

Studium przypadku RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

Nazwa RPZ: Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego

Projekty realizujące RPZ:

RPWP.07.02.02-30-0001/18, Upowszechnienie technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z MPD w województwie wielkopolskim, Ortopedyczno-rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Cele i uzasadnienie RPZ

Celem głównym programu było zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci oraz młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym w województwie wielkopolskim. Projekt zakładał poprawę funkcjonowania motorycznego, w szczególności chodu, u co najmniej 75% uczestników poprzez zastosowanie technologicznie wspomaganej diagnostyki i terapii. Uzasadnieniem była potrzeba ujednolicenia i podniesienia jakości opieki nad osobami z MPD - schorzeniem przewlekłym, znacząco ograniczającym sprawność i samodzielność, a także obciążającym rodziny i system opieki zdrowotnej. Program odpowiadał na zidentyfikowane braki w dostępności nowoczesnej rehabilitacji w regionie, a jego integralnym elementem była edukacja rodziców i opiekunów oraz szkolenia dla fizjoterapeutów, co miało zapewnić trwałość efektów i przeniesienie wiedzy do środowiska lokalnego.

Zakładane działania i grupy docelowe

Zakładane działania	Grupa docelowa	Zakładana liczebność
Działania medyczne (diagnostyka funkcjonalna i rehabilitacja)	Głównymi adresatami tych działań są dzieci i młodzi dorośli z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD). Program obejmuje osoby w wieku od 5 do 21 lat, określonym w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.	888
Działania informacyjno-szkoleniowe dla fizjoterapeutów	Adresatami szkolenia są magistrowie/licencjaci fizjoterapii sprawujący opiekę rehabilitacyjną nad uczestnikami programu w ich miejscu zamieszkania	n/d
Działania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów	Adresatami szkolenia są tzw. „główni opiekunowie” – rodzice wszystkich objętych programem terapeutycznym dzieci	888

Termin realizacji

	Planowany termin	Faktyczny termin
Początek programu	01.03.2019	01.03.2019
Zakończenie programu	28.02.2022	30.09.2023

Realizacja wskaźników

Wskaźnik	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Poziom realizacji (%)
Liczba osób włączonych do programu (zakwalifikowanych)	888	714	80%
Liczba fizjoterapeutów zajmujących się osobami objętymi usługami zdrowotnymi w programie biorąca udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych	180	166	92%
Liczba przeprowadzonych cykli terapeutycznych	2150	2220	103%
Liczba rodziców/ opiekunów osób objętych usługami zdrowotnymi w programie biorąca udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych	888	685	77%
Liczba fizjoterapeutów zajmujących się osobami objętymi usługami zdrowotnymi w programie biorąca udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych u których nastąpił wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie MPD, prewencji zwichnięcia stawu biodrowego oraz jego identyfikacja na obrazie radiologicznym i nowoczesnych metod terapii osób z MPD	129	146	113%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie u których nastąpiła poprawa parametrów czasowo-przestrzennych chodu	667	593	89%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie u których nastąpiła poprawa parametrów TIDFCh	667	573	86%
Liczba rodziców/ opiekunów osób objętych usługami zdrowotnymi w programie biorąca udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych u których nastąpił wzrost wiedzy i świadomości w zakresie MPD	624	679	109%

Struktura uczestników

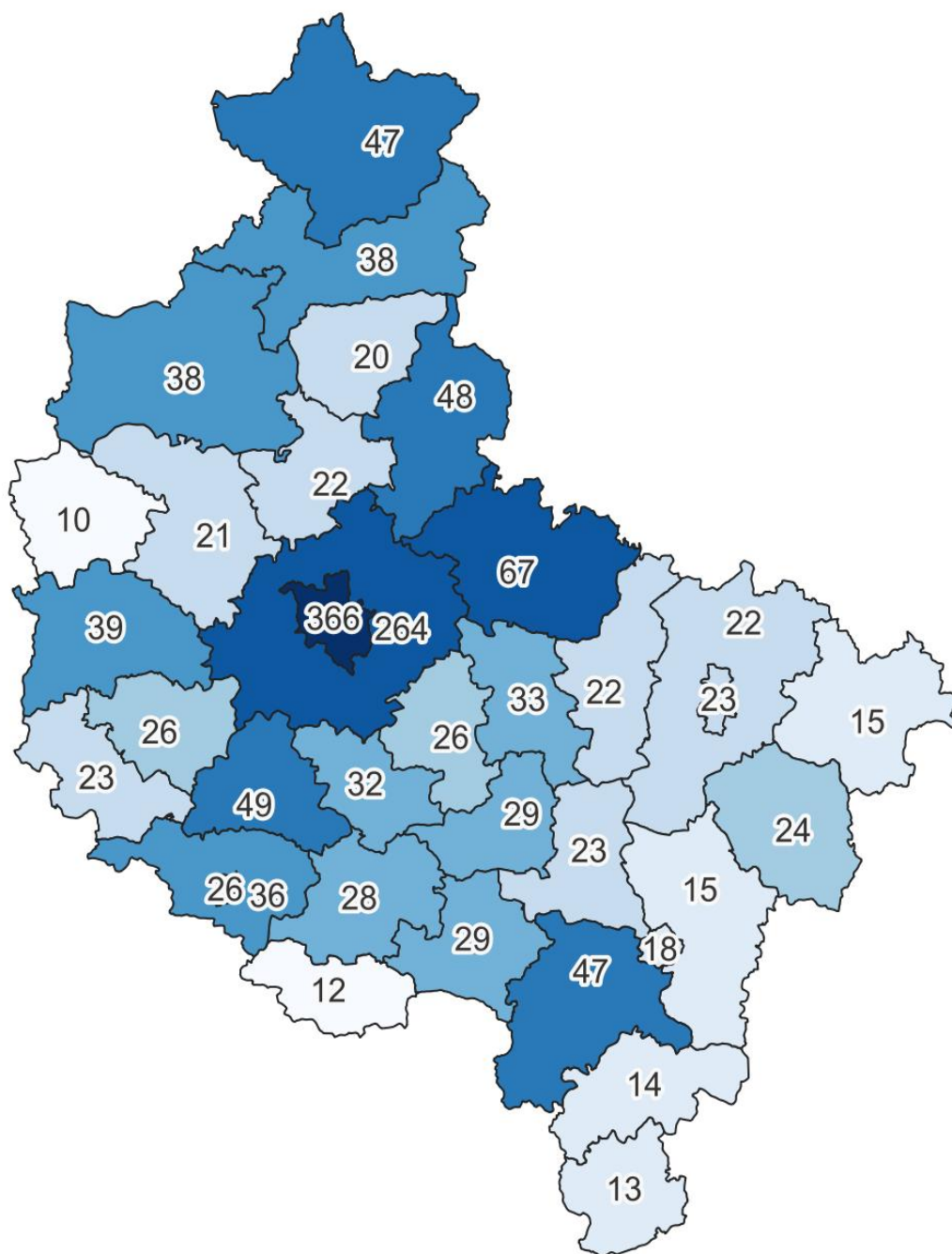
Rozkład terytorialny uczestników

Uczestnicy programu pochodzili z całego województwa wielkopolskiego, zgodnie z założeniami RPZ, który zakładał równy dostęp do świadczeń dla dzieci i młodych dorosłych z MPD zamieszkujących

zarówno duże miasta, jak i mniejsze ośrodki. Największa liczba zakwalifikowanych osób pochodziła z aglomeracji poznańskiej (z Poznania i powiatu poznańskiego) co wynika z koncentracji populacji oraz lokalizacji ośrodka realizującego projekt. Wsparciem objęto jednak również powiaty o mniejszej gęstości zaludnienia, dzięki czemu uczestnicy z obszarów wiejskich i oddalonych gmin mieli możliwość udziału w intensywnych cyklach terapeutycznych. Świadczy o tym także fakt, że część uczestników korzystała z zapewnionego zakwaterowania i transportu, co minimalizowało bariery geograficzne i finansowe. Rozkład uczestników dowodzi więc, że program był skutecznie dostępny dla całej populacji docelowej (dzieci i młodych dorosłych z MPD w wieku 5-21 lat) niezależnie od miejsca zamieszkania.

Rozkład terytorialny uczestników **RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD** należy ocenić jako równomierny, co znajduje pełne uzasadnienie w przyjętym modelu realizacji i wnioskach z wywiadu z realizatorami oraz FGI: kluczowe było systemowe zniesienie bariery dystansu poprzez finansowanie zakwaterowania i transportu dla rodzin z obszarów oddalonych od Poznania, co wyrównało szanse dostępu niezależnie od miejsca zamieszkania. Ponadprzeciętna reprezentacja rejonów Piły i Leszna wynikała z partnerskiej współpracy z lokalnymi ośrodkami zaprzyjaźnionymi. Intensywne, bezpośrednie dotarcie do najbardziej oddalonych gmin – w tym osobiste wizyty u wójtów i kontakt bezpośredni z placówkami – ograniczyło bariery informacyjne; dodatkowo, sieci instytucjonalne (szkolnictwo specjalne, GOPS-y) zadziałały jako skuteczne nośniki informacji na starcie projektu. Wypadkowa tych rozwiązań organizacyjno-logistycznych przełożyła się na stabilny, równomierny rozkład przestrzenny uczestników. Jednocześnie widoczna koncentracja w największych ośrodkach wskazuje na potrzebę dalszego rozwijania oferty w regionach peryferyjnych.

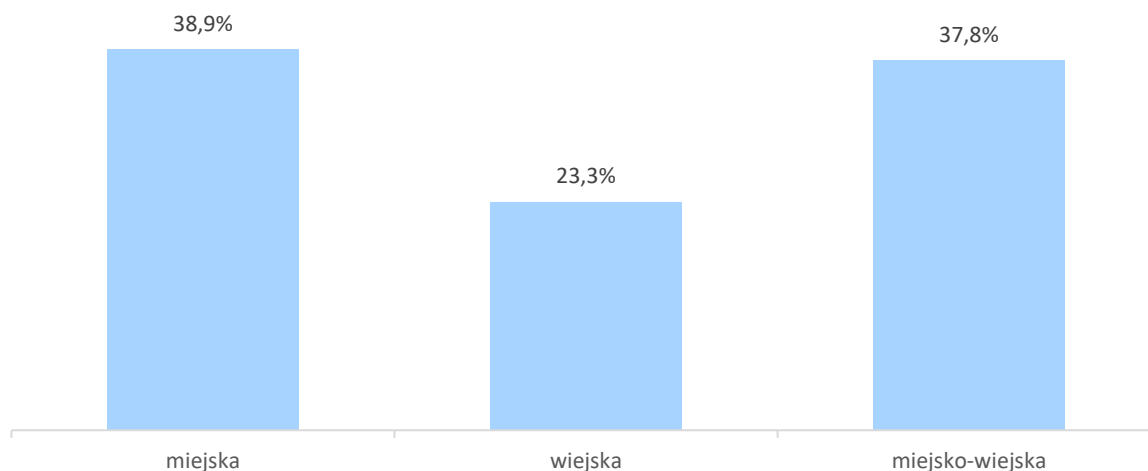
Mapa 18 Liczebność uczestników RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD wg powiatów



Źródło: opracowanie własne na bazie SL2014

Największy udział w programie miały osoby z gmin miejskich (38,9%) oraz miejsko-wiejskich (37,8%); dominowali uczestnicy z obszarów zurbanizowanych. Udział osób z gmin wiejskich był niższy (23,3%), jednakże jest to m.in. odzwierciedleniem populacji na tych terenach.

Wykres 36 Udział uczestników według typu gminy w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD

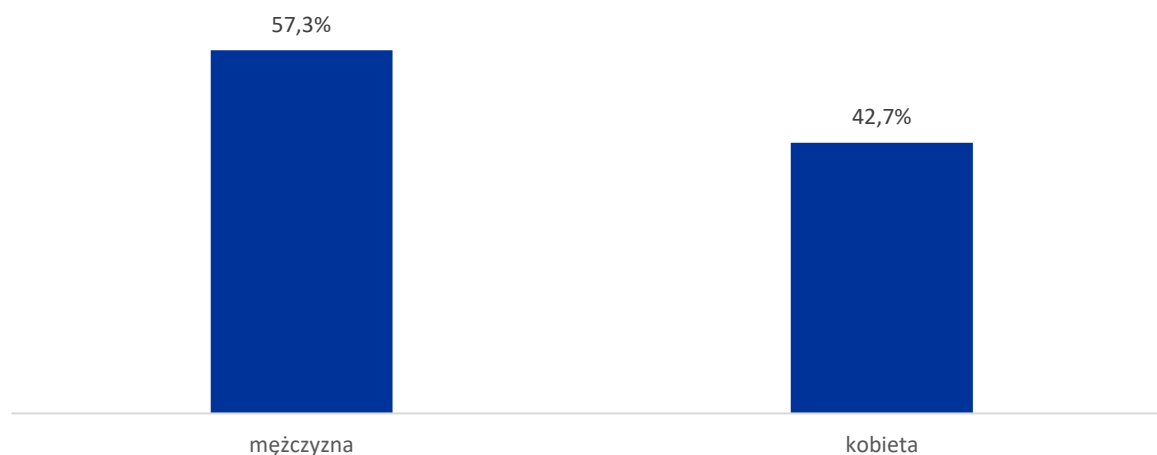


Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Struktura wg płci i wieku

Struktura uczestników była zgodna z założeniami programu, który adresowano do dzieci i młodych dorosłych w wieku 5-21 lat z rozpoznaniem MPD. W projekcie wzięło udział 714 osób, z czego 305 stanowiły dziewczęta, a 409 chłopcy. Pierwotnie zakładano, że 45% uczestników to będą dziewczęta, a 55% chłopcy. W praktyce osiągnięto proporcje 42,7% vs. 57,3%

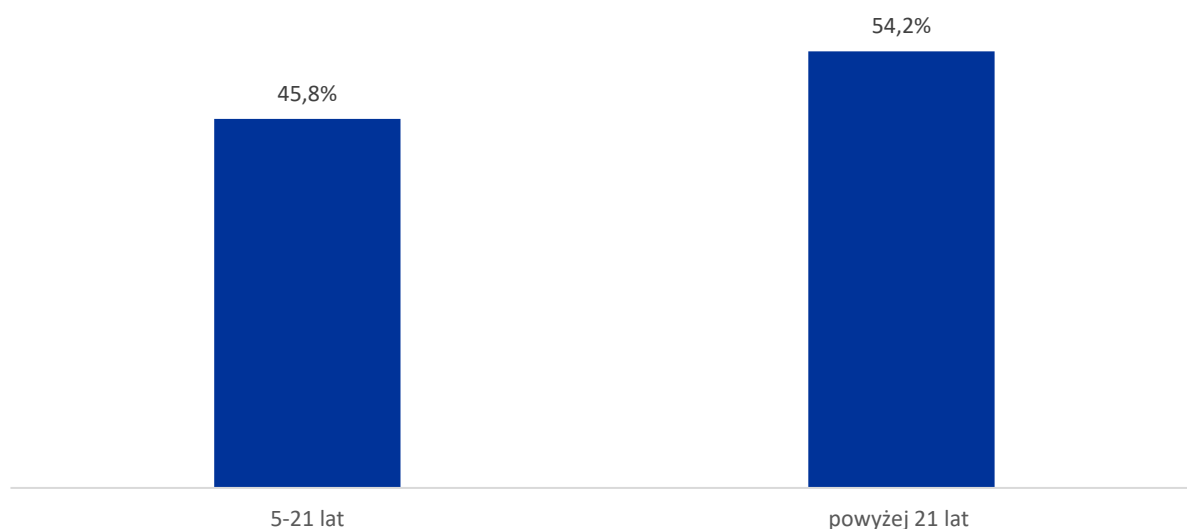
Wykres 37 Udział kobiet i mężczyzn w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu z realizacji RPZ.

Pod względem wieku uczestników można podzielić na dwie główne grupy. Pierwszą były dzieci i młodzi dorośli w wieku 5-21 lat, którzy korzystali zarówno z intensywnej terapii, jak i działań edukacyjnych wspierających ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Drugą grupą byli ich rodzice i opiekunowie, objęci działaniami edukacyjnymi i psychologicznymi.

Wykres 38 Udział poszczególnych grup wiekowych w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników SL2014

Realizacja RPZ – trudności i działania zaradcze

Realizacja programu napotkała kilka istotnych trudności, które wymagały bieżącego dostosowywania działań. Największym wyzwaniem była pandemia COVID-19, która wstrzymała część cykli terapeutycznych i utrudniła rekrutację, a także wymusiła wdrożenie dodatkowych środków bezpieczeństwa, takich jak testy dla uczestników i opiekunów czy zakup sprzętu ochronnego. Beneficjent wskazywał także na problemy organizacyjne związane z dużą liczbą uczestników wymagających kompleksowej opieki. Konieczne było zapewnienie zakwaterowania, transportu i dostosowanie grafiku terapii do indywidualnych potrzeb pacjentów. Wyzwaniem stanowiła również rekrutacja fizjoterapeutów i zaangażowanie opiekunów, których aktywność i dostępność były zróżnicowane. Działania zaradcze obejmowały m.in. elastyczne godziny terapii, skrócenie i intensyfikację cykli rehabilitacyjnych, wsparcie logistyczne dla rodzin oraz wykorzystanie zrobotyzowanego sprzętu umożliwiającego efektywniejszą pracę z większą grupą pacjentów. Współpraca z Instytucją Zarządzającą została oceniona pozytywnie, szczególnie w kontekście zgody na aneksowanie umowy i dostosowanie wskaźników w okresie pandemii, co pozwoliło na dokończenie programu i osiągnięcie zakładanych celów.

W badaniu ilościowym zdecydowana większość uczestników projektu (85,8%) wskazała, że nie napotkała żadnych problemów podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Jedynie 6,9% badanych zadeklarowało wystąpienie trudności, które dotyczyły przede wszystkim kwestii organizacyjnych i dostępności usług. Najczęściej zgłaszaną barierą był długi czas oczekiwania na świadczenie (5) oraz utrudnienia związane z pandemią COVID-19, w tym obostrzenia i obawa przed zachorowaniem (7). Wśród wymienionych problemów znalazły się także m.in. odwołania lub przesunięcia wizyt (2 wskazania), ograniczona liczba świadczeń i spotkań (2), trudności z dojazdem bądź lokalizacją miejsca realizacji (3) czy kłopoty w kontakcie z organizatorami lub personelem (4).

Udział w RPZ co czwartego uczestnika przypadł na okres pandemii. Spośród tych osób 10% wskazało, że pandemia utrudniła udział w działaniach w projekcie w dużym i bardzo dużym stopniu. 22% wskazało, że nie utrudniła w ogóle, a ponad połowa (50,8%), że utrudnienia były małe lub średnie.

Najczęściej wskazywaną barierą była obawa przed zakażeniem (10 odpowiedzi), a także ograniczenia w przemieszczaniu się wynikające z lockdownu czy ograniczonego transportu publicznego (9). Istotnym utrudnieniem było także czasowe zamknięcie placówek realizujących działania projektowe (6) oraz odwołania lub opóźnienia zajęć (4). Część uczestników musiała zrezygnować lub ograniczyć swój udział z powodu konieczności opieki nad dziećmi, wynikającej z zamknięcia szkół i przedszkoli (4), a dla niektórych problematyczne okazało się również przeniesienie działań do formy zdalnej, która była trudna w odbiorze (3).

Działania rekrutacyjne

Rekrutacja uczestników została zaplanowana szeroko poprzez sieć poradni pediatrycznych, rehabilitacyjnych i neurologicznych, szkoły, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz samorządy lokalne. Informacje o programie były także publikowane na stronie internetowej realizatora, a rodzice i opiekunowie mogli zgłaszać dzieci telefonicznie, mailowo lub osobiście.

Jak wynika z raportu z badania benchmarkingowego programu zdrowotnego w województwie mazowieckim³⁹, tam również korzystano z podobnych sposobów rekrutacji. Z tamtego oraz niniejszego badania wynika, że w praktyce skuteczniejsze okazały się kanały bezpośrednie: współpraca ze szkołami i placówkami medycznymi oraz rekomendacje rodziców, którzy już korzystali z programu. Pandemia COVID-19 utrudniła dotarcie do części rodzin, dlatego uruchomiono dodatkowe formy komunikacji online i infolinię oraz zapewniono środki ochrony i testy, aby zmniejszyć obawy przed udziałem w terapii. Ważnym elementem ułatwiającym rekrutację było finansowanie zakwaterowania i transportu dla uczestników z odległych gmin, co pozwoliło objąć wsparciem rodziny spoza aglomeracji poznańskiej. Największe wyzwania dotyczyły rekrutacji chłopców w starszym wieku, gdzie motywacja do udziału była niższa, oraz rodzin z mniejszych miejscowości o ograniczonej świadomości znaczenia rehabilitacji, bariery te były jednak niwelowane dzięki działaniom edukacyjnym i indywidualnym rozmowom podczas kwalifikacji.

Uczestnicy FGI, w którym wzięli udział realizatorzy RPZ, jak i przedstawiciele środowiska rodzin wychowujących dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, podkreślali, że najbardziej skuteczne ścieżki rekrutacji do projektu to te, które umożliwiają bezpośrednie dotarcie do rodzin i opierają się na relacjach osobistych, zaufaniu oraz sieciach społecznych. W opinii badanych, tradycyjne, instytucjonalne kanały informacyjne okazały się znacznie mniej efektywne niż oddolne, autentyczne rekomendacje i kontakty w środowisku rodziców.

Największy wpływ na powodzenie rekrutacji miał tzw. „marketing szeptany”, czyli system poleceń pomiędzy rodzicami dzieci, które już skorzystały z programu. Jak wskazywali uczestnicy FGI, zaufanie do doświadczeń innych rodzin było najskuteczniejszym narzędziem przekonywania nowych uczestników do wzięcia udziału w projekcie. Wraz z upływem czasu i rosnącą liczbą zadowolonych beneficjentów, rekomendacje rodziców zaczęły działać niejako samoczynnie – informacja o projekcie „rozchodziła się” w środowisku rodziców dzieci z MPD, dzięki czemu rekrutacja stawała się coraz bardziej naturalna i stabilna.

Jako skuteczny, ale niewykorzystany w tym RPZ kanał, przedstawiciel środowiska rodzin wychowujących dzieci z MPD wskazuje media społecznościowe, zwłaszcza Facebook. Zwraca uwagę,

³⁹ Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego. Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego. EU-Consult, 2025.

że to właśnie tam funkcjonuje wiele zamkniętych grup i społeczności rodziców, w których codziennie wymieniają się oni doświadczeniami, opiniami i poleceniami dotyczącymi ośrodków rehabilitacyjnych czy programów zdrowotnych. Informacje o projekcie rozpowszechniane w tych grupach miały dużą siłę oddziaływania, ponieważ pochodziły od osób, które przeszły podobną ścieżkę leczenia i cieszyły się zaufaniem innych członków społeczności.

Kolejnym skutecznym kanałem jest współpraca z organizacjami pozarządowymi i środowiskami pacjenckimi. Jak wskazywali uczestnicy FGI, stowarzyszenia działające na rzecz dzieci i dorosłych z MPD odgrywają istotną rolę integracyjną i informacyjną, a ich członkowie często biorą udział w turnusach rehabilitacyjnych, podczas których przekazują sobie wiedzę o dostępnych formach wsparcia. To właśnie te środowiska tworzyły „żywą sieć” wymiany informacji i rekomendacji, która znacząco wspierała proces rekrutacji.

Z kolei w początkowym etapie projektu kluczową rolę odegrało bezpośrednie zaangażowanie realizatora, który – jak wynika z wywiadu pogłębionego z przedstawicielem zespołu – osobiście odwiedzał gminy, takie jak Kępno czy Międzychód, spotykając się z wójtami, przedstawicielami PCPR-ów i GOPS-ów. Taka praca „w terenie” była niezbędna, by zbudować świadomość istnienia projektu i zdobyć zaufanie lokalnych instytucji oraz społeczności. Realizator podkreślał, że osobisty kontakt, zwłaszcza z udziałem lekarzy znających specyfikę projektu, miał wyjątkową wartość – takie spotkania miały „inną rangę” i skuteczniej przekonywały do przekazywania informacji dalej.

W przeciwieństwie do tych metod, działania o charakterze biernym lub instytucjonalnym – takie jak publikowanie informacji na stronie internetowej realizatora, współpraca z kuratoriami czy szkołami – okazały się mało skuteczne. Podobnie ograniczone efekty przyniosła współpraca z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), gdzie lekarze, mimo dobrej woli, nie dysponowali czasem na przekazywanie szczegółowych informacji o programie. Jak zasugerowano w trakcie FGI, skuteczne informowanie o podobnych inicjatywach wymagałoby koordynacji na poziomie systemowym – np. przez Ministerstwo Zdrowia, z wykorzystaniem Portalu Pacjenta jako oficjalnego kanału komunikacji.

Wnioski z tych doświadczeń zostały wykorzystane w kolejnej edycji projektu, uruchomionej w 2023 roku. Jak wskazał realizator w wywiadzie, dzięki utrwaleniu skutecznych metod – głównie rekomendacji rodziców i aktywności w mediach społecznościowych – rekrutacja przebiegała płynnie i nie wymagała już osobistych wizyt w gminach. Liczba zgłoszeń, utrzymująca się na poziomie około 10–15 miesięcznie, była w pełni wystarczająca, co potwierdza trwałość i efektywność wypracowanych wcześniej kanałów rekrutacyjnych.

Większość uczestników uznała proces zakwalifikowania się do programu zdrowotnego za stosunkowo prosty – 42,3% oceniło go jako „raczej łatwy”, a 31,5% jako „bardzo łatwy”. Tylko nieliczni mieli odmienne zdanie: 0,8% określiło procedury jako „bardzo trudne”, a kolejne 0,8% jako „raczej trudne”. Dla 10,8% uczestników proces nie był ani trudny, ani łatwy, natomiast 13,8% nie potrafiło go ocenić lub nie pamiętało szczegółów. Wyniki wskazują więc, że formalności związane z przyjęciem do programu nie stanowiły istotnej bariery dla większości uczestników.

DOBRE PRAKTYKI:

- szeroka sieć kanałów rekrutacyjnych - poradnie, organizacje pozarządowe, JST,
- wykorzystanie rekomendacji rodziców i opiekunów, którzy wcześniej korzystali z programu (efekt „poczty pantoflowej”),
- elastyczne formy zgłoszeń (telefon, e-mail, strona www, zgłoszenia osobiste) ułatwiające dostęp do programu,
- uruchomienie infolinii i komunikacji online w czasie pandemii, aby ograniczyć bariery i obawy,
- zapewnienie zakwaterowania i transportu dla rodzin z odległych gmin - redukcja barier logistycznych,
- wsparcie psychologiczne i edukacyjne dla rodziców, które wzmacniało ich motywację do zgłaszania dzieci,
- indywidualne rozmowy podczas kwalifikacji, które pomagały przełamywać opór i niską świadomość społeczną w mniejszych miejscowościach.

Efekty RPZ i ocena jakości świadczeń

Ocena jakości świadczeń zdrowotnych jest bardzo wysoka. Wyniki badania ilościowego świadczą o bardzo wysokim poziomie satysfakcji uczestników projektu, a w praktyce – ich rodziców lub opiekunów, którzy w większości przypadków wypełniali ankiety w imieniu nieletnich pacjentów. Wszystkie analizowane aspekty uzyskały średnie oceny powyżej 4,6 w pięciostopniowej skali, co wskazuje na wyjątkowo pozytywne doświadczenia związane z udziałem w projekcie. Najwyżej oceniono poczucie bezpieczeństwa podczas świadczenia (4,9) oraz profesjonalizm, kompetencje, uprzejmość i zaangażowanie personelu medycznego (po 4,8) – te elementy okazały się kluczowe dla pozytywnego odbioru działań.

Nieco niższe, choć nadal bardzo wysokie oceny uzyskały kwestie organizacyjne i komunikacyjne, takie jak jasność wyjaśnień dotyczących przebiegu świadczenia, możliwość zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi, warunki w miejscu udzielania świadczeń czy ogólna satysfakcja z udziału – wszystkie na poziomie 4,7. Równie dobrze oceniono czas trwania świadczeń oraz przekazywanie informacji o efektach i dalszych krokach (po 4,6), co potwierdza, że uczestnicy postrzegali świadczenia jako dobrze zaplanowane, przemyślane i prowadzone bez pośpiechu.

Tak wysoki poziom zadowolenia świadczy o wysokich standardach pracy personelu medycznego oraz skutecznym połączeniu aspektów merytorycznych, organizacyjnych i emocjonalnych opieki.

Uczestnicy czuli się dobrze poinformowani, bezpieczni i traktowani z empatią, co w kontekście opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością ma szczególne znaczenie dla rodziców i opiekunów, budując ich zaufanie do systemu i poczucie realnego wsparcia.

Wykres 39 Ocena jakości świadczeń w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=233; pokazano średnie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką ocenę.

Opiekunowie dzieci uczestniczących w projekcie brali także udział w działaniach edukacyjnych, które miały na celu zwiększenie ich wiedzy oraz kompetencji w zakresie opieki, rehabilitacji i wspierania rozwoju dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektu stanowiły integralny element kompleksowego procesu rehabilitacji i opieki nad dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. Ich podstawą była **koncepcja sześciu słów na F (Function, Fitness, Fun, Future, Friends, Family)**, oparta na systemie **ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)**. W tym podejściu kluczową rolę odgrywa rodzina – traktowana nie jako bierny obserwator, lecz jako pełnoprawny członek zespołu terapeutycznego. Głównym celem działań edukacyjnych było zwiększenie świadomości rodziców i opiekunów w zakresie wyznaczania, osiągania i utrzymywania celów terapeutycznych oraz wzmocnienie ich zaangażowania w proces leczenia. Realizator projektu podkreślał w wywiadzie pogłębionym, że tylko dzięki aktywnej partycypacji rodziny możliwe jest utrzymanie efektów rehabilitacji i przeniesienie wypracowanych umiejętności do codziennego życia dziecka.

Forma i sposób prowadzenia działań edukacyjnych były starannie zaplanowane, tak aby maksymalnie wspierać praktyczne wykorzystanie wiedzy. Szkolenia miały charakter interaktywny i dostosowany do potrzeb uczestników – obejmowały zarówno wykłady prowadzone przez specjalistów, jak i warsztaty praktyczne, podczas których rodzice mogli uczyć się technik wspomagających rehabilitację, prawidłowego wykonywania ćwiczeń czy wspierania dziecka w codziennych czynnościach. Zajęcia były prowadzone w przyjaznej, zrozumiałej formie, z unikaniem hermetycznego języka medycznego. Realizator zaznaczył, że szkolenia cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, a uczestnicy oceniali je niezwykle wysoko, uznając, że zdobyta wiedza jest

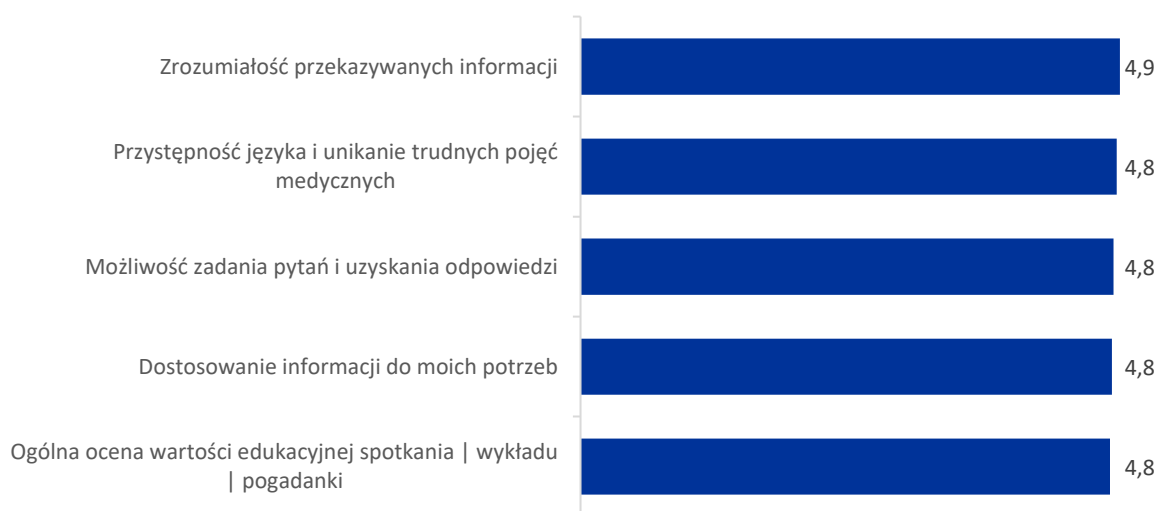
praktyczna, inspirująca i realnie wpływa na codzienną opiekę nad dzieckiem. W efekcie działania edukacyjne nie tylko wspierały proces terapeutyczny, ale również wzmacniały kompetencje rodziców, ich wiarę w możliwość dalszych postępów dziecka oraz poczucie współodpowiedzialności za sukces rehabilitacji.

Wnioski te potwierdza badanie ilościowe wśród opiekunów – oceny tych działań są wyjątkowo wysokie, co świadczy o ich dużej wartości i trafnym dopasowaniu do potrzeb odbiorców. Średnie wyniki dla wszystkich analizowanych aspektów przekraczają 4,8 punktu w pięciostopniowej skali, co wskazuje na powszechną satysfakcję z formy i treści zajęć.

Najwyżej oceniono zrozumiałość przekazywanych informacji (4,9), co potwierdza, że treści były przedstawiane w sposób jasny, uporządkowany i przystępny, nawet w przypadku tematów o charakterze medycznym. Pozostałe elementy – takie jak ogólna wartość edukacyjna spotkania, dostosowanie informacji do indywidualnych potrzeb, możliwość zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi oraz przystępność języka – uzyskały po 4,8 punktu. Oznacza to, że uczestnicy nie tylko docenili merytoryczny poziom szkoleń, ale również sposób ich prowadzenia, umożliwiającą aktywne uczestnictwo i interakcję z prowadzącymi.

Wysokie oceny działań edukacyjnych wskazują, że szkolenia pełniły ważną funkcję uzupełniającą wobec świadczeń zdrowotnych – wzmacniały kompetencje rodziców i opiekunów w zakresie codziennej pracy z dzieckiem, a jednocześnie budowały ich poczucie sprawczości i zrozumienia procesu rehabilitacji. Taki efekt edukacyjny przyczynia się do trwałości rezultatów projektu, ponieważ wiedza i umiejętności zdobyte przez opiekunów są wykorzystywane w dalszej opiece nad dziećmi.

Wykres 40 Ocena jakości działań edukacyjnych w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=101; pokazano średnie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką ocenę.

Kolejną grupą odbiorców RPZ była kadra medyczna. Działania skierowane do **personelu medycznego**, zwłaszcza fizjoterapeutów, stanowiły kluczowy element projektu, mający na celu zarówno podniesienie kompetencji zawodowych, jak i zapobieganie wypaleniu zawodowemu. Było to szczególnie istotne w kontekście nowoczesnego modelu rehabilitacji opartego na technologiach robotycznych i systemach wspomagających diagnostykę funkcjonalną, które wymagały od kadry nie tylko nowej wiedzy, lecz także zmiany sposobu pracy.

Podstawowym celem szkoleń było przygotowanie fizjoterapeutów do pracy w środowisku technologicznie wspomaganej rehabilitacji. Początkowo realizowano wewnętrzne szkolenia adaptacyjne, które obejmowały zarówno naukę obsługi nowego sprzętu, jak i wdrożenie w odmienny model organizacji procesu rehabilitacyjnego. Był to etap niezbędny do tego, aby personel mógł oswoić się z nową formą pracy i zdobyć pewność w stosowaniu innowacyjnych rozwiązań. Z czasem większość fizjoterapeutów uzyskała licencje i uprawnienia do obsługi wszystkich typów urządzeń robotycznych, co istotnie zwiększyło ich atrakcyjność na rynku pracy. Jak podkreślił realizator projektu w wywiadzie pogłębionym, wytworzono w ten sposób dużą grupę ekspertów w dziedzinie rehabilitacji robotycznej, która obecnie stanowi elitarną bazę kadrową ośrodka i jedną z najcenniejszych w kraju.

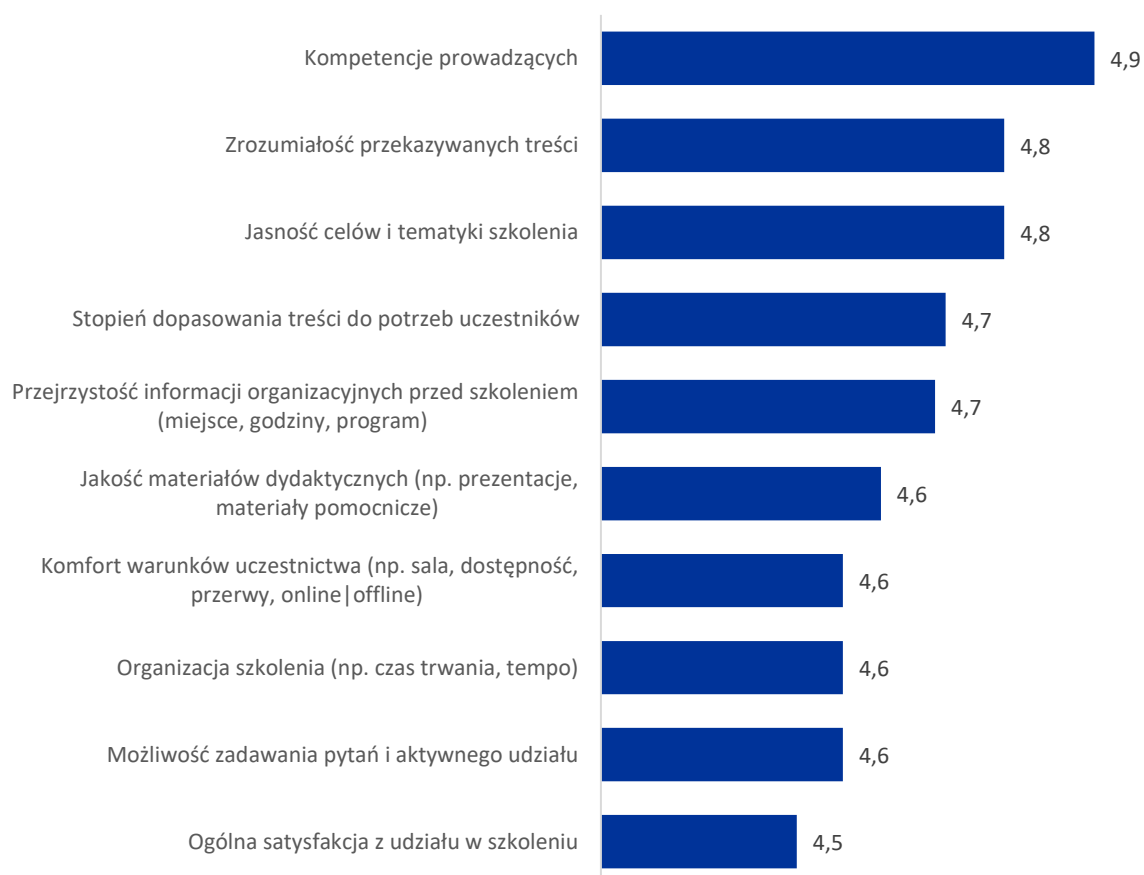
Projekt przyczynił się również do zmiany systemu organizacji pracy, której celem było przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego. W początkowej fazie realizacji zauważono, że monotonna praca z jednym robotem prowadziła do znużenia, a nawet odejścia kilku młodych, zdolnych specjalistów. W odpowiedzi na to wyzwanie wprowadzono nowy model pracy, w którym fizjoterapeuta został powiązany z pacjentem, a nie z urządzeniem. Oznacza to, że terapeuta towarzyszy dziecku w całym cyklu rehabilitacji, przechodząc razem z nim przez różne stacje i korzystając z różnych typów robotów oraz metod terapeutycznych.

Wyniki ankiet wypełnianych przez personel medyczny uczestniczący w działaniach szkoleniowych, wskazują na ogólne duże zadowolenie, choć poszczególne aspekty uzyskały zróżnicowane oceny. Średnie oceny wszystkich analizowanych aspektów kształtują się powyżej 4,5 punktu w pięciostopniowej skali, co świadczy o pozytywnym odbiorze zarówno treści merytorycznych, jak i organizacji szkoleń. Ogólna satysfakcja z udziału w szkoleniu została oceniona na 4,5, co oznacza, że zdecydowana większość uczestników była zadowolona z uczestnictwa, choć część mogła wskazywać na drobne elementy wymagające dopracowania.

Najwyższe oceny uzyskali prowadzący szkolenia – ich kompetencje oceniono średnio na 4,9, co potwierdza wysoki poziom profesjonalizmu oraz umiejętność przekazywania wiedzy w sposób angażujący i zrozumiały. Równie wysoko oceniono jasność celów i tematyki szkoleń (4,8) oraz zrozumiałość przekazywanych treści (4,8), co dowodzi, że zajęcia były dobrze przygotowane pod względem dydaktycznym i adekwatne do potrzeb uczestników.

Pozytywnie oceniono także aspekty organizacyjne, takie jak możliwość aktywnego udziału (4,6), komfort warunków uczestnictwa (4,6) czy jakość materiałów dydaktycznych (4,6). Wskazuje to, że szkolenia przebiegały w sprzyjających warunkach, z zachowaniem równowagi między intensywnością pracy a komfortem uczestników. Dobrze oceniono także przejrzystość informacji organizacyjnych przed szkoleniem (4,7) i dopasowanie treści do potrzeb uczestników (4,7), co potwierdza skuteczne planowanie i dobrą komunikację z kadrami.

Wykres 41 Ocena jakości działań szkoleniowych kierowanych do personelu medycznego w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=38; pokazano średnie na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską ocenę, a 5 – bardzo wysoką ocenę.

RPZ przyniósł wielowymiarowe korzyści, obejmujące sferę zdrowotną, społeczną, psychiczną oraz zawodową i instytucjonalną. Efekty te potwierdzają, że przedsięwzięcie wypełniło istotną lukę w systemie opieki zdrowotnej i wywarło trwały wpływ na jakość życia uczestników oraz ich rodzin.

Efekty zdrowotne (kliniczne)

Efekty zdrowotne i kliniczne były, zdaniem realizatora, szczególnie spektakularne, co potwierdza m.in. znaczne przekroczenie zakładanych wskaźników skuteczności rehabilitacji. Najważniejszym celem projektu była poprawa motoryki i lokomocji, którą osiągnięto u ponad 88% pacjentów, a wyniki w diagnostyce trójwymiarowej potwierdziły poprawę u ponad 85% uczestników. Cele funkcjonalne zostały przekroczone zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt, a dodatkowo monitorowanie po sześciu miesiącach potwierdziło trwałość efektów – stabilną szczególnie w przypadku dziewcząt. W opinii rodziców znacząco poprawiło się także codzienne funkcjonowanie dzieci, co deklarowało aż 87% z nich. Ponadto wprowadzenie corocznych badań rentgenowskich stawów biodrowych pozwoliło skutecznie wyeliminować ryzyko zwichnięć w tej populacji, stanowiąc dodatkowy, niezwykle ważny efekt uboczny projektu.

Efekty społeczne i korzyści dla uczestników oraz ich rodzin

Efekty społeczne i korzyści dla uczestników i ich rodzin były równie istotne. Projekt umożliwił dostęp do bezpłatnej i kompleksowej rehabilitacji, którą wielu uczestników nie mogłoby uzyskać w inny sposób. Udział w programie odciążył rodziny finansowo, eliminując konieczność zbiórek i wysokich wydatków. Bardzo ważnym rozwiązaniem było zapewnienie transportu i zakwaterowania, co pozwoliło włączyć do programu osoby z całego regionu, także z obszarów oddalonych. Projekt kładł również nacisk na aspekty społeczne i uczestnictwo w życiu codziennym, dzięki czemu rehabilitacja była postrzegana jako środek do zwiększenia integracji, a nie jedynie poprawy funkcji ruchowych. Istotnym uzupełnieniem działań były szkolenia i wsparcie edukacyjne dla rodziców, którzy bardzo wysoko ocenili możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności praktycznych.

Efekty psychiczne

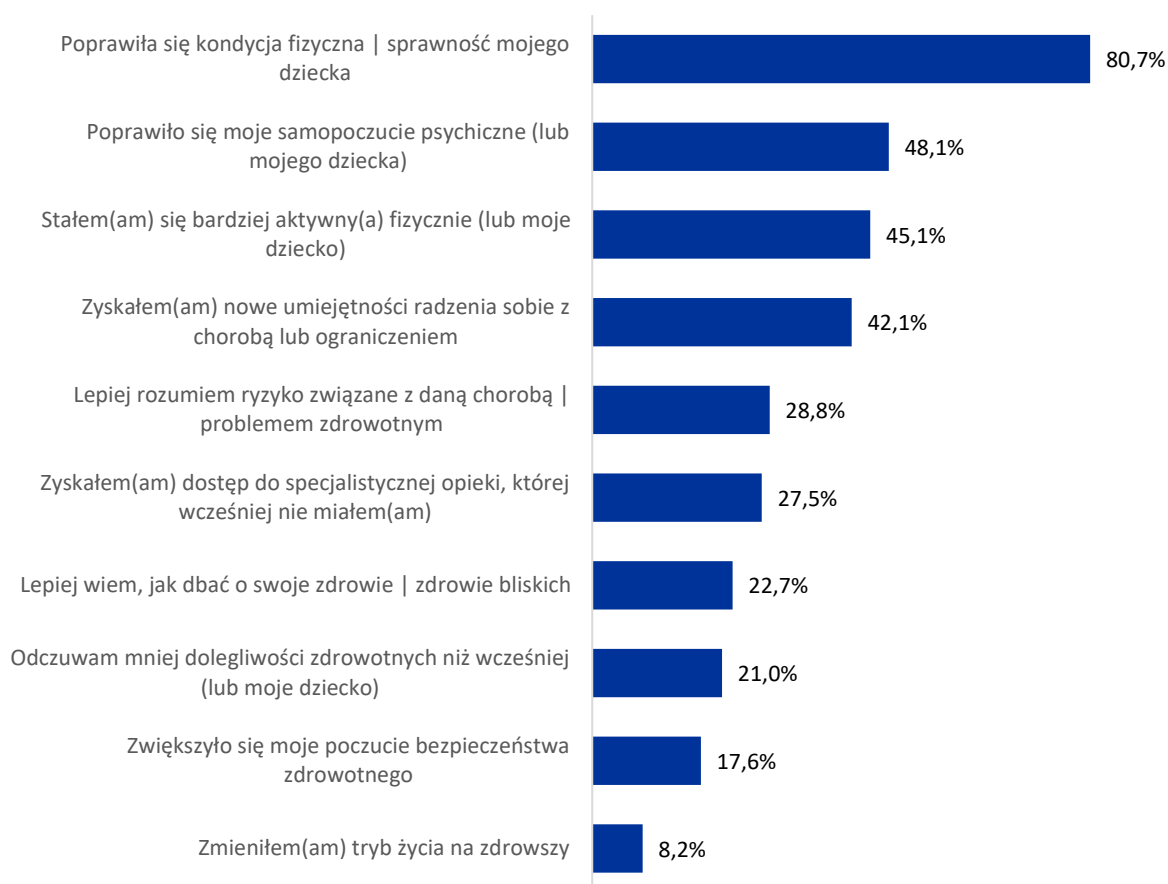
Efekty psychiczne dotyczyły zarówno dzieci, jak i ich opiekunów. Uczestnictwo w atrakcyjnej formie rehabilitacji, wykorzystującej nowoczesne technologie, poprawiło samopoczucie pacjentów i ich rodziców, a także zmniejszyło obciążenie psychiczne związane z poczuciem winy za chorobę dziecka. Fakt, że dzieci chętnie przychodziły na zajęcia, traktując je jako formę zabawy, dodatkowo budował ich motywację i ułatwiał prowadzenie terapii. Nowoczesne technologie, takie jak robotyka, wirtualna rzeczywistość czy awatary, czyniły rehabilitację atrakcyjną i skuteczną jednocześnie.

Na zadowolenie z efektów RPZ wskazują wyniki badania ilościowego wśród uczestników/ opiekunów dzieci z MPD. Udział w projekcie przyniósł uczestnikom szereg pozytywnych efektów, które obejmowały zarówno poprawę stanu zdrowia, jak i zmianę samopoczucia, postaw oraz wiedzy na temat własnego zdrowia. Zdecydowana większość badanych zauważyła wyraźną poprawę w zakresie sprawności fizycznej i kondycji, co było głównym celem projektu i jego kluczowym rezultatem. W wielu przypadkach uczestnicy, a w szczególności dzieci objęte rehabilitacją, osiągnęli realne postępy w funkcjonowaniu ruchowym, co przekładało się również na większą samodzielność w codziennych czynnościach.

Warto jednak podkreślić, że efekty projektu wykraczały poza sferę czysto fizyczną. Uczestnicy często wskazywali na poprawę samopoczucia psychicznego, wzrost aktywności fizycznej czy rozwój umiejętności radzenia sobie z chorobą. Te aspekty pokazują, że program miał także wymiar emocjonalny i edukacyjny – pomagał budować świadomość zdrowotną, poczucie sprawczości oraz wiarę w możliwość dalszego rozwoju.

Niektóre efekty, takie jak wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, zmiana stylu życia na zdrowszy czy lepsze rozumienie ryzyka choroby, były wymieniane rzadziej, co jednak nie oznacza, że ich znaczenie było mniejsze. Raczej wynika to z faktu, że tego typu efekty nie były głównym celem interwencji w ramach RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD. Projekt koncentrował się przede wszystkim na rehabilitacji funkcjonalnej i poprawie sprawności fizycznej, natomiast zmiany w obszarze postaw czy stylu życia miały charakter wtórny.

Wykres 42 Ocena efektów świadczeń zdrowotnych nakierowanych na poprawę stanu zdrowia w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD



Źródło: badanie ilościowe uczestników, n=233

Uzupełnieniem efektów zdrowotnych projektu były niezwykle istotne **rezultaty działań edukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów dzieci z MPD**. Edukacja ta miała charakter praktyczny i odpowiadała na rzeczywiste potrzeby rodzin, które często borykają się z brakiem jasnych wskazówek dotyczących postępowania terapeutycznego, dostępnych form pomocy czy możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach NFZ. Wyniki ewaluacji wskazują, że działania edukacyjne przyniosły wymierne efekty – większość opiekunów deklarowała, że po udziale w projekcie lepiej rozumie ryzyko związane z chorobą lub ograniczeniem (61,4%), dzieli się zdobytą wiedzą z innymi (50,5%), wie, gdzie szukać pomocy w razie potrzeby (47,5%), a także lepiej wie, jak dbać o zdrowie swoje i bliskich (42,6%).

Efekty te należy uznać za niezwykle ważne w kontekście sytuacji systemowej w Polsce, gdzie rodzice dzieci z MPD często pozostają bez wystarczającego wsparcia informacyjnego i organizacyjnego. W praktyce oznacza to, że muszą samodzielnie „odkrywać” ścieżkę leczenia i rehabilitacji, poszukując informacji metodą prób i błędów. W tym kontekście działania edukacyjne realizowane w ramach projektu odegrały kluczową rolę – nie tylko przekazały wiedzę, ale też wzmocniły poczucie sprawczości i kompetencji opiekunów, którzy dzięki szkoleniom zyskali pewność, jak wspierać dziecko w codziennym funkcjonowaniu i procesie terapii.

Zwiększenie świadomości zdrowotnej rodziców oraz ich zdolności do samodzielnego reagowania na potrzeby dziecka stanowi zatem ważne, trwałe uzupełnienie efektów klinicznych projektu. W dłuższej perspektywie przekłada się to nie tylko na lepsze utrzymanie efektów rehabilitacji, ale również na rozwój środowiska wsparcia – opiekunowie stają się ambasadorami wiedzy, dzieląc się doświadczeniem z innymi rodzinami i wspierając budowę bardziej świadomej społeczności wokół problematyki MPD.

Korzyści związane z sytuacją na rynku pracy i dla kadry medycznej

Projekt stworzył aż 40 nowych miejsc pracy, a fizjoterapeuci zatrudnieni w jego ramach zyskali unikalne kompetencje, zdobywając uprawnienia do obsługi nowoczesnych urządzeń robotycznych. Efekty działań szkoleniowych skierowanych do personelu medycznego potwierdzają, że inwestycja w rozwój kadr przyniosła bardzo wymierne rezultaty. Zdecydowana większość uczestników szkoleń (81,6%) deklaruje, że poszerzyła swoją wiedzę w danym obszarze medycznym, a co drugi poznał nowe standardy postępowania lub wytyczne stosowane w nowoczesnej rehabilitacji. Dla wielu szkolenia stanowiły również okazję do uporządkowania i uaktualnienia wiedzy zawodowej (47,4%), a niemal połowa ankietowanych podkreślała, że dzieli się zdobytą wiedzą z innymi, przyczyniając się tym samym do rozwoju kompetencji w całym środowisku zawodowym.

Efekty te miały charakter nie tylko indywidualny, ale także organizacyjny i systemowy. Ponad jedna trzecia uczestników wskazywała, że wykorzystuje nową wiedzę w codziennej pracy, a prawie 30% uzyskało nowe narzędzia i materiały pomocne w praktyce zawodowej. Szkolenia przyczyniły się również do zwiększenia świadomości znaczenia profilaktyki i diagnostyki, a część kadry zaczęła zachęcać pacjentów do wykonywania badań profilaktycznych, co dowodzi trwałego wpływu projektu na podejście do pracy z pacjentem.

W efekcie realizacji działań szkoleniowych wykształcono grupę ekspertów w dziedzinie rehabilitacji robotycznej, którzy dziś stanowią elitę zawodową i ambasadorów innowacyjnej myśli rehabilitacyjnej w Polsce. Dzięki temu projekt nie tylko podniósł kwalifikacje kadry, ale też stworzył środowisko sprzyjające długofalowemu rozwojowi zawodowemu i wymianie wiedzy. W rezultacie ośrodek w którym realizowano projekt, jak wynika z deklaracji realizatorów, zyskał prestiż i pozycję jednego z wiodących w Europie miejsc leczenia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, przyciągając specjalistów z kraju i zagranicy.

DOBRE PRAKTYKI:

- kompleksowe podejście - połączenie nowoczesnej diagnostyki (TIDFCh) z intensywną rehabilitacją i wsparciem psychologicznym,
- wysoka skuteczność - poprawa chodu i parametrów funkcjonalnych u ponad 85% uczestników,
- edukacja równoległa z terapią - 99% rodziców deklaruowało wzrost wiedzy, co zwiększało trwałość efektów,
- szkolenia dla fizjoterapeutów (166 osób) podnoszące standard rehabilitacji także poza ośrodkiem,
- zapewnienie zakwaterowania i transportu dla rodzin spoza dużych miast, co przełamywało bariery dostępu,
- bardzo wysokie oceny jakości świadczeń - 92% rodziców oceniło personel na „bardzo dobrze”, a 97% chce kontynuacji programu,

- włączenie rodziców i opiekunów w proces terapii, co wzmocniło efekty zdrowotne i ułatwiło funkcjonowanie rodzin w życiu codziennym.

Wyniki benchmarkingu

RPZ benchmarkingowa dla woj. wielkopolskiego: Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego (realizowany ze środków RPO woj. mazowieckiego na lata 2014-2020)

Poniżej przedstawiono podstawowe informacje o obu programach:

WRPO 2014+	RPO województwa mazowieckiego
Nazwa programu	
Rozszerzenie dostępności technologicznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Wielkopolskiego	Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego
Model wdrażania, specyfika projektów	
1 projekt realizowany na obszarze woj. wielkopolskiego Czas trwania projektu to ponad 4,5 roku	5 projektów Projekty obejmowały obszar całego województwa Średni czas trwania projektu: ok 4,5 roku
Podmioty uprawnione do ubiegania się o dofinansowanie	
O dofinansowanie projektu ubiegać mogły się podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe, instytucje rynku pracy, podmioty utworzone przez jst realizujące zadania publiczne, jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne oraz utworzone przez nie podmioty, państwowe jednostki budżetowe, podmioty lecznicze utworzone przez jst (a także przedsiębiorcy powstałe z ich przekształceń), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi medyczne w publicznym systemie ochrony zdrowia, jednostki organizacyjne jst w zakresie poprawy dostępu do usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej, osób starszych i z niepełnosprawnościami.	O dofinansowanie projektu ubiegać mogły się podmioty wykonujące działalność leczniczą lub inne podmioty w partnerstwie z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Podobnie jak RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD, Regionalny Program Zdrowotny realizowany w województwie mazowieckim był kompleksową odpowiedzią na jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży – mózgowe porażenie dziecięce. Schorzenie to, będące najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wśród dzieci w Europie, wiąże się z trwałymi zaburzeniami w zakresie rozwoju funkcji motorycznych, w szczególności chodu. Głównym celem było zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń funkcji chodu u dzieci z MPD.

Program był skierowany do **dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 18 lat** (w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD w wieku od 5 do 21 lat) z rozpoznaniem mózgowym porażeniem dziecięcym. Zakładał objęcie uczestników kompleksową opieką obejmującą zarówno zaawansowaną diagnostykę, jak i intensywną rehabilitację ukierunkowaną na poprawę funkcji lokomocyjnych. Istotnym elementem programu było włączenie nowoczesnych technologii – diagnostyki instrumentalnej oraz systemów zrobotyzowanych wspomagających proces rehabilitacji.

Podstawową formą interwencji zdrowotnej był cykl terapeutyczny, obejmujący 15 sesji rehabilitacyjnych realizowanych z wykorzystaniem zrobotyzowanych systemów do treningu chodu. Rehabilitacja była prowadzona w środowisku terapeutycznym umożliwiającym także zastosowanie **wirtualnej rzeczywistości (VR)**, co służyło zwiększeniu zaangażowania i motywacji dzieci. Uczestnik mógł skorzystać z programu maksymalnie **2 razy w roku**, a łącznie **sześć razy w okresie trzech lat**, co zapewniało możliwość długofalowego wsparcia i monitorowania efektów leczenia. Podobnie w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD uczestnik mógł skorzystać ze świadczeń maksymalnie **2 razy w roku**, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu.

Zapisy RPZ w województwie mazowieckim wskazują, że rozszerzenie zakresu wsparcia o takie usługi jak transport, zakwaterowanie czy działania edukacyjne było **fakultatywne**. Choć nie stanowiły one obowiązkowego elementu programu, ich włączenie pozwalało dostosować interwencję do indywidualnych potrzeb uczestników i ułatwiało dostęp do świadczeń osobom mieszkającym w większej odległości od miejsca realizacji projektu. Wsparcie logistyczne było zatem elementem opcjonalnym, zależnym od decyzji beneficjenta, a główne świadczenia zdrowotne odbywały się bezpośrednio w placówce realizującej program.

Całość interwencji w ramach RPZ w województwie mazowieckim miała na celu nie tylko poprawę funkcji motorycznych dzieci z MPDZ, ale także rozwój modelu kompleksowej, nowoczesnej rehabilitacji opartej na technologii, który mógłby stanowić punkt odniesienia dla przyszłych działań systemowych w Polsce. Program łączył w sobie wiedzę medyczną, doświadczenie kliniczne i innowacyjne rozwiązania technologiczne, tworząc spójny, efektywny model opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością ruchową.

Przyjęte tryby naboru

W obu programach zastosowano tryb konkurencyjny naboru. W mazowieckim RPO uruchomiono pięć projektów obejmujących całe województwo, co zwiększyło skalę oraz zasięg terytorialny interwencji, ale jednocześnie wymagało większej koordynacji między realizatorami i dbałości o porównywalność standardów. W ramach WRPO w Wielkopolsce zrealizowano pojedynczy projekt, skoncentrowany na

jednym ośrodkiem i spójnym modelem interwencji, co ułatwiało koordynację działań, standaryzację procedur i monitorowanie efektów w jednym „ekosystemie” świadczeniodawcy.

Przyjęcie modelu wdrażania poprzez jednego realizatora odpowiedzialnego za dostępność świadczeń w całym województwie było – w ocenie Instytucji Zarządzającej – rozwiązaniem zasadnym również ze względu na efektywność kosztową. Kluczowym argumentem były wysokie koszty stałe związane z technologiami robotycznymi i infrastrukturą diagnostyczną: rozproszenie projektów między kilku wykonawców wymagałoby wielokrotnego doposażenia placówek i dublowania kompetencji, podczas gdy wybór ośrodka dysponującego już dojrzałym zapleczem pozwalał wykorzystać efekt skali, szybciej uruchomić świadczenia i utrzymać jednolite standardy kliniczne, szkoleniowe i kontrolne. Taki model ułatwia też centralny nadzór jakości i spójny system monitoringu efektów, a po stronie pacjentów – przewidywalną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną.

Z kolei, zdaniem IZ, rozwiązanie przyjęte w RPO województwa mazowieckiego generowało ryzyko podwójnego finansowania – tzn. równoczesnego udziału tej samej osoby w dwóch projektach. W praktyce oznaczało to dla Instytucji Zarządzającej i beneficjentów większe obciążenia organizacyjne: konieczność skrupulatnej weryfikacji uczestników (m.in. krzyżowe sprawdzanie list, oświadczenia uczestników, spójne procedury kwalifikacji), bieżącej wymiany danych między projektami przy zachowaniu zasad ochrony danych osobowych.

Warunki dostępu w naborach stawiane wnioskodawcom

Patrząc na RPZ realizowany w województwie mazowieckim jako punkt odniesienia, widać, że w RPO tego województwa stawiano bardziej restrykcyjne wymagania co do podmiotów uprawnionych do aplikowania: wnioskodawcą (lub partnerem) musi być podmiot wykonujący działalność leczniczą, a świadczenia opieki zdrowotnej mogą być realizowane wyłącznie przez ten podmiot. Model WRPO 2014+ jest w tym miejscu wyraźnie bardziej inkluzywny – dopuszcza szeroki katalog wnioskodawców (m.in. NGO, podmioty ekonomii społecznej, JST i ich jednostki, państwowe jednostki budżetowe), przy zachowaniu takiego samego twardego wymogu, że same świadczenia zdrowotne muszą być wykonywane przez podmiot leczniczy. Innymi słowy, na tle mazowieckich kryteriów wielkopolska ścieżka „otwiera drzwi” większej liczbie organizacji do roli wnioskodawcy lub lidera projektu, ale nie luzuje standardów klinicznych – realizacja świadczeń nadal jest zastrzeżona dla podmiotów medycznych. To rozwiązanie jest korzystne, ponieważ np. samorząd, chcąc zrealizować projekt na swoim obszarze, może wziąć na siebie ciężar organizacyjno-biurokratyczny i jednocześnie wejść w partnerstwo z podmiotem leczniczym odpowiedzialnym za część kliniczną.

Szerokie otwarcie naboru przy obowiązkowym partnerstwie z podmiotem leczniczym, gdzie lider odpowiada za organizację i biurokrację, a partner medyczny realizuje świadczenia – zwiększając dostępność bez obniżania standardów.

Warunki dostępu w naborach stawiane projektom

Oba regiony stawiały projekty w obszarze MPD w centrum polityki równości i dostępności: w obu przypadkach adresatem były osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem z powodu MPD, a wymogiem – zapewnienie równego dostępu i racjonalnych usprawnień. Różnił się jednak sposób operacjonalizacji tych zasad w rekrutacji: w **RPO województwa mazowieckiego** nie było twardego kryterium dostępu, ale instytucja wymagała wykazania, że rekrutacja nie będzie neutralna pod względem równości szans; w **WRPO 2014+** precyzowano natomiast konkretne rozwiązania dotyczące rekrutacji – od zgodności stron z **WCAG 2.0**, przez wielokanałową komunikację (np. materiały

pisemne, wideo z PJM), po opis dostępności biura projektu. W efekcie mazowieckie kryteria były bardziej deklaratywne, a wielkopolskie – bardziej „operacyjne” i mierzalne na etapie planowania.

Największa różnica dotyczyła ukierunkowania terytorialnego. Mazowsze wprowadziło wyraźny mechanizm premiowania projektów obejmujących mieszkańców obszarów wiejskich (DEGURBA) – co realnie kształtowało strukturę portfela projektów. Wielkopolska z kolei stosowała miękkie zalecenie kierowania wsparcia w pierwszej kolejności do miast średnich, tracących funkcje społeczno-gospodarcze, ale bez odzwierciedlenia w punktacji. W praktyce oznacza to, że mazowiecki system tworzył twardy impuls do silniejszego „dojścia” na tereny wiejskie, natomiast wielkopolski pozostawiał większą swobodę wykonawcom, sygnalizując priorytet polityczny dla „białych plam” w miastach średnich.

Kryteria oceny projektów

Punktem wspólnym obu programów jest wieloetapowy system oceny: formalna preselekcja, kryteria dostępu 0/1, a następnie ocena merytoryczna ogólna i kryteria premiujące. Różnice występują na poziomie sposobu operacjonalizacji zasad w dokumentach. W RPO województwa mazowieckiego kryteria dostępu stosowano zarówno na etapie formalnym, jak i merytorycznym, a kluczowe było wykazanie pełnej zgodności z RPZ (zakres interwencji, grupa docelowa, kompetencje). WRPO 2014+ również wymagał pełnej zgodności z programem polityki zdrowotnej, ale dodatkowo explicitie akcentował realizację świadczeń „z poszanowaniem praw pacjenta” jako wymogu dostępowego – co porządkuje odpowiedzialność kliniczną od startu oceny.

Oba regiony punktowały **doświadczenie podmiotu leczniczego** (próg 3-letni) i współpracę z POZ/świadczeniodawcą z umową NFZ, choć w Mazowszu akcent padał na partnerstwo z POZ, a w Wielkopolsce dopuszczano, by wnioskodawca lub partner sam był takim świadczeniodawcą. Z perspektywy praktyki – jak podkreślili uczestnicy FGI – kryterium POZ było rozwiązaniem rekomendowanym przez Ministerstwo Zdrowia i uzgadnianym na Komitecie Sterującym; miało wzmacniać ścieżki ciągłości diagnostyki i rehabilitacji, choć w tym konkretnym RPZ jego wartość dodana była mniejsza niż np. w programach przesiewowych. W RPO województwa mazowieckiego premiowano realizację świadczeń po 16:00 oraz w weekendy (w tym niedzielę), natomiast w WRPO 2014+ – popołudnia/wieczory lub soboty bez określania godzin oraz liczby takich dni w miesiącu.

W WRPO 2014+ zastosowano kryterium premiujące dotyczące **partnerstwa** z co najmniej jedną organizacją pozarządową reprezentującą interesy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i ich rodziców, posiadającą min. 2-letnie doświadczenie w tym obszarze. Celem było wzmocnienie współpracy podmiotów leczniczych z wyspecjalizowanymi NGO pacjenckimi, co miało podnieść jakość działań i promować inicjatywy na rzecz dzieci z MPD i ich rodzin. Z kolei w RPO województwa mazowieckiego premiowano szersze partnerstwa – z co najmniej jednym z trzech typów partnerów (każdy za 1 pkt): NGO reprezentująca interesy pacjentów z min. 2-letnim doświadczeniem w profilaktyce danej grupy chorób; partner społeczny reprezentujący i zrzeszający świadczeniodawców POZ; podmiot ekonomii społecznej. Model WRPO 2014+ zwiększa prawdopodobieństwo realnego głosu pacjentów MPD i dopasowania działań do ich potrzeb, ale może zawęzić pulę kwalifikujących się partnerów. Model mazowiecki, poprzez dopuszczenie wielosektorowych konsorcjów, sprzyja większej dostępności i lepszej koordynacji działań, jednak może prowadzić do bardziej ogólnego – mniej wyspecjalizowanego – ukierunkowania wsparcia na potrzeby osób z MPD.

RPO województwa mazowieckiego dawało realne punkty za udział **mieszkańców obszarów wiejskich** (gradacja: co najmniej 75% uczestników mieszka na terenach wiejskich – 4 pkt; co najmniej 50% – 3

pkt; co najmniej 25% – 2 pkt). W opinii uczestników FGI mechanizm ten może jednak generować trudności: przy tak specyficznej grupie jak MPD popyt na świadczenia nie rozkłada się równomiernie, a nieosiągnięcie wymaganego wskaźnika skutkować może zastosowaniem proporcjonalnych korekt finansowych, pomimo intensywnych działań rekrutacyjnych. Zdaniem praktyków, dostępność lepiej zapewniać rozwiązaniami organizacyjnymi – transportem, noclegiem, siecią punktów kwalifikacji – tak jak robiono to w RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD, niż wymuszać struktury populacyjne punktacją.

W Wielkopolsce zastosowano unikalne kryterium **premiujące podmioty, które brały udział w przygotowaniu Regionalnego Programu Zdrowotnego**. Jego geneza była pragmatyczna: Instytucja Zarządzająca nie dysponowała dodatkowymi środkami na opracowanie RPZ, dlatego opierała się na wielomiesięcznej pracy ekspertów z podmiotów medycznych. Przyznanie punktów działało więc jako forma rekompensaty i podziękowania, a zarazem mechanizm jakościowy – zakładano, że współautorzy RPZ najlepiej rozumieją jego założenia, standardy i wymagania sprzętowe, dzięki czemu są w stanie zapewnić wysoki poziom realizacji. Rozwiązanie to, jak wskazali przedstawiciele IZ, budziło jednak pewne kontrowersje, przede wszystkim z perspektywy równości konkurencji i ryzyka postrzegania preferencji dla „współtwórców” dokumentu. W praktyce premiowanie nie miało charakteru rozstrzygającego, o czym świadczy fakt, że w niektórych konkursach podmioty zaangażowane w tworzenie RPZ nie wygrywały naboru. Ostatecznie kryterium może pełnić funkcję bodźca do włączenia eksperckiego środowiska w fazę projektowania programu, przy jednoczesnym utrzymaniu konkurencyjności i selekcji najlepszych ofert w ocenie merytorycznej.

Rekomendacje dla realizacji RPZ w przyszłości

Doświadczenia z pierwszej edycji RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD w województwie wielkopolskim stały się podstawą do wprowadzenia szeregu istotnych zmian w nowej odsłonie programu. Wprowadzone modyfikacje nie tylko podnoszą jakość i dostępność świadczeń, ale stanowią również **rekomendacje dla przyszłych edycji RPZ**.

Poszerzenie katalogu rozpoznania o schorzenia nerwowo-mięśniowe obok mózgowego porażenia dziecięcego (MPD).

Pierwsza edycja RPZ obejmowała wyłącznie dzieci z MPD, co prowadziło do poczucia wykluczenia wśród rodzin dzieci z innymi schorzeniami o podobnych potrzebach rehabilitacyjnych. Rozszerzenie grupy docelowej zapewniło większą dostępność wsparcia, równość w dostępie do świadczeń oraz lepsze wykorzystanie potencjału infrastruktury i kadry.

Do podobnych wniosków doszli autorzy raportu ewaluacyjnego badającego benchmarkingowa program zdrowotny w województwie mazowieckim⁴⁰. Z raportu wynika, że choć proces wyboru projektów oceniono jako trafny, wskazano na zbyt restrykcyjne kryteria kwalifikacji uczestników. Sztywne określenie rozpoznania (mózgowe porażenie dziecięce – MPDZ) wykluczyło dzieci z innymi, podobnymi zaburzeniami neurologicznymi, co – zdaniem beneficjentów – ograniczyło efektywność wsparcia. Program uznano za nadmiernie sformalizowany i mało elastyczny wobec realnych potrzeb odbiorców. Rekomendowano zatem większą swobodę w dopasowywaniu działań do potrzeb uczestników, aby lepiej wykorzystać potencjał oferowanego wsparcia.

⁴⁰ Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego. Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego. EU-Consult, 2025.

Zwiększenie liczby możliwych cykli terapeutycznych z dwóch do trzech w ciągu roku.

Analiza efektów klinicznych pokazała, że korzyści z terapii utrzymują się przez około cztery miesiące, po czym skuteczność maleje. Wydłużenie dostępności do trzech turnusów rocznie pozwala utrzymać efekty leczenia i zapobiega regresowi funkcji motorycznych, zwiększając trwałość rezultatów zdrowotnych.

Wprowadzenie indywidualnych listów dla lokalnych fizjoterapeutów, zawierających opis osiągniętych celów, rekomendacje i dalsze kierunki terapii.

Brak skutecznego przekazywania informacji po zakończeniu turnusu utrudniał utrzymanie efektów rehabilitacji w warunkach „domowych”. Nowy model komunikacji zapewnia ciągłość terapii w miejscu zamieszkania dziecka i ułatwia współpracę między ośrodkiem specjalistycznym a lokalnym środowiskiem terapeutycznym, bez konieczności bezpośredniego kontaktu między realizatorem a rehabilitantem.

Dodatkowe rekomendacje dla realizatora programu

Kontynuacja i rozwój kanałów bezpośrednich oraz sieci społecznych

Najbardziej efektywne w rekrutacji okazały się kanały oparte na relacjach osobistych – rekomendacje rodziców, grupy wsparcia w mediach społecznościowych oraz współpraca z organizacjami pozarządowymi. Realizator powinien kontynuować i rozwijać te formy, np. poprzez:

- prowadzenie profilu w mediach społecznościowych z bieżącymi informacjami, historiami uczestników i możliwością kontaktu dla nowych rodzin,
- współpracę z moderatorami grup rodziców oraz NGO działającymi w obszarze MPD.

Kontynuowanie wsparcia w formule kompleksowej, obejmującej zarówno dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, jak i ich rodziców oraz opiekunów.

Kompleksowe podejście pozwala na utrzymanie i wzmocnienie efektów terapeutycznych osiąganych u dzieci dzięki równoległemu wsparciu rodziców – ich edukacji, motywacji i kompetencji w zakresie opieki i rehabilitacji domowej. Włączenie rodziców w proces terapeutyczny zwiększa skuteczność interwencji i trwałość rezultatów zdrowotnych, ponieważ umożliwia kontynuację działań rehabilitacyjnych w środowisku domowym. Z perspektywy psychospołecznej, wsparcie emocjonalne i edukacyjne dla opiekunów redukuje stres, poczucie bezradności oraz wypalenie, co przekłada się na lepsze funkcjonowanie całej rodziny. Tak zintegrowany model – łączący rehabilitację dziecka z działaniami edukacyjno-psychologicznymi dla rodziców – tworzy spójną sieć wsparcia, budującą trwałe zmiany zarówno w sferze zdrowotnej, jak i społecznej, oraz zapewniającą maksymalną efektywność nakładów publicznych.

Wprowadzenie wczesnej interwencji i zapewnienie ciągłości opieki po zakończeniu Wczesnego Wspomagania Rozwoju

Wskazane jest rozszerzenie programu o wsparcie dla dzieci w wieku 0-2 lat, zapewnienie systemowej ciągłości opieki po zakończeniu Wczesnego Wspomagania Rozwoju (WWR) i po osiągnięciu pełnoletności. Pierwsze dwa lata życia dziecka to kluczowy okres rozwoju neurologicznego, w którym odpowiednio dobrana terapia może znacząco ograniczyć skutki niepełnosprawności dzięki wykorzystaniu plastyczności mózgu. Obecnie wczesna interwencja realizowana jest głównie w sektorze prywatnym, co ogranicza dostępność dla rodzin o niższych dochodach. Wprowadzenie

finansowanego publicznie komponentu wczesnej interwencji pozwoliłoby na wyrównanie szans i wcześniejsze rozpoczęcie terapii.

Równocześnie konieczne jest stworzenie mechanizmów kontynuacji wsparcia po zakończeniu WWR, czyli po ukończeniu przez dziecko 5. roku życia (ten etap obejmował RPZ 16. Rehabilitacja osób z MPD), a także po osiągnięciu wieku 18 lat, gdy młodzi dorośli tracą dostęp do wielu świadczeń rehabilitacyjnych. W obu tych momentach dzieci i ich rodziny często „wpadają w nicość” systemową – zostają bez opieki specjalistycznej i bez jasnej ścieżki dalszego wsparcia. Zapewnienie płynnego przejścia między etapami opieki, w tym stworzenie programów pomostowych i dedykowanych modułów terapeutycznych dla młodych dorosłych, pozwoli na utrzymanie efektów rehabilitacji i poprawi jakość życia całych rodzin.

Rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia/NFZ

Stworzenie regionalnego lub ogólnopolskiego rejestru dzieci z MPD i zaburzeniami pokrewnymi.

Brak jednolitego systemu ewidencji utrudnia planowanie świadczeń, monitorowanie efektów zdrowotnych i prognozowanie potrzeb finansowych. Rejestr zwiększyłby bezpieczeństwo rodzin, usprawniłby koordynację opieki i umożliwiłby prowadzenie długofalowych analiz epidemiologicznych oraz skuteczniejsze planowanie polityki zdrowotnej.