

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 203/26
KM RPO WD 2014-2020
z dnia 15 lipca 2026 r.



Fundusze Europejskie

Ewaluacja efektów wdrożenia regionalnych programów zdrowotnych zrealizowanych w ramach RPO WD 2014-2020

Autorki i autorzy raportu:

Joanna Jaworska
Małgorzata Teuber
Oliwia Mazan
Barbara Żywioł
dr Michał Niebylski

Projekt okładki:

Małgorzata Teuber
Zdjęcia: Canva

Zamawiający

Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
Wybrzeże J. Słowackiego 12-14
50-411 Wrocław

**Wykonawca**

Openfield Sp. z o.o.
ul. T. Kościuszki 29/4
45-062 Opole



Spis treści

Wykaz skrótów użytych w raporcie.....	5
Streszczenie	6
Summary	11
Wprowadzenie	16
Kontekst zrealizowanego badania	16
Opis metodyki i przebiegu badania	18
Zastosowane metody i techniki badawcze	18
Analiza danych zastanych (desk research).....	18
Badanie ilościowe wśród uczestników projektów	19
Badania jakościowe.....	20
Case study – porównanie programów zdrowotnych	21
Opis wyników	22
Analiza skuteczności i efektywności realizacji RPZ	23
Ocena osiągnięcia celów RPZ	23
Efekty programów zdrowotnych.....	30
Wpływ RPZ na poprawę stanu zdrowia uczestników	34
Wpływ na wykrywalność cukrzycy typu 2 oraz chorób odkleszczowych w województwie	36
Realizacja wartości wskaźników i mierników	42
Niezamierzone efekty realizacji RPZ	46
Skuteczność działań wśród grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym lub społecznym	48
Ocena jakości i trafności interwencji	55
Skuteczność, użyteczność i trafność narzędzi wsparcia oferowanego w ramach RPZ	55
Dopasowanie wsparcia do potrzeb grup docelowych	61
Znaczenie finansowania RPZ z funduszy unijnych	64
Trwałość efektów i zmiana postaw uczestników	67
Warunki realizacji – bariery i inne czynniki wpływające na przebieg RPZ.....	75
Zainteresowanie programami.....	75

Działania rekrutacyjne	77
Problemy, bariery i wpływ pandemii COVID-19 w realizacji RPZ	80
Zalecenia i rekomendacje na przyszłość.....	86
Dobre praktyki na podstawie case studies	86
Syntetyczne podsumowanie wniosków i zaleceń z całego badania	100
Wnioski i rekomendacje – tabela rekomendacji.....	104
Spis tabel	107
Spis wykresów	107
Spis rysunków.....	108
Spis źródeł wykorzystanych w raporcie	109

Wykaz skrótów użytych w raporcie

Tabela 1. Wykaz skrótów użytych w raporcie

Skrót	Wyjaśnienie
BDL	Bank Danych Lokalnych
BMI	Wskaźnik masy ciała (ang. <i>Body Mass Index</i>)
CATI	Telefoniczny wywiad wspomagany komputerowo (ang. <i>Computer-Assisted Telephone Interview</i>)
CAWI	Internetowy wywiad wspomagany komputerowo (ang. <i>Computer-Assisted Web Interview</i>)
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
FEDS 2021-2027	Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. <i>Individual in-Depth Interview</i>)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
KZM	Kleszczowe zapalenie mózgu
MZ	Ministerstwo Zdrowia
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
OzN	Osoby z niepełnosprawnościami
PI	Priorytet Inwestycyjny
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
RPO WD 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020
RPZ	Regionalny program zdrowotny
SMR	Standaryzowany współczynnik umieralności (ang. <i>Standardized Mortality Ratio</i>)
TDI	Telefoniczny wywiad pogłębiony (ang. <i>Telephone In-Depth Interview</i>)
UE	Unia Europejska
UMWD	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy

Źródło: opracowanie własne.

Streszczenie

Badanie ewaluacyjne dotyczyło oceny wdrażania oraz efektów dwóch Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ) realizowanych w województwie dolnośląskim w ramach RPO WD 2014–2020 ze środków EFS: programu zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 oraz programu profilaktyki chorób odkleszczowych. Celem nadrzędnym ewaluacji była ocena skuteczności, efektywności, jakości i trafności wsparcia, a także identyfikacja czynników warunkujących zainteresowanie, trwałość efektów oraz sprawność organizacyjną realizacji (w tym wpływu czynników zewnętrznych, takich jak pandemia COVID-19). Zakres analiz obejmował zarówno wymiar rezultatów zdrowotnych i edukacyjnych wśród uczestników, jak i uwarunkowania wdrożeniowe po stronie instytucji oraz realizatorów (beneficjentów).

Do realizacji badania ewaluacyjnego zastosowano podejście mieszane, z triangulacją różnych źródeł danych:

- desk research (analiza dokumentacji programowej i danych zastanych, w tym wskaźników/mierników realizacji),
- badanie ilościowe wśród uczestników (CAWI/CATI)
- badania jakościowe: wywiady indywidualne z instytucjami (IZ/IP), beneficjentami, ekspertami oceniającymi wnioski projektowe na realizację działań w RPZ oraz ekspertami regionalnymi z obszaru rynku pracy i zdrowia.

Logika pytań ewaluacyjnych została uporządkowana tematycznie, tak aby odzwierciedlać ścieżkę interwencji – od założeń i wdrożenia, przez jakość i dopasowanie wsparcia, po efekty i ich trwałość.

Analiza danych zastanych wskazuje, że oba programy osiągnęły **wysoki poziom realizacji kluczowych wskaźników dotyczących zasięgu RPZ**, co potwierdza zdolność do dotarcia do dużej części planowanej populacji uczestników: w programie cukrzycowym objęto wsparciem 14 083 osoby (87% wartości docelowej 16 200), a w odkleszczowym 4 567 osób (88% wartości docelowej 5 187).

W programie dotyczącym cukrzycy szczególnie silnie zrealizowano wskaźniki związane z **identyfikacją osób o podwyższonym ryzyku/nieprawidłowej glikemii** – co jest spójne z profilaktycznym charakterem interwencji (wczesne wykrywanie). Jednocześnie bardzo niski poziom realizacji liczby konsultacji diabetologicznych i dietetycznych (w relacji do wartości docelowych) sugeruje rozdźwięk pomiędzy programową skalą zakładanych działań pogłębionych a realnym przebiegiem ścieżki uczestników.

W programie dotyczącym chorób odkleszczowych relatywnie stabilnie realizowano wskaźniki obejmowania wsparciem oraz wykonywania szczepień, a **ponadplanowo** zrealizowano komponent edukacyjny (liczba działań edukacyjnych), co wzmacnia wnioski o istotnej roli edukacji, jako elementu wzmacniającego efekty profilaktyczne.

Wyniki badań uczestników uzupełniają ten obraz: efekty najczęściej deklarowane dotyczą **wzrostu wiedzy/świadomości i motywacji**. W przypadku części rezultatów o mniej „miękkim” charakterze (np. trwała zmiana stylu życia, wpływ na aktywność zawodową) wyniki są bardziej zróżnicowane i słabsze.

W programie cukrzycowym jako najbardziej użyteczne i trafne były postrzegane **elementy diagnostyczne i konsultacyjne** – dające uczestnikom konkretną informację o stanie zdrowia, ryzyku oraz dalszych krokach. W programie odkleszczowym najbardziej „namacalnym” narzędziem wsparcia były **szczepienia**, a znaczący komponent użyteczności wiązał się z organizacyjnym prowadzeniem uczestników przez proces. W obu programach ważnym narzędziem okazała się edukacja – jako wzmocnienie efektów i potencjalny nośnik trwałości.

Z perspektywy uczestników świadczenia w obu programach były generalnie oceniane pozytywnie, a satysfakcja z udziału była wysoka. Jednocześnie w odpowiedziach otwartych i w jakościowych wypowiedziach interesariuszy pojawiały się powtarzalne obszary do poprawy: komunikacja organizacyjna (informowanie o kolejnych krokach), ograniczanie kolejek/czasu oczekiwania, uspołnienie informacji przekazywanych przez personel i skracanie obciążającej dokumentacji.

Wyniki badania ankietowego pokazują, że część uczestników nie identyfikowała źródła finansowania programów, a dla tych, którzy o nim wiedzieli, informacja o UE rzadziej była czynnikiem decyzyjnym sama w sobie. Jednocześnie uczestnicy wyraźnie dostrzegali związek finansowania UE z **bezpłatnością i dostępnością świadczeń**, zakresem działań oraz (w nieco mniejszym stopniu) jakością organizacji i jakością usług.

W materiale jakościowym panuje pełna zgodność, że finansowanie UE było **warunkiem koniecznym** realizacji programów w tej skali (koszty, zasięg, bezpłatność, działania docierające). Równolegle instytucje wskazywały „koszt” proceduralny: obciążenia formalne i administracyjne wdrożenia, które realnie wpływają na sposób i tempo realizacji.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że po zakończeniu udziału część uczestników nadal wdraża zalecenia – przy czym **częściej w programie odkleszczowym niż cukrzycowym**. W programie dotyczącym cukrzycy utrzymywane działania mają głównie charakter stylu życia i profilaktyki wtórnej (dieta, badania, kontrola parametrów), natomiast w programie związanym z chorobami odkleszczowymi dominują konkretne praktyki ochronne (repelenty, odzież, kontrola ciała po przebywaniu w terenie) oraz – w części przypadków – kontynuacja szczepień.

Materiał jakościowy wskazuje, że doraźność i długotrwałość są zawarte w logice obu RPZ, w różny sposób. W programie dotyczącym cukrzycy wsparcie bywa doraźne na etapie diagnozy, ale może uruchamiać dłuższą ścieżkę (leczenie/monitoring). Natomiast w programie związanymi z chorobami odkleszczowymi trwałość ma bardziej jednoznaczny wymiar medyczny – pełny cykl szczepień zapewnia ochronę na lata.

Trwałość efektów można opisać w dwóch filarach:

1. medyczno-klinicznym (ochrona poszczepienna w KZM; wejście w leczenie/monitoring po wykryciu nieprawidłowości w cukrzycy),
2. edukacyjnym (wzrost świadomości i wiedzy jako efekt długofalowy).

Czynniki sprzyjające trwałości to przede wszystkim: jakość edukacji, dostęp do specjalistów i możliwość kontynuacji poza projektem, motywacja uczestników oraz sprawna organizacja procesu (w tym komunikacja i przypomnienia). Czynniki ograniczające to m.in. wieloetapowość trudna do utrzymania u osób pracujących oraz fakt, że część interwencji dotyczących cukrzycy związana jest z badaniem stanu uczestników na dany moment, a ryzyko może materializować się później (co wymaga utrzymania czujności i działań profilaktycznych już poza programem).

Materiał jakościowy pokazuje dwa istotne mechanizmy dotarcia/wykluczenia do grup odbiorców wsparcia: po pierwsze, **możliwość skutecznego docierania do mieszkańców różnych obszarów**, jeśli rekrutacja i realizacja opierają się o sieć POZ oraz bezpośredni kontakt; po drugie, ryzyko „**wykluczenia przez kryteria**” – szczególnie widoczne w programie odkleszczowym, gdzie wskazywano na duże zainteresowanie także poza formalnie dopuszczoną grupą docelową, co ograniczało realny zasięg oddziaływania wśród osób narażonych.

Dane z badania ilościowego wśród uczestników pokazują bardzo niskie poziomy rezygnacji/rozważania rezygnacji w trakcie udziału (zdecydowana większość uczestników deklaruje brak takich rozważań), a jednocześnie **wysoką deklarowaną gotowość do udziału w podobnych programach profilaktycznych w przyszłości**. Najczęściej wskazywane powody ewentualnych rezygnacji miały charakter „życiowy” (stan zdrowia, zdarzenia losowe, praca/czas) oraz organizacyjny (terminy, dojazd, kontakt).

W materiale jakościowym zainteresowanie przedstawiano jako silnie zróżnicowane: różne doświadczenia rekrutacyjne między projektami cukrzycowymi (od łatwej i masowej rekrutacji do konieczności intensywnej pracy kontaktowej), a w odkleszczowym – wysokie zainteresowanie wśród uprawnionych i jednocześnie duży „popyt” poza osobami spełniającymi kryteria dostępu. Przedstawiciele IP uzupełniają to perspektywą zainteresowania realizatorów: w RPZ dotyczącym chorób odkleszczowych było ono niewielkie na etapie konkursów, co opóźniało uruchomienie interwencji.

Wyniki ilościowe pokazują także, że uczestnicy najczęściej dowiadywali się o programach w **placówkach zdrowia**, a następnie w miejscu pracy i od znajomych/rodziny; Internet miał znaczenie uzupełniające. Preferencje na przyszłość są podobne: placówka zdrowia oraz zakład pracy pozostają kluczowe, rośnie też rola Internetu jako źródła pożądanego (choć w słuszny sposób materiał jakościowy wskazuje ograniczenia tego kanału wśród części grup, szczególnie starszych).

Beneficjenci konsekwentnie wskazywali, że najskuteczniejsze są kanały „zaufania i relacji”: bezpośredni kontakt, rekrutacja przez pracodawców, oparcie o POZ/pielęgniarki. Słabsze kanały to mailing i działania stricte internetowe, zdecydowanie w grupach starszych.

Z perspektywy interesariuszy najczęstsze problemy związane z realizacją RPZ dotyczyły: ograniczonych możliwości korekt w projektach, w ich trakcie (ze względu na ustalone z góry założenia RPZ), obciążeń administracyjno-proceduralnych, częściowo trudności rekrutacyjnych oraz (w programie odkleszczowym) kwestii dostępności punktów szczepień i presji kosztowej.

Badanie ilościowe wśród uczestników pokazuje, że większość nie doświadczała barier wprost, a jeśli się pojawiały, to dotyczyły głównie: czasu oczekiwania, dokumentacji, organizacji kontaktu czy dojazdu. Wątek pandemii, jako bezpośrednio wskazywanej bariery, pojawiał się rzadko w deklaracjach uczestników, natomiast silniej wybrzmiewał w materiale jakościowym i w analizie danych zastanych związanych z tym zagadnieniem – szczególnie w odniesieniu do programu związanego z chorobami odkleszczowymi.

Wpływ COVID-19 był zróżnicowany: w programie odkleszczowym pandemia wskazywana była jako istotny czynnik (opóźnienia, ograniczenia rekrutacji, przeciążenie systemu ochrony zdrowia i punktów szczepień, zmiana priorytetów zdrowotnych, wzmocnienie sceptycyzmu wobec szczepień), natomiast w programie cukrzycowym wpływ był słabszy i zależny od momentu realizacji (od minimalnego do umiarkowanego – głównie w obszarze dostosowań organizacyjnych/edukacyjnych). Działania zaradcze obejmowały m.in. intensyfikację rekrutacji, przechodzenie na rozwiązania zdalne tam, gdzie było to możliwe, wydłużenia okresu realizacji, zwiększanie zespołów oraz przesunięcia budżetowe uzgadniane z IZ/IP.

Podsumowując, ewaluacja potwierdza, że oba RPZ w istotnym stopniu realizowały funkcję profilaktyczną i edukacyjną, przy wysokiej realizacji wskaźników zasięgu. Najsilniejsze efekty dotyczą wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej oraz praktyk profilaktycznych, natomiast słabsze i bardziej zróżnicowane są rezultaty wymagające długotrwałego utrzymania zmiany zachowań (szczególnie w programie cukrzycowym). O skuteczności i zainteresowaniu decydowała w dużej mierze konstrukcja programu (kryteria dostępu, wieloetapowość, kanały dotarcia), a także czynniki zewnętrzne – w tym pandemia COVID-19, która najmocniej obciążyła realizację programu odkleszczowego. Finansowanie UE było kluczowe systemowo (warunek realizacji i bezpłatności), a przez uczestników postrzegane przede wszystkim przez pryzmat dostępności świadczeń i braku opłat.

Analiza wszystkich zebranych danych – ilościowych, jakościowych oraz wyników studiów przypadku – prowadzi do wniosku, że potencjał dalszego wzmacniania skuteczności programów zdrowotnych leży przede wszystkim w obszarze organizacyjnym i wdrożeniowym. Rdzeń interwencji (profilaktyka, wczesne wykrywanie, szczepienia, edukacja) pozostaje zasadny i potrzebny, natomiast jego efektywność w praktyce zależy od

sposobu prowadzenia uczestnika przez proces, dopasowania ścieżki do realiów grup docelowych oraz zapewnienia lepszych narzędzi monitorowania trwałości efektów.

W odpowiedzi na zidentyfikowane wyzwania sformułowano rekomendację operacyjną, możliwą do wdrożenia w ramach obecnej i kolejnych perspektyw finansowych.

Rekomendacja skoncentrowana jest na usprawnieniu organizacji ścieżki uczestnictwa.

Kluczowy kierunek działań obejmuje upowszechnianie dobrych praktyk organizacyjnych wspierających utrzymanie uczestników w programach o wieloetapowej ścieżce wsparcia, w tym czytelnej organizacji udziału, sprawnej komunikacji z uczestnikiem oraz możliwie elastycznego planowania świadczeń.

Szczegółowe brzmienie rekomendacji wraz z uzasadnieniem, sposobem wdrożenia oraz wskazaniem adresatów przedstawiono w końcowej części raportu.

Summary

The evaluation study assessed the implementation and outcomes of two Regional Health Programmes (RHP) carried out in the Lower Silesian Voivodeship under the Dolnoslaskie Regional Operational Programme (ROP WD 2014-2020), funded by the ESF: the programme for the prevention and early detection of type 2 diabetes, and the programme for the prevention of tick-borne diseases. The overarching aim of the evaluation was to assess the effectiveness, efficiency, quality and relevance of the support, as well as to identify the factors determining interest, the sustainability of outcomes and the organisational efficiency of implementation (including the impact of external factors, such as the COVID-19 pandemic). The scope of the analysis covered both the health and educational outcomes among participants and the implementation conditions on the part of the institutions and implementers (beneficiaries).

A mixed-methods approach was used to conduct the evaluation, involving the triangulation of various data sources:

- desk research (analysis of programme documentation and existing data, including implementation indicators/measures),
- quantitative survey among participants (CAWI/CATI)
- qualitative research: individual interviews with institutions (Managing Authority – MA/Intermediate Bodies – IB), beneficiaries, experts assessing project proposals for the implementation of measures under the RHP, and regional experts in the fields of the labour market and health.

The structure of the evaluation questions has been organised thematically to reflect the intervention pathway – from objectives and implementation, through the quality and suitability of support, to outcomes and their sustainability.

An analysis of the available data indicates that both programmes achieved a **high level of performance in terms of key indicators relating to the reach of the RHP**, confirming their ability to reach a large proportion of the target participant population: the diabetes programme provided support to 14,083 people (87% of the target of 16,200), and 4,567 people in the tick-bite prevention programme (88% of the target of 5,187).

In the diabetes programme, the indicators relating to the **identification of individuals at increased risk or with abnormal blood glucose levels** were achieved particularly strongly – which is consistent with the preventive nature of the intervention (early detection). At the same time, the very low level of achievement in terms of the number of diabetes and dietary consultations (relative to the target values) suggests a discrepancy between the programme's planned scale of in-depth activities and the actual course of the participants' pathway.

In the programme addressing tick-borne diseases, the targets for support coverage and vaccination rates were met with relative consistency, whilst the educational component (number of educational activities) **exceeded the target**, reinforcing the conclusion that education plays a significant role in enhancing preventive outcomes.

The participants' survey results paint a complementary picture: the most frequently reported outcomes relate to **increased knowledge/awareness and motivation**. Where results are of a less 'soft' nature (e.g. lasting lifestyle changes, impact on professional activity), the findings are more varied and less pronounced.

In the diabetes programme, the **diagnostic and consultation elements** were perceived as the most useful and relevant – providing participants with specific information about their health, risks and next steps. In the tick prevention programme, **vaccinations** were the most 'tangible' support tool, whilst a significant aspect of usefulness was linked to the organisational guidance of participants through the process. In both programmes, education proved to be an important tool – serving to reinforce the effects and as a potential means of ensuring sustainability.

From the participants' perspective, the delivery of both programmes was generally viewed positively, and satisfaction with participation was high. At the same time, recurring areas for improvement emerged in the open-ended responses and qualitative comments from stakeholders: organisational communication (providing information on next steps), reducing queues/waiting times, standardising the information provided by staff, and streamlining the burdensome paperwork.

The survey results show that some participants were unaware of the source of funding for the programmes, and for those who were aware of it, information about the EU was less often a deciding factor in itself. At the same time, participants clearly recognised the link between EU funding and the **free nature and accessibility of services**, the scope of activities and (to a slightly lesser extent) the quality of the organisation and the quality of services.

There is complete consensus in the qualitative data that **EU funding was a prerequisite for implementing programmes** on this scale (costs, scope, free access, outreach activities). At the same time, the institutions highlighted the procedural 'cost': the formal and administrative burdens of implementation, which have a real impact on the manner and pace of delivery.

The results of the studies indicate that, after completing the programme, **some participants continue to follow the recommendations – though this is more common in the tick-borne disease programme than in the diabetes programme**. In the diabetes programme, the measures maintained are mainly lifestyle-related and focus on secondary prevention (diet, tests, monitoring of parameters), whereas in the tick-borne disease programme, specific protective practices predominate (repellents, clothing, body checks after spending time outdoors) and – in some cases – continued vaccination.

The qualitative data suggests that both the short-term and long-term aspects are inherent in the logic of both RHPs, albeit in different ways. In the diabetes programme, support is often short-term at the diagnosis stage, but it can trigger a longer-term pathway (treatment/monitoring). In contrast, in the programme for tick-borne diseases, sustainability has a more unambiguous medical dimension – a full course of vaccinations provides protection for years.

The sustainability of the outcomes can be described in terms of two pillars:

1. medical and clinical (vaccine-induced protection against tick-borne encephalitis; initiation of treatment/monitoring following the detection of abnormalities in diabetes),
2. educational (increased awareness and knowledge as a long-term outcome).

Factors contributing to sustainability include, above all: the quality of education, access to specialists and the possibility of continuing the programme beyond the project, participants' motivation, and the efficient organisation of the process (including communication and reminders). Limiting factors include, amongst others, the multi-stage nature of the programme, which is difficult to sustain for working people, and the fact that some diabetes interventions focus on assessing participants' condition at a given moment, whilst the risk may materialise later (which requires vigilance and preventive measures to continue beyond the programme).

The qualitative data reveals two key mechanisms for reaching or excluding target groups: firstly, the **ability to effectively reach residents in different areas**, provided that recruitment and implementation are based on the primary care network and direct contact; secondly, the risk of '**exclusion by criteria**' – particularly evident in the tick control programme, where significant interest was also noted outside the formally designated target group, which limited the actual reach of the programme among vulnerable individuals.

Data from the quantitative survey of participants show very low levels of dropout or consideration of dropping out during the programme (the vast majority of participants state that they did not consider doing so), whilst at the same time indicating a **high level of willingness to take part in similar prevention programmes in the future**. The most frequently cited reasons for potential dropouts were of a 'personal' nature (health, unforeseen circumstances, work/time) and organisational (schedules, travel, contact).

In the qualitative data, interest was described as highly varied: recruitment experiences differed significantly between diabetes projects (ranging from easy, large-scale recruitment to the need for intensive outreach work), whilst in the tick-borne disease project, there was high interest among eligible participants and, at the same time, significant 'demand' from those who did not meet the eligibility criteria. IB representatives supplement this with the perspective of the implementers' interest: in the RHP concerning tick-borne diseases, this was low at the tender stage, which delayed the launch of the intervention.

The quantitative results also show that participants most often found out about the programmes at **healthcare facilities**, followed by their workplace and from friends/family; The internet played a supplementary role. Preferences for the future are similar: healthcare facilities and workplaces remain key, whilst the role of the internet as a source of information is growing (although, as the qualitative data rightly indicates, there are limitations to this channel amongst certain groups, particularly older people).

Beneficiaries consistently pointed out that the most effective channels are those based on 'trust and relationships': direct contact, recruitment by employers, and support from GPs and nurses. Less effective channels include direct mail and purely online activities, particularly among older age groups.

From the stakeholders' perspective, the most common issues relating to the implementation of the RHP concerned: limited scope for making adjustments to projects whilst they were underway (due to the programme's pre-determined parameters), administrative and procedural burdens, recruitment difficulties to some extent, and (in the post-lockdown programme) the availability of vaccination centres and cost pressures.

The quantitative survey of participants shows that the majority did not experience any direct barriers, and where they did arise, they mainly concerned: waiting times, documentation, the organisation of contact, or travel. The pandemic, as a directly cited barrier, rarely featured in participants' statements, but was more prominent in the qualitative data and in the analysis of existing data related to this issue – particularly in relation to the programme concerning tick-borne diseases.

The impact of COVID-19 varied: in the tick control programme, the pandemic was identified as a significant factor (delays, recruitment restrictions, strain on the healthcare system and vaccination centres, a shift in health priorities, and increased scepticism towards vaccination), whereas in the diabetes programme the impact was weaker and depended on the timing of implementation (ranging from minimal to moderate – mainly in the area of organisational/educational adjustments). Remedial measures included, amongst other things, intensifying recruitment, switching to remote solutions where possible, extending the implementation period, expanding teams, and budget reallocations agreed with the MA/IB.

In summary, the evaluation confirms that both RHPs fulfilled their preventive and educational functions to a significant extent, with high achievement of coverage indicators. The strongest effects relate to increased health knowledge and awareness as well as preventive practices, whilst the results requiring long-term maintenance of behavioural change are weaker and more varied (particularly in the diabetes programme). Effectiveness and interest were largely determined by the programme's design (access criteria, multi-stage approach, outreach channels), as well as external factors – including the COVID-19 pandemic, which had the most significant impact on the implementation of the tick-borne disease programme. EU funding was crucial to the system (a prerequisite for implementation

and free provision), and was perceived by participants primarily in terms of the availability of services and the absence of fees.

An analysis of all the data collected – quantitative, qualitative and case study findings – leads to the conclusion that the potential for further improving the effectiveness of health programmes lies primarily in the areas of organisation and implementation. The core of the intervention (prevention, early detection, vaccination, education) remains valid and necessary, whilst its effectiveness in practice depends on how participants are guided through the process, tailoring the pathway to the realities of the target groups, and ensuring better tools for monitoring the sustainability of the outcomes.

In response to the challenges identified, an operational recommendation has been formulated that can be implemented within the current and future financial frameworks. The recommendation focuses on streamlining the organisation of the participation pathway. The key course of action involves promoting good organisational practices that support the retention of participants in programmes with a multi-stage support pathway, including a clear structure for participation, efficient communication with participants, and planning of benefits that is as flexible as possible.

The detailed wording of the recommendation, together with the rationale, implementation method and identification of the target audience, is presented in the final section of the report.

Wprowadzenie

Niniejszy raport prezentuje wyniki ewaluacji ex-post dwóch Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ) realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, w obszarze Osi Priorytetowej 8 „Rynek pracy”, Działania 8.7 „Aktywne i zdrowe starzenie się”. Ewaluacja została przeprowadzona w celu kompleksowej oceny efektów, rezultatów oraz jakości wdrażanych interwencji zdrowotnych współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem głównym badania była **ocena efektów i rezultatów działań prowadzonych w ramach wdrożonych Regionalnych Programów Zdrowotnych**. Oznaczało to konieczność pogłębionej analizy zarówno stopnia osiągnięcia zakładanych celów i wskaźników, jak i rzeczywistego wpływu interwencji – w wymiarze zdrowotnym, społecznym oraz organizacyjnym. Badanie miało również na celu identyfikację wartości dodanej programów, ich trwałości oraz znaczenia z perspektywy regionalnej polityki zdrowotnej i rynku pracy.

Zakres analizy obejmował **dwa programy**:

- Regionalny program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego,
- Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych.

W części właściwej raportu przedstawiono wyniki badania w podziale na logicznie wyodrębnione obszary tematyczne, odpowiadające przyjętym celom szczegółowym i pytaniom ewaluacyjnym. Analiza została uporządkowana zgodnie z logiką interwencji publicznej – od oceny skuteczności i efektywności realizacji programów, przez ocenę jakości i trafności wsparcia, analizę trwałości efektów, aż po identyfikację barier, problemów wdrożeniowych i wpływu czynników zewnętrznych, w tym pandemii COVID-19.

Odpowiedzi na pytania badawcze udzielane są z uwzględnieniem specyfiki każdego z RPZ, w odniesieniu do ich celów, konstrukcji wsparcia, grup docelowych oraz uwarunkowań realizacyjnych. Takie podejście umożliwia rzetelną ocenę nie tylko formalnego stopnia realizacji założeń programowych, ale także mechanizmów, które determinowały osiągnięte rezultaty.

Kontekst zrealizowanego badania

Realizacja ewaluowanych Regionalnych Programów Zdrowotnych wpisywała się w szersze ramy polityki zdrowotnej i regionalnej, określone przepisami prawa krajowego oraz dokumentami strategicznymi dotyczącymi perspektywy finansowej 2014-2020. Programy polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowią narzędzie umożliwiające reagowanie na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne określonych grup populacji. W przypadku województwa dolnośląskiego szczególne znaczenie miały problemy zdrowotne o istotnym

wpływie na aktywność zawodową mieszkańców, w tym cukrzyca typu 2 oraz choroby odkleszczowe.

Cukrzyca typu 2 jest jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych, prowadzącą do licznych powikłań i istotnie obniżającą jakość życia oraz zdolność do pracy. Dane epidemiologiczne dla województwa dolnośląskiego wskazywały na wysoką chorobowość oraz ponadprzeciętny w skali kraju wskaźnik umieralności z powodu tej choroby. Z kolei systematyczny wzrost liczby przypadków boreliozy oraz zagrożenie kleszczowym zapaleniem mózgu uzasadniały wdrożenie ukierunkowanych działań profilaktycznych wśród osób zawodowo narażonych na pokłucia przez kleszcze.

Ewaluacja objęła interwencje realizowane w ramach Działania 8.7 RPO WD 2014–2020, którego celem była poprawa dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy oraz wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu. Oceniane programy miały charakter profilaktyczny i diagnostyczny, łącząc komponent edukacyjny, badania przesiewowe, konsultacje specjalistyczne oraz – w przypadku programu odkleszczowego – szczepienia ochronne.

Istotnym elementem kontekstu realizacyjnego była również pandemia COVID-19, która w różnym stopniu wpłynęła na przebieg wdrażania poszczególnych programów – w szczególności w zakresie rekrutacji, dostępności świadczeń oraz organizacji działań edukacyjnych. Ujęcie tego czynnika było niezbędne dla prawidłowej interpretacji wyników oraz oceny osiągniętych rezultatów.

Uwzględnienie powyższych uwarunkowań pozwala właściwie osadzić wyniki przedstawione w dalszej części raportu i interpretować je nie tylko w odniesieniu do formalnych założeń projektowych, lecz także w kontekście realiów organizacyjnych, systemowych i społecznych, w których realizowane były Regionalne Programy Zdrowotne.

Badanie zostało przeprowadzone z uwzględnieniem założeń metodycznych opisanych w kolejnym rozdziale.

Opis metodyki i przebiegu badania

Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych została przeprowadzona w okresie od listopada 2025 r. do marca 2026 r. jako badanie ex-post, obejmujące analizę efektów, rezultatów oraz sposobu realizacji interwencji wdrożonych w ramach Działania 8.7 RPO WD 2014-2020. Badanie miało charakter kompleksowy i wieloaspektowy – jego celem była nie tylko ocena stopnia osiągnięcia założonych wskaźników, ale także identyfikacja jakości, trafności, użyteczności i trwałości wsparcia, jak również barier i problemów występujących w toku wdrażania programów.

Zakres ewaluacji obejmował dwa Regionalne Programy Zdrowotne:

- Regionalny program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2,
- Regionalny Program Zdrowotny w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych.

Badanie zostało zaprojektowane w oparciu o logikę interwencji publicznej oraz kryteria ewaluacyjne, w szczególności: skuteczność, efektywność, trafność, użyteczność i trwałość. Struktura pytań badawczych oraz narzędzi badawczych została uporządkowana tematycznie, co umożliwiło spójne powiązanie analiz z celami szczegółowymi ewaluacji.

Przyjęta koncepcja badawcza opierała się na zasadzie triangulacji:

- źródeł danych (dane zastane i dane pierwotne),
- metod badawczych (ilościowych i jakościowych),
- perspektyw interesariuszy (uczestnicy, beneficjenci, instytucje wdrażające, eksperci).

Takie podejście umożliwiło weryfikację wniosków z różnych punktów widzenia oraz zwiększyło rzetelność i wiarygodność uzyskanych rezultatów. Analiza wyników polegała na łączeniu danych ilościowych (w szczególności danych wskaźnikowych i wyników badania ankietowego) z pogłębionymi wnioskami jakościowymi pochodzącymi z wywiadów indywidualnych i grupowych.

Zastosowane metody i techniki badawcze

Analiza danych zastanych (desk research)

W ramach badania ewaluacyjnego przeprowadzono analizę dokumentów i danych zastanych, obejmującą m.in.:

- dokumenty programowe RPO WD 2014-2020,
- dokumentację Regionalnych Programów Zdrowotnych,
- wnioski o dofinansowanie realizowanych projektów,
- dane monitoringowe i sprawozdawcze, w tym dotyczące wskaźników,
- dane epidemiologiczne i statystyczne dotyczące sytuacji zdrowotnej regionu.

Analiza desk research stanowiła podstawę do oceny stopnia realizacji wskaźników, zgodności działań z założeniami RPZ oraz do identyfikacji kontekstu epidemiologicznego i instytucjonalnego.

Badanie ilościowe wśród uczestników projektów

Istotnym elementem ewaluacji było badanie ankietowe przeprowadzone wśród uczestników obu Regionalnych Programów Zdrowotnych. Badanie miało charakter ilościowy i zostało zrealizowane przy wykorzystaniu techniki CAWI/CATI.

Kwestionariusz ankiety obejmował m.in. zagadnienia dotyczące:

- oceny skuteczności i użyteczności wsparcia,
- wpływu programu na stan zdrowia i zachowania prozdrowotne,
- trwałości efektów,
- barier uczestnictwa,
- znaczenia finansowania ze środków UE,
- poziomu satysfakcji z udziału w projekcie.

Badanie ankietowe przeprowadzono na łącznej próbie 613 uczestników, z uwzględnieniem reprezentatywnego podziału ze względu na poszczególne RPZ oraz projekty realizowane w ich ramach (tabela poniżej).

Tabela 2. Struktura próby w badaniu ankietowym uczestników RPZ

RPZ	Podział próby według RPZ	Projekt	Podział próby według projektów, odpowiadający odsetkowi populacji
Regionalny program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego	312	Nie daj się cukrzycy - żyj zdrowo!	140
Regionalny program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego	312	Słodkie życie bez cukrzycy!!!	32
Regionalny program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2	312	Zdrowa przyszłość - profilaktyka cukrzycy	140

RPZ	Podział próby według RPZ	Projekt	Podział próby według projektów, odpowiadający odsetkowi populacji
wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego			
Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych	301	Walcz z kleszczem!	301
Razem:	613	Razem:	613

Źródło: opracowanie własne.

Badania jakościowe

W celu uzyskania pogłębionych wniosków przeprowadzono badania jakościowe z kluczowymi interesariuszami. Zrealizowano **Indywidualne wywiady pogłębione (IDI/TDI)** z przedstawicielami:

- Instytucji Zarządzającej (2 wywiady),
- Instytucji Pośredniczącej – WUP we Wrocławiu (2 wywiady),
- beneficjentów realizujących projekty w ramach RPZ (3 wywiady¹),
- ekspertów oceniających wnioski o dofinansowanie (4 wywiady),
- ekspertów z zakresu rynku pracy i zdrowia (2 wywiady).

Badania jakościowe pozwoliły:

- zidentyfikować mechanizmy sukcesów i trudności we wdrażaniu programów,
- uchwycić niezamierzone efekty interwencji,
- zrekonstruować procesy rekrutacyjne i organizacyjne,
- zrozumieć wpływ pandemii COVID-19 na realizację RPZ,
- określić perspektywę instytucjonalną i systemową.

¹ Planowano do realizacji liczbę 4 wywiadów z beneficjentami – ze wszystkimi realizującymi 4 projekty wchodzące w ramy RPZ. Jednak w trakcie realizacji badań terenowych, przeprowadzenie wywiadu z jednym z beneficjentów okazało się niemożliwe – ze względu na brak możliwości kontaktu z odpowiednią osobą posiadającą właściwą wiedzę na temat przebiegu realizacji projektu. W zamian za to, za zgodą Zamawiającego, przeprowadzono jeden dodatkowy wywiad z ekspertem oceniającym wnioski.

Case study – porównanie programów zdrowotnych

Uzupełniając analizę efektów wdrażanych Regionalnych Programów Zdrowotnych, w badaniu zastosowano technikę studium przypadku (case study), której celem było przeprowadzenie benchmarkingu wybranych programów zdrowotnych realizowanych w innych regionach Polski oraz w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Studium przypadku polegało na pogłębionej analizie wybranych programów z obszarów tematycznie tożsamy z ewaluowanymi RPZ, tj.:

- wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy typu 2,
- profilaktyki chorób odkleszczowych.

Łącznie przeanalizowano cztery przypadki – po jednym z Polski i jednym z UE dla każdego z obszarów zdrowotnych. Dobór przypadków został poprzedzony analizą desk research i obejmował programy najbardziej zbliżone tematycznie i funkcjonalnie do interwencji realizowanych w województwie dolnośląskim. Dobór został zatwierdzony na etapie ustalania zapisów raportu metodycznego.

Celem zastosowania tej techniki było zidentyfikowanie dobrych praktyk w zakresie projektowania, realizacji i monitorowania programów zdrowotnych oraz ocena możliwości ich adaptacji do warunków województwa dolnośląskiego. Studium przypadku pozwoliło nie tylko porównać przyjęte rozwiązania z praktykami stosowanymi w innych regionach, ale również wskazać czynniki zwiększające trwałość, skuteczność i użyteczność interwencji zdrowotnych.

Wyniki analiz case study stanowią uzupełnienie wniosków płynących z badań ilościowych i jakościowych oraz zostały wykorzystane przy formułowaniu rekomendacji dotyczących przyszłych regionalnych programów zdrowotnych.

Opis wyników

Niniejszy rozdział stanowi część właściwą raportu i obejmuje prezentację, analizę oraz interpretację wyników badania ewaluacyjnego, opracowanych w odniesieniu do przyjętych celów badania i pytań badawczych. W kolejnych podrozdziałach przedstawiono ustalenia z poszczególnych komponentów badania oraz ich triangulację, tak aby w sposób spójny i uzasadniony odpowiedzieć na pytania dotyczące skuteczności, efektywności, trafności i jakości realizowanych interwencji.

Co istotne, odpowiedzi na pytania badawcze formułowane z uwzględnieniem przedmiotowych RPZ, z uwzględnieniem zapisów każdego z nich, specyfiki grup docelowych, warunków realizacji oraz przyjętej logiki wsparcia. Takie podejście umożliwia adekwatną interpretację wyników w kontekście odmiennych mechanizmów interwencji (np. różnego przebiegu ścieżki wsparcia, odmiennych narzędzi i oczekiwanych efektów).

Zestaw pytań ewaluacyjnych uporządkowano według ich spójności tematycznej. Takie uporządkowanie pozwoliło zachować logiczną i przejrzystą strukturę analizy, spójną z kryteriami ewaluacyjnymi oraz z logiką interwencji publicznych – od założeń i wdrożenia, przez przebieg realizacji i jakość świadczeń, po efekty oraz ich trwałość. Układ ten wspiera także czytelność raportu, umożliwiając płynne przejścia pomiędzy zagadnieniami oraz wyraźne wskazywanie, które wyniki odpowiadają na które pytania badawcze.

Wszystkie przedstawione w tym rozdziale analizy łącznie odpowiadają na cele szczegółowe badania: weryfikują, czy wsparcie udzielone uczestnikom pozwoliło osiągnąć zamierzone cele w ramach poszczególnych RPZ oraz jakie przyniosło efekty – zarówno zamierzone, jak i niezamierzone. Uwzględniają również identyfikację problemów napotkanych w trakcie realizacji, działań zaradczych i ich efektów, ocenę zgłaszalności do programów wraz z czynnikami wpływającymi na zainteresowanie uczestników, a także analizę efektywności programów przez pryzmat wskaźników i mierników realizacji.

Równolegle w rozdziale omówiono ocenę świadczeń udzielanych w ramach RPZ – zarówno w perspektywie uczestników, jak i realizatorów – oraz trwałość rezultatów osiągniętych dzięki wsparciu, w tym w szczególności trwałość zmian prozdrowotnych i wpływ programów na życie oraz zdrowie uczestników. Ustalenia te stanowią podstawę do dalszych wniosków i podsumowań, natomiast wypracowane ostatecznie rekomendacje dotyczące przyszłego projektowania regionalnych programów zdrowotnych przedstawione zostaną w ostatniej części raportu.

Analiza skuteczności i efektywności realizacji RPZ

W niniejszym rozdziale analiza skupiła się na następujących zagadnieniach:

- 1) W jakim stopniu, dzięki realizacji projektów wdrażających dany RPZ, został osiągnięty cel główny oraz cele szczegółowe określone w poszczególnych RPZ?
- 2) Czy i w jakim stopniu poszczególne programy zdrowotne osiągnęły oczekiwane efekty (zdrowotne, wzrostu poziomu wiedzy/świadomości profilaktycznej)?
- 3) Na ile działania podjęte w programach przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia jego uczestników?
- 4) Na ile programy przyczyniły się do zwiększenia wykrywalności danej choroby w województwie (porównując stan wyjściowy)?
- 5) W jakim stopniu zrealizowane zostały wartości wskaźników i mierników w projektach (łącznie) w stosunku do tych założonych w poszczególnych RPZ?
- 6) Jakie niezamierzone efekty – zarówno pozytywne, jak i negatywne – ujawniły się w wyniku realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych? Jakie były ich przyczyny i konsekwencje?
- 7) Na ile działania realizowane w ramach RPZ okazały się skuteczne wśród grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym lub społecznym (np. osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, mieszkańcy obszarów wiejskich)?

Ocena osiągnięcia celów RPZ

W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020, w Osi Priorytetowej 8 „Rynek pracy”, Działaniu 8.7 „Aktywne i zdrowe starzenie się”, zakładano realizację szeroko zakrojonej interwencji publicznej w obszarze zdrowia, opartej na wdrażaniu instrumentu w postaci regionalnych programów zdrowotnych. Interwencja ta miała odpowiadać na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne regionu, w tym potrzeby osób aktywnych zawodowo oraz pracodawców.

W 2017 roku prowadzone były prace przygotowawcze nad opracowaniem regionalnych programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych oraz ograniczania czynników ryzyka zdrowotnego w miejscu pracy, w tym działań rehabilitacyjnych². W kolejnym roku Instytucja Zarządzająca RPO WD 2014-2020 opracowała dwa programy zdrowotne, z których jeden uzyskał negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co uniemożliwiło jego wdrożenie. W odniesieniu do drugiego programu, obejmującego profilaktykę chorób odkleszczowych, ogłoszono nabór wniosków o

² UMWD (2018), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2017, Wrocław.

dofinansowanie, który nie spotkał się z zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów. W odpowiedzi na brak zgłoszeń nabór powtórzono w zmodyfikowanej formule, przewidując realizację programu przez jednego operatora na obszarze całego województwa dolnośląskiego. Pomimo wprowadzonych zmian również w tym przypadku nie złożono żadnego wniosku o dofinansowanie³. Równolegle w 2018 roku kontynuowano prace nad przygotowaniem kolejnych regionalnych programów zdrowotnych, w szczególności w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy, a także nad korektą programu dotyczącego profilaktyki chorób odkleszczowych. Opóźnienia w procesie opracowywania i wdrażania regionalnych programów zdrowotnych skutkowały identyfikacją przez Instytucję Zarządzającą RPO WD 2014-2020 ryzyka niewykorzystania dostępnych środków finansowych oraz niewykonania kluczowego wskaźnika produktu, tj. liczby wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców. Jak wskazano w sprawozdaniu rocznym z realizacji RPO WD 2014-2020 za 2019 rok, w wyniku analizy potencjału absorpcyjnego poszczególnych priorytetów inwestycyjnych podjęto decyzję o realokacji części środków finansowych z Priorytetu Inwestycyjnego 8.vi do Priorytetu Inwestycyjnego 10.i. W konsekwencji pierwotna alokacja środków na PI 8.vi została zmniejszona z poziomu 28 287 888,00 EUR do 6 382 317,00 EUR, a wartość docelową wskaźnika liczby wdrożonych regionalnych programów zdrowotnych obniżono z 22 do 2⁴. Ostatecznie w ramach Działania 8.7 wdrożono dwa regionalne programy zdrowotne.

Pierwszym był Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego. Cukrzyca, a w szczególności jej najczęstsza postać – cukrzyca typu 2 – stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego XXI wieku, uznane przez ONZ za globalną epidemię. Jej rosnąca skala wiąże się ze wzrostem zachorowalności, również w Polsce. Cukrzyca typu 2 nie tylko znacząco obniża jakość życia, ale także istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń, takich jak choroba niedokrwienna serca, niewydolność nerek, utrata wzroku, a także prowadzi do amputacji kończyn. Około 75-80% chorych umiera z powodu chorób układu krążenia⁵. Mimo wzrostu świadomości społecznej na temat cukrzycy, wiedza dotycząca jej powikłań – zwłaszcza sercowo-naczyniowych – pozostaje nadal niewystarczająca. Skupienie się na tym problemie zdrowotnym w ramach RPZ należy więc uważać za całkowicie trafne i uzasadnione rozwiązanie. Program ten był realizowany przez

³ UMWD (2019), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2018, Wrocław.

⁴ UMWD (2020), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2019, Wrocław.

⁵ UMWD (2019), Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego, s. 20.

trzech realizatorów na obszarze trzech subregionów województwa dolnośląskiego: Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. (subregion jeleniogórski), NEUCA MED Sp. z o.o. (subregion wałbrzyski) oraz NESTOR GROUP Bartosz Berkowski (subregion legnicko-głogowski)⁶. Głównym celem Programu zdrowotnego było ograniczenie zapadalności na cukrzycę typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego w wieku 35-64 lat do 2023 roku.

Cel główny realizowany był poprzez następujące cele szczegółowe:

1. Zwiększenie poziomu świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego u co najmniej 80% osób w wieku 35-64 lat objętych wsparciem do 2023 roku.
2. Zwiększenie wykrywalności czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 wśród uczestników Programu u co najmniej 54% osób do 2023 roku.
3. Zwiększenie wykrywalności stanu przedcukrzycowego wśród uczestników Programu u co najmniej 6,25% osób do 2023 roku⁷.

Program zdrowotny skutecznie osiągnął zakładane cele poprzez realizację kompleksowych działań edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych. Działania te przyczyniły się do wzrostu świadomości zdrowotnej w zakresie cukrzycy typu 2 oraz jej profilaktyki, a także umożliwiły identyfikację osób zagrożonych rozwojem choroby. Ponadto, w ramach działań konsultacyjnych, uczestnikom Programu udzielano porad dietetycznych oraz diabetologicznych, adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych. Osiągnięcie celów Programu potwierdzają uzyskane mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej, w szczególności wskaźniki dotyczące podniesienia poziomu świadomości zdrowotnej oraz wykrywalności stanu przedcukrzycowego.

W zakresie pierwszego miernika stwierdzono, że spośród planowanych 8 775 uczestników, u 4745 osób zidentyfikowano zagrożenie wystąpienia cukrzycy typu 2, co stanowi realizację celu na poziomie 65%⁸. Wynik ten wskazuje, że Program umożliwił identyfikację znacznej

⁶ Warto zauważyć, że łącznie zawarto 4 umowy o dofinansowanie, przy czym jedna z nich została rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym. Dotyczyło to umowy zawartej z Europejskim Centrum Szkoleń. Projekt zakładał realizację działań na terenie subregionu wrocławskiego. Decyzja o rozwiązaniu umowy została podjęta w związku z powzięciem przez Instytucję Zarządzającą uzasadnionych podejrzeń dotyczących posługiwania się przez Beneficjenta oświadczeniami oraz dokumentami zawierającymi nieprawdziwe informacje w zakresie realizacji projektu, w szczególności w celu uzyskania dofinansowania, w tym uznania wydatków ponoszonych w ramach projektu za kwalifikowalne, a także w związku z podejrzeniem nieuprawnionego przetwarzania danych osobowych.

⁷ UMWD (2019). Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

⁸ Wartość 4745 osób ustalono na podstawie analizy danych z SL2014. Raport końcowy z realizacji RPZ podaje nieco niższą wartość na poziomie 4 580.

liczby osób zagrożonych chorobą, jednak nie pozwolił na pełne osiągnięcie wartości zakładanej. Drugi miernik dotyczył liczby uczestników Programu, u których stwierdzono podejrzenie nieprawidłowej glikemii na czczo lub nieprawidłowej tolerancji glukozy. Przy wartości zakładanej 1 013 osób, osiągnięto wynik 2 320 osób, co odpowiada realizacji na poziomie 229,02%. Znaczne przekroczenie zakładanej wartości potwierdza wysoką skuteczność działań diagnostycznych prowadzonych w ramach Programu. Trzeci miernik, dotyczący odsetka uczestników Programu, których wyniki testów potwierdziły wzrost poziomu świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego, został zrealizowany zgodnie z założeniami i osiągnął poziom 80%⁹.

Rysunek 1. Najważniejsze efekty RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wskaźnikowych.

Drugim programem wdrażanym w ramach RPO WD 2014-2020 był Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych. Podjęcie interwencji w tym zakresie uzasadniał wzrost liczby przypadków chorób odkleszczowych – zarówno na obszarze całej Polski, jak i województwa dolnośląskiego. Do najczęściej diagnozowanych jednostek chorobowych należą borelioza z Lyme oraz kleszczowe zapalenie mózgu (KZM). Podmiotem odpowiedzialnym za przeprowadzenie i koordynację programu było Stowarzyszenie TWORZYMY. Głównym celem programu było

⁹ UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

ograniczenie liczby zachorowań na choroby odkleszczowe, w szczególności boreliozę z Lyme oraz kleszczowe zapalenie mózgu, wśród osób zawodowo narażonych na kontakt z kleszczami na terenie województwa dolnośląskiego¹⁰. Cel ten realizowano poprzez działania z zakresu profilaktyki pierwotnej, w tym edukację zdrowotną oraz szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w latach 2020–2022.

Realizacja celu głównego odbywała się poprzez następujące cele szczegółowe:

1. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat chorób odkleszczowych oraz metod zapobiegania ukłuciom przez kleszcze u co najmniej 80% uczestników programu.
2. Zwiększenie dostępności działań edukacyjnych dla osób zatrudnionych w sektorze rolnictwa, leśnictwa, łowiectwa i rybactwa na terenie powiatów: lubańskiego, kamiennogórskiego, kłodzkiego, wałbrzyskiego, wołowskiego oraz jeleniogórskiego.
3. Poprawa poziomu wyszczepialności przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w powiatach o najwyższym ryzyku ekspozycji na ukłucia przez kleszcze, tj. w powiatach: lubańskim, kamiennogórskim, kłodzkim, wałbrzyskim, wołowskim oraz jeleniogórskim.

Stopień realizacji celów szczegółowych potwierdzają zastosowane mierniki efektywności programu, które wskazują na istotny wzrost poziomu wiedzy oraz dostępności edukacji zdrowotnej, stanowiących kluczowe elementy profilaktyki pierwotnej.

W zakresie pierwszego miernika odnotowano, że spośród 5 187 osób objętych programem, 4 567 uczestników zwiększyło swoją wiedzę na temat chorób odkleszczowych oraz sposobów zapobiegania ukłuciom przez kleszcze, co stanowi realizację celu na poziomie 88,05%. Tak wysoki odsetek potwierdza skuteczność działań informacyjno-edukacyjnych, ponieważ wzrost świadomości zdrowotnej sprzyja stosowaniu działań profilaktycznych oraz wczesnemu rozpoznawaniu objawów chorób. Drugi miernik dotyczył liczby zrealizowanych działań edukacyjnych. Osiągnięto 380 działań edukacyjnych, co stanowiło 190% wartości zakładanej. Przekroczenie planowanej liczby działań świadczy o bardzo dobrej dostępności edukacji zdrowotnej dla grupy docelowej oraz szerokim zasięgu oddziaływania programu. Trzeci miernik odnosił się do liczby wykonanych szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. Przy zakładanej liczbie 15 561 szczepień wykonano 12 163, co odpowiada realizacji na poziomie 78,16%. Pomimo nieosiągnięcia pełnej wartości planowanej, znacząca liczba zaszczepionych osób przyczyniła się do istotnego zmniejszenia ryzyka zachorowania na kleszczowe zapalenie mózgu¹¹.

¹⁰ UMWD (2019), Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, Wrocław, s. 13.

¹¹ UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych na lata 2020-2022.

Rysunek 2. Najważniejsze efekty RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wskaźnikowych.

Realizacja projektów wdrażających regionalne programy zdrowotne w ramach Działania 8.7 RPO WD 2014-2020 przyczyniła się do osiągnięcia zakładanych celów głównych i szczegółowych w stopniu zróżnicowanym, lecz zasadniczo adekwatnym do przyjętego zakresu interwencji oraz uwarunkowań wdrożeniowych.

W przypadku RPZ dotyczącego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 cele główne zostały osiągnięte pośrednio, poprzez skuteczną realizację działań profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Interwencja doprowadziła do istotnego zwiększenia świadomości zdrowotnej uczestników oraz umożliwiła wczesną identyfikację osób zagrożonych rozwojem choroby, co stanowi kluczowy warunek ograniczania jej występowania w dłuższej perspektywie. Jednocześnie skala oddziaływania programu była ograniczona czynnikami organizacyjnymi i terytorialnymi, co wpłynęło na niepełne osiągnięcie wszystkich celów ilościowych, bez podważania zasadności i skuteczności samej interwencji.

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych osiągnął cele główne i szczegółowe w wysokim stopniu, zwłaszcza w obszarze profilaktyki pierwotnej. Program skutecznie zwiększył poziom wiedzy oraz dostęp do działań edukacyjnych wśród grup zawodowo narażonych, co bezpośrednio przekłada się na ograniczenie ryzyka zdrowotnego. Cele związane z działaniami ochronnymi zostały zrealizowane w stopniu znaczącym, choć nie w pełnym zakresie, co jednak nie ograniczyło wpływu RPZ na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego populacji docelowej.

Na poziomie ogólnym należy stwierdzić, że oba programy zdrowotne wypełniły swoją funkcję systemową, tj. umożliwiły wdrożenie regionalnej polityki zdrowotnej odpowiadającej na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne województwa oraz potrzeby rynku pracy. Ograniczenia w realizacji części założeń miały charakter strukturalny i wdrożeniowy, nie wynikały zaś z założeń merytorycznych i koncepcyjnych.

Z perspektywy poziomu instytucjonalnego wdrażania RPZ (IZ i IP) cele Regionalnych Programów Zdrowotnych zostały **osiągnięte przede wszystkim na poziomie założeń operacyjnych i realizacyjnych**. Jednak realizacja celów była w tej optyce postrzegana przez pryzmat zgodności z założeniami RPZ i formalnego zakończenia projektów. W tym kontekście przedstawiciele IZ podkreślali, że wdrożone RPZ zostały zrealizowane zgodnie z przyjętą logiką interwencji oraz zapisami programów zdrowotnych.

Z kolei podsumowując wnioski płynące z przeprowadzonych wywiadów jakościowych wśród Beneficjentów realizujących projekty w ramach przedmiotowych RPZ, z perspektywy działań związanych z profilaktyką cukrzycy, jawi się pozytywny obraz, choć niejednorodny. Z jednej strony realizatorzy mówili, że rekrutacja nie stanowiła bariery. Jednocześnie beneficjenci wskazywali, że część wskaźników w tego rodzaju przedsięwzięciach bywa trudna do spełnienia, gdy jest silnie zależna od tego, jaki odsetek uczestników okaże się faktycznie zagrożony lub chory – co nie jest w pełni przewidywalne na etapie projektowania.

Wysoki stopień osiągnięcia celów programu potwierdzali również realizatorzy projektu związanego z chorobami odkleszczowymi, choć spotykali się z pewnymi ograniczeniami, opóźnieniami i trudnościami organizacyjnymi wynikającymi z pandemii COVID-19 (o czym więcej w dalszych częściach raportu).

Warto dodać w tym miejscu ogólny aczkolwiek bardzo ważny wniosek z perspektywy eksperckiej (na podstawie przeprowadzonych wywiadów z ekspertami regionalnymi), że regionalne programy zdrowotne stanowią użyteczny instrument realizacji polityki zdrowotnej na poziomie województwa, o ile ich **projektowanie jest konsekwentnie oparte na danych o potrzebach zdrowotnych regionu** (m.in. mapach potrzeb zdrowotnych, analizach epidemiologicznych i demograficznych). W takim ujęciu RPZ pozwalają ukierunkować interwencje na realne problemy zdrowotne lokalnej społeczności i wzmacniają zdolność regionu do działań profilaktycznych. Należy w tym kontekście potwierdzić, że RPZ realizowane w województwie dolnośląskim były planowane z uwzględnieniem przeprowadzonych analiz i diagnoz.

Dodatkowo, potwierdzając skuteczność realizacji ewaluowanych RPZ oraz ich osiągnięte cele, ekspert zdrowia publicznego, biorący udział w badaniu, podkreślał, że RPZ najpełniej „sprawdzają się” w obszarach profilaktyki i wczesnej diagnostyki chorób przewlekłych. Ta perspektywa stanowi ważne tło interpretacyjne dla oceny skuteczności analizowanych programów: kluczowe jest nie tylko wykonanie świadczeń, lecz także to, czy interwencja

realnie uruchamia mechanizmy profilaktyczne (wiedza, czujność zdrowotna, samokontrola) i wczesne wykrywanie ryzyka.

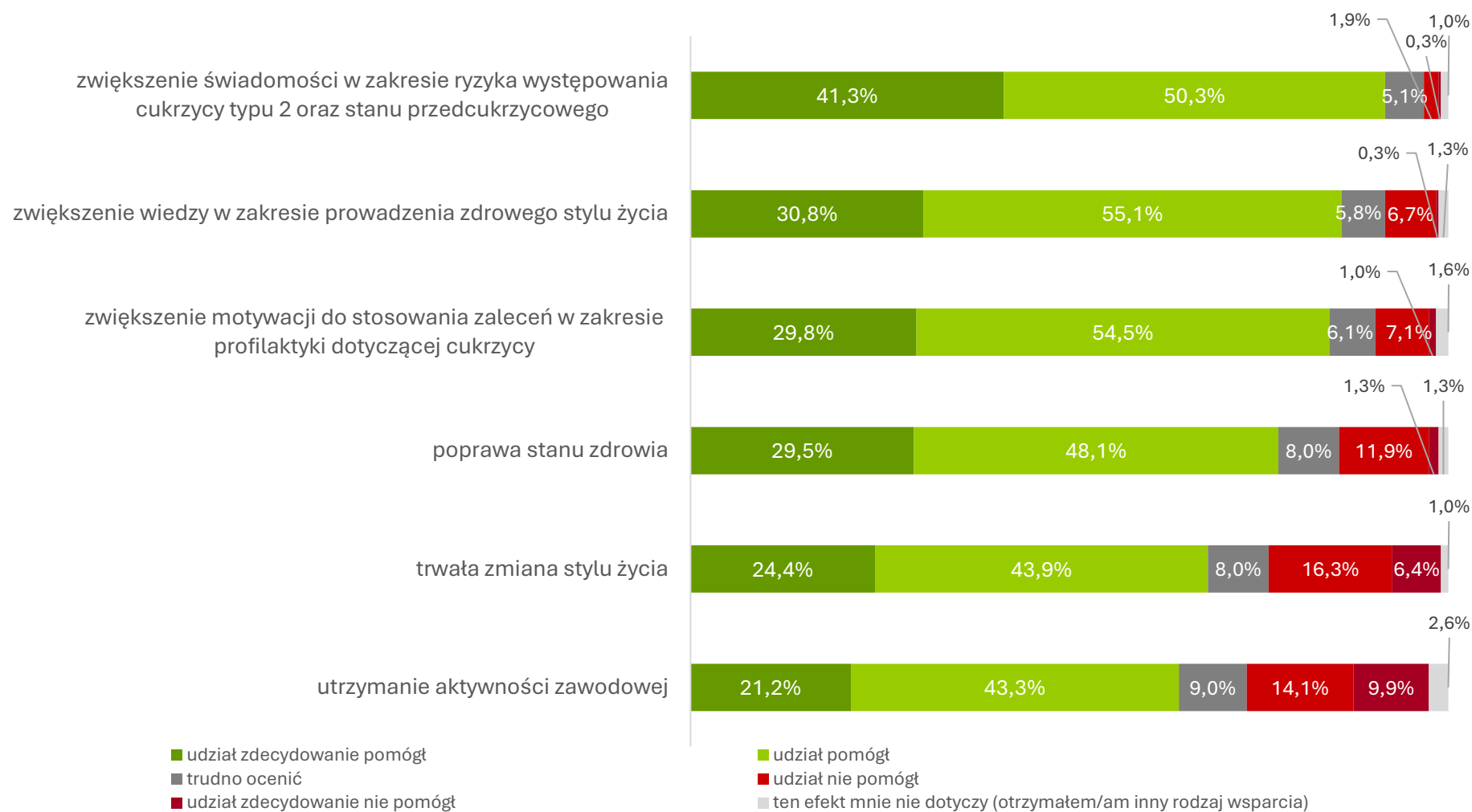
Efekty programów zdrowotnych

Więcej w odniesieniu do rzeczywistych efektów osiągniętych wśród mieszkańców regionu – na płaszczyźnie zdrowotnej, jakości życia, zmian świadomości i wykorzystywania nabytych informacji w praktyce, przyniosło badanie ankietowe uczestników projektów. Pozwoliło ono doprecyzować w jakim stopniu – z perspektywy samych odbiorców wsparcia – udział w Regionalnych Programach Zdrowotnych przełożył się na konkretne efekty. W przypadku RPZ zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 największą siłą oddziaływania uczestnicy przypisywali efektom związanym ze świadomością i wiedzą. **Zdecydowana większość respondentów oceniła, że udział w programie pomógł im zwiększyć świadomość w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego** (łącznie 91,6% odpowiedzi „udział zdecydowanie pomógł” i „udział pomógł”). Wysoko oceniono również zwiększenie wiedzy w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia (85,9%) oraz zwiększenie motywacji do stosowania zaleceń profilaktycznych dotyczących cukrzycy (84,3%).

Jednocześnie oceny dotyczące pożądanых efektów o bardziej konkretnym i długookresowym charakterze były wyraźnie mniej jednoznaczne – choć nadal korzystne. **Poprawę stanu zdrowia jako efekt wsparcia wskazało łącznie 77,6% uczestników** (przy 13,2% odpowiedzi negatywnych), natomiast trwała zmiana stylu życia była deklarowana rzadziej (łącznie 68,3%), przy relatywnie większym udziale ocen negatywnych (22,7%). Najniższe wartości odsetków pozytywnych dotyczą obszaru powiązanego bezpośrednio z rynkiem pracy – utrzymania aktywności zawodowej (64,5%), przy jednocześnie najwyższym wśród analizowanych efektów udziale ocen negatywnych (24,0%).

Wyniki te sugerują, że program w największym stopniu oddziałuje na „miękkie” efekty wiedzy i świadomości, natomiast przełożenie na zachowania i aktywność zawodową jest bardziej zróżnicowane i może zależeć od czynników indywidualnych oraz kontekstu zdrowotnego uczestników.

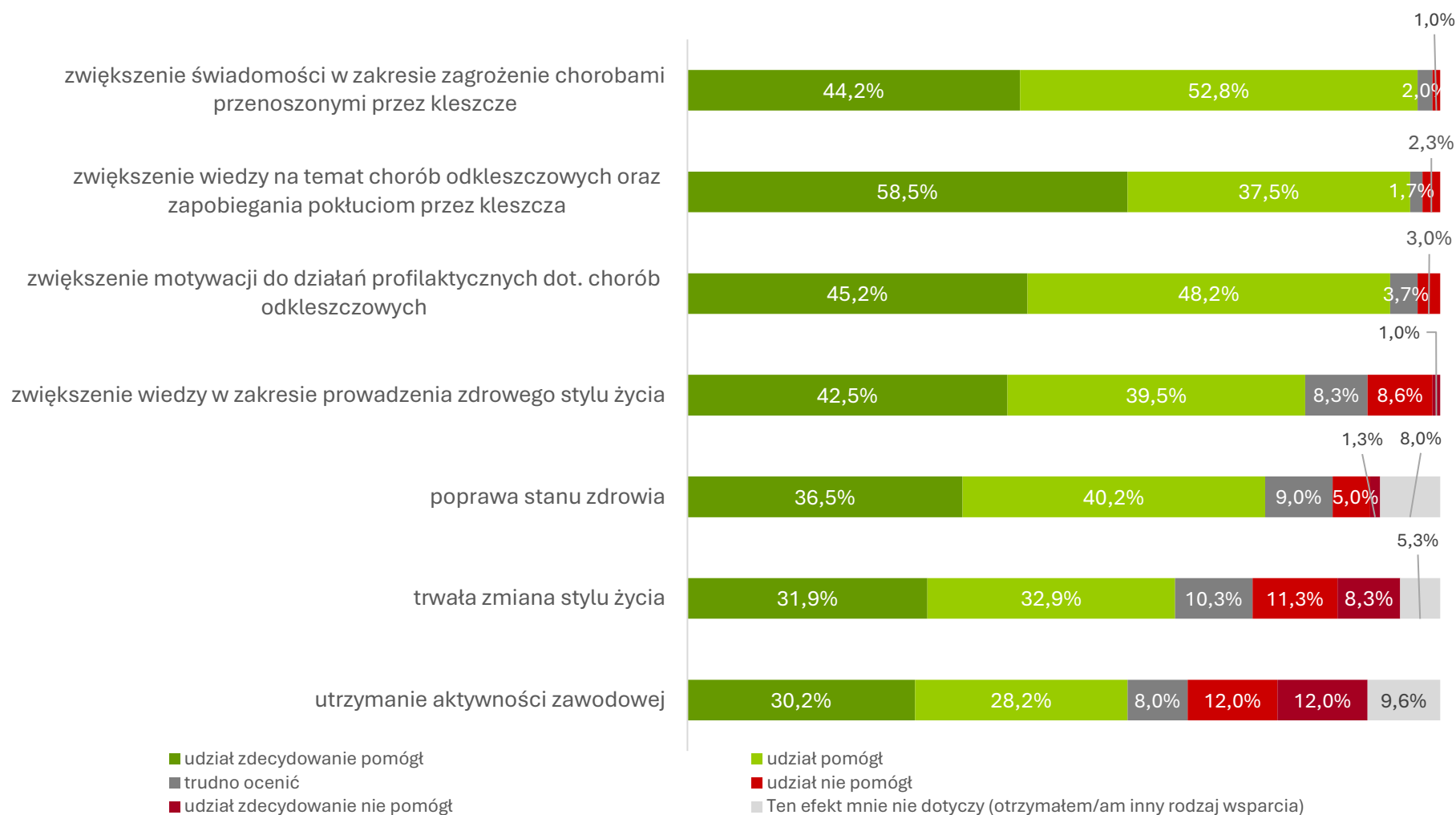
Wykres 1. Ocena wpływu wsparcia na osiągnięcie efektów przez uczestników – RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

W przypadku RPZ Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych oceny uczestników były generalnie jeszcze bardziej jednoznacznie pozytywne w obszarze efektów edukacyjnych. Udział w programie miał – zdaniem respondentów – **bardzo silny wpływ na wzrost wiedzy na temat chorób odkleszczowych i zapobiegania ukłuciom przez kleszcza** (łącznie 96,0% odpowiedzi pozytywnych), a także na **zwiększenie świadomości zagrożenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze** (97,0%) oraz **motywacji do działań profilaktycznych** (93,4%). Również w tym programie widoczna jest jednak różnica między oceną efektów poznawczo-motywacyjnych a oceną trwałej zmiany w zachowaniu uczestników: trwałą zmianę stylu życia jako efekt wsparcia wskazało łącznie 64,8% uczestników, przy 19,6% ocen negatywnych i 10,3% odpowiedzi „trudno ocenić”. W przypadku efektu „utrzymanie aktywności zawodowej” odsetek ocen pozytywnych wyniósł 58,4%, natomiast wyraźny jest tu udział odpowiedzi negatywnych (24,0%) oraz wskazań „ten efekt mnie nie dotyczy” (9,6%), co może wynikać zarówno ze specyfiki interwencji (profilaktyka pierwotna), jak i z faktu, że nie wszyscy uczestnicy wiązali temat chorób odkleszczowych z bezpośrednim wpływem na aktywność zawodową.

Wykres 2. Ocena wpływu wsparcia na osiągnięcie efektów przez uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

Również w wywiadach IDI rozmawiano z respondentami o osiągniętych konkretnych efektach – były one opisywane przez badanych przede wszystkim poprzez mechanizmy działania programów. W projektach cukrzycowych beneficjenci podkreślali **efekt zdrowotny w postaci diagnostyki przesiewowej i „wylapywania” osób z nieprawidłowymi wynikami oraz kierowania ich do dalszej diagnostyki i leczenia**. W jednym z projektów pojawia się obserwacja poprawy parametrów (spadek glukozy w badaniach końcowych) u części uczestników, interpretowana jako rezultat konsultacji specjalistycznych i edukacji. Efekt edukacyjny był oceniany jako ważny i potencjalnie trwały: uczestnicy otrzymywali wiedzę, materiały oraz kontakt z dietetykiem/diabetologiem, co miało zwiększać świadomość ryzyka i wzmacniać zachowania profilaktyczne. Jednocześnie w części wypowiedzi beneficjentów trwała zmiana zachowania była formułowana ostrożnie – jako oczekiwanie, że edukacja przełoży się na praktykę.

W programie dotyczącym profilaktyki chorób odkleszczowych efekt zdrowotny był rozumiany przez badanych jakościowo Beneficjentów jednoznacznie: ochrona poszczepienna po pełnym cyklu szczepień. Jednocześnie pojawił się ważny wątek komunikacyjny: część uczestników myliła KZM z boreliozą, co pokazuje, że komponent edukacyjny może wymagać wzmocnienia i doprecyzowania.

Zestawienie wyników ankietowych z wnioskami z części jakościowej wskazuje zatem na spójny obraz: **najsilniejszym i najbardziej powszechnie odczuwanym efektem obu programów był wzrost wiedzy i świadomości profilaktycznej**, natomiast efekty wymagające utrwalenia w czasie (trwała zmiana stylu życia) oraz odnoszące się do funkcjonowania na rynku pracy (utrzymanie aktywności zawodowej) były oceniane ostrożniej i charakteryzują się większym zróżnicowaniem. Wnioski te korespondują z perspektywą beneficjentów i części ekspertów, którzy wskazywali, że trwałość efektów RPZ może materializować się przede wszystkim poprzez komponent edukacyjny, podczas gdy przełożenie na zachowania zależy od wielu dodatkowych czynników (m.in. wykonalności ścieżki wsparcia, motywacji, możliwości kontynuacji działań po zakończeniu programu).

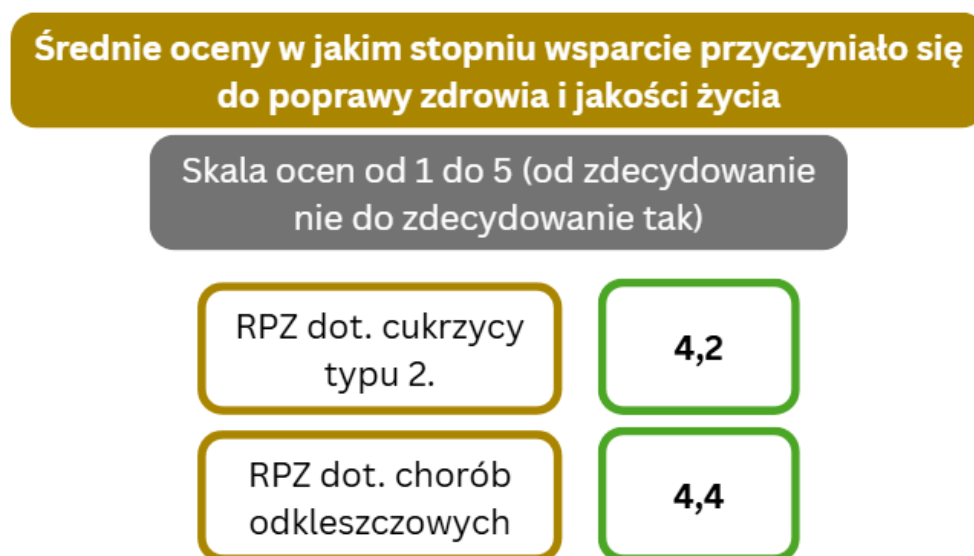
Wpływ RPZ na poprawę stanu zdrowia uczestników

Ważnym oczekiwanym efektem wdrożonych działań była poprawa zdrowia i jakości życia. Biorąc pod uwagę powyższe wyniki analiz, realizowanych w ramach badania odnośnie do oceny skuteczności podjętych działań – w rozumieniu osiągnięcia założonych celów, docelowych poziomów wskaźników, a także subiektywnej oceny samych uczestników względem wpływu otrzymanego wsparcia na odczuwane przez nich pożądane zmiany, rezultaty – należy uznać, że **udzielone wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia uczestników RPZ**.

Uczestnicy projektów realizowanych w ramach ewaluowanych RPZ ocenili w skierowanej do nich ankiecie, w jakim stopniu otrzymane wsparcie przyczyniło się poprawy ich zdrowia i jakości życia. Oceniali przy tym różne kategorie działań, które ich dotyczyły, z osobna (np.

konsultacje diabetologiczne i dietetyczne w ramach działań związanych z cukrzycą, szczepienie przeciw KZM, spotkania edukacyjne w przypadku obu RPZ – szczegółowe oceny w rozbiu na poszczególne formy wsparcia zostały ujęte w dalszej części raportu („Skuteczność, użyteczność i trafność narzędzi wsparcia oferowanego w ramach RPZ”). Ogólna średnia ocena otrzymanego wsparcia w zakresie wpływu na poprawę zdrowia i jakości życia była wysoka w obu programach. Jak pokazano na poniższej grafice, uczestnicy Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 ocenili wpływ wsparcia na 4,2 w pięciostopniowej skali (od „zdecydowanie nie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia” do „zdecydowanie tak (...”). Jeszcze nieco wyżej oceniono oddziaływanie Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych – średnia ocena wyniosła 4,4. Oznacza to, że **w ujęciu zbiorczym uczestnicy obu interwencji w przeważającej mierze potwierdzali, iż udział w programach przyczyniał się do odczuwalnej poprawy zdrowia i jakości życia.**

Rysunek 3. Średnie oceny wpływu wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Różnica na korzyść programu dotyczącego chorób odkleszczowych może wynikać ze specyfiki zastosowanych narzędzi wsparcia, w szczególności szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, które dla uczestników stanowiły konkretną i łatwo identyfikowalną formę profilaktyki zdrowotnej. Jednocześnie uzyskane wyniki są spójne z wnioskami jakościowymi: beneficjenci realizujący projekty cukrzycowe podkreślali wartość diagnostyki oraz konsultacji specjalistycznych (dietetycznych i diabetologicznych), jako działań umożliwiających identyfikację ryzyka i podjęcie dalszych kroków prozdrowotnych, natomiast realizator programu odkleszczowego akcentował bezpośrednią wartość

profilaktyczną szczepień oraz znaczenie „opieki procesu” (m.in. przypomnień o kolejnych dawkach) dla domykania cyklu.

W kolejnych częściach rozdziału zaprezentowano bardziej szczegółowe wyniki ankietowe z badania wśród uczestników (bezpośrednich odbiorców działań prowadzonych w ramach RPZ), w rozbiciu na poszczególne formy wsparcia, co pozwala doprecyzować, które elementy interwencji najsilniej przekładały się na ocenę poprawy zdrowia i jakości życia, a także w jakich obszarach efekty były bardziej zróżnicowane.

Wpływ na wykrywalność cukrzycy typu 2 oraz chorób odkleszczowych w województwie

W latach 2013-2015 w województwie dolnośląskim zarejestrowano 2 155 zgonów z powodu **cukrzycy**, co uplasowało region na 4. miejscu w Polsce. Co istotne, rzeczywisty współczynnik umieralności wynosił 24,7 na 100 tys. ludności – to aż o 25,7% więcej niż średnia krajowa¹². Po uwzględnieniu struktury wieku mieszkańców, standaryzowany wskaźnik SMR był wyższy o 22,4% od średniego, co wskazuje, że problem ten nie był jedynie skutkiem starzenia się populacji, ale systemowym zagrożeniem zdrowia publicznego. W samym 2016 roku nowo zdiagnozowano 20,3 tys. przypadków cukrzycy w regionie, a łączna chorobowość rejestrowana osiągnęła 243,2 tys. osób – co dawało 3. miejsce w kraju, po przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców¹³. Przedstawione dane odzwierciedlają sytuację w województwie dolnośląskim sprzed uruchomienia RPZ. Stanowią one punkt odniesienia dla dalszych analiz oraz bazę porównawczą umożliwiającą ocenę zmian w sytuacji zdrowotnej regionu, które ukształtowały się w wyniku realizacji RPZ.

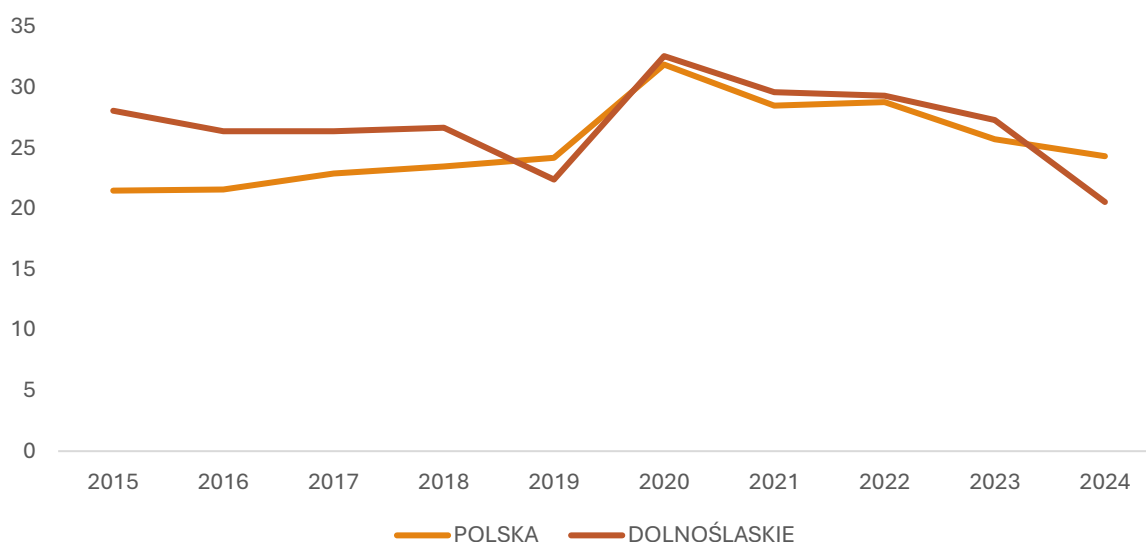
W okresie 2015-2024 wskaźniki zgonów z powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim kształtowały się powyżej średniej krajowej przez większość lat, co wskazuje na relatywnie większe obciążenie zdrowotne populacji regionu w porównaniu do Polski ogółem. Różnica ta była szczególnie widoczna w pierwszych latach analizowanego okresu, kiedy poziom umieralności w województwie dolnośląskim istotnie przewyższał wartości krajowe. Zarówno na poziomie kraju, jak i województwa dolnośląskiego, obserwowany był systematyczny wzrost wskaźników umieralności do 2019 roku, a następnie ich gwałtowny wzrost w latach 2020-2021, co można wiązać z nadzwyczajnymi uwarunkowaniami epidemiologicznymi, które wpłynęły na dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz ciągłość opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi, w tym cukrzycą. Po 2021 roku w obu analizowanych obszarach odnotowano tendencję spadkową, jednak tempo poprawy sytuacji w województwie dolnośląskim było wyraźniejsze niż średnio w kraju. **W konsekwencji w 2024 roku wskaźnik zgonów z powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim ukształtował się poniżej poziomu ogólnopolskiego, co stanowi istotną zmianę w porównaniu do wcześniejszych lat i**

¹² MZ, Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa dolnośląskiego, s. 15.

¹³ Tamże.

może świadczyć o poprawie skuteczności działań profilaktycznych, diagnostycznych realizowanych w regionie. Nie ulega wątpliwości, iż wdrożenie trzech projektów w ramach RPZ, ukierunkowanych na profilaktykę i wczesne wykrywanie cukrzycy, stanowi jeden z istotnych czynników sprzyjających obserwowanej poprawie sytuacji zdrowotnej w regionie.

Wykres 3. Zgony według wybranych przyczyn (cukrzyca) na 100 tys. ludności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Pomimo obserwowanego spadku umieralności z powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim, nie można uznać, że problem ten został w pełni opanowany ani że jego skala ma charakter marginalny. W 2022 roku hospitalizacji z powodu cukrzycy wymagało w województwie dolnośląskim ponad 4,6 tys. pacjentów, co odpowiadało 7,6% wszystkich pacjentów podlegających hospitalizacji z tego powodu¹⁴. W 2023 roku liczba specjalistycznych porad lekarskich udzielonych w poradniach diabetologicznych przekroczyła 2,7 mln w skali kraju, natomiast w województwie dolnośląskim wyniosła ponad 170 tys.¹⁵. W 2020 roku odnotowano spadek liczby porad udzielanych w poradniach diabetologicznych w porównaniu z latami wcześniejszymi. Od 2021 roku obserwowany jest jednak systematyczny wzrost tego wskaźnika, który doprowadził do osiągnięcia poziomu przewyższającego wartości notowane w latach poprzedzających pandemię COVID-19. Dostępne dane nie pozwalają na tak dokładne i wielkoaspektowe przedstawienie problemu związanego z cukrzycą, jak miało to miejsce dla okresu 2013-2015. Wypełnienie luki w danych możliwe jest

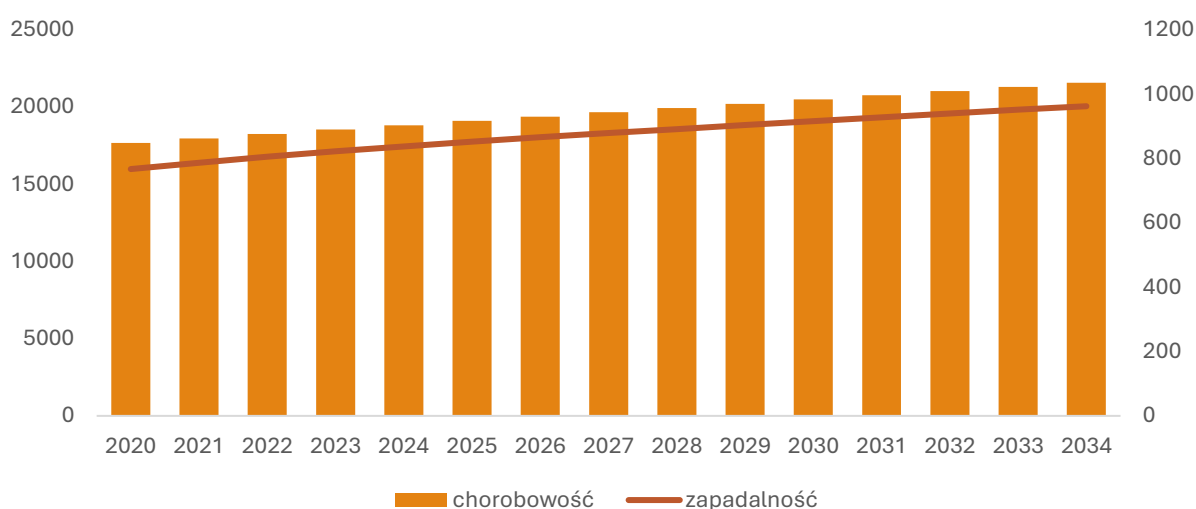
¹⁴ Forum Ekspertów ds. Cukrzycy (20205), Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, Warszawa, s. 26.

¹⁵ Urząd Statystyczny Wrocław (2024), Światowy Dzień Cukrzycy, Wrocław.

za pomocą projekcji epidemiologicznych na lata 2020-2034 przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Prognozy Ministerstwa Zdrowia dla województwa dolnośląskiego wskazują na systematyczny wzrost wskaźników chorobowości oraz zapadalności na cukrzycę i choroby nerek, wyrażonych na 100 tys. ludności. Wskaźnik chorobowości wzrośnie z poziomu 17 663 na 100 tys. ludności w 2020 r. do 21 568 na 100 tys. ludności w 2034 r., co oznacza przyrost o 22% w całym analizowanym okresie¹⁶. Równolegle prognozowany jest stały wzrost wskaźnika zapadalności na cukrzycę. Liczba nowych zachorowań zwiększy się z 767 w 2020 r. do 962 w 2034 r. (wzrost o 25% w analizowanych ramach czasowych).

Wykres 4. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla obszaru: województwo dolnośląskie. Problem zdrowotny: Cukrzyca i choroby nerek



Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/prognoza-epidemiologiczna/> (dostęp 06.02.2026)

Przedstawione dane epidemiologiczne mają istotne znaczenie dla oceny regionalnego programu zdrowotnego realizowanego w województwie dolnośląskim w latach 2020-2023, ukierunkowanego na przeciwdziałanie cukrzycy. Wzrost wskaźników chorobowości i zapadalności obserwowany w całym analizowanym okresie, a także rosnące zapotrzebowanie na świadczenia diabetologiczne, wskazują, że program ten był realizowany w warunkach narastającej presji epidemiologicznej. Oznacza to, że brak zahamowania niekorzystnych trendów nie może być jednoznacznie interpretowany jako nieskuteczność interwencji, lecz powinien być oceniany w kontekście rosnącej liczby osób zagrożonych zachorowaniem oraz kumulowania się przypadków choroby w populacji.

¹⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/prognoza-epidemiologiczna/> (dostęp 06.02.2026)

Jednocześnie dostępne dane sugerują, że działania podejmowane w ramach programu mogły przyczynić się do poprawy wykrywalności cukrzycy, zwiększenia dostępności do porad specjalistycznych oraz ograniczenia ciężkich następstw choroby, co znajduje pośrednie odzwierciedlenie w spadku umieralności oraz wzroście liczby świadczeń ambulatoryjnych po okresie pandemii COVID-19. W związku z tym ocena efektywności programu powinna koncentrować się nie tylko na zmianach wskaźników epidemiologicznych, lecz również na analizie rezultatów pośrednich, takich jak poprawa dostępności do diagnostyki, ciągłości leczenia oraz edukacji zdrowotnej pacjentów. Wyniki projekcji Ministerstwa Zdrowia podkreślają ponadto zasadność kontynuacji i modyfikacji regionalnych działań w kolejnych latach, ze szczególnym uwzględnieniem wzmocnienia komponentów profilaktycznych i wczesnej interwencji.

Kolejnym istotnym problemem zdrowia publicznego, na którym skupiła się interwencja podjęta w ramach RPO WD 2014-2020, były **zachorowania z powodu chorób odkleszczowych**. Do najczęściej rozpoznawanych jednostek chorobowych należą borelioza z Lyme oraz kleszczowe zapalenie mózgu. Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, liczba nowo rozpoznanych przypadków boreliozy w Polsce zwiększyła się z 1 850 w 2000 r. (współczynnik zapadalności: 4,8 na 100 tys. mieszkańców) do 21 200 w 2016 r. (55,2 na 100 tys.). W konsekwencji Polska była zaliczana do krajów o najwyższej zachorowalności na boreliozę w Europie, obok takich państw jak Niemcy, Austria, Słowenia oraz Szwecja. Województwo dolnośląskie również zaliczane jest do regionów, w których choroby odkleszczowe stanowią ważny problem zdrowotny. W 2016 r. zarejestrowano łącznie 931 przypadki zachorowań na boreliozę. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła 32,06. Hospitalizowano łącznie 165 osób z tego powodu¹⁷. Należy również podkreślić, że borelioza stanowiła istotny problem w strukturze chorób zawodowych. W województwie dolnośląskim w 2016 r. zarejestrowano łącznie 193 przypadki chorób zawodowych, z czego 39 dotyczyło chorób zakaźnych i pasożytniczych. W tej grupie dominowała borelioza, która została rozpoznana u 30 osób, co stanowiło 15,5% ogółu przypadków chorób zawodowych odnotowanych w regionie¹⁸.

Aby dokonać identyfikacji wpływu RPZ na sytuację w regionie pod względem wykrywalności chorób odkleszczowych należy przeanalizować dane z okresu 2019-2024. W latach 2019-2024 w województwie dolnośląskim obserwowano istotne zmiany liczby rejestrowanych zachorowań na boreliozę. W 2019 r. odnotowano 896 przypadków tej choroby. W kolejnym roku nastąpił wyraźny spadek liczby zachorowań do 407 przypadków, który pogłębił się jedynie nieznacznie w 2021 r., gdy zarejestrowano 470 przypadków. Obniżenie liczby

¹⁷ WSSE we Wrocławiu (2017), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2016 r., Wrocław, s. 7.

¹⁸ Tamże, s. 66.

rozpoznań w latach 2020-2021 należy wiązać przede wszystkim z ograniczeniami w dostępie do diagnostyki i opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 oraz z niedoszacowaniem rzeczywistej liczby zachorowań. Od 2022 r. obserwowany jest dynamiczny trend wzrostowy. Liczba zachorowań wzrosła do 841 przypadków w 2022 r., następnie do 1 050 w 2023 r., osiągając w 2024 r. poziom 1 566 przypadków, najwyższy w całym analizowanym okresie (zapadalność na 100 tys. mieszkańców wyniosła wówczas 54,58)¹⁹. Oznacza to niemal dwukrotny wzrost liczby zachorowań w ciągu dwóch lat oraz wzrost o około 75% w porównaniu z rokiem 2019. Główny Inspektorat Sanitarny wskazuje, że do głównych przyczyn wzrostu liczby przypadków boreliozy w Polsce należy zaliczyć: zmiany klimatyczne, nasycenie środowiska pajęczakami przenoszącymi chorobotwórcze bakterie oraz narażenie ludzi na ugryzienia kleszczy²⁰. Wzrost liczby przypadków po okresie pandemicznym może świadczyć zarówno o zwiększonej ekspozycji populacji na czynniki ryzyka, jak i o poprawie wykrywalności oraz zgłaszalności zachorowań.

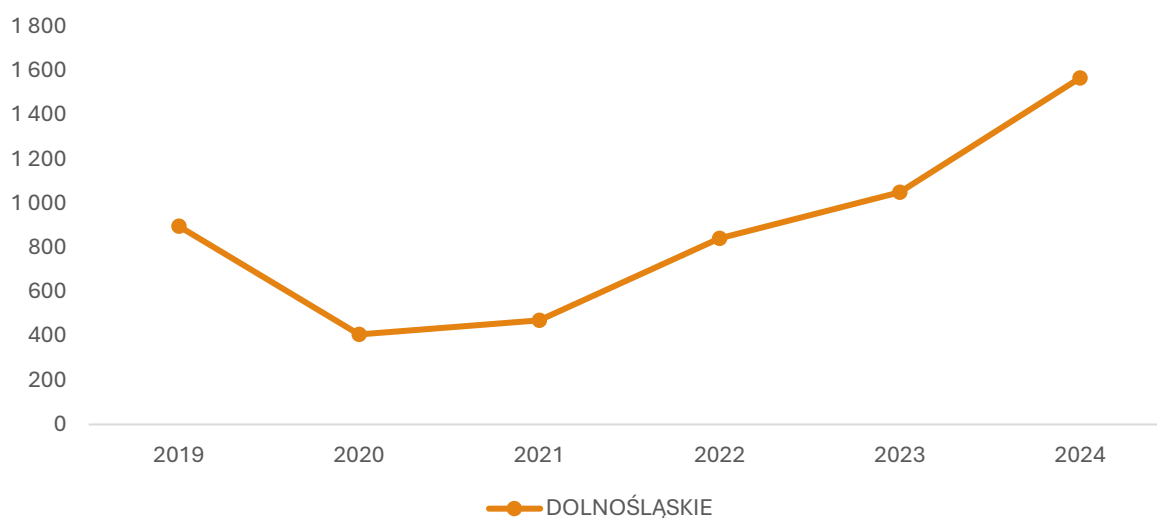
W 2024 r. odnotowano łącznie 126 przypadków chorób zakaźnych i pasożytniczych zaliczanych do chorób zawodowych. Wśród nich najczęściej rozpoznawaną jednostką chorobową był COVID-19, który stanowił 101 przypadków. Drugą pod względem częstości chorobą zakaźną była borelioza, rozpoznana u 20 osób²¹. Ponadto zarejestrowano 2 przypadki gruźlicy, 2 przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B oraz 1 przypadek wirusowego zapalenia wątroby typu C.

¹⁹ WSSE we Wrocławiu (2025), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2024 r., Wrocław, s. 11.

²⁰ Główny Inspektorat Sanitarny (2024). Stan sanitarny kraju w 2023 roku.

²¹ WSSE we Wrocławiu (2025), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2024 r., Wrocław, s. 98.

Wykres 5. Zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia (borelioza)

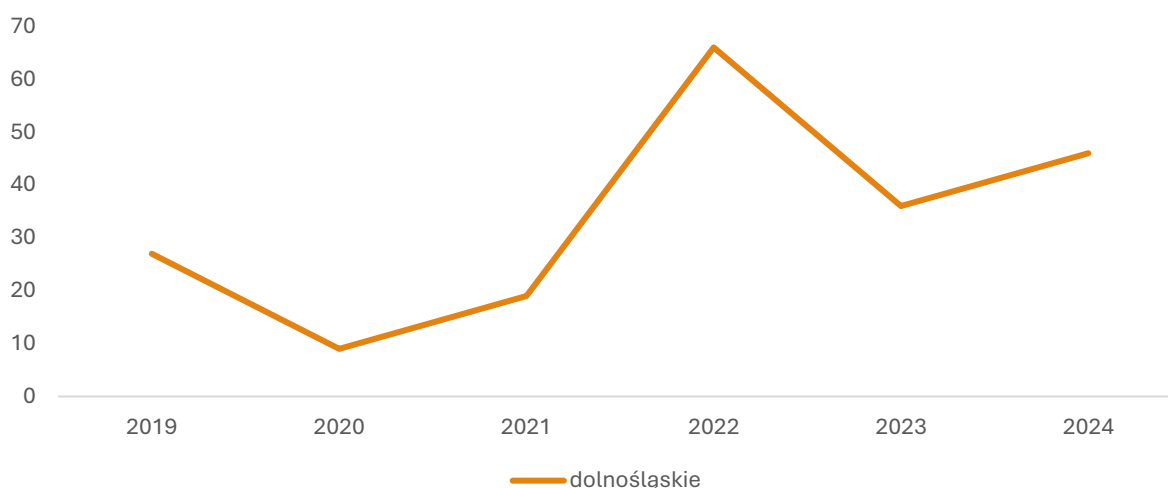


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W latach 2019-2024 w województwie dolnośląskim odnotowano istotne wahania liczby zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu. W 2019 r. zarejestrowano 27 przypadków tej choroby. W latach 2020-2021 nastąpił wyraźny spadek liczby zachorowań, odpowiednio do 9 przypadków w 2020 r. oraz 19 przypadków w 2021 r. Podobnie jak w przypadku innych chorób zakaźnych, obniżenie liczby rozpoznaw w tym okresie może być związane z ograniczeniami w dostępie do diagnostyki i opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19, a nie z faktycznym zmniejszeniem ryzyka zakażenia. Od 2022 r. obserwowany jest gwałtowny wzrost liczby zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu. W 2022 r. liczba przypadków wzrosła do 66, co stanowiło najwyższą wartość w całym analizowanym okresie. W kolejnych latach liczba zachorowań utrzymywała się na podwyższonym poziomie – w 2023 r. odnotowano 36 przypadków, natomiast w 2024 r. 46 przypadków (zapadalność na 100 tys. osób ukształtowała się na poziomie 1,6)²². Zaobserwowany trend wskazuje na narastające zagrożenie kleszczowym zapaleniem mózgu w regionie. Wzrost liczby zachorowań po okresie pandemicznym może świadczyć o zwiększonej ekspozycji populacji na ukłucia kleszczy, zmianach środowiskowych sprzyjających ich aktywności oraz poprawie wykrywalności przypadków.

²² Tamże, s. 11.

Wykres 6. Zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia (kleszczowe zapalenie mózgu).



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Obserwowany w latach 2020-2021 wyraźny spadek liczby rejestrowanych zachorowań zarówno na boreliozę, jak i kleszczowe zapalenie mózgu nie może być interpretowany jako bezpośredni efekt działania RPZ, lecz raczej jako konsekwencja ograniczonego dostępu do diagnostyki, opóźnień w zgłaszalności oraz niedoszacowania rzeczywistej liczby zakażeń w okresie pandemicznym. Dynamiczny wzrost liczby zachorowań na boreliozę oraz kleszczowe zapalenie mózgu obserwowany od 2022 r., w tym osiągnięcie w 2024 r. najwyższych wartości w całym analizowanym okresie, wskazuje, że RPZ nie doprowadził do zahamowania niekorzystnych trendów epidemiologicznych. Należy jednak podkreślić, że program był realizowany w warunkach narastającego ryzyka zachorowań, wynikającego ze zmian klimatycznych, wzrostu populacji kleszczy oraz zwiększonej ekspozycji ludności na ukłucia.

Jednocześnie wzrost liczby rozpoznanych przypadków po okresie pandemii może częściowo świadczyć o poprawie wykrywalności chorób odkleszczowych, większej świadomości zdrowotnej mieszkańców oraz skuteczniejszym kierowaniu pacjentów do diagnostyki, co należy traktować jako potencjalny efekt pośredni działań realizowanych w ramach RPZ. Znaczący udział boreliozy w strukturze chorób zawodowych, utrzymujący się również w 2024 r., potwierdza trafność identyfikacji tej jednostki chorobowej jako istotnego problemu zdrowotnego regionu, wymagającego interwencji publicznej w ramach RPO WD 2014-2020.

Realizacja wartości wskaźników i mierników

Analiza stopnia realizacji wskaźników przypisanych do **Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2** wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego wskazuje na wyraźne zróżnicowanie efektów osiągniętych w poszczególnych obszarach interwencji. **Najwyższy poziom realizacji odnotowano w zakresie działań przesiewowych oraz edukacyjnych**, natomiast najniższy w obszarze świadczeń specjalistycznych i kontynuacji opieki nad uczestnikami programu.

Wskaźniki związane z wczesnym wykrywaniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej zostały osiągnięte z wyraźnym przekroczeniem założeń. Poziom realizacji w tym obszarze przekroczył 200%, co świadczy o bardzo wysokiej skuteczności działań przesiewowych oraz trafnym dotarciu do populacji o podwyższonym ryzyku zdrowotnym. Jednocześnie wskaźniki dotyczące identyfikacji osób zagrożonych rozwojem cukrzycy typu 2 zostały zrealizowane w około dwóch trzecich, co wskazuje na ograniczoną konwersję wyników badań przesiewowych na dalsze etapy interwencji. Wysoki stopień realizacji osiągnięto również w zakresie zasięgu populacyjnego programu. Wskaźniki obejmujące liczbę osób objętych programem oraz liczbę osób zgłaszających się na badania profilaktyczne osiągnęły poziom zbliżony do 90%. Szczególnie korzystnie należy ocenić realizację wskaźnika dotyczącego osób w wieku 50 lat i więcej, który został zrealizowany niemal w całości, co potwierdza skuteczne dotarcie do kluczowej grupy docelowej programu.

Jednocześnie analiza wskaźników dotyczących świadczeń specjalistycznych ujawnia bardzo niski poziom realizacji. Konsultacje dietetyczne oraz diabetologiczne zostały zrealizowane na poziomie kilku procent wartości docelowych, a wskaźniki odnoszące się do kierowania uczestników na kolejne konsultacje nie przekroczyły kilkunastu procent, przy czym w przypadku trzeciej konsultacji poziom realizacji był marginalny. Wskazuje to na istotną **lukę pomiędzy etapem diagnostyczno-edukacyjnym a zapewnieniem ciągłości opieki specjalistycznej**.

Bardzo wysoką skuteczność odnotowano natomiast w obszarze rezultatów edukacyjnych. Wskaźniki dotyczące wzrostu świadomości zdrowotnej uczestników programu znacząco przekroczyły wartości docelowe, osiągając poziomy kilkukrotnie wyższe od zakładanych. Potwierdza to wysoką efektywność działań informacyjnych i edukacyjnych realizowanych w ramach RPZ.

Tabela 3. Wartości wskaźników w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego

Wskaźniki	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Ilość konsultacji dietetycznych realizowanych w ramach programu	6 500	332	5%
Liczba konsultacji diabetologicznych realizowanych w ramach programu	750	13	2%
liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego będących uczestnikami Programu, u których stwierdzono podejrzenie nieprawidłowej glikemii na czczo i/lub nieprawidłową tolerancję glukozy	1 013	2 320	229%

Wskaźniki	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego będących uczestnikami Programu, u których stwierdzono zagrożenie wystąpienia cukrzycy typu 2	8 775	4 745	65%
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	16 200	14 083	87%
Liczba osób skierowanych na drugie konsultacje	180	26	14%
Liczba osób skierowanych na trzecie konsultacje	3 250	20	1%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	7 749	7 435	96%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	16 200	14 077	87%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100%
Odsetek uczestników Programu, których wyniki testów potwierdzają podniesienie świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego	160	614,59	-
Odsetek uczestników Programu, których wyniki testów wiedzy potwierdzają podniesienie świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego	80	257,93	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014.

Regionalny program zdrowotny w obszarze cukrzycy należy ocenić jako skuteczny w zakresie dotarcia do populacji docelowej, wykrywania zaburzeń glikemii oraz podnoszenia świadomości zdrowotnej uczestników. Jednocześnie niski poziom realizacji wskaźników dotyczących konsultacji specjalistycznych wskazuje na konieczność wzmocnienia komponentu terapeutycznego oraz lepszej integracji przyszłych interwencji z systemem opieki diabetologicznej.

Analiza stopnia realizacji wskaźników regionalnego programu zdrowotnego ukierunkowanego na choroby odkleszczowe wskazuje na generalnie wysoki poziom

osiągnięcia celów w obszarze zasięgu populacyjnego, profilaktyki oraz działań edukacyjnych, przy jednoczesnym braku realizacji wskaźników o charakterze infrastrukturalnym i technologicznym.

Wskaźniki odnoszące się do objęcia populacji programem zostały zrealizowane na poziomie zbliżonym do 90%, co świadczy o skutecznym dotarciu do grupy docelowej oraz właściwym dopasowaniu interwencji do potrzeb zdrowotnych regionu. Również wskaźnik dotyczący zgłaszalności na badania profilaktyczne osiągnął wysoki poziom realizacji, potwierdzając efektywność działań informacyjnych i promocyjnych prowadzonych w ramach programu. Jednocześnie wsparcie osób w wieku 50 lat i więcej zostało zrealizowane w około dwóch trzecich, co wskazuje na częściowe trudności w pełnym objęciu tej grupy interwencją. Wysoki poziom realizacji odnotowano również w odniesieniu do działań skierowanych do osób pracujących w sektorze rolnictwa, leśnictwa, łowiectwa i rybactwa, zarówno w zakresie objęcia ich programem, jak i podnoszenia poziomu wiedzy dotyczącej chorób odkleszczowych i metod zapobiegania ukłuciom kleszczy. Istotnym elementem programu była profilaktyka pierwotna w postaci szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, które zostały zrealizowane w blisko czterech piątych planowanego zakresu. Poziom ten należy ocenić jako wysoki, biorąc pod uwagę dobrowolny charakter szczepień oraz specyfikę grupy docelowej. Szczególnie pozytywnie należy ocenić realizację działań edukacyjnych skierowanych do pracowników sektorów narażonych zawodowo, które znacząco przekroczyły założenia programowe, co świadczy o dużym zapotrzebowaniu na tego typu interwencje oraz ich wysokiej akceptacji wśród odbiorców.

Tabela 4. Wartości wskaźników w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych

Wskaźniki	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	5 187	4 567	88%
Liczba osób objętych wsparciem w ramach programów zdrowotnych wynikających z potrzeb zdrowotnych regionu	5 187	4 567	88%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	2 600	1 705	66%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	5 187	4 422	85%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu	1	1	100%

Wskaźniki	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców			
Liczba włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, leśnictwa, łowiectwa i rybactwa, które podniosły poziom wiedzy na temat chorób odkleszczowych oraz możliwości zapobiegania pokłuciem przez kleszcze	5 187	4 567	88%
Liczba wykonanych szczepień osób pracujących w sekcji rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwa szczepionką przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w powiatach: lubańskim, kamiennogórskim, kłodzkim, wałbrzyskim, wołowskim, jeleniogórskim	15 561	12 163	78%
Liczba zrealizowanych działań edukacyjnych dla osób pracujących w podmiotach gospodarczych w sekcji rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo w powiatach lubańskim, kamiennogórskim, kłodzkim, wałbrzyskim, wołowskim i jeleniogórskim	200	380	190%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014.

Reasumując, regionalny program zdrowotny dotyczący chorób odkleszczowych należy ocenić jako skuteczny, zwłaszcza w zakresie działań profilaktycznych, edukacyjnych oraz dotarcia do populacji zawodowo narażonej na kontakt z kleszczami.

Niezamierzone efekty realizacji RPZ

Analiza niezamierzonych efektów realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych została przeprowadzona w oparciu o triangulację wyników badań ilościowych (CAWI/CATI) oraz jakościowych (wywiady IDI/TDI). W badaniu ankietowym skierowanym do uczestników projektów zarówno w przypadku **Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i**

wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jak i Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, respondenci nie wskazywali występowania dodatkowych – poza wcześniej analizowanymi – pozytywnych ani negatywnych efektów udziału w projektach. Wynik ten sugeruje, że **z perspektywy uczestników programy były postrzegane jako neutralne pod względem ewentualnych skutków ubocznych oraz że ich oddziaływanie mieściło się w granicach deklarowanych i oczekiwanych rezultatów.**

Jednocześnie pogłębiona analiza jakościowa pozwoliła zidentyfikować **niezamierzone efekty o charakterze pośrednim**, które nie były spontanicznie artykułowane przez uczestników w badaniu ankietowym, lecz ujawniły się w narracjach beneficjentów, przedstawicieli instytucji zaangażowanych we wdrażanie oraz zarządzanie projektami w ramach RPZ. Efekty te miały w przeważającej mierze charakter **wdrożeniowy i systemowy**, a w mniejszym stopniu bezpośrednio zdrowotny.

Z perspektywy beneficjentów realizujących projekty w ramach RPZ pojawiły się zarówno pozytywne, jak i negatywne efekty niezamierzone. Do pozytywnych należy zaliczyć relatywnie **wysoki udział mężczyzn w jednym z projektów cukrzycowych**, co może wskazywać na potencjał przełamywania barier w uczestnictwie mężczyzn w działaniach profilaktycznych. W programie odkleszczowym beneficjenci zwracali uwagę na pozytywny odbiór tzw. **opieki procesu**, polegającej na przypominaniu uczestnikom o terminach kolejnych dawek szczepień, co sprzyjało domykaniu pełnego cyklu i było postrzegane jako element zwiększający skuteczność interwencji.

Po stronie niezamierzonych efektów negatywnych, ujawnionych w badaniach jakościowych, beneficjenci projektów cukrzycowych wskazywali na **niedopasowanie obciążającej, wieloetapowej formy ścieżki wsparcia do potrzeb osób aktywnych zawodowo**. W szczególności dotyczyło to długich szkoleń edukacyjnych oraz konieczności odbycia wielu wizyt, co w części przypadków prowadziło do zniechęcenia uczestników i odpływu z programu, a po stronie realizatorów – do konieczności intensyfikacji działań rekrutacyjnych. W programie odkleszczowym niezamierzone efekty negatywne wiązały się przede wszystkim z uwarunkowaniami zewnętrznymi, w tym z konsekwencjami pandemii COVID-19 (opóźnienia organizacyjne, spadek zaufania do szczepień) oraz presją budżetową wynikającą ze wzrostu kosztów realizacji po okresie pandemicznym.

Na poziomie instytucjonalnym, z perspektywy **Instytucji Zarządzającej**, nie identyfikowano wyraźnych niezamierzonych efektów na poziomie indywidualnych uczestników. Jednocześnie respondenci wskazywali na istotne **konsekwencje systemowe**, w szczególności przeszacowanie pierwotnej alokacji środków finansowych przeznaczonych na obszar zdrowia, wynikające z założenia wdrożenia większej liczby regionalnych programów zdrowotnych, niż było to możliwe w praktyce. Skutkowało to koniecznością korekt programowych, modyfikacji wskaźników oraz przesuwania środków na inne działania (co było opisywane już w pierwszych podrozdziałach raportu, zawierających wyniki badania ewaluacyjnego). Po stronie potencjalnych pozytywnych efektów nieplanowanych pojawiała

się natomiast hipoteza, że **cykliczna obecność programów zdrowotnych w regionie** może w dłuższym okresie przyczyniać się do „oswajania” społeczeństwa z profilaktyką zdrowotną i stopniowego wzrostu świadomości zdrowotnej, nawet jeśli efekt ten nie był bezpośrednio mierzony.

Z perspektywy **Instytucji Pośredniczącej** niezamierzone efekty miały przede wszystkim charakter organizacyjno-wdrożeniowy. Respondenci zwracali uwagę na bardzo duży nakład pracy oraz obciążenie instytucjonalne związane z wdrażaniem interwencji zdrowotnych w strukturze instytucji rynku pracy, w tym konieczność wchodzenia w merytorykę medyczną przy braku wyspecjalizowanych kompetencji zdrowotnych. Dodatkowym obciążeniem były koszty proceduralne wynikające z powtarzania naborów, szczególnie w przypadku programu odkleszczowego. Jednocześnie IP wskazywała na pozytywne „efekty uczenia się systemu”, obejmujące m.in. usprawnienia w podejściu do rozliczania kosztów oraz gromadzenie doświadczeń, które mogą zwiększyć efektywność projektowania i wdrażania przyszłych interwencji zdrowotnych.

Podsumowując, niezamierzone efekty realizacji RPZ koncentrowały się przede wszystkim na **poziomie systemowym i wdrożeniowym**, a w mniejszym stopniu na bezpośrednich skutkach dla zdrowia uczestników. Efekty te nie podważają zasadności ani merytorycznej trafności interwencji, lecz wskazują na znaczenie elastyczności programowej, adekwatnego osadzenia zadań zdrowotnych w strukturach instytucjonalnych oraz dostosowania form wsparcia do realiów funkcjonowania grup docelowych.

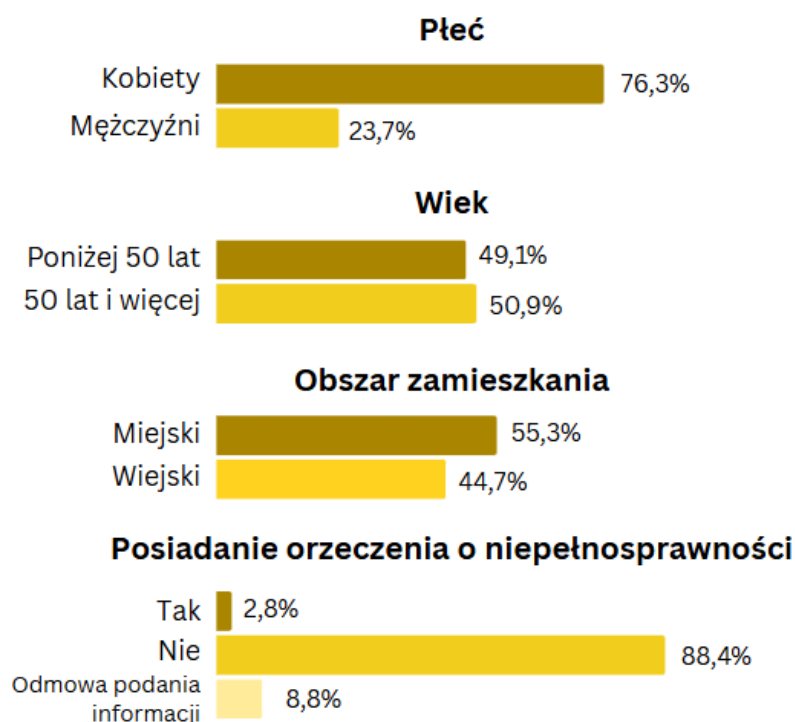
Skuteczność działań wśród grup zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym lub społecznym

Ocena skuteczności działań realizowanych w ramach regionalnych programów zdrowotnych w odniesieniu do grup potencjalnie zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym lub społecznym została oparta na triangulacji trzech źródeł: wyników badania ankietowego uczestników (CAWI/CATI) w przekrojach społeczno-demograficznych, materiału jakościowego z wywiadów z beneficjentami oraz instytucjami uczestniczącymi we wdrażaniu (IDI/TDI), a także informacji dotyczących konstrukcji grup docelowych i wskaźników w projektach. Zestawienie tych perspektyw wskazuje, że skuteczność w grupach narażonych zależy przede wszystkim od dwóch mechanizmów:

- a) realnej dostępności ścieżki wsparcia (logistyka, oparcie o sieć POZ, bliskość usług)
- b) konstrukcji kryteriów dostępu, które mogą sprzyjać dotarciu do grup ryzyka albo – przeciwnie – tworzyć „wykluczenie przez kryteria”.

Na poniższej grafice pokazano rozkład próby zbadanych uczestników RPZ ze względu na ich kluczowe cechy społeczno-demograficzne.

Rysunek 4. Struktura zbadanych uczestników RPZ według płci, wieku, obszaru zamieszkania oraz posiadania orzeczenia o niepełnosprawności

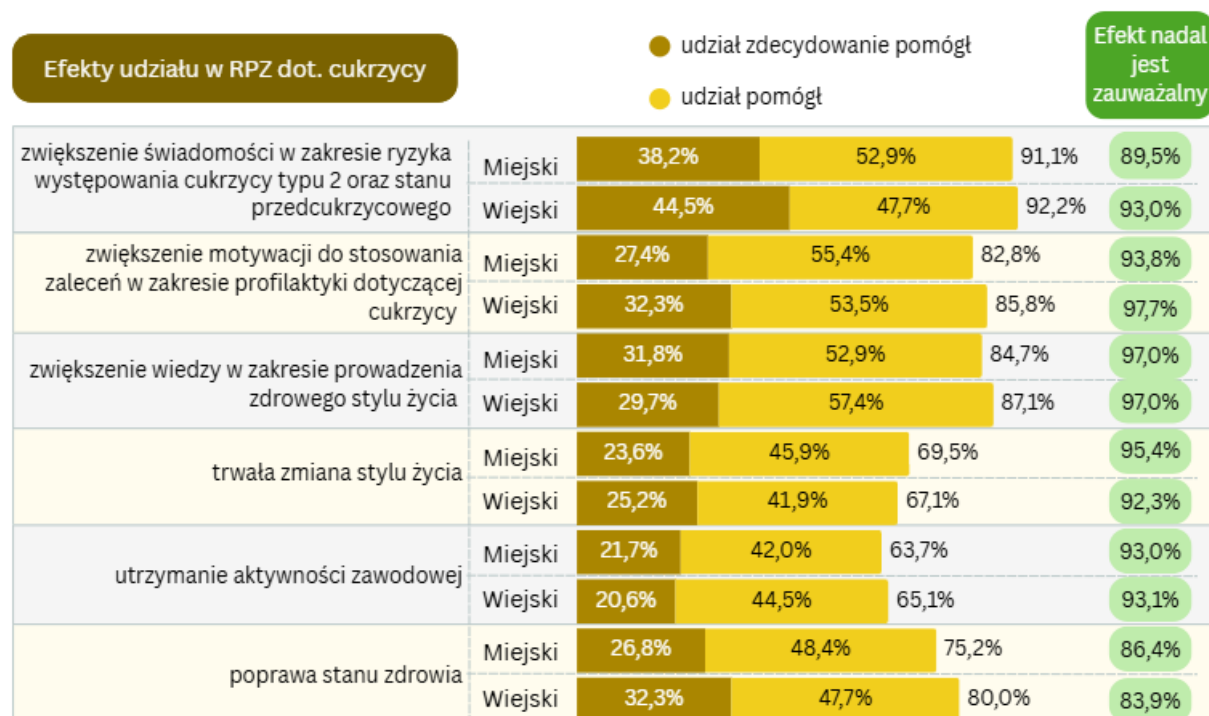


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Wyniki CAWI/CATI nie wskazują na istotnie niższą skuteczność wsparcia wśród mieszkańców obszarów wiejskich w porównaniu do miejskich. Rozkłady ocen efektów i satysfakcji są zbliżone – ewentualne różnice dotyczą raczej „intensywności” oceny (np. częstszy wybór odpowiedzi „raczej” zamiast „zdecydowanie”), a nie jej kierunku. W praktyce oznacza to, że w obrębie grupy uczestników, którym udało się wejść do programów, **miejsce zamieszkania nie różnicuje silnie deklarowanych rezultatów.**

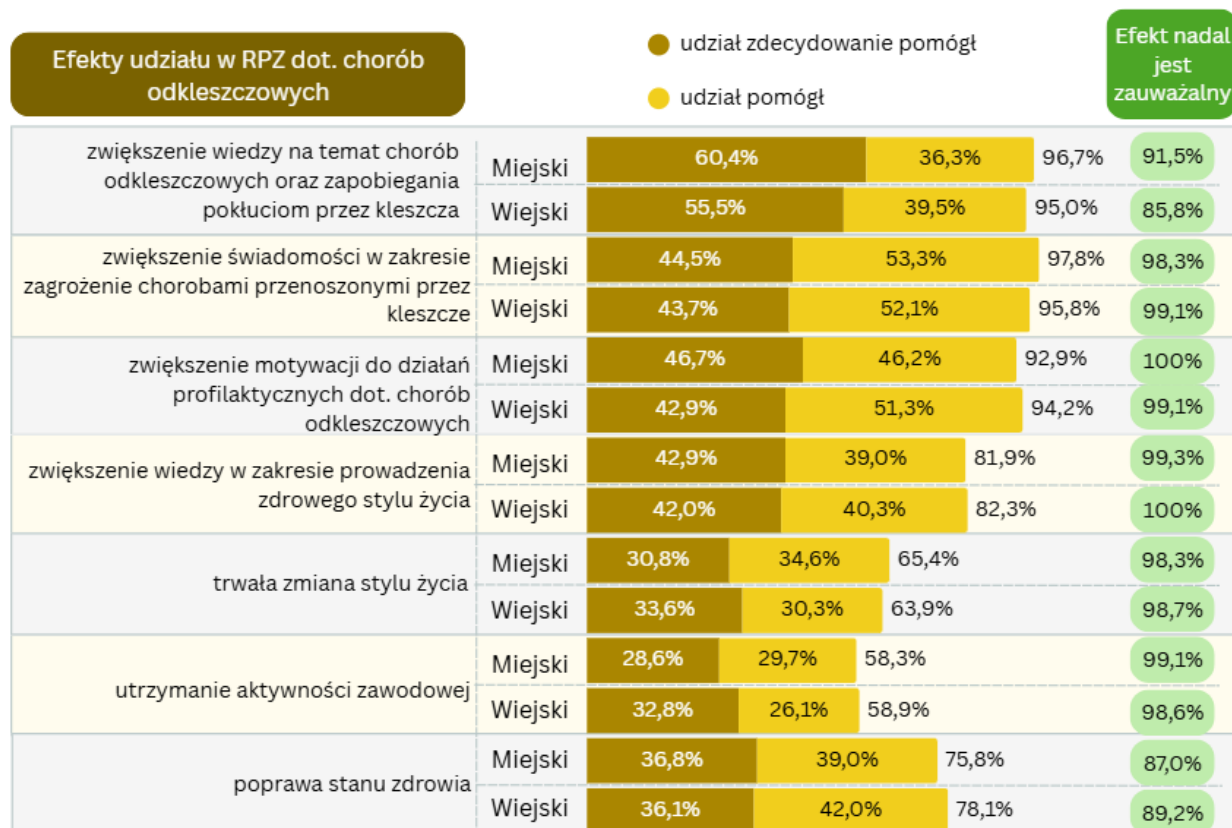
Wnioski jakościowe pomagają wyjaśnić ten obraz: jeden z beneficjentów realizujących projekt w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wskazywał na **dobre dotarcie do gmin wiejskich** oraz duże zapotrzebowanie na tego typu działania poza dużymi ośrodkami. Kluczowym czynnikiem umożliwiającym skuteczne dotarcie miało być oparcie działań na współpracy z placówkami ochrony zdrowia, w tym z placówkami zlokalizowanymi na terenach wiejskich, które chętnie włączały się w realizację programu. Ten wniosek jest spójny z logiką interwencji: analiza dokumentacji i danych zastanych pokazuje, że programy były projektowane jako działania z zakresu profilaktyki i ochrony zdrowia w populacji aktywnej zawodowo, a więc z założenia powinny być możliwe do wdrażania „blisko ludzi”, w środowisku funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Rysunek 5. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na obszar zamieszkania uczestników – RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

Rysunek 6. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na obszar zamieszkania uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

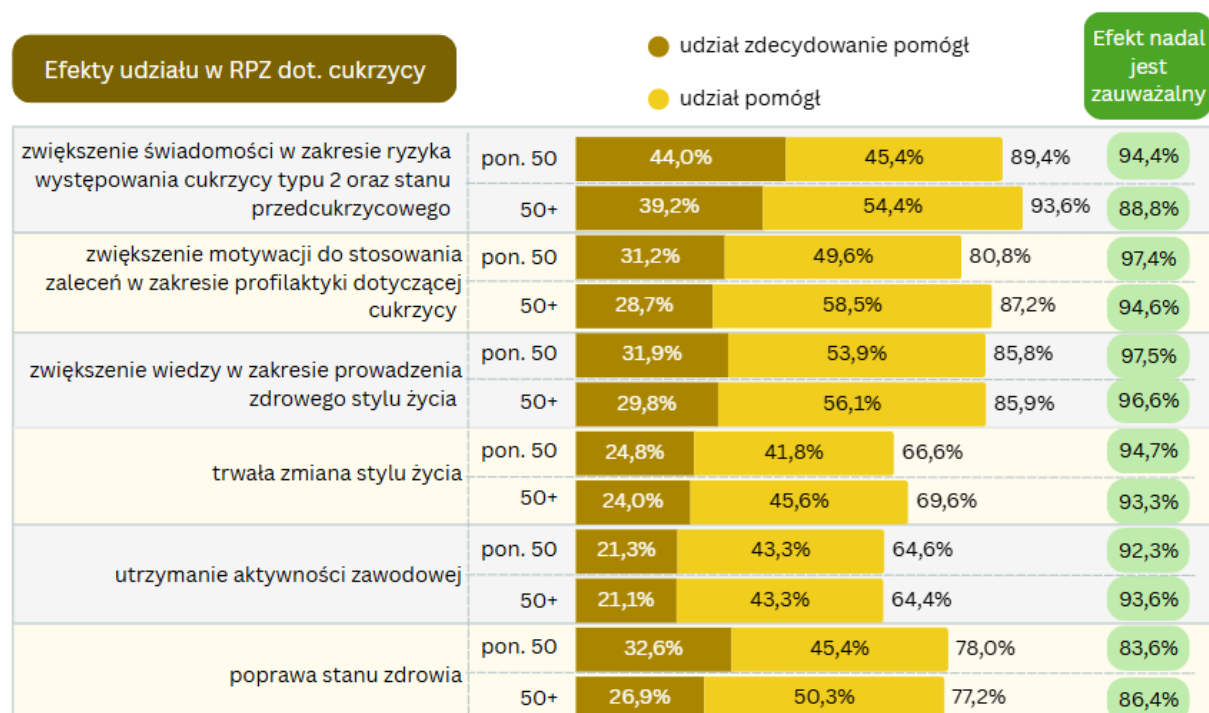
Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że CAWI/CATI objęło wyłącznie osoby, które ostatecznie skorzystały ze wsparcia. W tym sensie wyniki dotyczą skuteczności **wśród uczestników**, natomiast nie przesądzają o tym, czy w równym stopniu udało się dotrzeć do wszystkich potencjalnie potrzebujących na terenach wiejskich. Ta kwestia wraca w jakościowych wątkach związanych z „wykluczeniem przez kryteria” w programie odkleszczowym (o czym poniżej).

Najsilniejszy wątek ryzyka wykluczenia w materiale jakościowym dotyczy programu w obszarze profilaktyki chorób odkleszczowych. Beneficjent tego RPZ mocno akcentował, że kryteria włączenia do wsparcia były na tyle zawężone, iż powodowały sytuację, w której wiele osób realnie narażonych na ekspozycję na kleszcze nie mogło skorzystać mimo dużego zainteresowania. W podobnym kierunku wypowiadała się również IP: z perspektywy wdrażania, zakres interwencji oceniano jako zawężony terytorialnie i grupowo, co mogło ograniczać skuteczność w odniesieniu do realnie zagrożonych populacji (np. mieszkańców wsi i ich rodzin), a także rodzić ryzyko „mijania się” z potrzebą – pomijania części osób narażonych przy jednoczesnym obejmowaniu tych, wśród których pewne praktyki profilaktyczne mogły już być częściowo obecne.

Desk research częściowo tłumaczy genezę tego mechanizmu: grupa docelowa RPZ dot. chorób odkleszczowych została zdefiniowana przede wszystkim przez **ryzyko zawodowe** (rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo) oraz przez koncentrację na powiatach o podwyższonej zachorowalności, co wzmacnia trafność epidemiologiczną interwencji, ale jednocześnie może ograniczać jej dostępność dla osób narażonych w innych okolicznościach (np. rekreacyjnie, rodzinie, w sąsiednich lokalizacjach). W rezultacie skuteczność interwencji w grupach narażonych może być wysoka w obrębie objętej grupy, ale ograniczona w skali populacyjnej, jeżeli kryteria odcinają znaczną część osób rzeczywiście zagrożonych.

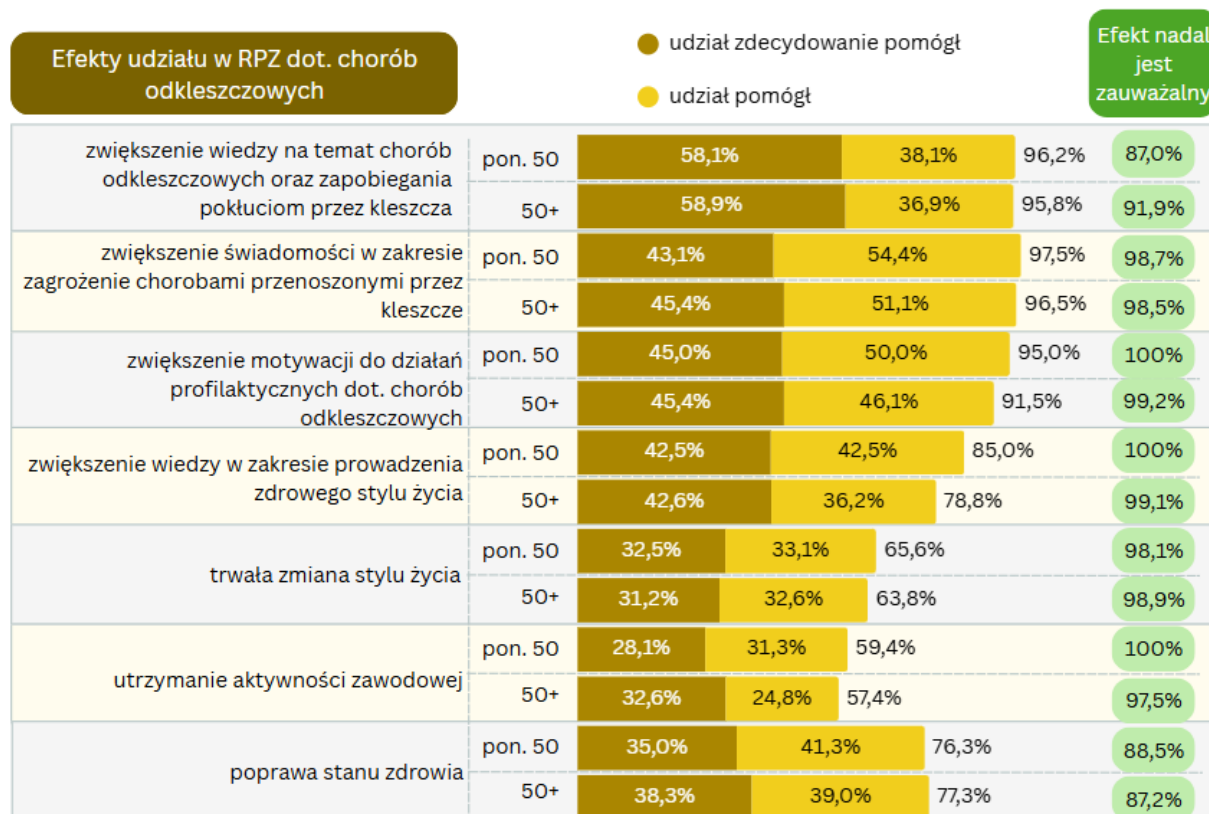
Wyniki CAWI/CATI sugerują, że w starszych grupach uczestników programów dominują oceny pozytywne w odniesieniu do efektów udziału. Jednocześnie – szczególnie w RPZ dot. cukrzycy typu 2 – w starszych grupach wiekowych częściej pojawiała się umiarkowana ocena siły efektu („pomógł” zamiast „zdecydowanie pomógł”), co może wskazywać na bardziej zróżnicowane doświadczenia lub mniejszą łatwość przekładania zaleceń na trwałą zmianę zachowań zdrowotnych. Ten wniosek należy jednak interpretować w kontekście założeń programowych: RPZ dot. cukrzycy typu 2 był adresowany do mieszkańców w wieku 35-64 lat, ponieważ obejmować miał osoby w wieku aktywności zawodowej, co oznacza, że osoby starsze, w wieku 65+, nie były główną grupą docelową programu. Natomiast w obu RPZ wskaźniki dotyczące objęcia wsparciem osób w wieku 50+ były realizowane w wysokim stopniu (w jednym programie blisko pełnej realizacji, w drugim na poziomie około dwóch trzecich wartości docelowej), co wskazuje, że **istotna część odbiorców to osoby w starszej części wieku produkcyjnego, potencjalnie bardziej narażone na bariery zdrowotne.**

Rysunek 7. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na wiek uczestników – RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

Rysunek 8. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na wiek uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

Pozostając przy kontekście wieku mieszkańców, do których kierowane są działania zdrowotne, warto przytoczyć komentarz eksperta biorącego udział w badaniu. Wskazywał on, że w regionalnej perspektywie do grup szczególnie narażonych na pogorszenie zdrowia i ograniczenie samodzielności należą właśnie seniorzy (65+), u których częściej występują choroby przewlekłe i spadek sprawności, co zwiększa zapotrzebowanie na wsparcie zdrowotne i społeczne. Wątek ten wzmacnia zasadność kierowania działań profilaktycznych i diagnostycznych do grup o wyższym ryzyku zdrowotnym oraz projektowania interwencji w sposób możliwie dostępny organizacyjnie.

W badaniu ankietowym, łącznie udział wzięło 17 osób deklarujących posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, w związku z tym interpretacja wyników w tej grupie powinna być ostrożna ze względu na ograniczone liczebności tej podgrupy. Niemniej, w tej grupie relatywnie najwyżej oceniane były efekty „miękkie” (wiedza/świadomość) – w granicach 80-90% ocen pozytywnych. Najbardziej niejednoznaczne (i częściej oceniane krytycznie) były efekty wymagające dłuższego utrzymania zmian: trwała zmiana stylu życia uzyskała łącznie 27,3% ocen pozytywnych, przy 54,6% ocen negatywnych. Podobnie w obszarze utrzymania aktywności zawodowej. W przypadku poprawy stanu zdrowia rozkład odpowiedzi był

bardziej „podzielony”: łącznie 54,6% ocen pozytywnych, ale jednocześnie 45,5% ocen negatywnych.

Podsumowując, w grupie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności program wyraźniej wspierał wzrost wiedzy i świadomości niż trwałe zmiany zachowań oraz efekty związane z funkcjonowaniem zawodowym. Może być to jednak związane ze specyfiką funkcjonowania tej grupy, a ponadto – należy pamiętać o ostrożności w interpretacji tych wyników, ze względu na małą liczebność osób badanych z tej kategorii.

Zestawienie wyników z badań CAWI/CATI, jakościowych relacji beneficjentów oraz ustaleń z analizy danych zastanych prowadzi do wniosku, że **działania realizowane w ramach RPZ były w znacznej mierze skuteczne również wśród grup potencjalnie zagrożonych wykluczeniem – zwłaszcza w wymiarze miejsca zamieszkania (wieś/miasto) i wieku w obrębie wieku produkcyjnego**. Kluczowym czynnikiem sprzyjającym skuteczności jest **osadzenie działań w sieci ochrony zdrowia i bezpośredni kontakt**, co w szczególności ułatwia dotarcie na obszary wiejskie. Jednocześnie istotnym ograniczeniem skuteczności, identyfikowanym w materiale jakościowym i spójnym z analizą logiki interwencji, jest ryzyko „wykluczenia przez kryteria” – zwłaszcza w programie odkleszczowym, gdzie zawężenie grupy docelowej mogło prowadzić do pomijania części osób realnie narażonych.

Ocena jakości i trafności interwencji

W niniejszym rozdziale analiza skupiła się na następujących zagadnieniach:

8) Jak należy ocenić skuteczność, użyteczność i trafność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanego w ramach realizowanych RPZ? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, użyteczne i trafne, a które najmniej i dlaczego?

9) Czy oferowane w ramach programu świadczenia zdrowotne odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Jak została oceniona przez uczestników jakość świadczeń oferowanych w ramach programów? Jakiego rodzaju dodatkowe/ inne świadczenia należałoby dodać do programu w przyszłości?

10) Czy a jeśli tak to jakie znaczenie miało dla Beneficjentów i uczestników finansowanie RPZ z funduszy unijnych (w sensie merytorycznym, organizacyjnym, itp.)?

Skuteczność, użyteczność i trafność narzędzi wsparcia oferowanego w ramach RPZ

Oceniając skuteczność, użyteczność i trafność narzędzi wsparcia zastosowanych w ramach realizowanych Regionalnych Programów Zdrowotnych, w pierwszej kolejności należy odnieść się do zakresu udzielanego wsparcia oraz następnie do tego, z jakich form korzystali uczestnicy i w jakiej skali.

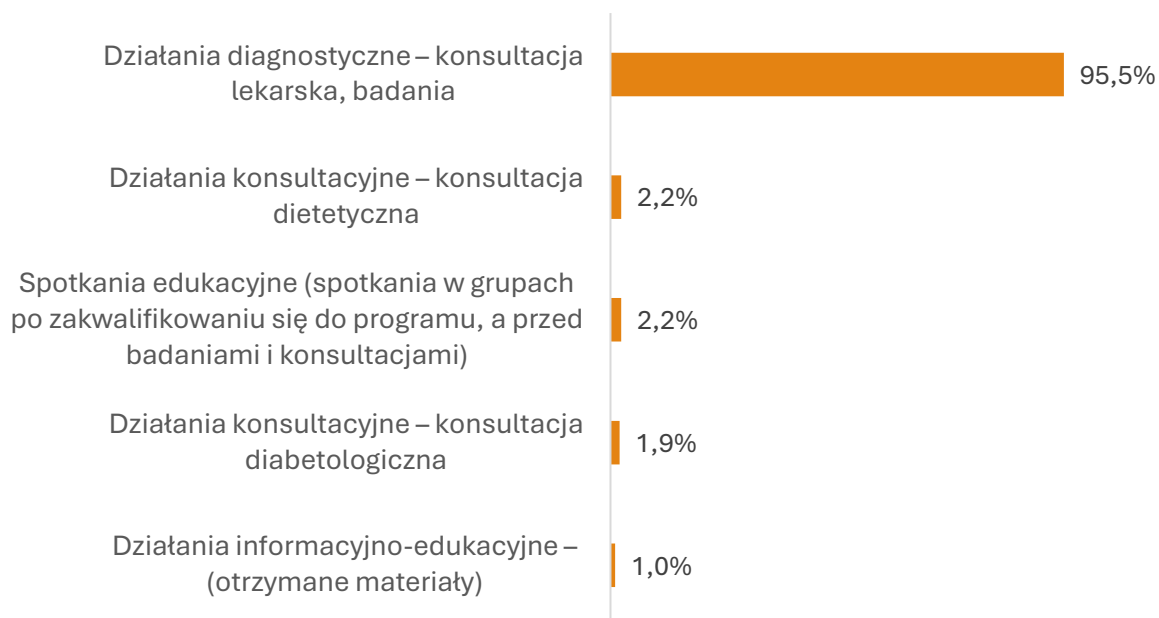
Zakres wsparcia w ramach RPZ dotyczącego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 miał charakter kompleksowy i obejmował działania edukacyjne, diagnostyczne oraz konsultacyjne, uzupełnione systemem monitorowania efektów. Pierwszym komponentem programu były działania informacyjno-edukacyjne, obejmujące rekrutację uczestników oraz spotkania poświęcone zdrowemu stylowi życia, profilaktyce cukrzycy typu 2 oraz podstawowym informacjom dotyczącym choroby i jej leczenia. Celem tych działań było zwiększenie świadomości zdrowotnej uczestników oraz wsparcie ich w zmianie stylu życia, w szczególności w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Drugim elementem były działania diagnostyczne, polegające na ocenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego. Obejmowały one konsultację lekarską, pomiary podstawowych parametrów zdrowotnych, zastosowanie narzędzia oceny ryzyka oraz badania laboratoryjne. W zależności od wyników uczestnicy byli kierowani do dalszego wsparcia lub kończyli udział w projekcie. Trzeci komponent stanowiły działania konsultacyjne, realizowane w formie porad dietetycznych dla osób z podwyższonym ryzykiem oraz konsultacji diabetologicznych dla osób ze stanem przedcukrzycowym. Zakres wsparcia obejmował indywidualne plany żywieniowe, edukację zdrowotną oraz ustalenie celów terapii i zasad dalszego postępowania. Program uzupełniał system oceny skuteczności, oparty na testach wiedzy i ankietach wypełnianych przez uczestników, co umożliwiało bieżącą weryfikację realizacji celów oraz efektów edukacyjnych.

Zakres wsparcia w ramach RPZ dotyczącego chorób odkleszczowych obejmował kompleksowe działania informacyjno-edukacyjne oraz profilaktykę pierwotną w postaci szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. Program miał charakter trójetapowy: obejmował kampanię informacyjno-promocyjną, działania edukacyjne skierowane do pracowników sektorów szczególnie narażonych zawodowo (rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo) oraz kwalifikację lekarską i realizację szczepień ochronnych. Działania informacyjne prowadzono za pomocą wielu kanałów komunikacji. Realizowano je poprzez współpracę z podmiotami POZ i jednostkami samorządu terytorialnego, kampanię medialną (telewizja, strona internetowa, social media, bilbordy, telebimy) oraz dystrybucję materiałów edukacyjnych. Istotnym elementem wsparcia były wykłady edukacyjne realizowane głównie w trybie online, prowadzone przez ekspertów specjalizujących się w tematyce chorób odkleszczowych. Kluczowym komponentem programu była profilaktyka szczepienna, poprzedzona kwalifikacją lekarską i realizowana w dostępnych punktach szczepień, z zastosowaniem przyspieszonego schematu podawania dawek. Program zapewniał pełne wsparcie w zakresie szczepień wszystkim uczestnikom spełniającym kryteria medyczne.

Analiza wyników badania ankietowego uczestników pokazuje, że oba programy w rzeczywistości opierały się na komplementarnym zestawie działań edukacyjnych i medycznych, przy czym ich struktura odzwierciedlała odmienny charakter problemów zdrowotnych, na które odpowiadały.

W przypadku RPZ zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 uczestnicy korzystali przede wszystkim z badań przesiewowych i diagnostycznych, konsultacji diabetologicznych oraz dietetycznych, a także z komponentu edukacyjnego ukierunkowanego na zmianę stylu życia i zwiększenie świadomości zdrowotnej.

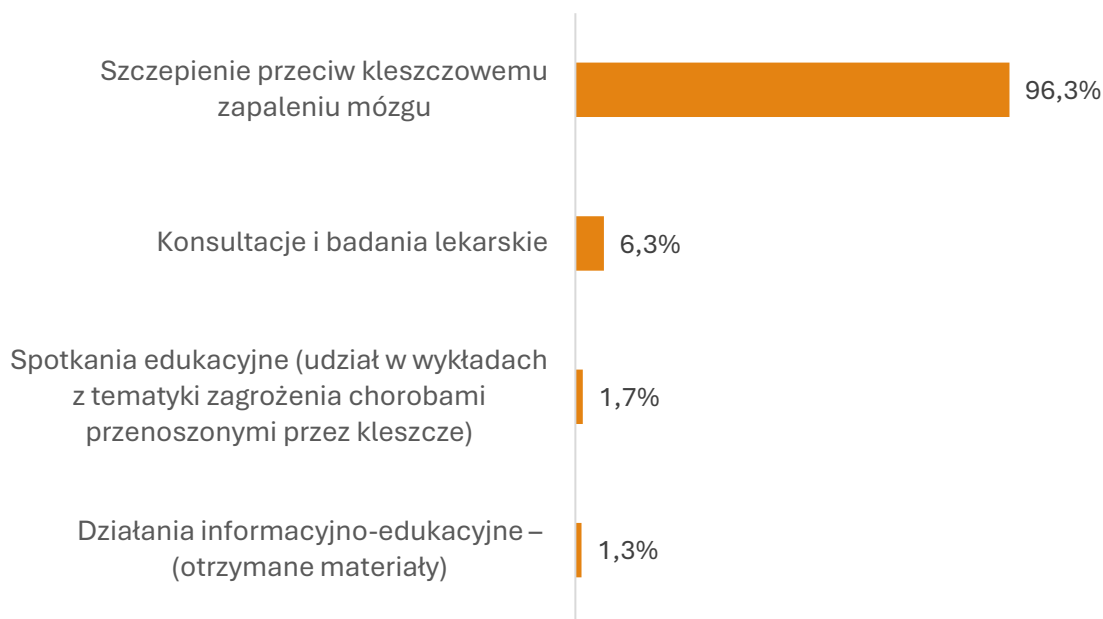
Wykres 7. Rodzaje wsparcia, z których korzystali uczestnicy – RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

Z kolei w RPZ w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych dominującą formą wsparcia były szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (realizowane w pełnym cyklu), uzupełnione działaniami edukacyjnymi dotyczącymi zagrożeń związanych z ekspozycją na kleszcze oraz metod profilaktyki.

Wykres 8. Rodzaje wsparcia, z których korzystali uczestnicy – RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

Już sam rozkład form wsparcia wskazuje, że w obu programach kluczową rolę odgrywały komponenty medyczne – badania diagnostyczne w programie cukrzycowym oraz szczepienia w programie odkleszczowym – podczas gdy działania edukacyjne pełniły funkcję wzmacniającą i uzupełniającą.

Ocena skuteczności i użyteczności poszczególnych narzędzi wsparcia, dokonana przez uczestników, potwierdza tę strukturę. W programie dotyczącym cukrzycy typu 2 najwyższe oceny uzyskały badania przesiewowe oraz konsultacje specjalistyczne. Łącząc te wyniki z wcześniej omawianymi wysokimi wartościami wskaźników dotyczących wykrywalności czynników ryzyka oraz stanu przedcukrzycowego można wnioskować, że komponent diagnostyczny programu pełnił istotną funkcję w identyfikowaniu osób wymagających dalszej opieki medycznej. W połączeniu z konsultacjami specjalistycznymi oznacza to, że narzędzia te miały potencjał bezpośredniego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne uczestników.

Rysunek 9. Ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia uczestników – RPZ dot. cukrzycy

Rodzaj wsparcia	Oceny w jakim stopniu wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia					Oceny pozytywne
	zdecydowanie tak	raczej tak	trudno ocenić	raczej nie	zdecydowanie nie	
Konsultacja diabetologiczna	16,7%	83,3%	-	-	-	100,0%
Konsultacja dietetyczna	14,3%	85,7%	-	-	-	100,0%
Spotkania edukacyjne	57,1%	28,6%	14,3%	-	-	85,7%
Działania diagnostyczne	25,5%	58,7%	11,7%	2,0%	2,0%	84,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

Działania edukacyjne również oceniano pozytywnie, jednak, biorąc pod uwagę całokształt wyników ewaluacji, ich wpływ postrzega się bardziej jako pośredni – związany ze wzrostem wiedzy i motywacji, a nie zawsze z natychmiastową poprawą stanu zdrowia. W wypowiedziach z badań jakościowych pojawiła się przy tym istotna uwaga: o ile sama treść wsparcia była oceniana jako trafna, o tyle w jednym z projektów cukrzycowych wieloetapowość ścieżki oraz obowiązek udziału w rozbudowanych szkoleniach bywały postrzegane jako obciążające dla osób pracujących. W tym sensie słabszym elementem nie było narzędzie jako takie, lecz jego organizacyjna forma realizacji.

Szczepienia przeciwko KZM należały do najwyższej ocenianych form wsparcia w RPZ dotyczącym chorób odkleszczowych. Wysokie odsetki odpowiedzi pozytywnych w badaniu ankietowym wskazują, że uczestnicy postrzegali tę formę wsparcia jako szczególnie istotną z punktu widzenia własnego bezpieczeństwa zdrowotnego. W materiale jakościowym pojawił się ponadto wątek organizacyjnego „prowadzenia” uczestników przez proces szczepień – w tym przypomnień o kolejnych dawkach i koordynacji terminów – co w ocenie beneficjenta zwiększało kompletność realizacji cyklu szczepień.

Rysunek 10. Ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych

Rodzaj wsparcia	Oceny w jakim stopniu wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia					Oceny pozytywne
	zdecydowanie tak	raczej tak	trudno ocenić	raczej nie	zdecydowanie nie	
Działania informacyjno-edukacyjne (materiały)	50,0%	50,0%	-	-	-	100,0%
Konsultacje i badania lekarskie	42,1%	57,9%	-	-	-	100,0%
Szczepienie przeciw KZM	44,5%	50,3%	5,2%	-	-	94,8%
Spotkania edukacyjne	60,0%	20,0%	20,0%	-	-	80,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

Edukacja w zakresie zagrożeń odkleszczowych również była oceniana pozytywnie, zwłaszcza w kontekście zwiększenia świadomości ryzyka i motywacji do działań profilaktycznych. Jednak – podobnie jak w programie cukrzycowym – to komponent medyczny (szczepienie) był postrzegany jako najbardziej wymierny i kluczowy.

Wyniki jakościowe (IDI i TDI) pozwalają jeszcze bardziej pogłębić tę ocenę. Beneficjenci podkreślali, że największą wartością narzędzi o charakterze medycznym była ich dostępność – możliwość wykonania badań czy zaszczepienia się bez ponoszenia kosztów oraz bez długiego oczekiwania. W programie cukrzycowym wskazywano, że konsultacje dietetyczne, które w warunkach rynkowych bywają trudno dostępne lub kosztowne, w ramach RPZ stanowiły realną, użyteczną pomoc. W programie odkleszczowym z kolei podkreślano, że finansowanie pełnego cyklu szczepień znacząco obniżało barierę wejścia i zwiększało gotowość do podjęcia profilaktyki.

Jednocześnie w perspektywie instytucjonalnej (IZ i IP) zwracano uwagę, że choć narzędzia wsparcia były trafne merytorycznie i zgodne z diagnozą epidemiologiczną, to konstrukcja RPZ jako instrumentu cechowała się ograniczoną elastycznością. Sztywność programów

zatwierdzanych na poziomie systemowym utrudniała bieżące modyfikacje w odpowiedzi na problemy rekrutacyjne czy organizacyjne. W przypadku programu odkleszczowego pojawił się dodatkowo wątek zbyt wąsko określonej grupy docelowej, co ograniczało potencjalny zasięg oddziaływania – mimo wysokiej skuteczności samego narzędzia (szczepień).

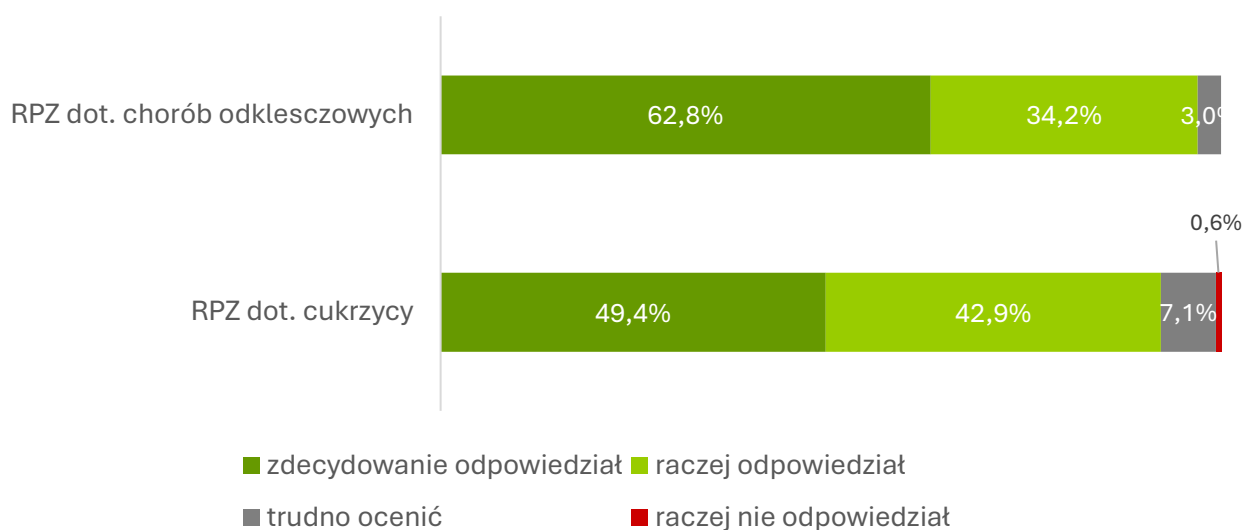
Podsumowując, analiza wskazuje, że najbardziej skuteczne i użyteczne były narzędzia dające bezpośredni, namacalny efekt zdrowotny – badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne oraz szczepienia. Wysoko oceniana była także jakość organizacji procesu wsparcia, zwłaszcza tam, gdzie zapewniano uczestnikom koordynację i ciągłość działań.

Dopasowanie wsparcia do potrzeb grup docelowych

Analiza odpowiedzi na pytanie, czy oferowane w ramach programów świadczenia zdrowotne odpowiadały na potrzeby grupy docelowej oraz jak została oceniona ich jakość, wskazuje na generalnie **wysoką ocenę trafności interwencji w obu Regionalnych Programach Zdrowotnych**. Zarówno w RPZ dotyczącym zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jak i w RPZ w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych dominują opinie potwierdzające, że zakres wsparcia był adekwatny do oczekiwań i sytuacji zdrowotnej uczestników.

W badaniu ankietowym zdecydowana większość respondentów wskazała, że udział w projekcie w dużym lub bardzo dużym stopniu odpowiadał na ich potrzeby. Odpowiedzi negatywne lub ambiwalentne miały charakter marginalny, co świadczy o wysokiej zgodności konstrukcji programów z oczekiwaniami odbiorców. W obu programach dominują odpowiedzi pozytywne, co wskazuje na wysoką trafność zakresu oferowanych świadczeń względem potrzeb uczestników. Odpowiedzi wskazujące na brak dopasowania stanowią niewielki odsetek próby.

Wykres 9. Ocena uczestników, w jakim stopniu udział w RPZ odpowiadał na ich potrzeby



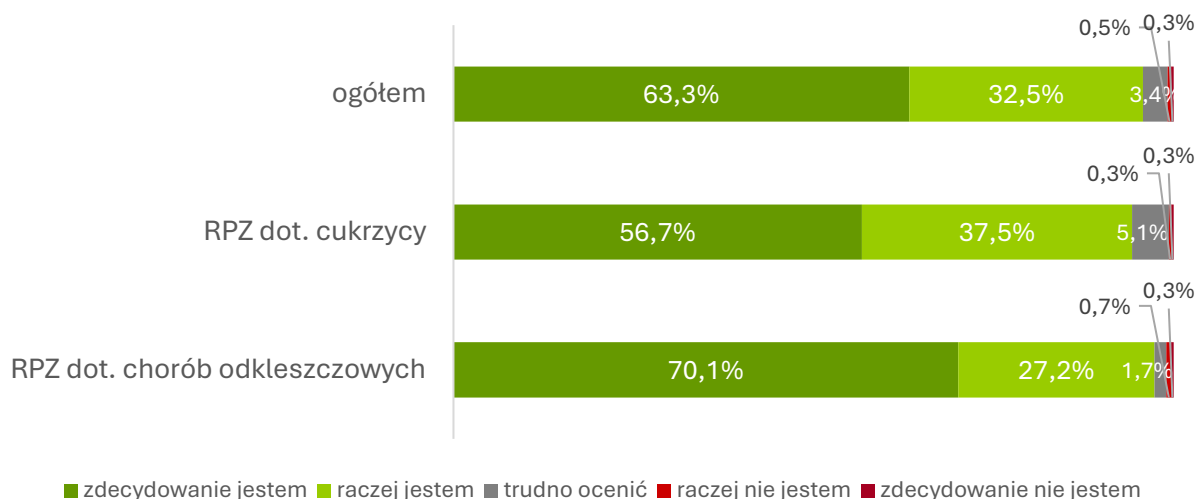
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Materiał jakościowy uzupełnia te dane o wątek „dostępności”, jako kluczowego wymiaru jakości. W przypadku RPZ cukrzycowego podkreślano znaczenie bezpłatnego dostępu do konsultacji dietetycznych i diabetologicznych, które w standardowym systemie ochrony zdrowia bywają trudniej dostępne. W RPZ odkleszczowym wskazywano natomiast na wartość finansowania pełnego cyklu szczepień oraz organizacyjnego „prowadzenia” uczestnika przez kolejne etapy (przypomnienia o dawkach, koordynacja terminów). Te elementy wzmacniały poczucie kompleksowości i jakości świadczenia.

Wyniki badania ankietowego wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji uczestników z przebiegu projektów realizowanych w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych. W ujęciu ogólnym 95,8% respondentów deklaroowało, że jest „zdecydowanie” (63,3%) lub „raczej” (32,5%) usatysfakcjonowanych z przebiegu projektu. Odsetek odpowiedzi negatywnych jest marginalny i nie przekracza 1%.

W podziale na programy satysfakcja była nieco wyższa w przypadku RPZ dotyczącego chorób odkleszczowych, gdzie aż 70,1% uczestników wskazało odpowiedź „zdecydowanie jestem usatysfakcjonowany/a”, a kolejne 27,2% – „raczej jestem usatysfakcjonowany/a”. Łącznie dało to ponad 97% ocen pozytywnych. W RPZ dotyczącym zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 odsetek ocen pozytywnych również był bardzo wysoki i wyniósł 94,2% (56,7% odpowiedzi „zdecydowanie” oraz 37,5% „raczej”).

Wykres 10. Ocena uczestników, w jakim stopniu są usatysfakcjonowani z przebiegu projektów w ramach RPZ



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Uzupełniające odpowiedzi otwarte osób, które wskazały brak satysfakcji (łącznie 5 wskazań), pozwalają doprecyzować charakter zgłaszanych zastrzeżeń. Dotyczyły one przede wszystkim kwestii organizacyjnych oraz komunikacyjnych, a nie merytorycznej zasadności programu. W przypadku RPZ dotyczącego chorób odkleszczowych powtarzał się wątek braku informacji o trzeciej dawce szczepionki lub braku jej realizacji mimo wcześniejszych zapowiedzi (należy

jednak pamiętać, że były to jednostkowe przypadki; ogółem organizacja i koordynacja procesu przypominania o kolejnych dawkach przedstawia się w badaniu pozytywnie). W odniesieniu do obu programów pojawiły się również pojedyncze sygnały dotyczące długiego czasu oczekiwania na badania, niewystarczającej informacji ze strony personelu oraz oceny jakości obsługi medycznej. Ponownie jednak – są to pojedyncze głosy uczestników.

Podsumowując więc, zidentyfikowane uwagi mają charakter jednostkowy i nie podważają ogólnie bardzo wysokiej oceny przebiegu projektów. Jednocześnie wskazują na znaczenie sprawnej komunikacji z uczestnikami (w szczególności w zakresie harmonogramu świadczeń) oraz organizacji pracy punktów realizujących wsparcie, jako elementów wpływających na poziom satysfakcji.

Wyniki odpowiedzi na pytanie dotyczące obszarów wymagających ulepszeń wskazują na bardzo wysoką ogólną ocenę realizowanych projektów. **Aż 75,5% respondentów zadeklarowało, że ich zdaniem nic nie wymaga poprawy**, co potwierdza wysoki poziom satysfakcji z przebiegu i organizacji wsparcia.

Wśród wskazywanych obszarów potencjalnych usprawnień najczęściej pojawiały się badania diagnostyczne lub elementy medyczne realizowane w projekcie (14,0%). Może to sugerować potrzebę dalszego rozszerzania zakresu badań, zwiększenia ich dostępności lub skrócenia czasu oczekiwania. W dalszej kolejności respondenci wskazywali na kwestie związane z organizacją działań (5,1%) oraz komunikacją i przekazywaniem informacji uczestnikom (4,4%), co koresponduje z pojedynczymi uwagami jakościowymi dotyczącymi informowania o kolejnych etapach wsparcia.

Rzadziej wskazywano na potrzebę zmian w zakresie czasu trwania projektu lub liczby wizyt (3,0%), jakości działań edukacyjnych (2,6%), konsultacji specjalistycznych (2,3%) czy podejścia i obsługi ze strony personelu (1,5%). Bardzo marginalnie (0,3%) wskazywano na konieczność modyfikacji samego zakresu oferowanego wsparcia.

Struktura odpowiedzi pokazuje, że postulaty zmian miały charakter punktowy i dotyczyły przede wszystkim aspektów organizacyjno-diagnostycznych, a nie fundamentalnych założeń programów. W połączeniu z wysokim odsetkiem osób niewidzących potrzeby modyfikacji, wyniki te wskazują na dobrą ocenę jakości i trafności realizowanych interwencji, przy jednoczesnym potencjale do dalszego doskonalenia rozwiązań operacyjnych.

Wykres 11. Obszary, w których uczestnicy RPZ widzą przestrzeń do ulepszania podobnych projektów w przyszłości



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Podsumowując, świadczenia zdrowotne oferowane w ramach obu RPZ można ocenić jako trafne względem potrzeb grup docelowych oraz generalnie wysoko oceniane pod względem jakości. Można przy tym wskazać również wyniki dotyczące uzyskiwanych efektów wsparcia oraz w jakim stopniu przyczyniły się do ich osiągnięcia poszczególne formy wsparcia (wysokie oceny, por. wykresy 1 i 2 oraz rysunki 9 i 10). Największą wartość przypisywano elementom o bezpośrednim wymiarze medycznym (badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, szczepienia), natomiast obszary wymagające ewentualnych zmian dotyczyły przede wszystkim organizacji i dostępności wsparcia, a nie jego merytorycznej zawartości.

Znaczenie finansowania RPZ z funduszy unijnych

Finansowanie Regionalnych Programów Zdrowotnych ze środków Unii Europejskiej miało istotne znaczenie zarówno z perspektywy instytucjonalnej (beneficjentów i instytucji wdrażających), jak i – w określonym zakresie – z perspektywy samych uczestników projektów. Analiza materiału ilościowego i jakościowego pozwala uchwycić dwa komplementarne wymiary tego znaczenia: wymiar warunkujący realizację interwencji oraz wymiar percepcyjny, związany z odbiorem finansowania przez uczestników.

Z danych z badania ankietowego wynika, że świadomość źródła finansowania nie była powszechna wśród uczestników. Na pytanie „Czy wiedział/a Pan/i, że projekt był finansowany ze środków Unii Europejskiej?” twierdząco odpowiedziało 47,5% respondentów, 22,5% wskazało, że nie miało takiej wiedzy, natomiast 30,0% nie pamiętało tej informacji.

Oznacza to, że niemal połowa uczestników była świadoma unijnego źródła finansowania, jednak dla znacznej części respondentów informacja ta nie była elementem zapamiętanym lub kluczowym z punktu widzenia udziału w projekcie.

Wśród osób, które wiedziały o finansowaniu unijnym, zapytano dodatkowo, czy miało ono znaczenie przy podejmowaniu decyzji o udziale w projekcie. Odpowiedzi wskazują, że dla większości respondentów informacja ta nie była decydująca: 35,7% odpowiedziało „raczej nie”, a 27,8% „zdecydowanie nie”. Jednocześnie łącznie 34,7% badanych wskazało, że finansowanie UE miało dla nich znaczenie (14,4% „zdecydowanie tak”, 20,3% „raczej tak”).

Wykres 12. Opinia uczestników RPZ, czy informacja o finansowaniu ze środków z UE miała dla nich znaczenie przy decyzji w udziale

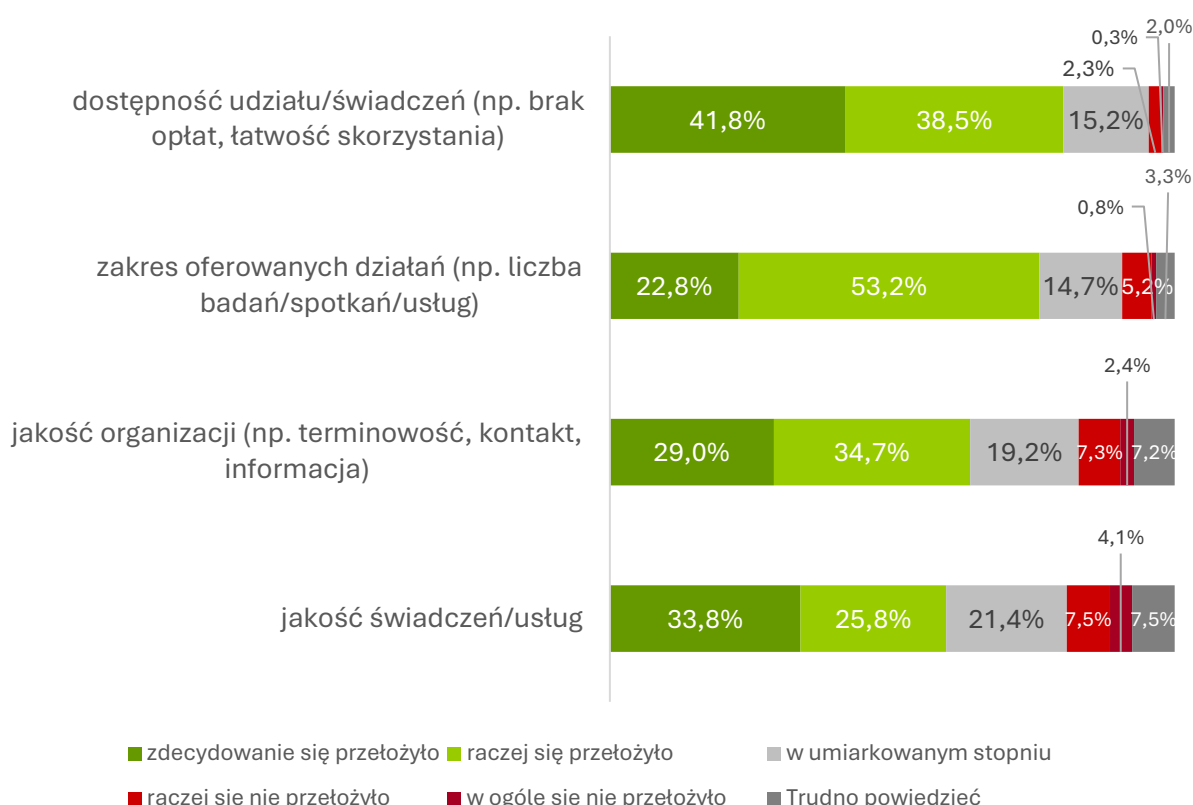


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=291 (tylko ci respondenci, którzy odpowiedzieli w ankiecie, że wiedzą, że projekt był finansowany ze środków UE).

Wyniki te pokazują, że choć świadomość finansowania była umiarkowana, to samo źródło środków nie stanowiło dla większości uczestników kluczowego czynnika motywującego do udziału. Decyzja o uczestnictwie była prawdopodobnie determinowana przede wszystkim dostępnością świadczeń i ich zakresem, a nie marką czy źródłem finansowania jako takim.

Jednocześnie w pytaniu dotyczącym wpływu finansowania UE na konkretne aspekty projektu respondenci wyraźnie dostrzegali jego przełożenie na wymiar organizacyjny i merytoryczny realizowanych działań. Najsilniej akcentowany był wpływ na dostępność udziału i świadczeń – 41,8% respondentów uznało, że finansowanie „zdecydowanie się przełożyło” na brak opłat i łatwość skorzystania ze wsparcia, a 38,5% – że „raczej się przełożyło” (łącznie 80,3% odpowiedzi pozytywnych). Niemal równie wysoki odsetek wskazań dotyczył wpływu na zakres oferowanych działań (22,8% „zdecydowanie”, 53,2% „raczej” – łącznie 76,0%). W odniesieniu do jakości organizacji projektu 63,7% badanych dostrzegło pozytywne przełożenie finansowania UE (29,0% „zdecydowanie”, 34,7% „raczej”), a w przypadku jakości świadczeń i usług – 59,6% (33,8% „zdecydowanie”, 25,8% „raczej”).

Wykres 13. Ocena uczestników RPZ, w jakim stopniu finansowanie ze środków UE mogło przełożyć się na poniższe kwestie związane z projektem



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Oznacza to, że nawet jeśli informacja o finansowaniu UE nie była czynnikiem decyzyjnym dla uczestników, to w ich ocenie środki unijne realnie przełożyły się na bezpłatność, skalę, zakres oraz jakość oferowanego wsparcia. Szczególnie silnie wybrzmiewa wątek dostępności – rozumianej jako brak barier finansowych i możliwość skorzystania ze świadczeń bez ponoszenia kosztów.

Wyniki ilościowe znajdują jednoznaczne potwierdzenie w materiale jakościowym. W wywiadach z beneficjentami panowała pełna zgodność co do tego, że **finansowanie z funduszy UE było warunkiem koniecznym realizacji programów w analizowanej skali i formule**. Respondenci podkreślali, że **bez dofinansowania nie byłoby możliwe zapewnienie bezpłatnych świadczeń, szerokiego zakresu działań ani prowadzenie aktywnych działań rekrutacyjnych**. W przypadku programu dotyczącego chorób odkleszczowych szczególnie akcentowano wzrost kosztów po pandemii COVID-19, który dodatkowo zwiększył znaczenie wsparcia finansowego.

Z perspektywy instytucjonalnej (IP) wskazywano jednak również drugi wymiar finansowania unijnego – związany z wysokim poziomem formalizmu, obciążeniami administracyjnymi i kosztami proceduralnymi wdrażania projektów. O ile więc dla beneficjentów i uczestników finansowanie UE oznaczało przede wszystkim możliwość realizacji realnych świadczeń

zdrowotnych w formule bezpłatnej, o tyle dla instytucji wdrażających wiązało się ono także z dodatkowymi wymogami sprawozdawczymi i organizacyjnymi.

Podsumowując, znaczenie finansowania RPZ ze środków UE można ocenić jako fundamentalne na poziomie systemowym i realizacyjnym – warunkowało ono możliwość uruchomienia i utrzymania programów w przyjętej skali, zapewniało ich bezpłatność oraz szeroki zakres działań. Z perspektywy uczestników źródło finansowania nie było najczęściej czynnikiem decydującym o udziale, jednak było postrzegane jako istotny element umożliwiający dostępność i jakość wsparcia.

Trwałość efektów i zmiana postaw uczestników

W niniejszym rozdziale analiza skupiła się na następujących zagadnieniach:

11) Czy udzielona w ramach programu pomoc była doraźna czy długotrwała? Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników? Jeśli tak, to jakich? Jeśli nie, to dlaczego?

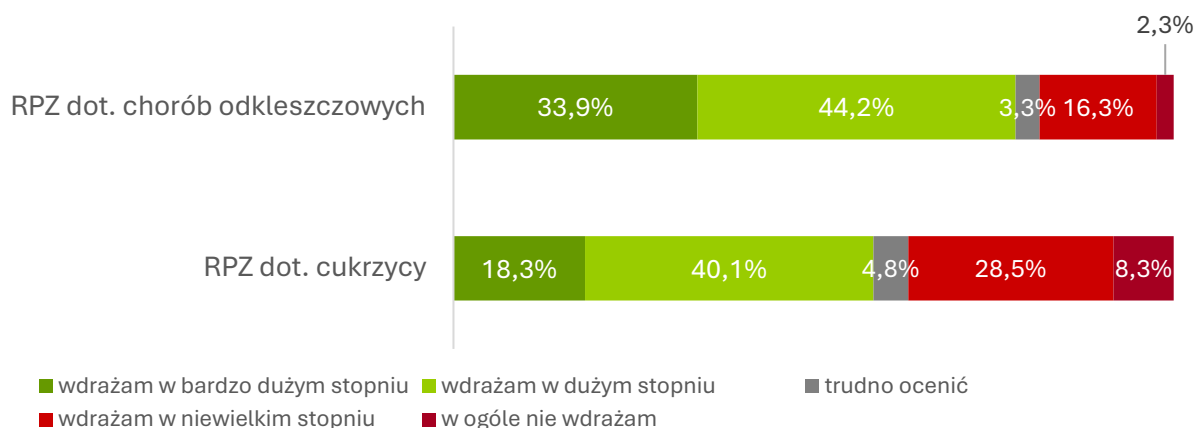
12) Czy i w jakim stopniu efekty osiągnięte w ramach poszczególnych RPZ są trwałe? Jakie czynniki decydowały o trwałości efektów programów?

Analiza trwałości wsparcia udzielonego w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych wskazuje, że charakter pomocy – doraźny lub długotrwały – był zróżnicowany w zależności od typu interwencji oraz specyfiki problemu zdrowotnego. W obu programach można zidentyfikować zarówno komponenty o charakterze jednorazowym (diagnostycznym), jak i takie, które potencjalnie uruchamiały długofalowe zmiany w zachowaniach zdrowotnych uczestników.

Z perspektywy uczestników, deklaracje dotyczące wdrażania zaleceń i wiedzy uzyskanej w projekcie wskazują na istotny poziom utrzymania efektów po zakończeniu udziału. W przypadku RPZ dotyczącego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 łącznie 58,4% respondentów deklarowało, że wdraża zalecenia w dużym (40,1%) lub bardzo dużym stopniu (18,3%). Jednocześnie 36,8% wskazało, że robi to w niewielkim stopniu (28,5%) lub w ogóle (8,3%).

W RPZ dotyczącym chorób odkleszczowych poziom deklarowanej trwałości jest wyraźnie wyższy – 78,1% respondentów wskazało, że nadal wdraża uzyskaną wiedzę i zalecenia w dużym (44,2%) lub bardzo dużym stopniu (33,9%), a jedynie 16,3% w niewielkim stopniu i 2,3% w ogóle.

Wykres 14. Ocena uczestników RPZ, w jakim stopniu nadal wdrażają oni w życie elementy zaleceń i wiedzy uzyskanej podczas udziału w projekcie

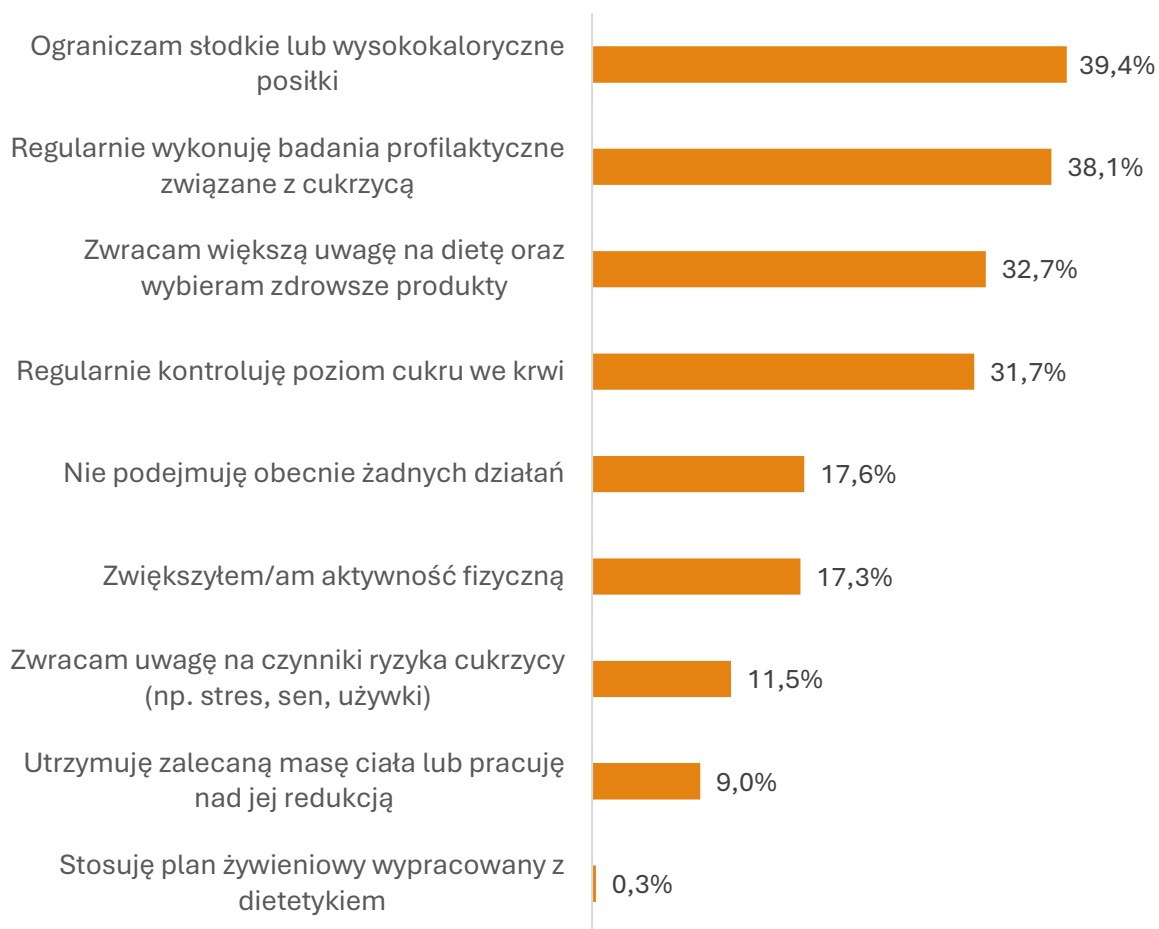


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Dane te sugerują, że w przypadku programu odkleszczowego trwałość efektów – przynajmniej w wymiarze deklaracyjnym – jest silniejsza niż w programie cukrzycowym. Może to wynikać z odmiennego charakteru działań: w przypadku chorób odkleszczowych zmiana dotyczy przede wszystkim konkretnych, stosunkowo łatwych do wdrożenia zachowań ochronnych, natomiast w przypadku cukrzycy wymaga ona często głębokiej i długotrwałej modyfikacji stylu życia.

Struktura podejmowanych obecnie działań potwierdza, że w obu programach wystąpiły efekty wykraczające poza sam moment udziału w projekcie. W RPZ dotyczącym cukrzycy typu 2 najczęściej wskazywano na ograniczanie słodkich lub wysokokalorycznych posiłków (39,4%), regularne wykonywanie badań profilaktycznych związanych z cukrzycą (38,1%), większą dbałość o dietę i wybór zdrowszych produktów (32,7%) oraz regularną kontrolę poziomu cukru we krwi (31,7%). Część respondentów deklarowała także zwiększenie aktywności fizycznej (17,3%) czy utrzymywanie/ redukcję masy ciała (9,0%). Jednocześnie 17,6% badanych wskazało, że nie podejmuje obecnie żadnych działań.

Wykres 15. Działania, jakie podejmują uczestnicy obecnie w związku z udziałem w projekcie – RPZ dot. cukrzycy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy).

W RPZ dotyczącym chorób odkleszczowych dominują zachowania profilaktyczne związane z codzienną ochroną: 63,5% respondentów stosuje środki ochrony osobistej (np. repelenty, odpowiednią odzież), 60,5% dokładniej sprawdza ciało po przebywaniu w terenie zielonym, a 57,1% zwraca większą uwagę na profilaktykę przeciw ukąszeniom kleszczy. Ponadto 24,6% deklaruje szybszą reakcję po zauważeniu ukąszenia (np. konsultację lekarską), a 15,9% kontynuuje szczepienia (np. dawki przypominające). Odsetek osób niepodejmujących obecnie żadnych działań wynosi 18,6%.

Wykres 16. Działania, jakie podejmują uczestnicy obecnie w związku z udziałem w projekcie – RPZ dot. chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych).

Wyniki te wskazują, że w obu programach wystąpiły trwałe elementy zmiany zachowań prozdrowotnych, przy czym ich charakter jest odmienny. W programie cukrzycowym zmiana dotyczy przede wszystkim modyfikacji stylu życia (dieta, aktywność, kontrola parametrów zdrowotnych) oraz włączenia części uczestników w systematyczną diagnostykę. W programie odkleszczowym trwałość przejawia się głównie w utrwaleniu konkretnych praktyk ochronnych oraz – w części przypadków – w kontynuacji szczepień.

Materiał jakościowy pozwala lepiej zrozumieć tę różnicę. Beneficjenci realizujący RPZ dotyczący cukrzycy wskazywali, że pomoc łączyła element doraźny (diagnostyka „tu i teraz”) z potencjalnie długotrwałym – w sytuacjach, gdy uczestnicy zostali włączeni do dalszego

leczenia lub monitoringu. Jednocześnie trwała zmiana zachowań oceniana była ostrożnie; częściej mówiono o poprawie widocznej „w trakcie programu” niż o udokumentowanych efektach po jego zakończeniu. Brak systematycznego monitoringu po kilku miesiącach od udziału ogranicza możliwość jednoznacznej oceny długofalowych skutków przez samych beneficjentów, realizatorów projektów.

W przypadku RPZ dotyczącego chorób odkleszczowych długotrwałość ma bardziej jednoznaczny wymiar medyczny – pełny cykl szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu zapewnia ochronę na kilka lat, a część uczestników domykała cykl także po zakończeniu projektu. Oznacza to, że element trwałości jest tu wbudowany w samą konstrukcję interwencji.

Z perspektywy instytucjonalnej (IP) wskazywano, że brak jest narzędzi pozwalających na systematyczną ocenę utrzymania zmian zachowań po zakończeniu projektu. Trwałość efektów zależy w dużej mierze od indywidualnej motywacji uczestników.

Podsumowując, pomoc udzielona w ramach RPZ miała charakter mieszany. W obu programach występował komponent doraźny (diagnostyka, jednorazowe świadczenia), jednak widoczne są również elementy o charakterze długotrwałym – w programie cukrzycowym przede wszystkim w postaci utrzymywanych zachowań zdrowotnych i kontynuacji badań, a w programie odkleszczowym zarówno w postaci ochrony poszczepiennej, jak i utrwalonych praktyk profilaktycznych. Trwała zmiana zachowań prozdrowotnych jest bardziej jednoznacznie widoczna w zakresie działań ochronnych związanych z chorobami odkleszczowymi, natomiast w przypadku cukrzycy ma charakter bardziej różnicowany i zależny od indywidualnej gotowości do modyfikacji stylu życia.

Analiza trwałości efektów osiągniętych w ramach obu RPZ wskazuje, że interwencje generowały rezultaty wykraczające poza sam moment udziału w projekcie, przy czym mechanizm i skala tej trwałości różniły się pomiędzy programem dotyczącym cukrzycy typu 2 a programem w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych.

W przypadku RPZ dotyczącego cukrzycy typu 2 dane ilościowe pokazują, że najwyższą trwałość osiągnięto w obszarze efektów edukacyjnych i świadomościowych. Odsetek osób, które wskazały, że udział w projekcie pomógł im zwiększyć świadomość ryzyka cukrzycy (91,7%), natomiast wśród tych osób 91,3% deklaroowało, że efekt ten nadal jest zauważalny. W zakresie wiedzy dotyczącej zdrowego stylu życia odnotowano 85,9% ocen pozytywnych oraz 97,0% wskazań, że efekt nadal jest odczuwalny. W zakresie motywacji do stosowania zaleceń profilaktycznych również zauważamy wysokie wyniki (odpowiednio 84,3% oraz 95,8%). Oznacza to, że efekty poznawcze i związane ze zmianą postaw uczestników nie tylko zostały osiągnięte, ale w ocenie uczestników utrzymują się w czasie.

Rysunek 11. Trwałość efektów w ocenie uczestników – RPZ dot. cukrzycy

Efekt	Oceny pozytywne: udział we wsparciu pomógł uzyskać efekt*	Efekt nadal jest zauważalny
Zwiększenie świadomości w zakresie ryzyka występowania cukrzycy typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego	91,7%	91,3%
Zwiększenie wiedzy w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia	85,9%	97,0%
Zwiększenie motywacji do stosowania zaleceń w zakresie profilaktyki dotyczącej cukrzycy	84,3%	95,8%
Trwała zmiana stylu życia	68,3%	93,9%
Utrzymanie aktywności zawodowej	42,1%	93,0%
Poprawa stanu zdrowia	42,1%	85,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=312 (tylko uczestnicy RPZ dot. cukrzycy) – przy czym na pytanie, czy dany efekt nadal jest zauważalny, odpowiadali tylko ci respondenci, którzy wcześniej pozytywnie ocenili wpływ wsparcia na uzyskanie danego efektu. *Skumulowany odsetek odpowiedzi pozytywnych, tj. „udział zdecydowanie pomógł” i „udział pomógł”.

Na tym tle bardziej złożenie prezentuje się kwestia trwałej zmiany stylu życia oraz efektów zdrowotnych. Choć 68,3% respondentów wskazało, że udział w programie pomógł im w trwałej zmianie stylu życia, aż 93,9% spośród tych osób deklarowało, że efekt ten nadal jest zauważalny. Podobnie w przypadku poprawy stanu zdrowia – 42,1% wskazań pozytywnych na etapie oceny efektu i następnie spośród nich 85,1% potwierdzeń jego utrzymywania się. W praktyce oznacza to, że choć nie wszyscy uczestnicy doświadczyli zmiany, to wśród tych, którzy ją odnotowali, ma ona charakter względnie stabilny. **Najslabiej ocenianym efektem – zarówno w momencie udziału, jak i w perspektywie trwałości – było utrzymanie aktywności zawodowej (42,1% wskazań pozytywnych), co może wynikać z faktu, że nie dla wszystkich uczestników był to bezpośredni lub istotny wymiar wsparcia.**

W programie dotyczącym chorób odkleszczowych obraz trwałości jest jeszcze silniejszy. Odsetki osób wskazujących, że efekty nadal są zauważalne, przekraczają 98% w przypadku świadomości zagrożeń (98,6%), motywacji do działań profilaktycznych (99,6%), wiedzy o zdrowym stylu życia (99,6%), trwałej zmiany stylu życia (98,5%) oraz utrzymania aktywności zawodowej (98,9%). Również poprawa stanu zdrowia, choć niższa w momencie oceny efektu (76,7%), była w 87,9% przypadków wskazywana jako nadal odczuwalna.

Rysunek 12. Trwałość efektów w ocenie uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych

Efekt	Oceny pozytywne: udział we wsparciu pomógł uzyskać efekt*	Efekt nadal jest zauważalny
Zwiększenie świadomości w zakresie zagrożenie chorobami przenoszonymi przez kleszcze	97,0%	98,6%
Zwiększenie wiedzy na temat chorób odkleszczowych oraz zapobiegania pokłuciom przez kleszcza	96,0%	89,3%
Zwiększenie motywacji do działań profilaktycznych dot. chorób odkleszczowych	93,4%	99,6%
Zwiększenie wiedzy w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia	82,1%	99,6%
Poprawa stanu zdrowia	76,7%	87,9%
Trwała zmiana stylu życia	64,8%	98,5%
Utrzymanie aktywności zawodowej	58,5%	98,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=301 (tylko uczestnicy RPZ dot. chorób odkleszczowych) – przy czym na pytanie, czy dany efekt nadal jest zauważalny, odpowiadali tylko ci respondenci, którzy wcześniej pozytywnie ocenili wpływ wsparcia na uzyskanie danego efektu. *Skumulowany odsetek odpowiedzi pozytywnych, tj. „udział zdecydowanie pomógł” i „udział pomógł”.

Tak wysoki poziom deklarowanej trwałości w programie odkleszczowym koresponduje z jego specyfiką medyczną – szczepienie przeciw KZM daje kilkuletnią ochronę biologiczną, co wprost przekłada się na obiektywny, długoterminowy efekt zdrowotny. W tym sensie trwałość jest tu „wbudowana” w mechanizm interwencji. W przypadku programu cukrzycowego trwałość zależy w większym stopniu od dalszych decyzji i zachowań uczestnika – kontynuowania badań, utrzymania diety, aktywności fizycznej czy wejścia w system leczenia.

Wnioski z badań jakościowych potwierdzają tę różnicę. Beneficjenci wskazywali dwa podstawowe filary trwałości: medyczny oraz edukacyjny. W programie odkleszczowym trwałość ma wymiar kliniczny – ochrona poszczepienna utrzymuje się przez kilka lat, a część uczestników kontynuowała cykl szczepień również po zakończeniu projektu. W programie cukrzycowym trwałość medyczna jest warunkowa – pojawia się wtedy, gdy uczestnik po wykryciu nieprawidłowości wchodzi w dalszą ścieżkę leczenia. **Jednocześnie w obu programach jako szczególnie istotny wskazywany był efekt edukacyjny: wzrost świadomości, wiedzy i skłonności do profilaktyki.**

Przedstawiciele instytucji związanych z wdrażaniem interwencji zwracali uwagę, że to właśnie komponent edukacyjny może być najbardziej trwałym rezultatem RPZ – nawet jeśli działania medyczne mają charakter punktowy. Jednocześnie zarówno IP, jak i część beneficjentów, podkreślali brak systemowych narzędzi monitorowania efektów w dłuższej perspektywie (np. 6–12 miesięcy po zakończeniu udziału), co ogranicza możliwość twardej weryfikacji trwałości w wymiarze behawioralnym i zdrowotnym.

W ujęciu eksperckim trwałość efektów zdrowotnych w programach profilaktycznych jest w dużej mierze pochodną mechanizmów edukacyjnych i behawioralnych. Ekspert wskazywał, że powtarzalna, wielokanałowa edukacja oraz „osłuchanie” z przekazem zwiększają szansę, że **zalecenia staną się elementem rutyny i przełożą się na utrwalanie prozdrowotnych nawyków**. W tym kontekście istotne są również elementy wzmacniające samoświadomość i sprawczość uczestnika — w szczególności samomonitorowanie podstawowych parametrów zdrowotnych (np. glukozy, ciśnienia) oraz gotowość do konsultacji wyników z personelem medycznym. Ekspert zwracał też uwagę na potencjał prostych narzędzi (np. mobilnych aplikacji prozdrowotnych) wspierających utrzymanie zmian.

Na podstawie triangulacji danych można wskazać kluczowe czynniki sprzyjające trwałości efektów:

- jakość i intensywność komponentu edukacyjnego,
- możliwość kontynuacji działań poza projektem (leczenie, dawki przypominające),
- dostęp do specjalistów i jasne ścieżki dalszego postępowania,
- indywidualna motywacja uczestnika,

- organizacyjne „prowadzenie” procesu (np. przypomnienia o kolejnych dawkach szczepienia).

Podsumowując, **efekty obu programów mają w znacznym stopniu charakter trwały**, jednak ich natura jest odmienna. W RPZ dotyczącym chorób odkleszczowych trwałość ma wyraźny wymiar biologiczny i jest bardzo wysoko deklarowana przez uczestników. W RPZ dotyczącym cukrzycy trwałość dotyczy przede wszystkim świadomości, wiedzy i motywacji, natomiast utrzymanie zmian behawioralnych i zdrowotnych zależy w większym stopniu od dalszych działań podejmowanych już poza formalnymi ramami programu.

Warunki realizacji – bariery i inne czynniki wpływające na przebieg RPZ

W niniejszym rozdziale analiza skupiła się na następujących zagadnieniach:

13) Jakiego było zainteresowanie osób uczestniczących w danym programie?

14) Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w badaniach zostały prawidłowo zaplanowane (były trafne i skuteczne w stosunku do grupy docelowej)? Jeśli działania były nieskuteczne, to jakie zmiany warto wprowadzić w tym zakresie?

15) Czy a jeśli tak to jakie problemy zostały zidentyfikowane przez interesariuszy w trakcie realizacji RPZ? Jakie podjęto działania w celu zniwelowania zaistniałych problemów?

16) Jakie bariery i ograniczenia napotkali uczestnicy w trakcie rekrutacji/uczestnictwa w programach zdrowotnych? W jaki sposób wpłynęły one na przebieg oraz efektywność i skuteczność uczestnictwa?

17) Jaki wpływ na realizację RPZ miała pandemia COVID-19?

Zainteresowanie programami

Analiza zainteresowania uczestnictwem w Regionalnych Programach Zdrowotnych wskazuje na zróżnicowany, ale ogólnie wysoki poziom zaangażowania – zarówno w wymiarze faktycznego udziału, jak i deklarowanej gotowości do uczestnictwa w przyszłości.

Jednocześnie dane wskaźnikowe i materiał jakościowy pokazują, że poziom zainteresowania był silnie uzależniony od konstrukcji programu, przyjętych kryteriów oraz sposobu organizacji rekrutacji.

Z perspektywy twardych danych wskaźnikowych oba programy osiągnęły wysoki poziom realizacji wskaźników dotyczących liczby osób objętych wsparciem. W RPZ dotyczącym cukrzycy typu 2 liczba osób objętych programem dzięki EFS wyniosła 14 083 przy zakładanej wartości 16 200, co oznacza 87% realizacji. Analogiczny poziom (87%) osiągnięto w zakresie liczby osób, które dzięki interwencji zgłosiły się na badanie profilaktyczne (por. tabela 3). W programie dotyczącym chorób odkleszczowych liczba osób objętych wsparciem osiągnęła 4567 przy wartości docelowej 5187 (88%), a liczba osób, które zgłosiły się na badanie profilaktyczne – 85% wartości docelowej (por. tabela 4). Oznacza to, że mimo pewnych

trudności rekrutacyjnych sygnalizowanych w wywiadach, programy w znacznym stopniu zrealizowały zakładany wolumen uczestników.

Jednocześnie dane szczegółowe pokazują pewne napięcia. W programie cukrzycowym bardzo wysoki poziom realizacji odnotowano w przypadku liczby osób, u których stwierdzono podejrzenie nieprawidłowej glikemii (229% wartości docelowej), co może świadczyć o skutecznym dotarciu do populacji podwyższonego ryzyka. Z kolei znacząco niższa realizacja dotyczyła konsultacji specjalistycznych (np. 5% dla konsultacji dietetycznych i 2% dla diabetologicznych), co może sugerować, że zainteresowanie podstawowym etapem diagnostycznym było wysokie, natomiast ścieżka pogłębionego wsparcia była realizowana w ograniczonym zakresie.

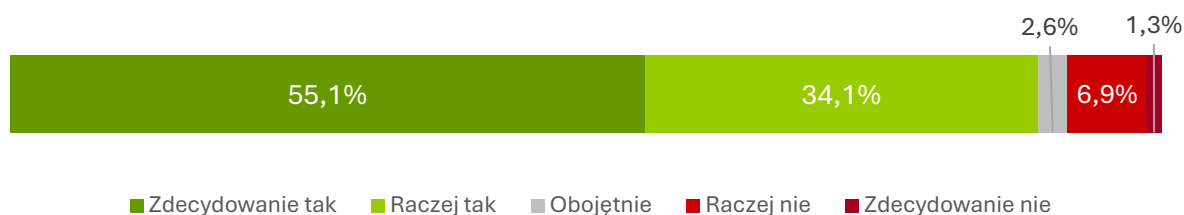
W programie odkleszczowym wskaźnik liczby wykonanych szczepień osiągnął 78% wartości docelowej, natomiast liczba zrealizowanych działań edukacyjnych przekroczyła plan (190%). Może to oznaczać, że komponent edukacyjny był relatywnie łatwiejszy do wdrożenia i cieszył się dużym zainteresowaniem, natomiast działania medyczne – wymagające logistycznie i finansowo – były bardziej wrażliwe na ograniczenia organizacyjne.

Zainteresowanie uczestników można ocenić również przez pryzmat ich zaangażowania w trakcie realizacji projektu. Dane z badania CAWI/CATI pokazują, że aż 93,1% respondentów nie rozważało rezygnacji z udziału w projekcie, a jedynie 1,0% faktycznie zrezygnowało. W rozbiciu na programy odsetek osób, które nie rozważały rezygnacji, wyniósł 91,0% w programie cukrzycowym i 95,3% w programie odkleszczowym.

Powody rozważania rezygnacji miały głównie charakter zewnętrzny: stan zdrowia, zdarzenia losowe, brak czasu czy obowiązki zawodowe i opiekuńcze. Rzadziej wskazywano trudności organizacyjne, problemy z kontaktem czy brak poczucia korzyści. Struktura tych odpowiedzi sugeruje, że rezygnacje i wątpliwości nie wynikały w pierwszej kolejności z negatywnej oceny programu, lecz z barier indywidualnych lub sytuacyjnych.

Istotnym wskaźnikiem zainteresowania jest także deklarowana gotowość do udziału w podobnych programach w przyszłości. W badaniu aż 55,1% respondentów zadeklarowało „zdecydowanie tak”, a 34,1% „raczej tak” w odpowiedzi na pytanie o chęć uczestnictwa w podobnych programach zdrowotnych. Łącznie daje to niemal 90% odpowiedzi pozytywnych.

Wykres 17. Ocena uczestników RPZ, czy byliby zainteresowani udziałem w podobnych programach zdrowotnych z zakresu profilaktyki, z różnych obszarów chorób i zagrożeń



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Tak wysoki poziom deklarowanej gotowości do ponownego udziału można interpretować jako pośredni wskaźnik satysfakcji i pozytywnego doświadczenia uczestnictwa, a także jako dowód na utrzymujące się zainteresowanie tego typu interwencjami profilaktycznymi.

Materiał jakościowy pozwala jednak zniuansować ten obraz. Z perspektywy IZ zainteresowanie uczestników bywało barierą realizacyjną – wskazywano niską zgłaszalność do programów zdrowotnych oraz ryzyko przeszacowania wskaźników liczby uczestników. Z kolei IP zwróciła uwagę na inny wymiar zainteresowania – zainteresowanie realizatorów konkursem. W programie cukrzycowym było ono wysokie (liczne wnioski), natomiast w odkleszczowym – bardzo ograniczone, co utrudniało uruchomienie programu (brak wniosków w pierwszym naborze, pojedyncza umowa w kolejnym).

Również beneficjenci wskazywali na zróżnicowane doświadczenia rekrutacyjne. W jednym z projektów cukrzycowych rekrutacja była trudna i wymagała intensywnych działań w celu dotarcia i zachęcania uczestników do udziału w programie, szczególnie gdy okazywało się, że ścieżka wsparcia jest czasochłonna. W innym projekcie zainteresowanie było wysokie i nie generowało istotnych problemów. W programie odkleszczowym zainteresowanie wśród osób spełniających kryteria było wysokie, a dodatkowo odnotowywano znaczny popyt ze strony osób, które nie kwalifikowały się do udziału – co wskazuje raczej na ograniczenia konstrukcyjne (kryteria dostępu) niż brak chętnych.

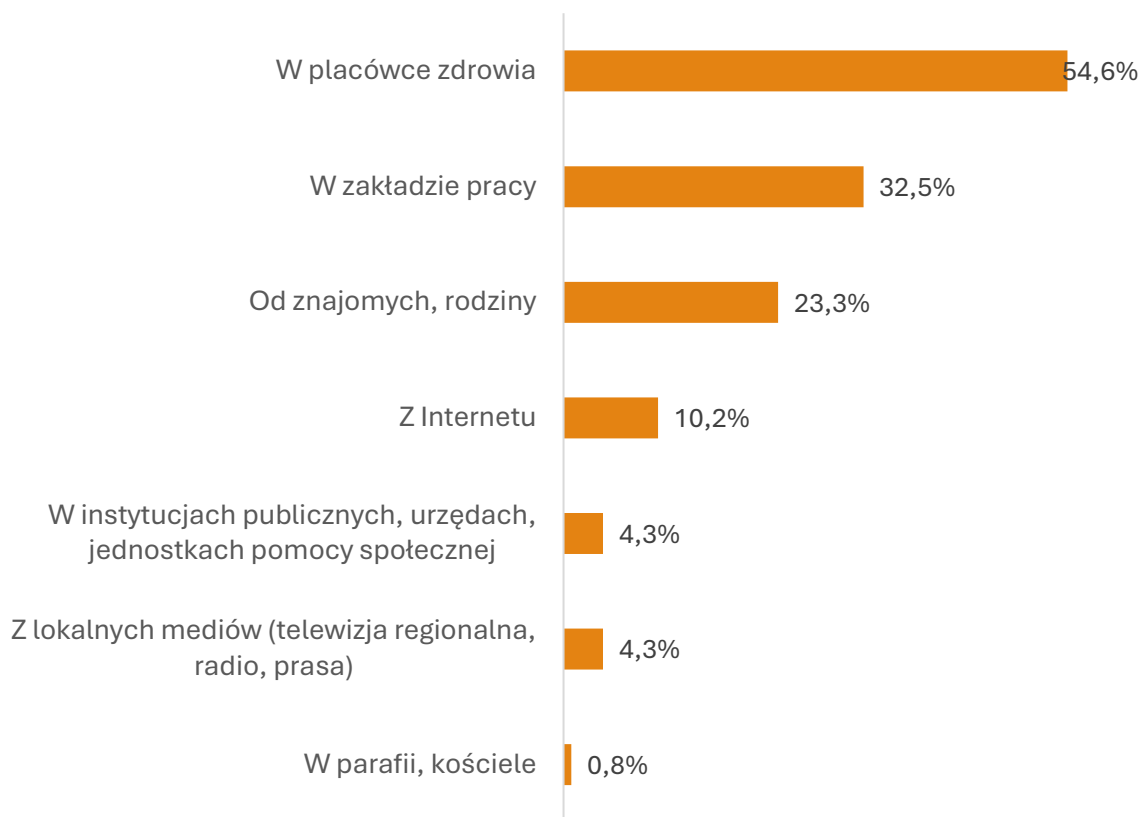
Podsumowując, zainteresowanie programami było wysokie w wymiarze deklaratywnym i w znacznej mierze pozwoliło na realizację zakładanych wskaźników liczby uczestników. Jednocześnie jego poziom był zróżnicowany w zależności od programu, projektu oraz konstrukcji interwencji. Zainteresowanie nie było wyłącznie funkcją potrzeb zdrowotnych, lecz wynikało z kombinacji czynników: zakresu i atrakcyjności wsparcia, obciążeń organizacyjnych dla uczestnika, kryteriów dostępu oraz przebiegiem konkursów.

Działania rekrutacyjne

Analiza danych ilościowych oraz materiału jakościowego pozwala na ocenę działań rekrutacyjnych jako w dużej mierze trafnych i opartych na kanałach adekwatnych do specyfiki grup docelowych, choć z widocznymi różnicami między założeniami a praktyką wdrożeniową.

Z perspektywy uczestników (CAWI/CATI) kluczowym kanałem dotarcia okazały się placówki ochrony zdrowia – 54,6% badanych wskazało, że o możliwości udziału dowiedziało się właśnie w placówce zdrowia. Drugim istotnym kanałem był zakład pracy (32,5%), a następnie rekomendacje od znajomych i rodziny (23,3%). Wyraźnie mniejsze znaczenie miały Internet (10,2%), lokalne media (4,3%) oraz instytucje publiczne (4,3%). Marginalne znaczenie miały parafie i kościoły (0,8%).

Wykres 18. Sposoby, jakimi uczestnicy RPZ dowiadywali się o możliwości wzięcia udziału w projekcie

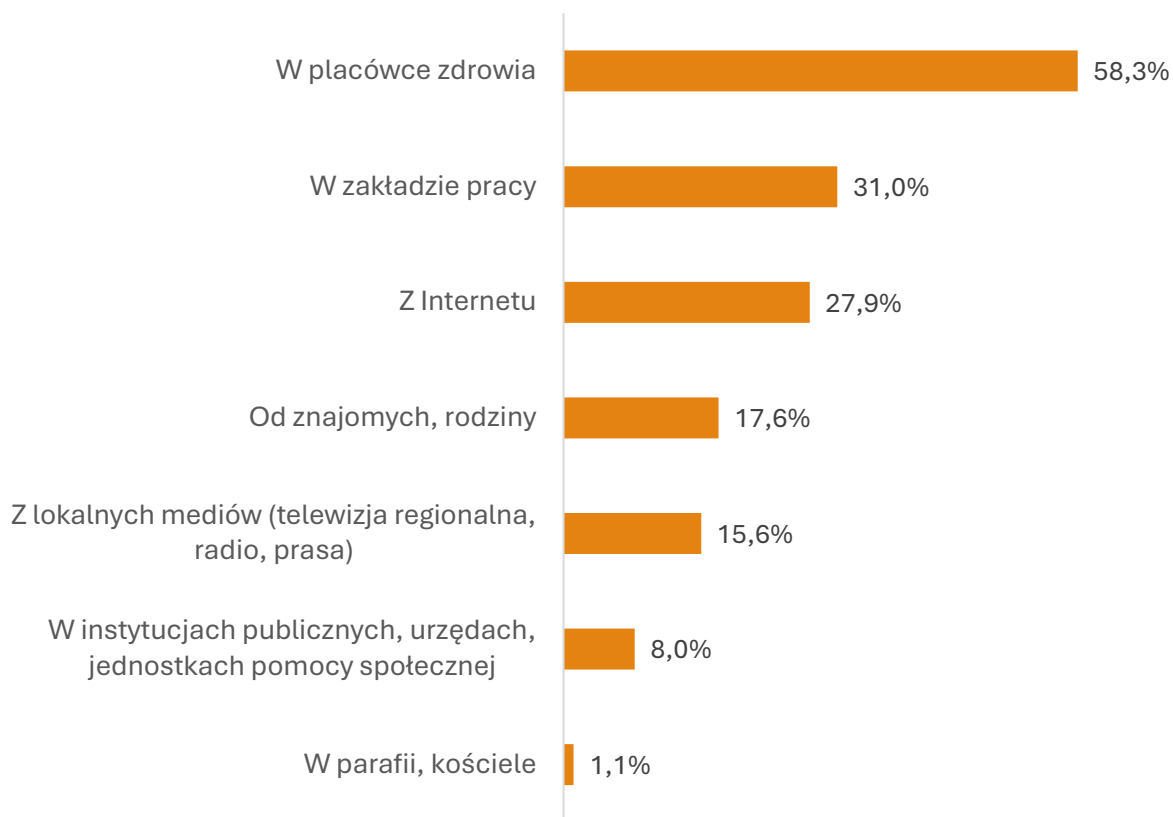


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Struktura odpowiedzi wskazuje, że najskuteczniejsze były kanały oparte na zaufaniu i bezpośrednim kontakcie – placówka zdrowia oraz środowisko pracy. Wpisuje się to we wnioski z wywiadów z beneficjentami, którzy podkreślali wysoką skuteczność rekrutacji poprzez POZ, personel medyczny (zwłaszcza pielęgniarki) oraz poprzez zakłady pracy, szczególnie w programie dotyczącym chorób odkleszczowych.

Co istotne, preferencje uczestników dotyczące przyszłych źródeł informacji są bardzo zbliżone do faktycznych kanałów dotarcia. Najczęściej wskazywaną preferowaną formą otrzymywania informacji o podobnych programach była placówka zdrowia (58,3%), następnie zakład pracy (31,0%) oraz Internet (27,9%). Rekomendacje od znajomych i rodziny (17,6%) oraz lokalne media (15,6%) mają znaczenie uzupełniające.

Wykres 19. Źródła, z jakich uczestnicy RPZ najchętniej dowiadywaliby się o podobnych projektach, akcjach z obszaru zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Zestawienie odpowiedzi widocznych na dwóch powyżej omówionych wykresach (z pytań 19 i 20 w kwestionariuszu ankiety dla uczestników RPZ) pozwala stwierdzić wysoką trafność zastosowanych kanałów komunikacji – dominujące źródła faktycznego dotarcia pokrywają się z deklarowanymi preferencjami uczestników. Oznacza to, że działania rekrutacyjne były w znacznej mierze adekwatne do oczekiwań i nawyków informacyjnych grupy docelowej.

Jednocześnie materiał jakościowy pokazuje, że skuteczność rekrutacji była silnie uzależniona od konstrukcji programu. IP zwracała uwagę, że poziom zainteresowania i łatwość rekrutacji zależały od realistycznego określenia grupy docelowej oraz wykonalności programu. W przypadku programu dotyczącego chorób odkleszczowych na etapie konkursów widoczne było niskie zainteresowanie realizatorów, co utrudniało uruchomienie interwencji. Według relacji beneficjentów, w jednym z projektów cukrzycowych rekrutacja była wymagająca i wymagała aktywnego docierania do potencjalnych uczestników, podczas gdy w innym przebiegała bezproblemowo i miała charakter masowy.

Dla przypomnienia – z perspektywy uczestników proces rekrutacyjny należy uznać za stabilny i akceptowalny – 93,1% badanych nie rozważało rezygnacji z udziału w projekcie, a jedynie

1,0% faktycznie zrezygnowało (por. wyniki badania omówione w rozdziale „Zainteresowanie programami”).

Dodatkowym wskaźnikiem pośrednio potwierdzającym trafność działań rekrutacyjnych jest również wysoki poziom gotowości do udziału w podobnych inicjatywach w przyszłości – 55,1% respondentów deklaroowało „zdecydowanie tak”, a 34,1% „raczej tak” (por. wykres 17). Oznacza to, że niemal 90% uczestników wykazywało pozytywną postawę wobec podobnych programów profilaktycznych.

W świetle danych jakościowych można jednak wskazać kilka kierunków usprawnień. Beneficjenci jednoznacznie podkreślali, że najskuteczniejsze są kanały budujące zaufanie: bezpośredni kontakt, wsparcie personelu medycznego, rekrutacja przez zakłady pracy. Najślabsze efekty przynosiły mailing oraz działania stricte internetowe w grupach starszych. IP rekomendowała ponadto szersze i bardziej realistyczne definiowanie grup docelowych, jeszcze lepsze oparcie założeń na regionalnych analizach zdrowotnych oraz większą elastyczność form realizacji (np. komponenty online tam, gdzie to możliwe).

Podsumowując, **działania rekrutacyjne można ocenić jako w dużej mierze trafne i skuteczne wobec faktycznie objętej populacji uczestników**. Ich efektywność była jednak silnie zależna od konstrukcji programu (zakres grupy docelowej, wymogi uczestnictwa) oraz od kontekstu organizacyjnego. **Kluczowym czynnikiem sukcesu pozostaje wykorzystanie kanałów opartych na zaufaniu i bezpośrednim kontakcie**, natomiast potencjalnym obszarem do dalszego rozwoju jest lepsze dopasowanie kryteriów dostępu oraz większa dywersyfikacja i profesjonalizacja działań informacyjnych.

Problemy, bariery i wpływ pandemii COVID-19 w realizacji RPZ

Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy oraz działania zaradcze

Analiza materiału jakościowego (IDI/TDI) wskazuje, że najważniejsze problemy w realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych miały charakter systemowo-wdrożeniowy oraz organizacyjny.

Najczęściej wskazywanym problemem była sztywność konstrukcji RPZ i brak możliwości wprowadzania korekt w toku realizacji. Zarówno IZ, IP, jak i beneficjenci podkreślali, że po zatwierdzeniu programu zakres interwencji, grupa docelowa oraz wskaźniki pozostawały w praktyce nieelastyczne, nawet jeśli realizacja ujawniała trudności (np. przeszacowanie wskaźników, zbyt wąskie kryteria dostępu, niedoszacowanie kosztów). W efekcie reakcje miały charakter „zarządzania w ramach ograniczeń”, a nie modyfikacji samej interwencji.

Drugim silnym wątkiem były obciążenia administracyjne i formalne – szczególnie podkreślane przez beneficjentów oraz IP. Dotyczyły one rozbudowanej sprawozdawczości, wymogów dokumentacyjnych, procedur zamówień publicznych oraz rozliczeń finansowych. W przypadku części podmiotów medycznych projekty unijne oznaczały konieczność wejścia w obszar formalizmu, który wykraczał poza ich standardową działalność operacyjną.

Trzecim kluczowym obszarem problemowym były trudności rekrutacyjne i utrzymanie uczestników w wieloetapowej ścieżce wsparcia. W jednym z projektów cukrzycowych rekrutacja wymagała intensywnych działań motywacyjnych i bezpośredniego kontaktu, natomiast w programie dotyczącym chorób odkleszczowych problemem była zarówno dostępność realizatorów (na etapie konkursów), jak i ograniczenia grupy docelowej.

W odpowiedzi na te problemy podejmowano działania zaradcze, m.in.:

- intensyfikację rekrutacji (kontakt telefoniczny, współpraca z pracodawcami, działania informacyjne),
- modyfikację komunikacji i podkreślanie korzyści zdrowotnych (np. w programie cukrzycowym w reakcji na rezygnację osób z niewielkim przekroczeniem norm w teście FINDRISC),
- zwiększanie zespołów realizacyjnych,
- przechodzenie na formy zdalne w zakresie działań edukacyjnych,
- wydłużanie okresu realizacji projektów,
- przesunięcia budżetowe za zgodą IZ,
- wprowadzanie elementów „opieki procesu” (np. przypomnienia o kolejnych dawkach szczepień).

Bariery i ograniczenia po stronie uczestników oraz ich wpływ na przebieg uczestnictwa

Z perspektywy uczestników (CAWI/CATI) obraz barier jest wyraźnie mniej intensywny niż w relacjach instytucjonalnych. Aż 77,7% respondentów wskazało, że nie wystąpiły żadne trudności, a 17,9% zaznaczyło odpowiedź „żadne z powyższych”. Poszczególne bariery były wskazywane incydentalnie (poniżej 2% odpowiedzi).

Najczęściej wskazywane trudności (choć na niskim poziomie) dotyczyły:

- czasu oczekiwania na wsparcie (1,6%),
- nadmiernej dokumentacji (1,3%),
- przygotowania personelu (1,3%),
- problemów z dojazdem (1,1%),
- niedopasowania wsparcia do potrzeb (1,1%).

Pandemia COVID-19 jako bezpośrednia bariera została wskazana jedynie przez 0,3% uczestników.

Wykres 20. Trudności i bariery wskazywane przez uczestników RPZ, występujące podczas ich udziału w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z uczestnikami RPZ, N=613.

Warto jednak zestawzić te dane z materiałem jakościowym. IDI pokazują, że barierą realnie wpływającą na przebieg projektów była wieloetapowość ścieżki wsparcia, zwłaszcza w programie cukrzycowym, która dla części osób pracujących okazywała się trudna do pogodzenia z obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi. W efekcie część uczestników wychodziła z programu między etapami.

W programie odkleszczowym barierą było także zawężenie kryteriów dostępu – wiele osób zainteresowanych nie mogło zostać objętych wsparciem, mimo realnej ekspozycji na ryzyko. Z perspektywy efektywności interwencji oznaczało to ograniczenie jej potencjalnego zasięgu.

Można więc powiedzieć, że bariery po stronie uczestników miały ograniczony charakter wśród osób, które już przystąpiły do programu, natomiast większe znaczenie miały bariery

systemowe i konstrukcyjne wpływające na rekrutację oraz utrzymanie pełnej ścieżki wsparcia.

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację RPZ

Rozważania nad zagadnieniem wpływu pandemii COVID-19 warto oprzeć w pierwszej kolejności na danych zastanych – informacjach, które zostały już pozyskane i omówione w dotychczas opublikowanych źródłach. W ramach badania pt. „Wpływ inwestycji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych na jakość życia, poziom wykluczenia społecznego i ubóstwa w województwie dolnośląskim”, realizowanego w okresie od stycznia do kwietnia 2022 r., podjęto próbę oceny wpływu pandemii COVID-19 na przebieg wdrażania RPO WD 2014–2020, ze szczególnym uwzględnieniem interwencji dotyczących rozwoju usług społecznych i zdrowotnych, w tym regionalnych programów zdrowotnych. W raporcie tym stwierdzono, że „pandemia COVID – w przypadku projektów, których realizacja przypadła na rok 2020 i później, barierą realizacyjną były obostrzenia sanitarne, które spowodowały nie tylko konieczność zawieszania działań w projektach, ale też obniżały i tak już niedostateczne zainteresowanie udziałem w projektach. Czynnikiem utrudniającym był strach uczestników przed gromadzeniem się, niechętny stosunek do przebywania w większej grupie, nawet przy zapewnieniach zastosowania pełnego, wymaganego reżimu sanitarnego. Beneficjenci byli uzależnieni od stale przedłużających się obostrzeń. Brak było możliwości stałego prowadzenia działań projektowych i rekrutacji w projekcie, a ponadto mając na względzie bezpieczeństwo uczestników projektu nie było możliwości przystąpienia do stacjonarnych działań, np. wykładów edukacyjnych. Beneficjenci podejmowali działania zaradcze w postaci modyfikacji części działań na działania zdalne (działania edukacyjne i promocyjne), a także wydłużali realizację projektów”²³. Przywołane ustalenia badawcze na temat wpływu pandemii COVID-19 odnoszą się wszakże do wszystkich projektów realizowanych w Działaniu 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się. Nie stanowią one więc podstawy do oceny oddziaływania pandemii na specyfikę wdrażania RPZ. W celu uzyskania bardziej precyzyjnych informacji w tym zakresie konieczne jest odwołanie się do raportów końcowych z realizacji poszczególnych regionalnych programów zdrowotnych. Analiza tych dokumentów prowadzi do interesujących wniosków: jeden z RPZ był w istotnym stopniu obciążony negatywnymi konsekwencjami pandemii COVID-19, natomiast w przypadku drugiego programu wpływ pandemii na jego realizację miał charakter neutralny. Wprowadzane w związku z tymi trudnościami działania zaradcze obejmowały przede wszystkim intensyfikację działań informacyjno-edukacyjnych.

Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych na lata 2020-2022 był tym programem, który doświadczył wielu trudności

²³ Evalu (2022), Wpływ inwestycji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych na jakość życia, poziom wykluczenia społecznego i ubóstwa w województwie dolnośląskim, Warszawa, s. 110.

z powodu pandemii COVID-19. Pierwszym problemem była utrudniona rekrutacja grupy docelowej w związku z pandemią (w odpowiedzi na wprowadzone w Polsce obostrzenia wstrzymano na dłuższy czas zarówno działania rekrutacyjne, jak i realizację wsparcia)²⁴. Drugim istotnym problemem był spadek zainteresowania mieszkańców regionu szczepieniami przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. W okresie pandemii obserwowano zaś wzrost zainteresowania szczepieniami przeciwko COVID-19²⁵. Można więc powiedzieć, że w okresie pandemii COVID-19 nastąpiło przesunięcie uwagi i priorytetów zdrowotnych. Dotyczyło to zarówno populacji na Dolnym Śląsku, ale też i w całym kraju. Trudności w realizacji RPZ wynikały także z tego, że w okresie szczepień przeciwko grypie i COVID-19 powodowały utrudnienia w dostępności punktów szczepień²⁶. Sytuacja ta prowadziła do ograniczenia możliwości organizacyjnych podmiotów realizujących program oraz wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia w ramach RPZ.

Jeśli zaś chodzi o realizację Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego to nie zgłaszano w nim trudności wynikających z pandemii COVID-19. Mogło to wynikać przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej przypadał na lata 2021-2023, kiedy pandemia COVID-19 nie stanowiła tak istotnego czynnika zaburzającego realizację projektów z funduszy europejskich, jak jeszcze w 2020 roku. Okres realizacji programu przypadał na czas stopniowej stabilizacji sytuacji epidemicznej, znoszenia części ograniczeń oraz odbudowy dostępności świadczeń zdrowotnych. W przeciwieństwie do 2020 r., nie występowały już tak znaczące przerwy w funkcjonowaniu placówek medycznych ani tak szerokie ograniczenia w realizacji świadczeń planowych. Po drugie, tematyka programu – skoncentrowana na profilaktyce choroby przewlekłej o dużej skali występowania – sprzyjała utrzymaniu zainteresowania uczestników mimo doświadczeń pandemicznych. W tym przypadku – jeśli można tak powiedzieć – pandemia COVID-19 nie kanibalizowała uwagi uczestników programu w takim stopniu, aby istotnie zakłócić realizację zaplanowanych działań. Głównym źródłem trudności w realizacji RPZ była postawa części uczestników programu, którzy traktowali nieznaczne przekroczenie norm w teście FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*) jako wynik niewymagający dalszej interwencji i w konsekwencji rezygnowali z udziału w kolejnych etapach projektu oraz z oferowanych form wsparcia²⁷. W odpowiedzi na zidentyfikowany problem wprowadzono modyfikację strategii komunikacji oraz działań motywacyjnych wobec uczestników,

²⁴ UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych na lata 2020-2022.

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże.

²⁷ UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego.

obejmującą m.in. proponowanie dogodniejszych terminów realizacji świadczeń oraz intensyfikację działań informacyjnych podkreślających możliwość zapobieżenia rozwojowi cukrzycy i korzyści wynikające z wczesnej interwencji oraz leczenia.

Podsumowując, można więc wnioskować, że wpływ pandemii COVID-19 był wyraźnie zróżnicowany pomiędzy programami. Z analizy danych zastanych oraz z przeprowadzonych IDI wynika, że Regionalny Program Zdrowotny w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych był silniej dotknięty konsekwencjami pandemii. Kluczowe problemy obejmowały:

- czasowe wstrzymanie rekrutacji i realizacji działań,
- przeciążenie systemu ochrony zdrowia i ograniczoną dostępność punktów szczepień,
- przesunięcie uwagi społecznej w kierunku szczepień przeciw COVID-19,
- spadek zainteresowania innymi szczepieniami,
- wzrost kosztów realizacji świadczeń,
- narastający sceptycyzm wobec szczepień.

W efekcie program doświadczył opóźnień oraz ograniczeń organizacyjnych. Działania zaradcze obejmowały przejście na formy zdalne w edukacji, wydłużenie okresu realizacji oraz intensyfikację działań informacyjnych.

W przypadku programu dotyczącego cukrzycy typu 2 wpływ pandemii był znacznie słabszy i zróżnicowany. Okres realizacji przypadał w dużej mierze na czas stabilizacji sytuacji epidemicznej (2021-2023), co ograniczyło skalę zaburzeń. W niektórych projektach wprowadzano dostosowania organizacyjne (np. elementy zdalne w edukacji), jednak nie raportowano istotnych zakłóceń systemowych.

Z perspektywy IP pandemia była czynnikiem destabilizującym szczególnie w kontekście rekrutacji oraz nastrojów społecznych wobec szczepień. Z kolei dane z badania ankietowego uczestników RPZ pokazują, że wśród osób, które już wzięły udział w projektach, pandemia była rzadko wskazywana jako bezpośrednia bariera uczestnictwa (por. wykres 20).

Biorąc pod uwagę wyniki analiz dotyczące ogółem barier, **trudności – problemy w realizacji RPZ miały przede wszystkim charakter systemowo-organizacyjny** (np. trudności rekrutacyjne, w przeprowadzeniu konkursów), a w mniejszym stopniu były bezpośrednio odczuwane przez uczestników, którzy ukończyli udział w projektach.

Pandemia COVID-19 była czynnikiem destabilizującym bardziej widocznym w programie dotyczącym chorób odkleszczowych, natomiast w programie cukrzycowym jej wpływ był ograniczony lub umiarkowany.

Najważniejsze działania zaradcze miały charakter adaptacyjny (przejście na formy zdalne, wydłużanie realizacji, intensyfikacja rekrutacji), natomiast możliwości głębszej korekty konstrukcji programów były ograniczone przez ich formalne ustalenie założeń, zgodnych z wcześniej określonymi zapisami RPZ.

Zalecenia i rekomendacje na przyszłość

W niniejszym rozdziale analiza skupiła się na następujących zagadnieniach:

- 18) Jakie dobre praktyki w zakresie projektowania i realizacji podobnych programów zdrowotnych, wypracowane w innych regionach Polski i Unii Europejskiej, mogą stanowić wartościową inspirację dla przyszłych działań zdrowotnych w województwie dolnośląskim? W jakim stopniu rozwiązania te są możliwe do zaadaptowania do lokalnych warunków?
- 19) Jak skutecznie zaprojektować przyszłe programy zdrowotne, aby były użyteczne i trwałe?

Dobre praktyki na podstawie case studies

Analiza czterech studiów przypadku (dwa z Polski i dwa z UE) pokazuje, że skuteczne programy zdrowotne o zbliżonej tematyce (profilaktyka cukrzycy/chorób metabolicznych oraz profilaktyka chorób odkleszczowych) łączy kilka powtarzalnych rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych. Zidentyfikowane dobre praktyki są w dużej części możliwe do wdrożenia w warunkach województwa dolnośląskiego, przy czym różni się skala nakładów i stopień koniecznych dostosowań. Poniżej zaprezentowane zostały szczegółowe opisy wybranych przypadków, natomiast na końcu podrozdziału przedstawiono syntetyczne zestawienie najważniejszych spójnych wniosków, jakie mogą zostać wykorzystane, jako inspiracja do budowania kolejnych RPZ w województwie dolnośląskim.

Tabela 5. Case study 1

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Regionalny Program Zdrowotny w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości oraz zapobiegania cukrzycy w województwie opolskim Obszar tematyczny: Profilaktyka chorób cywilizacyjnych (nadwaga, otyłość, cukrzyca) Kraj/region: Polska, woj. opolskie Okres realizacji: 2016-2020 Beneficjenci: podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia (publiczne i prywatne), podmioty pomocy i integracji społecznej, organizacje pozarządowe oraz podmioty ekonomii społecznej. Odbiorcy wsparcia: mieszkańcy województwa opolskiego wieku od 6 do 65 roku życia.
Opis

Program stanowił odpowiedź na rosnący problem nadwagi i otyłości wśród dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w województwie opolskim, a także na ich ścisły związek z rozwojem cukrzycy i innych chorób cywilizacyjnych. W dokumentacji programu podkreślono epidemiologiczny charakter zjawiska oraz jego konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne – w tym zwiększone koszty leczenia oraz absencję w pracy i szkole. Interwencja została zaprojektowana jako program kompleksowy, obejmujący zarówno badania przesiewowe, jak i wielokomponentową opiekę nad osobami z nadmierną masą ciała. W konstrukcji programu odwołano się do rekomendacji WHO oraz towarzystw naukowych (m.in. w zakresie stosowania wskaźnika BMI, oceny obwodu talii czy badań przesiewowych w kierunku cukrzycy). Szczególny nacisk położono na wczesną interwencję – już w wieku rozwojowym – aby ograniczyć utrwalanie się otyłości w dorosłości. Program miał charakter otwarty dla mieszkańców regionu, przy czym preferencje w dostępie do wsparcia przewidziano dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Cele projektu

Program obejmował następujące cele:

- zwiększenie wykrywalności nadwagi, otyłości, cukrzycy wśród dzieci i dorosłych,
- zmniejszenie, głównie poprzez poprawę żywienia i wzrost aktywności fizycznej, częstotliwości występowania nadwagi i otyłości,
- zapobieganie i przeciwdziałanie bierności w zakresie podejmowania aktywności fizycznej (prowadzącej do dysfunkcji społecznych i fizycznych) związanej z otyłością, nadwagą, cukrzycą,
- upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o zdrowym stylu życia, w tym znaczenia zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu nadwadze, otyłości, cukrzycy,
- wzmocnienie współpracy pomiędzy podmiotami w zakresie profilaktyki, leczenia skutków nadwagi, otyłości, cukrzycy zwłaszcza wykrytych wśród osób z rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy, otyłości i ich powikłań,
- zmniejszanie społecznych i zdrowotnych skutków nadwagi, otyłości i cukrzycy.

Zakres działań

Program został podzielony na dwa zasadnicze etapy:

Etap I – Badania przesiewowe i działania informacyjno-edukacyjne obejmował:

- badania przesiewowe w kierunku identyfikacji nadwagi i otyłości (BMI, obwód talii; w przypadku dzieci – odniesienie do siatek centylowych),
- w wybranych grupach ryzyka – badania przesiewowe w kierunku cukrzycy,
- wywiad rodzinny i ocenę czynników ryzyka,
- działania edukacyjne (pogadanki, materiały informacyjne, kampanie medialne, inicjatywy typu „Edukacja na sportowo”),
- przekazanie uczestnikom informacji zwrotnej dotyczącej wyników i zagrożeń zdrowotnych.
- w przypadku dzieci działania edukacyjne kierowano również do rodzin, co wzmacniało środowiskowy wymiar interwencji.

Etap II – Multikomponentowa opieka nad osobą z nadwagą i otyłością

Osoby zakwalifikowane do dalszego wsparcia obejmowano opieką wielodyscyplinarnego zespołu, w skład którego mogli wchodzić: lekarz (w tym pediatra), dietetyk, psycholog/terapeuta, specjalista aktywności fizycznej, fizjoterapeuta. Interwencja obejmowała trzy główne komponenty:

- dietetyczny (modyfikacja sposobu żywienia),
- aktywności fizycznej,
- behawioralno-poznawczy (zmiana nawyków, schematów myślenia, wzmacnianie motywacji).

Ścieżka wsparcia miała być dostosowywana do indywidualnych potrzeb uczestnika, na podstawie danych zgromadzonych w Karcie uczestnika projektu.

Zidentyfikowane mocne strony

Do kluczowych atutów programu należała przede wszystkim jego kompleksowość. Interwencja nie ograniczała się wyłącznie do działań edukacyjnych lub diagnostycznych, lecz łączyła badania przesiewowe z wielospecjalistyczną opieką nad uczestnikami. Tak skonstruowany model wsparcia zwiększał potencjalną skuteczność podejmowanych działań, ponieważ umożliwiał zarówno wczesną identyfikację problemu, jak i wdrożenie zintegrowanej ścieżki postępowania. Jednocześnie rozwiązanie to pozostawało spójne z rekomendacjami międzynarodowych instytucji zdrowia publicznego dotyczącymi profilaktyki i leczenia chorób metabolicznych. Istotnym elementem programu było także włączenie komponentu psychologicznego, opartego na podejściu behawioralno-poznawczym. Uwzględnienie wsparcia w zakresie zmiany nawyków i motywacji wskazuje na świadomość, że skuteczna redukcja masy ciała oraz trwała modyfikacja stylu życia wymagają nie tylko interwencji dietetycznej czy zwiększenia aktywności fizycznej, lecz również pracy nad postawami, schematami zachowań i mechanizmami utrwalającymi niekorzystne wzorce zdrowotne. Program przewidywał kwalifikację uczestników do zróżnicowanych form pomocy w zależności od wyników badań przesiewowych oraz zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych. Interwencja była realizowana w oparciu o diagnozę indywidualnej sytuacji uczestnika i obejmowała elementy dostosowane do jego stanu zdrowia oraz czynników ryzyka. Takie podejście zwiększało adekwatność i potencjalną skuteczność działań. Nie była to co prawda pełna indywidualizacja wsparcia, jednakże wbudowano w program mechanizmy zwiększające trafność wsparcia do potrzeb uczestników. Dodatkową wartością programu było zaangażowanie wielu sektorów i podmiotów w jego realizację. Współpraca instytucji ochrony zdrowia, jednostek pomocy społecznej, organizacji pozarządowych oraz jednostek samorządu terytorialnego sprzyjała integracji działań zdrowotnych i społecznych. Takie partnerstwo zwiększało potencjał organizacyjny przedsięwzięcia oraz umożliwiało szersze oddziaływanie programu w środowisku lokalnym.

Ograniczenia i wyzwania

Choć program przewidywał preferencje dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, brakowało szczegółowych mechanizmów zapewniających ich rzeczywiste dotarcie do wsparcia (np. działań asystenckich, wsparcia transportowego czy intensywniejszej pracy środowiskowej). Warto też zauważyć, że program koncentrował się na działaniach w obrębie ochrony zdrowia i edukacji zdrowotnej, natomiast w mniejszym stopniu oddziaływał na środowiskowe determinanty otyłości (np. dostępność infrastruktury sportowej, środowisko żywieniowe w szkołach i miejscu pracy). Oznacza to, że interwencja miała charakter głównie indywidualny, a nie strukturalny.

Wnioski i rekomendacje

Program stanowi przykład systemowego podejścia do problemu otyłości i cukrzycy, łączącego elementy profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Jego konstrukcja odpowiada aktualnym rekomendacjom zdrowia publicznego i uwzględnia zarówno komponent medyczny, jak i psychospołeczny.

W kontekście przyszłych edycji podobnych programów zasadne byłoby:

- dalsze wzmacnianie indywidualizacji ścieżek wsparcia,
- zapewnienie mechanizmów długofalowego monitorowania efektów (utrzymanie masy ciała, zmiana parametrów metabolicznych),
- silniejsze powiązanie interwencji z lokalnymi politykami zdrowotnymi i edukacyjnymi (szkoły, miejsca pracy),
- rozwój narzędzi motywacyjnych i cyfrowych wspierających trwałość zmiany zachowań.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Programu zapobiegającego chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego.

Tabela 6. Case study 2

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego Obszar tematyczny: choroby odkleszczowe Kraj/region: Polska, województwo podlaskie (region o najwyższej zapadalności na KZM w Polsce) Okres realizacji: 2020-2023 Beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce Odbiorcy wsparcia: osoby w wieku 18–64 lata, w szczególności osoby pracujące w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa, narażone na zwiększone ryzyko pokłucia przez kleszcze
Opis

Program został opracowany jako odpowiedź na szczególnie niekorzystną sytuację epidemiologiczną województwa podlaskiego, które od lat należy do regionów o najwyższej zapadalności na boreliozę z Lyme oraz kleszczowe zapalenie mózgu w Polsce. W dokumentacji wskazano, że województwo podlaskie jest terenem endemicznym KZM, a współczynnik zachorowalności znacząco przekracza średnią krajową. Program miał charakter profilaktyki pierwotnej i był ukierunkowany na ograniczenie liczby zachorowań poprzez działania edukacyjne oraz szczepienia przeciwko KZM. Interwencja została powiązana z koncepcją aktywnego i zdrowego starzenia się oraz z wydłużaniem okresu życia w zdrowiu, szczególnie w populacji aktywnej zawodowo. Z raportu końcowego RPZ wynika, że działania obejmowały zarówno komponent informacyjny i szkoleniowy, jak i organizację szczepień ochronnych wśród grup podwyższonego ryzyka.

Cele programu

Celem głównym było zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka. Cele szczegółowe obejmowały:

- zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego na temat zagrożeń chorobami odkleszczowymi,
- zwiększenie odsetka osób zaszczepionych przeciwko KZM w grupach ryzyka,
- ograniczenie liczby powikłań neurologicznych i społecznych związanych z KZM,
- poprawa świadomości potrzeby stosowania działań profilaktycznych (repelenty, szybkie usuwanie kleszczy, szczepienia).

Zakres działań

Program obejmował trzy główne etapy:

1. Etap informacyjny

Prowadzono działania edukacyjne skierowane do osób pracujących w sektorach wysokiego ryzyka. Informowano o skali zagrożenia, objawach chorób odkleszczowych, konsekwencjach neurologicznych oraz metodach profilaktyki.

2. Etap szkoleniowy

Organizowano szkolenia i działania podnoszące świadomość w zakresie zapobiegania pokłuciom przez kleszcze oraz zasad postępowania w przypadku ekspozycji.

3. Etap profilaktyczno-interwencyjny

Kluczowym elementem programu była organizacja szczepień ochronnych przeciwko KZM, poprzedzonych kwalifikacją lekarską. Zastosowano pełny schemat szczepień zgodny z zaleceniami producentów i aktualnymi wytycznymi. Z raportu końcowego wynika, że

realizacja obejmowała zarówno działania promocyjne, jak i logistyczną organizację szczepień, co stanowiło zasadniczy komponent interwencji.
Mocne strony programu
Do najważniejszych atutów programu należało jego silne osadzenie w analizie epidemiologicznej regionu. Interwencja została zaprojektowana w odpowiedzi na realne, ponadprzeciętne zagrożenie chorobami odkleszczowymi w województwie podlaskim, co zwiększało jej trafność i zasadność. Program był precyzyjnie ukierunkowany na grupy wysokiego ryzyka, w szczególności osoby aktywne zawodowo pracujące w sektorach narażonych na kontakt z kleszczami, co sprzyjało efektywnemu wykorzystaniu środków publicznych. Istotną wartością było połączenie działań edukacyjnych ze szczepieniami ochronnymi przeciwko KZM, dzięki czemu oddziaływano zarówno na poziomie świadomości zdrowotnej, jak i na poziomie realnej ochrony biologicznej. Program był także spójny z dokumentami strategicznymi krajowymi i regionalnymi, wpisując się w logikę profilaktyki zdrowotnej oraz aktywnego i zdrowego starzenia się.
Ograniczenia i wyzwania
Jednym z głównych ograniczeń programu był fakt, że skuteczna profilaktyka czynna mogła dotyczyć wyłącznie kleszczowego zapalenia mózgu, podczas gdy w przypadku boreliozy dostępne były jedynie działania edukacyjne i behawioralne. Skuteczność interwencji była ponadto w dużej mierze uzależniona od poziomu zgłaszalności uczestników oraz ich gotowości do poddania się szczepieniom, co stanowi czynnik trudny do pełnej kontroli w ramach projektu. Dodatkowym wyzwaniem był czasowy charakter programu, ograniczony do perspektywy finansowej RPO, co mogło wpływać na trwałość efektów oraz na możliwość osiągnięcia długofalowego spadku zachorowalności w regionie endemicznym.
Wnioski i rekomendacje

Regionalny Program Zdrowotny województwa podlaskiego stanowi przykład interwencji silnie osadzonej w specyfice epidemiologicznej regionu. Jego konstrukcja odpowiadała rzeczywistemu zagrożeniu endemicznemu oraz była ukierunkowana na populację aktywną zawodowo, szczególnie narażoną na ekspozycję środowiskową. Program łączył elementy profilaktyki pierwotnej (szczepienia), edukacji zdrowotnej oraz działań systemowych wpisujących się w koncepcję aktywnego i zdrowego starzenia się. Jednocześnie jego skuteczność była w naturalny sposób ograniczona do tych jednostek chorobowych, wobec których dostępne są narzędzia profilaktyki czynnej.

Zasadne wydaje się rozważenie kilku kierunków usprawnień w przyszłych edycjach analogicznych programów. Po pierwsze, wskazane byłoby wzmocnienie mechanizmów zwiększających zgłaszalność do szczepień, w tym poprzez bardziej zindywidualizowane działania informacyjne oraz współpracę z pracodawcami w sektorach wysokiego ryzyka. Włączenie elementów organizacyjnych ułatwiających dostęp do szczepień (np. mobilne punkty szczepień, szczepienia w miejscu pracy) mogłoby ograniczyć bariery uczestnictwa. Po drugie, rekomendowane jest wprowadzenie komponentu monitorowania długofalowych efektów programu, w szczególności w zakresie poziomu wyszczepialności w kolejnych latach oraz utrzymywania odporności populacyjnej. Pozwoliłoby to na ocenę trwałości rezultatów poza okresem finansowania projektu. Po trzecie, warto rozważyć silniejsze powiązanie działań edukacyjnych z praktycznymi narzędziami profilaktyki behawioralnej (np. instruktaże postępowania po ukłuciu, materiały wizualne, aplikacje mobilne), szczególnie w kontekście boreliozy, wobec której brak jest szczepień ochronnych. Po czwarte, biorąc pod uwagę endemiczny charakter regionu, zasadne wydaje się rozważenie modelu interwencji o charakterze cyklicznym lub systemowym, a nie jednorazowym, tak aby zapewnić ciągłość działań profilaktycznych i utrzymywać wysoki poziom świadomości zagrożeń w populacji. Po piąte, w przyszłych programach można rozważyć silniejsze uwzględnienie grup szczególnie wrażliwych, w tym osób o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych, poprzez działania środowiskowe lub wsparcie organizacyjne ułatwiające udział w programie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego oraz Raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Tabela 7. Case study 3

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa projektu: Wszystko o cukrzycy – wiedza dla zdrowia Obszar tematyczny: Profilaktyka chorób cywilizacyjnych (nadwaga, otyłość, cukrzyca) Kraj/region: Chorwacja, Żupania Splicko-Dalmatyńska

Okres realizacji: 2020 – 2022 Beneficjent: Instytut Perspektyw na Gospodarkę Morza Śródziemnego Partner: Instytut Edukacji Zdrowia Publicznego Powiatu Split-Dalmacja Odbiorcy wsparcia: małoletni uczęszczający do przedszkoli i szkół oraz ich bezpośrednie otoczenie społeczne
Opis Projekt „Wszystko o cukrzycy – wiedza dla zdrowia” był inicjatywą edukacyjną ukierunkowaną na promocję profilaktyki cukrzycy wśród dzieci oraz ich bezpośredniego otoczenia społecznego. Działania skoncentrowano na mniej rozwiniętych obszarach powiatu Żupania Splicko-Dalmatyńska, gdzie dostęp do specjalistycznych programów edukacji zdrowotnej jest ograniczony. Projekt odpowiadał na rosnący problem chorób cywilizacyjnych oraz potrzebę wczesnego kształtowania prozdrowotnych postaw. Jego realizacja opierała się na warsztatach edukacyjnych i materiałach dydaktycznych skierowanych do dzieci, rodziców, nauczycieli i edukatorów.
Cele programu Celem głównym było promowanie zdrowych nawyków oraz zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie zapobiegania cukrzycy. Cele szczegółowe obejmowały: • podniesienie poziomu wiedzy na temat rodzajów cukrzycy i czynników ryzyka, • zwiększenie świadomości znaczenia profilaktyki oraz wczesnego rozpoznawania objawów, • promowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, • popularyzacja aktywności fizycznej jako elementu zdrowego stylu życia, • wzmocnienie kompetencji edukacyjnych nauczycieli i rodziców w zakresie promocji zdrowia.
Zakres działań

W ramach projektu zorganizowano 30 warsztatów edukacyjnych w 12 przedszkolach i szkołach podstawowych. Warsztaty obejmowały pięć bloków tematycznych:

1. Charakterystyka cukrzycy (typ I, II i cukrzyca ciążowa),
2. Czynniki ryzyka, objawy i profilaktyka,
3. Rozpoznawanie objawów cukrzycy,
4. Dieta i jej znaczenie w zapobieganiu cukrzycy,
5. Aktywność fizyczna jako element zdrowego stylu życia.

Projekt objął wsparciem 150 uczestników – dzieci, rodziców, nauczycieli i edukatorów. Dodatkowo opracowano materiały edukacyjne wspierające utrwalanie wiedzy.

Mocne strony programu

Realizacja projektu ujawnia szereg istotnych mocnych stron, które zwiększały jego potencjał oddziaływania społecznego. Do najważniejszych atutów należało skoncentrowanie działań na profilaktyce zdrowotnej wśród dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że kształtowanie prozdrowotnych postaw na wczesnym etapie życia przynosi najbardziej trwałe i efektywne rezultaty, co zwiększa długofalową skuteczność interwencji. Mocną stroną projektu było również jego ukierunkowanie na mniej rozwinięte obszary, na terenie którego realizowany był projekt, w tym regiony wyspiarskie, gdzie dostęp do specjalistycznej edukacji zdrowotnej jest ograniczony. Projekt przyjął podejście kompleksowe, obejmując nie tylko dzieci, lecz także rodziców, nauczycieli i edukatorów, co sprzyjało wzmacnianiu efektu multiplikacyjnego oraz utrwalaniu przekazywanej wiedzy w środowisku lokalnym. Istotnym walorem była także współpraca z instytucją zdrowia publicznego, która zapewniła merytoryczną jakość działań edukacyjnych oraz ich zgodność z aktualną wiedzą medyczną.

Ograniczenia i wyzwania

Czas realizacji wynoszący 18 miesięcy, choć wystarczający do przeprowadzenia warsztatów, był relatywnie krótki z perspektywy oceny długoterminowych efektów zmiany postaw i zachowań zdrowotnych. Liczba bezpośrednich uczestników, obejmująca 150 osób, choć istotna w kontekście lokalnym, pozostaje ograniczona w skali całego regionu. Wyzwanie stanowi również trwałość rezultatów po zakończeniu finansowania projektu – utrzymanie efektów edukacyjnych wymaga dalszych działań instytucjonalnych i systematycznego wsparcia. Dodatkowo realizacja działań na obszarach wyspiarskich mogła wiązać się z trudnościami logistycznymi i organizacyjnymi. Pomimo tych ograniczeń projekt stanowi wartościową inicjatywę w obszarze profilaktyki zdrowotnej, jednak jego długofalowy wpływ zależy od kontynuacji podobnych działań w przyszłości.

Wnioski i rekomendacje

Projekt stanowi przykład skutecznego działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej realizowanego na poziomie lokalnym. Edukacja zdrowotna dzieci oraz ich otoczenia jest kluczowym elementem zapobiegania chorobom cywilizacyjnym.

Rekomenduje się:

- kontynuację i rozszerzenie programu na większą liczbę placówek,
- wdrożenie systemu monitorowania długoterminowych efektów,
- rozwijanie współpracy między sektorem edukacji i zdrowia publicznego,
- integrację działań projektowych z regionalnymi strategiami promocji zdrowia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://ipemed.hr/projekti/sve-o-secernoj-bolesti-znanjem-do-zdravlja/> (dostęp 13.02.2026).

Tabela 8. Case study 4

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa projektu: CiTIQUE – „Des citoyens et des tiques” Obszar tematyczny: choroby odkleszczowe Kraj/region: Francja (krajowy zasięg) Okres realizacji: 2017 r., dalsze fazy w latach 2021–2025 Beneficjenci: INRAE, ANSES, Uniwersytet Lorrainski, Laboratorium Tous Chercheurs oraz liczni partnerzy regionalni i społeczności lokalne Odbiorcy wsparcia: naukowcy, mieszkańcy Francji
Opis
Program CiTIQUE to innowacyjne przedsięwzięcie naukowo-społeczne oparte na badaniach uczestniczących, w którym obywatele aktywnie współpracują z naukowcami w celu zebrania danych na temat ekologii kleszczy i chorób, które przenoszą, szczególnie choroby z grupy zoonoz, jak borelioza (maladie de Lyme). Projekt powstał z potrzeby uzyskania wiarygodnych danych terenowych, które trudno byłoby zgromadzić bez zaangażowania szerokiej publiczności. Uczestnicy zgłaszają swoje przypadki ukąszeń za pomocą aplikacji, wysyłają kleszcze do analizy i biorą udział w warsztatach, a zgromadzone dane są analizowane naukowo, co prowadzi do lepszego zrozumienia rozprzestrzeniania się tych pajęczaków i związanych z nimi zagrożeń zdrowotnych. Program realizowany jest zgodnie z koncepcją One Health, łącząc zdrowie ludzi, zwierząt i środowiska oraz wspierany jest przez wiele instytucji naukowych i organizacji partnerskich.
Cele programu

Główne założenia CiTIQUE obejmują:

- współpracę naukowców i obywateli w celu zebrania dużych ilości danych o ukąszeniach kleszczy i ich patogenach;
- zgromadzenie szczegółowej wiedzy na temat ekologii kleszczy (np. gdzie i kiedy dochodzi do ukąszeń) oraz rozpoznanie czynników środowiskowych prowadzących do ryzyka zakażeń;
- poprawę strategii prewencji i profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze;
- tworzenie dużej bazy danych i kolekcji biologicznej udostępnianych społeczności badawczej;
- promocję edukacji naukowej i zaangażowania społecznego poprzez umożliwienie uczestnikom rzeczywistego udziału w badaniach naukowych.

Zakres działań

Program CiTIQUE obejmuje kompleksowy zestaw działań:

- tworzenie i udostępnianie aplikacji mobilnej do zgłaszania ukąszeń kleszczy, co pozwala rejestrować dane dotyczące miejsca, czasu i kontekstu ukąszenia;
- tworzenie unikatowej w skali kraju bazy próbek wykorzystywaną do analizy laboratoryjnej;
- organizację etapów i warsztatów badawczych, w których uczestnicy – zarówno uczniowie, jak i dorośli – mogą działać jak naukowcy;
- prowadzenie programów edukacyjnych, seminariów i aktywności popularyzujących wiedzę o rzeczonych pajęczakach;
- współpracę z różnorodnymi partnerami – od regionalnych agencji zdrowia, poprzez organizacje ochrony środowiska, po lekarzy i weterynarzy.

Mocne strony programu

Program CiTIQUE wyróżnia się innowacyjnym modelem badawczym opartym na partycypacji społeczeństwa, co znacząco zwiększa zakres i głębokość danych terenowych, jednocześnie angażując uczestników w proces generowania wiedzy naukowej. Dzięki temu naukowcy uzyskują dostęp do danych, które byłyby trudne lub kosztowne do zebrania tradycyjnymi metodami, a sama społeczność zyskuje świadomość i umiejętności w zakresie zdrowia publicznego. Ponadto program integruje zagadnienia zdrowia, ekologii i edukacji, co sprzyja kompleksowemu podejściu do problemów zdrowotnych związanych z kleszczami i przenoszonymi przez nie patogenami. CiTIQUE buduje trwałą bazę wiedzy, w tym unikalne zasoby biologiczne i obszerne bazy danych, które służą zarówno do badań naukowych, jak i polityki publicznej, pozwalając lepiej przewidywać i zapobiegać chorobom. Liczne nagrody, jakie otrzymał program, potwierdzają jego wartość tak naukową, jak i społeczną.

Ograniczenia i wyzwania

Mimo wielu zalet, CiTIQUE stoi przed istotnymi wyzwaniami. Duża zależność od aktywizacji obywateli oznacza, że jakość i kompletność danych zależą od ich zaangażowania; niewielka liczba zgłoszeń z określonych regionów może ograniczać reprezentatywność analiz.

Program opiera się na działaniach wolontariackich i współpracy partnerskiej, co wymaga stałego wsparcia instytucjonalnego i finansowego, by utrzymać ciągłość badań. Złożoność i rozległość projektu wiąże się także z wyzwaniami formalnymi i organizacyjnymi, takimi jak koordynacja wielu partnerów, harmonizacja standardów danych oraz zapewnienie odpowiedniej jakości analitycznej gromadzonych próbek.

Wnioski i rekomendacje

Program CiTIQUE stanowi przykład skutecznej integracji nauki i społeczeństwa w celu rozwiązywania realnych problemów zdrowotnych i środowiskowych. Zaangażowanie obywateli w zbieranie danych naukowych pozwala nie tylko zwiększyć efektywność badań, ale także budować świadomość obywatelską i kompetencje w zakresie zdrowia publicznego. Dla dalszego rozwoju warto kontynuować działania edukacyjne i komunikacyjne, amplifikować uczestnictwo społeczeństwa oraz dążyć do stabilizacji finansowania i infrastruktury projektu, aby zapewnić jego długoterminową trwałość i możliwość generowania wiedzy o większej skali. Ponadto rozszerzanie partnerstw międzysektorowych może zwiększyć wpływ programu na polityki zdrowotne i środowiskowe, a rozwój narzędzi analitycznych usprawnić wykorzystanie zgromadzonych danych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://www.citique.fr/programme/qu-est-ce-que-citique/> (dostęp 13.02.2026).

Podsumowanie wniosków z case studies

- **Kompleksowość interwencji i „ścieżka wsparcia”, a nie pojedyncze działanie**

Najbardziej wyraźnym wnioskiem z case studies jest przewaga programów projektowanych jako spójna, wielokomponentowa ścieżka (diagnostyka + edukacja + wsparcie specjalistów + działania utrwalające), zamiast działań jednorazowych. Przykład z woj. opolskiego łączył badania przesiewowe z wielodyscyplinarną opieką (komponent dietetyczny, ruchowy i behawioralno-poznawczy, z udziałem m.in. dietetyka, psychologa/terapeuty i specjalisty aktywności fizycznej). To podejście wzmacnia zarówno trafność, jak i szanse na trwałość efektów, bo reaguje na rzeczywiste mechanizmy zmiany zachowań (nie tylko „wiedza”, ale też motywacja i nawyki).

- **Silne osadzenie programu w diagnozie epidemiologicznej i regionalnej specyfice ryzyka**

Dobre praktyki z obszaru chorób odkleszczowych pokazują, że kluczowe jest oparcie interwencji na twardej diagnozie zagrożeń i realnie podwyższonym ryzyku. Program z woj. podlaskiego był projektowany jako odpowiedź na szczególnie niekorzystną sytuację epidemiologiczną (teren endemiczny), z naciskiem na grupy zawodowe o wysokiej ekspozycji.

- **Łączenie edukacji z działaniem „o wymiernym efekcie ochronnym”**

W przypadku chorób odkleszczowych szczególnie silnie wybrzmiewa model łączący edukację z profilaktyką czynną tam, gdzie to możliwe (szczepienia przeciw KZM). Edukacja bez dostępu do realnego narzędzia ochrony może mieć ograniczoną skuteczność (zwłaszcza gdy chodzi o zmianę zachowań i redukcję ryzyka).

- **Włączanie środowiska społecznego uczestnika jako element zwiększający trwałość efektów programu**

Dobre praktyki pokazują, że skuteczność interwencji rośnie, gdy działania nie są kierowane wyłącznie do jednostki, lecz obejmują także jej otoczenie – rodzinę, środowisko pracy, instytucje lokalne lub społeczność. Taki model zwiększa szanse na utrzymanie zachowań prozdrowotnych oraz wzmacnia efekt edukacyjny.

- **Partnerstwa i model „wielosektorowy” jako sposób zwiększania zasięgu i jakości**

Przykład z woj. opolskiego wskazuje na wartość włączania wielu sektorów (ochrona zdrowia, pomoc społeczna, NGO, samorząd) jako sposobu na zwiększenie potencjału organizacyjnego i szersze oddziaływanie lokalne. W przypadku CiTIQUE we Francji istotą była rozbudowana współpraca instytucjonalna (nauka, zdrowie, środowisko, edukacja) i podejście „One Health”.

- **Mechanizmy trwałości: monitorowanie efektów i kontynuacja po zakończeniu finansowania**

W każdym z przypadków pojawia się problem ograniczonej możliwości oceny długofalowych efektów oraz ryzyka „urwania” działań po zakończeniu projektu (np. Chorwacja – ryzyko nietrwałości efektów edukacyjnych; Podlaskie – potrzeba monitorowania wyszczepialności i odporności w kolejnych latach). Case studies sugerują, że trwałość wzmacniają: (a) system monitorowania po projekcie oraz (b) cykliczny/systemowy charakter działań w obszarach endemicznych lub przewlekłych.

- **Dostępność i logistyka świadczeń jako warunek realnej zgłaszalności**

W programie podlaskim wyraźnie wskazano, że zgłaszalność i gotowość do szczepień są kluczowym czynnikiem skuteczności, a potencjalne usprawnienia to m.in. mobilne punkty szczepień lub szczepienia w miejscu pracy. To ważna dobra praktyka: „uproszczyć uczestnikowi udział” (mniej barier czasu/dojazdu).

Podsumowując zbiorczo, case studies wskazują, że największy potencjał adaptacji mają **rozwiązania o charakterze operacyjnym i projektowym**: projektowanie interwencji jako

ścieżki wielokomponentowej, silniejsze włączenie partnerstw lokalnych i środowisk (rodziny, szkoły, pracodawcy), osadzenie programów w twardej diagnozie ryzyka regionalnego oraz wzmacnianie trwałości przez proste mechanizmy monitorowania i kontynuacji. Bardziej „zaawansowane” rozwiązania (np. pełny model tzw. „citizen science”, czyli badań partycypacyjnych, włączania mieszkańców w proces zbierania danych i monitorowanie zjawisk zdrowotnych, angażowanie społeczności w działania profilaktyczne i badawcze – jak CiTIQUE) są adaptowalne raczej częściowo, jako inspiracja do narzędzi edukacyjnych, zbierania danych i angażowania interesariuszy.

Syntetyczne podsumowanie wniosków i zaleceń z całego badania

Niniejszy podrozdział stanowi syntetyczne podsumowanie, które udziela odpowiedzi na pytanie dotyczące skutecznego projektowania przyszłych programów zdrowotnych. Wymagało to holistycznej analizy wszystkich zgromadzonych danych – ilościowych (CAWI/CATI), jakościowych (IDI, TDI), danych zastanych (analiza wskaźników i dokumentacji programowej) oraz studiów przypadków z innych regionów Polski i Unii Europejskiej. Dopiero triangulacja tych źródeł pozwoliła na sformułowanie wniosków o charakterze przekrojowym, wykraczających poza ocenę pojedynczych mechanizmów czy wskaźników.

Przeprowadzone badanie wskazuje, że ewaluowane Regionalne Programy Zdrowotne cechowały się wysoką trafnością merytoryczną i epidemiologiczną. Odpowiadały one na rzeczywiste potrzeby zdrowotne mieszkańców regionu – zarówno w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jak i profilaktyki chorób odkleszczowych. Jednocześnie skuteczność programów w praktyce okazała się silnie zależna od czynników organizacyjnych, konstrukcji ścieżki wsparcia oraz stopnia dopasowania interwencji do realiów funkcjonowania uczestników i instytucji ochrony zdrowia.

1. Trafność tematyczna jako warunek konieczny, lecz niewystarczający

Analiza danych zastanych oraz wypowiedzi interesariuszy jednoznacznie potwierdza zasadność wyboru obszarów interwencji. Programy dotyczyły problemów o wysokiej skali występowania i istotnym znaczeniu społecznym. Wysokie poziomy realizacji wskaźników uczestnictwa (np. liczba osób objętych programami zdrowotnymi) świadczą o istotnym zasięgu interwencji.

Jednocześnie doświadczenia wdrożeniowe pokazują, że sama trafność tematyczna nie gwarantuje pełnej skuteczności. Kluczowe znaczenie ma bowiem operacyjna wykonalność programu – tj. sposób zorganizowania ścieżki wsparcia, jej dostępność czasowa, czytelność dla uczestnika oraz stopień obciążenia formalnego.

Oznacza to, że przyszłe programy zdrowotne powinny być projektowane nie tylko w oparciu o diagnozę epidemiologiczną, ale również z uwzględnieniem analizy wykonalności organizacyjnej i potencjalnych barier uczestnictwa.

2. Konstrukcja ścieżki wsparcia jako czynnik determinujący efektywność

Jednym z najsilniej wybrzmiewających wątków badania jest znaczenie konstrukcji ścieżki udziału w programie. W przypadku interwencji wieloetapowych (np. konsultacje specjalistyczne, kolejne dawki szczepień, działania edukacyjne) obserwowano trudności w utrzymaniu uczestników w procesie. Bariery te dotyczyły przede wszystkim obciążeń czasowych, konieczności wielokrotnych wizyt oraz niedostatecznej koordynacji informacji o kolejnych etapach wsparcia.

Z drugiej strony, tam gdzie stosowano rozwiązania oparte na przypomnieniach, jasnym harmonogramie oraz bezpośrednim kontakcie z uczestnikiem, odnotowywano wyższą skuteczność organizacyjną i większą ciągłość udziału.

Wyniki badania sugerują, że przyszłe programy powinny być projektowane w sposób maksymalnie przyjazny uczestnikowi – z uwzględnieniem elastycznych terminów, możliwości łączenia świadczeń (tam, gdzie jest to medycznie zasadne) oraz czytelnej komunikacji dotyczącej przebiegu całej ścieżki wsparcia.

3. Elastyczność jako kluczowy warunek skuteczności wdrożeniowej

W materiałach jakościowych wyraźnie powraca motyw sztywności konstrukcji RPZ. Po zatwierdzeniu programu możliwości modyfikacji założeń – w tym kryteriów dostępu czy zakresu działań – były ograniczone. W praktyce oznaczało to, że ujawnione w trakcie realizacji niedopasowania (np. zbyt wąsko zdefiniowana grupa docelowa) trudno było korygować bez istotnych konsekwencji formalnych.

Pandemia COVID-19 stanowiła szczególny test odporności systemu. W programie dotyczącym chorób odkleszczowych wpływ pandemii był wyraźny – obejmował m.in. utrudnienia rekrutacyjne, spadek zainteresowania szczepieniami oraz ograniczenia organizacyjne po stronie punktów szczepień. Doświadczenia te wskazują na potrzebę uwzględniania w projektowaniu przyszłych programów mechanizmów umożliwiających reagowanie na zmienne warunki zewnętrzne.

Elastyczność nie oznacza rezygnacji z logiki interwencji, lecz tworzenie ram pozwalających na racjonalne dostosowanie sposobu realizacji do realiów wdrożeniowych.

4. Edukacja jako najbardziej trwały komponent interwencji

Zarówno analiza wskaźników, jak i wyniki badań jakościowych wskazują, że jednym z najtrwalszych efektów programów jest wzrost świadomości zdrowotnej uczestników. W programie cukrzycowym widoczny był wzrost wiedzy dotyczącej czynników ryzyka oraz deklaracje podejmowania działań prozdrowotnych (zmiana diety, większa aktywność fizyczna, regularne badania). W programie odkleszczowym trwałość efektu ma wymiar zarówno biologiczny (ochrona poszczepienna), jak i edukacyjny (większa uważność na profilaktykę).

Jednocześnie brak systemowego monitoringu po zakończeniu udziału ogranicza możliwość jednoznacznej oceny długookresowej trwałości efektów. W tym kontekście szczególnego

znaczenia nabiera projektowanie komponentu edukacyjnego jako integralnej części interwencji – nie jako dodatku, lecz jako elementu zwiększającego trwałość rezultatów.

5. Rekrutacja oparta na relacji i zaufaniu

Analiza źródeł informacji o programach wskazuje, że najskuteczniejsze kanały rekrutacji to te oparte na bezpośrednim kontakcie i zaufaniu – placówki ochrony zdrowia, personel medyczny, zakłady pracy oraz rekomendacje w środowisku lokalnym. Kanały internetowe pełnią rolę wspierającą, lecz rzadko są wystarczające jako jedyny sposób dotarcia do grup docelowych, szczególnie w starszych grupach wiekowych.

Wyniki te potwierdzają, że skuteczna rekrutacja wymaga zakorzenienia w lokalnych strukturach instytucjonalnych oraz wykorzystania istniejących relacji społecznych.

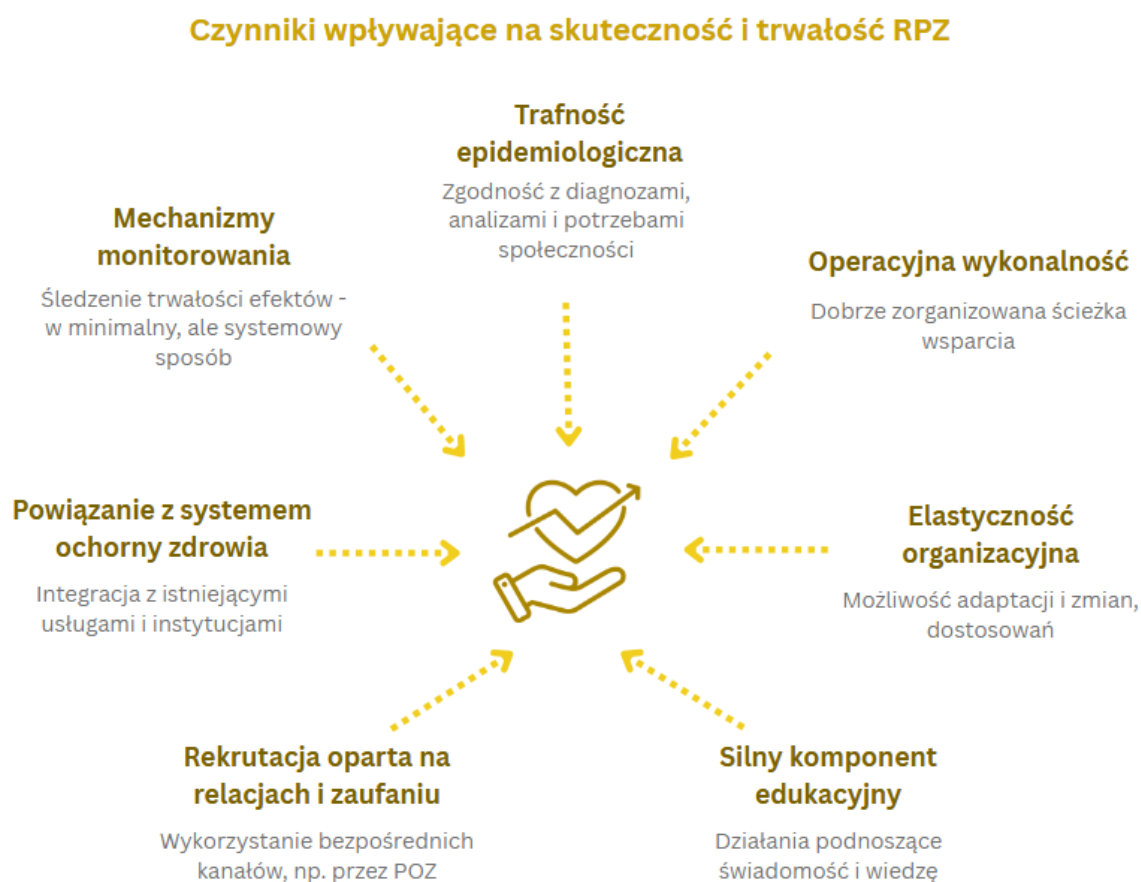
6. Trwałość efektów a powiązanie z systemem ochrony zdrowia

W przypadku programu cukrzycowego trwałość efektu zależała w dużej mierze od wejścia uczestnika w dalszą ścieżkę leczenia i utrzymania zaleceń po zakończeniu udziału w projekcie. W programie odkleszczowym trwałość była silniej „wbudowana” w konstrukcję interwencji (pełny cykl szczepień), jednak także w tym przypadku istotna pozostaje gotowość do kontynuacji szczepień przypominających w przyszłości.

Oznacza to, że projektowanie przyszłych programów powinno uwzględniać powiązanie działań projektowych z systemem ochrony zdrowia oraz mechanizmy ułatwiające kontynuację działań po zakończeniu finansowania.

Podsumowując, przeprowadzone badanie prowadzi do wniosku, że skuteczne i trwałe programy zdrowotne powinny łączyć czynniki podsumowane na poniższej grafice.

Rysunek 13. Czynniki wpływające na skuteczność i trwałość RPZ



Źródło: opracowanie własne.

Projektowanie przyszłych Regionalnych Programów Zdrowotnych wymaga zatem podejścia zintegrowanego – łączącego wymiar medyczny, organizacyjny i społeczny. Takie podejście zwiększa prawdopodobieństwo, że interwencje będą nie tylko formalnie skuteczne (w sensie realizacji wskaźników), ale również użyteczne dla uczestników i trwałe w perspektywie długookresowej.

Wnioski i rekomendacje – tabela rekomendacji

Tabela 9. Tabela rekomendacji

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
1.	Wyniki badania wskazują, że w przypadku interwencji wieloetapowych kluczowe znaczenie dla utrzymania uczestników w programie ma czytelna organizacja ścieżki wsparcia oraz bieżące prowadzenie uczestnika przez kolejne etapy udziału. W materiale jakościowym podkreślano znaczenie rozwiązań takich jak przypomnienia o wizytach, jasna informacja o przebiegu udziału w programie oraz łatwy kontakt z realizatorem.	Rekomenduje się upowszechnianie dobrych praktyk organizacyjnych wspierających utrzymanie uczestników w programach profilaktycznych o wieloetapowej ścieżce wsparcia, w szczególności poprzez zapewnienie czytelnej informacji o przebiegu udziału w programie oraz stosowanie rozwiązań ułatwiających uczestnikom udział w	IP FEDS 2021-2027/ instytucja organizująca nabór projektów	Zaleca się uwzględnianie w dokumentacji naborów krótkiej informacji wskazującej na znaczenie odpowiedniej organizacji ścieżki wsparcia oraz utrzymania uczestników w programie. Jako przykładowe dobre praktyki mogą zostać wskazane m.in.: • zapewnienie uczestnikom jasnej informacji o kolejnych etapach udziału w programie,	W kolejnych naborach projektów w obszarze zdrowia	Operacyjna

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	Jednocześnie wskazywano, że większa elastyczność organizacyjna świadczeń (np. możliwość dopasowania terminów wizyt, łączenia etapów wsparcia czy organizowania wizyt w dogodnych godzinach) sprzyja utrzymaniu uczestników w programie i ogranicza ryzyko rezygnacji. [strony 55, 58-60, 73, 76-78, 95]	kolejnych etapach interwencji.		• stosowanie przypomnień o wizytach lub kolejnych etapach wsparcia, • zapewnienie łatwego punktu kontaktu dla uczestników programu, • organizowanie świadczeń w sposób możliwie elastyczny (np. łączenie etapów wsparcia, dopasowanie terminów wizyt do możliwości uczestników), • rozważanie – tam gdzie jest to organizacyjnie i medycznie uzasadnione – form		

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
				świadczenia usług zwiększających dostępność wsparcia (np. działań mobilnych). Wskazanie takich rozwiązań może mieć charakter informacyjny (dobre praktyki), bez wprowadzania dodatkowych wymogów formalnych wobec wnioskodawców.		

Źródło: opracowanie własne.

Spis tabel

Tabela 1. Wykaz skótów użytych w raporcie	5
Tabela 2. Struktura próby w badaniu ankietowym uczestników RPZ	19
Tabela 3. Wartości wskaźników w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego	43
Tabela 4. Wartości wskaźników w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych	45
Tabela 5. Case study 1	86
Tabela 6. Case study 2	90
Tabela 7. Case study 3	93
Tabela 8. Case study 4	96
Tabela 9. Tabela rekomendacji	104

Spis wykresów

Wykres 1. Ocena wpływu wsparcia na osiągnięcie efektów przez uczestników – RPZ dot. cukrzycy	31
Wykres 2. Ocena wpływu wsparcia na osiągnięcie efektów przez uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych.....	33
Wykres 3. Zgony według wybranych przyczyn (cukrzyca) na 100 tys. ludności	37
Wykres 4. Prognoza epidemiologiczna na lata 2020 - 2034 dla obszaru: województwo dolnośląskie. Problem zdrowotny: Cukrzyca i choroby nerek	38
Wykres 5. Zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia (borelioza)	41
Wykres 6. Zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia (kleszczowe zapalenie mózgu).	42
Wykres 7. Rodzaje wsparcia, z których korzystali uczestnicy – RPZ dot. cukrzycy	57
Wykres 8. Rodzaje wsparcia, z których korzystali uczestnicy – RPZ dot. chorób odkleszczowych	58
Wykres 9. Ocena uczestników, w jakim stopniu udział w RPZ odpowiedział na ich potrzeby	61
Wykres 10. Ocena uczestników, w jakim stopniu są usatysfakcjonowani z przebiegu projektów w ramach RPZ	62
Wykres 11. Obszary, w których uczestnicy RPZ widzą przestrzeń do ulepszania podobnych projektów w przyszłości	64

Wykres 12. Opinia uczestników RPZ, czy informacja o finansowaniu ze środków z UE miała dla nich znaczenie przy decyzji w udziale.....	65
Wykres 13. Ocena uczestników RPZ, w jakim stopniu finansowanie ze środków UE mogło przełożyć się na poniższe kwestie związane z projektem	66
Wykres 14. Ocena uczestników RPZ, w jakim stopniu nadal wdrażają oni w życie elementy zaleceń i wiedzy uzyskanej podczas udziału w projekcie	68
Wykres 15. Działania, jakie podejmują uczestnicy obecnie w związku z udziałem w projekcie – RPZ dot. cukrzycy.....	69
Wykres 16. Działania, jakie podejmują uczestnicy obecnie w związku z udziałem w projekcie – RPZ dot. chorób odkleszczowych	70
Wykres 17. Ocena uczestników RPZ, czy byliby zainteresowani udziałem w podobnych programach zdrowotnych z zakresu profilaktyki, z różnych obszarów chorób i zagrożeń.....	76
Wykres 18. Sposoby, jakimi uczestnicy RPZ dowiadawali się o możliwości wzięcia udziału w projekcie	78
Wykres 19. Źródła, z jakich uczestnicy RPZ najchętniej dowiadawaliby się o podobnych projektach, akcjach z obszaru zdrowia.....	79
Wykres 20. Trudności i bariery wskazywane przez uczestników RPZ, występujące podczas ich udziału w projekcie.....	82

Spis rysunków

Rysunek 1. Najważniejsze efekty RPZ dot. cukrzycy	26
Rysunek 2. Najważniejsze efekty RPZ dot. chorób odkleszczowych	28
Rysunek 3. Średnie oceny wpływu wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia	35
Rysunek 4. Struktura zbadanych uczestników RPZ według płci, wieku, obszaru zamieszkania oraz posiadania orzeczenia o niepełnosprawności	49
Rysunek 5. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na obszar zamieszkania uczestników – RPZ dot. cukrzycy	50
Rysunek 6. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na obszar zamieszkania uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych	51
Rysunek 7. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na wiek uczestników – RPZ dot. cukrzycy	53
Rysunek 8. Ocena wpływu wsparcia RPZ na osiągnięcie efektów oraz ocena ich trwałości ze względu na wiek uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych	54

Rysunek 9. Ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia uczestników – RPZ dot. cukrzycy	59
Rysunek 10. Ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych	60
Rysunek 11. Trwałość efektów w ocenie uczestników – RPZ dot. cukrzycy	72
Rysunek 12. Trwałość efektów w ocenie uczestników – RPZ dot. chorób odkleszczowych....	73
Rysunek 13. Czynniki wpływające na skuteczność i trwałość RPZ	103

Spis źródeł wykorzystanych w raporcie

- 1) Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020;
- 2) Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WD 2014-2020 wraz z załącznikami – obowiązujący i właściwy dla danego naboru konkursowego oraz realizowanych projektów;
- 3) Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 oraz Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030;
- 4) Krajowe ramy strategiczne dla wszystkich przedsięwzięć realizowanych w obszarze zdrowia w perspektywie 2014-2020 – „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”;
- 5) Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- 6) UMWD (2018), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2017
- 7) UMWD (2019), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2018
- 8) UMWD (2020), Sprawozdanie roczne z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 za rok 2019
- 9) UMWD (2019), Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego
- 10) UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego
- 11) UMWD (2019), Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych
- 12) UMWD (2025), Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej. Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych na lata 2020-2022
- 13) MZ, Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzycy dla województwa dolnośląskiego

- 14) <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/prognoza-epidemiologiczna/>
- 15) Forum Ekspertów ds. Cukrzycy (20205), Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej
- 16) Urząd Statystyczny Wrocław (2024), Światowy Dzień Cukrzycy
- 17) WSSE we Wrocławiu (2017), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2016 r.
- 18) WSSE we Wrocławiu (2025), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2024 r.
- 19) Główny Inspektorat Sanitarny (2024). Stan sanitarny kraju w 2023 roku
- 20) Evalu (2022), Wpływ inwestycji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych na jakość życia, poziom wykluczenia społecznego i ubóstwa w województwie dolnośląskim
- 21) Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego – Załącznik nr 9 do Regulaminu konkursu dotyczącego projektów złożonych w ramach Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie chorób cywilizacyjnych, Osi VIII Integracja społeczna RPO WO 2014-2020, Nabór XIX, Wersja nr 1, kwiecień 2020 r. [RPZ]
- 22) Projekty zdrowotne w województwie opolskim. Metody realizacji (Krzysztof Malik, Politechnika Opolska, 2017) [Barometr]
- 23) Ewaluacja Regionalnych Programów Zdrowotnych realizowanych w województwie opolskim – Raport końcowy (UMWO, 2023) [Ewaluacja]
- 24) Sve o šećernoj bolesti – znanjem do zdravlja (IPMED) [Diabetes] – strona projektu dotyczącego profilaktyki i edukacji w zakresie cukrzycy realizowanego w Chorwacji (IPMED)
- 25) Sve o šećernoj bolesti – znanjem do zdravlja – opis projektu (IPMED) [Dane projektowe] – strona zawierająca szczegółowy opis założeń, celów i działań projektu z zakresu profilaktyki cukrzycy oraz konkretne materiały, publikacje powstałe w ramach projektu
- 26) Sve o šećernoj bolesti – znanjem do zdravlja – letak [Ulotka] – materiały informacyjne i promocyjne projektu dotyczącego profilaktyki cukrzycy
- 27) ODLUKU O FINANCIRANJU (Republika Hrvatska Ministasstvo Zdravstva, 2020) [Finansowanie] – decyzja o dofinansowaniu projektu zdrowotnego wydana przez Ministerstwo Zdrowia Republiki Chorwacji (2020)
- 28) Sve o šećernoj bolesti – znanjem do zdravlja – Informativna Publikacija [Informacija] – publikacja informacyjna dotycząca działań projektowych i ich efektów (IPMED)
- 29) Everyone on diabetes – knowledge to health (Kohesio) [Kohesio – diabetes] – opis chorwackiego projektu dotyczącego profilaktyki cukrzycy dostępny w europejskim portalu Kohesio
- 30) Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych (Podlaskie.eu, 2022) [Projekt podlaskie]
- 31) Profilaktyka chorób odkleszczowych (Serwis Regionalnego Programu Województwa Podlaskiego) [Serwis]

- 32) Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania (Gmina Brańsk) [[Program – Brańsk](#)]
- 33) Profilaktyka chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego (Wyszukiwarka Dotacji) [[Wyszukiwarka](#)]
- 34) Fundusze unijne 2014-2020 w sektorze ochrony zdrowia, czyli jak zdobyć środki finansowe na programy profilaktyczne (Edyta Masłowska-Parafian, 2020) [[Fundusze](#)]
- 35) Raport końcowy z realizacji Programu Polityki Zdrowotnej (UMWP) [[Raport](#)]
- 36) Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego (Zarząd Województwa Podlaskiego, 2016) [[RPZ](#)]
- 37) Citique-Lorraine (Kohesio) [[Kohesio – Lyme](#)] – opis francuskiego projektu dotyczącego monitorowania chorób odkleszczowych, dostępny w europejskim portalu Kohesio
- 38) CiTIQUE (SFE²) [[CiTIQUE](#)] – strona francuskiego projektu badawczego z zakresu chorób odkleszczowych
- 39) CiTIQUE, une contribution irremplaçable des citoyens (INRAE, 2022) [[CiTIQUE – INRAE](#)] – artykuł dotyczący roli obywateli w badaniach nad chorobami odkleszczowymi na przykładzie francuskiego projektu CiTIQUE
- 40) Le programme CiTIQUE « Des citoyens et des tiques », lauréat 2021 du Prix de la recherche participative (A2F) [[CiTIQUE – A2F](#)] – artykuł z informacją o francuskim projekcie zdrowotnym CiTIQUE, który został nagrodzony w 2021 r. za badania partycypacyjne
- 41) CiTIQUE – strona internetowa projektu (INRAE) [[CiTIQUE](#)] – oficjalna strona francuskiego projektu badawczego dotyczącego chorób odkleszczowych
- 42) FOCUS PROJET #3: CiTIQUE (Hal Open Science) [[Focus](#)] – opracowanie prezentujące założenia i rezultaty projektu badawczego
- 43) PROJET CiTIQUE: LES CITOYENS S'ENGAGENT! (CPIE de Champenoux, 2018) [[PROJET CiTIQUE](#)] – materiał informacyjny projektu CiTIQUE
- 44) Centres INRAE Grand Est - Nancy & Grand Est – Colmar – profil jednostki badawczej realizującej projekt CiTIQUE w mediach społecznościowych, na portalu Facebook [[INRAE](#)]
- 45) CiTIQUE, citizens making an invaluable contribution (INRAE) [[CiTIQUE – citizens](#)] – materiał informacyjny w języku angielskim dotyczący projektu badawczego i jego efektów
- 46) EVALUATION REPORT OF THE UNIT IAM – Interactions Arbres Micro-organismes (High Council for evaluation of research and higher education, 2023) [[Research evaluation](#)] – raport ewaluacyjny dotyczący działalności jednostki badawczej, powiązanej z francuskim projektem – w tym zawierający informacje o realizacji projektu
- 47) Dane w zasobach BDL GUS
- 48) Dane przekazane przez Zamawiającego