

Programy zdrowotne w województwie opolskim bazą inicjatyw projektowych. Pierwsze doświadczenia

Karina Bedrunka

Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Polska

Streszczenie

W świetle obecnych oraz prognozowanych problemów demograficznych istotne jest podejmowanie efektywnych działań na wielu poziomach zarządzania polityką regionalną i w wielu obszarach tej polityki. Skuteczne pozyskiwanie środków finansowych, w tym unijnych ukierunkowanych na procesy społeczne, może w realny sposób wpływać na niwelowanie skutków społecznych i gospodarczych wynikających z niekorzystnej sytuacji demograficznej np. starzejącego się społeczeństwa, czy też w odniesieniu do spodziewanych zmian na rynku pracy na co istotny wpływ ma zdrowie społeczeństwa. Celem badań jest wskazanie, czy i w jaki sposób są identyfikowane ex ante bariery wdrażania regionalnych programów zdrowotnych zapobiegania cukrzycy, nadwadze i otyłości oraz w zakresie wsparcia matki i dziecka. Celem praktycznym jest sformułowanie rekomendacji, w jaki sposób bariery usuwać, a także zaproponowanie rozwiązań, które pozwolą na efektywne wdrażanie programów i osiągnięcie wskazanych w nich efektów poprzez inicjatywy projektowe współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Realizowane i planowane inicjatywy projektowe dotyczące obszaru zdrowia, swoją bazę mają w regionalnych programach zdrowotnych wspieranych ze środków unijnych w perspektywie 2014–2020. Województwo opolskie ma w tym zakresie doświadczenia, jako jedne z pierwszych w kraju.

Słowa kluczowe: depopulacja, Fundusze Unii Europejskiej, regionalne programy zdrowotne

Wstęp

Pogarszająca się sytuacja demograficzna Europy wymusza zastosowanie nowego podejścia do programowania działań, których podstawowym walorem jest ich kompleksowość (interdyscyplinarność). Podejście do współczesnej polityki rozwoju wymaga wdrażania wieloaspektowych, kompleksowych, realizowanych w tym samym czasie działań, które mają na celu m.in. odbudowę utraconego potencjału ludnościowego i przeciwdziałanie dalszym niekorzystnym zmianom. Konieczne jest, aby koncentracja interwencji objęła poprawnie zdiagnozowane obszary. A także, aby mechanizmy wsparcia były skutecznie i sprawnie wdrażane oraz monitorowane, a intensywna współpraca i dialog służyły integracji i wspólnemu działaniu przeciwko depopulacji.¹ W obecnym okresie programowania, tj. latach 2014–2020, w ramach regionalnych programów operacyjnych są wykazywane środki wspierające procesy demograficzne. Jedną z form są programy zdrowotne, na bazie których beneficjenci tworzą inicjatywy projektowe.

Celem badań jest wskazanie, czy i w jaki sposób są identyfikowane ex ante bariery wdrażania regionalnych programów zdrowotnych zapobiegania cukrzycy, nadwadze i otyłości oraz w zakresie wsparcia matki i dziecka. Celem praktycznym jest sformułowanie rekomendacji, w jaki sposób bariery usuwać, a także zaproponowanie rozwiązań, które pozwolą na efektywne wdrażanie programów i osiągnięcie wskazanych w nich efektów poprzez inicjatywy projektowe współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

1. Na temat ukierunkowania funduszy unijnych na zintegrowane działania zob. Bedrunka i Malik (2012).

1. Kapitał ludzki, jako kluczowy obszar polityki rozwoju na poziomie europejskim i krajowym

Najważniejszym narzędziem realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej określonych w dokumencie „Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” jest polityka spójności, realizowana przede wszystkim dzięki Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz EFS. W perspektywie finansowej 2014–2020 środki Wspólnych Ram Strategicznych, wspierające cele strategii Europa 2020 przeznaczone są na dziedziny istotne dla rozwoju Polski, wskazane m.in. w Krajowym Programie Reform na rzecz realizacji strategii Europa 2020.² Dla realizacji jednego z trzech podstawowych priorytetów strategii Europa 2020, którym jest Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu — wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną, zakłada się m.in., że do 2020 r. liczba ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zmniejszy się w UE o 20 mln, a wskaźnik zatrudnienia zwiększy się do 75%. W przypadku Polski zakłada się zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20–64 lata co najmniej do 71% oraz zmniejszenie o 1,5 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.³ Osiągnięcie wyżej wymienionych celów wymaga kompleksowego, skoordynowanego na poziomie krajowym i regionalnym podejścia do zdrowia, w tym zaangażowania różnych źródeł finansowania, których istotnym, o ile nie najważniejszym elementem są fundusze strukturalne. Interwencje w dziedzinie zdrowia są bowiem kluczowe w ograniczaniu ryzyka wpadnięcia w ubóstwo z powodu dezaktywacji zawodowej ze względów zdrowotnych.⁴

Starzenie się społeczeństwa będzie miało bezpośrednie skutki finansowe dla systemu finansów publicznych w postaci wzrostu kosztów opieki zdrowotnej i opieki nad ludźmi starszymi. Szacuje się, iż koszty opieki zdrowotnej między 2007 a 2060 rokiem wzrosną z 4% do 5,4% PKB. Wzrosną również koszty opieki nad osobami starszymi — z 0,4% w 2007 roku do 1,1% w 2060 roku. Łączne koszty w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej wzrosną o 2,1% PKB do 2060 roku, co równać się będzie nawet ok. 15 mld euro dodatkowych nakładów z budżetu państwa rocznie.⁵

Uruchomienie środków strukturalnych uzależnione jest od spełnienia wymogów warunkowości *ex ante*, czyli zapewnienia określonych warunków wyjściowych umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich. Według Załącznika XI do Rozporządzenia ogólnego warunki te wiążą się m.in. z koniecznością zapewnienia odpowiednich krajowych ram strategicznych dla wybranych obszarów tematycznych, w tym ochrony zdrowia.⁶

Dokumentami stanowiącymi ramy strategiczne dla interwencji EFS oraz EFRR w sektorze ochrony zdrowia są Umowa Partnerstwa⁷ oraz Policy Paper dla ochrony zdrowia⁸. Dokumenty te wpisują się w definicję dotyczącą warunkowości *ex ante*. Opisane w Policy Paper cele, kierunki interwencji i narzędzia realizacji, projektowane na lata 2014–2020, odpowiadają na problemy, wyzwania i postulaty w obszarze opieki zdrowotnej wynikające z oceny sytuacji w ochronie

2. Zob. Krajowy Program Reform. Europa 2020. Aktualizacja 2014–2015. Przyjęty przez Radę Ministrów 22 kwietnia 2014 r., [@:] http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_poland_pl.pdf [26 kwietnia 2016 r. została opublikowana Aktualizacja 2016/2017 tego programu — red.]. Obecny Rząd RP przygotowuje Strategię na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju.

3. Zob. Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa. Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, 23 maja 2014 r., [@:] <http://www.parp.gov.pl/files/74/691/20598.pdf>.

4. Zob. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, lipiec 2015, s. 5, [@:] http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf.

5. Zob. Raport. Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek. s. 9, [@:] www.pracodawcyrp.pl/download/gfx/kpp/pl/defaultaktualnosci/14/782/1/raport_starzejace_sie_spoleczenstwo_jako_wyzwanie_ekonomiczne_dla_europejskich_gospodarek.pdf.

6. Zob. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006. OJ L 347, 20.12.2013, p. 320–469.

7. Zob. Programowanie perspektywy finansowej..., dz. cyt.

8. Zob. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper... dz. cyt.

zdrowia — określone m.in. we wspomnianych zaleceniach Rady UE w sprawie Krajowego Programu Reform oraz w Position Paper.⁹ Umowa Partnerstwa podkreśla selektywne w 2014–2020 podejście i koncentrację wsparcia zdrowia, tj. jedynie na tych obszarach, które mają największy wpływ na zdolność zatrudnieniową Polaków oraz poprawę jakości lub dostępu do usług medycznych na terenach, gdzie zdiagnozowano deficyty i konieczne jest tam podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia lub zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Wymaga to silnej koordynacji na poziomie krajowym i regionalnym, z uwzględnieniem wieloszczeblowego zarządzania, w ramach którego poszczególne podmioty działające na rzecz ochrony zdrowia realizują zadania według kompetencji i odpowiedzialności. Celem koordynacji — zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa są:

- zapewnienie właściwego ukierunkowania interwencji,
- zapobieganie nakładaniu się interwencji,
- zapewnienie efektywności kosztowej,
- precyzyjne dostosowanie interwencji do wcześniej zdiagnozowanych na poziomie kraju i regionu potrzeb.¹⁰

Tego typu podejście ma na celu realizowanie wyłącznie tych inwestycji, które zostały zidentyfikowane jako deficyty oraz potrzeby uwzględniające m.in. sytuację demograficzną.

2. Regionalne Programy zdrowotne odpowiedzią na wyzwania demograficzne regionu

W Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., horyzontalnym wyzwaniem rozwojowym jest zapobieganie i przeciwdziałanie procesom depopulacji. Człowiek jest postawiony na pierwszym, dominującym miejscu. Do najważniejszych przyczyn wyludniania się województwa opolskiego, zaliczony jest ujemny przyrost naturalny, w tym niska dzietność oraz starzejące się społeczeństwo. Władze regionalne największe środki europejskie zadekowały dwóm programom zdrowotnym¹¹ stanowiącym odpowiedź na wyzwania demograficzne (tab. 1 i 2):

- Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (okres realizacji 2016–2020),¹²
- Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego (okres realizacji 2016–2020).¹³

Oba dokumenty wpisują się w założenia Programu Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”.

2.1. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem w ramach Programu Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla rodziny”

Celem Programu jest „poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim do 2020 r.” Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem... jest bezpośrednio skierowany do:

9. Zob. Stanowisko służb Komisji w sprawie opracowania umowy o partnerstwie i programów w Polsce na lata 2014–2020. [@:] http://rpo2020.lubuskie.pl/wp-content/uploads/2013/02/PL-PP_26-September-final_PL-translation.pdf.

10. Zob. Programowanie perspektywy finansowej..., dz. cyt., s. 139.

11. Regionalny program zdrowotny (RPZ) — program polityki zdrowotnej realizowany w ramach RPO, mogący dotyczyć następujących przykładowych działań:

- wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
- wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy;
- wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy;
- wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

12. Zob. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla rodziny”. Samorząd Województwa Opolskiego, Opole 2016, [@:] <http://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Program-poprawy-opieki-nad-matk%C4%85-i-dzieckiem-w-ramach-Programu-SSD-w-wojew%C3%B3dztwie-opolskim-do-2020-roku1.pdf>.

13. Zob. Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego. Samorząd Województwa Opolskiego, [@:] http://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Regionalny-Program-Zdrowotny_8.1_ch.cywilizacyjne-ostateczna-wersja.pdf.

Tab. 1. Finansowanie regionalnych programów zdrowotnych w ramach budżetu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego (RPO WO) 2014–2020, w tym Osi priorytetowej VIII. oraz działania 8.1

	Alokacja (mln euro)	% alokacji RPO WO 2014–2020	% alokacji osi priorytetowej OP8	% alokacji działania 8.1
Oś priorytetowa 8. Integracja społeczna	73,9	7,8	–	–
Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych	50,0	5,3	67,6	–
Regionalny Program Zdrowotny „Choroby cywilizacyjne”	4,5	0,5	6,1	9,0
Regionalny Program Zdrowotny „Opieka nad matką i dzieckiem”	14,0	1,5	18,9	28,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

Tab. 2. Wskaźniki wybranych regionalnych programów zdrowotnych w ramach RPO WO 2014–2020

	Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w programie ^a	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wyklucz. społ. objętych usługami zdrowot. w programie
Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych	54 290 (85%, tj. 46 147 osób)	32 570 (85%, tj. 27 685 osób)
Regionalny Program Zdrowotny „Choroby cywilizacyjne”	4 980	2 988
Regionalny Program Zdrowotny „Opieka nad matką i dzieckiem”	39 150	23 490

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

^aWskaźnik z Ram Wykonania. Wartość pośrednia: 16 290 (2018 r.)

- kobiet w ciąży i w okresie połogu,
- noworodków i dzieci do 2 roku życia,
- personelu służb świadczących usługi zdrowotne.

Pośrednimi odbiorcami Programu będą rodzice/opiekunowie prawni noworodków i dzieci do drugiego roku życia, pracownicy ośrodków pomocy społecznej (OPS) i powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR). Beneficjentami uprawnionymi do aplikowania o środki w ramach zaplanowanych konkursów są:

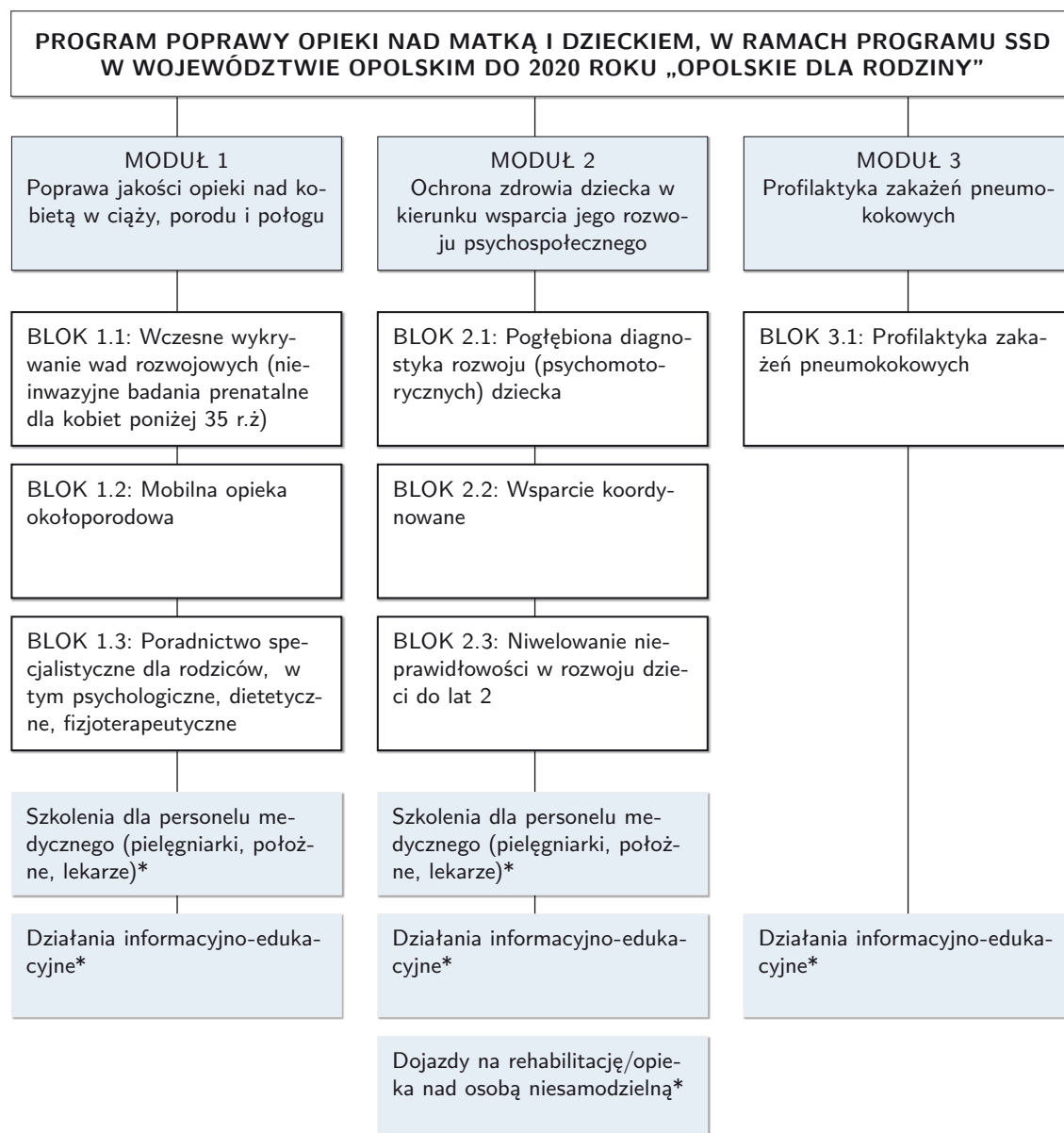
- podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia — publiczne i prywatne,
- podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej.

Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem... będzie realizowany na terenie całego województwa opolskiego, z uwzględnieniem prowadzenia działań w środowisku lokalnym. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W realizację projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy. Premiowane są projekty wdrażane we współpracy z OPS i PCPR. Rysunek 1 przedstawia założenia Programu.

2.2. Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego

Choroby cywilizacyjne to jeden z największych obecnie problemów zdrowotnych społeczeństw państw wysoko rozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, do grona, których zaliczana jest również Polska. Promocja zdrowia stanowi proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem. Celem głównym Regionalnego Programu Zdrowotnego jest poprawa do 2020 roku stanu zdrowia mieszkańców Opolszczyzny, poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz wdrożenie działań zapobiegających nadwadze, otyłości i cukrzycy.¹⁴

14. Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym... dz. cyt., s. 20.



Rys. 1. Założenia Programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem...

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem... dz. cyt.

*działania uzupełniające, niemożliwe do realizacji samodzielnie

Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców Opolszczyzny skutkować ma zmniejszeniem zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę typu II i inne), a tym samym spowodować zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem ww. chorób oraz zmniejszyć skutki społeczne niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

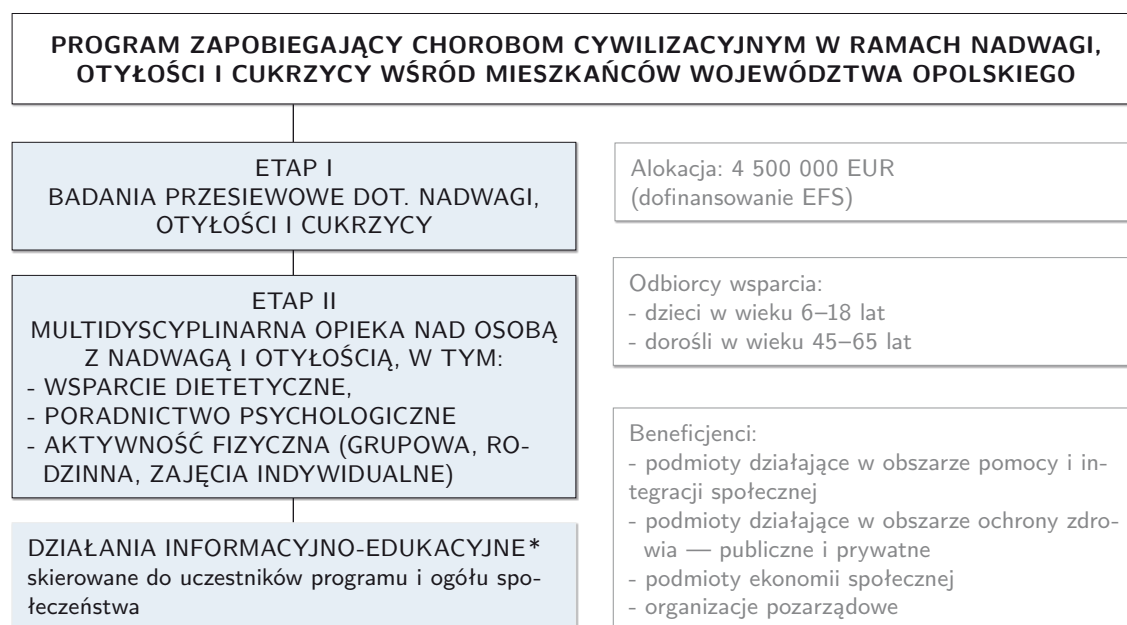
Bezpośrednia grupa docelowa kwalifikująca się do objęcia Programem obejmuje dzieci od 6 do 18 roku życia oraz osoby w wieku 45–65 lat. Ukierunkowanie wsparcia na wskazanych odbiorców wynika z sytuacji epidemiologicznej regionu i odpowiada na potrzeby zdefiniowane w Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020.¹⁵ Przy wyborze grupy docelowej wzięto pod uwagę, fakt że badania nad skutecznością programów profilaktycznych prowadzonych na świecie wskazują jednoznacznie, że szanse na uzyskanie wymiernych efektów działań profilaktycznych są większe, gdy ich adresaci są młodszy (Silva 2002). Problemy zdrowotne

15. Zob. Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020. Załącznik do Uchwały nr 4487/2013 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 23 grudnia 2013 r., Opole, 20 grudnia 2013 r., [@:] http://archiwum.opolskie.pl/docs/strategia_ochrony_zdrowia1.pdf.

tej grupy i ich konsekwencje rozwojowe, społeczne i ekonomiczne stanowią szczególnie ważne wyzwanie dla samorządów, rodziców, dla wychowawców i całej społeczności lokalnej (Grzelak 2015, s. 19). W przypadku osób dorosłych zwiększa się również radykalnie ryzyko występowania cukrzycy (od 55 roku życia) oraz innych chorób uwarunkowanych nadmierną masą ciała (np. choroby układu krążenia). Występujące w tym wieku zachorowania często prowadzą do znacznej absencji zawodowej, przechodzenia na renty inwalidzkie, a także mogą być przyczyną wcześniejszego zgonu. Za realizację projektów w ramach Programu odpowiadają beneficjenci, którymi mogą być:

- podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia — publiczne i prywatne,
- podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej.

W ramach każdego projektu, muszą być realizowane wszystkie etapy zakładane w RPZ.



Rys. 2. Założenia Programu Zapobiegającego Chorobom Cywilizacyjnym...

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Programu zapobiegającego chorobom cywilizacyjnym... dz. cyt.

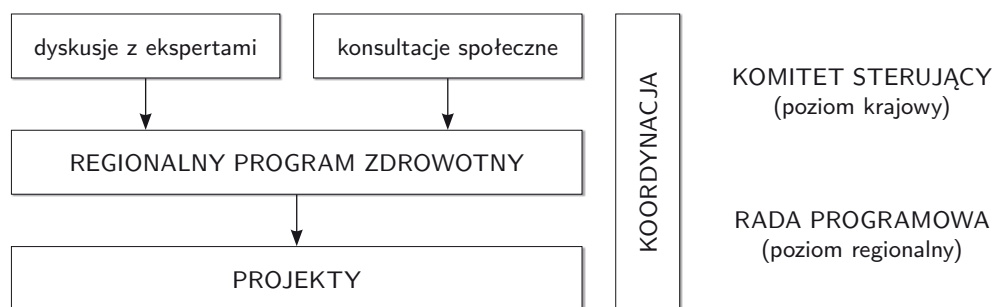
*działania uzupełniające, niemożliwe do realizacji samodzielnie

3. Tworzenie, zasady wdrażania i bariery realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych

Tworzenie regionalnych programów zdrowotnych finansowanych ze środków unijnych wynika z Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków europejskiego funduszu społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.¹⁶ Założenia każdego tego typu programu są załączane do Planów Działania w sektorze zdrowia i muszą być zaakceptowane przez Komitet Sterujący funkcjonujący przy Ministerstwie Zdrowia, a na poziomie regionalnym tworzone z udziałem ekspertów w danej dziedzinie np. cukrzycy, nadwagi i otyłości, czy też wspierania matki i dziecka.

Programy tworzone są przez instytucje zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi (Zarząd Województwa), a akceptowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Na bazie zaakceptowanego programu zdrowotnego Zarząd Województwa ogłasza konkurs na projekty. Władze Województwa opolskiego, jako jedne z pierwszych w kraju przygotowały dwa regionalne programy zdrowotne w ramach środków unijnych, które to Agencja Oceny

16. Zob. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020. MR/H2014–2020/16(2)/12/2016, zatwierdzone przez Ministra Rozwoju i Finansów, Mateusza Morawieckiego, Warszawa, 8 grudnia 2016 r.



Rys. 3. Relacje pomiędzy regionalnym programem zdrowotnym a inicjatywami projektowymi — kluczowe podmioty
Źródło: opracowanie własne na podstawie Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć... dz. cyt., s. 5, zał. 1.

Technologii Medycznych i Taryfikacji zaakceptowała w 2016 roku.¹⁷ Obecnie trwają konkursy dla tych programów.¹⁸ Przygotowane programy, jak i trwające konkursy, jak również prowadzone rozmowy z beneficjentami inicjatyw projektowych stały się bazą do analizy barier wdrożeniowych programów. Z przeprowadzonych wśród potencjalnych beneficjentów badań empirycznych, wynikają następujące bariery:

- osiągnięcie zapisanych w programach zdrowotnych wskaźników realizacji programów (tab. 2);
- przygotowywanie przez potencjalnych beneficjentów inicjatyw projektowych obejmujących wszystkie moduły (rys. 1) oraz etapy (rys. 2) wskazane w danym programie zdrowotnym;
- docieranie do jak największej liczby odbiorców danego programu zdrowotnego,
- poszerzanie grupy realizatorów inicjatyw projektowych,
- niewystarczający system szkoleń, poszerzających wiedzę w zakresie pisania projektów, dla potencjalnych beneficjentów w nowych dziedzinach (np. dla niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, stowarzyszenia pielęgniarek i położnych).¹⁹

Podsumowanie

Na bazie zidentyfikowanych barier sformułowano następujące rekomendacje dla władz regionalnych:

- Selektywne podejście do wsparcia środkami unijnymi obszaru zdrowia wymaga nowego sposobu programowania interwencji ze strony instytucji i wytworzenia nowych mechanizmów współpracy/koordynacji na poziomie władz regionalnych/samorządów lokalnych/podmiotów leczniczych/podmiotów integracji społecznej/organizacji pozarządowych. Kapitał ludzki jest tu najistotniejszym czynnikiem (Namyślak 2006, s. 60–61).
- Opracowanie programów zdrowotnych finansowanych ze środków unijnych, stanowiących uzupełnienie działań finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, musi być poprzedzone (odpowiednio wcześniej) analizą deficytów występujących na danym obszarze (np. usługi, infrastruktura, potencjał kadrowy), która oparta będzie o regionalne/krajowe dane, jak również informacje płynące od potencjalnych grup odbiorców wsparcia i beneficjentów (projektodawcy)
- Wybór obszarów interwencji koniecznych do określenia w programie powinien na etapie jego opracowania podlegać konsultacjom z potencjalnymi odbiorcami pomocy i realizatorami inicjatyw projektowych, tak aby trafnie określić ich potrzeby (tzw. Dyskusje ex ante). Na dalszym etapie wdrażania programu powinno to zapewnić realizację inicjatyw projektowych odpowiadających na założenia programu.

17. Program opieki nad matką i dzieckiem... zatwierdzony został opinią Prezesa AOTMiT nr 133/2016 z dnia 1 sierpnia 2016. Natomiast Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym... zatwierdzony został opinią Prezesa AOTMiT nr 102/2016 z dnia 3 czerwca 2016.

18. Harmonogram naboru projektów ogłaszanych przez IZRPO WO dostępny jest na stronach internetowych tej instytucji (<http://rpo.opolskie.pl/>) Istotne jest, że konkursy dla obszaru zdrowia muszą wynikać z Planu Działania w sektorze zdrowia dla RPO WO 2014–2020 przygotowywanego przez IZRPO WO a zatwierdzonego przez Komitet Sterujący (na poziomie krajowym).

19. Badania przeprowadzono wśród grupy potencjalnych beneficjentów zainteresowanych udziałem w konkursie, uczestniczących w konsultacjach zapisów Regionalnych Programów Zdrowotnych.

- Określenie szczegółowych warunków realizacji programu powinno być przedmiotem dyskusji, spotkań z interesariuszami programu. Natomiast na etapie realizacji inicjatyw projektowych powinna być kontynuowana współpraca z realizatorami projektów co zagwarantuje ich sprawna realizację (dalsze dyskusje ex ante, iter midiet i ex post).
- Ocena osiągniętych efektów powinna być monitorowana na bieżąco, aby odpowiednio wcześniej móc wprowadzać działania naprawcze, w szczególności w celu zachowania wysokiej jakości usług medycznych. Zastosowane modele, powinny wynikać z dotychczasowych doświadczeń (Malik 2011, s. 109–155).
- Na poziomie realizatorów inicjatyw projektowych powinny być prowadzone działania informacyjne, propagujące podejmowanie działań jak najbardziej kompleksowych, w partnerstwie obejmujących jeśli jest taka możliwość cały obszar problemowy (terytorium) i możliwie jak najwięcej narzędzi interwencji (np. zakup nowoczesnego sprzętu medycznego — szkolenie dla personelu — zapewnienie dowozu na badania — działania świadomościowe) (Brandenburg 2003, s. 59–70).

Wyzwania demograficzne są bazą do skoordynowanych działań władz regionalnych. Dla województwa opolskiego ma to szczególne znaczenie, gdyż jest to region, którego w sposób szczególny dotykają negatywne procesy demograficzne. Środki finansowe lat 2014–2020 stały się głównym narzędziem wsparcia inicjatyw projektowych, które mają korzystnie wpływać na procesy demograficzne. To jednak spowodowało pojawienie się nowych barier, które warto niwelować, by osiągać jak najlepsze efekty w rozpoczętym procesie wdrażania.

Literatura

- BEDRUNKA K., MALIK K. (2012): *Zintegrowana efektywność polityki rozwoju regionalnego w okresie programowania 2014–2020*. „Handel Wewnętrzny. Marketing, Rynek, Przedsiębiorstwo”, nr 58 (2), s. 7–18.
- BRANDENBURG H. (2003): *Zarządzanie lokalnymi projektami rozwojowymi*. Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- GRZELAK S. (red.) (2015): *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych. Jak wspierać młodzież w podróży życia?* Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- MALIK K. (2011): *Ewaluacja polityki rozwoju regionu. Metody, konteksty i wymiary rozwoju zrównoważonego*. Studia/Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN, t. 135, Warszawa, KPZK PAN.
- NAMYŚLAK B. (2006): *Konkurencyjność regionów w ujęciu terytorialnym. Próba oceny poziomu konkurencyjności polskich regionów*. [w:] A. Klasik (red.): *Przedsiębiorcze i konkurencyjne regiony w perspektywie spójności przestrzeni europejskiej*, Prace Naukowe — Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego, Katowice, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego.
- SILVA M. (2002): *The Effectiveness of School-Based Sex Education Programs in the Promotion of Abstinent Behavior: A Meta-Analysis*. „Health Education Research”, nr 17 (4), s. 471–481.