

## Ocena realizacji celów i efektów Programu „Zdrowie”

współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021 i Budżetu Państwa oraz Funduszu Współpracy Dwustronnej współfinansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021

**Raport końcowy**



## Zamawiający:

**Ministerstwo Zdrowia**

Ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



Ministerstwo  
Zdrowia

## Wykonawca:

**EU-CONSULT sp. z o.o.**

ul. Toruńska 18 C, lokal D

80-747 Gdańsk



Gdańsk 2024 r.



## Spis treści

1. Streszczenie.....	5
2. Summary .....	12
3. Wykaz skrótów i objaśnienie terminologii użytej w raporcie (słowniczek) .....	19
4. Wprowadzenie .....	20
4.1. Opis przedmiotu badania .....	20
4.2. Cel główny badania.....	22
4.3. Kryteria ewaluacyjne .....	22
4.4. Pytania badawcze .....	23
5. Skrócony opis zastosowanej metodologii .....	25
5.1. Analiza danych zastanych (desk research) .....	25
5.2. Badanie ilościowe z beneficjentami .....	25
5.3. Badanie jakościowe z beneficjentami i polskimi partnerami projektów .....	26
5.4. Badanie jakościowe z przedstawicielami Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich .....	26
5.5. Badanie ilościowe z uczestnikami projektów lub ich opiekunami.....	27
5.6. Warsztat ekspercki (dodatkowa technika analizy danych) .....	28
7. Opis wyników badania .....	29
7.1. Ocena stopnia osiągnięcia zaplanowanych efektów interwencji wraz z identyfikacją napotkanych wyzwań .....	29
7.2. Ocena współpracy (w tym dwustronnej) wraz z identyfikacją napotkanych w tym obszarze trudności .....	57
7.3. Ocena systemu zarządzania i wdrażania Programu.....	69
7.4. Ocena użyteczności efektów interwencji.....	76
7.5. Ocena wpływu Programu na sytuację zdrowotną, poziom świadomości zdrowotnej oraz dostęp do opieki medycznej.....	100
7.6. Ocena możliwości wpływu efektów interwencji na zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce .....	107
8. Wnioski i rekomendacje .....	115
9. Spis elementów graficznych wykorzystanych w raporcie .....	117

10. Bibliografia ..... 119

## 1. Streszczenie

Celem głównym ewaluacji była **ocena działań podjętych w ramach Programu „Zdrowie”** współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Budżetu Państwa, w tym działań realizowanych ze środków Funduszu Współpracy Dwustronnej (FWD). Funkcję Operatora Programu „Zdrowie” pełni Minister Zdrowia, natomiast partnerem Programu jest Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia. Alokacja Programu wynosi 18 390 588 euro (w tym 15 632 000 euro z NMF oraz 2 758 588 euro z Budżetu Państwa). Na Program składały się dwa projekty predefiniowane (wdrażane z partnerami norweskimi) oraz 10 konkursowych (wdrażane przez szpitale i instytuty badawcze w obligatoryjnym partnerstwie z POZ. Operator Programu w celu zwiększenia jakości przedsięwzięć proponowanych do realizacji w ramach projektów konkursowych, wypracowania wartości dodanej, wyrażonej w efekcie synergii, wynikającej ze wspólnej realizacji zadań w projekcie, zachęcał do wdrażania projektów w partnerstwie z instytucjami funkcjonującymi w obszarze ochrony zdrowia z Państwa-Darczyńcy (Norwegii). Ostatecznie aż 7 z 10 projektów konkursowych realizowanych było we współpracy z partnerami norweskimi.

Największy udział wybranych projektów dotyczył testowania modelu telemedycznego w dziedzinie kardiologii (4), następnie w dziedzinie POChP (3), geriatric (1), położnictwa (1) oraz psychiatrii (1).

**Projekt PDP1** polegał na wypracowaniu przez ekspertów polskich i norweskich 7 modeli telemedycznych w dziedzinie: kardiologia, geriatric, psychiatria, położnictwo, diabetologia, opieka paliatywna, choroby przewlekłe. Ostatecznie wypracowano 6 modeli (bez modelu opieki paliatywnej, dla tego obszaru realizowano działania alternatywne). Z kolei realizacja **projektu PDP2** miała przyczynić się do zrównoważonego wzrostu świadomości na temat zdrowego stylu życia, zmiany nawyków oraz wspierania dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi w Polsce.

Ponadto w ramach Programu wyodrębniona została alokacja na działania finansowane z **Funduszu Współpracy Dwustronnej (FWD)**. Celem FWD utworzonego na poziomie Programu „Zdrowie” jest ułatwienie współpracy bilateralnej oraz wymiany dobrych praktyk pomiędzy partnerami z Polski oraz partnerami inicjatyw z Norwegii, rozwój takich partnerstw oraz ułatwienie tworzenia sieci, wymiany, dzielenia się i przekazywania wiedzy, technologii, doświadczeń między polskimi beneficjentami a podmiotami z Norwegii i organizacjami międzynarodowymi. Należy zaznaczyć, że w ramach Programu zaplanowano również kwotę na działania Operatora Programu, takie jak organizacja spotkań bilateralnych, wizyty studyjne.

Projekty zrealizowane w ramach Programu „Zdrowie” przyczyniły się do wzmocnienia rozwiązań i działań z zakresu telemedycyny oraz zdrowego stylu życia prowadzonych na poziomie krajowym i regionalnym poprzez objęcie swoim zakresem **ponad 103 tys. osób**, w tym:

- Projekty konkursowe: Liczba beneficjentów, wobec których świadczone były lub ulepszone zostały usługi telemedycyny – 12 803 osoby (64% założonej wartości wskaźnika).
- PDP2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”: Liczba dzieci objętych działaniami edukacyjnymi na temat zdrowego stylu życia – 89 922 osoby, co stanowi 360% założonej wartości wskaźnika.
- Inicjatywa FWD „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”: Liczba pracowników jednostek opieki zdrowotnej świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy poprawili swoje kompetencje w dziedzinie antybiotykoterapii poprzez seminaria internetowe i telekonferencje – 300 osób (100% założonej wartości wskaźnika), Liczba pracowników jednostek służby zdrowia świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy zwiększyli swoje kompetencje w dziedzinie szczepień – 100 osób (100% założonej wartości wskaźnika).

Jak wskazują wyniki analizy, mimo osiągnięcia znacznej części zakładanych wartości wskaźników, **występowały w tym obszarze istotne trudności**. Zgodnie z przeprowadzoną w ramach ewaluacji ankietyzacją beneficjentów, 46% z nich udało się osiągnąć założone wartości wskaźników (PDP1 oraz część projektów konkursowych), z czego 7,7% przypadło na odpowiedź świadcząca o ich przekroczeniu (jedna odpowiedź przypadająca na projekt PDP2). Aż 38,5% badanych przyznało, że osiągnięto większość spośród założonych wskaźników, a pozostałe 15,4% przyznało, że osiągnęli jedynie część spośród nich. Respondenci poproszeni zostali o uszczegółowienie odpowiedzi, poprzez wskazanie przyczyn takiego stanu rzeczy. Wskazania te potwierdzają wcześniejsze ustalenia, poczynione na etapie opracowywania poprzedniej ewaluacji związanej z tą interwencją<sup>1</sup>. Główną trudnością były bowiem **opóźnienia w zawarciu umów na projekty** (zarówno na ich realizację, jak i umów z partnerami), co jednocześnie (ze względu na określony, sztywny termin ich zakończenia) determinowało skrócenie czasu realizacji projektów. Zaznaczyć należy, że problem ten dotyczył nie tylko projektów konkursowych.

---

<sup>1</sup> Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa, Ministerstwo Zdrowia, 2024 r.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w przypadku projektu PDP1 istotnym wyzwaniem (prócz wieloobszarowego wpływu pandemii COVID-19) były również przedłużające się postępowania przetargowe oraz brak zainteresowania zewnętrznych wykonawców, który sprawił, że nie było możliwe przetestowanie modelu opracowanego w obszarze opieki paliatywnej.

W przypadku projektu PDP2 jego realizacja również była opóźniona z powodu późnego podpisania Decyzji o dofinansowaniu (lipiec 2020 roku, mimo że wydatki były kwalifikowalne od lutego 2020 roku) oraz wpływu pandemii COVID-19. Dodatkowo opóźnienia wynikały z trudności w rozstrzygnięciu dotychczasowych zamówień publicznych. W odpowiedzi na identyfikowane trudności, zmieniono i doprecyzowano budżet wniosku zgodnie z sugestiami Operatora Programu, a następnie zaktualizowano wniosek aplikacyjny i harmonogram realizacji projektu.

Z uwagi na pandemię przeniesiona została (na 2021 r.) również konferencja otwierająca projekty PDP1 i PDP2 oraz Program „Zdrowie”. Ponadto, w ramach działań zaradczych zrezygnowano z konferencji w formie stacjonarnej na rzecz hybrydowej (prelegenci i paneliści byli obecni w studio, natomiast publiczność oglądała wystąpienia online).

Co istotne, wpływ pandemii COVID-19 odczuwalny był istotnie również w przypadku inicjatywy FWD. Wpływ ten uwidaczniał się w szczególności w ograniczeniu możliwości kontaktu z partnerami norweskimi (brak możliwości realizacji zaplanowanych wcześniej wizyt studyjnych), w tym również w postaci opóźnień w podpisaniu umów (zarówno z Operatorem Programu, jak i stroną norweską).

Skrócony okres realizacji projektów determinował również konieczność realizacji ich w okresach niesprzyjających rekrutacji uczestników (np. okres wakacyjny, czy okres ciepłej jesieni determinujący brak odczuwania zaostrzenia skutków POCHP, zmniejszający chęć uczestników na branie udziału w projektach). Ponadto wskazywano na trudności w zakupie sprzętu spełniającego postawione wymogi (np. spirometry).

Warto zaznaczyć, że żaden z badanych beneficjentów nie wskazał odpowiedzi świadczącej o braku napotkania trudności w ramach prowadzonego projektu. Raport przedstawia szczegóły dotyczące napotkanych trudności, zdaniem ewaluatora warto jednak zwrócić uwagę na pewien wspólny mianownik wskazywanych elementów – wszystkie bowiem sprowadzają się do zbyt krótkiego czasu realizacji projektów. Prawdopodobnie, w przypadku braku tak ograniczonego czasu realizacji, znaczna część napotkanych trudności nie byłaby w ogóle rozpatrywana przez beneficjentów w kategoriach barier. Do ich rozwiązania bowiem wymagany byłby przede wszystkim dłuższy czas wdrażania przewidzianych zadań.



Powyższą tezę potwierdzają odpowiedzi na kolejne pytanie postawione beneficjentom - wszyscy badani stwierdzili bowiem, że w ramach ich projektu odnotowane zostały opóźnienia, przy czym aż 92,3% badanych oceniło, że były one istotne.

Kwestia osiągnięcia zaplanowanych efektów poddana została również pod dyskusję podczas zogniskowanych wywiadów grupowych z przedstawicielami Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich. Z analizy wyników ww. wywiadów wynika, że osiągnięcie założonych wskaźników było zróżnicowane, zależne od charakteru realizowanych projektów i wyzwań, jakie się pojawiły, przy czym kluczowe znaczenie miał krótki czas realizacji projektów. Zidentyfikowano również potrzebę większej elastyczności w zarządzaniu projektami i uproszczenia procedur administracyjnych.

Jak wykazała analiza, realizacja projektów przyczyniła się do **wystąpienia wielu dodatkowych, nieplanowanych efektów**, które często miały pozytywny wpływ na cele projektów. Jednym z tych z efektów (w przypadku projektów konkursowych) była zwiększona akceptacja technologii przez pacjentów, w tym przez osoby starsze, które początkowo były uznawane za mniej otwarte na nowe rozwiązania. Okazało się, że zainteresowanie nowoczesnymi technologiami w tej grupie było większe, niż zakładano, co umożliwiło skuteczniejsze wdrażanie narzędzi telemedycznych oraz edukację technologiczną uczestników projektu.

W projektach pilotażowych dotyczących monitorowania stanu pacjentów za pomocą narzędzi telemedycznych również pojawiły się nowe, nieprzewidziane korzyści, takie jak rozwój współpracy między jednostkami ochrony zdrowia oraz wprowadzenie bardziej szczegółowych narzędzi analitycznych, które wspierają procesy diagnostyczne. W niektórych projektach zastosowanie narzędzi zdalnych pozwoliło na identyfikację pacjentów z błędnymi diagnozami, co przyczyniło się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.

Warto także wspomnieć o efekcie edukacyjnym dla personelu medycznego, który w trakcie realizacji projektów zdobył nowe kompetencje związane z obsługą technologii oraz wsparciem pacjentów w ich użytkowaniu – wniosek ten wysunęli przedstawiciele partnerów projektów w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych. Ich zdaniem realizowane projekty pokazały również, że możliwe jest skuteczne wdrażanie partnerstw publiczno-prywatnych, co stanowi wartość dodaną w kontekście dalszego rozwoju sektora opieki zdrowotnej.

Przechodząc do projektu PDP1 należy zaznaczyć, że jego realizacja przypadła na okres wspomnianej już pandemii COVID-19. Co ciekawe jednak, m.in. z tego powodu udało



się znacznie przekroczyć zakładane wartości wskaźników odnoszących się do osób biorących udział w webinarach. Pandemia przyspieszyła bowiem proces „cyfryzacji” społeczeństwa, upowszechniając korzystanie z rozwiązań informatycznych, wpływając jednocześnie na bardzo duże zainteresowanie organizowanymi w ramach projektu wydarzeniami.

Projekt PDP2 skupiający się na zdrowym stylu życia dla dzieci i młodzieży wygenerował z kolei efekt "kuli śnieżnej", gdzie zainteresowanie placówek edukacyjnych istotnie przekroczyło początkowe oczekiwania, prowadząc do znacznie większej liczby przeszkolonych osób i zaangażowanych instytucji. Efektem było także wypracowanie skutecznych modeli współpracy z placówkami oświatowymi, co może być wykorzystane w przyszłości w podobnych działaniach.

Niespodziewane efekty odnotowano również w przypadku inicjatywy FWD. Odnotowano bowiem zdecydowanie wyższy niż zakładany poziom zainteresowania organizowanymi szkoleniami, w tym i samymi materiałami szkoleniowymi. Ponadto, ze względu na potrzeby wynikające już w trakcie realizacji inicjatywy, rozszerzono zakres partnerów o Państwową Inspekcję Sanitarną. Współpraca w tym obszarze została bardzo pozytywnie oceniona i pozwoliła na wsparcie realizowanych działań o szeroki zasób wiedzy.

Przeprowadzona w ramach ewaluacji ankietyzacja uczestników projektów konkursowych (pacjentów) pozwoliła z kolei określić ich ogólny **stopień zadowolenia** z otrzymanych świadczeń telemedycznych. Co istotne, **na oceny pozytywne przypadło aż blisko 87% wskazań**. Jednocześnie ponad 7% nie miało zdania na ten temat, wobec czego oceny negatywne udzielone zostały jedynie przez niecałe 6% badanych pacjentów.

Podczas prowadzonej ankietyzacji poruszono również kwestię **problemów napotkanych przez uczestników projektów konkursowych** podczas korzystania ze świadczeń telemedycznych. Zjawisko tego typu potwierdziło jedynie 11% badanych. Najczęściej wymieniano problemy techniczne, takie jak słaba jakość połączeń internetowych, zawieszanie się systemu czy trudności z obsługą platform do wideokonsultacji. Pojawiały się także problemy związane z kompatybilnością sprzętu, zarówno telefonów, jak i urządzeń pomiarowych, takich jak waga czy ciśnieniomierz. Niektóre osoby zgłaszały brak odpowiedniego przeszkolenia w zakresie obsługi aplikacji i sprzętu, co utrudniało korzystanie z usług, szczególnie w początkowej fazie programu.

Inne trudności obejmowały logistykę, takie jak konieczność zapewnienia prywatnego miejsca na konsultacje, co nie zawsze było możliwe w warunkach domowych czy

podczas podróży. Kilka osób wskazywało na zbyt krótki czas projektu oraz na sytuacje, gdzie problemy techniczne wymagały wymiany sprzętu, co generowało dodatkowe opóźnienia w realizacji świadczeń. Mimo tych trudności, część respondentów zaznaczała, że po początkowych problemach uzyskali odpowiednie wsparcie, które pozwoliło na sprawniejsze korzystanie z usług.

Jednocześnie ponad **połowa respondentów potwierdziła, że skorzystanie ze świadczenia telemedycznego w ramach projektu przyczyniło się do poprawy ich stanu zdrowia**. Respondenci najczęściej wskazywali, że dzięki świadczeniom telemedycznym mieli poczucie większego wsparcia medycznego i e ciągłego monitoringu zdrowia, co znacząco wpłynęło na ich komfort psychiczny. Wielu z nich podkreślało łatwość i szybkość dostępu do specjalistów, co pozwoliło na lepsze zarządzanie ich zdrowiem i wprowadzenie zmian w codziennych nawykach, takich jak regularne mierzenie ciśnienia czy kontrola wagi. Konsultacje te często umożliwiały poprawę samopoczucia, zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz uzyskanie konkretnych wskazówek dotyczących leczenia czy profilaktyki.

Dzięki telemedycynie wiele osób mogło szybko reagować na niepokojące objawy, a w niektórych przypadkach działania te okazały się kluczowe, jak w sytuacji monitorowania płodu w ciąży czy wczesnego wykrycia poważnych schorzeń. Możliwość konsultacji z domu była również ceniona za oszczędność czasu i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, szczególnie w sytuacjach, gdy wizyty stacjonarne byłyby trudne do zrealizowania.

Osoby korzystające ze wsparcia psychologicznego wskazywały, że rozmowy pozwoliły im zrozumieć źródła ich problemów, uświadomić sobie nowe możliwości działania oraz zyskać perspektywę w trudnych sytuacjach. W wielu przypadkach podkreślano także skuteczność zaleconych ćwiczeń czy farmakoterapii.

Co istotne, po udziale w projekcie blisko 77% badanych (pacjentów) zaczęło bardziej dbać o swoje zdrowie, a 44,3 % przypadło na osoby, które potwierdziły, że bezpośredni wpływ na to miał udział w projekcie.

Przeprowadzona analiza potwierdziła również, że projekty, a także wnioski wypracowane w trakcie ich realizacji, **mają potencjał, aby przyczynić się do zmian systemowych w ochronie zdrowia**. Wiele z wdrożonych działań i rozwiązań, takich jak innowacyjne modele telemedycyny, zintegrowane systemy opieki czy programy edukacyjne, może znaleźć zastosowanie na szerszą skalę, wpływając na organizację opieki zdrowotnej, politykę zdrowotną i edukację zdrowotną.

W obszarze telemedycyny Program Zdrowie pokazał, że **nowoczesne technologie mogą skutecznie zwiększyć dostępność opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla osób z**

terenów oddalonych i o ograniczonym dostępie do specjalistów. Wprowadzone rozwiązania z zakresu telekonsultacji oraz modele zdalnego monitorowania pacjentów mogłyby zostać włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych, wspierając rozwój telemedycyny jako integralnej części systemu ochrony zdrowia.

Modele środowiskowej opieki psychiatrycznej opracowane w ramach Programu Zdrowie mogą stanowić wzór dla rozwoju usług psychiatrycznych na poziomie regionalnym i krajowym. „Telepsychiatria<sup>2</sup>”, która okazała się skuteczna w redukcji barier w dostępie do opieki oraz stygmatyzacji, mogłaby zostać szerzej wdrożona, w szczególności w obliczu niedoboru specjalistów.

Wnioski i doświadczenia z realizacji Programu mogłyby także **znaleźć zastosowanie w polityce zdrowotnej poprzez rozwój bardziej zintegrowanych modeli opieki**, które łączą poziomy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Wdrożenie takich modeli mogłoby zwiększyć efektywność systemu, ograniczyć powielanie działań i poprawić jakość świadczonych usług.

Organizacja opieki zdrowotnej mogłaby zyskać również na **wprowadzeniu ról wspierających**, takich jak koordynatorzy czy edukatorzy technologiczni, co zwiększyłoby efektywność i dostępność usług. Dodatkowo, włączenie elementów edukacji zdrowotnej do programów szkolnych oraz działań profilaktycznych mogłoby przynieść trwałe korzyści w postaci lepiej wyedukowanego społeczeństwa świadomego zagrożeń zdrowotnych.

---

<sup>2</sup> Forma świadczenia usług psychiatrycznych i psychoterapeutycznych za pośrednictwem technologii telekomunikacyjnych, takich jak wideokonferencje, rozmowy telefoniczne lub komunikatory internetowe.

## 2. Summary

The main objective of the evaluation was to **assess the activities undertaken within the framework of the Health Programme** co-financed by the Norwegian Financial Mechanism and the State Budget, including activities implemented by the Fund for Bilateral Relations (FBR). The Minister of Health is the Programme Operator, while the Norwegian Directorate for Health is the Programme Partner. The Programme allocation is EUR 18,390,588 (including EUR 15,632,000 from the Norwegian Financial Mechanism and EUR 2,758,588 from the State Budget). The Programme consisted of two predefined projects (implemented with Norwegian partners) and 10 open call projects (implemented by supra-regional hospitals and research institutes in mandatory partnership with primary healthcare). In order to increase the quality of projects proposed for implementation within the open call projects, to develop added value through synergy effect resulting from the joint implementation of tasks in the project, the Programme Operator encouraged the implementation of projects in partnership with institutions operating in the healthcare sector from the Donor State (Norway). Ultimately, as many as 7 out of 10 open call projects were implemented in cooperation with Norwegian partners.

The largest share of selected projects concerned testing the telemedicine model in the field of cardiology (4), followed by COPD (3), geriatrics (1), obstetrics (1) and psychiatry (1).

**The PDP1** project consisted of developing 7 telemedicine models by Polish and Norwegian experts in the following areas: cardiology, geriatrics, psychiatry, obstetrics, diabetology, palliative care, chronic diseases. Ultimately, 6 models were developed (without the palliative care model, alternative activities were implemented for this area). In turn, the implementation of the **PDP2 project** was to contribute to a sustainable increase in awareness of a healthy lifestyle, changing habits and supporting children and youth with mental health problems in Poland.

In addition, the Programme has a separate allocation for activities financed from **the Fund for Bilateral Relations (FBR)**. The purpose of the FBR established at the level of the Health Programme is to facilitate bilateral cooperation and exchange of good practices between partners from Poland and partners of initiatives from Norway, to develop such partnerships and to facilitate the creation of networks, exchange, sharing and transfer of knowledge, technology, experience between Polish beneficiaries and entities from Norway and international organizations. It should be noted that the Programme also includes an amount for the activities of the Programme Operator, such as the organization of bilateral meetings and study visits.

Projects implemented under the Health Programme contributed to strengthening solutions and activities in the field of telemedicine and healthy lifestyle conducted at the national and regional level by covering over **103 thousand people**, including:

- Open call projects: Number of beneficiaries for whom telemedicine services were provided or improved – 12,803 people (64% of the assumed indicator value).
- PDP2 "Healthy lifestyle of children and youth": The number of children covered by educational activities on a healthy lifestyle – 89,922 people, which is 360% of the assumed value of the indicator.
- FBR Initiative "Reducing health disparities in vaccination programs and rational use of antibiotics in outpatient health care in Poland": Number of employees of health care units providing primary health care who improved their competences in the field of antibiotic therapy through webinars and teleconferences - 300 people (100% of the assumed value of the indicator), Number of employees of health care units providing primary health care who increased their competences in the field of vaccination - 100 people (100% of the assumed value of the indicator).

As the results of the analysis indicate, despite achieving a significant part of the assumed indicator values, there were **significant difficulties in this area**. According to the beneficiaries' survey conducted as part of the evaluation, 46% of them managed to achieve the assumed values of indicators (PDP1 and some of the open call projects), of which 7.7% were the answers indicating that they had been exceeded (one answer for the PDP2 project). As many as 38.5% of the respondents admitted that most of the assumed indicators had been achieved, and the remaining 15.4% admitted that they had achieved only some of them. The respondents were asked to specify their answers by indicating the reasons for this state. These indications confirm the earlier findings made at the stage during the development of the previous evaluation related to this intervention<sup>3</sup>. **The main difficulty was the delays in concluding project contracts** (both for their implementation and partnership agreements with partners), which at the same time (due to the specified, rigid deadline for their completion) determined a shortening of the project implementation time. It should be noted that this problem did not only concern open call projects.

It is worth noting here that in the case of the PDP1 project, a significant challenge (apart from the multi-area impact of the COVID-19 pandemic) was also the prolonged tender procedures and the lack of interest from external contractors, which made it impossible to test the model developed in the area of palliative care.

---

<sup>3</sup>Telemedicine models developed and tested in the "Health" Programme co-financed by the Norwegian Financial Mechanism 2014-2021 and the state budget, Ministry of Health, 2024.

In the case of the PDP2 project, its implementation was also delayed due to the late signing of the Financing Decision (July 2020, despite the fact that the expenditure was eligible from February 2020) and the impact of the COVID-19 pandemic. Additionally, delays resulted from difficulties in resolving public procurement contracts. In response to the identified difficulties, the project's budget was changed and clarified in accordance with the Programme Operator's suggestions, and then the application form and project implementation schedule were updated.

Due to the pandemic, the PDP1 and PDP2 projects, as well as the "Health" Programme opening conference, were also postponed (to 2021). Moreover, as part of the remedial measures, the idea of the conference in a stationary format was rejected in favor of a hybrid one (speakers and panelists were present in the studio, while the audience watched the speeches online).

Importantly, the impact of the COVID-19 pandemic was also felt significantly in the case of the FBR initiative. This impact was particularly visible in the limited possibilities of contact with Norwegian partners (inability to carry out previously planned study visits), including delays in signing agreements (both with the Programme Operator and the Norwegian side).

The shortened period of projects implementation also determined the need to implement them in periods unfavourable for participant recruitment (e.g. the holiday period or the warm autumn period determining the lack of feeling the exacerbation of COPD effects, reducing the participants willingness to take part in the projects). In addition, difficulties in purchasing equipment meeting the requirements were indicated (e.g. spirometers).

It is worth noting that none of the surveyed beneficiaries indicated an answer that they had not encountered any difficulties within the project. The report presents details of the difficulties encountered, however, in the evaluator's opinion it is worth noting a certain common denominator of the indicated elements - they all come down to too short time of project implementation. Probably, in the absence of such a limited implementation time, a significant part of the difficulties encountered would not have been considered by the beneficiaries as barriers at all. Their solution would have required, above all, a longer time of implementing the planned tasks.

The above thesis is confirmed by the answers to the next question asked to the beneficiaries - all respondents stated that delays had been noted within their project, with as many as 92.3% of respondents assessing them as significant.

The issue of achieving the planned effects was also discussed during focus group interviews with representatives of the Programme Operator, the Norwegian partner of



the Programme, beneficiaries of predefined projects and selected open call projects and their Norwegian partners. The analysis of the results of the above interviews shows that achieving the planned indicators was varied, depending on the nature of the projects implemented and the challenges that emerged, with the short time of project implementation being of key importance. The need for greater flexibility in project management and simplification of administrative procedures was also identified.

As the analysis showed, **the implementation of the projects contributed to the occurrence of many additional, unplanned effects**, which often had a positive impact on the goals of the projects. One of these effects (in the case of open call projects) was the increased acceptance of technology by patients, including the elderly, who were initially considered less open to new solutions. It turned out that the interest in modern technologies in this group was greater than expected, which enabled more effective implementation of telemedicine tools and technological education of project participants.

In open call projects on monitoring patient conditions using telemedicine tools new, unforeseen benefits have also emerged, such as the development of cooperation between healthcare units and the introduction of more detailed analytical tools that support diagnostic processes. In some projects, the use of remote tools has allowed the identification of patients with incorrect diagnoses, which has contributed to improving the quality of healthcare services.

It is also worth mentioning the educational effect for medical personnel, who during the implementation of the projects acquired new competences related to the use of technologies and support for patients in their use - this conclusion was put forward by representatives of the project partners during the conducted in-depth interviews. In their opinion, the implemented projects also showed that it is possible to effectively implement public-private partnerships, which is an added value in the context of the further development of the healthcare sector.

Moving on to the PDP1 project, it should be noted that its implementation coincided with the aforementioned COVID-19 pandemic. Interestingly, however, it was also for this reason that it was possible to significantly exceed the assumed values of indicators relating to people taking part in webinars. The pandemic accelerated the process of "digitalization" of society, popularizing the use of IT solutions, while at the same time influencing a very high interest in the events organized as part of the project.

The PDP2 project focused on healthy lifestyle for children and youth generated a "snowball effect", where the interest of educational institutions significantly exceeded initial expectations, leading to a much larger number of trained people and institutions



involved. The effect was also the development of effective models of cooperation with educational institutions, which can be used in similar activities in the future.

Unexpected effects were also noted in the case of the FBR initiative. A much higher than expected level of interest in the organized trainings was noted, including the training materials themselves. Moreover, due to the needs arising during the implementation of the initiative, the scope of partners was expanded to include the State Sanitary Inspectorate. Cooperation in this area was assessed very positively and allowed for the support of the implemented activities with a wide range of knowledge.

The survey of participants in the open call projects (patients) conducted as part of the evaluation allowed us to determine their overall **level of satisfaction** with the telemedicine services they received. Importantly, **positive assessments accounted for nearly 87% of responses**. At the same time, over 7% had no opinion on the subject, which is why negative assessments were given only by less than 6% of the patients surveyed.

During the survey, the issue of **problems encountered by participants of open call projects** while using telemedicine services was also raised. This type of phenomenon was confirmed by only 11% of respondents. The most frequently mentioned were technical problems, such as poor quality of internet connections, system freezes or difficulties in operating video consultation platforms. There were also problems related to the compatibility of equipment, both phones and measuring devices, such as scales or blood pressure monitors. Some people reported a lack of appropriate training in the use of applications and equipment, which made it difficult to use the services, especially in the initial phase of the project.

Other difficulties included logistics, such as the need to provide a private space for consultations, which was not always possible at home or when travelling. Several people indicated that the project was too short and that technical problems required the replacement of equipment, which generated additional delays in the provision of services. Despite these difficulties, some respondents indicated that after initial problems they received appropriate support, which allowed for more efficient use of services.

At the same time, more than **half of the respondents confirmed that using telemedicine services as part of the project contributed to the improvement of their health**.

Respondents most often indicated that thanks to telemedicine services they had a sense of greater medical support and continuous health monitoring, which significantly affected their mental comfort. Many of them emphasized the ease and speed of access to specialists, which allowed for better management of their health and introduction of

changes in daily habits, such as regular blood pressure measurement or weight control. These consultations often allowed for improvement of well-being, reduction of emotional tension and obtaining specific tips on treatment or prevention.

Thanks to telemedicine, many people were able to react quickly to worrying symptoms, and in some cases these actions proved crucial, as in the case of monitoring the fetus during pregnancy or early detection of serious diseases. The possibility of consultation from home was also appreciated for saving time and increasing the sense of security, especially in situations where stationary visits would be difficult to carry out.

People using psychological support indicated that the conversations allowed them to understand the sources of their problems, become aware of new possibilities for action, and gain perspective in difficult situations. In many cases, the effectiveness of recommended exercises or pharmacotherapy was also emphasized.

Importantly, after participating in the project, nearly 77% of respondents (patients) started to take better care of their health, and 44.3% were people who confirmed that participation in the project had a direct impact on this.

The analysis also confirmed that the projects, as well as the conclusions developed during their implementation, **have the potential to contribute to systemic changes in healthcare**. Many of the implemented activities and solutions, such as innovative telemedicine models, integrated care systems or educational programs, can be applied on a wider scale, influencing the organization of healthcare, health policy and health education.

In the area of telemedicine, the Programme has shown that **modern technologies can effectively increase the availability of healthcare**, especially for people from remote areas and with limited access to specialists. The introduced solutions in the field of teleconsultation and remote patient monitoring models could be included in the basket of guaranteed benefits, supporting the development of telemedicine as an integral part of the healthcare system.

The models of community mental health-care developed within the Programme can serve as a model for the development of psychiatric services at regional and national levels. “Telepsychiatry<sup>4</sup>”, which has proven effective in reducing barriers to access to care and stigma, could be implemented more widely, especially in view of the shortage of specialists.

---

<sup>4</sup>A form of providing psychiatric and psychotherapeutic services via telecommunications technologies such as videoconferencing, telephone calls, or instant messaging.

The conclusions and experiences from the implementation of the Programme could also **be applied in health policy through the development of more integrated models of care** that combine the levels of primary and secondary health-care. The implementation of such models could increase the efficiency of the system, reduce duplication of activities and improve the quality of services provided.

The healthcare organization could also benefit from **introducing support roles**, such as coordinators or technology educators, which would increase the efficiency and accessibility of services. Additionally, incorporating health education elements into school programs and preventive activities could bring lasting benefits in the form of a better educated society aware of health risks.

### 3. Wykaz skrótów i objaśnienie terminologii użytej w raporcie (słowniczek)

Skrót	Objaśnienie
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny
CAWI	Wywiad internetowy wspomagany komputerowo
FGI	Zogniskowany wywiad grupowy
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HRV	Zmienność rytmu zatokowego (ang. <i>Heart Rate Variability</i> )
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KTG	Kardiotokografia
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NMF	Norweski Mechanizm Finansowy
NZOZ	Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
SP ZOZ	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
Program	Program „Zdrowie” współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa
PZP	Prawo zamówień publicznych
UE	Unia Europejska
UX	Badanie User experience

## 4. Wprowadzenie

### 4.1. Opis przedmiotu badania

Celem głównym Programu „Zdrowie” finansowanego ze środków NMF i budżetu państwa jest wzmocniona profilaktyka i ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Celem Programu jest zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez realizację działań związanych z telemedycyną i polityką e-zdrowia, zdrowym stylem życia dzieci i młodzieży, środowiskowym modelem opieki psychiatrycznej. Funkcję Operatora Programu „Zdrowie” pełni Minister Zdrowia. Partnerem Programu jest Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia. Alokacja Programu wynosi 18 390 588 euro (w tym 15 632 000 euro z NMF oraz 2 758 588 euro z Budżetu Państwa).

W ramach Programu dofinansowane zostały 2 projekty predefiniowane:

- „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” (PDP1);
- „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” (PDP2).

Wartość projektu PDP1 to 5,2 mln euro (co stanowi ok. 22,5 mln złotych), w tym 85% pochodzi z dofinansowania z NMF, natomiast 15% stanowi tzw. wkład krajowy. Projekt realizowany był w okresie: 20.05.2020 r. - 30.04.2024 r. Beneficjentem projektu był Departament Innowacji w Ministerstwie Zdrowia. Projekt był realizowany we współpracy z Partnerem norweskim – Norweskim Centrum Badań nad e-Zdrowiem z Tromsø. Celem projektu PDP1 było ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, poprzez poprawę dostępu do usług medycznych dla mieszkańców Polski. Realizacja projektu miała przyczynić się do zmniejszenia kosztów procedur medycznych, zmniejszenia obciążeń, także finansowych (np. koszty dojazdu) dla pacjentów, jak również optymalizacji wykorzystania personelu medycznego. Projekt polegał na wypracowaniu przez ekspertów polskich i norweskich 7 modeli telemedycznych w dziedzinie: kardiologia, geriatryka, psychiatria, położnictwo, diabetologia, opieka paliatywna, choroby przewlekłe. Ostatecznie wypracowano 6 modeli (bez modelu opieki paliatywnej, dla tego obszaru realizowano działania alternatywne).

Z kolei beneficjentem projektu predefiniowanego w zakresie zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży (PDP2) jest Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia, natomiast partnerem norweskim – Norweskie Towarzystwo Onkologiczne oraz Region Trøndelag. Głównym celem projektu było szerzenie zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży objętej wsparciem w projekcie. Wartość projektu to 5 mln euro (co stanowi ok. 21,5 mln złotych), w tym 85% pochodzi z dofinansowania z NMF, natomiast 15% stanowi tzw. wkład krajowy. Projekt realizowany był w okresie: 23.07.2020 r. -

30.04.2024 r. Realizacja projektu miała przyczynić się do zrównoważonego wzrostu świadomości na temat zdrowego stylu życia, zmiany nawyków oraz wspierania dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi w Polsce poprzez szeroki zakres działań podejmowanych w 3 obszarach:

- odżywianie i sport (działania polegały na opracowaniu i realizacji programu szkoleniowego w zakresie kształtowania nawyków prozdrowotnych w przedszkolach i żłobkach, realizacji treningów i szkoleń dla rodziców, opiekunów);
- nadużywanie substancji (kluczowym działaniem było przeprowadzenie skierowanej do młodzieży ogólnopolskiej kampanii mającej na celu zwalczanie nadużywania tytoniu);
- zdrowie psychiczne (szkolenia dla pracowników szkół, rodziców i opiekunów dotyczących problemów zdrowia psychicznego młodzieży, materiały informacyjne o metodach poszukiwania pomocy dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami, udostępnienie portalu internetowego na temat zdrowia psychicznego).

Zgodnie z założeniami Programu „Zdrowie”, poza PDP1 i PDP2 ogłoszony został również **otwarty nabór konkursowy**, w ramach którego w formie pilotażu nastąpiło przetestowanie przez szpitale ponadregionalne oraz instytuty wybranych rozwiązań wypracowanych w projekcie PDP1 (przy obowiązkowym partnerstwie z placówkami POZ i nieobowiązkowym partnerstwem bilateralnym). Pierwotny budżet konkursu wynosił 10,8 mln euro, a po aktualizacji w ramach aneksu do Umowy pomiędzy Krajowym Punktem Kontaktowym (KPK), a Biurem Mechanizmów Finansowych w Brukseli (BMF) wynosił 6,2 mln euro. Za przedmiotowy nabór odpowiadał Operator Programu (Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia).

W ramach naboru do dofinansowania wybrano 18 projektów, jednakże 10 projektów o wartości 5,95 mln euro (27 mln zł) podpisało umowy na realizację zadań. Największy udział wybranych projektów dotyczył testowania modelu telemedycznego w dziedzinie kardiologii (4), następnie w dziedzinie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP (3), geriatry (1), położnictwa (1) oraz psychiatrii (1).

Ponadto w ramach Programu wyodrębniona została alokacja (643 833 tys. euro) na działania finansowane z **Funduszu Współpracy Dwustronnej (FWD)** realizowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2014-2021 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014-2021. Celem FWD utworzonego na poziomie Programu „Zdrowie” jest ułatwienie współpracy bilateralnej oraz wymiany dobrych praktyk pomiędzy partnerami z Polski oraz

partnerami inicjatyw z Norwegii, rozwój takich partnerstw oraz ułatwienie tworzenia sieci, wymiany, dzielenia się i przekazywania wiedzy, technologii, doświadczeń między polskimi beneficjentami a podmiotami z Norwegii i organizacjami międzynarodowymi. W ramach FWD zrealizowana została w okresie ewaluacji jedna inicjatywa pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” (wartość alokacji to: 110 500 euro). Inicjatywa trwała do 31 grudnia 2023 r. i prowadzona była przez Fundację Instytut Profilaktyki Zakażeń w partnerstwie z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia oraz Norweskim Instytutem ds. Zdrowia Publicznego<sup>5</sup>. Ponadto realizowana jest również druga inicjatywa, której zakończenie planowane jest na kwiecień 2025 r.

Należy zaznaczyć, że w ramach Programu zaplanowano również kwotę (ok 15 tys. euro) na działania Operatora Programu, takie jak organizacja spotkań bilateralnych, wizyty studyjne.

#### 4.2. Cel główny badania

**Celem głównym** ewaluacji była ocena działań podjętych w ramach Programu „Zdrowie” współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Budżetu Państwa, w tym działań realizowanych ze środków Funduszu Współpracy Dwustronnej (FWD).

#### 4.3. Kryteria ewaluacyjne

W ramach badania osiągnięte zostały następujące **cele szczegółowe** ewaluacji:

- ✓ ocena **skuteczności** (stanu realizacji celów oraz osiągniętych efektów) działań podjętych w ramach Programu „Zdrowie”;
- ✓ ocena **efektywności** (wydajności) działań podjętych w ramach Programu „Zdrowie”;
- ✓ ocena **użyteczności** działań podjętych w ramach Programu „Zdrowie”;
- ✓ ocena **wpływu** działań podjętych w Programie „Zdrowie” na stan zdrowia ludności i system ochrony zdrowia w Polsce.

---

<sup>5</sup> Specyfikacja Warunków Zamówienia (Załącznik nr 1 - Opis Przedmiotu Zamówienia), s. 21-35.



#### 4.4. Pytania badawcze

Poniżej przedstawione zostały pytania badawcze w podziale na kryteria ewaluacyjne.

##### Skuteczność

1. W jakim stopniu osiągnięto zaplanowane efekty (produkty i rezultaty)? Jakie wyzwania (organizacyjne/techniczne/zewnętrzne/inne) pojawiły się podczas realizacji projektów?
2. Czy były jakieś produkty i rezultaty, których nie udało się osiągnąć, a jeśli tak, jakie były tego przyczyny?
3. Czy wystąpiły inne efekty wdrożenia działań (produkty i rezultaty nieplanowane), a jeśli tak, to czy ich wystąpienie przyczyniło się i w jaki sposób do osiągnięcia celu Programu?
4. W jakim stopniu beneficjenci projektów i partnerzy-Darczyńcy skorzystali ze współpracy dwustronnej? Czy były jakieś trudności w jej realizacji? Jeśli tak, w jaki sposób je przezwyciężono? Czy współpraca dwustronna realizowana w projektach przełożyła się na wymianę dobrych praktyk i czy należy kontynuować współpracę dwustronną? Jakie wyzwania wiązały się ze współpracą dwustronną?
5. W jakim stopniu skuteczna była inicjatywa realizowana w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej? Jakie były efekty jej realizacji?
6. Które działania z zakresu profilaktyki zdrowego stylu życia podjęte w projekcie PDP2 okazały się najskuteczniejsze, a które najmniej i dlaczego? Jakie najskuteczniejsze metody promocji zdrowia zastosowano w projekcie?

##### Efektywność

7. Czy system zarządzania i wdrażania Programu pozwolił na osiągnięcie zaplanowanych efektów (produktów i rezultatów) w możliwie najbardziej ekonomiczny i terminowy sposób?
8. Czy wystąpiły opóźnienia w realizacji Programu? Jeśli tak, to jakiego rodzaju? Z czego wynikały?
9. Czy rozwiązania zastosowane w projektach pilotażowych były optymalne lub czy podobny lub większy efekt wsparcia można było osiągnąć wdrażając inne działania/realizując je w inny sposób? Jakie działania lub inny sposób ich realizacji przełożyłyby się na osiągnięcie rezultatów na większą skalę?

### **Użyteczność**

10. W jakim stopniu beneficjenci projektu (w tym odbiorcy końcowi z grup docelowych, w tym pacjenci, dzieci i młodzież itp.) byli zadowoleni z uzyskanych efektów wsparcia?
11. Czy oferowane wsparcie było wystarczające dla końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, dzieci i młodzieży itp., a jeśli nie, to dlaczego?
12. Czy sytuacja zdrowotna końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, dzieci i młodzieży itp. poprawiła się dzięki udziałowi w projektach, a jeśli tak, w jakim stopniu?
13. W jakim stopniu wzrosła wiedza na temat zasad zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży itp. (w obszarach realizowanych w każdym module projektu PDP2)?
14. W jakim stopniu projekty przyczyniły się do wzmocnienia rozwiązań /działań z zakresu telemedycyny oraz zdrowego stylu życia prowadzonych na poziomie krajowym /regionalnym?

### **Wpływ**

15. W jakim stopniu wdrożenie Programu przełożyło się (lub może spowodować przełożenie się) na sytuację zdrowotną końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, a także na świadomość dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów dotyczącą korzyści płynących ze zdrowego stylu życia?
16. W jakim stopniu realizacja projektów poprawiła lub może poprawić dostęp do opieki medycznej dla osób należących do defaworyzowanych grup społecznych i pochodzących z obszarów wykluczonych (białe plamy)?
17. W jakim stopniu otrzymane wsparcie może przełożyć się na zmiany systemowe? W jakim stopniu i w jakich obszarach wsparcie może być istotne dla zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce?

## 5. Skrócony opis zastosowanej metodologii

Poniżej przedstawione zostały główne informacje dotyczące wykorzystanych metod i technik badawczych. Pełny opis w tym obszarze zawarty został w raporcie metodologicznym.

### 5.1. Analiza danych zastanych (desk research)

**Opis techniki badawczej:** Analiza danych zastanych to metoda badań społecznych, która zakłada szczegółową analizę istniejących już i dostępnych danych. W jej wyniku następują scalanie, przetworzenie i analiza danych rozproszonych dotychczas wśród rozmaitych źródeł.

Analiza desk research objęła źródła wymienione w bibliografii znajdującej się w końcowej części niniejszego dokumentu.

### 5.2. Badanie ilościowe z beneficjentami

**Opis techniki badawczej:** Badanie ilościowe zostało zrealizowane za pomocą techniki CAWI. CAWI to ankieta internetowa, przeprowadzana za pomocą sieci internetowej, wypełniana bezpośrednio przez respondenta.

**Populacja badana:** beneficjenci Programu „Zdrowie”.

**Wielkość badanej populacji:** 13 (zgodnie z OPZ realizowano 13 projektów – 10 projektów konkursowych, 2 projekty predefiniowane oraz 1 inicjatywa bilateralna w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej).

**Wielkość, dobór i struktura próby:** ankieta skierowana została do wszystkich przedstawicieli badanej populacji. Zrealizowano 13 ankiet, zgodnie ze strukturą populacji.

**Uzasadnienie wielkości próby i jej struktury:** w sytuacji, gdy w badaniu mają możliwość wziąć udział wszyscy przedstawiciele badanej populacji, nie występuje błąd oszacowania – wyniki badania zgodne są z sytuacją rzeczywistą (przy założeniu, że respondenci udzielają szczerych odpowiedzi).

**Wielkość błędu statystycznego:** Ze względu na to, że badanie objęło wszystkich przedstawicieli badanej populacji błąd oszacowania nie wystąpi.

### 5.3. Badanie jakościowe z beneficjentami i polskimi partnerami projektów

**Opis techniki badawczej:** Badanie jakościowe z beneficjentami i polskimi partnerami projektów zostało zrealizowane za pomocą techniki IDI. Metoda ta polega na przeprowadzeniu z daną osobą ustrukturyzowanej rozmowy. Rozmowa ta realizowana jest według określonego schematu, zwanego scenariuszem wywiadu, a jej celem jest uzyskanie konkretnych informacji w sposób planowy i metodyczny. IDI zrealizowane zostaną telefonicznie lub z wykorzystaniem platformy komunikacyjnej (platforma Whereby).

**Populacja badana:** beneficjenci i polscy partnerzy projektów wdrażanych w ramach Programu „Zdrowie”.

**Wielkość i struktura próby:** IDI zrealizowane zostały:

- Ze wszystkimi beneficjentami Programu „Zdrowie” (w sytuacji, gdy dany beneficjent realizował więcej niż 1 projekt, zrealizowany zostanie odrębny wywiad na temat każdego z projektów);
- Z co najmniej 1 partnerem projektu **każdego** z projektów, w których było nie więcej niż 3 partnerów projektu;
- Z co najmniej 2 partnerami projektu **każdego** z projektów, w których było co najmniej 4 partnerów projektu.

Tym samym, zrealizowane zostały 32 wywiady, z czego 13 przypada na beneficjentów (10 projektów konkursowych, 2 predefiniowane oraz 1 FWD) a 19 na polskich partnerów projektów konkursowych.

**Sposób doboru próby:** Celowy – do badania zostali zaproszeni przedstawiciele wszystkich beneficjentów.

### 5.4. Badanie jakościowe z przedstawicielami Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich

**Opis techniki badawczej:** Badanie jakościowe z przedstawicielami Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich zostało zrealizowane za pomocą techniki FGI. FGI to ustrukturalizowana i moderowana dyskusja kilku osób, zogniskowana na wybranym zagadnieniu. Prowadzona jest według scenariusza, który określa konkretny cel rozmowy i wytyczne

dla moderatora o tym jak prowadzić dyskusję. FGI zrealizowane zostały w formie on-line wykorzystaniem platformy komunikacyjnej (platforma Whereby).

**Populacja badana:** Przedstawiciele Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich.

**Liczba FGI:** Wykonawca zrealizował 2 FGI.

**Uzasadnienie liczby FGI:** Wykonawca przeprowadził odrębne FGI z przedstawicielami beneficjentów projektów predefiniowanych oraz z przedstawicielami beneficjentów konkursowych – w związku z tym konieczne było zrealizowanie 2 FGI.

**Sposób doboru próby:** Celowy – do badania zostali zaproszeni przedstawiciele poszczególnych podmiotów, będących beneficjentami projektów predefiniowanych i konkursowych posiadający największą wiedzę na temat podlegających ewaluacji projektów.

### 5.5. Badanie ilościowe z uczestnikami projektów lub ich opiekunami

**Opis techniki badawczej:** Badanie ilościowe z uczestnikami projektów lub ich opiekunami zostało zrealizowane za pomocą techniki CAWI/CATI (mixed-mode). W przypadku techniki CAWI/CATI (mixed-mode) do potencjalnych respondentów wysyłane są e-maile, zawierające: informację o badaniu, list polecający oraz link do ankiety. Osoby, które nie zareagują na pierwszego e-maila, otrzymują e-maile przypominające o badaniu, następnie zaś miejsce ma kontakt telefoniczny, służący realizacji badania CATI.

**Populacja badana:** Uczestnicy projektów i ich opiekunowie.

**Wielkość badanej populacji:** 25 381 (na podstawie danych dotyczących uczestników PDP 1, PDP 2 oraz wartości osiągniętych wskaźników dotyczących projektów konkursowych (wg stanu na 29.02.2024 r.).

**Wielkość próby:** zakładano realizację 1 000 ankiet. Ostatecznie udało się zrealizować większą liczbę, tj. 1 417 ankiet.

**Uzasadnienie wielkości próby:** Dzięki zrealizowaniu zaproponowanej wielkości próby maksymalny błąd oszacowania nie przekroczył 3% dla poziomu ufności = 0,95 i szacowanej wielkości frakcji = 0,5 – oznacza to, że wyniki badania bardzo dobrze oddają sytuację rzeczywistą.

**Sposób doboru próby:** Warstwowo-losowy. Uwzględniono warstwowanie ze względu na projekt, w ramach którego korzystano ze wsparcia. Respondenci z poszczególnych warstw byli dobierani w sposób losowy.

**Struktura próby:** Udział respondentów z większości poszczególnych warstw w próbie jest wprost proporcjonalny do udziału uczestników projektów z poszczególnych warstw w badanej populacji.

**Wielkość błędu statystycznego (dla poziomu ufności = 0,95 i szacowanej wielkości frakcji = 0,5):** 3%.

### **5.6. Warsztat ekspercki (dodatkowa technika analizy danych)**

**Opis techniki badawczej:** W ramach warsztatu eksperckiego eksperci z danej dziedziny prowadzą dyskusję nad określoną problematyką.

Warsztat ekspercki został przeprowadzony na etapie prac nad projektem raportu końcowego (gdy prace nad projektem raportu końcowego zbliżały się do końca).

**Populacja badana:** Eksperci ds. ochrony zdrowia (w badaniu wzięły udział osoby spoza Zespołu Badawczego).

**Liczba warsztatów eksperckich:** Wykonawca zrealizował 1 warsztat ekspercki.

**Liczba uczestników warsztatu eksperckiego:** W warsztacie eksperckim wzięło udział 6 ekspertów.

**Dobór próby:** Celowy – do badania zostały zaproszone osoby, które były w stanie dostarczyć wiedzy użytecznej w kontekście celów ewaluacji oraz poszczególnych zestawów pytań ewaluacyjnych.

## 7. Opis wyników badania

### 7.1. Ocena stopnia osiągnięcia zaplanowanych efektów interwencji wraz z identyfikacją napotkanych wyzwań<sup>6</sup>

*W jakim stopniu osiągnięto zaplanowane efekty (produkty i rezultaty)? Jakie wyzwania (organizacyjne/techniczne/zewnętrzne/inne) pojawiły się podczas realizacji projektów?*

*Czy były jakieś produkty i rezultaty, których nie udało się osiągnąć, a jeśli tak, jakie były tego przyczyny?*

Poniżej przedstawiono tabelaryczne zestawienie zakładanych i osiągniętych wartości wskaźników. W przypadku wskaźników programowych **udało się osiągnąć niemal wszystkie zakładane wartości docelowe**. Wyjątek stanowi wskaźniki „Liczba beneficjentów, wobec których świadczone są lub ulepszone zostały usługi” (poziom realizacji na poziomie 64%) oraz „Liczba osób deklarujących zadowolenie z usług otrzymanych z pomocą nowych metod e-zdrowia” (94%). Warto zwrócić jednak uwagę na fakt znacznego przekroczenia części z zakładanych wartości docelowych, np. „Liczba podmiotów zaangażowanych w działania edukacyjne na temat zdrowego stylu życia” (10 792%), czy „Liczba osób, do których dotarła kampania podnosząca świadomość” (4 163%), co było spowodowane bardzo dużym zainteresowaniem realizowanymi działaniami.

W przypadku wskaźników odnoszących się do realizacji projektów konkursowych, niemal w każdym z nich odnotowano niepełną realizację założonych wartości docelowych. Warto jednocześnie zaznaczyć, że w przypadku inicjatywy FWD pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” udało się osiągnąć wszystkie zakładane efekty.

<sup>6</sup> W początkowej części każdego z podrozdziałów analitycznych przytoczono treść pytań badawczych, na które udzielono odpowiedzi w danym fragmencie opracowania.



Tabela 1. Zakładane i zrealizowane efekty Programu „Zdrowie”

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
Program „Zdrowie”	Rezultat 1	Zmniejszone nierówności społeczne w zdrowiu	Liczba beneficjentów, wobec których świadczone są lub ulepszone zostały usługi (z wykorzystaniem diagnozy /leczenia z pomocą telemedycyny)	Płeć	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	20 000	12 803	64%
			Liczba członków w personelu medycznego z ulepszonym	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Wyniki ankiet	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	0	nie dotyczy	750	756	100,8%

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			ymi umiejętnościami w zakresie telemedycyny i e-zdrowia w wyniku szkolenia									
			Liczba dzieci z poprawionymi nawykami (dieta, zajęcia sportowe)	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta Projektu: dane wykonane na podstawie liczby dzieci w grupie potwierdzonej przez nauczyciela/człon	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	0	nie dotyczy	84 000	89 922	<b>107%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
						ków profesjonalnego personelu lub listę obecności						
			Liczba dzieci deklarujących zmniejszenie spożycia tytoniu	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta Projektu: dane wykonawców na podstawie wizyt na stronie internetowej i częściowo ankiety internetowej	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	0	nie dotyczy	2500	3 085	<b>123%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			Liczba osób deklarujących zadowolenie z usług otrzymanych z pomocą nowych metod e-zdrowia	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Kwestionariusz pacjenta	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	0	nie dotyczy	10000	9 405	<b>94%</b>
			Liczba modeli telemedycyny i e-zdrowia przesłanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Potwierdzenie oddania	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	0	nie dotyczy	3	3	<b>100%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			i Taryfikacji (AOTMiT), w celu weryfikacji finansowania.									
	Rezultat 1.1	Ulepszoney dostęp do usług opieki zdrowotnej (telemedycyna i e-zdrowie)	Liczba opracowanych modeli telemedycyny i e-zdrowia	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Opisy modeli przesłane przez ekspertów	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	7	7	<b>100%</b>
			Liczba usług opieki zdrowotnej świadczonych z pomocą zakupionego	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	20000	24 757	<b>124%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			nowoczesnego sprzętu									
			Liczba warsztatów rozpowszechniających poświęconych pilotom dotyczącym telemedycyny i e-zdrowia	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Lista obecności	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	3	3	100%
			Liczba przeprowadzonych kampanii podnoszenia świadomości	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu, materiały audio/wideo/drukowane	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	1	1	100%

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
						stworzone w ramach kampanii						
			Liczba osób, do których dotarła kampania podnosząca świadomość	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Sprawozdanie wykonawcy dotyczące zasięgu kampanii	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	1 000 000	41 634 132	<b>4 163%</b>
	Rezultat 1.2	Zapewniona edukacja dzieci i młodzieży na temat zdrowego stylu życia	Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami edukacyjnymi	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta Projektu: dane wykonawcy na podstawie liczby dzieci w grupie	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	25 000	89 922	<b>360%</b>



Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
						potwierdzonej przez nauczyciela/członków w profesjonalnego personelu lub listę obecności						
			Liczba przeszkolonych członków w profesjonalnego personelu	Płeć	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu, listy obecności	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	500	7 871	<b>1574%</b>
			Liczba rodziców/opiekunów/	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	25 000	25 403	<b>102%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			członków w rodzinach edukowanych w zakresie zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży			Projektu: dane wykonawców na podstawie listy obecności						
			Liczba podmiotów zaangażowanych w działania edukacyjne na temat zdrowego stylu życia	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjentów Projektu: dane wykonawców	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	12	1 295	<b>10792 %</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			Liczba przeprowadzonych kampanii podnoszenia świadomości (kampanii na rzecz walki z paleniem)	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu, materiały audio/wideo/drukowane stworzone w ramach kampanii	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	1	1	100%
			Liczba osób, do których dotarła kampania podnosząca świadomość	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta Projektu: dane wykonawców na podstawie wizyt na stronie	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	1 000 000	41 634 132	4 163%

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
						internetowej						
	Rezultat 1.3	Wsparcie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	Liczba rodziców / opiekunów w/ członków w rodzinie edukowanych w zakresie zdrowia psychicznego dzieci	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjentów Projektu: dane wykonawców na podstawie listy obecności	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	500	553	<b>111%</b>
			Liczba członków w profesjonalnego personelu przeszklonych w zakresie	Płeć	Wyrażona w liczbach	Dokumentacja Beneficjentów Projektu, listy obecności	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	100	111	<b>111%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			e zdrowia psychicz nego dzieci									
			Liczba podmiotów zaangażowanych w działania edukacyjne na temat zdrowia psychicznego	nie dotyczy	Wyrażona w liczbach	Zweryfikowane przez Beneficjenta Projektu: dane wykonawców	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	10	15	<b>150%</b>
			Portal internetowy/strona internetowa poświęcona zdrowiu	nie dotyczy	Binarna	Podpisane przez Beneficjenta Projektu przyjęcie funkcjonującej strony	Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)	0	nie dotyczy	1	1	<b>100%</b>

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			psychiczemu dzieci			internetowej						
Dwustronny	Dwustronny rezultat	Zacieśnienie współpracy pomiędzy podmiotami z Państwa-Beneficjentami a podmiotami z Państw-Darczyńców zaangażowanymi w Program	Poziom zaufania pomiędzy współpracującymi podmiotami z Państw-Beneficjentów i podmiotami z Państw-Darczyńców	Rodzaj państwa	Punkty w skali 1-7	Wyniki ankiet	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	do ustalenia <sup>1</sup>	do ustalenia	≥4,5 <sup>2</sup>		
			Poziom zadowolenia z partnerstwa	Rodzaj państwa	Punkty w skali 1-7	Wyniki ankiet	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	do ustalenia <sup>3</sup>	do ustalenia	≥4,5 <sup>4</sup>		

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			Udział współpracujących osób, które stosują wiedzę uzyskaną w związku z partnerstwem dwustronnym	Rodzaj państwa	Wyrażona w procentach	Wyniki ankiet	Rocznie (roczna stopa procentowa - RSP)	nie dotyczy	nie dotyczy	50%		
	<b>Rezultat po stronie Darczyńców</b>	<b>Poprawiona dwustronna współpraca w sektorze zdrowia</b>	<b>Liczba projektów obejmujących współpracę z partnerem projektu z Państw</b>	<b>Państwa - Darczyńcy</b>	<b>Wyrażona w liczbach</b>	<b>Kopie umów zawartych z Beneficjentami Projektów, umów partnerskich pomiędzy</b>	<b>Półrocznie (RSP i IFR we wrześniu)</b>	<b>0</b>	<b>nie dotyczy</b>	<b>6</b>		

Obszar programowy	Rezultat/Wynik	Oczekiwane wyniki Programu	Wskaźnik	Dezagregacja	Jednostka miary	Źródło weryfikacji	Częstotliwość raportowania	Wartości bazowe	Rok bazowy	Wartość docelowa	Wartość dotychczas osiągnięta	% wykonania wskaźnika
			w-Darczyńców			Beneficjentami Projektów a Partnerami Projektów						

Źródło: Materiały udostępnione przez Zamawiającego.



**Tabela 2. Poziom realizacji wskaźników w projektach konkursowych.**

Dziedzina	Skrócona nazwa projektu	Liczba beneficjentów, wobec których świadczone są lub ulepszone zostały usługi (z wykorzystaniem diagnozy/lечения z pomocą telemedycyny)					Liczba osób deklarujących zadowolenie z usług otrzymanych z pomocą nowych metod e-zdrowia			Liczba usług opieki zdrowotnej świadczonych z pomocą zakupionego nowoczesnego sprzętu		
		Zakładane	Wykonane	Kobiety	Mężczyźni	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania
Geriatrya	Wdrożenie i testowanie pilotażowych rozwiązań telemedycznych w zakresie modelu „Geriatrya”	520	500	294	206	96%	520	500	96%	1560	1299	83%
Choroby przewlekłe	Wdrożenie i testowanie pilotażowych rozwiązań telemedycznych w zakresie modelu „Choroby przewlekłe”	520	253	143	110	49%	520	253	49%	1560	271	17%
Kardiologia	Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca	510	424	1441	280	83%	401	335	84%	2040	2104	103%
Choroby przewlekłe	PulmoRehab Dostęp do usług zdrowotnych poprzez spersonalizowany	510	438	251	187	86%	255	394	155%	510	300	59%

Dziedzina	Skrócona nazwa projektu	Liczba beneficjentów, wobec których świadczone są lub ulepszone zostały usługi (z wykorzystaniem diagnozy/leczenia z pomocą telemedycyny)					Liczba osób deklarujących zadowolenie z usług otrzymanych z pomocą nowych metod e-zdrowia			Liczba usług opieki zdrowotnej świadczonych z pomocą zakupionego nowoczesnego sprzętu		
		Zakładane	Wykonane	Kobiety	Mężczyźni	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania
	system opieki nad pacjentami z POChP											
Kardiologia	Wdrażanie modelu telemedycznego z dziedziny kardiologii przez Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”	450	402	209	193	89%	400	191	48%	3	3	100%
Kardiologia	Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca	510	439	177	262	86%	306	402	131%	510	418	82%
Psychiatria	Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji	2200	1162	559	612	53%	1000	741	74%	2200	5083	231%
Choroby przewlekłe	Projekt dotyczący polityki w zakresie telemedycyny i e-zdrowia – choroby przewlekłe POChP	400	640	351	289	160%	290	379	131%	58	435	75%

Dziedzina	Skrócona nazwa projektu	Liczba beneficjentów, wobec których świadczone są lub ulepszone zostały usługi (z wykorzystaniem diagnozy/leczenia z pomocą telemedycyny)					Liczba osób deklarujących zadowolenie z usług otrzymanych z pomocą nowych metod e-zdrowia			Liczba usług opieki zdrowotnej świadczonych z pomocą zakupionego nowoczesnego sprzętu		
		Zakładane	Wykonane	Kobiety	Mężczyźni	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania	Zakładane	Wykonane	% wykonania
Położnictwo	„Halo Mamo! – pilotaż opieki telemedycznej dla kobiet w ciąży”	320	322	322	0	101%	272	284	104%	320	322	101%
Kardiologia	Poprawa zdrowia pacjentów z niewydolnością serca	510	513	243	270	101%	459	310	68%	1	1	100%
<b>SUMA</b>		<b>6 450</b>	<b>5 093</b>	<b>2 684</b>	<b>2409</b>	<b>79%</b>	<b>4 423</b>	<b>3 789</b>	<b>86%</b>	<b>9 284</b>	<b>10 236</b>	<b>110%</b>

Źródło: Materiały udostępnione przez Zamawiającego („Tabela z wykonaniem wskaźników w projektach pilotażowych [stan na 31.01.2024]).

Tabela 3. Wskaźniki projektu pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość dotychczas osiągnięta	Wartość docelowa	% wykonania wskaźnika
Liczba instytucji z państw Darczyńców współpracujących w zakresie wymiany dobrych praktyk w ramach inicjatywy predefiniowanej	2	2	2	100%
Liczba publikacji/raportów wytworzonych w ramach inicjatywy predefiniowanej	2	2	2	100%
Liczba wydarzeń (webinaria/konferencje/spotkania – w tym organizowane on-line) służących wymianie wiedzy	40	40	30	133%
Liczba kwestionariuszy	3	3	3	100%
Liczba jednostek opieki zdrowotnej objętych badaniem	40	40	40	100%
Liczba opracowanych algorytmów	2	2	2	100%
Liczba narzędzi informatycznych	1	1	1	100%
Liczba jednostek podstawowej opieki zdrowotnej testujących pilotażową wersję narzędzia	2	2	2	100%
Liczba stron internetowych	1	1	1	100%
Liczba pracowników jednostek opieki zdrowotnej świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy poprawili swoje kompetencje w dziedzinie antybiotykoterapii poprzez seminaria internetowe i telekonferencje	200	500	500	100%
Liczba pracowników jednostek służby zdrowia świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy zwiększyli swoje kompetencje w dziedzinie szczepień	200	300	300	100%
Liczba kwestionariuszy ewaluacyjnych	300	300	300	100%

Źródło: Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Prawidłowość realizacji Projektu realizowanego w ramach programu „Zdrowie” oraz Funduszu Współpracy Dwustronnej pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014- 2021. Norweski Mechanizm Finansowy 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.

Zgodnie z przeprowadzoną w ramach ewaluacji ankietyzacją beneficjentów, 46% (tj. 6) z nich udało się osiągnąć założone wartości wskaźników (PDP1 oraz część projektów konkursowych), z czego 7,7% przypadło na odpowiedź świadcząca o ich przekroczeniu (jedna odpowiedź przypadająca na projekt PDP2. Aż 38,5% (5) badanych przyznało, że osiągnięto większość spośród założonych wskaźników, a pozostałe 15,4% (2) przyznało, że osiągnęli jedynie część spośród nich. Można więc stwierdzić, że większość beneficjentów analizowanej interwencji miała istotne trudności w osiągnięciu założonych celów.

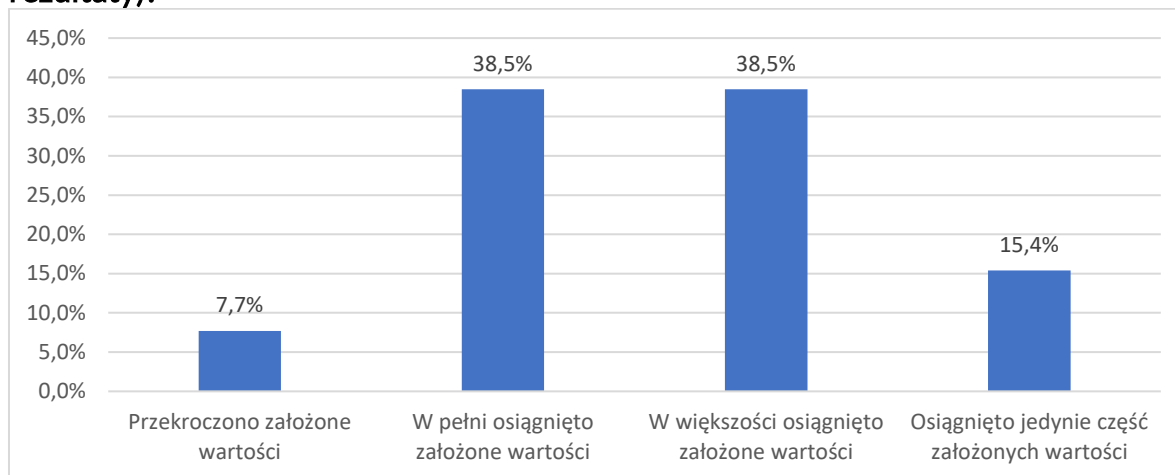
Respondenci poproszeni zostali o uszczegółowienie odpowiedzi, poprzez wskazanie przyczyn takiego stanu rzeczy. Wskazania te potwierdzają wcześniejsze ustalenia, poczynione na etapie opracowywania poprzedniej ewaluacji związanej z tą interwencją, kiedy to ustalono, że **największe trudności związane były z przeciągającym się procesem związanym z zawarciem umów na realizację projektów pilotażowych i wynikającym z tego krótkim czasem przewidzianym na ich realizację**<sup>7</sup>. Również w ramach przeprowadzonego n potrzeby obecnej ewaluacji badania, a główną trudność brane były bowiem opóźnienia w zawarciu ww. umów zarówno na ich realizację, jak i umów z Partnerami), co jednocześnie (ze względu na określony, sztywny termin ich zakończenia) determinowało skrócenie czasu realizacji projektów.

Skrócony okres realizacji determinował z kolei konieczność realizacji ich w okresach niesprzyjających rekrutacji uczestników (np. okres wakacyjny, czy okres ciepłej jesieni determinujący brak odczuwania zaostrzenia skutków POCHP, zmniejszający chęć uczestników do brania udziału w projektach). Ponadto wskazywano na trudności w zakupie sprzętu spełniającego postawione wymogi (np. spirometry).

---

<sup>7</sup> Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa, Ministerstwo Zdrowia, 2024 r., s. 84.

### Wykres 1. W jakim stopniu osiągnięto zaplanowane efekty projektu (produkty i rezultaty)?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji beneficjentów (N=13)

Kwestia napotkanych trudności została również podjęta w ramach osobnego pytania, skierowanego do beneficjentów. Co istotne, **żaden z badanych nie zaznaczył odpowiedzi świadczącej o braku napotkanych trudności**. Zdaniem ewaluatora, należy jednak mieć na uwadze pilotażowy charakter interwencji, determinujący możliwość ich występowania. Zdecydowana większość badanych (76,9%, tj. 10 beneficjentów) wskazała natomiast na napotkanie **trudności o charakterze organizacyjno-technicznym**. W tym obszarze niemal wszyscy badani wskazywali na kluczową rolę opóźnień w podpisaniu umów na realizację projektów pilotażowych. Ponadto wskazywane były trudności w korzystaniu z telefonów (zarówno po stronie pacjentów, jak i stricte technicznych, związanych z wadliwym działaniem smartfonów zakupionych w ramach projektu), opóźnienia wynikające z konieczności stosowania PZP czy trudności dotyczące ograniczonego dostępu do sieci internetowej.

Wśród **barier finansowych** beneficjenci wymieniali zbyt niskie środki przewidziane na wynagrodzenia lekarzy biorących udział w projekcie, trudności z możliwością rozliczenia kosztów, np. personelu (wynikające z regulaminów wynagradzania partnerów) oraz konieczność nanoszenia zmian w opracowanych uprzednio budżetach.

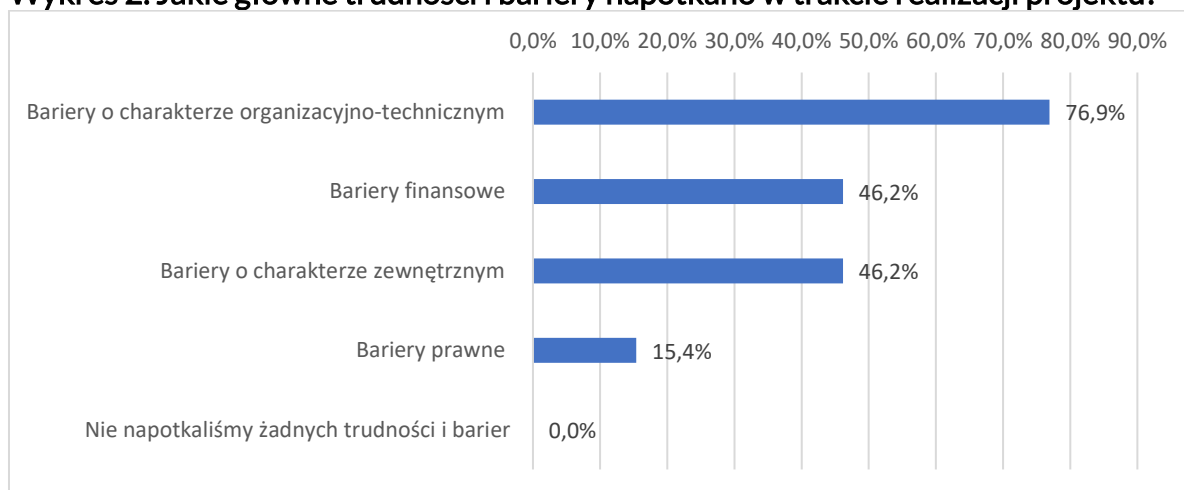
**Barьеры prawne** dotyczyły z kolei długiego okresu realizacji przetargów i (wspomnianego już) pogodzenia obowiązujących u Partnerów regulaminów np. wynagradzania, z wytycznymi, na podstawie których odbywało się rozliczenie projektu.

Stosunkowo często powoływano się również na **inne bariery zewnętrzne**, wśród których wymieniano pandemię COVID-19 (i związane z nią utrudnienie rekrutacji pacjentów), konieczność powtarzania postępowań w związku z brakiem zgłoszeń

wykonawców, okres rekrutacyjny przypadający na wakacje, czy też problemy w zakupie sprzętu o wymaganych właściwościach.

Zdaniem ewaluatora, warto w tym miejscu zwrócić uwagę na pewien wspólny mianownik wskazywanych trudności – wszystkie bowiem sprowadzają się do zbyt krótkiego czasu realizacji projektów. Prawdopodobnie, w przypadku braku tak ograniczonego czasu realizacji, napotkane trudności (wskazane powyżej) nie byłyby w ogóle rozpatrywane przez beneficjentów w kategoriach barier. Do ich rozwiązania bowiem wymagany byłby przede wszystkim dłuższy czas wdrażania przewidzianych zadań.

### Wykres 2. Jakie główne trudności i bariery napotkano w trakcie realizacji projektu?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji beneficjentów (N=13)

Powyższą tezę potwierdzają odpowiedzi na kolejne pytanie. Wszyscy badani beneficjenci potwierdzili, że w ramach ich projektu odnotowane zostały opóźnienia, przy czym aż 92,3% (tj. 12) badanych oceniło, że były one istotne.

### Wykres 3. Czy podczas realizacji projektu wystąpiły jakieś opóźnienia?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji beneficjentów (N=13)

Wskazane powyżej powody nieosiągnięcia wszystkich zaplanowanych efektów można uznać za nieleżące po stronie beneficjentów. Potwierdzają to wyniki kolejnego z postawionych im pytań – **wszyscy beneficjenci bowiem wyrazili zadowolenie z efektów, które ostatecznie udało się osiągnąć** w ramach realizowanych projektów.

Analiza wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z beneficjentami i partnerami Programu „Zdrowie” również potwierdziła, że w znacznej części projektów udało się osiągnąć pierwotnie założone wartości wskaźników, a w niektórych przypadkach nawet je przekroczyć. Jednakże, beneficjenci wskazywali na znaczące trudności wynikające z ograniczonego czasu na wdrażanie projektów, co często było spowodowane opóźnieniami administracyjnymi na etapie podpisywania umów. Dodatkowo, problemy proceduralne, takie jak złożoność przetargów czy trudności logistyczne związane z przygotowaniem i personalizacją narzędzi (np. platform telemedycznych), były wskazywane jako znaczące wyzwania, które wpłynęły na efektywność realizacji projektów.

Niektóre projekty wykazały także **trudności w dostosowaniu technologii do potrzeb starszych pacjentów**, co ograniczało pełne wykorzystanie założonych narzędzi i funkcjonalności. Uzyskane wyniki pokrywają się tym samym z przedstawionymi wynikami badań ilościowych.

*Czy wystąpiły inne efekty wdrożenia działań (produkty i rezultaty nieplanowane), a jeśli tak, to czy ich wystąpienie przyczyniło się i w jaki sposób do osiągnięcia celu Programu?*

Analiza wywiadów wskazuje również, że **realizacja projektów przyczyniła się do wystąpienia wielu dodatkowych, nieplanowanych efektów**, które często miały pozytywny wpływ na cele projektów. Jednym z tych z efektów (w przypadku projektów konkursowych) była **zwiększona akceptacja technologii przez pacjentów**, w tym przez osoby starsze, które początkowo były uznawane za mniej otwarte na nowe rozwiązania. Okazało się, że zainteresowanie nowoczesnymi technologiami w tej grupie było większe, niż zakładano, co umożliwiło skuteczniejsze wdrażanie narzędzi telemedycznych oraz edukację technologiczną uczestników projektu. Zdaniem ewaluatora wniosek ten jest szczególnie istotny w kontekście rozważenia wdrożenia rozwiązań telemedycznych na skalę krajową.

Projekt PDP2 skupiający się na zdrowym stylu życia dla dzieci i młodzieży wygenerował z kolei efekt "kuli śnieżnej", gdzie **zainteresowanie placówek edukacyjnych istotnie przekroczyło początkowe oczekiwania**, prowadząc do znacznie większej liczby przeszkolonych osób i zaangażowanych instytucji. Efektem było także



**wpracowanie skutecznych modeli współpracy z placówkami oświatowymi**, co może być wykorzystane w przyszłości w podobnych działaniach.

W projektach konkursowych dotyczących monitorowania stanu pacjentów za pomocą narzędzi telemedycznych również pojawiły się nowe, nieprzewidziane korzyści, takie jak **rozwój współpracy między jednostkami ochrony zdrowia oraz wprowadzenie bardziej szczegółowych narzędzi analitycznych**, które wspierają procesy diagnostyczne. W niektórych projektach zastosowanie narzędzi zdalnych pozwoliło na identyfikację pacjentów z błędnymi diagnozami, co przyczyniło się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.

Ponadto, projekty konkursowe zaowocowały również **rozwinięciem nowych modeli organizacyjnych i zarządczych w placówkach medycznych**, szczególnie w zakresie zarządzania dużymi grupami pacjentów oraz integracji narzędzi telemedycznych z codzienną praktyką medyczną. Zwracano uwagę, że projekty te przyczyniły się do lepszego zrozumienia potrzeb technologicznych i logistycznych placówek, co może przełożyć się na bardziej efektywne planowanie przyszłych inicjatyw.

Warto także wspomnieć o **efekcie edukacyjnym dla personelu medycznego**, który w trakcie realizacji projektów zdobył nowe kompetencje związane z obsługą technologii oraz wsparciem pacjentów w ich użytkowaniu – wniosek ten wysunęli przedstawiciele partnerów projektów w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych. Ich zdaniem realizowane projekty pokazały również, że możliwe jest skuteczne wdrażanie partnerstw publiczno-prywatnych, co stanowi wartość dodaną w kontekście dalszego rozwoju sektora opieki zdrowotnej.

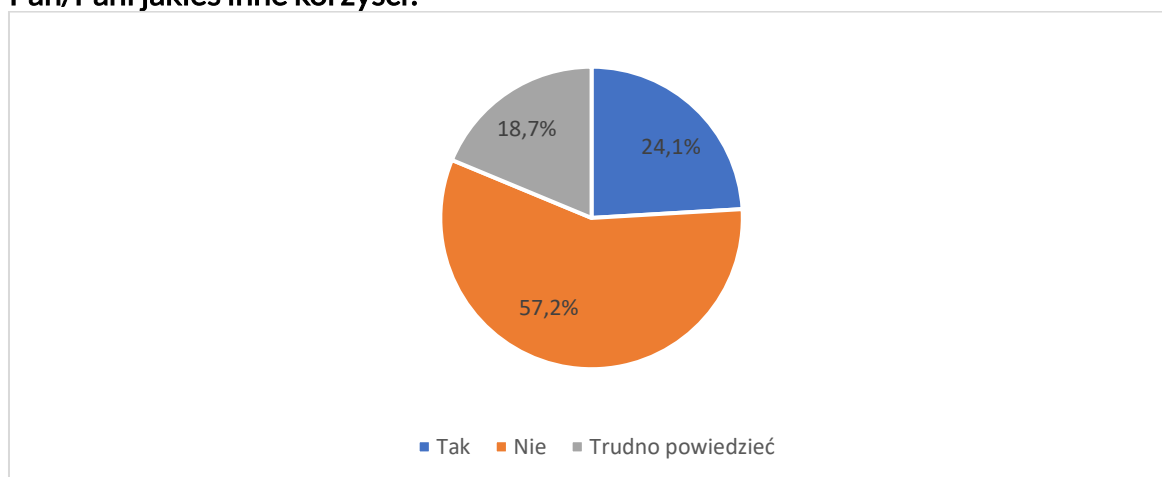
Należy w tym miejscu zaznaczyć, że wystąpienie innych, nieplanowanych korzyści potwierdziło również 24,1% ankietowanych uczestników (pacjentów) projektów konkursowych. Respondenci wskazywali na liczne korzyści wynikające ze świadczeń telemedycznych. Najczęściej wymieniano **oszczędność czasu, brak konieczności dojazdów do placówek medycznych oraz unikanie stania w kolejkach**. Możliwość kontaktu z lekarzem z domu była oceniana jako wygodna i komfortowa, szczególnie w przypadku osób, które musiałyby pokonywać duże odległości do przychodni. Uczestnicy doceniali elastyczne godziny wizyt i łatwość umawiania się na konsultacje.

Podkreślano również **możliwość bieżącego monitorowania stanu zdrowia**, co dawało poczucie bezpieczeństwa. Wielu pacjentów zauważyło poprawę samopoczucia, lepsze radzenie sobie ze stresem oraz większą kontrolę nad zdrowiem, co motywowało ich do dbania o siebie, w tym systematycznych pomiarów i stosowania się do zaleceń lekarskich.

Wskazywano na pozytywny wpływ możliwości zadawania pytań lekarzom i rozwiewania wątpliwości, a także uzyskiwania dodatkowych materiałów edukacyjnych. Zdaniem ewaluatora szczególne znaczenie ma korzystanie przez pacjentów z dedykowanych platform telemedycznych, gdzie mogą uzyskać m.in. zweryfikowane i rzetelne materiały informacyjne, stanowiące cenną przeciwwagę względem informacji umieszczanych w ogólnodostępnych portalach (często nieprawdziwych bądź niewłaściwych dla danego pacjenta). Niektórzy docenili, że kontakt z lekarzem pozwolił im upewnić się, że ich dotychczasowe leczenie jest prawidłowe, co dawało spokój i pewność siebie. W przypadku matek możliwość przeprowadzania badań, takich jak zdalne KTG, w domu była dużym udogodnieniem, oszczędzając czas i energię.

Dla wielu osób znaczenie miało ograniczenie kontaktu z innymi pacjentami w przychodniach, co było szczególnie ważne w czasie pandemii.

#### Wykres 4. Czy w wyniku skorzystania ze świadczenia telemedycznego zauważył/a Pan/Pani jakieś inne korzyści?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

Kwestia osiągnięcia zaplanowanych efektów poddana została również pod dyskusję podczas zogniskowanych wywiadów grupowych z przedstawicielami Operatora Programu, partnera norweskiego Programu, beneficjentów projektów predefiniowanych oraz wybranych projektów konkursowych i ich partnerów norweskich. Z analizy wyników ww. wywiadów wynika, że osiągnięcie założonych wskaźników było zróżnicowane, zależne od charakteru realizowanych projektów i wyzwań, jakie się pojawiły. W obszarze telemedycyny zauważono **znaczące postępy, szczególnie w zwiększaniu dostępu do specjalistów na terenach oddalonych od większych ośrodków miejskich**. Prócz efektów weryfikowalnych w oparciu o wskaźniki, udało się również wypracować m.in. protokoły i rozwiązania z zakresu konsultacji wideo oraz narzędzia edukacyjne dla pacjentów i personelu. Co istotne, nie wszystkie

cele udało się jednak osiągnąć. Problemy techniczne, takie jak brak integracji systemów IT pomiędzy placówkami, utrudniały realizację działań, podobnie jak trudności technologiczne związane z włączaniem osób starszych w korzystanie z nowych rozwiązań. Procedury biurokratyczne i długi czas procedowania zamówień publicznych opóźniały realizację działań, a pandemia COVID-19 dodatkowo utrudniła zarówno rekrutację uczestników (w ramach projektów konkursowych), jak i współpracę międzynarodową oraz organizację wizyt studyjnych. Również problemy kadrowe, w tym niskie wynagrodzenia i trudności z rekrutacją specjalistów, szczególnie w dziedzinie psychiatrii, ograniczyły możliwość pełnej realizacji założonych wskaźników.

Zidentyfikowano również potrzebę **większej elastyczności w zarządzaniu projektami i uproszczenia procedur administracyjnych**. Pomimo tych wyzwań, wiele wskaźników osiągnięto na wysokim poziomie, a wypracowane rozwiązania wniosły zdaniem badanych istotne wartości dodane, które mogą stać się podstawą dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Uczestnicy FGI odnieśli się również do kwestii napotkanych nieprzewidzianych pierwotnie efektów. Jednym z najważniejszych dodatkowych efektów było **wzmocnienie współpracy między instytucjami polskimi a norweskimi**, co przyczyniło się do wymiany wiedzy i dobrych praktyk, zwłaszcza w obszarze telemedycyny i polityki e-zdrowia. Uczestnicy podkreślali, że dzięki tej współpracy udało się lepiej zrozumieć, jak adaptować innowacyjne rozwiązania do różnych kontekstów systemu zdrowia. W obszarze zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży zauważono z kolei **rozwój rozwiązań opartych na diecie i aktywności fizycznej, które były łatwe do wdrożenia w codziennych praktykach przedszkoli i szkół**. To podejście wpłynęło na integrację działań prozdrowotnych w lokalnych społecznościach i wzmocniło świadomość zdrowotną wśród rodziców i opiekunów.

Zdaniem badanych w modelu opieki psychiatrycznej telemedycyna okazała się szczególnie skuteczna w niwelowaniu barier geograficznych i ograniczaniu stygmatyzacji pacjentów. Zwiększona dostępność do specjalistów, nawet w odległych rejonach oraz szybkie wdrażanie konsultacji online wpłynęły pozytywnie na jakość opieki zdrowotnej.

Kolejnym efektem było stworzenie nowych narzędzi i protokołów pracy, takich jak rozwiązania z zakresu konsultacji wideo, które mogą zostać wykorzystane w dalszym rozwoju systemu ochrony zdrowia. Dzięki projektom telemedycznym **wprowadzono również nowe role, takie jak edukatorzy i asystenci techniczni, co pozwoliło na lepsze wsparcie pacjentów w korzystaniu z nowoczesnych technologii**.

Dodatkowe efekty, takie jak zmiany w przepisach dotyczących opodatkowania wyrobów tytoniowych, poparte m.in. wynikami badań realizowanych w ramach Programu, miały również **istotny wpływ na zdrowie publiczne**. Przyczyniły się do promocji zdrowego stylu życia i ograniczenia dostępności szkodliwych produktów dla młodzieży.

### Podsumowanie

W większości przypadków założone wskaźniki zostały osiągnięte lub przekroczone. Projekty predefiniowane i konkursowe odnotowały sukcesy w wielu kategoriach, choć niektóre wskaźniki, zwłaszcza dotyczące liczby beneficjentów objętych nowymi usługami, nie osiągnęły pełnych wartości docelowych z powodu opóźnień administracyjnych, trudności technicznych oraz pandemii COVID-19.

Wśród głównych wyzwań wymieniano zbyt krótki czas realizacji projektów wynikający z opóźnień w podpisywaniu umów, problemy proceduralne związane z zamówieniami publicznymi, niedobór kadry medycznej oraz trudności w integracji systemów IT. Nieplanowane efekty obejmowały przede wszystkim zwiększoną akceptację nowych technologii wśród pacjentów, lepszą współpracę między instytucjami polskimi i norweskimi, a także rozwój nowych modeli zarządzania i protokołów pracy. Projekty przyczyniły się ponadto do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych oraz edukacji technologicznej personelu medycznego.

## 7.2. Ocena współpracy (w tym dwustronnej) wraz z identyfikacją napotkanych w tym obszarze trudności

*W jakim stopniu beneficjenci projektów i partnerzy-Darczyńcy skorzystali ze współpracy dwustronnej? Czy były jakieś trudności w jej realizacji? Jeśli tak, w jaki sposób je przezwyciężono? Czy współpraca dwustronna realizowana w projektach przełożyła się na wymianę dobrych praktyk i czy należy kontynuować współpracę dwustronną? Jakie wyzwania wiązały się ze współpracą dwustronną?*

W projekcie PDP1 została nawiązana współpraca z Norwegian Centre for E-health Research. Norweskie Centrum Badań nad e-Zdrowiem utworzone zostało 1 stycznia 2016 roku w celu rozwijania ogólnokrajowych rozwiązań ICT dla zdrowia i usług opiekuńczych. Podmiot ten zbiera, opracowuje i udostępnia dane, które są niezbędne dla władz, aby rozwijać politykę e-zdrowia opartą na wiedzy. Norweskie Centrum Badań nad e-Zdrowiem współpracuje z Norweskim Dyrektoriatem ds. e-Zdrowia i innymi interesariuszami w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań w obszarze e-zdrowia dla sektora. Jak wynika z analizy, Wnioskodawca dostrzegł duży potencjał we współpracy z doświadczonymi ekspertami z Norwegii, którzy mogą podzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem zdobytym w praktyce w ostatnich latach w zakresie telemedycyny<sup>8</sup>.

Zgodnie z „Regulaminem naboru wniosków w trybie konkursowym finansowanych z Programu „Zdrowie” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa” projekty musiały być realizowane w formule projektów partnerskich z podmiotami leczniczymi świadczącymi opiekę medyczną w ramach POZ zgodnie z umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia. Partnerstwo rozumiane jest tutaj jako porozumienie autonomicznych podmiotów, realizujących wspólnie konkretny projekt<sup>9</sup>. Współpraca bilateralna stanowiła kryterium w ocenie merytorycznej wniosków aplikacyjnych. Za realizację projektu w partnerstwie z instytucjami z Norwegii przyznawane były dodatkowe punkty na etapie oceny wniosku aplikacyjnego<sup>10</sup>.

Poza podmiotami leczniczymi świadczącymi opiekę medyczną w ramach POZ, dodatkowymi partnerami projektów mogły być podmioty publiczne lub prywatne,

<sup>8</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 13.

<sup>9</sup> Regulamin naboru wniosków w trybie konkursowym finansowanych z Programu „Zdrowie” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa, s. 9.

<sup>10</sup> Ibidem, s. 45.

komercyjne lub niekomercyjne, jak również organizacje pozarządowe, ustanowione jako osoba prawna w Norwegii, Państwach-Beneficjentach lub w państwie spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, które mają wspólną granicę z Polską lub każda organizacja międzynarodowa, jej organ lub agencje, aktywnie zaangażowane i przyczyniające się do wdrażania programu<sup>11</sup>.

Operator Programu w celu zwiększenia jakości przedsięwzięć proponowanych do realizacji, wypracowania wartości dodanej, wyrażonej w efekcie synergii, wynikającej ze wspólnej realizacji zadań w projekcie, zachęcał do wdrażania projektów w partnerstwie z instytucjami funkcjonującymi w obszarze ochrony zdrowia z Państwa-Darczyńcy (Norwegii)<sup>12</sup>.

Dodatkowym komponentem projektu mogły być wizyty studyjne oraz inne działania służące wymianie wiedzy i dobrych praktyk<sup>13</sup>.

Do finansowania wybrano 10 projektów konkursowych, spośród których 7 zostało zrealizowane we współpracy bilateralnej z instytucjami z Norwegii. W przypadku jednego projektu Beneficjent zrezygnował z partnera norweskiego, ze względu na zamknięcie norweskiego oddziału firmy.

W projekcie „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” (PDP2) zaangażowano dwóch partnerów Norweskich: Health Care Centre in Verdal Municipality (Moduł 1 i Moduł 3) oraz Norwegian Cancer Society (Moduł 2). Specyfika ww. partnerów opisana została szczegółowo w załączniku do niniejszego raportu.

Z kolei w predefiniowanej inicjatywie bilateralnej „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” zrealizowanej w ramach FWD Beneficjentem była Fundacja „Instytut Profilaktyki Zakażeń”, natomiast ze strony norweskiej realizację zadań powierzono Norweskiemu Dyrektoriatowi ds. Zdrowia (Helsedirektoratet) oraz Norweskiemu Instytutowi ds. Zdrowia Publicznego (Folkehelseinstituttet, FHI).

W ramach projektu partnerzy z Helsedirektoratet i Folkehelseinstituttet – norweskich instytucji państwowych z wysoce wykwalifikowaną kadrą – byli aktywnie zaangażowani w każde zadanie, koncentrując się na obszarach zdrowia publicznego i profilaktyki chorób zakaźnych. Ich główną rolą było przekazywanie doświadczeń i praktyczne wsparcie, a także merytoryczna pomoc w opracowywaniu nowoczesnych

---

<sup>11</sup> Ibidem, s. 9.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 9.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 10.



narzędzi informatycznych dla kadry medycznej POZ, co umożliwi szybkie diagnozowanie mikrobiologiczne, śledzenie trendów lekooporności oraz dostęp do aktualnej wiedzy z farmakologii. Współpraca ta, oparta na norweskim doświadczeniu w monitorowaniu stosowania antybiotyków i promocji szczepień, nie tylko wnosi wartość dodaną do projektu, ale również tworzy fundamenty dla trwałej współpracy i przyszłych dwustronnych inicjatyw<sup>14</sup>.

Temat współpracy podejmowanej w ramach projektu z partnerami krajowymi podjęty został w ramach **przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z beneficjentami**. W większości przypadków współpraca z partnerami, takimi jak placówki ochrony zdrowia (POZ, szpitale) w przypadku projektów konkursowych, jednostki edukacyjne czy organizacje pozarządowe (PDP2) **oceniana była pozytywnie**. Pozytywna opinia przypadła również na projekt PDP1, w ramach którego współpraca prowadzona była m.ni. z Centrum e-Zdrowia. Partnerzy wnosili, zdaniem badanych, istotny wkład w realizację projektów, szczególnie poprzez wsparcie w rekrutacji uczestników, organizacji szkoleń oraz wdrażania technologii. Pomimo tego badani identyfikowali również pewne trudności w tym obszarze (przy czym dotyczyły one przede wszystkim projektów konkursowych):

- brak zaangażowania ze strony części partnerów, co skutkowało koniecznością zmiany harmonogramów lub ograniczenia zakresu działań;
- trudności proceduralne, np. związane z podpisywaniem umów partnerskich czy uzgodnieniami w zakresie wspólnych działań;
- ograniczone zasoby partnerów, np. czasowe lub kadrowe, które uniemożliwiały pełne zaangażowanie w projekty.

Przykładowo, w jednym z projektów współpraca z POZ-ami **była utrudniona z powodu wejścia w życie opieki koordynowanej**, co znacząco obciążało tę kategorię partnerów. Opieka koordynowana stanowi bowiem model organizacji usług medycznych, w którym placówki POZ są odpowiedzialne za kompleksowe zarządzanie procesem leczenia pacjenta, w tym za planowanie wizyt u specjalistów, monitorowanie postępów leczenia oraz koordynację badań diagnostycznych. Wprowadzenie tego systemu wymagało tym samym od POZ-ów dodatkowych zasobów kadrowych, administracyjnych oraz czasowych, co ograniczyło ich możliwości zaangażowania się w projekty realizowane w ramach Programu „Zdrowie”. Część jednostek wycofała się z projektu lub działała w

---

<sup>14</sup> Umowa nr FWD/1/4041/2021/836 w sprawie finansowania inicjatywy bilateralnej zwanej dalej „Inicjatywą FWD” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 na poziomie Programu „Zdrowie” pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”, s. 45-46.

ograniczonym zakresie, co wymusiło modyfikacje w realizacji projektu. W innych projektach opóźnienia administracyjne i różnice w oczekiwaniach partnerów wymagały intensywnych negocjacji i dostosowania działań do zmieniających się okoliczności.

Beneficjenci w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych podkreślali jednocześnie, że **kluczem do rozwiązania trudności była otwarta komunikacja, szybkie reagowanie na problemy oraz elastyczne podejście do współpracy**. W wielu przypadkach partnerstwa pozwalały na wypracowanie wartościowych modeli, które mogą być wdrażane także w przyszłości.

Większość beneficjentów projektów konkursowych w ramach ww. wywiadów uznała, że tego typu **współpraca z POZ powinna być kontynuowana**, zwłaszcza w kontekście przyszłych projektów o podobnym charakterze. Partnerstwa lokalne były postrzegane jako kluczowe dla budowania efektywnych modeli wsparcia w ochronie zdrowia, a beneficjenci planują ich rozwój oraz angażowanie nowych podmiotów w przyszłych inicjatywach.

W tym miejscu warto skonfrontować ww. wnioski z opiniami samych partnerów projektów konkursowych, którzy również objęci zostali wywiadami pogłębionymi. Współpraca z beneficjentami była oceniana jako pozytywna - partnerzy projektów podkreślali zaangażowanie liderów w rozwiązywanie problemów i zapewnianie wsparcia organizacyjnego. Beneficjenci skutecznie pełnili rolę łącznika z Operatorem Programu, co usprawniało procesy komunikacyjne. Szczególnie doceniano szybkie reagowanie na zgłaszane trudności oraz otwartość na dialog, co umożliwiało sprawne pokonywanie przeszkód. Mimo ogólnie dobrej współpracy, pojawiały się jednak trudności, głównie związane z opóźnieniami w podpisywaniu umów partnerskich oraz sztywnymi procedurami wynikającymi z odpowiednich Wytycznych (w tym opracowanych przez Darczyńców) i właściwych Regulacji. Te kwestie prowadziły do skrócenia czasu na realizację projektów, co wymagało intensyfikacji działań i lepszego wykorzystania dostępnych zasobów. Dodatkowym wyzwaniem były problemy z dokumentacją i rozliczeniami, które czasami przedłużały procesy administracyjne.

Ocenie beneficjentów poddana została z kolei również kwestia prowadzonej **współpracy dwustronnej**. Podobnie jak w powyższym przypadku, była ona oceniana przez beneficjentów (zarówno konkursowych, jak i predefiniowanych) jako **bardzo wartościowy element realizowanych projektów**. Wiele osób podkreślało, że partnerzy norwescy projektów konkursowych wnieśli nie tylko doświadczenie, ale również nowoczesne podejście do zarządzania projektami i technologii, co wzbogaciło wiedzę i umiejętności polskich zespołów projektowych. Zaznaczano, że partnerzy norwescy często pełnili rolę ekspertów w zakresie innowacyjnych rozwiązań. W przypadku projektów predefiniowanych wskazywano na przydatne konsultacje z partnerami



zagranicznymi, odbywające się zarówno w formule online, jak i podczas organizowanych wizyt studyjnych. Podkreślano, że współpraca tego rodzaju zapewniała odpowiedni poziom motywacji do pokonywania napotykanego trudności, które wspólnie udawało się pokonać.

---

*Zorganizowano nam wiele spotkań dwustronnych, wiele warsztatów z firmami technologicznymi, włączając to, że byliśmy u Minister Zdrowia Norwegii, odpowiadającą za ucyfrowienie. Częste spotkania online, rozwiązywanie problemów - także osobiście uważam, że ta współpraca była genialna.*

*Źródło: Wywiad pogłębiony z beneficjentem*

---

Korzyści wynikające ze współpracy obejmowały przede wszystkim transfer wiedzy, który przełożył się na wdrażanie bardziej zaawansowanych modeli opieki zdrowotnej (np. poprzez pomoc w ich testowaniu i adaptacji do lokalnych warunków). Często wymienianym efektem była również lepsza organizacja pracy i wprowadzenie skuteczniejszych procedur, co wpłynęło na efektywność realizacji projektów.

Dzięki współpracy z partnerami norweskimi doszło również **do wymiany dobrych praktyk** (zarówno w przypadku projektów predefiniowanych, jak i konkursowych). Obejmowały one zarówno rozwiązania technologiczne, jak i organizacyjne, takie jak podejście do personalizacji opieki zdrowotnej, metod analizy danych medycznych czy określenia strategii angażowania pacjentów w proces leczenia. Partnerzy norwescy dzielili się także swoimi doświadczeniami w zakresie prowadzenia projektów międzynarodowych, co zwiększyło kompetencje polskich zespołów w tym obszarze.

Warto podkreślić, że **współpraca była postrzegana jako wzajemnie korzystna**, a jej efekty wykraczały poza cele projektowe, przyczyniając się do budowania długotrwałych relacji między polskimi a norweskimi instytucjami. Wskazywano, że partnerstwa te wzbogaciły zarówno wiedzę, jak i umiejętności praktyczne, co w przyszłości może ułatwić realizację kolejnych wspólnych inicjatyw.

Mimo tak pozytywnych opinii, w trakcie prowadzonych wywiadów zwrócono również uwagę na  **pewne trudności** zidentyfikowane w tym obszarze. Bariery te wynikały zarówno z **różnic organizacyjnych**, jak i specyfiki międzynarodowego charakteru projektów. Jednym z częściej wskazywanych wyzwań była konieczność dostosowania harmonogramów i procedur realizacji projektów do wymagań obu stron. Partnerzy norwescy, dysponując innym podejściem administracyjnym i doświadczeniem w zarządzaniu projektami, czasami mieli inne oczekiwania co do tempa pracy lub sposobu realizacji poszczególnych działań.

Kolejnym wyzwaniem była **różnica w podejściu do technologii i standardów pracy**. W projektach telemedycznych pojawiły się trudności związane z różnicami w funkcjonowaniu systemów informatycznych i koniecznością adaptacji rozwiązań norweskich do polskich realiów. W niektórych przypadkach wymagało to dodatkowych działań, takich jak dostosowanie platform do lokalnych potrzeb czy organizowanie szkoleń w celu lepszego zrozumienia przez polskie zespoły projektowe (w ramach projektów konkursowych) norweskich rozwiązań technologicznych.

**Różnice kulturowe i językowe** również stanowiły pewne wyzwanie, szczególnie w początkowym etapie współpracy. Chociaż komunikacja odbywała się w języku angielskim, różnice w stylu pracy i komunikacji czasami prowadziły do nieporozumień. Były one jednak przewyżczone dzięki regularnym spotkaniom online, w których uczestniczyli zarówno polscy, jak i norwescy przedstawiciele projektów, co pozwalało na bieżące wyjaśnianie wątpliwości i wspólne rozwiązywanie problemów.

Przeciwdziałanie trudnościom opierało się głównie na otwartej komunikacji i wzajemnym dostosowywaniu się do potrzeb obu stron. Organizowano regularne spotkania i warsztaty, które umożliwiały wymianę doświadczeń i bieżące rozwiązywanie problemów. Dodatkowo, wielu beneficjentów korzystało z wiedzy i doświadczenia partnerów norweskich, aby wprowadzać elastyczne zmiany w realizacji projektów, np. dostosowywać działania do specyfiki lokalnych warunków czy dostępnych zasobów.

Można więc stwierdzić, że mimo napotkanych wyzwań, beneficjenci traktowali je jako cenne doświadczenia, które pozwoliły lepiej przygotować się do przyszłych projektów o charakterze międzynarodowym, umacniając relacje między polskimi a norweskimi partnerami.

Należy podkreślić, że zdaniem beneficjentów również **współpraca z partnerami norweskimi była niezwykle wartościowa i powinna być kontynuowana**. Plany w tym zakresie obejmują rozwój nowych projektów w zakresie telemedycyny, profilaktyki zdrowotnej oraz systemów zarządzania w ochronie zdrowia. Beneficjenci podkreślali, że chcieliby rozszerzyć zakres współpracy, angażując więcej partnerów norweskich oraz eksplorując nowe obszary tematyczne, takie jak zaawansowane modele rehabilitacji czy opieki nad pacjentami przewlekle chorymi. Istnieje również zainteresowanie wspólnymi projektami badawczymi, które mogłyby przyczynić się do dalszego rozwoju naukowego i technologicznego obu stron.

Jednym z kluczowych elementów przyszłych działań byłoby lepsze planowanie i jeszcze ściślejsza integracja partnerów już na etapie projektowania inicjatyw. Beneficjenci wskazywali, że wcześniejsze zaangażowanie partnerów norweskich mogłoby jeszcze

bardziej zwiększyć efektywność i korzyści wynikające ze współpracy. Podkreślali także, że kontynuacja partnerstwa pozwoliłaby na dalsze budowanie wzajemnego zaufania oraz umacnianie relacji między polskimi a norweskimi instytucjami.

Kwestia podjętej współpracy dwustronnej stanowiła również element poddany dyskusji podczas zorganizowanych zogniskowanych wywiadów grupowych. Współpraca ta ponownie oceniona została bardzo pozytywnie – zarówno w odniesieniu do projektów konkursowych, jak i predefiniowanych. Zdaniem badanych przede wszystkim przyczyniła się ona do wzbogacenia wiedzy i umiejętności po obu stronach, umożliwiając adaptację sprawdzonych norweskich rozwiązań do polskiego systemu ochrony zdrowia. Partnerzy norwescy wnieśli znaczące doświadczenie w obszarze telemedycyny, e-zdrowia oraz opieki psychiatrycznej, co zaowocowało nowymi pomysłami na wdrożenia w Polsce.

Jednym z kluczowych aspektów współpracy, zdaniem uczestników badania FGI, było wspomniane już umożliwienie wymiany tzw. dobrych praktyk. Przykładem mogą być rozwiązania z zakresu e-zdrowia, takie jak strukturalne podejście do telekonsultacji (tj. wprowadzenie uporządkowanych i ustandaryzowanych procedur prowadzenia zdalnych konsultacji medycznych) oraz systemy zarządzania zdrowiem publicznym (uwzględniające systemy informatyczne wspomagające podejmowanie decyzji, takie jak rejestry pacjentów, systemy monitorowania, platformy telemedyczne). Dzięki wizytom studyjnym i konferencjom przedstawiciele obu krajów mogli porównać różne podejścia i dostosować je do specyfiki swoich systemów.

Szczególnie cenne okazały się doświadczenia w integracji zdrowia psychicznego z opieką środowiskową, gdzie norweskie modele działań pomogły stworzyć bardziej holistyczne podejście do opieki nad pacjentami. Dodatkowym atutem była wymiana wiedzy dotyczącej zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży, w tym wprowadzanie programów promujących aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie w przedszkolach i szkołach.

Współpraca ta zaowocowała również (jak już wcześniej stwierdzono) **stworzeniem trwałych sieci kontaktów** między instytucjami, które mogą być rozwijane w przyszłości – co zdaniem ewaluatora stanowi bardzo istotny efekt interwencji. Dzięki temu możliwe jest kontynuowanie współpracy w nowych obszarach, takich jak rozwój innowacji w opiece zdrowotnej czy dalsza implementacja telemedycyny w Polsce. Warto zauważyć, że w trakcie FGI podjęto również kwestię napotykanymi trudnościami w ramach prowadzonej współpracy dwustronnej, jednak udzielone odpowiedzi zbieżne były z wnioskami zaprezentowanymi w dotychczasowej części opracowania (tj. pochodzącymi z pozostałych wykorzystanych metod badawczych).

*W jakim stopniu skuteczna była inicjatywa realizowana w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej? Jakie były efekty jej realizacji?*

Program pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, realizowany pod nazwą EPI-GUARD, koncentrował się na dwóch głównych obszarach: **poprawie wskaźników szczepień ochronnych oraz racjonalizacji stosowania antybiotyków**, szczególnie w kontekście narastającej antybiotykooporności w Polsce. Upowszechnienie wiedzy o tych lekoopornych superbakteriach jest konieczne, również w Polsce, gdyż Światowa Organizacja Zdrowia zalicza je do 10 największych zagrożeń zdrowia publicznego na świecie<sup>15</sup>.

W 2017 roku, w ramach projektu „Promocja szczepień i wsparcie lekarzy w przekonywaniu rodziców o bezpieczeństwie szczepień” finansowanego z środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 i budżetu państwa, przeprowadzono badanie ankietowe wśród lekarzy POZ. Badanie miało na celu ocenę wiedzy lekarzy na temat szczepionek oraz ich sposobów informowania rodziców o bezpieczeństwie i ryzykach szczepień dzieci. Wyniki pokazały, że choć lekarze posiadają odpowiednią wiedzę, brakuje szeroko dostępnych, wiarygodnych źródeł informacji i nowoczesnych narzędzi wspierających ich działania przeciwko tendencjom antyszczepionkowym<sup>16</sup>.

Opierając się na tych doświadczeniach, w ramach projektu „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków” zaplanowano opracowanie nowoczesnych narzędzi informatycznych, które miały umożliwić łatwy dostęp do aktualnych informacji z zakresu wakcynologii. Ich celem jest wsparcie lekarzy w codziennej pracy, aktualizowaniu wiedzy, podejmowaniu decyzji dotyczących reakcji poszczepiennych i kontynuacji szczepień według najnowszych wytycznych ekspertów<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Umowa nr FWD/1/4041/2021/836 w sprawie finansowania inicjatywy bilateralnej zwanej dalej „Inicjatywą FWD” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 na poziomie Programu „Zdrowie” pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”, s. 39.

<sup>16</sup> E. Augustynowicz, E. Duszczyk, A. Góralewska, E. Kuchar, I. Paradowska-Stankiewicz, T. Sobieraj, P. Stefanoff (red.), *Jak odpowiadać na wątpliwości rodziców na temat szczepień? Wskazówki dla lekarzy*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2017, s. 30-33.

<sup>17</sup> Umowa nr FWD/1/4041/2021/836 w sprawie finansowania inicjatywy bilateralnej zwanej dalej „Inicjatywą FWD” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 na poziomie Programu „Zdrowie” pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”, s. 39.

W ramach projektu zaplanowano opracowanie nowoczesnych narzędzi informatycznych, ułatwiających kadrze medycznej POZ dostęp do najnowszych zdobyczy mikrobiologii, tym samym umożliwiając wdrożenie szybkiej i celowanej diagnostyki mikrobiologicznej, a także śledzenie trendów lekooporności i najnowszych informacji z dziedziny farmakologii celem optymalizacji leczenia zakażeń. Narzędzia te pomocne w codziennej pracy lekarzy, umożliwią bieżącą aktualizację wiedzy i informacji, uzyskanie wskazówek postępowania, jak również optymalizację decyzji związanych m.in. z rozpoznawaniem i leczeniem zakażeń bakteryjnych zgodnie z aktualnymi wytycznymi międzynarodowych i krajowych ekspertów. Zwiększenie trafności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych miało przyczynić się do zmniejszenia ryzyka narastania lekooporności<sup>18</sup>.

Inicjatywa realizowana w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej (FWD), mająca na celu zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków, **była w dużej mierze skuteczna i osiągnęła zamierzone efekty**. Inicjatywa realizowana w ramach FWD była skuteczna w podnoszeniu wiedzy i kompetencji medycznych oraz w dostarczaniu narzędzi do oceny i poprawy stosowania antybiotyków i szczepień. Jednym z głównych sukcesów było wypracowanie trwałych zasobów, takich jak algorytmy i raporty, oraz ich udostępnienie w formie otwartych zasobów. Pomimo sukcesów, nie udało się zrealizować wszystkich planowanych działań, takich jak pełne opracowanie narzędzia informatycznego oraz osiągnięcie docelowej liczby przeszkolonych jednostek opieki zdrowotnej<sup>19</sup>.

W ramach analizowanego projektu osiągnięto zakładane efekty, takie jak<sup>20</sup>:

- **Efekty w obszarze szczepień ochronnych:** Opracowano raporty i algorytmy wspierające realizację szczepień, utworzono aplikację do indywidualnych kalendarzy szczepień oraz przeprowadzono testy. Program zapewnił rekomendacje dla personelu medycznego, w tym materiały szkoleniowe dla pielęgniarek.

---

<sup>18</sup> Umowa nr FWD/1/4041/2021/836 w sprawie finansowania inicjatywy bilateralnej zwanej dalej „Inicjatywą FWD” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 na poziomie Programu „Zdrowie” pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”, s. 39.

<sup>19</sup> Podsumowanie działań w inicjatywie FWD, „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” – realizacja inicjatywy przez Fundację Instytut Profilaktyki Zakażeń w partnerstwie z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia oraz Norweskim Instytutem ds. Zdrowia Publicznego, s. 5.

<sup>20</sup> Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Prawidłowość realizacji Projektu realizowanego w ramach programu „Zdrowie” oraz Funduszu Współpracy Dwustronnej pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021. Norweski Mechanizm Finansowy 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”, s. 2-3.

1. Opracowano raport nt. realizacji programu szczepień w Polsce oraz wpływu pandemii na realizację szczepień ochronnych, algorytm postępowania dla lekarzy POZ w przypadkach braku lub przerwania szczepień obowiązkowych i tworzenia indywidualnych kalendarzy szczepień ochronnych przeciw 14 chorobom zakaźnym.
2. Zrealizowano analizy porównawcze i przygotowano publikację z wyników badań ankietowych personelu medycznego i pacjentów w oparciu o dane naukowe, opracowano rekomendacje dla personelu pielęgniarskiego w POZ dotyczącą szczepień wraz z materiałami szkoleniowymi.
3. Opracowano prototyp aplikacji usprawniającej tworzenie indywidualnego kalendarza szczepień, przeprowadzono testy algorytmu i narzędzia.
4. Utworzono bazę danych, wytycznych i rekomendacji na potrzeby realizacji projektu szczepień ochronnych.

Wyniki realizacji programu z zakresu szczepień ochronnych upowszechniano wśród personelu medycznego i pacjentów podczas webinarium, szkoleń dla personelu medycznego współorganizowanych z Naczelną Izbą Lekarską i konferencji organizowanych ze Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa oraz serii warsztatów dla personelu medycznego POZ<sup>21</sup>.

- **Efekty w obszarze antybiotykoterapii:** Stworzono raporty o lekooporności i zużycia antybiotyków w Polsce i na świecie, algorytmy postępowania dla lekarzy, rekomendację dla personelu pielęgniarskiego oraz bazę danych obejmującą wytyczne i rekomendacje, które były dystrybuowane podczas szkoleń.
  1. Opracowano raport na temat lekooporności i zużycia antybiotyków w Polsce i na świecie oraz wpływu pandemii na rozwój lekooporności i stosowanie antybiotyków, opracowano ogólny algorytm postępowania dla lekarzy POZ, z uwzględnieniem lekooporności, szczegółowych przypadków zakażeń układu moczowego.
  2. Zrealizowano analizy porównawcze i przygotowano publikację z wyników badań ankietowych personelu medycznego i pacjentów w oparciu o dane naukowe.
  3. Opracowano rekomendację dla personelu pielęgniarskiego w POZ, dotyczącą pobierania badań diagnostycznych przy podejrzeniu zakażenia układu moczowego wraz z materiałami szkoleniowymi, przeprowadzono ocenę przydatności algorytmu.
  4. Utworzono bazę danych, wytycznych i rekomendacji na potrzeby realizacji projektu.

---

<sup>21</sup> Ibidem, s. 2.



Wyniki realizacji programu z zakresu lekooporności i racjonalnej antybiotykoterapii upowszechniano wśród personelu medycznego i pacjentów podczas webinarów, szkoleń dla personelu medycznego współorganizowanych z Naczelną Izbą Lekarską i konferencji organizowanych ze Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa oraz serii warsztatów dla personelu medycznego POZ<sup>22</sup>.

- **Upowszechnienie wiedzy i szkolenia:** Zorganizowano webinary i konferencje dla personelu medycznego, które umożliwiły szeroką dystrybucję wyników programu. Liczba uczestników webinarów dochodziła do 600 osób, co wskazuje na duże zainteresowanie i skuteczne dotarcie do odbiorców.

Wyniki realizacji programu z zakresu zarówno szczepień ochronnych jak i antybiotykoterapii, upowszechniano wśród uczestników cotygodniowych webinarów skierowanych do środowiska medycznego (liczba zalogowanych ok. 400-600 osób – lekarzy, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych). Wyniki programu rozpowszechniano podczas konferencji organizowanych we współpracy ze Stowarzyszeniem Higieny Lecznictwa (sesja podczas XXI OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ). Zorganizowano międzynarodową konferencję z udziałem partnerów norweskich EPI-GUARD INTERNATIONAL EXPERT PANEL CONFERENCE. Przygotowano i przeprowadzono serię warsztatów szkoleniowych dla personelu medycznego POZ. Rozbudowano stronę internetową projektu EPI-GUARD<sup>23</sup>.

### Podsumowanie

Współpraca z partnerami norweskimi okazała się kluczowa dla sukcesu wielu projektów. Partnerzy wnieśli istotne doświadczenie i nowoczesne podejście, co pozwoliło na wypracowanie zaawansowanych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych.

Główne trudności dotyczyły różnic organizacyjnych, proceduralnych oraz ograniczonych zasobów po stronie niektórych partnerów. Problemy te były przezwyciężane dzięki otwartej komunikacji, regularnym spotkaniom oraz dostosowywaniu działań do zmieniających się warunków. Efektem współpracy było opracowanie algorytmów, baz danych i systemów wspierających pracę medyczną oraz poprawa kompetencji personelu medycznego.

Współpraca, zarówno krajowa, jak i dwustronna była oceniana bardzo pozytywnie, przynosząc trwałe efekty, które mogą zostać wykorzystane w przyszłych projektach.

<sup>22</sup> Ibidem, s. 2.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 3.

Beneficjenci wyrazili chęć kontynuacji i rozwijania partnerstw, szczególnie w zakresie nowych technologii, profilaktyki zdrowotnej oraz badań naukowych. Wskazano również na potrzebę dalszej integracji działań oraz wzmocnienia współpracy międzynarodowej w celu skuteczniejszego zarządzania wyzwaniami zdrowotnymi.

Inicjatywa realizowana w ramach FWD przyczyniła się do zatrzymania negatywnych trendów w wyszczepialności i częściowej poprawy w racjonalnym stosowaniu antybiotyków, jednak wyzwania takie jak rosnąca antybiotykooporność nadal wymagają intensywnych działań i wsparcia regulacyjnego na szczeblu krajowym i międzynarodowym.



### 7.3. Ocena systemu zarządzania i wdrażania Programu

*Czy system zarządzania i wdrażania Programu pozwolił na osiągnięcie zaplanowanych efektów (produktów i rezultatów) w możliwie najbardziej ekonomiczny i terminowy sposób?*

*Czy wystąpiły opóźnienia w realizacji Programu? Jeśli tak, to jakiego rodzaju? Z czego wynikały?*

Jak wskazują wyniki analizy desk research, **system zarządzania i wdrażania Programu „Zdrowie”, obejmującego projekty PDP1, PDP2 oraz Inicjatywę FWD, generalnie przyczynił się do osiągnięcia zaplanowanych efektów**, choć pojawiły się pewne wyzwania i opóźnienia, głównie związane z **pandemią COVID-19 oraz kwestiami proceduralnymi**.

Co istotne, zastosowany system zarządzania i wdrażania Programu umożliwił osiągnięcie zaplanowanych efektów pomimo wydłużonego procesu negocjacji koncepcji programu oraz opóźnionego zawarcia umowy programowej. Aspekty te zdeterminowały istotne skrócenie czasu przeznaczanego na wdrażanie projektów (co, jak już zauważono wcześniej, stanowiło główną trudność odczuwaną przez beneficjentów). Biorąc więc pod uwagę tak istotne opóźnienia, system zarządzania i wdrażania Programu zasługuje na szczególnie pozytywną ocenę. Ostatecznie udało się bowiem zmieścić w terminach kwalifikowalności (ustalonych przez Darczyńców), generując jednocześnie znaczne oszczędności, co potwierdza z kolei ekonomiczny sposób zarządzania i wdrażania Programu. Zaznaczyć należy, że wypracowanych oszczędności nie udało się zagospodarować, co wynikało jednak stricte z ograniczonego czasu wdrażania Programu (zdeterminowanego głównie wskazanymi powyżej aspektami).

**System zarządzania w przypadku projektów konkursowych również ocenić należy jako efektywny**, wymagał jednak pewnych dostosowań, szczególnie w zakresie przedłużania procedur związanych z podpisywaniem umów pilotażowych. Działania wdrażane w ramach Programu okazały się efektywne, chociaż pojawiły się pewne opóźnienia związane z dostosowywaniem rozwiązań technicznych do potrzeb pacjentów<sup>24</sup>. Wskaźniki realizacji produktów i rezultatów były w dużej mierze spełnione, np. liczba usług opieki zdrowotnej przekroczyła wartość docelową, osiągając 114% realizacji, a liczba beneficjentów wyraziła zadowolenie na poziomie 91%.

<sup>24</sup> „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa”, s. 82-84.

Warto zaznaczyć, że w przypadku PDP2 projekt ten wykazał wysoką skuteczność w osiągnięciu wskaźników edukacyjnych, np. liczba dzieci objętych edukacją zdrowotną wyniosła 360% wartości docelowej, a liczba rodziców przeszkolonych w zakresie zdrowego stylu życia – 102%. Niemniej jednak realizacja PDP2 również uległa opóźnieniom, wynikającym z późnego podpisania Decyzji o dofinansowaniu oraz trudnościami w zamówieniach publicznych.

---

*Jeżeli chodzi o problemy, jakie mieliśmy przy realizacji projektu, to były one na gruncie prawa zamówień publicznych i przetargów, które ogłaszaliśmy. W ramach modułu 2 udało się zawrzeć umowę przy pierwszym podejściu, pierwszym ogłoszeniu, a w ramach modułu drugiego i trzeciego trzeba było powtarzać te postępowania. W efekcie w długofalowym okresie nie spowodowało to braku osiągnięcia wskaźników, bo wszystkie wskaźniki zostały osiągnięte na wymaganym poziomie, a nawet ponad.*

*Źródło: Wywiad pogłębiony z beneficjentem*

---

Z kolei w ramach inicjatywy FWD wystąpiły znaczące opóźnienia spowodowane m.in. brakiem wcześniejszego kontaktu z partnerem norweskim. Opóźnienia te wymusiły przesunięcie terminu realizacji projektu na grudzień 2023 roku, aby umożliwić pełne wykonanie zaplanowanych działań, takich jak organizacja konferencji międzynarodowej i opracowanie narzędzi informatycznych<sup>25</sup>.

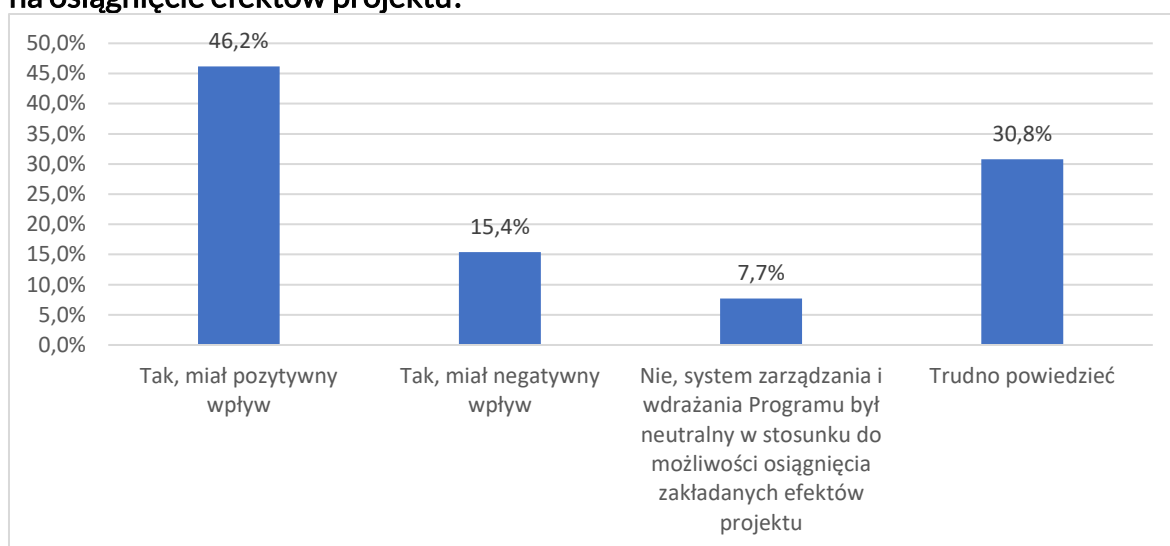
W tym miejscu natomiast warto zwrócić uwagę na wyniki przeprowadzonej w ramach ewaluacji **ankietyzacji beneficjentów**. Zgodnie z jej wynikami, ponad 46% (tj. 6) beneficjentów zauważa pozytywny wpływ systemu zarządzania i wdrażania Programu na możliwość osiągnięcia efektów projektu. Warto zaznaczyć, że w przypadku obu projektów predefiniowanych odnotowano tego typu, pozytywne wskazania). Co istotne, co trzeci badany nie miał zdania w tym temacie, a 7,7% (tj. 1 – PDP1) przypadło na wskazania dotyczące neutralnego wpływu w tym obszarze. Tym samym, tylko 15,4% (2) odpowiedzi przypadło na wariant odnoszący się do negatywnego wpływu ww. systemu na osiągnięte cele. Zdaniem tychże badanych (beneficjentów), aby poprawić tę sytuację należałoby nie opóźniać startu projektu z uwagi na niedopracowane pozycje budżetowe. Z daniem badanych bowiem (ze względu na publiczny charakter jednostek będących beneficjentami) bez zatwierdzenia budżetu nie mogliby oni podejmować

---

<sup>25</sup> Podsumowanie działań w inicjatywie FWD, „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” – realizacja inicjatywy przez Fundację Instytut Profilaktyki Zakażeń w partnerstwie z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia oraz Norweskim Instytutem ds. Zdrowia Publicznego, s. 5.

działań, podczas gdy (jak się później okazało) budżet był korygowany już w trakcie trwania projektu. Ponadto, zdaniem badanych, istotne byłoby wprowadzenie bardziej elastycznych zasad prowadzenia i rozliczania projektów, w tym ze względu na ich pilotażowy (pionierski) charakter i naturalnie napotykaną z tego tytułu trudność, niemożliwą do przewidzenia na etapie wcześniejszym.

#### Wykres 5. Czy uważa Pana/Pani, że system zarządzania i wdrażania Programu wpłynął na osiągnięcie efektów projektu?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji beneficjentów (N=13)

Beneficjenci w ramach prowadzonych wywiadów również odnieśli się do kwestii oceny systemu zarządzania i wdrażania Programu. Beneficjenci **ocenili ten aspekt jako dobrze zorganizowany, jednak wskazywali na kilka obszarów wymagających usprawnień**, które mogłyby zwiększyć efektywność działań i ułatwić osiągnięcie założonych celów. Jednym z najczęściej wymienianych problemów (analogicznie jak w przypadku ankietyzacji) były zbyt długie i skomplikowane procedury administracyjne, zwłaszcza na etapie podpisywania umów i akceptacji budżetów. Beneficjenci podkreślali, że te opóźnienia ograniczały czas na realizację działań, zmuszając do intensyfikacji pracy w krótkim okresie, co prowadziło do trudności w utrzymaniu jakości projektów. Sugerowano uproszczenie tych procesów oraz większą elastyczność w planowaniu harmonogramów.

W projektach, w których wykorzystywano zaawansowane technologie, podkreślano potrzebę lepszego wsparcia technicznego, szczególnie w zakresie konfiguracji urządzeń i dostosowywania platform informatycznych do specyfiki lokalnych warunków. Problemy techniczne były czasochłonne i często opóźniały wdrażanie rozwiązań, dlatego sugerowano wprowadzenie bardziej zintegrowanych narzędzi (względem

systemów stosowanych już w ramach poszczególnych jednostek) i łatwiejszego dostępu do pomocy technicznej.

Kolejną kwestią była potrzeba lepszego dostosowania wskaźników projektów. Wskazywano, że niektóre założenia były zbyt ambitne lub niedostosowane do lokalnych warunków.

Do analizowanych kwestii odnieśli się również uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych. System zarządzania i wdrażania Programu został z ich strony również oceniony jako sprawny, choć wskazano na kilka obszarów, które wymagają usprawnień. Ogólnie uczestnicy podkreślali, że koordynacja między instytucjami zaangażowanymi w realizację Programu, w tym Ministerstwem Zdrowia i partnerami projektu, była skuteczna i oparta na dobrej współpracy. Jednakże pojawiły się głosy dotyczące potrzeby **większej elastyczności w procedurach administracyjnych**, szczególnie w zakresie zamówień publicznych. Procesy te często były postrzegane jako zbyt czasochłonne i skomplikowane, co utrudniało sprawne rozpoczęcie działań. Wskazano, że uproszczenie i skrócenie procedur mogłoby przyczynić się do bardziej efektywnej realizacji projektów oraz lepszego wykorzystania dostępnych zasobów. Zdaniem ewaluatora trudno jednak byłoby wypracować w tym obszarze rekomendację, która byłaby możliwa do wdrożenia w tym zakresie. **Trudności w tym obszarze są powszechne i odnotowywane od lat na przestrzeni wszystkich Programów wspartych ze środków europejskich**, wobec czego należy uwzględnić je w ramach ryzyk identyfikowanych na etapie planowania inwestycji.

Kolejnym obszarem wymagającym usprawnień była integracja technologii informatycznych między różnymi podmiotami zaangażowanymi w Program. **Brak standardowych rozwiązań i narzędzi do przesyłania danych między systemami szpitalnymi, placówkami POZ i platformami telemedycznymi stanowił istotną barierę technologiczną**. Uczestnicy wskazali, że rozwój interoperacyjnych systemów informatycznych i standaryzacja wymiany danych mogłyby znacząco poprawić efektywność realizacji działań.

W kontekście ekonomicznego podejścia do realizacji Programu zwrócono uwagę na konieczność bardziej precyzyjnego planowania budżetów projektów, w tym **uwzględniania kosztów szkolenia personelu i wsparcia technicznego dla pacjentów**. Wielokrotnie podkreślano, że wprowadzenie dedykowanych ról, takich jak koordynatorzy czy edukatorzy technologiczni, wymaga odpowiedniego zabezpieczenia finansowego, ale jednocześnie przynosi wymierne korzyści w kontekście jakości i efektywności działań.

*Czy rozwiązania zastosowane w projektach pilotażowych były optymalne lub czy podobny lub większy efekt wsparcia można było osiągnąć wdrażając inne działania/realizując je w inny sposób? Jakie działania lub inny sposób ich realizacji przełożyłyby się na osiągnięcie rezultatów na większą skalę?*

Jak wykazała analiza desk research, **rozwiązania zastosowane w projektach konkursowych były na ogół optymalne**, jednakże zidentyfikowano pewne obszary, które mogłyby zostać zoptymalizowane, co pozwoliłoby osiągnąć lepsze efekty wsparcia<sup>26</sup>.

Większy efekt można było osiągnąć, gdyby istniała **lepsza infrastruktura internetowa** oraz **ściślejsza koordynacja między lokalnymi dostawcami usług zdrowotnych a platformami telemedycznymi**. Na przykład, w ramach modelu telemedycyny geriatrycznej wskazano, że wspieranie procesu rekrutacji przez lekarzy (rekrutowanie pacjentów podczas odbywanych przez nich wizyt) powinno być kontynuowane. Natomiast funkcja edukacyjno-informacyjnych personelu pielęgniarstwa (kontakt ze wstępnie zrekrutowanym pacjentem, tłumaczenie i pomoc w użytkowaniu dedykowanej platformy, pomoc w wypełnianiu ankiet projektowych) powinna zostać zwiększona. Lepsze wsparcie ze strony personelu medycznego mogłoby przyczynić się do większej partycypacji pacjentów w projektach<sup>27</sup>.

Zauważono jednak, że **nadmiarowa funkcjonalność platformy** (w stosunku do faktycznych potrzeb), szczególnie w modułach dotyczących recept, skierowań i zwolnień, generowała niepotrzebne komplikacje. Z tego powodu zarekomendowano ograniczenie funkcjonalności platformy do rzeczywiście potrzebnych i wykorzystywanych elementów, co pozwoliłoby na lepsze dostosowanie do rzeczywistych potrzeb użytkowników<sup>28</sup>.

Wskazano również na konieczność **edukacji na temat korzyści wynikających z telemedycyny** w celu budowania zaufania do projektu, poprzez kampanie informacyjno-promocyjne, co również mogłoby zwiększyć zaangażowanie pacjentów w programy pilotażowe<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa”, s. 83-84.

<sup>27</sup> „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa. Załączniki”, s. 7-8.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 6.

<sup>29</sup> Ibidem, s. 7.

Istotną barierą udziału w projekcie pilotażowym wśród osób starszych była **konieczność używania skrzynki e-mail**, dlatego sugerowano zastosowanie prostszych rozwiązań mobilnych. Aplikacje mobilne mogą być bardziej przyjazne i łatwiejsze w obsłudze dla seniorów niż klasyczne rozwiązania desktopowe. Umiejętności technicznych osób starszych w wykorzystaniu smartfonu są stosunkowo wyższe w wykorzystaniu smartfonu niż komputera<sup>30</sup>, co mogłoby przyczynić się do osiągnięcia rezultatów na większą skalę.

W celu optymalizacji rozwiązań stosowanych w projektach konkursowych wskazane byłoby zatem uzupełnienia zakresu świadczeń przewidzianych w opracowanych modelach telemedycznych o **możliwość korzystania z aplikacji mobilnej** (przy jednoczesnym braku konieczności odchodzenia od dotychczasowych rozwiązań desktopowych, które dla znacznej części pacjentów były odpowiednie). Rekomendowane jest także wykorzystanie możliwości rejestracji niewymagającej podawania adresu mailowego<sup>31</sup>.

Dodatkowo, wskazano na **potrzebę poprawy interfejsu platformy telemedycznej**, aby uczynić ją bardziej intuicyjną zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy. Uproszczenie nawigacji oraz lepsza integracja danych z istniejącymi systemami wykorzystywanymi w sektorze ochrony zdrowia mogłaby zwiększyć efektywność korzystania z platformy i zadowolenie użytkowników, zarówno pacjentów, jak i dla lekarzy. W tym celu wskazane byłoby opracowanie ogólnopolskich wytycznych w zakresie standardów projektowania platform telemedycznych. Ponadto rekomenduje się rozważenie możliwości wprowadzenia ogólnych wytycznych obszarze rozwiązań z zakresu UX i UI, które powinny spełniać platformy telemedyczne<sup>32</sup>.

Szersze wnioski z przeprowadzonej analizy desk research zamieszczone zostały w załączniku do niniejszego raportu.

Jak wynika z kolei z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, zdaniem beneficjentów (głównie w odniesieniu do projektów konkursowych) istnieją założenia, których zmiana przyczyniłaby się do możliwości **osiągania rezultatów na większą skalę**. Kluczowe obszary potencjalnych zmian obejmują zarówno kwestie organizacyjne, jak i techniczne. Jednym z najczęściej podnoszonych aspektów była potrzeba **bardziej precyzyjnego planowania harmonogramu działań**. Jak już wskazano, opóźnienia administracyjne oraz ograniczony czas realizacji projektów negatywnie wpływały na efektywność działań i ograniczały ich potencjał. Część beneficjentów (zarówno

---

<sup>30</sup> Ibidem, s. 5-6.

<sup>31</sup> Ibidem, s. 5-6.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 5-6.



projektów konkursowych, jak i predefiniowanych) sugerowała, że wydłużenie czasu na przygotowanie oraz wdrażanie projektów pozwoliłoby na bardziej równomierne rozłożenie działań, co zmniejszyłoby ryzyko spiętrzeń i niedoskonałości organizacyjnych.

W kontekście technologii (projekty konkursowe) wskazywano na konieczność **dalszego dostosowywania narzędzi telemedycznych do potrzeb użytkowników**, szczególnie osób starszych i mniej biegłych technologicznie. Również zdaniem ewaluatora, uproszczenie interfejsów, zapewnienie lepszego wsparcia technicznego oraz bardziej rozbudowane szkolenia mogłyby znacząco zwiększyć skuteczność wdrożeń technologicznych na większą skalę.

Beneficjenci projektów konkursowych zauważyli również, że włączenie większej liczby lokalnych partnerów i instytucji już na etapie projektowania pilotażu mogłoby zwiększyć skuteczność działań i poprawić ich zasięg. Partnerstwa z lokalnymi organizacjami oraz placówkami medycznymi mogłyby bowiem ułatwić rekrutację uczestników, usprawnić proces implementacji oraz zwiększyć akceptację społeczną dla wprowadzanych rozwiązań.

Również zdaniem partnerów projektowych zauważono kilka obszarów, w których zmiana założeń lub działań w projektach konkursowych mogłaby potencjalnie zwiększyć skalę efektów. Jednym z tych aspektów była potrzeba lepszej integracji technologii telemedycznych z istniejącymi systemami gabinetowymi i medycznymi. W wielu przypadkach platformy używane w projektach wymagały osobnego logowania i nie były zintegrowane z codziennymi narzędziami używanymi przez personel medyczny. Zmiana polegająca na pełnej integracji systemów mogłaby znacząco ułatwić korzystanie z technologii i poprawić efektywność zarządzania danymi pacjentów.

Innym wskazywanym obszarem był zakres wsparcia technicznego dla pacjentów (wniosek ponownie dotyczy projektów konkursowych). Problemy związane z obsługą urządzeń były szczególnie widoczne wśród starszych uczestników, co wskazuje na konieczność wprowadzenia bardziej intensywnych działań edukacyjnych oraz uproszczenia technologii. Dodatkowo wskazano, że lepsza jakość sprzętu i ograniczenie jego awaryjności mogłoby zwiększyć zaufanie uczestników (w tym przypadku pacjentów w ramach realizowanych projektów konkursowych) i ograniczyć frustracje związane z użytkowaniem.

Z punktu widzenia organizacji projektu (zarówno w odniesieniu do projektów konkursowych, jak i predefiniowanych) ważne byłoby również (co już wielokrotnie wskazywano) wydłużenie czasu na wdrażanie, co pozwoliłoby uniknąć pośpiechu wynikającego z opóźnień w podpisywaniu umów. Lepsze planowanie harmonogramów

mogłoby zwiększyć szanse na pełną realizację założonych wskaźników i bardziej efektywne wykorzystanie zasobów.

#### Podsumowanie

System zarządzania i wdrażania przyczynił się do osiągnięcia większości zaplanowanych efektów, napotkano jednak wyzwania organizacyjne i proceduralne. Beneficjenci docenili skuteczną koordynację działań, szczególnie w zakresie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w realizację projektów, jednak procedury administracyjne, zwłaszcza dotyczące zamówień publicznych i podpisywania umów, okazały się zbyt czasochłonne. Opóźnienia w ich realizacji ograniczyły czas na wdrażanie projektów, co zmuszało do intensyfikacji działań w krótkich okresach i utrudniło osiągnięcie założonych wskaźników.

Wykorzystanie technologii telemedycznych, choć przyniosło wiele korzyści, wiązało się z wyzwaniami technicznymi, takimi jak brak integracji systemów IT i konieczność dostosowywania platform do lokalnych warunków. Beneficjenci postulowali uproszczenie interfejsów oraz zwiększenie wsparcia technicznego i szkoleń dla użytkowników. Wskazano również na potrzebę bardziej precyzyjnego planowania budżetów, uwzględniającego koszty szkolenia personelu i dostosowania technologii.

#### 7.4. Ocena użyteczności efektów interwencji

*W jakim stopniu beneficjenci projektu (w tym odbiorcy końcowi z grup docelowych, w tym pacjenci, dzieci i młodzież itp.) byli zadowoleni z uzyskanych efektów wsparcia?*

Jak wskazują wywiady pogłębione z beneficjentami projektów konkursowych, **poziom zadowolenia pacjentów z efektów wsparcia oceniony został jako wysoki**, co było szczególnie widoczne w bezpośrednich opiniach uczestników oraz w wynikach ankiet przeprowadzonych w trakcie i po zakończeniu projektów. Pacjenci doceniali zarówno poprawę swojego stanu zdrowia, jak i dostęp do nowoczesnych rozwiązań oraz kompleksowej opieki. Pacjenci wyrażali zadowolenie z możliwości korzystania z technologii, która pozwalała im na bieżące monitorowanie parametrów zdrowotnych oraz szybką reakcję lekarzy w razie niepokojących wyników. **Szczególnie starsze osoby, mimo początkowych obaw związanych z obsługą technologii, ostatecznie ceniły wygodę i dostępność wsparcia bez konieczności częstych wizyt w placówkach medycznych.** Pacjenci zwracali uwagę na poprawę jakości życia, zwiększoną samodzielność i zmniejszenie dolegliwości zdrowotnych, co znacząco wpłynęło na ich ogólne zadowolenie z udziału w projektach.



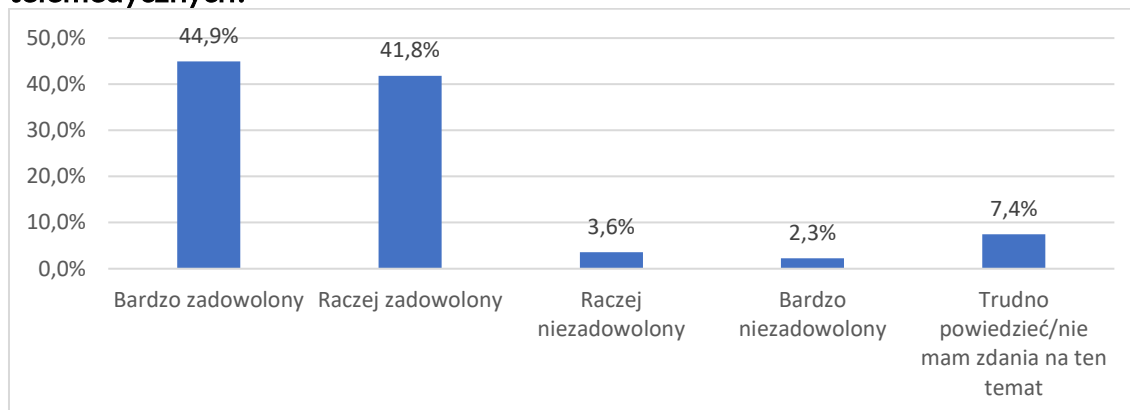
Również beneficjent projektu **PDP2** bardzo wysoko ocenił poziom zadowolenia uczestników wsparcia – dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli. Zarówno działania edukacyjne, jak i warsztatowe cieszyły się dużym zainteresowaniem oraz pozytywnym odbiorem wśród wszystkich grup docelowych. Dzieci i młodzież były szczególnie zaangażowane w warsztaty dotyczące zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, które miały interaktywną formę i były dostosowane do ich potrzeb oraz wieku. Uczestnicy nie tylko chętnie brali udział w zajęciach, ale również wykazywali gotowość do wprowadzania zmian w swoich codziennych nawykach, co podkreślało skuteczność działań edukacyjnych.

Zdaniem beneficjenta projektu PDP 2, rodzice docenili z kolei możliwość udziału w warsztatach, które pozwoliły im **zdożyć praktyczną wiedzę na temat zdrowego stylu życia oraz zrozumieć, jak ich wybory wpływają na zdrowie dzieci**. Wskazywali, że materiały edukacyjne oraz zajęcia były przejrzyste i łatwe do wdrożenia w życiu codziennym, co przyczyniło się do realnych zmian w domowych nawykach żywieniowych i podejściu do aktywności fizycznej. Nauczyciele oraz pracownicy placówek edukacyjnych byli również (w opinii beneficjenta) zadowoleni z udziału w projekcie. Szkolenia umożliwiły im nie tylko lepsze zrozumienie tematyki zdrowego stylu życia, ale także przygotowały do pełnienia roli edukatorów w tej dziedzinie. Szczególnie cenili oni praktyczne podejście oraz kompleksowe wsparcie w postaci materiałów dydaktycznych i przykładów dobrych praktyk.

**Poziom zainteresowania organizowanymi wydarzeniami znacznie przekroczył oczekiwania beneficjenta**. Zainteresowanie placówek edukacyjnych było tak duże, że w niektórych przypadkach konieczne było wcześniejsze zakończenie rekrutacji uczestników. Było to również efektem „kuli śnieżnej”, gdzie informacje o projekcie były przekazywane przez uczestników dalej, co przyczyniło się do większego niż planowano zaangażowania szkół i przedszkoli.

Ankietowani pacjenci mieli również za zadanie ocenić swój ogólny stopień zadowolenia z otrzymanych świadczeń telemedycznych. Co istotne, na oceny pozytywne przypadło aż blisko 87% wskazań. Jednocześnie ponad 7% nie miało zdania na ten temat, wobec czego oceny negatywne udzielone zostały jedynie przez niecałe 6% badanych pacjentów. Przyczyny ocen negatywnych pozostają zbieżne z wnioskami przedstawionymi w ramach analizy poprzednich pytań kwestionariuszowych.

### Wykres 6. Jak Pan/Pani ocenia swój stopień zadowolenia z otrzymanych świadczeń telemedycznych?

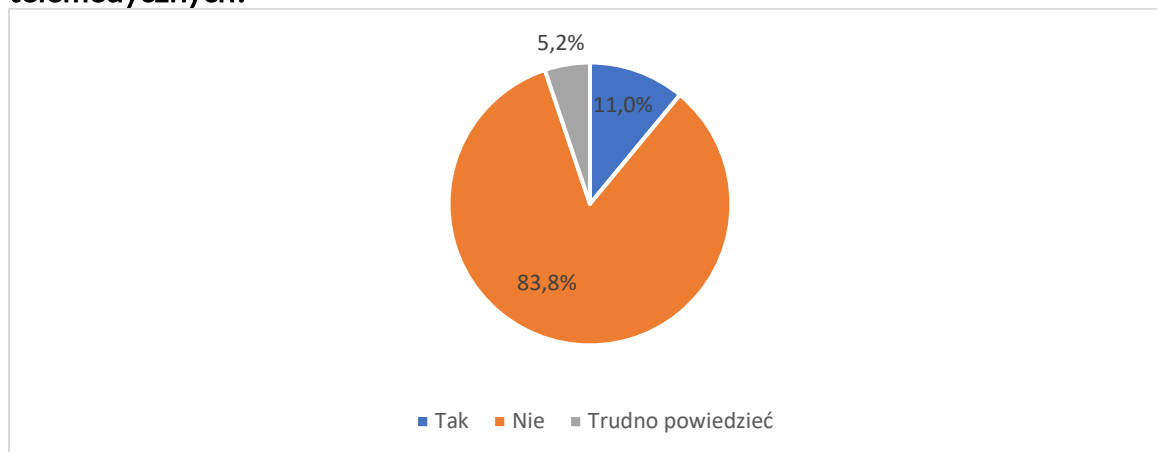


Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

Podczas prowadzonej ankietyzacji poruszono również **kwestię problemów** napotkanych przez uczestników projektów konkursowych podczas korzystania ze świadczeń telemedycznych. Zjawisko tego typu potwierdziło jedynie 11% badanych. Najczęściej wymieniano problemy techniczne, takie jak **słaba jakość połączeń internetowych, zawieszanie się systemu czy trudności z obsługą platform do wideokonsultacji**. Pojawiały się także problemy związane z **kompatybilnością sprzętu**, zarówno telefonów, jak i urządzeń pomiarowych, takich jak waga czy ciśnieniomierz. Niektóre osoby zgłaszały **brak odpowiedniego przeszkolenia** w zakresie obsługi aplikacji i sprzętu, co utrudniało korzystanie z usług, szczególnie w początkowej fazie programu.

Inne trudności obejmowały logistykę, takie jak konieczność zapewnienia prywatnego miejsca na konsultacje, co nie zawsze było możliwe w warunkach domowych czy podczas podróży. Kilka osób wskazywało na zbyt krótki czas Programu oraz na sytuacje, gdzie problemy techniczne wymagały wymiany sprzętu, co generowało dodatkowe opóźnienia w realizacji świadczeń. Mimo tych trudności, część respondentów zaznaczała, że po początkowych problemach uzyskali odpowiednie wsparcie, które pozwoliło na sprawniejsze korzystanie z usług.

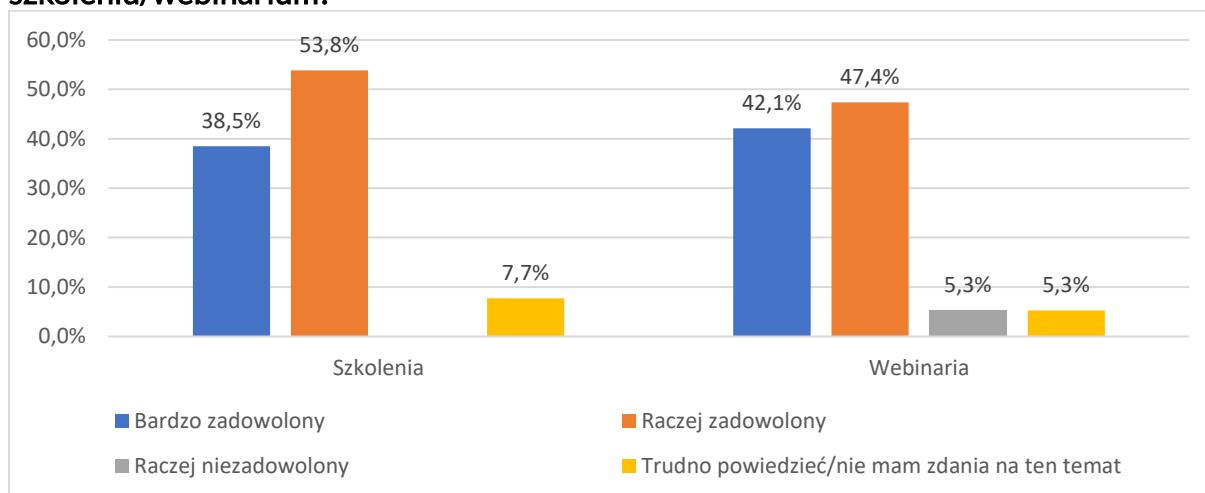
### Wykres 7. Czy napotkał/a Pan/Pani jakieś trudności podczas korzystania ze świadczeń telemedycznych?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

W ramach przeprowadzonej ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (personel medyczny korzystający ze szkoleń dotyczących rozwiązań stosowanych w telemedycynie i e-zdrowiu oraz webinarium) również zidentyfikowano **bardzo wysoki poziom zadowolenia z uzyskanego wsparcia**. Na oceny pozytywne przypadła niemal całość udzielonych ocen. Wariant negatywny został wskazany jedynie w przypadku ocen wystawionych w stosunku do odbytych webinarium, lecz ich udział był bardzo niski (nieco ponad 5%). Argumentowano je stosunkowo niskim stopniem rozwinięcia podejmowanych zagadnień, w tym zbyt słabym naciskiem na przekazywanie wiedzy o charakterze praktycznym (należy jednak mieć na uwadze jednostkowy charakter wskazań negatywnych).

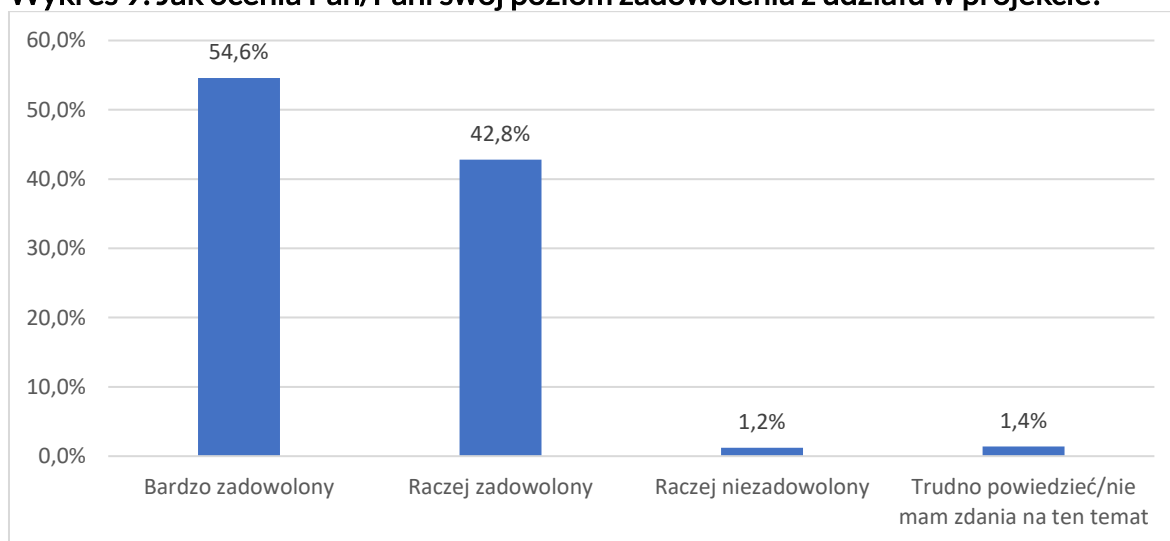
### Wykres 8. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w szkoleniu/webinarium?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)

W tym miejscu warto przeanalizować również wyniki ankietyzacji przeprowadzonej wśród uczestników wsparcia organizowanego w ramach PDP2. Na początek skupiono się na module 1, w ramach którego ankietyzacją objęto rodziców i pracowników żłobków oraz przedszkoli, którzy to w wyniku realizacji projektu mogli skorzystać m.in. z programu szkoleniowego skierowanego do dzieci dot. wyboru zdrowego stylu życia, szkoleń dla ich opiekunów czy też szkoleń skierowanych do pracowników żłobków i przedszkoli. Ponownie odnotowano **bardzo wysoki poziom zadowolenia** z udziału projekcie – na oceny pozytywne przypadło bowiem 97,4% wskazań. Wśród pojedynczych wskazań negatywnych znalazły się argumentacje dotyczące stosunkowo dużego stopnia biurokratyzacji, związanej z udziałem we wsparciu, słabej jakości materiałów informacyjnych udostępnionych na szkoleniach oraz problemów organizacyjnych. Biorąc pod uwagę doświadczenie ewaluatora, tak wysoki poziom zadowolenia w tego rodzaju wsparciu jest rzadko spotykane, co świadczy niewątpliwie o sukcesie wsparcia.

#### Wykres 9. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w projekcie?

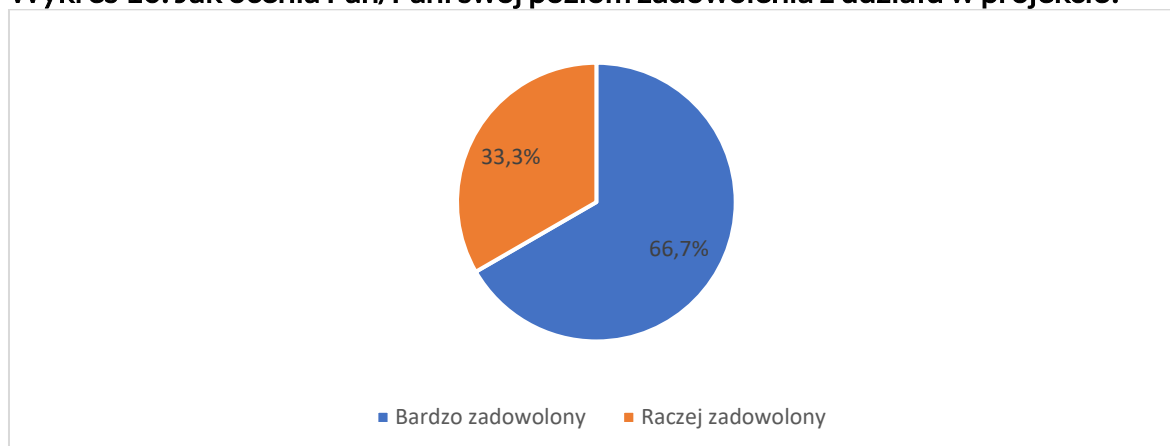


*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 1) (N=652)*

Osobnym badaniem ankietowym objęto również rodziców i nauczycieli biorących udział w module 3 w ramach projektu PDP2, którzy w wyniku realizacji projektu mogli skorzystać m.in. ze szkoleń i warsztatów dotyczących kwestii zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży.

Co istotne, **wszyscy badani pozytywnie ocenili udział w projekcie.**

**Wykres 10. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w projekcie?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 3) (N=69)*

Kwestia zadowolenia pacjentów zbadana została również za pośrednictwem **wywiadów z partnerami projektów, który to również ocenili ją jako wysoką**. Wiele osób, zwłaszcza z grup starszych lub cierpiących na przewlekłe schorzenia, doceniło możliwość stałego kontaktu z personelem medycznym oraz regularny monitoring ich stanu zdrowia. Pacjenci odczuwali większe poczucie bezpieczeństwa, wynikające z faktu, że ich parametry zdrowotne były stale obserwowane, a w razie potrzeby podejmowano szybkie działania. Dla części uczestników szczególnie ważne było to, że projekty umożliwiały dostęp do opieki medycznej bez konieczności osobistego stawiennictwa, co oszczędzało im czas i wysiłek.

Jak wskazywali partnerzy projektów w ramach prowadzonych wywiadów pogłębionych, zdarzały się jednak przypadki, w których pacjenci odczuwali trudności związane z obsługą urządzeń telemedycznych, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Ich zdaniem problemy techniczne lub biurokracja związana z wypełnianiem licznych formularzy były źródłem frustracji dla niewielkiej liczby uczestników. Pomimo tych trudności większość pacjentów wykazywała dużą otwartość na telemedycynę i chętnie uczestniczyła w projekcie.

Celem uzupełnienia, warto również zwrócić uwagę na wyniki przeprowadzonych zogniskowanych wywiadów pogłębionych. Zdaniem badanych beneficjentów, **odbior projektów przez uczestników, w tym pacjentów, dzieci i młodzież, był bardzo pozytywny**. Zdecydowana większość beneficjentów wyraziła zadowolenie zarówno z samego wsparcia, jak i z dostępnych narzędzi, podkreślając ich przydatność oraz dopasowanie do rzeczywistych potrzeb. W szczególności doceniano łatwość dostępu do specjalistycznej opieki dzięki rozwiązaniom telemedycznym, co miało szczególne znaczenie dla osób mieszkających w odległych regionach czy na terenie obszarów stanowiących tzw. "białe plamy" ochrony zdrowia.

Pacjenci uczestniczący w projektach konkursowych chwalili kompleksowość oferowanej pomocy. Możliwość konsultacji z lekarzami specjalistami była wysoko oceniana, zwłaszcza w kontekście dostarczania szczegółowych informacji na temat leczenia, obsługi technologii oraz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Wielu pacjentów wskazywało, że takie podejście nie tylko poprawiło jakość ich życia, ale także zmniejszyło ich poczucie izolacji.

Zdaniem badanych, rodzice i opiekunowie dzieci oraz młodzieży zaangażowanych w projekty zdrowotne doceniali z kolei wartość programów promujących zdrowy styl życia, takich jak działania na rzecz zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w przedszkolach i szkołach. Dzieci i młodzież były zdaniem respondentów entuzjastycznie nastawione do tych inicjatyw, co wskazuje na skuteczność działań w tej grupie wiekowej.

Zdaniem ewaluatora warto zwrócić uwagę na dodatkowy wniosek wysunięty przez uczestników ww. warsztatu. Podkreślono bowiem, że na poziomie krajowym i regionalnym Program stworzył podstawy do bardziej zintegrowanego podejścia w systemie ochrony zdrowia, zachęcając do szerszego wykorzystania technologii i budowy trwałych modeli współpracy między różnymi poziomami opieki. **Zastosowane rozwiązania technologiczne i organizacyjne mogą być skalowane<sup>33</sup> i zaadaptowane w innych regionach**, co zwiększa ich potencjał długoterminowego wpływu na system ochrony zdrowia.

*Czy sytuacja zdrowotna końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, dzieci i młodzieży itp. poprawiła się dzięki udziałowi w projektach, a jeśli tak, w jakim stopniu?*

Warto zaznaczyć, że beneficjenci projektów konkursowych ocenili **wpływ realizowanych inicjatyw na sytuację zdrowotną uczestników jako zdecydowanie pozytywny**. Podkreślano, że wdrożone działania w istotny sposób przyczyniły się do poprawy zarówno stanu zdrowia pacjentów, jak i komfortu ich życia. W wielu przypadkach projekty umożliwiły dostęp do nowoczesnych rozwiązań medycznych, które wcześniej nie były dostępne dla uczestników. Dla przykładu, w zakresie projektu związanego z rehabilitacją pulmonologiczną, zastosowanie nowatorskich metod telerehabilitacji pozwoliło pacjentom z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc poprawić ich funkcjonalność i jakość życia. Połączenie tradycyjnych form rehabilitacji z

<sup>33</sup> Proces dostosowywania rozwiązań, technologii lub modeli organizacyjnych w celu ich zastosowania na większą lub mniejszą skalę, przy jednoczesnym zachowaniu efektywności, jakości i funkcjonalności. Skalowanie może polegać na zwiększeniu zasięgu działania, liczby obsługiwanych użytkowników lub placówek, a także na dostosowaniu rozwiązania do specyfiki nowego kontekstu organizacyjnego, geograficznego lub technologicznego.

wykorzystaniem technologii zdalnych okazało się skutecznym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy mieli trudności z dostępem do stacjonarnej opieki zdrowotnej. Podobnie w innych projektach, wdrożenie systemów monitorowania zdrowia na odległość umożliwiło wcześniejsze wykrywanie problemów zdrowotnych i szybkie podejmowanie odpowiednich działań.

---

*Ten projekt ma jedną cudowną rzecz, na którą się często nie patrzy, mianowicie jeżeli pacjenta pozostawimy samemu sobie, to on weźmie tabletkę, nie weźmie, będzie się leczył albo się nie będzie, przeczyta w Internecie jakieś herezje albo nie przeczyta. Natomiast mając taki system i gdyby się udało zachęcić pacjentów, żeby nie tylko wykonywali pomiary, ale również wchodzili do tej platformy, to mając ją możemy więcej wiedzy przekazać pacjentowi oraz sam pacjent odczuwa tę opiekę.*

*Źródło: Wywiad pogłębiony z beneficjentem*

---

Powyższe wnioski potwierdzone zostały analizą desk research (jej pełna treść znajduje się w załączniku). Rozwój telemedycyny w takich dziedzinach jak kardiologia, geriatria, psychiatria, diabetologia, choroby przewlekłe i położnictwo **dają szansę na efektywniejsze wykorzystanie zasobów i poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Polsce**. Wybrane w programie specjalizacje opierają się na ich kluczowym znaczeniu dla zdrowia publicznego – na przykład kardiologia i choroby układu krążenia są jednymi z głównych przyczyn zgonów w naszym kraju, a także na potencjale rozwoju narzędzi telemedycznych i e-zdrowia w tych obszarach. Niektóre z tych dziedzin rozwijają się szybciej, co może przynieść pacjentom większe korzyści<sup>34</sup>.

Szczególną uwagę zwrócić należy również na projekt PDP2. Moduły tworzące projekt „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” miały na celu **holistyczne wspieranie stylu życia dzieci i młodzieży**, uwzględniając aspekty fizyczne, mentalne i społeczne, co sprzyja budowaniu trwałych, zdrowych nawyków życiowych. Razem, działania realizowane w każdym module, dążyły do podniesienia świadomości zdrowotnej oraz promowania zdrowych wyborów życiowych, które mogą przyczynić się do poprawy długoterminowej sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz ich rodzin.

Moduł 1, tj. „Odżywianie i sport” skupiony był na kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych oraz promocji aktywności fizycznej wśród dzieci w wieku

---

<sup>34</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 18.



przedszkolnym (1-6 lat), ich rodziców/opiekunów, a także pracowników żłobków i przedszkoli<sup>35</sup>. Dzięki szeroko zakrojonym działaniom edukacyjnym, dzieci, rodzice oraz pracownicy żłobków i przedszkoli zdobyli wiedzę na temat zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej. Analizy wykazują, że **dzięki edukacji w przedszkolach i żłobkach poprzez długotrwałe projekty, programy i kampanie możliwe jest wprowadzenie pozytywnych zmian w preferencjach żywieniowych dzieci oraz ich codziennych aktywnościach**, co prowadzi do zwiększenia świadomości zdrowotnej i nawyków prozdrowotnych u rodziców i opiekunów, a także pracowników żłobków i przedszkoli<sup>36</sup>. Poprzez integrację rodziców i opiekunów w procesie edukacyjnym, zwiększa się też szansa na trwałą zmianę stylu życia w rodzinach. Ponadto, edukacja dzieci w zakresie zdrowego stylu życia może przyczynić się do długotrwałych korzyści zdrowotnych, takich jak zmniejszenie ryzyka otyłości i związanych z nią chorób<sup>37</sup>.

Raport z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych programu szkoleniowego w ramach PDP2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” w module 1 „Odżywianie i sport” wskazuje na kilka aspektów związanych z przełożeniem wdrożenia Programu „Zdrowie” na świadomość dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów dotyczącą korzyści płynących ze zdrowego stylu życia. Jeśli chodzi o aktywność ruchową, to działania realizowane w tym zakresie w projekcie nie miały dużego wpływu na nawyki dzieci, co wynika z faktu obecności wielu zajęć ruchowych w żłobkach<sup>38</sup>. Inaczej wygląda sytuacja w odniesieniu do rodziców i opiekunów dzieci przedszkolnych, gdzie zaobserwowano **wpływ na wzrost świadomości zarówno dzieci i młodzieży, jak i ich opiekunów, co do korzyści płynących ze zdrowego stylu życia**. Badane osoby podkreślały, że pomimo obecności zajęć ruchowych w przedszkolach, działania zorganizowane w ramach projektu były szczególnie doceniane i sprzyjały zmianie niektórych nawyków. Zauważono, że proponowane ćwiczenia były atrakcyjne i różniły się od dotychczasowych zajęć, co zwiększyło ich atrakcyjność w oczach dzieci. Nauczyciele zauważyli, że po zajęciach dzieci chętniej angażowały się w aktywność fizyczną, a ich opowieści weekendowe coraz częściej zawierały wzmianki o ruchu i wyjazdach, zamiast o grach czy bajkach. Dzieci zaczęły spontanicznie mówić o spacerach z rodzicami czy wspólnych ćwiczeniach z tatą, co nauczyciele postrzegali jako pozytywne efekty projektu. Rodzice

<sup>35</sup> Decyzja zmieniająca decyzję nr 2/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.

<sup>36</sup> M. Rościszewska, M. Rościszewska, *Analiza mechanizmów kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, w tym wyboru zdrowych opcji w przedszkolach i żłobkach. Wersja finalna*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021.

<sup>37</sup> Solanowska, M., Wanot, W., Plis, A. (2020). *Prawidłowe odżywianie i zdrowy styl życia a nadwaga i otyłość*. [w:] *Dieta a zdrowie i wiek*. Częstochowa: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie, s. 62-70.

<sup>38</sup> Raport metodologiczno-techniczny z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych programu szkoleniowego w ramach projektu predefiniowanego nr 2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”. Moduł 1: *Odżywianie i sport*, Warszawa 2024, s. 73.



przedszkolaków również zaobserwowali pozytywne zmiany w nawykach swoich dzieci, dostrzegając większe zainteresowanie aktywnością fizyczną, wzrost spożycia wody oraz chęć jedzenia warzyw i owoców<sup>39</sup>.

Moduł 2 poświęcony zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych, w szczególności nikotyny, wskazuje na **efektywność strategii edukacyjnych i profilaktycznych**, które zmniejszają prawdopodobieństwo inicjacji tytoniowej u młodzieży. W ramach programu młodzież i opiekunowie zostali zaznajomieni z zagrożeniami zdrowotnymi związanymi z używaniem wyrobów tytoniowych oraz e-papierosów, co przyczyniło się do wzrostu świadomości i odporności młodzieży na wpływy rówieśnicze i reklamy wyrobów nikotynowych. Edukacyjne kampanie antynikotynowe mogły zwiększyć świadomość zdrowotną młodzieży, ucząc ich nie tylko o zagrożeniach zdrowotnych, ale także o czynnikach społecznych i ekonomicznych, które wpływają na palenie<sup>40</sup>. W dłuższym okresie działania te mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby osób rozpoczynających palenie oraz poprawy zdrowia publicznego.

Moduł 3 dotyczący zdrowia psychicznego miał na celu edukację dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów na temat rozpoznawania oraz radzenia sobie z problemami psychicznymi. Szkolenia przeprowadzone dla personelu szkolnego, nauczycieli, rodziców i opiekunów umożliwiły lepsze rozumienie wczesnych objawów zaburzeń psychicznych oraz metod wspierania dzieci w trudnych sytuacjach emocjonalnych. Poprzez warsztaty, narzędzia cyfrowe i materiały informacyjne program wzmocnił zasoby wspierające zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jednocześnie zwiększając świadomość ich opiekunów na temat znaczenia zdrowia psychicznego<sup>41</sup>. **Materiały szkoleniowe przygotowane w ramach tego modułu mają potencjał znacząco poprawić sytuację zdrowotną uczestników**, zwiększając świadomość i kształtując pozytywne postawy zdrowotne w grupach docelowych

---

<sup>39</sup> Raport metodologiczno-techniczny z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych programu szkoleniowego w ramach projektu predefiniowanego nr 2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”. Moduł 1: Odżywianie i sport, Warszawa 2024, s. 78.

<sup>40</sup> P. Koczkodaj, Identyfikacja czynników wpływających na rozpoczęcie używania wyrobów zawierających nikotynę przez młodzież w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021; P. Koczkodaj, Materiały edukacyjne dla młodzieży oraz rekomendacje polityki zdrowotnej dotyczące wyrobów zawierających nikotynę, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021.

<sup>41</sup> Zob. Materiał przygotowany w ramach projektu „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa: Treści edukacyjne skierowane dla nauczycieli oraz rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży – szkolenie dla personelu szkolnego w zakresie sposobów dostrzegania objawów niedostosowania i wczesnych oznak zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży; Treści edukacyjne skierowane dla nauczycieli oraz rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży – szkolenie dla rodziców i opiekunów w zakresie sposobów dostrzegania objawów niedostosowania i wczesnych oznak zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży; Treści edukacyjne skierowane dla nauczycieli oraz rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży „Jak dotrzeć do nastolatka z zaburzeniem psychicznym”.

Jednocześnie zaznaczyć należy, że zmniejszająca się wyszczepialność dzieci jest niepokojącym trendem obserwowanym w Polsce od kilku lat, co stanowi zagrożenie populacyjne chorobami, które wydawało się, że odeszły już w niepamięć<sup>42</sup>. Niemniej jednak, trend spadkowy wszczęcia dzieci przeciw wybranym chorobom zakaźnym, obserwowany w latach 2017-2022, wyhamował w 2022 roku. Odwrócenie tego trendu może być efektem zwiększonej aktywności programów prosczepiennych w przestrzeni publicznej<sup>43</sup>, takich jak Inicjatywa FWD.

*Czy oferowane wsparcie było wystarczające dla końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, dzieci i młodzieży itp., a jeśli nie, to dlaczego?*

Rozwój telemedycyny w takich dziedzinach jak kardiologia, geriatria, psychiatria, diabetologia, choroby przewlekłe i położnictwo dają szansę na efektywniejsze wykorzystanie zasobów i poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych w Polsce. Wybrane w programie specjalizacje opierają się na ich **kluczowym znaczeniu dla zdrowia publicznego** – na przykład kardiologia i choroby układu krążenia są jednymi z głównych przyczyn zgonów w naszym kraju, a także na potencjale rozwoju narzędzi telemedycznych i e-zdrowia w tych obszarach. Niektóre z tych dziedzin rozwijają się szybciej, co może przynieść pacjentom większe korzyści<sup>44</sup>. O istotnej roli wybranych specjalizacji świadczą również wyniki szczegółowej analizy desk research, zamieszczonej (z racji objętości) w załączniku do niniejszego raportu.

Jak jednocześnie wynika ze zrealizowanej w ramach ewaluacji ankietyzacji, **aż 79,8% badanych pacjentów potwierdziło, że zakres uzyskanego wsparcia był dla nich wystarczający**. Z kolei 11% nie miało zdania w tym temacie, wobec czego negatywnej oceny udzielił jedynie co dziesiąty respondent. Najczęściej wskazywane aspekty związane z niedostatecznym zakresem wsparcia to brak bezpośredniego kontaktu z terapeutą oraz niewystarczająca komunikacja. Uczestnicy skarżyli się na brak reakcji ze strony lekarzy na przesyłane wyniki pomiarów, co skutkowało poczuciem braku zainteresowania ich stanem zdrowia. Wskazywano, że poza wstępnymi konsultacjami nie było dalszego zaangażowania ze strony specjalistów, a obiecywane kontakty i follow-upy często nie dochodziły do skutku.

<sup>42</sup> M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2022, s. 132.

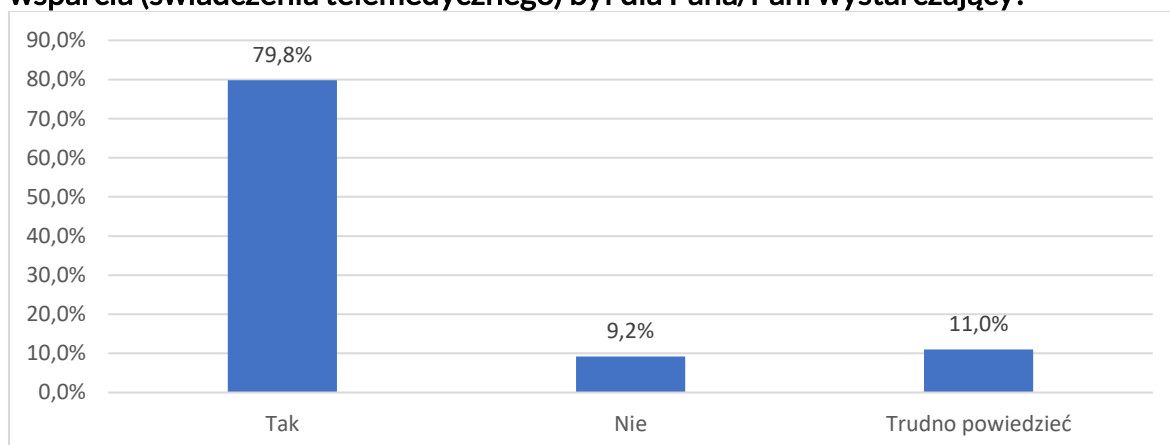
<sup>43</sup> Raport końcowy na temat stanu realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pandemii COVID na realizację szczepień ochronnych, s. 11-12.

<sup>44</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 18.

Respondenci (pacjenci) zwrócili uwagę na zbyt krótki czas trwania projektu oraz zbyt rzadkie spotkania, które nie pozwalały na odpowiednią ciągłość wsparcia. Część uczestników podkreślała, że nie miała możliwości odbycia dodatkowych konsultacji w dogodnych terminach, co ograniczyło ich dostęp do pomocy. Zaznaczano również, że wiele problemów wynikało z trudności w kontakcie z lekarzami i braku jasnych informacji o dostępnych możliwościach wsparcia.

Problemy dotyczyły również słabej jakości połączeń oraz niewystarczającego wsparcia w zakresie obsługi narzędzi. Uczestnicy sugerowali, że same wizyty online były niewystarczające, a w niektórych przypadkach konieczne były również wizyty stacjonarne i farmakoterapia, których zabrakło w ramach programu.

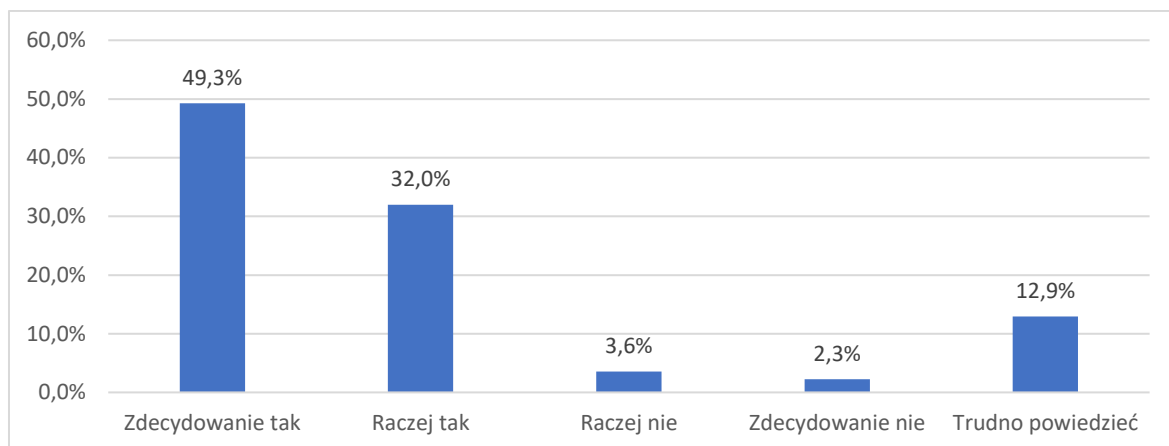
**Wykres 11. W wyniku realizacji projektu miał/a Pan/Pani okazję skorzystać z rozwiązań w zakresie telemedycyny (np. teleporada, wideoporada, serwis internetowy, elektroniczna komunikacja ze specjalistami/lekarzami). Czy zakres wsparcia (świadczenia telemedycznego) był dla Pana/Pani wystarczający?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)*

Jak wskazują wyniki ww. badania ankietowego, **większość pacjentów (81,3%) potwierdziła, że możliwość skorzystania ze świadczenia w formie telemedycznej ułatwiła im dostęp do opieki medycznej.** Ze względu na stosunkowo wysoki udział osób, które nie miały zdania w tym temacie (niemal 13%), jedynie 5,9% respondentów udzieliło w tym obszarze oceny negatywnej. Argumentowano je głównie brakiem kontaktu ze strony lekarza – badani nie utożsamiali bowiem pomiarów dokonywanych zdalnie (i przesyłanych lekarzowi) w kontekście kontaktu z nim (w znacznej mierze wskazania te dotyczyły dziedziny kardiologii). Zdaniem ewaluatora, problemem był w tym przypadku brak odpowiedzi zwrotnej, nawet potwierdzającej pozytywny charakter dotychczas przesyłanych wyników.

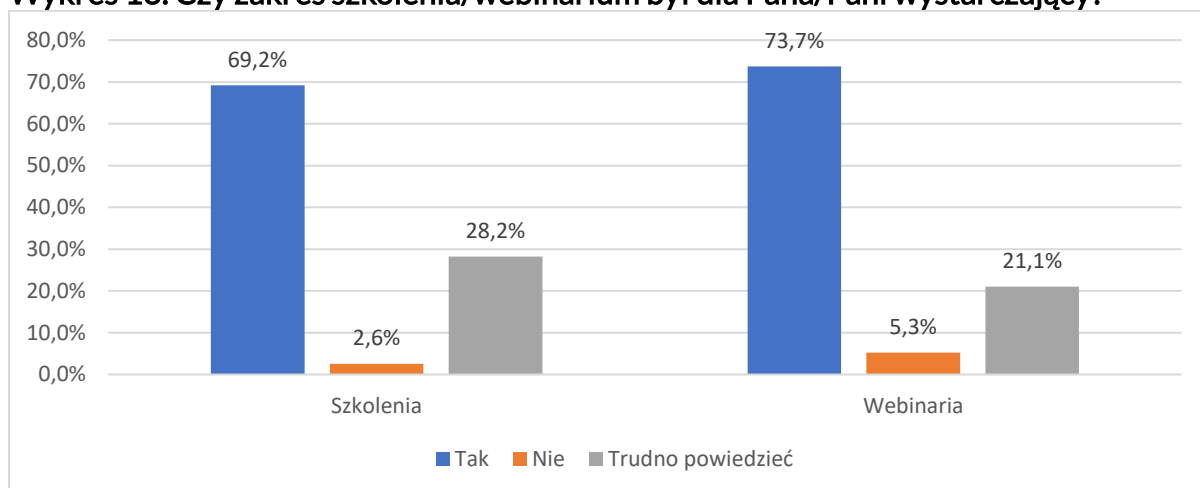
**Wykres 12. Czy możliwość skorzystania ze świadczenia w formie telemedycznej ułatwiła Panu/Pani dostęp do opieki medycznej?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

Chcąc odpowiednio ocenić użyteczność wsparcia warto zwrócić uwagę na zakres szkoleń i webinarium podjętych w ramach projektu PDP1. Zdaniem większości ankietowanych uczestników ww. wydarzeń, **ich zakres był wystarczający**. Pozostały udział wskazań przypadł jednak na osoby, które nie miały zdania w tym temacie. Tym samym, na oceny negatywne przypadł bardzo niski udział wskazań (kolejno 2,6% oraz 5,3%). Były one argumentowane podobnie jak odpowiedzi udzielone w poprzednim pytaniu, tj. zbyt niskim naciskiem na praktyczne aspekty podejmowanych zagadnień.

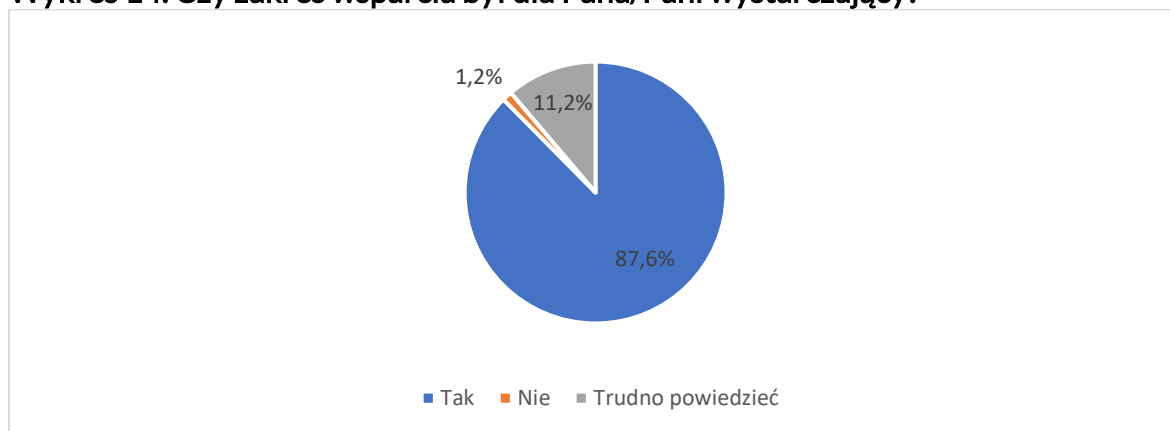
### Wykres 13. Czy zakres szkolenia/webinarium był dla Pana/Pani wystarczający?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)

Pozytywnych wniosków dostarcza również analiza odpowiedzi udzielonych w obszarze zakresu uzyskanego wsparcia przez uczestników projektu PDP2. Zaledwie 1,2% badanych wskazała, że zakres ten był ich zdaniem niewystarczający. Odpowiedzi te wskazywane były przez dyrektorów przedszkoli, którzy wskazywali na trudności organizacyjne oraz na to, że ich zdaniem mniejszym jednostkom trudniej było zdobyć nagrody w ramach organizowanych wydarzeń.

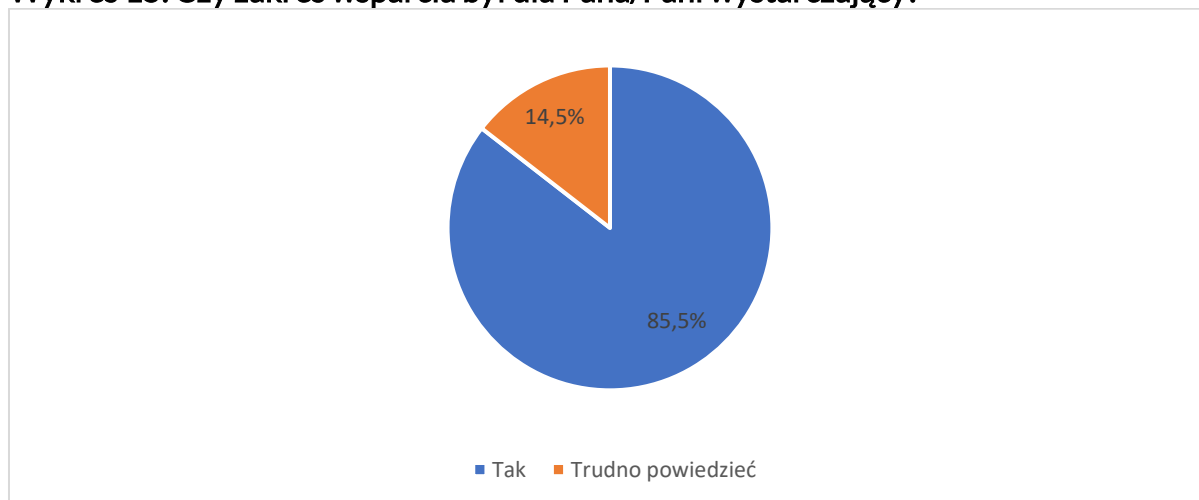
Wykres 14. Czy zakres wsparcia był dla Pana/Pani wystarczający?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 1) (N=652)

Również w przypadku modułu 3 PDP2 zakres wsparcia oceniony został jako wystarczający. Część respondentów nie miała co prawda zdania w tym temacie (14,5%), lecz nikt nie udzielił odpowiedzi negatywnej.

Wykres 15. Czy zakres wsparcia był dla Pana/Pani wystarczający?

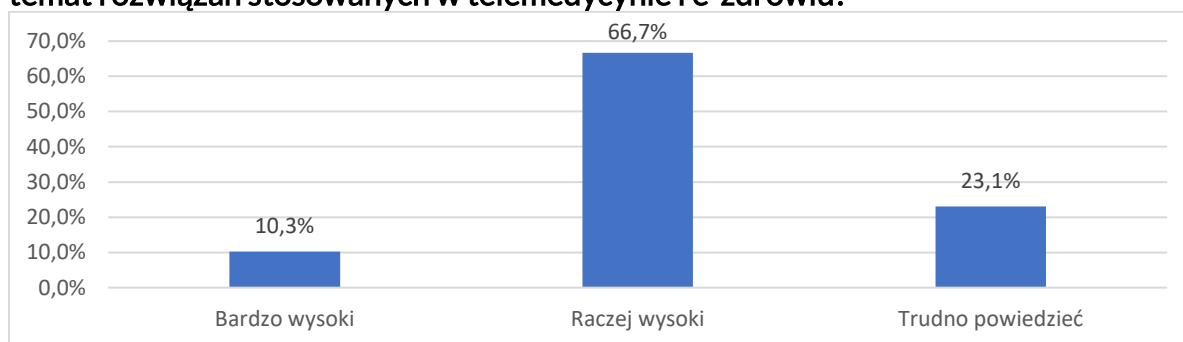


Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 3) (N=69)

*W jakim stopniu wzrosła wiedza na temat zasad zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzież itp. (w obszarach realizowanych w każdym module projektu PDP2)?*

Jak wykazało przeprowadzone badanie ankietowe, nie odnotowano żadnej odpowiedzi negatywnej w obszarze oceny wpływu projektu PDP1 na zwiększenie poziomu wiedzy na temat rozwiązań stosowanych w telemedycynie i e-zdrowiu.

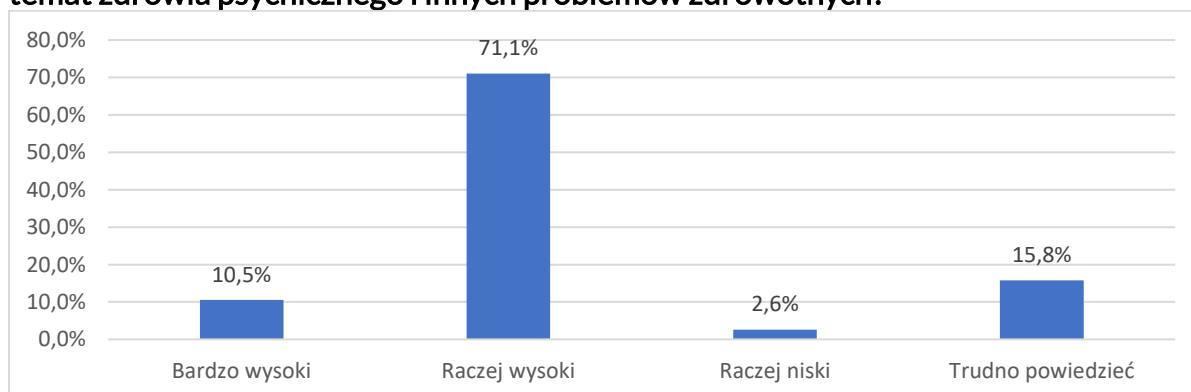
**Wykres 16. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat rozwiązań stosowanych w telemedycynie i e-zdrowiu?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)*

Podobne wyniki odnotowano w przypadku oceny zwiększenia wiedzy na temat zdrowia psychicznego i innych problemów zdrowotnych. W tym przypadku odnotowano jedną odpowiedź negatywną, którą argumentowano zbyt nikim zakresem przekazanej wiedzy.

**Wykres 17. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat zdrowia psychicznego i innych problemów zdrowotnych?**

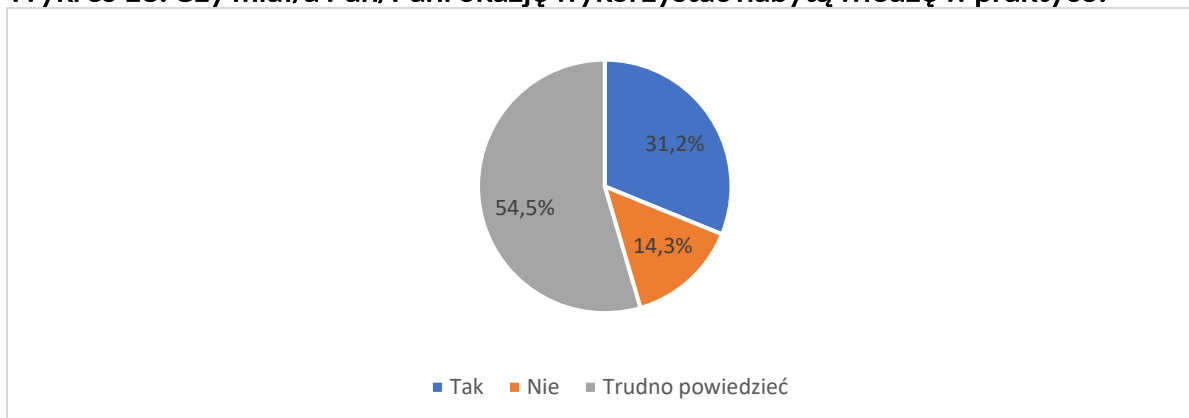


*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)*

Co istotne, niemal co trzeci z badanych uczestników wsparcia PDP1 potwierdził wykorzystanie w praktyce nabytej w projekcie wiedzy. Podkreślano wykorzystywanie jej w codziennej praktyce zawodowej (wpływając jednocześnie na usprawnienie pracy z pacjentami), przekazywanie wiedzy rodzinie i współpracownikom oraz w obszarze

formalizacji wewnętrznych rozporządzeń w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej.

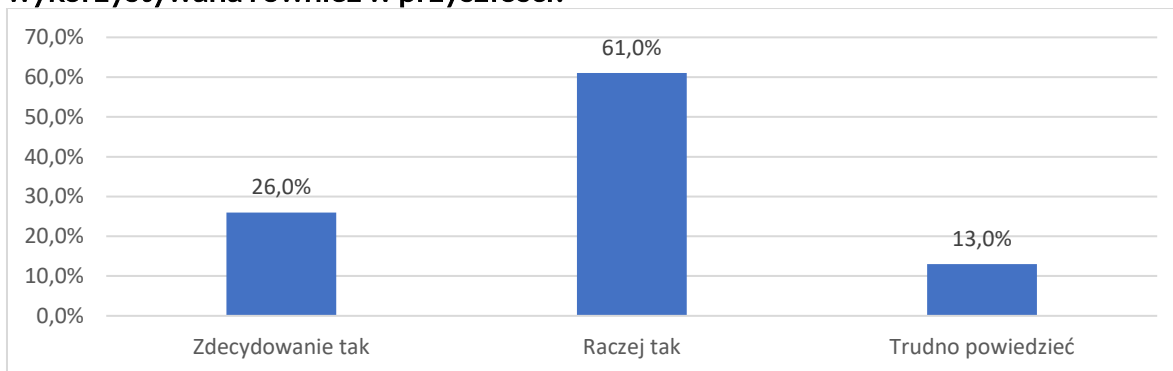
**Wykres 18. Czy miał/a Pan/Pani okazję wykorzystać nabytą wiedzę w praktyce?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)

Co więcej, niemal wszyscy badani uczestnicy szkoleń i webinarium organizowanych w ramach PDP1 (87%) potwierdzili, że wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości (pozostały udział (13%) przypadł na osoby nie posiadające zdania w tym obszarze, poprzez co nikt nie udzielił oceny negatywnej.

**Wykres 19. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości?**



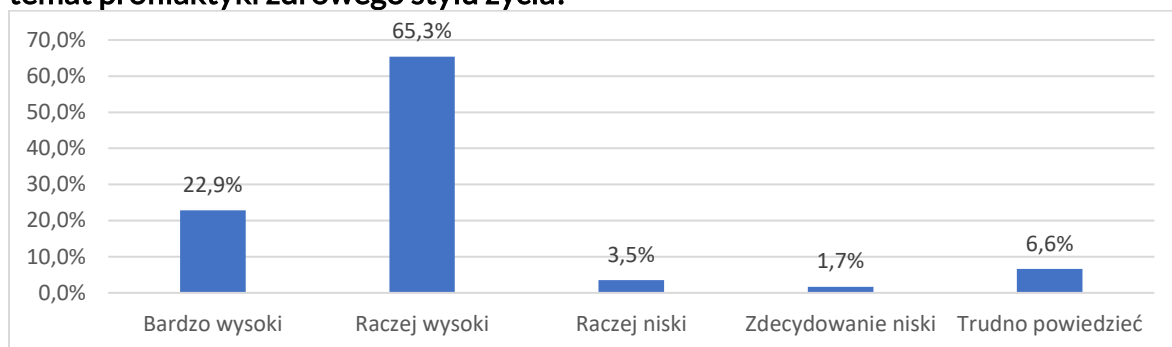
Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP1 (N=77)

Elementem poddanym ocenie w ramach prowadzonej ankietyzacji była również kwestia wpływu projektu na zwiększenie wiedzy na temat profilaktyki zdrowego stylu życia (PDP2). Ponownie zdecydowana większość odpowiedzi (ponad 88%) przypadła na oceny pozytywne. Jednocześnie 6,6% badanych nie miało zdania w tym temacie, poprzez co tylko nieco ponad 5% odpowiedzi przypadło na warianty negatywne. Zwykle argumentowano je stosunkowo wysokim poziomem wiedzy (wynikającym z pełnionych funkcji zawodowych), względem którego udział w organizowanych wydarzeniach nie wpłynął na jego poszerzenie. Zdaniem ewaluatora, udział tego typu



wskazań był stosunkowo niewielki, a samo wsparcie powinno być dostosowane (poziomem i stopniem skomplikowania) do potrzeb większości uczestników, co pozwala na udzielenie pozytywnej opinii w zakresie dostosowania tego aspektu projektu.

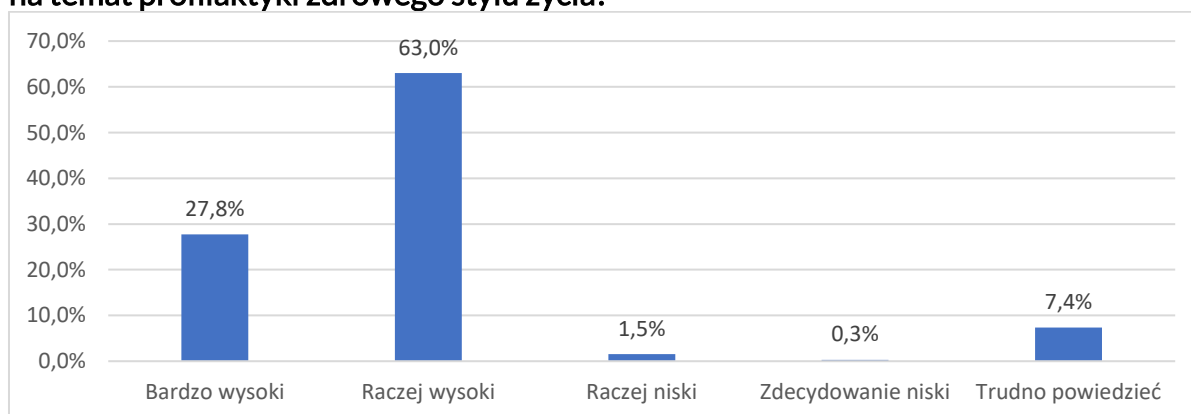
**Wykres 20. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat profilaktyki zdrowego stylu życia?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 1) (N=652)*

Osobne pytanie dotyczyło z kolei oceny wpływu projektu na zwiększenie wiedzy na temat profilaktyki zdrowego stylu życia wśród samych dzieci (również w odniesieniu do PDP2). Ponownie udział ocen negatywnych był bardzo niewielki (niecałe 2% ogółu), przy czym przypadły one głównie na rodziców dzieci żłobkowych, których zdaniem wiek dzieci uniemożliwiał odpowiednie przyswojenie treści.

**Wykres 21. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie wiedzy wśród dzieci na temat profilaktyki zdrowego stylu życia?**

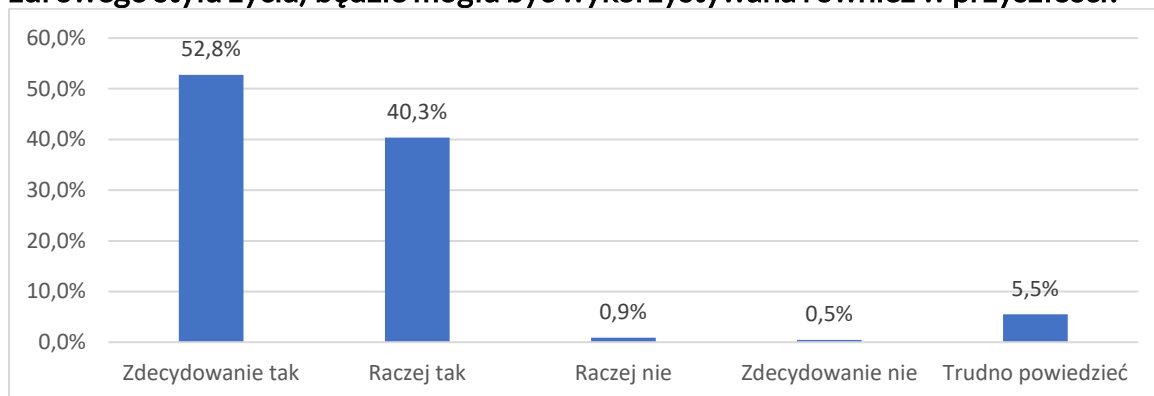


*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 1) (N=652)*

Jednocześnie zdaniem niemal wszystkich respondentów nabyta w projekcie (PDP2) wiedza nt. korzyści płynących ze zdrowego stylu życia będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości. Zaledwie 1,4% wskazań negatywnych dotyczył wskazanego już wcześniej braku pozyskania dodatkowej wiedzy (tj. wykraczającej poza posiadany już zasób) w przypadku pewnej niewielkiej części uczestników.



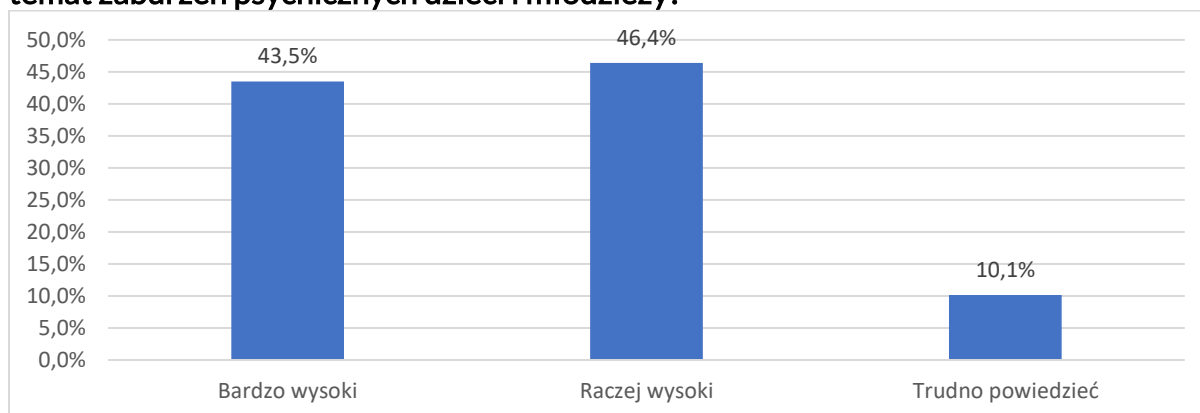
**Wykres 22. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie (nt. korzyści płynących ze zdrowego stylu życia) będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 1) (N=652)

Co istotne, udział w projekcie wpłynął na zwiększenie wiedzy uczestników na temat zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży – również w tym obszarze nie odnotowano żadnej oceny negatywnej.

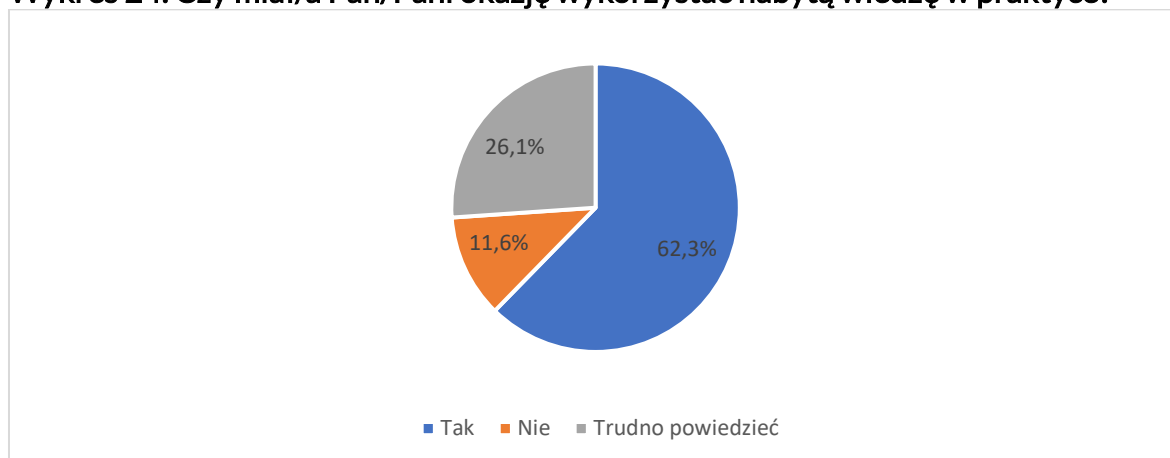
**Wykres 23. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 3) (N=69)

Jednocześnie aż 62,3% badanych uczestników modułu 3 w projekcie PDP2 miało już okazję wykorzystać nabytą wiedzę w praktyce. Wskazywano w tym zakresie głównie na codzienną pracę z dziećmi i przekazywaną im wiedzę (nauczyciele) oraz na rozmowy z własnymi dziećmi (rodzice).

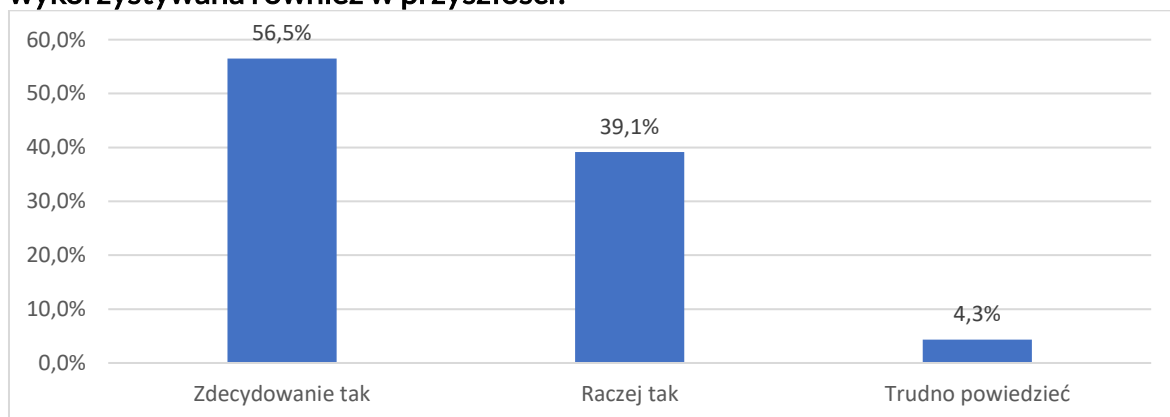
**Wykres 24. Czy miał/a Pan/Pani okazję wykorzystać nabytą wiedzę w praktyce?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 3) (N=69)*

Pozytywnie odnieść się należy również do trwałości udzielonego wsparcia udzielonego w ramach PDP2. Ponad 95% badanych potwierdziło bowiem, że wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości (pozostały udział badanych nie miał zdania w tym temacie).

**Wykres 25. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości?**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektu PDP2 (moduł 3) (N=69)*

*W jakim stopniu projekty przyczyniły się do wzmocnienia rozwiązań /działań z zakresu telemedycyny oraz zdrowego stylu życia prowadzonych na poziomie krajowym /regionalnym?*

Projekty zrealizowane w ramach Programu „Zdrowie” przyczyniły się do wzmocnienia rozwiązań i działań z zakresu telemedycyny oraz zdrowego stylu życia prowadzonych na poziomie krajowym i regionalnym poprzez objęcie swoim zakresem ponad **103 tys. osób**, w tym:

**Projekty konkursowe:** Liczba beneficjentów, wobec których świadczone były lub ulepszone zostały usługi telemedycyny – **12 803 osoby** (64% założonej wartości wskaźnika).

**PDP2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”:** Liczba dzieci objętych działaniami edukacyjnymi na temat zdrowego stylu życia – **89 922 osoby**, co stanowi 360% założonej wartości wskaźnika.

**Inicjatywa FWD:** Liczba pracowników jednostek opieki zdrowotnej świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy poprawili swoje kompetencje w dziedzinie antybiotykoterapii poprzez seminaria internetowe i telekonferencje – **300 osób** (100% założonej wartości wskaźnika), Liczba pracowników jednostek służby zdrowia świadczących podstawową opiekę zdrowotną, którzy zwiększyli swoje kompetencje w dziedzinie szczepień – **100 osób** (100% założonej wartości wskaźnika).

Jak zauważyli uczestnicy FGI **docenić należy wpływ Programu (tj. zarówno w obszarze projektów konkursowych, jak i predefiniowanych) na wzmocnienie rozwiązań z zakresu telemedycyny oraz zdrowego stylu życia na poziomie krajowym i regionalnym**, który ich zdaniem oceniany jest jako znaczący. Program przyczynił się do rozwoju nowoczesnych narzędzi i modeli opieki zdrowotnej, które mogą stanowić **podstawę do trwałych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce**. W obszarze telemedycyny Program wprowadził innowacyjne rozwiązania, takie jak rozwiązania z zakresu telekonsultacji (opierające się o uporządkowane i ustandaryzowane procedury prowadzenia zdalnych konsultacji medycznych), zdalne monitorowanie pacjentów (polegające na stałym lub okresowym monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta za pomocą powierzonych urządzeń medycznych) oraz integracja specjalistycznych usług z opieką podstawową (dotyczące włączenia specjalistów (np. kardiologów) w proces leczenia prowadzony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)). Dzięki tym działaniom zwiększono dostępność opieki zdrowotnej, **zwłaszcza w rejonach oddalonych i dla grup o ograniczonym**

**dostęp do specjalistów.** W ramach projektów telepsychiatrycznych z sukcesem wdrożono konsultacje zdalne, które znacząco zmniejszyły bariery geograficzne oraz czasowe, jednocześnie ograniczając stygmatyzację pacjentów. Efektywność tych rozwiązań potwierdza wysoka liczba zrealizowanych konsultacji i pozytywna ocena ich użytkowników.

Również uczestnicy warsztatu ewaluacyjnego zgodnie przyznali, że Program (w tym głównie PDP2) miał istotny wpływ na promowanie zdrowego stylu życia, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Wdrożenie działań edukacyjnych dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w placówkach oświatowych niewątpliwie przyczyniło się do poprawy świadomości zdrowotnej i wprowadzenia pozytywnych zmian w codziennych nawykach. Te działania, zdaniem uczestników warsztatu, nie tylko wspierają zdrowie dzieci, ale również kształtują ich podejście do zdrowego stylu życia w dłuższej perspektywie.

*Które działania z zakresu profilaktyki zdrowego stylu życia podjęte w projekcie PDP2 okazały się najskuteczniejsze, a które najmniej i dlaczego? Jakie najskuteczniejsze metody promocji zdrowia zastosowano w projekcie?*

Działania w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych oraz promowania aktywności fizycznej dzieci (moduł 1 PDP2) **okazały się bardzo skuteczne.** Osiągnięto wskaźniki znacznie powyżej zakładanych celów.

Liczba dzieci z poprawionymi nawykami w zakresie zdrowego stylu życia wyniosła 107% (89 922 dzieci wobec założonych 84 000), co oznacza pełną realizację założeń. Liczba podmiotów zaangażowanych w działania edukacyjne w zakresie zdrowego stylu życia znacząco przekroczyła zakładaną liczbę – 1 295 podmiotów wobec planowanych 12.

Działania edukacyjne obejmowały szeroki zakres szkoleń dla rodziców oraz personelu przedszkolnego. Wśród najskuteczniejszych metod promocji zdrowia można wskazać<sup>45</sup>:

- szkolenia i warsztaty dla dzieci i rodziców (warsztaty dietetyczne, warsztaty z trenerami, warsztaty na temat zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej), dostosowane do różnych grup wiekowych,
- materiały edukacyjne i promocyjne w zakresie wyboru zdrowych opcji w żłobkach i przedszkolach skierowane do dzieci oraz rodziców, opiekunów,

<sup>45</sup> Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Decyzja nr 2/2020 Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.

pracowników żłobków i przedszkoli (przygotowano oddzielne dla rodziców i nauczycieli).

Działania te były szeroko wspierane przez partnerów norweskich, co przyczyniło się do skuteczności kampanii<sup>46</sup>.

Również kolejny obszar (moduł 2 – nadużywanie substancji), który objął swoim zakresem projekt PDP2, odznaczył się wysoką skutecznością. W ramach profilaktyki uzależnień od substancji tytoniowych osiągnięto wskaźniki znacznie przekraczające zakładane cele. Ogólnokrajowa kampania antynikotynowa dotarła do ponad 41 mln odbiorców, a liczba dzieci deklarujących ograniczenie palenia tytoniu wyniosła 123,4% planu (3 085 deklaracji wobec planowanych 2 500).

Najsukuteczniejsze metody promocji zdrowia obejmowały<sup>47</sup>:

- kampanie informacyjne w mediach społecznościowych (Instagram, Facebook, Twitter, TikTok i Messenger) oraz na portalach video (YouTube i VOD CDA),
- portal z kursami e-learningowymi i materiałami edukacyjnymi dla dzieci i młodzieży na temat szkodliwości palenia.

W zakresie zdrowia psychicznego (moduł 3) działania obejmowały opracowanie materiałów edukacyjnych i szkoleń dla nauczycieli, rodziców i opiekunów, a także warsztatów dla dzieci. Osiągnięto 150% liczby podmiotów zaangażowanych w działania edukacyjne w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz 111% realizacji wskaźnika liczby przeszkolonych w tym zakresie.

Najsukuteczniejsze działania, wg wyników analizy desk research, obejmowały<sup>48</sup>:

- warsztaty na temat zdrowia psychicznego dla nauczycieli oraz rodziców i opiekunów,
- materiały edukacyjne dla personelu szkół oraz rodziców i opiekunów oraz członków rodzin dostępne na dedykowanej platformie e-learningowej z kursami dla nauczycieli i rodziców,
- strona internetowa poświęcona zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży, która stała się narzędziem wsparcia dla personelu szkół, rodziców i opiekunów, a także dzieci i młodzieży.

---

<sup>46</sup> Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Decyzja nr 2/2020 Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.

<sup>47</sup> Ibidem

<sup>48</sup> Ibidem”.

### Rysunek 1. Wybrane efekty projektu PDP2

**107%**  
(89 922)

dzieci z poprawionymi  
nawykami w zakresie  
zdrowego stylu życia



**10 792%**  
(1 295)

podmioty zaangażowane  
w działania edukacyjne  
na temat zdrowego stylu



**4 163%**  
(41 634 132)

osoby, do których  
dotarła kampania  
podnosząca świadomość



Źródło: opracowanie własne

Jak z kolei wynika z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, zdaniem beneficjenta w projekcie PDP 2 można wymienić **kilka działań, które okazały się szczególnie skuteczne w zakresie profilaktyki zdrowego stylu życia**. Z perspektywy czasu, największym sukcesem okazały się bowiem działania związane z **szeroką edukacją na temat zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej**, które były realizowane w ramach pierwszego modułu projektu. Kluczowym elementem sukcesu była ich wysoka dostępność oraz zaangażowanie dużych grup docelowych, w tym dzieci, rodziców i pracowników placówek edukacyjnych. W ramach modułu udało się osiągnąć wskaźnik *Liczba dzieci z poprawionymi nawykami (dieta, zajęcia sportowe)*, przekraczając zakładaną liczbę dzieci, które poprawiły swoje nawyki żywieniowe (107%). Jak podkreślano, program szkoleń i warsztatów, który obejmował ponad 89 tysięcy dzieci, spotkał się z dużym zainteresowaniem, a jego efekty wykraczały poza początkowe założenia, co świadczy o jego dużej efektywności.

Skuteczność tych działań była zdaniem respondenta wynikiem kilku czynników. Po pierwsze, szerokiego zaangażowania placówek edukacyjnych, które pomogły dotrzeć do dzieci w różnym wieku. Po drugie, intensywności działań edukacyjnych i motywacyjnych, które skutecznie zachęcały uczestników do zmiany nawyków. Beneficjent podkreślił, że kluczową rolę odegrał również zaawansowany system rekrutacji, który pozwolił objąć dużą liczbę placówek.

Z drugiej strony, w ramach projektu pojawiły się również działania, które miały **niższą skuteczność**. Jednym z takich działań była kampania uświadamiająca dotycząca

ograniczenia palenia tytoniu, realizowana w ramach drugiego modułu projektu. Choć projekt osiągnął sukces w zakresie liczby osób do których dotarła kampania podnosząca świadomość w tym obszarze (4 163%, tj. ponad 41 mln osób), same kampanie zdaniem badanego beneficjenta PDP 2 nie zawsze przynosiły oczekiwane rezultaty w kontekście zmiany nawyków w dłuższej perspektywie czasowej.

### **Podsumowanie**

Przeprowadzona ocena użyteczności efektów interwencji wskazuje na wysoki poziom zadowolenia beneficjentów, zarówno wśród pacjentów, dzieci, młodzieży, rodziców, jak i nauczycieli. Pacjenci cenili sobie łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej dzięki telemedycynie, możliwość monitorowania stanu zdrowia i szybką reakcję lekarzy. Mimo początkowych trudności technicznych, starsi uczestnicy doceniali wygodę zdalnych konsultacji.

Projekty edukacyjne również przyniosły pozytywne efekty. Dzieci i młodzież chętnie uczestniczyły w warsztatach dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, a ich rodzice zauważyli realne zmiany w domowych nawykach żywieniowych. Nauczyciele uznali szkolenia za wartościowe, a uzyskane materiały dydaktyczne za przydatne w pracy edukacyjnej. Ankietyzacja beneficjentów wskazała z kolei, że ponad 87% uczestników projektów konkursowych było zadowolonych ze wsparcia telemedycznego. Jedynie 11% badanych zgłosiło trudności techniczne, takie jak problemy z połączeniami internetowymi i kompatybilnością urządzeń. W ramach PDP1 szkolenia i webinaria również oceniono wysoko, choć nieliczni wskazywali na zbyt teoretyczny charakter zajęć.

Analiza potwierdziła, że projekty wpłynęły na poprawę sytuacji zdrowotnej uczestników, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Inicjatywy edukacyjne zwiększyły świadomość na temat zdrowego stylu życia, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i ich opiekunów. Działania związane z telemedycyną poprawiły z kolei dostępność usług medycznych, szczególnie w regionach o ograniczonej infrastrukturze.

Co istotne, wprowadzone rozwiązania telemedyczne oraz programy edukacyjne mają potencjał trwałego wpływu na system ochrony zdrowia. Szeroki zakres działań przyczynił się do rozwoju nowoczesnych modeli opieki i edukacji zdrowotnej, które mogą być kontynuowane i skalowane na poziomie krajowym i regionalnym.



## 7.5. Ocena wpływu Programu na sytuację zdrowotną, poziom świadomości zdrowotnej oraz dostęp do opieki medycznej

*W jakim stopniu wdrożenie Programu przełożyło się (lub może spowodować przełożenie się) na sytuację zdrowotną końcowych odbiorców z grup docelowych, w tym pacjentów lub ich opiekunów, a także na świadomość dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów dotyczącą korzyści płynących ze zdrowego stylu życia?*

*W jakim stopniu realizacja projektów poprawiła lub może poprawić dostęp do opieki medycznej dla osób należących do defaworyzowanych grup społecznych i pochodzących z obszarów wykluczonych (białe plamy)?*

Z przeprowadzonej analizy desk research wynika, że realizacja projektów w ramach Programu „Zdrowie” miała na celu poprawę dostępu do opieki medycznej dla grup społecznych znajdujących się w trudnej sytuacji oraz mieszkańców obszarów wykluczonych. Zgodnie z *Umową Programową*, co najmniej 10% całkowitej alokacji programu przeznaczono na wsparcie poprawy dostępu do usług zdrowotnych dla narażonych grup/osób znajdujących się w trudnej sytuacji i ubogich obszarów. Projekty predefiniowane, takie jak rozwój telemedycyny oraz kampanie edukacyjne, miały przyczynić się do osiągnięcia celu Programu „Zdrowie”, jakim była wzmocniona profilaktyka i ograniczenie społecznych nierówności zdrowotnych w Polsce. Cel ten miał zostać osiągnięty przez wyrównanie dostępu do usług medycznych<sup>49</sup>.

W Polsce istnieją grupy społeczne, które z uwagi na sytuację społeczno-ekonomiczną wymagają pilnego wsparcia w obszarze zdrowia. Osoby te, często zamieszkujące tereny oddalone od placówek medycznych i o niskich dochodach, napotykać liczne przeszkody w dostępie do lekarzy specjalistów, co prowadzi do przerwania procesu diagnozowania i leczenia. Dodatkowo, niedobór specjalistów w systemie ochrony zdrowia wydłuża kolejki, szczególnie dotycząc osoby z ograniczonymi zasobami finansowymi<sup>50</sup>.

Projekt PDP1, bazujący na telemedycynie, miał na celu umożliwienie pacjentom z obszarów wiejskich i wykluczonych regularnych konsultacji oraz monitorowania stanu

<sup>49</sup> Załącznik I do Umowy w sprawie Programu oraz Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 17.

<sup>50</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 17.



zdrowia, co redukuje bariery dostępu do opieki zdrowotnej<sup>51</sup>. Z kolei projekt PDP2, skoncentrowany był na zdrowym stylu życia dzieci i młodzieży oraz zdrowiu psychicznym, mając na celu wzrost świadomości zdrowotnej, wspieranie zdrowych nawyków oraz poprawę dostępu do edukacji zdrowotnej wśród grup narażonych na wykluczenie zdrowotne<sup>52</sup>.

Dzięki tym projektom, **osoby z obszarów o trudnym dostępie do usług medycznych oraz młodzież z regionów najbardziej potrzebujących miały otrzymać szansę na lepszą jakość życia i wyrównanie nierówności zdrowotnych**, wspierając tym samym cel Programu „Zdrowie”.

Następnie, dzięki opracowanym rozwiązaniom diagnostycznym i narzędziom wspierającym racjonalne stosowanie antybiotyków (w ramach FWD), nastąpiła **poprawa** dostępności i jakości profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej. Pacjenci mają możliwość uzyskania bardziej spersonalizowanej i odpowiedzialnej opieki zdrowotnej. Standardy te sprzyjają minimalizacji ryzyka związanego z nieuzasadnionym stosowaniem antybiotyków, co ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu antybiotykooporności, jednej z głównych globalnych i lokalnych barier zdrowotnych<sup>53</sup>.

Strona internetowa i publikacje opracowane w ramach realizowanych inicjatyw, takie jak raporty z badań nad wpływem COVID-19 na szczepienia<sup>54</sup>, **ułatwiają dostęp do rzetelnych informacji o szczepieniach i antybiotykach**, które mogą pomóc pacjentom i opiekunom podejmować świadome decyzje o ochronie zdrowia. Dostęp do takiej wiedzy wspiera budowanie zaufania do programów profilaktycznych, co jest istotne zwłaszcza w regionach o niższej świadomości zdrowotnej<sup>55</sup>.

Program przyczynił się również (dzięki projektowi PDP2) do **zwiększenia świadomości korzyści zdrowotnych zdrowego stylu życia** poprzez webinaria i materiały edukacyjne. Dzięki uczestnictwu opiekunów i nauczycieli w edukacyjnych webinarach, młodsze

---

<sup>51</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 17.

<sup>52</sup> M. Rościszewska, M. Rościszewska, *Analiza mechanizmów kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, w tym wyboru zdrowych opcji w przedszkolach i żłobkach. Wersja finalna*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021, s. 2.39-49.

<sup>53</sup> Algorytm tworzenia indywidualnego programu szczepień w przypadku przerwania lub opóźnienia szczepień; Algorytm: Racjonalna strategia diagnostyki i leczenia zakażeń z uwzględnieniem narastającej lekooporności, ze szczegółowymi zasadami postępowania w zakażeniach układu moczowego.

<sup>54</sup> Raport na temat wpływu pandemii COVID na krajowy program szczepień na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

<sup>55</sup> <https://epiguard.pl> [Dostęp: 15.10.2024]; Raport na temat wpływu pandemii COVID na krajowy program szczepień na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

pokolenie zyskuje dostęp do wiedzy na temat zdrowego stylu życia, co może wpłynąć na zmiany w ich codziennych nawykach.

Z racji objętości, rozszerzona analiza desk research dotycząca kwestii wskazanych w analizowanych w tym miejscu pytaniach badawczych przedstawiona została w załączniku do niniejszego dokumentu.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wyniki wywiadów pogłębionych przeprowadzonych wśród beneficjentów projektów. Beneficjent projektu PDP2 ocenił wpływ realizowanego projektu na świadomość dzieci, młodzieży i ich opiekunów jako **bardzo pozytywny i wykraczający poza początkowe założenia**. Kluczowym efektem działań była znaczna poprawa świadomości na temat zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz konsekwencji złych nawyków zdrowotnych, takich jak brak ruchu czy niewłaściwa dieta. Dzięki warsztatom, szkoleniom i programom edukacyjnym, dzieci i młodzież zyskały praktyczną wiedzę, którą mogły od razu wdrożyć w codziennym życiu. Jednocześnie podejmowane działania były pozytywnie odbierane, ponieważ miały charakter interaktywny i angażujący, co sprawiało, że uczestnicy chętnie w nich uczestniczyli i przyswajali zdobytą wiedzę.

Wpływ projektu PDP2 był również widoczny wśród rodziców i opiekunów. Warsztaty i materiały edukacyjne skierowane do dorosłych pozwoliły im lepiej zrozumieć, jak ich codzienne wybory wpływają na zdrowie dzieci. Wielu opiekunów zaczęło bardziej świadomie podchodzić do planowania posiłków, wspierania aktywności fizycznej swoich dzieci oraz promowania zdrowych nawyków w domach. Ich zaangażowanie było kluczowe, ponieważ to oni mogli wprowadzać trwałe zmiany w środowisku domowym, wspierając zdrowy styl życia dzieci.

Beneficjent projektu PDP2 zauważył również tzw. "efekt kuli śnieżnej", gdzie coraz większa liczba szkół i przedszkoli chciała dołączyć do programu, co dodatkowo zwiększało zasięg i wpływ działań edukacyjnych. Dzięki temu projekt **przyczynił się do budowy społeczności bardziej świadomej korzyści płynących ze zdrowego stylu życia i promującej takie podejście w swoich środowiskach**. Ww. efekt, zdaniem uczestników warsztatu ewaluacyjnego, jest szczególnie warty podkreślenia. Wskazuje bowiem na oddolne inicjatywy w zakresie rozszerzania zakresu projektu, potwierdzając wysokie zapotrzebowanie na organizację tego typu inicjatyw. Stwarza to jednocześnie podwaliny pod możliwość sformułowania rekomendacji w zakresie wprowadzenia tego typu działań na zdecydowanie szerszą (niż dotychczas) skalę.

Jak z kolei wynika z wywiadów z partnerami projektów konkursowych, wpływ projektów konkursowych na sytuację zdrowotną uczestników ocenić należy jako pozytywny. Pacjenci, zwłaszcza z grup wysokiego ryzyka, takich jak osoby starsze czy

cierpiące na przewlekłe choroby, odczuli znaczną poprawę w zakresie dostępu do opieki medycznej. Regularny monitoring parametrów zdrowotnych oraz stały kontakt z personelem medycznym przyczyniły się do wczesnego wykrywania nieprawidłowości i podejmowania szybkich interwencji. W przypadku niektórych uczestników projekty umożliwiły skierowanie na dalsze leczenie specjalistyczne, co mogło zapobiec pogorszeniu ich stanu zdrowia.

Jak podkreślali partnerzy, telemedycyna zwiększyła także poczucie bezpieczeństwa i komfortu pacjentów. Dzięki stałej opiece i bieżącemu wsparciu wiele osób posiadało poczucie większego wsparcia medycznego co pozytywnie wpłynęło na ich stan psychiczny i motywację do dbania o własne zdrowie. Wzrosła także ich świadomość zdrowotna, ponieważ projekty wymagały aktywnego uczestnictwa, takiego jak monitorowanie parametrów czy korzystanie z nowych technologii.

Natomiast z badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów (uczestników projektów konkursowych) wynika, że **ponad połowa respondentów (55,3%) potwierdziła, że skorzystanie ze świadczenia telemedycznego w ramach projektu przyczyniło się do poprawy ich stanu zdrowia.** Respondenci najczęściej wskazywali, że dzięki świadczeniom telemedycznym mieli poczucie większego wsparcia medycznego i poczucie ciągłego monitoringu zdrowia, co znacząco wpłynęło na ich komfort psychiczny. Wielu z nich podkreślało łatwość i szybkość dostępu do specjalistów, co pozwoliło na lepsze zarządzanie ich zdrowiem i wprowadzenie zmian w codziennych nawykach, takich jak regularne mierzenie ciśnienia czy kontrola wagi. Konsultacje te często umożliwiały poprawę samopoczucia, zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz uzyskanie konkretnych wskazówek dotyczących leczenia czy profilaktyki.

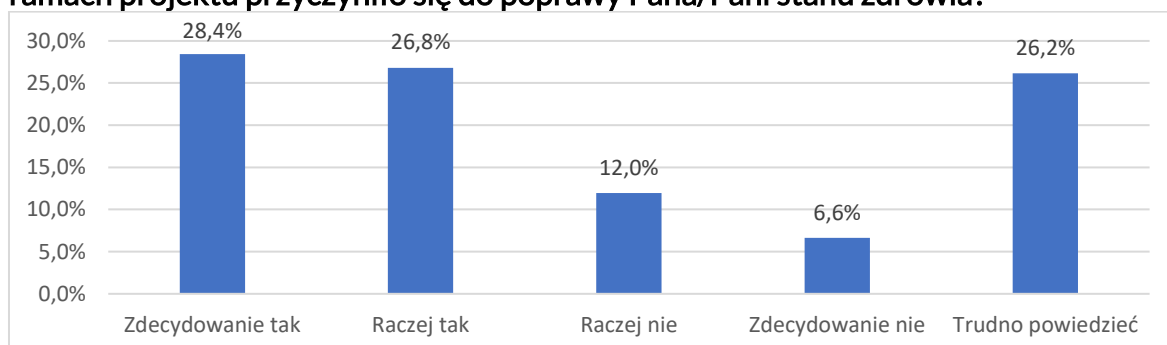
Dzięki telemedycynie wiele osób mogło szybko reagować na niepokojące objawy, a w niektórych przypadkach działania te okazały się kluczowe, jak w sytuacji monitorowania płodu w ciąży czy wczesnego wykrycia poważnych schorzeń. Możliwość konsultacji z domu była również ceniona za oszczędność czasu i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, szczególnie w sytuacjach, gdy wizyty stacjonarne byłyby trudne do zrealizowania.

Osoby korzystające ze wsparcia psychologicznego wskazywały w ramach analizowanej ankietyzacji, że **rozmowy pozwoliły im zrozumieć źródła ich problemów, uświadomić sobie nowe możliwości działania oraz zyskać perspektywę w trudnych sytuacjach.** W wielu przypadkach podkreślano także skuteczność zaleconych ćwiczeń czy farmakoterapii.

Zdaniem ewaluatora, biorąc pod uwagę zakres wsparcia, ww. wynik ten (55,3%) uznać należy za bardzo wysoki. Jednocześnie wielu respondentów nie potrafiło

jednoznacznie powiązać uzyskanego świadczenia z rzeczywistym wpływem na stan zdrowia (26,2% odpowiedzi przypadających na wariant „trudno powiedzieć”), wobec czego udział osób przekonanych o braku takiego wpływu wyniósł niecałe 19%. Badani z tej grupy wskazywali, że świadczenia telemedyczne ich zdaniem nie wносиły niczego nowego ani nie poprawiały ich stanu zdrowia. Często podkreślano brak zaangażowania ze strony specjalistów, ograniczenie kontaktu jedynie do monitorowania parametrów, takich jak ciśnienie czy waga, oraz brak omawiania wyników czy udzielania porad. Niektórzy skarżyli się na krótki czas sesji lub jednorazowy charakter konsultacji, co nie dawało przestrzeni na rozwiązanie ich problemów zdrowotnych. Część osób uznała, że telemedycyna, z racji swojego charakteru, nie mogła w pełni odpowiadać na ich potrzeby zdrowotne, szczególnie w przypadku bardziej złożonych schorzeń czy sytuacji wymagających fizycznej obecności lekarza. Wskazywano również na brak odpowiedniej liczby sesji i niedostateczne możliwości wyboru specjalistów, co powodowało, że świadczenia były oceniane jako ograniczone i niesatysfakcjonujące.

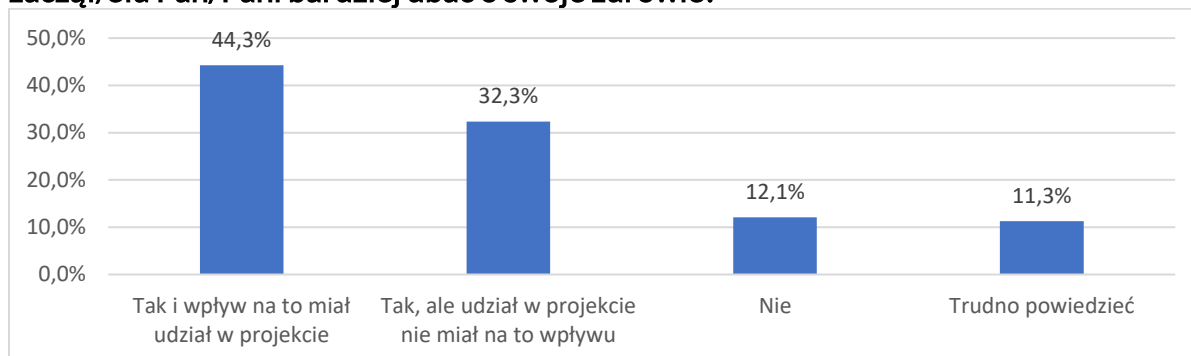
**Wykres 26. Czy uważa Pan/Pani, że skorzystanie ze świadczenia telemedycznego w ramach projektu przyczyniło się do poprawy Pana/Pani stanu zdrowia?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

Co istotne, po udziale w projekcie **blisko 77% badanych (pacjentów) zaczęło bardziej dbać o swoje zdrowie**, z czego 44,3% przypadło na osoby, które potwierdziły, że bezpośredni wpływ na to miał udział w projekcie.

### Wykres 27. Czy po udziale w projekcie (skorzystaniu ze świadczenia telemedycznego) zaczął/ęła Pan/Pani bardziej dbać o swoje zdrowie?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji uczestników projektów konkursowych (pacjenci) (N=619)

Prócz wpływu na sytuację zdrowotną i świadomość dotyczącą korzyści płynących ze zdrowego stylu życia warto również rozpatrywać wpływ projektu **w obszarze poprawy (w tym potencjalnej) do opieki medycznej dla osób należących do defaworyzowanych grup społecznych i pochodzących z obszarów wykluczonych.**

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z beneficjentami i partnerami projektów konkursowych, realizacja projektów przyczyniła się do poprawy również i w tym obszarze. Wprowadzenie innowacyjnych modeli opieki, takich jak telemedycyna umożliwiło tym osobom dostęp do świadczeń, które wcześniej były dla nich trudnodostępne. Dzięki telemedycynie **pacjenci z obszarów wykluczonych mogli korzystać z konsultacji lekarskich oraz monitoringu zdrowia bez konieczności odbywania dalekich podróży do placówek medycznych.** To rozwiązanie było szczególnie istotne dla osób starszych, przewlekle chorych oraz mieszkańców obszarów wiejskich, gdzie infrastruktura medyczna jest ograniczona. Jednym z przykładów było wyposażenie pacjentów w urządzenia umożliwiające zdalne przesyłanie danych, takich jak wyniki pomiarów spirometrycznych czy ciśnienia krwi, co pozwalało na bieżącą ocenę ich stanu zdrowia i szybkie reagowanie w razie potrzeby.

Jak również zaznaczali uczestnicy warsztatu ewaluacyjnego, we wspartych projektach szczególny nacisk położono na edukację zdrowotną wśród grup defaworyzowanych, co zwiększało ich świadomość i motywację do korzystania z dostępnych usług medycznych. Jednocześnie, zdaniem uczestników warsztatu, to właśnie **włączenie lokalnych partnerów**, takich jak placówki POZ czy organizacje społeczne, znacznie **ułatwiało dotarcie do osób z grup marginalizowanych.**

Beneficjenci podkreślali z kolei, że założenia modeli opieki mogłyby być bardziej ukierunkowane na potrzeby grup defaworyzowanych, szczególnie poprzez dalsze

rozwijanie narzędzi telemedycznych i programów wsparcia dedykowanych tym społecznościom. Uważano, że rozszerzenie zakresu działań na szerszą skalę, w tym lepsze dopasowanie programów do specyfiki tych grup, mogłoby znacząco wpłynąć na dostępność świadczeń zdrowotnych w obszarach wykluczonych. Beneficjenci zauważyli, że takie działania mogłyby przyczynić się do redukcji nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, szczególnie w kontekście schorzeń przewlekłych i profilaktyki zdrowotnej, które są często zaniedbywane w grupach defaworyzowanych.

### **Podsumowanie**

Analiza wskazuje na znaczące efekty w poprawie sytuacji zdrowotnej końcowych odbiorców, zwiększeniu świadomości zdrowotnej oraz poprawę dostępu do opieki medycznej, szczególnie dla osób z defaworyzowanych grup społecznych i obszarów wykluczonych.

Program wsparł rozwój telemedycyny, umożliwiając m.in. pacjentom z terenów wiejskich regularny monitoring stanu zdrowia i konsultacje ze specjalistami, co pozwoliło na szybsze wykrywanie problemów zdrowotnych i podejmowanie interwencji. Działania edukacyjne prowadzone w ramach projektu PDP2 zwiększyły z kolei świadomość na temat zdrowego stylu życia wśród dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli, co przełożyło się na zmiany w nawykach żywieniowych i podejściu do aktywności fizycznej.

Warsztaty, szkolenia i interaktywne materiały edukacyjne pozytywnie wpłynęły na świadomość i motywację uczestników do dbania o zdrowie. Dzięki „efektowi kuli śnieżnej” liczba zainteresowanych placówek edukacyjnych znacząco wzrosła, co potwierdza wysoką skuteczność działań.



## 7.6. Ocena możliwości wpływu efektów interwencji na zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce

*W jakim stopniu otrzymane wsparcie może przełożyć się na zmiany systemowe?  
W jakim stopniu i w jakich obszarach wsparcie może być istotne dla zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce?*

Wsparcie uzyskane w ramach Programu „Zdrowie” może przyczynić się do znaczących zmian systemowych w ochronie zdrowia w Polsce, szczególnie w trzech kluczowych obszarach: telemedycynie i e-zdrowiu, profilaktyce zdrowotnej i edukacji w zakresie zdrowego stylu życia, racjonalnym stosowaniu antybiotyków, a także rozwoju automatyzacji i diagnostyki zdalnej oraz zmianie modelu relacji lekarz-pacjent. Może również w istotnym stopniu zainspirować konieczne zmiany legislacyjne w zakresie telemedycyny i e-zdrowia. Projekty te stanowią solidną podstawę dla wdrożenia długofalowych zmian, obejmujących standaryzację procedur, rozwój edukacji zdrowotnej oraz zwiększenie dostępności usług medycznych.

Telemedycyna jest kluczowym elementem umożliwiającym optymalizację systemu ochrony zdrowia. Umożliwia bardziej efektywne wykorzystanie zasobów, szybszą diagnostykę, zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz zwiększenie dostępności usług medycznych, co sprzyja wyrównywaniu dostępu do opieki zdrowotnej<sup>56</sup>. Otrzymane wsparcie może ułatwić implementację nowoczesnych technologii, które mogą przyczynić się do poprawy efektywności usług zdrowotnych i obniżenia kosztów.

Rozwiązania takie jak e-konsultacje, telemonitoring, e-recepta i e-skierowanie mogą odciążyć system ochrony zdrowia i zwiększyć jego efektywność, a także wspierać promocję zdrowego stylu życia, co w dłuższej perspektywie może przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania niektórych chorób. Narzędzia e-zdrowia i telemedycyna znajdują zastosowanie zarówno w zarządzaniu chorobami przewlekłymi (poprzez zdalne konsultacje, monitoring stanu zdrowia i wykorzystanie urządzeń mobilnych), jak i w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym, promując zdrowy styl życia, odpowiednią dietę oraz wspierając indywidualny dobór badań profilaktycznych. W zakresie profilaktyki, technologie e-zdrowia mogą zwiększyć świadomość zdrowotną, podkreślając znaczenie badań profilaktycznych i ograniczenie czynników ryzyka. Według raportu WHO „Towards a roadmap for the digitalization of national health systems in Europe within Health2020 and the UN 2030 Agenda for Sustainable

<sup>56</sup> Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Warszawa 2018, s. 14,

Development” technologie cyfrowe mają kluczowe znaczenie dla wzmocnienia systemu ochrony zdrowia<sup>57</sup>. Projekty konkursowe mają potencjał do poprawy dostępności usług zdrowotnych, szczególnie w obszarach wiejskich i dla osób z ograniczonym dostępem do tradycyjnych placówek medycznych. Wprowadzenie rozwiązań telemedycyny może nie tylko zwiększyć dostępność specjalistów, ale także poprawić monitorowanie chorób przewlekłych, co przyczyni się do zmniejszenia liczby hospitalizacji. W raporcie Deloitte zauważono, że telemedycyna, wspierana przez interoperacyjność danych i rozwój urzędów do zdalnego monitorowania pacjentów, może przełożyć się na wyższy poziom personalizacji opieki zdrowotnej oraz poprawę koordynacji leczenia<sup>58</sup>.

Wsparcie Programu w ramach projektów konkursowych ma potencjał do wprowadzenia zmian systemowych, zwłaszcza w dziedzinach kardiologii, położnictwa i psychiatrii. Modele te są postrzegane jako mające największy potencjał do dalszego finansowania przez NFZ, co może przyczynić się do trwałych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia<sup>59</sup>. Telemedycyna w systemie ochrony zdrowia może okazać się kluczowa również dla usprawnienia wielu innych specjalizacji medycznych, wymaga jednak odpowiedniego zaplecza technicznego. W medycynie ratunkowej telemedycyna wspiera pracę karetek podstawowych, umożliwiając ratownikom zdalny kontakt z lekarzami na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, którzy mogą wówczas zalecić precyzyjne leczenie i wskazać docelową placówkę dla pacjenta. W diagnostyce pozwala na przesyłanie wyników badań obrazowych – takich jak RTG, USG, MRI czy TK – do konsultacji z innymi specjalistami, co sprzyja dokładniejszej diagnozie. Wprowadzenie telemedycyny w medycynie anestezjologicznej może znacząco usprawnić wstępny proces kwalifikacji pacjentów, szczególnie w zakresie planowanych procedur chirurgii jednego dnia. Wstępna telewizyta umożliwia lekarzowi zebranie podstawowych informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym historii chorobowej, dotychczasowych metod leczenia oraz wyników zleconych wcześniej badań diagnostycznych. Taki wstępny kontakt pozwala na zoptymalizowanie wizyt osobistych poprzez wczesne przygotowanie pacjenta do zabiegu i ograniczenie ryzyka nieprzewidzianych zdarzeń medycznych<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”), s. 7.

<sup>58</sup> *The future of virtual health: Executives see industrywide investments on the horizon*, Deloitte Center for Health Solutions.

<sup>59</sup> „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa”, s. 8.

<sup>60</sup> A. Paprocka-Lipińska, *Telemedycyna – wyzwania bioetyczne XXI wieku*, Humanistyka i Przyrodznawstwo 27, 2021, s. 147-148.



Jak wskazują A. Kida-Witek i A. Ziemińska, wdrożenie telemedycyny może mieć znaczący wpływ systemowy, **zwłaszcza w zakresie dostępu do usług medycznych dla mieszkańców regionów o ograniczonych zasobach**. Rozwój cyfryzacji dokumentacji zdrowotnej oraz umożliwienie zdalnych konsultacji i monitoringu zdrowia przyczyni się do bardziej równomiernego dostępu do opieki zdrowotnej, szczególnie w obszarach wiejskich. Telemedycyna umożliwia np. włączenie e-konsultacji, e-recept czy telemonitoringu, co może pokazuje perspektywy na poprawę efektywności opieki nad pacjentem, zmniejszenia obciążenia i poprawę efektywności oraz zwiększenie wydajności systemu ochrony zdrowia<sup>61</sup>.

Wprowadzenie zautomatyzowanej diagnostyki i usług e-zdrowia, jak wskazuje przykład organizacji testów COVID-19, przekształca system ochrony zdrowia, umożliwiając pacjentom samodzielne przeprowadzanie części badań diagnostycznych. W polskich warunkach może to przyjąć formę dedykowanych punktów pobierania próbek, co minimalizuje kontakt z potencjalnie zakażonymi osobami i redukuje kolejki w placówkach zdrowotnych. Tego typu usługi, wspierane przez narzędzia tłumaczeniowe i globalne zasoby specjalistyczne, stanowią przyszłościowy model efektywnej i łatwo dostępnej opieki<sup>62</sup>.

Zmiany demograficzne i technologiczne sugerują, że w przyszłości kontakt bezpośredni z lekarzem będzie ograniczony. Zamiast tego zwiększy się rola innych pracowników medycznych, takich jak pielęgniarki, opiekunowie społeczni czy personel pomocniczy. Digitalizacja procesu opieki zdrowotnej będzie kluczowa dla młodego pokolenia „digital natives”, co zwiększy akceptację dla rozwiązań zdalnych i odciąży lekarzy<sup>63</sup>.

Projekt PDP2 ma z kolei szansę stać się kluczowym dla **zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w obszarze działań profilaktycznych i edukacji w zakresie zdrowego stylu życia**. Wdrożenie działań na rzecz zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i profilaktyki uzależnień oraz zdrowia psychicznego może posłużyć za wzór dla stałych programów profilaktycznych na poziomie krajowym. Program ten wspiera również rozwój lokalnych centrów zdrowego stylu życia, co może wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną poprzez dodatkowe placówki oferujące profilaktykę zdrowotną.

---

<sup>61</sup> A. Kida-Witek, A. Ziemińska, *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*, [w:] *Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku*, Malinowska D., Sośnicka J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022, s. 173-175.

<sup>62</sup> M. Murawski, *Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej*, Haczyński J., Skrzypczak Z. red., Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Sekcja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022, s. 151-152.

<sup>63</sup> M. Murawski, *Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej*, Haczyński J., Skrzypczak Z. red., Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Sekcja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022, s. 151-152.

Ponadto, wsparcie edukacyjne i intensywne szkolenia dla lekarzy, psychologów, dietetyków oraz nauczycieli mogą przyczynić się do rozwoju specjalizacji w zakresie zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście pracy z dziećmi i młodzieżą. Integracja profilaktyki z podstawową opieką zdrowotną pomoże w identyfikacji problemów zdrowotnych już na wczesnym etapie, co może przyczynić się do długofalowej poprawy zdrowia społeczeństwa<sup>64</sup>.

Projekt „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków” (w ramach inicjatywy FWD) również dotyczy ważnego aspektu zdrowia publicznego, jakim jest **przeciwdziałanie lekooporności**. Nieodpowiednie stosowanie antybiotyków może prowadzić do lekooporności, dlatego konieczne są rozwiązania prawne oraz edukacja. W ramach projektu stworzono algorytmy diagnostyczne, które wspierają racjonalne stosowanie antybiotyków w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowi krok w stronę zmniejszenia liczby przypadków nieuzasadnionej antybiotykoterapii<sup>65</sup>. Dodatkowo, platforma internetowa dostarczająca informacji o zasadach stosowania antybiotyków i szczepień mogą zwiększyć świadomość społeczną i stanowić wzór dla kolejnych inicjatyw w zakresie profilaktyki<sup>66</sup>.

W Polsce pierwsze kroki w legislacji telemedycyny miały miejsce w 2015 roku wraz z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, która pozwoliła na konsultacje na odległość poprzez systemy teleinformatyczne<sup>67</sup>. Następnie ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku zdefiniowała telemedycynę (ang. telemedicine) jako udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Telemedycyna stanowi część telezdrowia (ang. telehealth), które obejmuje działania na odległość wspierające zdrowie zarówno w zakresie klinicznym, jak i pozaklinicznym. Szerzej rozumiane pojęcie e-zdrowia (ang. e-Health) dodatkowo odnosi się do wykorzystania technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) w przechowywaniu i przesyłaniu dokumentacji medycznej, promowaniu zdrowia oraz realizacji zadań edukacyjnych i badawczych. W zakres e-zdrowia wchodzi m.in. e-recepty, e-skierowania i e-zwolnienia. W Polsce, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 31 października 2019 roku, placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) od 1 stycznia 2020 roku są zobowiązane

---

<sup>64</sup> Decyzja zmieniająca decyzję nr 2/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.

<sup>65</sup> Algorytm tworzenia indywidualnego programu szczepień w przypadku przerwania lub opóźnienia szczepień; Algorytm: Racjonalna strategia diagnostyki i leczenia zakażeń z uwzględnieniem narastającej lekooporności, ze szczegółowymi zasadami postępowania w zakażeniach układu moczowego.

<sup>66</sup> <https://epiguard.pl> [Dostęp: 15.10.2024].

<sup>67</sup> A. Kida-Witek, A. Ziemińska, Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia, [w:] Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku, Malinowska D., Sońska J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022, s. 176.

zapewnić pacjentom możliwość wizyt online. Teleporady, zgodnie z przepisami, muszą spełniać te same standardy co wizyty osobiste, co oznacza, że lekarz ma obowiązek działać zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, wykorzystując dostępne metody i narzędzia<sup>68</sup>. Jednak pomimo tych uregulowań prawnych, dopiero pandemia COVID-19 przyspieszyła wdrażanie telemedycyny, co unaocznilo konieczność dalszych regulacji<sup>69</sup>.

Obecnie potrzebne są zmiany prawne obejmujące zakres odpowiedzialności w przypadku teleporad, regulacje dotyczące ochrony danych osobowych oraz jasne wytyczne etyczne dla świadczeń zdrowotnych na odległość. A. Kida-Witek i A. Ziemińska zwracają uwagę, że „prawo winno zapewniać jednostce bezpieczeństwo, nie ograniczając jednocześnie dynamicznego, acz kontrolowanego rozwoju nowych technologii w medycynie”<sup>70</sup>. A. Paprocka-Lipińska wskazuje również na wyzwania bioetyczne, które wynikają z telemedycznych modeli, podkreślając, że telemedycyna stawia wyzwania etyczne, wymaga równoczesnego uwzględnienia potrzeb pacjenta oraz konieczności regulacyjnych<sup>71</sup>. Tym samym **wsparcie otrzymane w ramach Programu „Zdrowie” może być istotne dla zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce.** Jako pożądane kierunki zmian wskazuje się „elastyczne regulacje, ustanowienie definicji telemedycyny na gruncie polskiego prawa mogą stać się dobrym krokiem do wsparcia telemedycyny od strony prawnej”<sup>72</sup>.

Beneficjenci oraz partnerzy projektowi w ramach prowadzonych wywiadów pogłębionych również ocenili, że ich projekty, a także wnioski wypracowane w trakcie ich realizacji, **mają potencjał, aby przyczynić się do zmian systemowych w ochronie zdrowia.** Podkreślano, że wiele z wdrożonych działań i rozwiązań, takich jak innowacyjne modele telemedycyny, zintegrowane systemy opieki czy programy edukacyjne, może znaleźć zastosowanie na szerszą skalę, wpływając na organizację opieki zdrowotnej, politykę zdrowotną i edukację zdrowotną.

---

<sup>68</sup> K. Binder-Olibrowska, *Telemedycyna a niepełnosprawność wzrokowa – szanse, zagrożenia, wyzwania*, [w:] *Wirtualizacja życia osób z niepełnosprawnością*, G. Całek, J. Niedbalski, M. Raćław, D. Żuchowska-Skiba (red.), WUŁ, Łódź 2021, s. 47.

<sup>69</sup> Chrapkowski Ł., *Wpływ pandemii COVID-19 na ewolucję regulacji prawnych z zakresu telemedycyny ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*, *Przegląd Prawa Medycznego*, nr 3–4/2021 (8), ss. 109-128.; A. Kida-Witek, A. Ziemińska, *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*, [w:] *Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku*, Malinowska D., Sośnicka J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022, s. 176.

<sup>70</sup> A. Kida-Witek, A. Ziemińska, *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*, [w:] *Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku*, Malinowska D., Sośnicka J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022, s. 178.

<sup>71</sup> A. Paprocka-Lipińska, *Telemedycyna – wyzwania bioetyczne XXI wieku*, *Humanistyka i Przyrodznawstwo* 27, 2021, s. 136.

<sup>72</sup> A. Kida-Witek, A. Ziemińska, *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*, [w:] *Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku*, Malinowska D., Sośnicka J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022, s. 178.

W obszarze telemedycyny beneficjenci zauważali, że wypracowane w projekcie modele, np. zdalne monitorowanie pacjentów i wykorzystanie narzędzi cyfrowych, **mogą zostać wdrożone jako element systemu ochrony zdrowia**. Rozwiązania te pozwoliły na poprawę dostępności opieki, szczególnie dla pacjentów z obszarów wykluczonych oraz na lepsze zarządzanie stanem zdrowia osób przewlekle chorych. Włączenie takich usług do koszyka świadczeń gwarantowanych mogłoby przyczynić się do poprawy efektywności systemu oraz zmniejszenia obciążenia stacjonarnych placówek medycznych.

**Edukacja zdrowotna** była kolejnym obszarem, który beneficjenci wskazywali jako kluczowy dla zmiany systemowej. Programy edukacyjne skierowane do dzieci, młodzieży i dorosłych, znacząco zwiększyły świadomość zdrowotną uczestników i wpłynęły na ich codzienne nawyki. Rozszerzenie takich działań na poziomie ogólnokrajowym, np. poprzez wprowadzenie ich do szkół czy jako element kampanii społecznych, mogłoby wpłynąć na poprawę zdrowia społeczeństwa w dłuższej perspektywie. Należy jednak wziąć pod uwagę, że od 1 września 2025 r. w polskich szkołach zostanie wprowadzony nowy, obowiązkowy przedmiot – edukacja zdrowotna. Zastąpi on dotychczasowe zajęcia z wychowania do życia w rodzinie. Celem wprowadzenia edukacji zdrowotnej jest promowanie holistycznego podejścia do zdrowia, zwiększenie świadomości uczniów na temat dbania o siebie oraz przygotowanie ich do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych. Poprzez planowane zmiany nie jest tym samym wymagane podejmowanie dodatkowych działań np. w postaci ww. kampanii społecznych.

Beneficjenci wskazywali również, że projekty przyczyniły się do **rozwoju bardziej zintegrowanych modeli organizacji opieki zdrowotnej**, w tym lepszej współpracy między różnymi poziomami opieki – podstawową, specjalistyczną i szpitalną. Zdaniem ewaluatora jest to szczególnie istotny wniosek. Tego typu podejście, łączące różne elementy opieki w całość, mogłoby stać się podstawą dla reformy systemowej, zwiększając efektywność i jakość świadczeń. Wypracowane rozwiązania są szczególnie przydatne ze względu na zidentyfikowane trudności, których wyeliminowanie pozwoliłoby docelowo usprawnić pierwotne założenia testowanych modeli.

Aspekt ten podjęty został również w trakcie przeprowadzonych zogniskowanych wywiadów pogłębionych. Zdaniem ich uczestników, Program, w tym realizowane projekty predefiniowane, może mieć istotny wpływ na zmiany systemowe w ochronie zdrowia w Polsce, w obszarach telemedycyny, zdrowego stylu życia oraz środowiskowych modeli opieki psychiatrycznej. Wypracowane wnioski i doświadczenia z jego wdrażania mają potencjał, by zostać zastosowane w szerszym kontekście, co

mogłoby przyczynić się do trwałych i strukturalnych zmian w systemie ochrony zdrowia.

Zdaniem ewaluatora w obszarze telemedycyny Program pokazał, że **nowoczesne technologie mogą skutecznie zwiększyć dostępność opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla osób z terenów oddalonych i o ograniczonym dostępie do specjalistów**. Wprowadzone rozwiązania z zakresu telekonsultacji oraz modele zdalnego monitorowania pacjentów mogłyby zostać włączone do koszyka świadczeń gwarantowanych, wspierając rozwój telemedycyny, jako integralnej części systemu ochrony zdrowia.

Modele środowiskowej opieki psychiatrycznej opracowane w ramach Programu mogą stanowić wzór dla rozwoju usług psychiatrycznych na poziomie regionalnym i krajowym. Telepsychiatria, która okazała się skuteczna w redukcji barier w dostępie do opieki oraz stygmatyzacji, mogłaby zostać szerzej wdrożona, w szczególności w obliczu niedoboru specjalistów.

Wnioski i doświadczenia z realizacji Programu mogłyby także znaleźć zastosowanie w polityce zdrowotnej poprzez rozwój bardziej zintegrowanych modeli opieki, które łączą poziomy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Wdrożenie takich modeli mogłoby zwiększyć efektywność systemu, ograniczyć powielanie działań i poprawić jakość świadczonych usług.

Zdaniem uczestników warsztatu ewaluacyjnego, **organizacja opieki zdrowotnej w obszarze modeli telemedycznych mogłaby zyskać na trwałym wprowadzeniu ról wspierających**, takich jak koordynatorzy czy edukatorzy technologiczni, co zwiększyłoby efektywność i dostępność tychże usług – dotychczasowe doświadczenia projektowe wskazują bowiem na zdecydowanie pozytywny wpływ zaangażowania tego typu osób. Zadania pełnione przez ww. osoby wskazane zostały w prowadzonych wywiadach pogłębionych z beneficjentami. Jak podkreślano, koordynatorzy zajmowali się głównie kwestią zarządzania projektem, w tym ustalaniem harmonogramu, przydzielaniem zadań, monitorowaniem postępów prac, jak i koordynacją procesu współpracy projektowej. Aktywnie włączali się również w rozwiązywanie problemów administracyjnych (w tym zarządzanie zamówieniami publicznymi, opracowywanie umów), zarządzanie budżetem (w tym raportowanie) czy też w zapewnienie zgodności prowadzonych działań z założeniami projektu.

Z kolei edukatorzy technologiczni zapewniali przede wszystkim wsparcie techniczne (rozwiązywanie problemów technicznych związanych z działaniem platform telemedycznych, urządzeń diagnostycznych i systemów do zarządzania danymi medycznymi). Organizowali również szkolenia personelu medycznego (z zakresu obsługi narzędzi telemedycznych, systemów informatycznych oraz sprzętu używanego



w projektach), jak i wspierali pacjentów w obsłudze sprzętu medycznego oraz platform cyfrowych, szczególnie w zakresie logowania i przesyłania danych. Istotnym elementem ich zadań było również sprawdzanie prawidłowości działania systemów informatycznych oraz dbanie o aktualizacje i dostosowanie systemów do specyficznych potrzeb placówek medycznych.

### Podsumowanie

Przeprowadzona analiza potwierdziła, że projekty zrealizowane w ramach Programu mają potencjał do przekształcenia kluczowych obszarów systemu ochrony zdrowia. Telemedycyna została uznana za priorytetowy obszar mogący zwiększyć dostępność opieki zdrowotnej, szczególnie w regionach wykluczonych. Modele zdalnego monitorowania pacjentów oraz telekonsultacje mogą zmniejszyć liczbę hospitalizacji, poprawić zarządzanie chorobami przewlekłymi i obniżyć koszty funkcjonowania systemu.

Działania edukacyjne i profilaktyczne realizowane w ramach Programu, szczególnie w obszarze zdrowego stylu życia i zdrowia psychicznego, mogą zostać włączone do programów krajowych. Ponadto, interwencje dotyczące racjonalnego stosowania antybiotyków mogą stanowić punkt wyjścia do zmian legislacyjnych w zakresie odpowiedzialnego stosowania leków.

**Wdrożone rozwiązania i wypracowane modele mogą stanowić podstawę do reformy systemu ochrony zdrowia. Włączenie telemedycyny do koszyka świadczeń gwarantowanych oraz rozwój zintegrowanych modeli opieki mogłyby poprawić dostępność usług, ograniczyć powielanie działań i usprawnić współpracę między różnymi poziomami opieki medycznej. Wypracowane rozwiązania mogą także wpłynąć na organizację opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie roli koordynatorów projektów oraz edukatorów technologicznych, wspierających zarówno personel medyczny, jak i pacjentów.**

## 8. Wnioski i rekomendacje

Poniżej zaprezentowano rekomendacje opracowane na podstawie przeprowadzonych analiz. Zaznaczyć należy, że badanie przeniosło szerszy zakres wniosków, w tym dotyczący np. napotykanym trudności w ramach wdrażanych projektów. Elementy te były jednak przedmiotem dotychczasowych badań<sup>73</sup>, w ramach których zostały już sformułowane odpowiednie rekomendacje.

**Tabela 4. Wnioski i rekomendacje**

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat	Sposób wdrożenia
1.	Analiza wykazała, że organizacja opieki zdrowotnej w ramach modeli telemedycznych mogłaby zyskać na wprowadzeniu ról wspierających, takich jak koordynatorzy czy edukatorzy technologiczni, co zwiększyłoby efektywność i dostępność usług. W ramach testowanych modeli możliwe było przetestowanie efektów zaangażowania tego typu pracowników, co miało znaczny wpływ na poprawę efektywności podejmowanych działań. (s. 113-114)	Zaleca się uwzględnienie we wdrażanych w przyszłości modelach telemedycznych ról wspierających, takich jak koordynatorzy czy edukatorzy technologiczni, którzy znacznie ułatwiali wdrażanie działań, w tym pomagając pacjentom posiadającym	MZ	Uwzględnienie we wdrażanych w przyszłości modelach telemedycznych (w tym wdrażanych na szerszą skalę) ról wspierających, tj. koordynatorów oraz edukatorów technologicznych.

<sup>73</sup> Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa.



Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat	Sposób wdrożenia
		trudności w obsłudze urządzeń cyfrowych.		
2.	Modele środowiskowej opieki psychiatrycznej opracowane w ramach Programu mogą stanowić wzór dla rozwoju usług psychiatrycznych na poziomie regionalnym i krajowym. Telepsychiatria, która okazała się skuteczna w redukcji barier w dostępie do opieki oraz stygmatyzacji, mogłaby zostać szerzej wdrożona, w szczególności w obliczu niedoboru specjalistów. (s. 113)	W celu poprawy dostępności do usług psychiatrycznych i redukcji barier w dostępie do opieki zdrowotnej, zaleca się wdrożenie na poziomie regionalnym i krajowym modeli środowiskowej opieki psychiatrycznej opracowanych w ramach Programu „Zdrowie”.	MZ, NFZ	Przeprowadzenie analizy możliwości włączenia telepsychiatrii do systemu świadczeń gwarantowanych, w celu efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych oraz poprawy jakości opieki zdrowotnej w obliczu niedoboru specjalistów. W przypadku wdrożenia wypracowanych rozwiązań na szerszą skalę konieczne będzie ustanowienie standardów i wytycznych dotyczących realizacji usług telepsychiatrycznych, w tym zasad bezpieczeństwa danych osobowych i ochrony prywatności pacjentów.

## 9. Spis elementów graficznych wykorzystanych w raporcie

Tabela 1. Zakładane i zrealizowane efekty Programu „Zdrowie” .....	30
Tabela 2. Poziom realizacji wskaźników w projektach konkursowych.....	45
Tabela 3. Wskaźniki projektu pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”.....	48
Tabela 4. Wnioski i rekomendacje.....	115
Rysunek 1. Wybrane efekty projektu PDP2.....	98
Wykres 1. W jakim stopniu osiągnięto zaplanowane efekty projektu (produkty i rezultaty)? .....	50
Wykres 2. Jakie główne trudności i bariery napotkano w trakcie realizacji projektu?...	51
Wykres 3. Czy podczas realizacji projektu wystąpiły jakieś opóźnienia? .....	51
Wykres 4. Czy w wyniku skorzystania ze świadczenia telemedycznego zauważył/a Pan/Pani jakieś inne korzyści? .....	54
Wykres 5. Czy uważa Pana/Pani, że system zarządzania i wdrażania Programu wpłynął na osiągnięcie efektów projektu?.....	71
Wykres 6. Jak Pan/Pani ocenia swój stopień zadowolenia z otrzymanych świadczeń telemedycznych?.....	78
Wykres 7. Czy napotkał/a Pan/Pani jakieś trudności podczas korzystania ze świadczeń telemedycznych?.....	79
Wykres 8. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w szkoleniu/webinarium? .....	79
Wykres 9. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w projekcie?.....	80
Wykres 10. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom zadowolenia z udziału w projekcie?.....	81
Wykres 11. W wyniku realizacji projektu miał/a Pan/Pani okazję skorzystać z rozwiązań w zakresie telemedycyny (np. teleporada, wideoporada, serwis internetowy, elektroniczna komunikacja ze specjalistami/lekarzami). Czy zakres wsparcia (świadczenia telemedycznego) był dla Pana/Pani wystarczający? .....	87
Wykres 12. Czy możliwość skorzystania ze świadczenia w formie telemedycznej ułatwiła Panu/Pani dostęp do opieki medycznej?.....	87
Wykres 13. Czy zakres szkolenia/webinarium był dla Pana/Pani wystarczający?.....	88
Wykres 14. Czy zakres wsparcia był dla Pana/Pani wystarczający? .....	89
Wykres 15. Czy zakres wsparcia był dla Pana/Pani wystarczający? .....	89
Wykres 16. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat rozwiązań stosowanych w telemedycynie i e-zdrowiu?.....	90

Wykres 17. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat zdrowia psychicznego i innych problemów zdrowotnych? .....	90
Wykres 18. Czy miał/a Pan/Pani okazję wykorzystać nabytą wiedzę w praktyce? .....	91
Wykres 19. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości? .....	91
Wykres 20. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat profilaktyki zdrowego stylu życia? .....	92
Wykres 21. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie wiedzy wśród dzieci na temat profilaktyki zdrowego stylu życia? .....	92
Wykres 22. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie (nt. korzyści płynących ze zdrowego stylu życia) będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości? .....	93
Wykres 23. Jak ocenia Pan/Pani wpływ projektu na zwiększenie Pana/Pani wiedzy na temat zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży? .....	93
Wykres 24. Czy miał/a Pan/Pani okazję wykorzystać nabytą wiedzę w praktyce? .....	94
Wykres 25. Czy wg Pana/Pani wiedza nabyta w projekcie będzie mogła być wykorzystywana również w przyszłości? .....	94
Wykres 26. Czy uważa Pan/Pani, że skorzystanie ze świadczenia telemedycznego w ramach projektu przyczyniło się do poprawy Pana/Pani stanu zdrowia? .....	104
Wykres 27. Czy po udziale w projekcie (skorzystaniu ze świadczenia telemedycznego) zaczął/eła Pan/Pani bardziej dbać o swoje zdrowie? .....	105

## 10. Bibliografia

- a) Sprawozdania z realizacji Programu „Zdrowie”,
- b) Opis modeli telemedycznych wypracowanych w PDP1,
- c) Dokumenty strategiczne, programowe i operacyjne (m.in. Program „Zdrowie”, wnioski o dofinansowanie projektu predefiniowanego - PDP1 oraz PDP2, a także wnioski o dofinansowanie projektów konkursowych wdrażających modele telemedyczne),
- d) Regulamin naboru wniosków w trybie konkursowym,
- e) Dane monitoringowe z projektów (w tym konkursowych), dotyczące m.in. stopnia realizacji wskaźników obligatoryjnych w projektach,
- f) Powszechnie dostępne publikacje, prawodawstwa, zalecenia i wytyczne dotyczące telemedycyny,
  - Binder-Olibrowska K., *Telemedycyna a niepełnosprawność wzrokowa – szanse, zagrożenia, wyzwania*,  
<https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/40408/45-62.pdf?sequence=1&isAllowed=y>,
  - Chrapkowski Ł., *Wpływ pandemii COVID-19 na ewolucję regulacji prawnych z zakresu telemedycyny ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*,  
<https://przegladprawamedycznego.wum.edu.pl/index.php/ppm/article/view/134/140>,
  - Kida-Witek A., Ziemińska A., *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia, Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*,  
[http://212.51.210.149/xmlui/bitstream/handle/11652/4711/3.2\\_Telemed\\_przel\\_Kida-Witek\\_Ziemi%C5%84ska\\_Monog\\_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://212.51.210.149/xmlui/bitstream/handle/11652/4711/3.2_Telemed_przel_Kida-Witek_Ziemi%C5%84ska_Monog_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y),
  - Mirczak A., *Wybrane rozwiązania z zakresu telezdrowia w dobie pandemii COVID-19*[w] *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*, red. Pikuła N. G., Grewiński M., Zdebska E., Glac W., <https://isszp.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/13/2023/01/12.-WYBRANE-KRAJOWE-I-MIEDZYNARODOWE-ASPEKTY-POLITYKI-SPOLECZNEJ-W-CZASIE-PANDEMII-KORONAWIRUSA.pdf#page=152>,
  - Mularski P. Ł., Kępa A., Serówka-Krajnik A., Huras H., Kalinka J., *Telemedycyna w położnictwie na przykładzie urządzenia mobilnego do zdalnego wykonywania badań kardiologicznych (KTG)*,  
[http://jkalinka.pl/wp-content/uploads/Telemedycyna\\_w\\_poloznictwie\\_na\\_przykladzie\\_urzadzenia](http://jkalinka.pl/wp-content/uploads/Telemedycyna_w_poloznictwie_na_przykladzie_urzadzenia)

- [mobilnego do zdalnego wykonywania badan kardiologicznych KTG.pdf](#),
- Murawski M., *Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym*, [http://www.wz.uw.edu.pl/portaleFiles/6133-wydawnictwo-/Ochrona\\_zdrowia\\_2022/Marcin\\_Murawski.pdf](http://www.wz.uw.edu.pl/portaleFiles/6133-wydawnictwo-/Ochrona_zdrowia_2022/Marcin_Murawski.pdf),
  - Paprocka-Lipińska A., *Telemedycyna – wyzwania bioetyczne XXI wieku*, <https://czasopisma.uwm.edu.pl/index.php/hip/article/view/7475/5795>,
  - Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, <https://czasopisma.uwm.edu.pl/index.php/sp/article/view/6061/4641>.
- g) Wyniki badania ewaluacyjnego pn. „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa”,
- h) Powszechnie dostępne wyniki analiz i ekspertyz dotyczących możliwości związanych z rozwojem telemedycyny i jej powszechnym zastosowaniem:
- a) *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?*, [https://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP\\_raportTGR%20raport-www.pdf](https://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP_raportTGR%20raport-www.pdf),
  - b) *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, <https://www.gov.pl/attachment/a702e12b-8b16-44f1-92b5-73aaef6c165c>,
  - c) *The future of virtual health: Executives see industrywide investments on the horizon*, [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl\\_the\\_future-of-virtual-health.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_the_future-of-virtual-health.pdf).
- i) Raporty i publikacje opracowane w ramach PDP2, w tym *Narzędzia zmniejszające palenie wśród młodych ludzi w Polsce: w kontekście przystępności cenowej i dostępności produktów tytoniowych poprzez podatki i inne środki*, *Raport o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży w wieku 6-20 lat*, *Raport na temat tzw. „najlepszych praktyk” poprawiających dietę lub poziom aktywności fizycznej dzieci w wieku 1-6 lat*, materiały informacyjno-szkoleniowe dla rodziców i nauczycieli,
- j) Strony internetowe utworzone w ramach projektów predefiniowanych.
- k) Sprawozdania z realizacji Programu „Zdrowie”,
- l) Opis modeli telemedycznych wypracowanych w PDP1:

- a. M. Grabowski, P. Balsam, J. Zajdel, G. Opolski, Model telemedyczny w dziedzinie Kardiologia: Telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca., Raport przygotowany przez ekspertów MP MED Sp. z o.o. w ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa.
- b. K. Piotrowicz, E. Klimek, M. Kawczyńska, J. Gąsowski, Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia – geriatrya. Projekt usługi telemedycznej: model telemedyczny w dziedzinie geriatrya – podsumowanie. Raport przygotowany w ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa,
- c. T. Bednarczyk, M. Płosiński, P. Świtaj, Ł. Wieczorek, Wytyczne dla placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych dotyczące wdrażania i wykorzystania wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji – model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii.
- d. R. Rejda, A. Matysik-Woźniak, B. Matyjaszek-Matuszek, M. Niezgódka, M. Kowalczyk, M. Lenart-Lipińska, Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia – diabetologia. Raport przygotowany w ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa.
- e. M. Grabowski, P. Balsam, J. Zajdel, G. Opolski, Model telemedyczny w dziedzinie choroby przewlekłe: przewlekła obturacyjna choroba płuc. Raport przygotowany przez ekspertów MP MED Sp. z o.o. w ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa
- f. A. Bień, M. Korzyńska-Piętas, A. Pilewska-Kozak, M. Niezgódka, A. Wdowiak, Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia – położnictwo. Raport przygotowany w ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia”, dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 oraz budżetu państwa.
- m) Dokumenty strategiczne, programowe i operacyjne (m.in. Program „Zdrowie”, wnioski o dofinansowanie projektu predefiniowanego – PDP1 oraz PDP2, a także wnioski o dofinansowanie projektów konkursowych wdrażających modele



telemedyczne): [https://zdrowie.gov.pl/fn/strona-923-nabor\\_wnioskow.html#p2](https://zdrowie.gov.pl/fn/strona-923-nabor_wnioskow.html#p2) -  
[https://zdrowie.gov.pl/fn/strona-992-projekt\\_predefiniowany\\_styl\\_zycia.html](https://zdrowie.gov.pl/fn/strona-992-projekt_predefiniowany_styl_zycia.html)

- a. Decyzja nr 1/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie” (dalej: „Program „Zdrowie”).
- b. Decyzja zmieniająca decyzję nr 2/2020 w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”,
- c. Regulamin naboru wniosków w trybie konkursowym finansowanych z Programu „Zdrowie” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa.
- d. Umowa nr FWD/1/4041/2021/836 w sprawie finansowania inicjatywy bilateralnej zwanej dalej „Inicjatywą FWD” w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2014-2021 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 na poziomie Programu „Zdrowie” pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce”.
- n) Regulamin naboru wniosków w trybie konkursowym finansowanych z Programu „Zdrowie” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 i budżetu państwa.
- o) Dane monitoringowe z projektów (w tym konkursowych), dotyczące m.in. stopnia realizacji wskaźników obligatoryjnych w projektach,
- p) Powszechnie dostępne publikacje, prawodawstwa, zalecenia i wytyczne dotyczące telemedycyny,
  - a. Binder-Olibrowska K., *Telemedycyna a niepełnosprawność wzrokowa – szanse, zagrożenia, wyzwania*, <https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/40408/45-62.pdf?sequence=1&isAllowed=y>,
  - b. Chrapkowski Ł., *Wpływ pandemii COVID-19 na ewolucję regulacji prawnych z zakresu telemedycyny ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*, Przegląd Prawa Medycznego, nr 3-4/2021 (8), ss. 109-128.
  - c. Kida-Witek A., Ziemińska A., *Telemedycyna jako przełom systemu ochrony zdrowia*, [w:] *Zarządzanie i innowacje u progu XXI wieku*, Malinowska D., Sośnicka J. red., Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2022
  - d. Mirczak A., *Wybrane rozwiązania z zakresu telezdrowia w dobie pandemii COVID-19* [w:] *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej*



- w czasie pandemii koronawirusa, red. Pikuła N. G., Grewiński M., Zdebska E., Glac W., Wydawnictwo «scriptum», Kraków 2020
- e. Mularski P.Ł., Kępa A., Serówka-Krajnik A., Huras H., Kalinka J., *Telemedycyna w położnictwie na przykładzie urzędnika mobilnego do zdalnego wykonywania badań kardiologicznych (KTG)*, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2022, Tom 7, nr 2, ss. 67-74.
  - f. Murawski M., *Rozwiązania zdalne w medycynie w dobie pandemii COVID-19 – perspektywa zarządzającego szpitalem wieloprofilowym* [w:] Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej, Haczyński J., Skrzypczak Z. red., Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Sekcja Wydawnicza Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2022.
  - g. Paprocka-Lipińska A., *Telemedycyna – wyzwania bioetyczne XXI wieku*, Humanistyka i Przyrodoznawstwo 27, 2021, ss. 135-150.
  - h. Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, Studia Prawnoustrojowe 50 UWM, 2020, ss. 509-524.
- q) Wyniki badania ewaluacyjnego pn. „Ewaluacja modeli telemedycznych wypracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie” współfinansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego w latach 2014-2021 oraz budżetu państwa”,
- r) Powszechnie dostępne wyniki analiz i ekspertyz dotyczących możliwości związanych z rozwojem telemedycyny i jej powszechnym zastosowaniem:
- d) *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?*, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Warszawa 2018
  - e) *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2020,
  - f) *The future of virtual health: Executives see industrywide investments on the horizon*, Deloitte Center for Health Solutions.
  - g) Narodowy Fundusz Zdrowia, *NFZ o zdrowiu. Depresja*, Warszawa 2020.
  - h) E. Augustynowicz, E. Duszczyk, A. Góralewska, E. Kuchar, I. Paradowska-Stankiewicz, T. Sobieraj, P. Stefanoff (red.), *Jak odpowiadać na wątpliwości rodziców na temat szczepień? Wskazówki dla lekarzy*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2017.
- Raporty i publikacje opracowane w ramach PDP2, w tym:
- a. Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Decyzja nr 2/2020 Projektu Predefiniowanego nr 2 pn. „Zdrowy styl życia dzieci i

- młodzieży” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.
- b. *Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży – Moduł 1: Dieta i aktywność fizyczna: Działania poprawiające dietę i zwiększające stopień aktywności fizycznej dzieci w wieku przedszkolnym 1-6 roku życia*, C. Sandvik, K. Kippe, *Healthy lifestyle of children and youth – Module 1: Diet and physical activity: Measures to improve diet and increase the degree of physical activity in kindergarten children (1-6 years old)*, Healthy lifestyle of children and youth. Project report
  - c. **Moduł 1: Analiza mechanizmów kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, w tym wyboru zdrowych opcji w przedszkolach i żłobkach**
  - d. *Raport metodologiczno-techniczny z przeprowadzonych badań ewaluacyjnych programu szkoleniowego w ramach projektu predefiniowanego nr 2 „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”. Moduł 1: Odżywianie i sport, Warszawa 2024*
  - e. *Moduł 2: Narzędzia zmniejszające palenie wśród młodych ludzi w Polsce: w kontekście przystępności cenowej i dostępności produktów tytoniowych poprzez podatki i inne środki,*
  - f. *Raport o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży w wieku 6-20 lat → Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży – Moduł 3: Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w wieku 6-20 lat. Środki zapobiegawcze i promocyjne,*
  - g. materiały informacyjne dla rodziców i nauczycieli.
  - s) Raport końcowy na temat stanu realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pandemii COVID na realizację szczepień ochronnych.
  - t) Podsumowanie działań w inicjatywie FWD, „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” – realizacja inicjatywy przez Fundację Instytut Profilaktyki Zakażeń w partnerstwie z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia oraz Norweskim Instytutem ds. Zdrowia Publicznego.
  - u) Raport z kontroli przeprowadzonej przez operatora programu. Prawidłowość realizacji Projektu realizowanego w ramach programu „Zdrowie” oraz Funduszu Współpracy Dwustronnej pn. „Zmniejszenie dysproporcji zdrowotnych w programach szczepień i racjonalnym stosowaniu antybiotyków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce” z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021. Norweski Mechanizm Finansowy 2014-2021 w ramach Programu pn. „Zdrowie”.
  - v) Raport końcowy na temat lekooporności i zużycia środków przeciwdrobnoustrojowych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem pandemii COVID-19
  - w) Departament Innowacji, Ministerstwo Zdrowia, Model telemedyczny w dziedzinie położnictwa. Wytyczne ekspertów z uwzględnieniem rekomendacji wskazanych

podczas ewaluacji modeli telemedycznych opracowanych i przetestowanych w Programie „Zdrowie”, Warszawa 2024.