Fundusze Europejskie Pomoc Techniczna

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska Fundusz Spójności

Raport cząstkowy

OCENA REALIZACJI PLANÓW DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA – ETAP I



IBC GROUP Central Europe Holding S. A.

Warszawa, 16 października 2017 r.

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską oraz budżet państwa ze środków Funduszu Spójności w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020.

Autorzy raportu:

dr Marcin Pierzchała
dr Piotr Karniej
Jarema Piekutowski

Zespół Badawczy:

dr Marcin Pierzchała
dr Piotr Karniej
Jarema Piekutowski
Sławomir Kozieł
Iwona Pilchowska

Streszczenie raportu

Celem głównym niniejszego badania ewaluacyjnego jest: *ocena Planów Działań w sektorze zdrowia (PD) jako narzędzia koordynacji, a także ich wpływu na cały sektor, w tym głównie na realizację celów, wskaźników (rezultatu i produktu), a także narzędzi i działań określonych w ramach strategii ogólnokrajowych w zakresie wsparcia obszaru zdrowia ze środków polityki spójności*.

W ramach I etapu ewaluacji realizowanego w okresie od sierpnia do października 2017 r., którego podsumowaniem jest niniejszy raport, analizie i ocenie poddane zostało 36 Planów Działań z roku 2015 oraz 2016[1]. Ewaluacja objęła różnorodne działania w obszarze zdrowia współfinansowane w ramach polityki spójności ze środków EFRR (w PO IiŚ, RPO i PO PC) oraz EFS (w PO WER i RPO) w Priorytetach Inwestycyjnych numer: 2c, 8vi, 9a, 9iv, 10ii oraz 10iii. Ocena dokonana została pod kątem 5 kryteriów ewaluacyjnych, takich jak: trafność, skuteczność, spójność, użyteczność, wpływ. Każdemu kryterium oceny poświęcono odrębny rozdział w niniejszym raporcie. W ramach badania wykorzystano różnorodne metody i techniki badawcze, które pozwoliły udzielić szczegółowych i wyczerpujących odpowiedzi na zadane przez Zamawiającego pytania badawcze, w tym: analizę danych zastanych (*desk research*), metody jakościowe (wywiady pogłębione – IDI/diady, ITI, zogniskowany wywiad grupowy – FGI, a także warsztat podsumowujący wstępne wyniki ewaluacji) oraz metody ilościowe (wywiady kwestionariuszowe CATI i CAWI).

Badanie ewaluacyjne potwierdziło, że Plany Działań (w tym zarówno pod względem ich koncepcji, zakresu oraz sposobu procedowania/uzgadniania w ramach prac *Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia* – KS) **spełniają rolę kluczowego narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia**. Istotne jest, że ten pozytywny aspekt planowania w sektorze dostrzegany jest przez wszystkich uczestników systemu koordynacji, co bez wątpienia wpływa na ich duże zaangażowanie w opracowywanie i wdrażanie postanowień PD. Należy jednak w przyszłości zastanowić się nad kwestią silniejszego umocowania w ustawodawstwie dotyczącym wdrażania polityki spójności ciała, jakim jest KS w zakresie jego wpływu na decyzje zapadające na komitetach monitorujących programy operacyjne, w ramach których wdrażane jest wsparcie w obszarze zdrowia.

Ze względu na to, że PD uzgadniane są na forum KS, zapewniona jest **lepsza koordynacja działań o charakterze centralnym z tymi realizowanymi na szczeblu regionalnym**. Daje to instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w kolejnym roku na szczeblu regionalnym, ale pozwala również na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. W przypadku regionów efekt ten przekłada się na to, że ich przedstawiciele posiadają wiedzę o działaniach planowanych na szczeblu centralnym, np. w ramach PO WER czy PO IiŚ, a także w innych województwach. Ponadto istnienie PD odnoszących się do finansowania ze środków EFSI pozwala na dodatkową – **lepszą alokację środków krajowych, które mogą działać komplementarnie lub substytucyjnie** – zgodnie z wolą decydentów.

[1] Były to PD w sektorze zdrowia w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 (16 w 2015 roku i 16 w 2016 roku) oraz PO WER (za 2015 i za 2016) oraz PO IiŚ (za 2015 i za 2016 rok).

Ważnym wnioskiem, płynącym z badania jest to, iż projektowane **PD odnoszą się do najważniejszych obszarów wsparcia związanych ze zdrowiem**, które są zbieżne z celami *Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* (dalej: Policy Paper lub PP). Choć PD spełniają rolę skutecznego narzędzia koordynacji, to istnieją zidentyfikowane w toku ewaluacji, istotne obszary ryzyka utrudniające ich skuteczną i efektywną realizację. Do najważniejszych z nich należy wskazać: **ryzyko w zakresie decyzyjności**, **prawno-organizacyjne systemu** (w kontekście zmian związanych z wprowadzenie tzw. „sieci szpitali”), **niedostatecznego wpływu samorządu na PD** (zarówno na poziomie regionalnym, jak i powiatowym; głos samorządu nie jest bowiem uwzględniany przy podejmowaniu decyzji o charakterze strategicznym), **braku kadry lub niezaistnienia warunków wymaganych do realizacji programu** (np. związane z pozyskaniem przez wnioskodawców wymaganej kadry medycznej w ramach projektów), **finansowe** (związane z tym, że wykorzystanie środków jest znacznie niższe niż zakładane).

W ramach komunikacji pomiędzy interesariuszami w procesie uzgadniania i realizacji PD nie zidentyfikowano większych problemów. Wskazywano jedynie krótki czas na konsultacje dokumentów. Ta bariera jest szczególnie istotna, ponieważ może – co wskazano w raporcie – wpływać na fasadowy charakter procesu konsultacji PD. W wyniku analiz podkreślono, że **istotna w kontekście skuteczności realizacji PD, jest konieczność wzięcia pod uwagę w procesie uzgadniania PD, dodatkowych interesariuszy**, do tej pory nieuczestniczących w KS. Do najważniejszych z nich należy Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, które ogłasza konkursy w ramach PO WER i PO IR, które dotyczą pośrednio lub bezpośrednio obszaru zdrowia (m.in. w zakresie realizacji programów podnoszenia kompetencji kadr medycznych kształcących się w uczelniach medycznych, programy poprawy jakości kształcenia na kierunkach medycznych itp.), co pozwoli lepiej zidentyfikować projekty w obszarze zdrowia realizowane ze środków europejskich, które nie są jednak bezpośrednio dedykowane temu obszarowi. Podobnie jest w przypadku rozszerzenia grona interesariuszy o podmioty, współkształtujące politykę kadrową w zawodach medycznych, czyli np. samorządy zawodowe lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, organizacje zrzeszające dietetyków, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. Ich obecność w KS i aktywna współpraca w procedowaniu PD mogłaby przełożyć się na większe dopasowanie planowanych naborów do potrzeb regionów (m.in. w kontekście braków kadry medycznej zaplanowanej do uczestnictwa w realizowanych projektach).

W ramach badania ewaluacyjnego oceniono spójność zewnętrzną i wewnętrzną PD. Spójność zewnętrzna rozumiana jest tu jako spójność z dokumentami strategicznymi (Umowa Partnerstwa, Policy Paper i inne), zaś spójność wewnętrzna – jako spójność między poszczególnymi Planami Działania, jeśli chodzi o ich treść, a także jako właściwa konstrukcja samego narzędzia. Poziom spójności z Policy Paper jest najwyższy i wykazany wprost. Ponadto **nie znaleziono istotnych sprzeczności, które mogłyby świadczyć o niezgodności strategicznej działań realizowanych ze środków EFSI z dokumentami o charakterze strategicznym**. Jednak w ramach innych dokumentów strategicznych poza Policy Paper (strategie regionalne i sektorowe) obszar zdrowia jest często uwzględniany jako przekrojowy w stosunku do pozostałych obszarów interwencji, a działania w tym zakresie rozproszone są pomiędzy sferę rynku pracy, integracji społecznej, infrastruktury publicznej i ochrony środowiska.

PD stanowią dobre narzędzie dla wszystkich interesariuszy biorących udział w procesie ich uzgadniania, **ponieważ dają możliwość wpływu na podejmowane obszary interwencji.** Pomimo to istnieją problemy w realizacji postanowień PD, do których zaliczyć można przede wszystkim: podjęcie interwencji w obszarach, w których brak jest odpowiedniej kadry (np. lekarzy, którzy mieliby udzielać określonych świadczeń medycznych), podjęcie interwencji w regionach o niskim stopniu zainteresowania zarówno ze strony potencjalnych wnioskodawców (w zakresie składania projektów) oraz uczestników (w zakresie udziału w projektach), niewłaściwe zdefiniowanie grupy docelowej projektów (np. pomijanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niebędących podmiotami leczniczymi), oparcie interwencji w regionie o podmioty, które nie będą mogły w przyszłości realizować dotychczasowej działalności (tzn. podmiotów w zakresie ratownictwa medycznego niebędących samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, a więc niespełniające założeń projektu *ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw*[2], lub też skierowanie obszaru interwencji do szpitali, które nie zostały włączone do tzw. „sieci szpitali”), przygotowanie rozwiązań o charakterze prawnym, niespójnych z obecną rzeczywistością prawną i niemożliwe do realizacji.

W analizie wskazano, że w ramach PD na lata 2016-2017 łącznie Instytucje Zarządzające oraz Pośredniczące wskazały **94 wskaźniki monitorujące, które zasadniczo nie budzą wątpliwości pod względem ich poprawności metodologicznej, przejrzystości, obiektywności i mierzalności.** Wyjątek stanowią tylko 2 wskaźniki – *liczba urządzeń aparatury medycznej/sprzętu medycznego zakupionego w programie* oraz *liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej*.

Uwzględniając kryterium spójności należy podkreślić, że Policy Paper do części narzędzi przypisuje odpowiednie wskaźniki PO WER i PO IiŚ. **W przypadku RPO, Policy Paper nie wskazuje jednoznacznego zestawu wskaźników**, co należałoby zmienić poprzez to, że PP powinien wskazywać przynajmniej jeden wskaźnik dla każdego z narzędzi, wspólnego dla różnych programów, a jeśli to nie byłoby możliwe, to choćby zestawu najważniejszych wskaźników – mogą to być te wskaźniki, które najczęściej występują w planach. **Ponadto ten dokument strategiczny powinien uzyskać status strategii zintegrowanej, co oznaczałoby wprowadzenie zmian w systemie zarządzania rozwojem kraju.**

Jednocześnie analiza wniosków o dofinansowanie projektów wybranych, zgodnie z zapisami PD, w naborach konkursowych ogłoszonych w latach 2015-2016 w poszczególnych województwach w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv) skłania do sformułowaniu tezy o **opóźnieniach części regionów w zakresie ogłaszania konkursów w obszarze zdrowia do końca 2016 roku.** Jedynie w 2 województwach ogłoszono konkursy we wszystkich priorytetach inwestycyjnych (małopolskie oraz warmińsko-mazurskie), a w 4 regionach - tylko w jednym PI. **Pozytywnie należy ocenić zgodność wniosków o dofinansowanie z dokumentami strategicznymi i programowymi dotyczącymi polityki zdrowotnej** (RPO, strategie regionalne), odnoszenie się do rzeczywistych potrzeb zidentyfikowanych w regionach i odzwierciedlonych w PD.

[2] Patrz: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290955/katalog/12384393#12384393 [stanu na dzień 24.10.2017].

Podsumowując, badanie ewaluacyjne wykazało, zasadność stosowania PD jako skutecznego, efektywnego narzędzia koordynacji, a także wpływu na sektor zdrowia, w tym głównie na realizację celów, wskaźników (rezultatu i produktu), a także narzędzi i działań określonych w ramach strategii ogólnokrajowych w zakresie wsparcia obszaru zdrowia ze środków polityki spójności. Jednocześnie działania podejmowane w związku z przyjmowaniem PD mogą stanowić dobrą praktykę dla Ministerstwa Rozwoju, aby w innych sektorach/politykach publicznych objętych interwencją ze środków polityki spójności również rozważyło możliwość wprowadzenia podobnych działań koordynacyjnych. Prezentacja założeń systemu koordynacji w sektorze zdrowia przez przedstawicieli KS w trakcie posiedzeń istotnych gremiów związanych z systemem zarządzania rozwojem kraju (Komitet ds. Umowy Partnerstwa, Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju) pozwoliłaby na maksymalną dyfuzję wiedzy oraz stworzenie katalogu praktycznych rozwiązań związanych z zarządzeniem strategicznym w instytucjach administracji publicznej.

Spis treści

Streszczenie raportu 2
Spis treści..... 6
Wykaz skrótów i nazw obcych 7
1. Wprowadzenie 8
1.1. Opis przedmiotu badania..... 8
1.2. Opis założeń badania (cel badania, kryteria ewaluacji, zakres badania).....10
2. Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł danych w badaniu 12
2.1. Analiza danych zastanych (*desk research*) 12
2.2. Indywidualne wywiady pogłębione IDI (In-Depth Interview) / diady.....17
2.3. Telefoniczne wywiady pogłębione ITI (In-depth Telephone Interview) 17
2.4. Zogniskowany wywiad grupowy FGI (Focus Group Interview).....18
2.5. Wywiady kwestionariuszowe CAWI (Computer-Assisted Web Interview) 19
2.6. Wywiady kwestionariuszowe CATI (Computer-Assisted Telephone Interview) 19
3. Opis wyników badania.....21
3.1. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem trafności.....21
3.2. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem skuteczności.....35
3.3. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem spójności 63
3.4. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem użyteczności.....80
3.5. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem wpływu 85
4. Wnioski i rekomendacje.....87
5. Załączniki 96
5.1. Matryca spójności wewnętrznej.....96
5.2. Matryca analizy wskaźników 96

Wykaz skrótów i nazw obcych

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
CATI	wywiad kwestionariuszowy prowadzony za pośrednictwem telefonu, wspomagany komputerowo (*Computer-Assisted Telephone Interview*)
CAWI	wywiad kwestionariuszowy przeprowadzany on-line (CAWI – *Computer-Assisted Web Interview)*
EFSI	Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
FGI	zogniskowany wywiad grupowy (ang. *Focus Group Interview*)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	indywidualny wywiad pogłębiony (ang. *Individual In-depth Interview)*
IZ	instytucja zarządzająca
KM	Komitet Monitorujący
KS	Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia
MR	Ministerstwo Rozwoju
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PD	Plany Działań w sektorze zdrowia
PI	Priorytet Inwestycyjny
PO IiŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowiska 2014-2020
PO PC	Program Operacyjny Polska Cyfrowa 2014-2020
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PP	Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
RPO	regionalny program operacyjny
SIWZ	specyfikacja istotnych warunków zamówienia
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
SOR*	Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)
TIK	technologie informacyjno-komunikacyjne
ITI	telefoniczny wywiad pogłębiony (ang. In-Depth Telephone Interview)
UE	Unia Europejska
WLWK	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych

1. Wprowadzenie

1.1. Opis przedmiotu badania

W *Umowie Partnerstwa na lata 2014-2020* przewidziano szereg narzędzi koordynacji inwestycji w ochronę zdrowia. Jednym z nich są roczne **Plany Działań w sektorze zdrowia dotyczące regionalnych i krajowych programów operacyjnych, współfinansowanych ze środków EFS oraz EFRR, które są uzgadniane przez *Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia***. W 2015 roku odbyły się 3 posiedzenia Komitetu Sterującego (I-III). W 2016 roku 8 posiedzeń (IV-XI).

Celem koordynacji realizowanej przez Komitet Sterujący jest zapewnienie właściwego ukierunkowania interwencji, zapobieganie ich nakładaniu się, zapewnienie efektywności kosztowej oraz precyzyjne dostosowanie interwencji do potrzeb zidentyfikowanych na poziomie kraju i poszczególnych regionów. Do głównych zadań Komitetu Sterującego (dalej: KS) należy zgodnie z zapisami *Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*[3]:

- ✓ uzgadnianie Planu Działań *w sektorze zdrowia*, zwanego dalej Planem Działań (lub PD), uwzględniającego projekty planowane do finansowania w ramach *Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*, *Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020* oraz regionalnych programów operacyjnych, w tym również w obszarze e-zdrowia, z uwzględnieniem projektów realizowanych ze środków krajowych i innych funduszy, który zawiera w szczególności:
  - typy beneficjentów oraz tryby wyboru projektów,
  - harmonogramy ogłaszania konkursów,
  - rekomendacje dla Komitetów Monitorujących programy operacyjne, co do kryteriów wyboru projektów z obszaru zdrowia, przy czym w odniesieniu do projektów z e-zdrowia również w zakresie konkursów obejmujących szerszy zakres tematyczny;
- ✓ opracowywanie rozwiązań służących efektywnemu wdrażaniu środków funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia;
- ✓ dokonywanie oceny efektywności i skuteczności wykorzystania funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia;
- ✓ wydawanie rekomendacji dla proponowanych do dofinansowania projektów pozakonkursowych w sektorze zdrowia na podstawie przedstawionych przez instytucję zarządzającą/instytucję pośredniczącą fiszek;
- ✓ zlecanie ewaluacji Planu Działań i wydawanie rekomendacji dla instytucji pośredniczących/instytucji zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia;

[3] Patrz: (http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-799-informacje_ogolne_ks.html). Aktualny regulamin (ostatnia zmiana w dniu 05.06.2017 roku) stanowi załącznik do *uchwały nr 20/2017/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 czerwca 2017 r.*

- ✓ zlecanie/przygotowywanie ekspertyz, opinii, rekomendacji, wytycznych, podręczników.

Dodatkowo Komitet Sterujący może także wykonywać inne zadania niezbędne do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania mechanizmu koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków Unii Europejskiej.

Komitet Sterujący posiada status podkomitetu w ramach *Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa*, utworzonego na podstawie *art. 14l ustawy z dnia 6 grudnia 2006 roku o zasadach prowadzenia polityki rozwoju* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1649 oraz z 2015 poz. 349. Działa on na podstawie *decyzji Nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014-2020* i *Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*[4] przez okres realizacji perspektywy finansowej 2014-2020. W jego skład wchodzą przedstawiciele strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawiciele innych podmiotów, mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia.

PD są jednym z narzędzi, jakimi Komitet Sterujący zapewnia koordynację interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków UE. Zgodnie z wymogami dla IZ oraz IP warunkiem koniecznym dla podejmowanych interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez Komitet Sterujący Planem Działań w sektorze zdrowia podejmowanych ze środków unijnych na poziomie krajowym i regionalnym. Każda z instytucji zarządzających regionalnym programem operacyjnym lub instytucji pośredniczących właściwego programu operacyjnego na poziomie krajowym (PO WER, PO IiŚ), która odpowiada w programie operacyjnym za obszar zdrowia, opracowuje projekt Planu Działań w sektorze zdrowia na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego, jednak nie później niż do 30 listopada roku poprzedzającego podjęcie planowanych interwencji, w którym przedstawia między innymi planowane kryteria wyboru projektów.

Plany Działań uwzględniają przede wszystkim:

- ✓ listę oraz opis konkursów,
- ✓ listę oraz opis projektów pozakonkursowych[5],
- ✓ wartość planowanych inwestycji (w podziale na dofinansowanie UE i wkład krajowy),
- ✓ planowane do osiągnięcia wskaźniki,
- ✓ kryteria wyboru projektów, a także listę przedsięwzięć planowanych do realizacji w kolejnych okresach sprawozdawczych.

Dodatkowo, w celu zapewnienia właściwej koordynacji, do PD załączana jest lista inwestycji realizowanych ze środków krajowych. Plany Działań w sektorze zdrowia przyjmowane są

[4] Patrz: (http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-799-informacje_ogolne_ks.html).

[5] Zgodnie z ogólnymi zasadami dotyczącymi wypełniania Planu Działań w PD należy wpisać tylko te projekty pozakonkursowe, które mają zostać ogłoszone w roku objętym danym PD i mogą stanowić przedmiot oceny Komitetu. W PD nie są wpisywane konkursy zależne od map, które nie zostały jeszcze opracowane oraz dla których nie złożono fiszki RPZ, jeśli taka jest wymagana. W PD należy wpisywać tylko te projekty pozakonkursowe, dla których złożono fiszkę projektową. Nie są wpisywane projekty pozakonkursowe zależne od map, które nie zostały jeszcze opracowane.

na każdy rok kalendarzowy (choć powszechną praktyką jest, że są one aktualizowane) wydatkowania środków EFSI w perspektywie finansowej 2014-2020. Warunkiem koniecznym dla rozpoczynania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z właściwym Planem Działania w sektorze zdrowia, uzgodnionym przez KS.

1.2. Opis założeń badania (cel badania, kryteria ewaluacji, zakres badania)

Celem głównym realizowanego badania ewaluacyjnego była **ocena Planów Działań jako narzędzia koordynacji, a także ich wpływu na sektor zdrowia, w tym głównie na realizację celów, wskaźników (rezultatu i produktu), a także narzędzi i działań określonych w ramach strategii ogólnokrajowych w zakresie wsparcia obszaru zdrowia ze środków polityki spójności**.

W ramach niniejszego raportu analizie poddane zostały Plany Działań na rok 2015 oraz 2016.

Cel główny badania został zrealizowany poprzez zastosowanie następujących kryteriów ewaluacji:

- ✓ **trafność** (rozumiana jako ocena treści oraz konstrukcji PD, jako narzędzia koordynacji, a także zasad w zakresie podziału ról i zadań oraz przypisania ich do poszczególnych instytucji systemu w ich tworzeniu, przyjmowaniu i wdrażaniu w stosunku do zapisów dokumentów strategicznych/programowych, wyzwań i priorytetów zdrowotnych oraz przepisów prawa regulujących funkcjonowanie polityki spójności i krajowej polityki zdrowotnej);
- ✓ **skuteczność** (rozumiana jako ocena stopnia, w jakim PD spełnią oczekiwaną rolę narzędzia koordynacji w systemie koordynacji interwencji w obszarze zdrowia w ramach polityki spójności na lata 2014-2020, a także przyczyniają się do realizacji celów i wskaźników określonych w strategiach ogólnokrajowych w obszarze zdrowia oraz w ramach krajowej polityki zdrowotnej, jak również przekładają się na wybór skutecznych projektów realizowanych w tym obszarze);
- ✓ **spójność** (rozumiana jako ocena poziomu wzajemnego uzupełniania się – komplementarności zapisów PD oraz ich nie powielania się w stosunku do działań finansowanych z budżetu państwa, w szczególności tych wskazanych w *załączniku nr 1 do PD* oraz – w możliwym zakresie – do siebie nawzajem);
- ✓ **użyteczność** (rozumiana jako ocena stopnia, w jakim PD są przydatne poszczególnym instytucjom systemu polityki spójności, w tym również – w miarę możliwości – przy planowaniu przedsięwzięć współfinansowanych wyłącznie ze środków budżetu państwa/samorządu);
- ✓ **wpływ** (rozumiany jako ocena długofalowych efektów działań wynikających z postanowień i zapisów PD, w tym synergii projektów realizowanych wyłącznie ze środków krajowych z działaniami współfinansowanymi z EFSI (wartości dodanej

realizacji komplementarnych projektów) w obszarze zdrowia na poziomie krajowym i regionalnym).

Badaniem objęto różnorodne działania w obszarze zdrowia, współfinansowane w ramach polityki spójności ze środków EFRR (w PO IiŚ, RPO i PO PC) oraz EFS (w PO WER i RPO) **w następujących Priorytetach Inwestycyjnych:**

- ✓ PI 2c – Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia;
- ✓ PI 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się;
- ✓ PI 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych;
- ✓ PI 9iv – Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym;
- ✓ PI 10ii – Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć;
- ✓ PI 10iii – Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji.

2. Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł danych w badaniu

W ramach niniejszego badania wykorzystane zostały zarówno jakościowe, jak i ilościowe techniki gromadzenia oraz analizy danych:

- ✓ **analiza danych zastanych** (*desk research*),
- ✓ **metody jakościowe** (wywiady pogłębione – IDI / diady, ITI, FGI, warsztat),
- ✓ **metody ilościowe** (wywiady kwestionariuszowe CATI oraz CAWI).

2.1. Analiza danych zastanych (*desk research*)

W badaniu wykorzystane zostały dane ze źródeł zastanych, czyli niewywołanych (nie zostały wytworzone na potrzeby prowadzonego badania) i utrwalonych. Dane zastane gromadzone były zarówno na etapie przygotowywania metodologii badania, jak i w trakcie badań terenowych. Do najważniejszych z nich wykorzystanych w trakcie badania ewaluacyjnego należą:

- ✓ **dokumenty strategiczne w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej w Polsce** (*Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020, Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.),* inne krajowe oraz regionalne dokumenty strategiczne w zakresie zdrowia (np. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, programy strategiczne polityki zdrowotnej z woj. łódzkiego, lubuskiego, opolskiego, zachodniopomorskiego, priorytety dla polityki zdrowotnej z woj. podlaskiego);
- ✓ ***Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*);**
- ✓ **dokumenty programowe** (programy operacyjne, szczegółowe opisy osi priorytetowych, uchwały komitetów monitorujących programy operacyjne w zakresie sektora zdrowia (PO WER, PO IiŚ, RPO), w tym przede wszystkim dotyczące akceptacji kryteriów wyboru projektów)[6];
- ✓ **zapisy poszczególnych PD oraz postanowienia uchwał Komitetu Sterującego dotyczących tych PD**[7]; łącznie przeanalizowano 36 PD[8], w tym 32 w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 (16 w 2015 roku i 16 w 2016 roku) oraz 4 w przypadku krajowych, PO WER (za 2015 i za 2016) oraz PO IiŚ (za 2015 i za 2016 rok).

  Szczegółowe zestawienie analizowanych PD zawarto poniżej.

[6] Wersje aktualne w zależności od etapu badania.
[7] Regulaminy KS z dnia: 20.07.2015 r., 28.09.2015 r., 26.02.2016 r., 17.06.2016 r., 22.07.2017 r.
[8] Dotyczy również zmian w zakresie PD regulowanych uchwałami podejmowanymi przez KS w tym zakresie.

- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskie na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 -2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,

- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w zakresie zdrowia na rok 2016 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 w zakresie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2015 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój,
- Plan Działań w sektorze zdrowia na rok 2016 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój,

- ✓ ***Regulamin Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia***;
- ✓ **instrukcje wypełniania PD w sektorze zdrowia** (z dnia 19.04.2016 r. oraz 04.08.2016 r.);
- ✓ **protokoły z wybranych posiedzeń KS;**
- ✓ **sprawozdania KS** (*Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2015 roku* oraz *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2016 roku*);
- ✓ **dokumentację i dane dotyczące 87 projektów wybranych na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS** (wnioski o dofinansowanie) pozyskane od urzędów marszałkowskich oraz Ministerstwa Zdrowia w trakcie realizacji projektu;

Szczegółowe zestawienie analizowanych wniosków zawiera poniższa Tabela.

Tabela 1. Zestawienie analizowanych w ramach badania wniosków o dofinansowanie projektów wybranych, zgodnie z zapisami PD, w naborach konkursowych ogłoszonych w regionach, w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv), w latach 2015-2016.

L.p.	Program operacyjny	Województwo	Oś priorytetowa	Priorytet Inwestycyjny	Liczba wniosków
1	RPO	kujawsko-pomorskie	-	-	brak
2	RPO	podkarpackie	-	-	brak
3	RPO	pomorskie	07.Zdrowie	PI 9a	2
4	RPO	pomorskie	07.Zdrowie	PI 2c	2
5	RPO	pomorskie	05.Zatrudnienie	PI 8vi	2
6	RPO	zachodniopomorskie	09.Infrastruktura publiczna	PI 9a	2
7	RPO	warmińsko-mazurskie	03.Cyfrowy region	PI 2c	2
8	RPO	warmińsko-mazurskie	09.Dostęp do wysokiej jakości usług publicznych	PI 9a	2
9	RPO	warmińsko-mazurskie	10.Regionalny rynek pracy	PI 8vi	2
10	RPO	warmińsko-mazurskie	11. Włączenie społeczne	PI 9iv	4
11	RPO	świętokrzyskie	09.Włączenie społeczne i walka z ubóstwem	PI 9iv	2
12	RPO	świętokrzyskie	08.Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo	PI 8vi	2
13	RPO	świętokrzyskie	07.Sprawne usługi publiczne	PI 9a	2
15	RPO	lubuskie	02.Rozwój Cyfrowy	PI 2c	2
16	RPO	lubuskie	06.Rynek pracy	PI 8vi	2
17	RPO	lubuskie	09.Infrastruktura społeczna	PI 9a	2
18	RPO	śląskie	08.Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy	PI 8vi	2
19	RPO	śląskie	09.Włączenie społeczne	PI 9iv	2
20	RPO	dolnośląskie	02.Technologie informacyjno-komunikacyjne	PI 2c	2
21	RPO	dolnośląskie	06.Infrastruktura spójności społecznej	PI 9a	2
22	RPO	dolnośląskie	08.Rynek pracy	PI 8vi	2
23	RPO	wielkopolskie	02.Społeczeństwo informacyjne	PI 2c	2
24	RPO	wielkopolskie	06.Rynek pracy	PI 8vi	2
25	RPO	wielkopolskie	07.Włączenie społeczne	PI 9iv	2
26	RPO	lubelskie	10.Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian	PI 8vi	2
27	RPO	opolskie	07.Konkurencyjny rynek pracy	PI 8vi	2

28	RPO	opolskie	10.Inwestycyje w infrastrukturę społeczną	PI 9a	2
29	RPO	opolskie	08.Integracja społeczna	PI 9iv	2
30	RPO	podlaskie	08.Infrastruktura dla użyteczności publicznej	PI 9a	2
31	RPO	łódzkie	09.Włączenie społeczne	PI 9iv	2
32	RPO	łódzkie	07.Infrastruktura dla usług społecznych	PI 9a	2
33	RPO	łódzkie	10.Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie	PI 8vi	2
34	RPO	małopolska	02.Cyfrowa Małopolska	PI 2c	2
35	RPO	małopolska	02.Cyfrowa Małopolska	PI 2c	2
36	RPO	małopolska	02.Cyfrowa Małopolska	PI 2c	2
37	RPO	małopolska	08.Rynek pracy	PI 8vi	2
38	RPO	małopolska	09.Region spójny społecznie	PI 9iv	3
39	RPO	małopolska	09.Region spójny społecznie	PI 9iv	4
40	RPO	małopolska	12.Infrastruktura społeczna	PI 9a	2
41	RPO	mazowieckie	02.Wzrost e-potencjału Mazowsza	PI 2c	2
42	PO IiŚ	Śląskie	09.Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia	PI 9a	1
43	PO IiŚ	Mazowieckie	09.Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia	PI 9a	2
44	PO WER	cała polska	05.Wsparcie dla obszaru zdrowia	PI 8vi	1
45	PO WER	cała polska	05.Wsparcie dla obszaru zdrowia	PI 9iv	2
Razem					**87**

Źródło: Opracowanie własne

- ✓ **dane dotyczące przedsięwzięć realizowanych poza współfinansowaniem EFSI**, w tym w szczególności wskazywanych w załączniku nr 1 do PD z lat 2015-2016 jako komplementarne;
- ✓ **mapy potrzeb zdrowotnych**[9];
- ✓ **dane dotyczące obszaru zdrowia** (w tym dane dotyczące wskaźników z PD przekazane przez instytucje zarządzające PO/RPO);

[9] Patrz: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/;

- ✓ **dokumenty wypracowane toku funkcjonowania KS (w tym m.in. uchwały KS, protokoły z posiedzeń KS, sprawozdania z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI, Plany Działań za 2015 i 2016, regulamin KS itp.),**
- ✓ **raporty i analizy** w obszarze zdrowia, w tym w szczególności:
  - Raport „Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce”, Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala w Warszawie, Warszawa, czerwiec 2016[10],
  - Raport „Zdrowie i ochrona zdrowia w roku 2015”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa[11],
  - Raport „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016[12],
  - Raport „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2015”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016[13],
  - „Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012”, European Observatory on Health Systems and Policies.

2.2. Indywidualne wywiady pogłębione IDI (In-Depth Interview) /diady

Przeprowadzono **7 wywiadów pogłębionych** (6 IDI i jedna diada), w tym:

- ✓ 4 wywiady z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia: 1 z członkiem Komitetu Sterującego z Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (zastępca przewodniczącego KS), 1 z członkiem KS z Departamentu Analiz i Strategii (stały zastępca członka), 2 z opiekunami programów operacyjnych w Komitecie Sterującym (przedstawiciele Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia);
- ✓ 2 wywiady przedstawicielami Ministerstwa Rozwoju (członkami KS), w tym 1 diada w Departamencie Strategii Rozwoju[14] i 1 IDI w Departamencie Regionalnych Programów Operacyjnych;
- ✓ 1 wywiad z przedstawicielem Narodowego Funduszu Zdrowia (stały zastępca członka w KS) – z Departamentu Analiz Strategicznych.

2.3. Telefoniczne wywiady pogłębione ITI (In-depth Telephone Interview)

[10] Patrz: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekscie_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf;
[11] Patrz: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015 roku,1,6.html;
[12] Patrz: https://www.nik.gov.pl/plik/id,12140,vp,14521.pdf;
[13] Patrz: https://www.nik.gov.pl/plik/id,12293,vp,14678.pdf;
[14] Z przedstawicielami Departamentu Strategii Rozwoju zrealizowana została diada.

W ramach pogłębionych wywiadów telefonicznych realizowanych techniką ITI respondentami byli przedstawiciele komórek organizacyjnych urzędów marszałkowskich odpowiedzialnych za regionalną politykę zdrowotną lub osoby wskazane przez przedstawicieli tych wydziałów/departamentów. Zrealizowano 16 wywiadów w przedstawicielami następujących instytucji:

- ✓ Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego,
- ✓ Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województw Zachodniopomorskiego,
- ✓ Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego,
- ✓ Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
- ✓ Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego,
- ✓ Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego)
- ✓ Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego,
- ✓ Departamentu Polityki Społecznej i Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego,
- ✓ Departamentu Zdrowia i Promocji Województwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego,
- ✓ Departamentu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego),
- ✓ Departamentu Zarządzania Programami Operacyjnymi Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
- ✓ Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego,
- ✓ Oddziału Funduszy RPO WL 2014-2020 w Ochronie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego,
- ✓ Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego,
- ✓ Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego,
- ✓ Departamentu Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego.

2.4. Zogniskowany wywiad grupowy FGI (Focus Group Interview)

W ramach badania przeprowadzono jeden zogniskowany wywiad grupowy (FGI). Uczestniczyło w nim 8 respondentów, w tym przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz 6 przedstawicieli IZ RPO.

2.5. Wywiady kwestionariuszowe CAWI (Computer-Assisted Web Interview)

Ankiety CAWI rozesłano do 168[15] aktualnych członków i obserwatorów (lub ich zastępców) w tym osób uczestniczących w posiedzeniach KS oraz partnerów społecznych z Komitetu Sterującego. W pełni zrealizowanych zostało **55 wywiadów CAWI (próba skuteczna).** Wskaźnik responsywności (*response rate*) w badaniu wyniósł niemal 32,7%.

2.6. Wywiady kwestionariuszowe CATI (Computer-Assisted Telephone Interview)

Wywiady zrealizowane zostały z losowo wybranymi beneficjentami z naborów konkursowych ogłoszonych w latach 2015-2016 (na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS) w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia:

- ✓ PI 2c – Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia;
- ✓ PI 8vi – Aktywne i zdrowe starzenie się;
- ✓ PI 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych;
- ✓ PI 9iv – Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

Próbę do badania CATI utworzono na podstawie wniosków o dofinansowanie przekazanych przez urzędy marszałkowskie oraz Ministerstwo Zdrowia. W sumie przekazano 87 wniosków o dofinansowanie projektów wybranych, zgodnie z zapisami PD, w naborach konkursowych ogłoszonych w regionach, w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv), w latach 2015-2016.

Ankieterzy kontaktowali się telefonicznie z respondentami wskazanymi w ramach wniosku o dofinansowanie, jako osoby kontaktowe lub w sytuacji trudności w skontaktowaniu się z tą osobą – z innym przedstawicielem beneficjenta, którego wiedza o projekcie wystarcza do udziału w badaniu (np. koordynatorem projektu[16]). **Ostatecznie zrealizowano 50 wywiadów CATI (próba skuteczna)**. Wskaźnik responsywności (response rate) w badaniu CATI wyniósł ponad 57%. Szczegółowe charakterystyki ankietowanych uwzględniając projekt operacyjny w ramach, którego realizowany jest projekt przedstawia poniższa Tabela.

Tabela 2. Rozkład respondentów (beneficjentów) ze względu na program operacyjny

Program Operacyjny	Częstość	Procent

[15] Dotyczy liczby adresów mailowych, na które został wysłany przez Wykonawcę link do kwestionariusza ankiety.
[16] W około 50% przypadków ankieterzy skontaktowali się z osobą kontaktową wskazaną we wniosku.

PO WER	3	6,0
PO IiŚ	3	6,0
RPO - dolnośląskie	4	8,0
RPO - lubuskie	7	14,0
RPO - małopolskie	5	10,0
RPO - mazowieckie	10	20,0
RPO - podkarpackie	1	2,0
RPO-pomorskie	6	12,0
RPO - warmińsko-mazurskie	7	14,0
RPO - zachodniopomorskie	4	8,0
Ogółem	**50**	**100,0**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50)

Biorąc pod uwagę Priorytety Inwestycyjne projektów koordynowanych przez respondentów (beneficjentów) 30% z nich realizowało je w PI 9iv (15 projektów), 26% – w PI 9a, 24% – w PI 8vi, a 20% – w PI 2c. Jednocześnie większość beneficjentów rozpoczęła lub miała rozpoczynać realizację projektu w 2017 roku (52%); 28% zainicjowało działania projektowe w 2016, a w 2015 roku i wcześniej uczyniła to 16% spośród ankietowanych CATI. 4% respondentów wskazało rok rozpoczęcia projektu na 2018 rok. Najwięcej, bo 44% ankietowanych planowało zakończyć projekt w 2018 roku, 28% – w 2019, 18% – w 2020, 8% – w 2017, a tylko 2% w 2023 roku.

3. Opis wyników badania

3.1. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem trafności

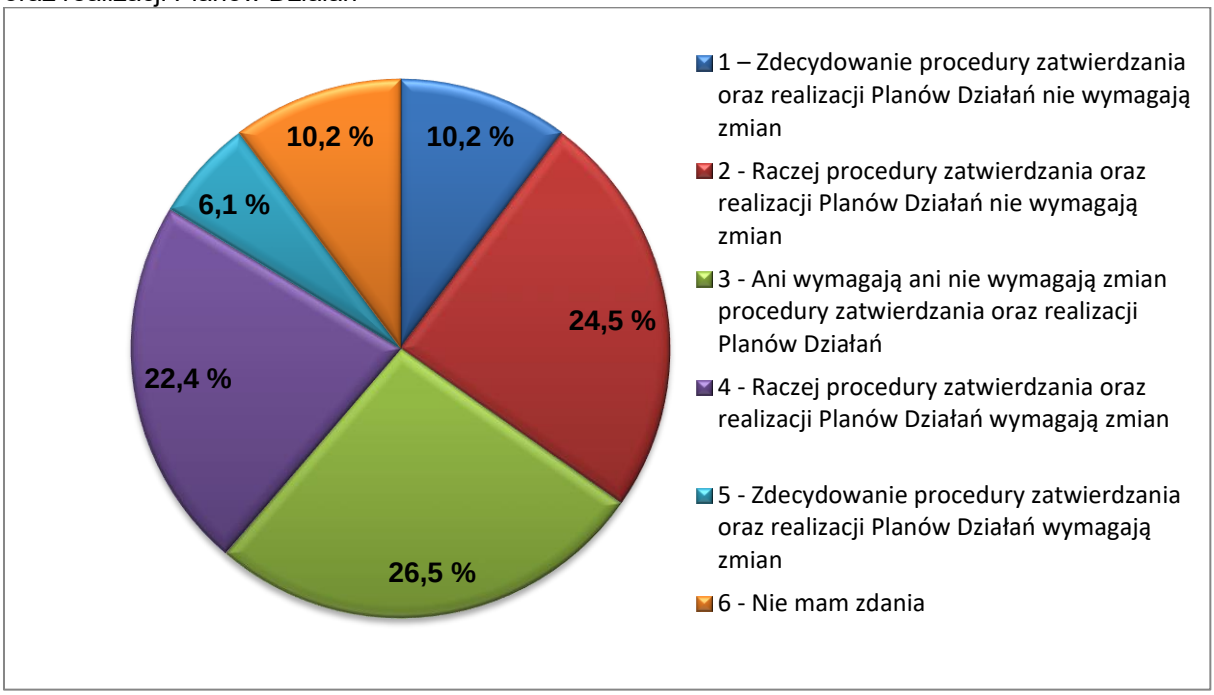
W ramach tego rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania ewaluacyjne:

1. *Czy sposób opracowywania i zatwierdzania (w trybie obiegowym jak i standardowym) PD jest właściwy? Jakie działania w tym procesie są zbędne, a jakie należy zmodyfikować, aby poprawić ich skuteczność? Czy sposób procedowania PD jest właściwy/został dobrze zaprojektowany? Jak usprawnić proces ich opracowywania, aby był on możliwie najbardziej skuteczny? (Raport Metodologiczny pyt. nr 4)*
2. *Czy PD odnoszą się do wszystkich najważniejszych obszarów wsparcia dotyczących zdrowia? Czy zakres informacji przedstawionych w PD jest wystarczający? Czy PD zawierają jakiekolwiek informacje, które nie są istotne? Jeśli tak, to jakie? Czy w formularzu PD brakuje jakichkolwiek informacji ważnych z punktu widzenia koordynacji systemu? Czy formularz PD zawiera wszystkie niezbędne dane i informacje czy też ewentualnie należy (i jeśli tak – to w jakim zakresie) go zmodyfikować? (Raport Metodologiczny pyt. nr 5)*
3. *Jaka jest jakość (trafność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)? (Raport Metodologiczny pyt. nr 9)*

1. ***Czy sposób opracowywania i zatwierdzania (w trybie obiegowym jak i standardowym) PD jest właściwy? Jakie działania w tym procesie są zbędne, a jakie należy zmodyfikować, aby poprawić ich skuteczność? Czy sposób procedowania PD jest właściwy/został dobrze zaprojektowany? Jak usprawnić proces ich opracowywania, aby był on możliwie najbardziej skuteczny?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 4)*

Sposób opracowywania i zatwierdzania PD należy ocenić jako właściwy. Podobne opinie wyrażają również ankietowani członkowie Komitetu Sterującego. Choć nieco ponad 23,6% respondentów ma zastrzeżenia do procedury zatwierdzania oraz opracowywania Planów Działań to pozytywnie wyraża się o nich około 56% spośród tych, którzy wypełnili kwestionariusze CAWI. Takie stanowisko prezentowane przez uczestniczących w badaniu sprawia, że ponad ¼ deklaruje konieczność zmian w procedurach zatwierdzania oraz realizacji Planów Działań. Co zaskakujące prawie 37% respondentów nie potrafi jednak jednoznacznie ocenić potrzeby zmian w tym zakresie.

Wykres 1. Opinie członków Komitetu sterującego w zakresie konieczności zmian procedury oraz realizacji Planów Działań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

Zasadą jest, że PD jest przygotowywany na dany rok kalendarzowy, na podstawie planów z poprzednich lat (jeśli zostały opracowane). Obowiązek przygotowania PD leży po stronie właściwej instytucji zarządzającej lub instytucji pośredniczącej (w przypadku PO IiŚ oraz PO WER), która następnie przekazuje opracowany Plan do Sekretariatu Komitetu Sterującego w Ministerstwie Zdrowia, który z kolei odpowiada za przeprowadzenie procedury opiniowania PD oraz przekazanie dokumentów członkom Komitetu Sterującego. Z punktu widzenia trafności PD jako narzędzia koordynacji, a także zasad podziału ról poszczególnych instytucji systemu odpowiadających za krajową politykę zdrowotną wydaje się słuszne, że tworzenie PD odbywa się w mechanizmie typu „bottom-up[17]”. Dzięki temu plany mogą być odpowiednio dostosowane do potrzeb regionalnych społeczności i lokalnych warunków zidentyfikowanych przez władze samorządowe.

Szczegółową prezentację oraz opis kluczowych zależności pomiędzy instytucjami/ podmiotami zaangażowanymi w prace nad Planami Działania przedstawia poniższy diagram wraz z tabelką zawierającą charakterystykę kluczowych relacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami, z uwzględnieniem istotnych relacji wpływających na spójność interwencji w obszarze zdrowia. **W tym kontekście kluczowa jest kwestia silniejszego umocowania rekomendacji KS w stosunku do decyzji zapadających na KM (zarówno na szczeblu regionalnym [KM RPO] oraz mniejszym stopniu krajowym [KM PO WER i PO IiŚ]) w ustawodawstwie dotyczącym wdrażania polityki spójności.** Podkreśla to m.in. przedstawiciel MZ:

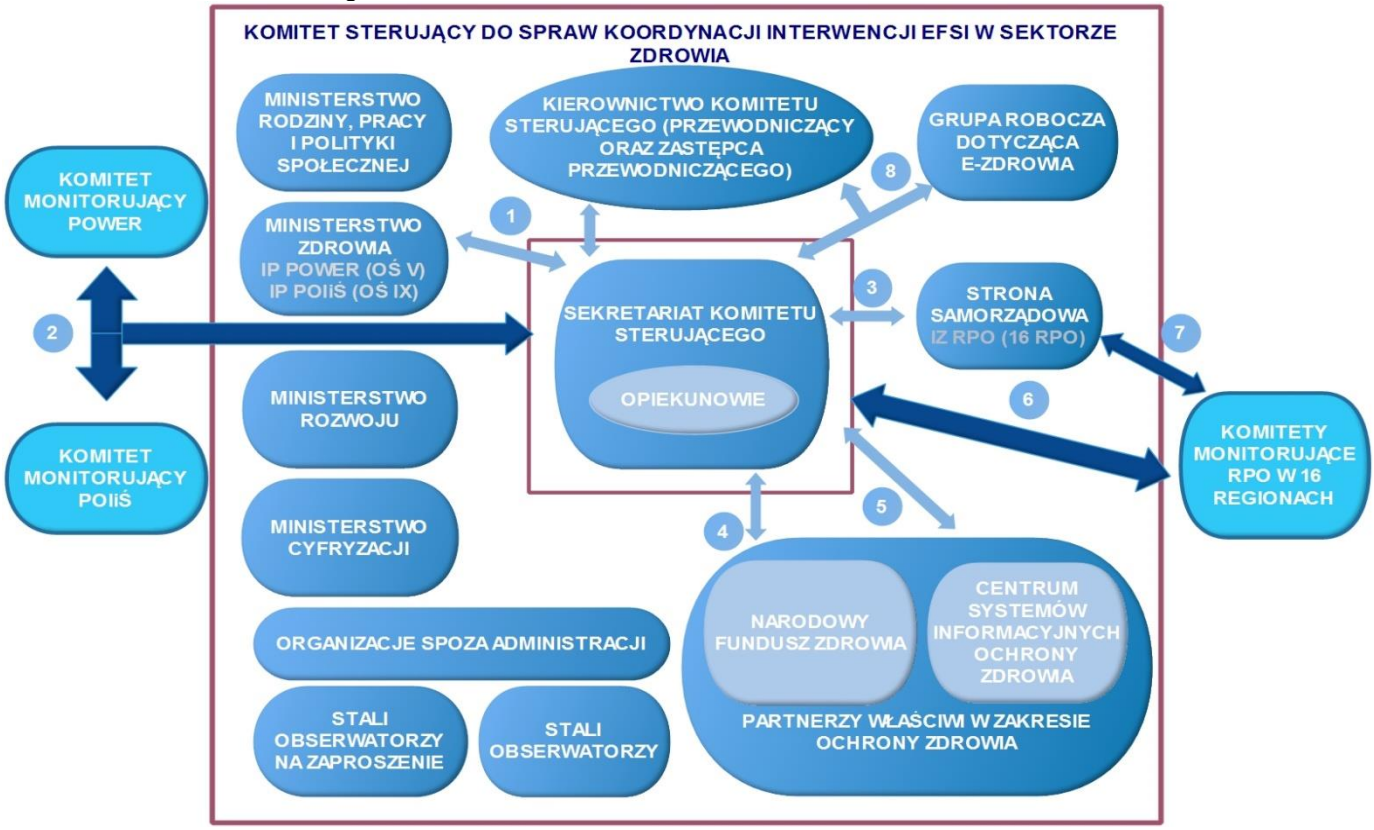
[17] W przypadku mechanizmu typu *bottom-up* (w odróżnieniu od klasycznego mechanizmy *top-down*), opiera się on na strukturach zadaniowych, które są elastyczne i adaptacyjne, oparte na dynamicznym doborze z zasobów według zaistniałej sytuacji. Struktura zadaniowa jest stosowana dla procesów tworzenia wiedzy. W podejściu oddolnym (*bottom-up*) proces decyzyjny przebiega od dołu, a najlepsze pomysły przekazywane są w górę organizacji. W przypadku podejścia top-down to kierownictwo organizacji decyduje o ogólnym kierunku, w który powinna się ona rozwijać.

Teraz, chociaż jesteśmy tak naprawdę tylko ciałem takim doradczym [Komitet Sterujący – przyp. Wykonawca], *bo de facto nie mamy nigdzie w ustawie takiego umocowania, że możemy czegoś zabronić. Dajemy tylko rekomendacje de facto, to nie było łatwo przekonać ich do tego, że nasza rola ma być tutaj istotna* (respondent IDI).

Znikomy wpływ na decyzje zapadające na KM w regionach mają jedynie opiekunowie, co związane jest z prawem głosu wynikającym z tego, iż są oni członkami tych gremiów.

Procedurę uzgadniania PD przedstawia poniższy schemat.

Schemat 1. Schemat uzgadniania Planów Działań*



Źródło: Opracowanie własne

**W przypadku Sekretariatu Komitetu Sterującego tworzą go urzędnicy Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Ponadto Dyrektor tego departamentu jest Zastępcą Przewodniczącego Komitetu Sterującego. W przypadku Departamentu Analiz Strategicznych MZ – jest on odpowiedzialny za opiniowanie PD.*

Tabela 3 Uzgadnianie Planów Działań przez Komitet Sterujący z uwzględnieniem dodatkowych istotnych relacji wpływających na spójność interwencji w obszarze zdrowia.

Numer relacji	Treść kluczowej relacji
1	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Instytucją Pośredniczącą Programy Operacyjne na poziomie krajowym (PO WER PO IiŚ), która odpowiada w programie operacyjnym za obszar zdrowia, na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego opracowuje projekt Planu działań. W przypadku PO WER (Oś V – Wsparcie dla obszaru zdrowia) oraz PO IiŚ (Oś IX – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia) jest Ministerstwo Zdrowia. Dodatkowo Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Ministerstwa Plany Działań w przypadku PI 2c, PI 8vi, PI 9a, PI 10ii, 10iii. Podsumowaniem prac na tym etapie (uzgodnienie finalnej wersji Planu Działania procedowanego w czasie obrad Komitetu Sterującego) jest ostateczne odniesienie do otrzymanych opinii i ewentualnych uwag do Planów Działań (wniesionych przez MZ –departament właściwy do spraw koordynacji funduszy europejskich [PI 2c, PI8vi, PI 9a, PI 9iv, PI 10ii, PI 10iii], departament właściwy do spraw analiz i strategii Ministerstwa Zdrowia [PI 8vu, PI9a, PI 9iv], NFZ oraz CSIOZ), departament właściwy do spraw ratownictwa medycznego [PI 9a] i ponowne przekazanie do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
2	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Komitet Sterujący wydaje rekomendacje dla Komitetów Monitorujących PO IiŚ oraz PO WER do kryteriów wyboru projektów. **W ocenie ewaluatora barierą jest, że opiekunowie nie uczestniczą choćby w charakterze obserwatorów[18] w posiedzeniach komitetów monitorujących PO WER oraz PO IiŚ.**
3	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego opracowują projekt Planu Działań dla poszczególnych regionów. Podsumowaniem prac na tym etapie (uzgodnienie finalnej wersji Planu Działania procedowanego w czasie obrad Komitetu Sterującego) jest ostateczne odniesienie do otrzymanych opinii i ewentualnych uwag do Planów Działań (wniesionych przez MZ, NFZ oraz CSIOZ) i ponowne przekazanie do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
4	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Narodowego Funduszu Zdrowia Plany Działań w przypadku PI 2c, PI 8vi, PI 9a, PI 10ii, 10iii. Następnie NFZ opracowuje opinię w sprawie projektu Planu działań, którą przekazuje do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
5	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów Działań przez Komitet Sterujący), Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Plany Działań w przypadku PI 2c. Następnie CSIOZ

[18] Z informacji uzyskanych przez ewaluatora wynika, że w spotkaniach KM PO WER i PO IiŚ uczestniczą jedynie przedstawiciele MZ w randze dyrektorów (członkowie) oraz w randze naczelników właściwych wydziałów (zastępcy członków).

	opracowuje opinię w sprawie projektu Planu działań, którą przekazuje do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
6	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterujące ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Komitet Sterujący wydaje rekomendacje dla komitetów monitorujących RPO. Ponadto opiekunowie regionów wchodzący w skład sekretariatu Komitetu Sterującego uczestniczą w charakterze obserwatorów w trakcie posiedzeń Komitetów Monitorujących w regionach. **Opiekunowie w 15 na 16 województw są członkami Komitetu Monitorującego. W przypadku województwa kujawsko-pomorskiego opiekun pełni jedynie rolę obserwatora (bez prawa do głosowania). W opinii ewaluatora taka sytuacja wymaga zmian w tym zakresie skutkujących zmianą statusu opiekuna w Komitecie Monitorującym RPO WK-P 2014-2020.**
7	Komitety Monitorujące działają jako niezależne ciała doradczo-opiniodawcze dla Instytucji Zarządzających RPO i są przez nie powoływane. W skład KM RPO wchodzą przedstawiciele strony rządowej, samorządowej oraz organizacji spoza administracji (w tym przedstawiciele świata nauki, organizacji pozarządowych, partnerzy społeczni). W pracach Komitetów Monitorujących biorą udział również przedstawiciele Komisji Europejskiej pełniąc funkcję doradczą. Ponadto, w posiedzeniach mogą uczestniczyć w charakterze obserwatorów reprezentanci innych instytucji. Komitet Monitorujący może powoływać stałe grupy robocze, poświęcone w szczególności wybranym kwestiom z zakresu realizacji programu oraz do monitorowania działań o charakterze horyzontalnym. W celu rozwiązania skomplikowanych merytorycznie zagadnień, Komitety mogą korzystać z opinii niezależnych ekspertów lub z usług innych wyspecjalizowanych instytucji, dokonując zlecenia prac w tym zakresie.
8	Grupa robocza do spraw e-zdrowia powołana została uchwałą nr 27/2016 Komitetu Sterującego do Spraw EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 kwietnia 2016 roku w sprawie powołania Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Do zadań realizowanych przez Grupę Roboczą należą w szczególności: (i) wypracowanie stanowisk Grupy Roboczej w zakresie dotyczącym sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c, (ii) przekazywanie opinii Grupy Roboczej m.in. na posiedzeniach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, (iii) proponowanie projektów uchwał Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w tym propozycji i metodyki wyboru projektów, (iv) przedstawianie Komitetowi Sterującemu do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia sprawozdania z realizacji zadań (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy). **W ocenie ewaluatora funkcjonowanie Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia niweluje problem wymiany wiedzy o e-zdrowiu pomiędzy regionami, a instytucjami krajowymi (MC, MZ, CSIOZ, MR)[19].**

Zaprezentowany schemat postępowania spełnia zasadę „lean management”[20]. Nie zawiera działań zbędnych i nie wymaga modyfikacji procesowej.

[19] Pozytywną rolę tej grupy roboczej podkreślano również w czasie warsztatu.

[20] Lean Management to technika zarządzania organizacją. Jako pierwsi tej nazwy użyli James P. Womack, Daniel T. Jones i Daniel Roos w książce wydanej w 1991 roku „Maszyna, która zmieniła świat”. Lean Managment bazuje na pięciu podstawowych zasadach: (1) określenie, co jest wartością z punktu widzenia klienta, (2) mapowanie procesów od zaopatrzenia w surowce do klienta końcowego (3) stworzenie ciągłego przepływu procesów bez przerw, (4) wytwarzanie produktów tylko wtedy, gdy zostaną zamówione i tylko w zamówionej ilości (5) ciągłe doskonalenie procesów. Istotne, w przypadku procesu, na którym koncentruje się niniejsze badanie ewaluacyjne, są przede wszystkim ww. zasady numer 3 oraz 5.

Z punktu widzenia trafności PD oraz usprawnienia procesu ich opracowywania można stwierdzić, że przyjęty mechanizm nie daje większych możliwości dalszej poprawy skuteczności procesu. Założone rezultaty (uzyskanie akceptacji przedłożonego przez daną instytucję planu działania) są możliwe do osiągnięcia. Skuteczność tym samym zostaje osiągnięta już w istniejącym mechanizmie. Potwierdzają to wypowiedzi respondentów uczestniczących w wywiadzie FGI:

Natomiast teraz ja mam takie przekonanie, że ten system (…) jest taki uporządkowany. (respondent FGI)

Jeśli chodzi o całą procedurę, to faktycznie, jak tu Pani podkreśliła, wiadomo, kiedy co, w jakim terminie i tak dalej. Jest to bardzo szczegółowo wskazane jednoznacznie. (respondent FGI)

W przeanalizowanym mechanizmie przekazywania PD nie dostrzeżono działań zbędnych, ani brakujących, można więc stwierdzić, że poprawa skuteczności tego schematu postępowania nie będzie opierała się na zmianach organizacyjnych. Jednocześnie, w przypadku procedowania PD (ich opracowywania, opiniowania i zatwierdzania) nie rekomenduje się zmian o charakterze procesowym, dotyczącym opracowywania przez poszczególne instytucje PD, jak również ich i przyjmowania przez KS.

2. ***Czy PD odnoszą się do wszystkich najważniejszych obszarów wsparcia dotyczących zdrowia? Czy zakres informacji przedstawionych w PD jest wystarczający? Czy PD zawierają jakiekolwiek informacje, które nie są istotne? Jeśli tak, to jakie? Czy w formularzu PD brakuje jakichkolwiek informacji ważnych z punktu widzenia koordynacji systemu? Czy formularz PD zawiera wszystkie niezbędne dane i informacje czy też ewentualnie należy (i jeśli tak – to w jakim zakresie) go zmodyfikować?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 5)*

Przeanalizowane w badaniu PD dotyczące sektora zdrowia odnoszą się do następujących obszarów wsparcia dotyczących zdrowia:

- ✓ E-zdrowie i elektroniczny obieg dokumentacji medycznej (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Aktywne i zdrowe starzenie się społeczeństwa (cel operacyjny B w PP),
- ✓ Infrastruktura spójności społecznej (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Programy profilaktyki zdrowotnej dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (cel operacyjny A w PP),
- ✓ Infrastruktura ratownictwa medycznego (inwestycje w lotnicze pogotowie ratunkowe oraz budowa nowej infrastruktury szpitalnego oddziału ratunkowego, bloku operacyjnego i lądowiska dla helikopterów) (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości usług medycznych w szpitalach (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości usług medycznych – mapowanie potrzeb (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (cel operacyjny C w PP),

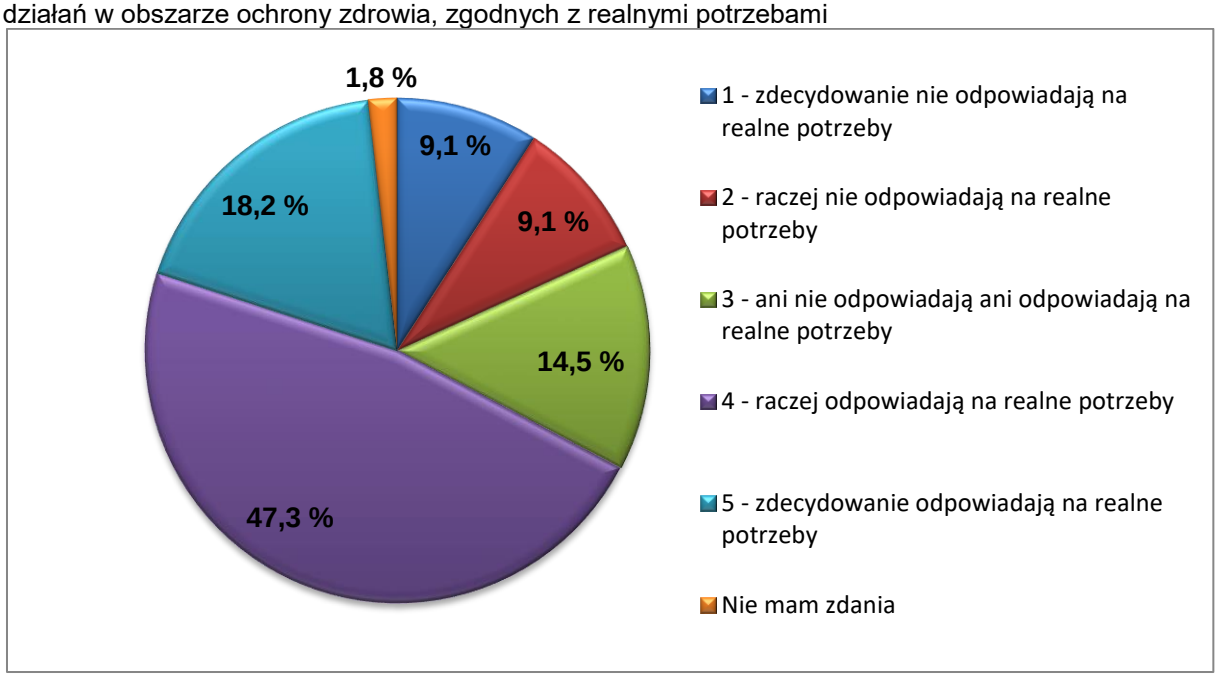
- ✓ Wsparcie uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów w tym tworzenie centrów symulacji medycznej (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Wsparcie uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowane na zwiększenie liczby absolwentów (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Rozwój kompetencji pielęgniarek i położnych (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Rozwój kompetencji specjalistycznych lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Kształcenie podyplomowe lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w formie kursu doskonalącego (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Tworzenie programów pilotażowych zawierających komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi w celu przeciwdziałania zjawisku defragmentacji opieki nad pacjentem (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne zmierzające do tworzenia niedrogich, trwałych i wysokiej jakości usług zdrowotnych (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Działania na rzecz dialogu społecznego oraz idei odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wsparcie współpracy administracji ochrony zdrowia z organizacjami zrzeszającymi pacjentów (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji (cel operacyjny D w PP).

Szczegółowa analiza obszarów wsparcia prowadzi do wniosku, że podejmowane w PD przez IZ obszary wsparcia skupiają się wokół następujących obszarów głównych:

- infrastruktura ochrony zdrowia;
- kompetencje kadr medycznych;
- jakość usług zdrowotnych i opieki zdrowotnej;
- e-zdrowie;
- poprawa funkcjonowania systemu organizacji ochrony zdrowia;
- promocja zdrowia i profilaktyka chorób.

Z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej należy stwierdzić, że są to dziedziny o najważniejszym znaczeniu dla ochrony zdrowia w Polsce. Projektowane PD odnoszą się więc do najważniejszych obszarów wsparcia. Wskazane obszary są zbieżne z celami Policy Paper (w wykazanym zakresie), a instytucje wdrażające widzą takie potrzeby. Może to świadczyć o tym, że Policy Paper właściwie opisuje potrzeby zdrowotne społeczeństwa i wybrane obszary działania faktycznie wymagają wsparcia finansowego UE. **Zdaniem ewaluatora, biorąc pod uwagę różnorodność tematyczną, jak również ogólny charakter powyższych priorytetów, można stwierdzić, że żaden z istotnych obszarów polityki zdrowotnej nie został pominięty**. Członkowie Komitetu Sterującego, deklarujący, że Plany Działań mają realny wpływ na realizację działań w obszarze ochrony zdrowia, które zgodne są z realnymi potrzebami. Należy jednak podkreślić, że 1/5 respondentów jest przeciwnego zdania.

Wykres 2. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie wpływu Planów Działań do realizacji działań w obszarze ochrony zdrowia, zgodnych z realnymi potrzebami



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

W ocenie ewaluatora zakres informacji przedstawiony w PD jest zasadniczo wystarczający. Podkreślają to przedstawiciele KS:

W tym momencie nie identyfikuję takiej potrzeby modyfikacji. Wydaje mi się, że on jest dosyć – z jednej strony, co prawda obszerny, ale też na tyle jest nie przejrzysty, że łatwo jest najważniejsze informacje znaleźć i nie jest też zbyt szczegółowy. Myślę, że poziom jest optymalny i też nie, nie póki co, przynajmniej regiony nam nic nie pokazują. (respondent IDI)

Należy jednak zaznaczyć, że osiągnięcie zadowalającego stanu w tym zakresie było wynikiem procesu, w którym uczestniczyli przedstawiciele KS. Potwierdza to wypowiedź respondenta w ramach wywiadu FGI, reprezentującego jeden z urzędów marszałkowskich:

(…) Odwołując się do pierwotnych wzorów reprezentowanych na pierwszych posiedzeniach Komitetu Sterującego to faktycznie one były trochę ułomne i potrzebowały

zmiany konstruktywnej. Natomiast aktualnie, przynajmniej z poziomu naszego województwa (…), uważam, że są precyzyjnie przygotowane. Wyczerpująco zawierają wszystkie dane i są takie skondensowane. Nawet udaje się w 2-3 godziny zapoznać się z tymi materiałami wszystkich województw, bo zawierają naprawdę bardzo taką skrupulatną informację, nawet i prognostyczną, bo są przekazywane. Zawierają prognozowane plany działań. Pierwsze strony też zawierają skrót informacji, który jest rozwinięty w części głównej planów działań. Także tutaj nie wnoszę żadnej uwagi. (respondent FGI)

Informacje ogólne odnoszą się do nazwy programu, danych kontaktowych osoby upoważnionej do złożenia PD, danych kontaktowych osoby w instytucji składającej PD, a także ogólny opis działań opisanych w PD z podziałem na nr priorytetu inwestycyjnego, nr konkursu lub projektu pozakonkursowego, nr narzędzia w PP, przedmiot konkursu (lub tytuł projektu pozakonkursowego), a także planowana alokacja (w tym wkład UE i wkład krajowy) jak również planowany termin ogłoszenia konkursu (lub złożenia wniosku o dofinansowanie dla projektu pozakonkursowego). **Spośród wykazanych danych wszystkie one są niezbędne, nie stwierdza się danych niepotrzebnych.** Ponadto w formularzu PD nie brakuje w zasadzie informacji ważnych z punktu widzenia koordynacji systemu. Jedyny w tym zakresie wyjątek opisano w rekomendacji nr 9.

W części dotyczącej fiszki konkursowej opisano nr konkursu w PD, nazwę programu operacyjnego, oś priorytetową, działanie i poddziałanie, jak również dane kontaktowe osoby w instytucji składającej PD do kontaktów roboczych. Można przyjąć, że ponieważ dane zawarte w informacji ogólnej oraz w części konkursowej są ze sobą połączone w jeden plik, **niepotrzebne jest powtarzanie danych osoby kontaktowej**, ponieważ stanowi to powtórzenie informacji ze strony/arkusza „informacje ogólne”. W dalszej części PD zawiera informacje o konkursie, a w tym: tytuł konkursu, potencjalni beneficjenci lub typy beneficjentów, typy projektów przewidzianych do realizacji w ramach konkursu, zakres terytorialny inwestycji opisany kodem TERYT jak również nazwą województwa, powiatu i ew. gminy. W dalszej PD opisuje, z jakim celem operacyjnym i narzędziem PP zbieżny jest PD. Następnie podaje się rodzaj funduszu, z którego finansowana ma być inicjatywa, cel tematyczny oraz priorytet inwestycyjny, opis konkursu i zakres wsparcia. W dalszej części opisuje się zgodność konkursu z mapami potrzeb zdrowotnych. W przypadku istnienia takich map opis może być rzetelny, jednak w sytuacji, gdy mapy nie są opracowane, pozycja ta nie może być wypełniona we właściwy sposób. **Nie zaleca się jednak usuwania tej pozycji, ponieważ docelowo mapy potrzeb zdrowotnych mają zostać zdefiniowane dla większości dziedzin medycyny.**

W dalszej części PD wskazuje się na terminy planowanego ogłoszenia i rozpoczęcia naboru wniosków do konkursu. Zdarza się, że założenia te są często niespójne z rzeczywistością, zaleca się monitorowanie tych propozycji i identyfikowanie obszarów niezgodności w ten sposób, aby dążyć do ich redukowania w kolejnych PD.

W dalszej części PD opisuje się planowaną całkowitą alokację w PLN i EUR, jak również minimalną i maksymalną wartość projektu. Wydaje się, że pozycje te są ważne z punktu widzenia wskazania beneficjentów, którzy będą mogli wziąć udział w konkursach, z punktu widzenia ich możliwości inwestycyjnych i posiadanych zasobów zapewniających możliwość realizowania projektu. Z punktu widzenia efektywności PD istotne są wskaźniki obowiązkowe, definiowane przez instytucję składającą PD. W poszczególnych konkursach wnioskodawcy są

zobowiązani dodatkowo do zdefiniowania własnych wskaźników produktu i rezultatu, których jakość podlega ocenie eksperckiej. W kolejnej części opisano kryteria wyboru projektów w postaci rekomendacji KS. Zestaw tych rekomendacji jest kluczowy dla opracowania kryteriów wyboru projektów przez Komitety Monitorujące, a następnie przygotowania karty oceny projektu i prawidłowej działalności ekspertów oceniających projekty.

Rekomenduje się, aby zalecenia te miały charakter jak najbardziej odpowiadający lokalnej rzeczywistości i umożliwiały realizację projektów przez jak największą liczbę beneficjentów (w przypadku projektów konkursowych), tzn. nie rekomenduje się np. eliminowania z konkursów praktyk zawodowych na rzecz podmiotów leczniczych, bowiem w wielu przypadkach nie różnią się one ani rodzajem działalności, ani liczbą zatrudnionych pracowników, a mogą mieć kluczową rolę w realizacji projektów epidemiologicznych skierowanych do społeczności lokalnej.

W kolejnej części PD przedstawiono wykaz działań, które będą uzgodnione w kolejnych PD. Służyć ma to kontynuacji projektów w ramach jednego priorytetu. Należy ocenić takie działanie jako prawidłowe, spełniające regułę logiki projektowania strategicznego. W ostatniej części PD przedstawiono (w zał. 1) listę programów i projektów spoza EFSI, ze środków publicznych i innych działań nieopisanych w PD, które istotnie wpływają na podjęte decyzje i rekomendacje zapisane w PD. Należy uznać, że wiedza o takich działaniach jest konieczna dla podjęcia dobrej decyzji na temat alokacji środków z UE.

Należy stwierdzić, że stosowane formularze nie wymagają zasadniczych zmian formalnych, ponieważ odnoszą się do różnych projektów (konkursowych i pozakonkursowych), które często trudno opisać w jednolitych kryteriach. Przyjęty układ formularza w postaci pliku Excel jest wyjątkowo przejrzysty i umożliwia łatwe zapoznanie się z zawartością.

W przeprowadzonym badaniu respondenci zwrócili uwagę, że poprzednio stosowane w roku 2015 fiszki papierowe były nieczytelne i prowadziły do licznych wątpliwości i poszukiwań tekstu. Wobec swojej papierowej formy ocenione zostały źle. **Wprowadzona zasada korzystania z fiszek w postaci plików Excela jest dobrym rozwiązaniem i rekomenduje się utrzymanie jej.** Respondenci zauważyli, że pozwala to na łączenie danych zawartych w jednolitych komórkach do innych dokumentów zbiorczych, a więc znacznie ułatwia pracę analityczną i organizacyjną. Kwestią dyskusyjną pozostają jedynie kwestie techniczne wykorzystywania programu Excel, co potwierdza jedna z wypowiedzi uczestnika wywiadu FGI:

Natomiast narzędzie samo w sobie jest narzędziem dość ułomnym, bo praca w Excelu w dzisiejszym stanie, możliwości tworzenia aplikacji ułatwiających wybranie… chociażby kwestia wyboru, wskazania (…) dla poszczególnych powiatów, za każdym razem, jeśli obejmujemy całe województwo. Wykazywanie, wybieranie od nowa tych terenów jest uciążliwe. Więc z tego punktu widzenia uważam, że narzędzie można po prostu zrobić w bardziej przyjazny sposób, tak? Bo ja teraz nie wnikam… Pani już powiedziała, nie wnosimy żadnych specjalnych uwag, bo naprawdę wydaje nam się, że jest to dość przyzwoicie zebrane, jeśli chodzi o zakres informacji. Zwłaszcza, że był dopracowywany…. Nie mamy tutaj żadnych wszyscy zastrzeżeń. Natomiast sam wybór, kwestia narzędzi, jeśli się przesunie kursorem po tym Excelu, to narzędzie się na przykład zmienia. To jest czasami przy wysyłce… trzeba pamiętać o takich technicznych rzeczach,

które dzisiaj naprawdę, powiedzmy sobie, nie powinny stanowić w ogóle tematu do rozmowy. (respondent FGI)

Proponowane zmiany w zakresie modyfikacji formularza PD (w tym załącznika nr 1) zaproponowano w ramach rekomendacji nr 9[21].

3. ***Jaka jest jakość (trafność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 9)*

Wskazane do finansowania projekty (pozakonkursowe) dotyczą zadań o charakterze infrastrukturalnym (głównie dotyczącym ratownictwa medycznego i budowy SOR-ów wraz z lądowiskami dla helikopterów). Można jednak ocenić, że we wszystkich wskazanych z nazwy jednostkach, potrzeby inwestycyjne są rzeczywiste i alokacja środków w ramach wsparcia wydaje się poprawna i niezbędna.

Przeprowadzona przez instytucje zobowiązane do złożenia PD analizy w regionach uzasadniają potrzebę realizacji inwestycji w określonych miejscach, co zostało poparte m.in. w Ogólnokrajowej Mapie Potrzeb Zdrowotnych w Zakresie Ratownictwa Medycznego, jak również w Mapie Rejonów Operacyjnych baz HEMS 60km oraz czasów dyżurów. W każdym województwie opracowano także Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, z których wynikają poszczególne alokacje zaproponowane w PD.

Przedstawione w PD proponowane wskaźniki rezultatu i produktu w projektach są dobrane właściwie, odpowiadają celom poszczególnych programów i ich spełnienie będzie służyło właściwiej realizacji celów szczegółowych poszczególnych programów.

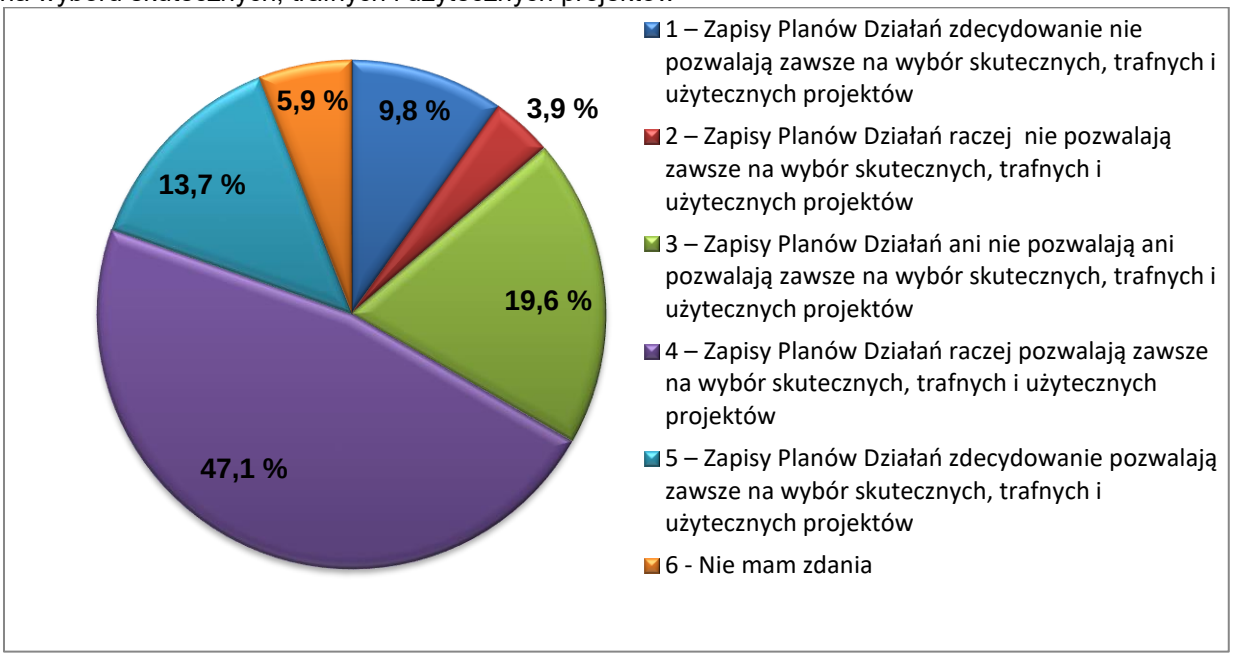
Realizacja programów w oparciu o wykazane wskaźniki, jak również inne wskaźniki proponowane standardowo przez wnioskodawców będą prowadziły do właściwej realizacji strategii krajowych w wyznaczonych obszarach polityki zdrowotnej.

Jednocześnie wśród Członków Komitetu Sterującego przeważają deklaracje w zakresie pozytywnego wpływu zapisów Planów Działań na wybór skutecznych, trafnych i użytecznych projektów. Twierdzi tak ponad 60% ankietowanych. Przeciwnego zdania jest niemal 14% respondentów[22]. Szczegółowe zestawienia prezentuje poniższy wykres.

[21] Zasadność wprowadzenia tych zmian potwierdzili respondenci warsztatu podsumowującego wstępne wyniki I etapu badania.

[22] Interesująco w tym kontekście brzmi wypowiedź przedstawicieli MZ: *Plan działania tu nie ma nic wspólnego ze skutecznością wyborów projektów. Skuteczność wyborów projektów ma.., dużo bardziej wynika z oceny celowości inwestycji niż z tego typu oceny. Plan działania należy ocenić jako wstępną ocenę, znaczy plan działania jest wstępną oceną dokonywaną przez instytucję zarządzającą co do obszarów, w które chce się inwestować* (IDI, przedstawiciel MZ).

Wykres 3. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie wpływu zapisów Planów Działań na wyboru skutecznych, trafnych i użytecznych projektów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

Oceniając jakość projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD (w kontekście ich wpływu na realizacje zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych) na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie projektów wybranych zgodnie z zapisami PD w naborach konkursowych ogłoszonych w regionach w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv)[23] w latach 2015-2016 należy wspomnieć o **opóźnieniach części regionów w zakresie ogłaszania konkursów w obszarze zdrowia do końca 2016 roku związanych m.in. uwarunkowaniami lokalnymi, niezależnymi od funkcjonowania KS.**

Województwo podkarpackie pierwszy konkurs ogłosiło dopiero w grudniu 2016 r., którego nabór trwał do końca stycznia 2017 roku, co skutkowało, tym, że termin rozpoczęcia realizacji wybranych do dofinansowania projektów to sierpień 2017 r. Jednocześnie nie wszystkie regiony do 2016 roku ogłosiły konkursy w ramach wszystkich priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv):

- ✓ w województwie pomorskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 2c),
- ✓ w województwie zachodniopomorskim ogłoszono konkurs tylko w jednym priorytecie inwestycyjnym (brak konkursów w PI 2c, PI8vi, PI 9iv),
- ✓ w województwie warmińsko-mazurskim ogłoszono konkursy we wszystkich priorytetach inwestycyjnych,
- ✓ w województwie świętokrzyskim konkursy ogłoszono w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 2c),

[23] Analizy dokonano na podstawie dokumentacji i danych dotyczących 87 projektów wybranych na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS (wnioski o dofinansowanie) pozyskane od urzędów marszałkowskich oraz Ministerstwa Zdrowia w trakcie realizacji projektu.

- ✓ w województwie lubuskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 9iv),
- ✓ w województwie śląskim ogłoszono konkursy w dwóch priorytetach inwestycyjnych nie przewidziano wsparcia dla PI 2c (brak konkursów w PI 9a),
- ✓ w województwie dolnośląskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 9iv),
- ✓ w województwie wielkopolskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 9a),
- ✓ w województwie lubelskim ogłoszono konkursy w jednym priorytecie inwestycyjnym (brak konkursów w PI 2c, PI 9a PI 9iv),
- ✓ w województwie opolskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 2c),
- ✓ w województwie podlaskim ogłaszano konkursy w jednym priorytecie inwestycyjnym (brak konkursów w PI 2c, PI 8vi, PI 9a),
- ✓ w województwie łódzkim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 2c),
- ✓ w województwie małopolskim konkursy ogłoszono we wszystkich priorytetach inwestycyjnych,
- ✓ w województwie mazowieckim ogłoszono konkursy w jednym priorytecie inwestycyjnym (brak konkursów PI 8vi, PI 9a PI 9iv),
- ✓ w województwie kujawsko-pomorskim ogłoszono konkursy w jedynym priorytecie inwestycyjnym (brak konkursów PI 2c, PI8vi, PI 9iv).

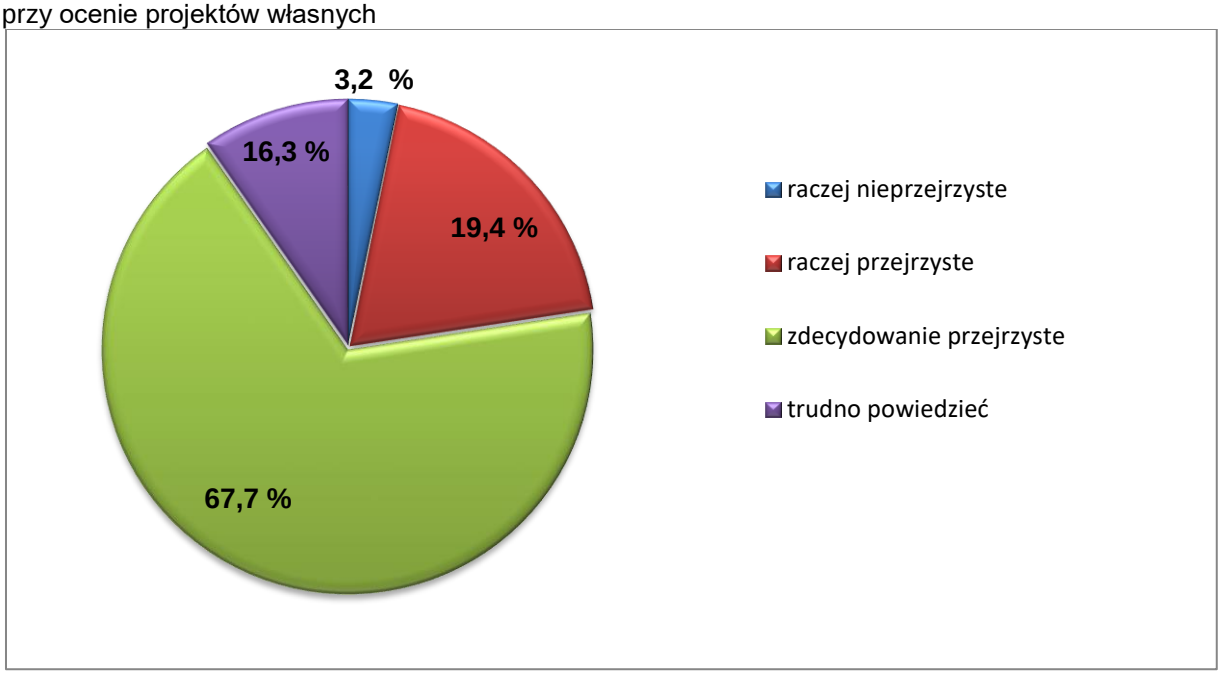
Oznacza to, że do końca 2016 roku jedynie w 2 województwach ogłoszono konkursy we wszystkich priorytetach inwestycyjnych (małopolskie oraz warmińsko-mazurskie), w 7 regionach w ramach 3 PI, w 1 województwie w 2 PI, a w 5 regionach tylko w jednym.

Powyższe analizy skłaniają do sformułowania wniosku, że na tym etapie analizy jest zbyt wcześnie, aby możliwa była pełna ocena jakość projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD w tym w kontekście ich wpływu na realizacje zapisów strategii ogólnokrajowych. Taka sytuacja wynika m.in. z faktu, że proces procedowania PD nie pozawala na szybkie zmiany sektora zdrowia, a ma charakter długofalowy. W tym celu ewaluator rekomenduje, aby prowadzony był bardziej sformalizowany (od obecnie funkcjonującego) system sprawozdawczości (patrz: Rekomendacja numer 7) m.in. w zakresie wskaźników, co powinno umożliwić rzetelne dokonanie takiej oceny[24].

[24] Informację o stanie realizacji wskaźników produktu i rezultatu przypisanych do poszczególnych naborów konkursowych w ramach PD na lata 2015-2016 przekazało 6 IZ RPO (kujawsko-pomorskie, podlaskie, lubelskie, podkarpackie, małopolskie, pomorskie). W przypadku 5 regionów (oraz wszystkich wskaźników) ich wartość wynosiła „0”. Jedynie w Małopolsce wskaźniki (stan realizacji wskaźnika – wartość w %) osiągnęły minimalne wartości – 1,12% (*liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS*) oraz 1% (*liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne*). Na podstawie tych informacji, w ocenie ewaluatora, jest jeszcze zbyt

Jednocześnie na podstawie przeprowadzonej analizy wniosków o dofinansowanie, dostarczonych z województw (2 województwa nie podjęły się jeszcze realizacji działań), a także przez MZ – w zakresie PO WER i PO IiŚ należy stwierdzić, że kryteria wyboru projektów są zdecydowanie przejrzyste (87,1% odpowiedzi pozytywnych – raczej przejrzyste i zdecydowanie przejrzyste) oraz obiektywne (83,3% odpowiedzi pozytywnych – raczej obiektywne i zdecydowanie obiektywne)

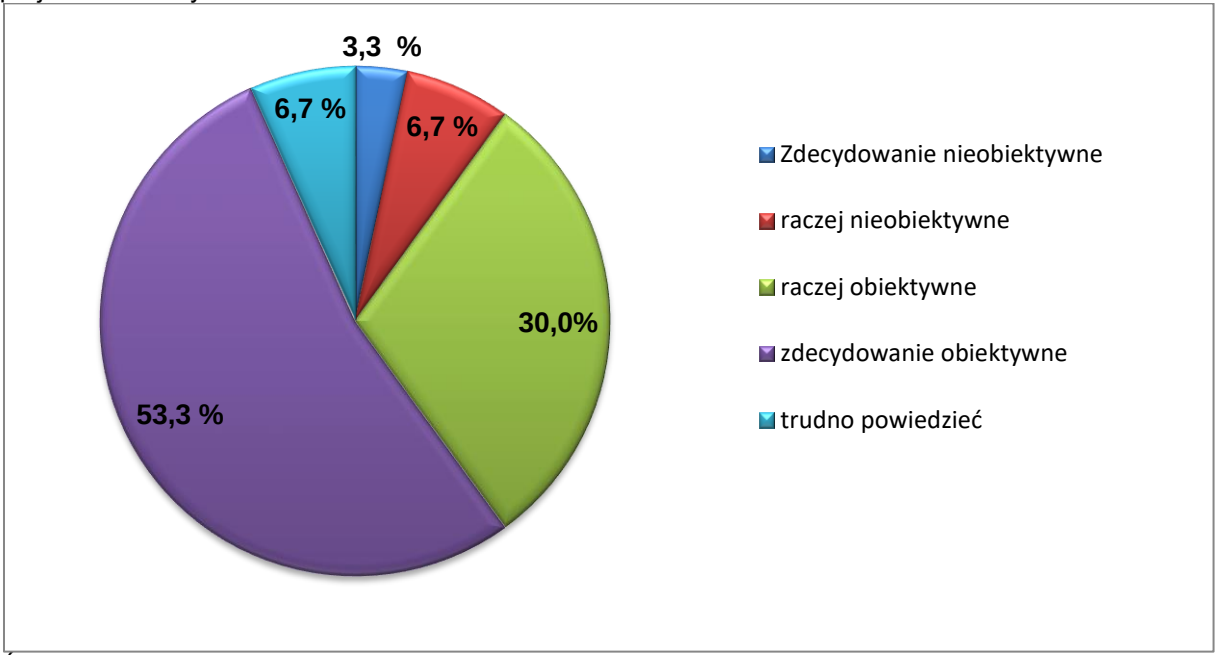
Wykres 4. Opinie beneficjentów na temat przejrzystości kryteriów wyboru stosowanych przy ocenie projektów własnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50)

wcześnie (ze względu na wciąż trwające projekty lub nie ogłoszenie wszystkich konkursów w regionach), aby możliwe było osiągniecie choć części zakładanych wskaźników przez regiony. Rekomendowany jest jednak stały monitoring w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych województwach przez KS. Takie wnioski wynikały również z badań jakościowych.

Wykres 5. Opinie beneficjentów na temat obiektywności kryteriów wyboru stosowanych przy ocenie projektów własnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50)

3.2. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem skuteczności

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *W jakim stopniu i zakresie PD wypełniają cele przewidziane dla tego narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia? Czy funkcjonowanie PD przekłada się na zapewnienie lepszej koordynacji wsparcia w obszarze zdrowia, świadczonego zarówno ze środków z EFSI, jak i wyłącznie krajowych? (Raport Metodologiczny pyt. nr 1)*
2. *W jakim stopniu dzięki realizacji PD zrealizowany został cel główny oraz cele szczegółowe (długoterminowe i operacyjne) opisane w Policy Paper? W jakim stopniu dzięki PD osiągnięte zostały wskaźniki określone w Policy Paper? Jaki jest wpływ PD na realizację postanowień i celów Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 oraz Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju? (Raport Metodologiczny pyt. nr 2)*
3. *Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? (Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*
4. *Jaki kształtuje się proces komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami i partycypacji różnych interesariuszy w procesie tworzenia i realizacji PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? Czy w obszarze komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD zidentyfikowano bariery zakłócające/utrudniające ją w kontekście skuteczności? Jakie zmiany w tym obszarze należy wprowadzić? Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk przyczyniających się do minimalizowania barier w procesie skutecznej komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD. Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk w tym zakresie? (Raport Metodologiczny pyt. nr 7)*

5. *Jakie dobre praktyki w zakresie skutecznego opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia? (Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*
6. *Jaka jest jakość (skuteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)? (Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*
6. *Jaki jest wpływ PD na realizację działań podejmowanych w ramach interwencji publicznej w obszarze zdrowia w ramach poszczególnych programów operacyjnych współfinansowanych ze środków EFRR i EFS, a także na cele szczegółowe tych programów? W których programach jest on najbardziej widoczny, a w których najmniej i dlaczego? (Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*
7. *Jakie są kluczowe obszary ryzyka w skutecznej i efektywnej realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem? (Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*
8. *Jak kształtuje się system monitoringu/sprawozdawczości realizacji celów PD w kontekście zadań Komitetu do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (dalej: EFSI) w sektorze zdrowia, do których należy bieżąca analiza kwestii związanych z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji PD na cele PP, UP i programów operacyjnych? Jaka jest ocena jakości danych statystycznych wykorzystywanych w monitoringu/ sprawozdawczości? Czy dane statystyczne umożliwiają rzetelną ocenę długofalowych efektów działań wynikających z postanowień i zapisów PD? Dane statystyczne, z których źródeł oceniane są jako najbardziej rzetelne? (Raport Metodologiczny pyt. nr 13)*

1. ***W jakim stopniu i zakresie PD wypełniają cele przewidziane dla tego narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia? Czy funkcjonowanie PD przekłada się na zapewnienie lepszej koordynacji wsparcia w obszarze zdrowia, świadczonego zarówno ze środków z EFSI, jak i wyłącznie krajowych?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 1)*

Badanie ewaluacyjne wykazało, że, Plany Działania stanowią dobre narzędzie koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia, ponieważ powodują konieczność opisania potrzeb przez władze samorządowe, a następnie zaproponowanie działań (projektów) zmierzających do realizacji tych potrzeb. Potwierdzają to m.in. wnioski z badań jakościowych[25]:

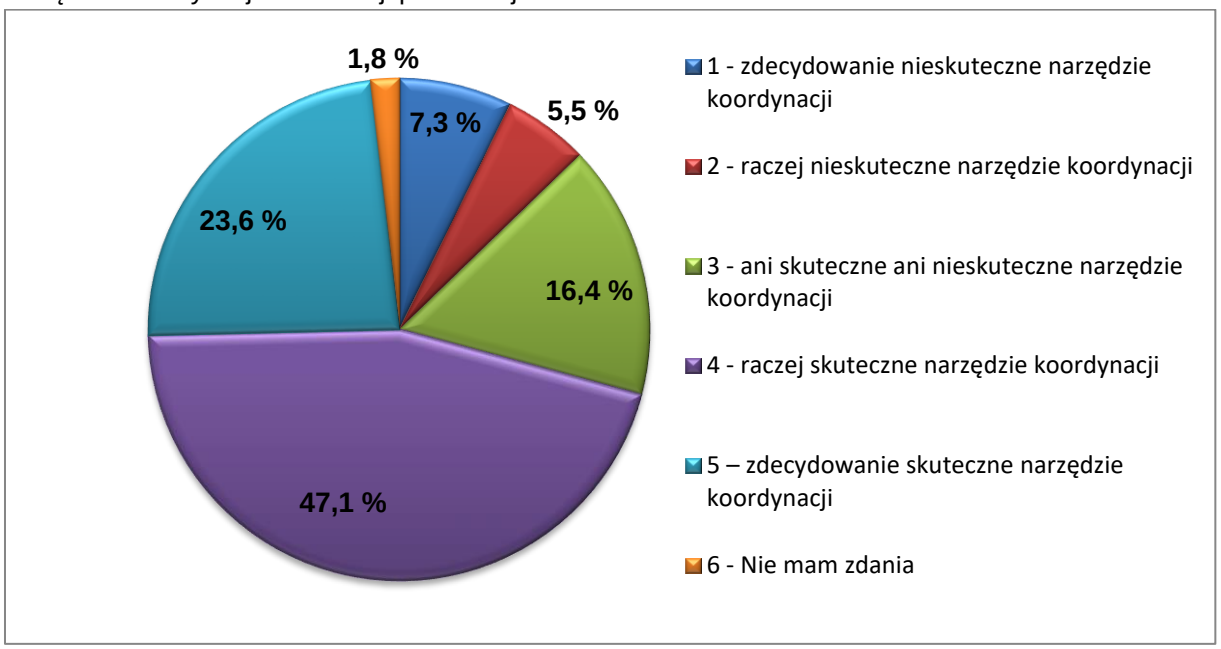
Nigdy to nie było takie uporządkowane myślenie [przed powstaniem KS], co jest rzeczywiście pilne, z jakiego punktu widzenia, epidemiologicznego, takiego, takiego. Natomiast teraz to widać, że gdzieś to ma sens i jakąś logikę. Oczywiście, można się jakichś pewnych ułomności pewnie doszukać, chociaż ja mam za małą wiedzę

[25] Dotyczy to m.in. FGI, IDI oraz warsztatu.

żeby o tych ułomnościach mówić. To bez wątpienia. Natomiast ja widzę sens w tym systemie. Teraz rzeczywiście, przynajmniej ja z punktu widzenia programowania mam określone logiczne wszystkie działania i ja wiem, o co chodzi w tym wszystkim.
(respondent FGI)

Również ankietowani przedstawiciele Komitetu Sterującego wyrażają jednoznaczne opinie w zakresie tego, że **Plany Działań są skutecznym narzędziem koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia** (prawie 70% pozytywnych odpowiedzi). Szczegółowe dane w tym zakresie zamieszczono w poniższym zestawieniu.

Wykres 6. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie oceny skuteczności Planów Działań jako narzędzie koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

Dzięki podejściu procesowemu istnieje możliwość właściwej koordynacji systemu wsparcia, nie dublowania źródeł finansowania takich samych lub podobnych projektów, co z pewnością wpływa na efektywność finansową tych działań. Z punktu widzenia skuteczności systemu funkcjonowanie PD należy ocenić pozytywnie.

Niepowielanie się działań w obszarze ochrony zdrowia, to największa wartość dodana Planów Działań w ocenie ankietowanych członków Komitetu Sterującego. Twierdzi tak prawie 75% tych, którzy wypełnili kwestionariusz CAWI, co jest najwyższym udziałem odpowiedzi pozytywnych porównując różnorodne wymiary funkcjonowania PD.

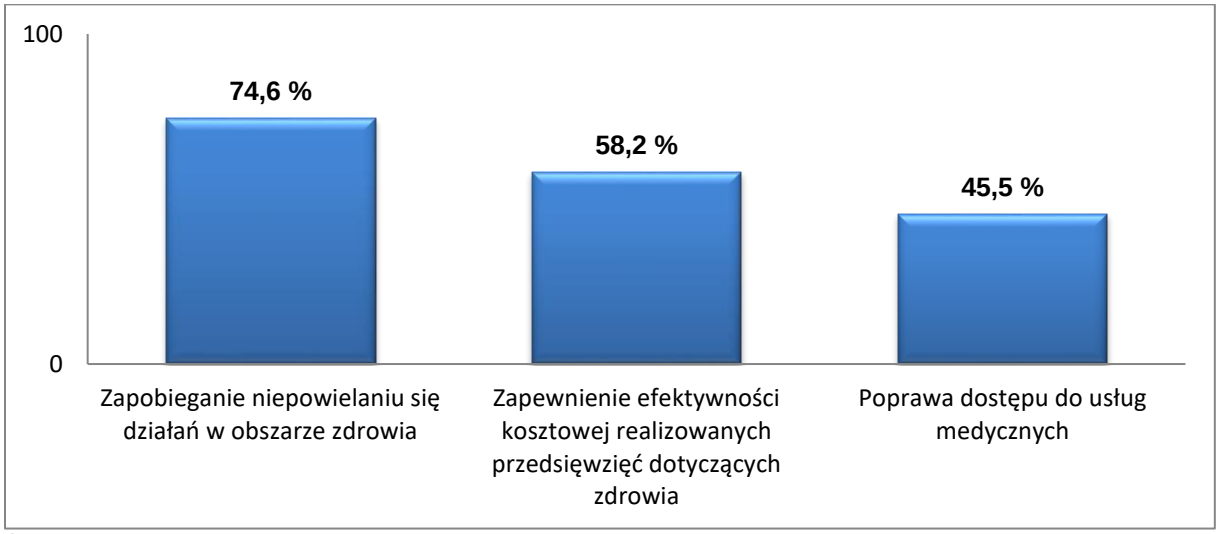
Wykres 7. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie wpływu Planów Działań na niepowielania się działań w obszarze ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

Nieco mniej optymistycznie oceniany jest wpływ Planów Działań na poprawę efektywność kosztowej realizowanych przedsięwzięć dotyczących zdrowia (58,2% odpowiedzi pozytywnych oraz 23,6% odpowiedzi negatywnych), **a w najmniejszym stopniu na poprawę dostępu do usług medycznych** (45,5% odpowiedzi pozytywnych oraz 23,6% odpowiedzi negatywnych).

Wykres 8. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie skuteczności Planów Działań w sektorze zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

PD opracowywane są na poziomie PO IiŚ i PO WER (MZ) oraz samorządów regionalnych (RPO), a następnie zatwierdzane są przez KS, czyli gremium funkcjonujące na szczeblu centralnym, dlatego też ich funkcjonowanie przekłada się na lepszą koordynację działań samorządowo-rządowych, dając instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w regionach w kolejnym roku i na odwrót, ale pozwalając

na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. Z punktu widzenia projektów o charakterze infrastrukturalnym (np. rozbudowa SOR-ów i lądowisk dla helikopterów) ma to znaczenie tym większe, że opiera się o system funkcjonujący jednolicie w całym kraju i dotyczący wszystkich mieszkańców. Natomiast z punktu widzenia projektów konkursowych, PD pozwalają na zarządzanie środkami w taki sposób, aby alokować je w miejscach zidentyfikowanych jako kluczowe z punktu widzenia potrzeb lokalnych, a także – w przypadku gdy wartość ogłoszonego konkursu będzie niższa niż deklarowana (np. wobec zmniejszenia kosztów realizacji projektów w wyniku oszczędności), do rozszerzenia alokacji na inne obszary lub też na ten sam obszar w kolejnym naborze.

Odnosząc się do finansowania ze środków EFSI, istnienie PD pozwala dodatkowo na bardziej trafną alokację środków krajowych, które mogą działać w stosunku do środków europejskich komplementarnie lub substytucyjnie – zgodnie z wolą decydentów. Warto dodać, że nie dochodzi jednak przy tym do zaburzenia przepływu finansowego pomiędzy środkami krajowymi a EFSI, ponieważ oba te strumienie są kierowane niezależnie od siebie (aczkolwiek komplementarnie) do wcześniej zaplanowanych obszarów interwencji.

2. ***W jakim stopniu dzięki realizacji PD zrealizowany został cel główny oraz cele szczegółowe (długoterminowe i operacyjne) opisane w Policy Paper? W jakim stopniu dzięki PD osiągnięte zostały wskaźniki określone w Policy Paper? Jaki jest wpływ PD na realizację postanowień i celów Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 oraz Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 2)*

Celem głównym opisanym w Policy Paper jest *zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce*.

Celami długoterminowymi są:

1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.
2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.
4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

Spośród programów planowanych do finansowania wiele z nich zostało uruchomionych z opóźnieniem, a w wielu przypadkach wybór wnioskodawców przedłużał dodatkowo

te okresy, co doprowadziło do istotnych opóźnień w realizacji wsparcia. W PP wskazano, że narzędziami implementacji celów operacyjnych będą:

1. **Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem** – w analizowanym okresie narzędzie to nie zostało wykorzystane, konkurs dotyczący podniesienia jakości świadczeń w POZ zmierzający do zbudowania platformy współpracy pomiędzy lekarzami rodzinnymi i lekarzami specjalistami został ogłoszony i przeprowadzony w roku 2016. Skuteczność tego narzędzia będzie więc oceniona w ramach dalszej analizy.
2. **Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu** – w analizowanym okresie narzędzie to zostało wykorzystane, w województwach wdrożono programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, niektóre województwa (jak np. dolnośląskie) zleciło opracowanie zewnętrznej analizy dotyczącej identyfikacji najistotniejszych dla regionu problemów zdrowotnych, która stanowiła podstawę do wskazania niezbędnego obszaru interwencji.
3. **Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, w celu uruchomienia naborów projektów w ramach regionalnych programów zdrowotnych. Program został opracowany między innymi w województwie opolskim[26], łódzkim[27] oraz innych województwach, będących przedmiotem analizy.
4. **Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, program został uruchomiony m.in. w województwie opolskim[28]
5. **Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, przeprowadzono w wielu województwach programy profilaktyczne wczesnego wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi, dla przykładu program taki został uruchomiony w województwie opolskim[29].
6. **Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii**

[26] http://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Program-rehabilitacji-medycznej-u%C5%82atwiaj%C4%85cy-powroty-do-pracy-na-lata-2016-2020.pdf

[27] http://www.rpo.lodzkie.pl/skorzystaj-z-programu/zobacz-ogloszenia-i-wyniki-naborow-wnioskow/item/1979-poddzialanie-x-3-1-programy-z-uwzglednieniem-rehabilitacji-medycznej-ulatwiajace-powroty-do-pracy-oraz-umozliwiajace-wydluzenie-aktywnosci-zawodowej

[28] http://zdrowie.gov.pl/uploads/temp/news/news_2579/text/Zal.%201%20do%20Uchwaly%2012_kryteria_7.K..4_18.02_uzupelnione.pdf

[29] http://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Plan-dzia%C5%82a%C5%84-w-sektorze-zdrowia-na-rok-2017-wersja-nr-1.1-na-www.pdf

(roboty budowlane, doposażenie) – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich województwach, które przedstawiły PD.

7. **Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich województwach będących przedmiotem analizy w ocenianym okresie. Narzędzie to było bardzo często wykorzystywane głównie w szpitalach powiatowych, które dzięki interwencji mogły wzmocnić własny potencjał świadczeń w zakresie medycyny ratunkowej. Dla przykładu narzędzie wykorzystano w Kępnie (woj. wielkopolskie)[30], Mielcu (woj. podkarpackie)[31], Olkuszu (woj. małopolskie)[32], Elblągu (woj. warmińsko – mazurskie)[33].
8. **Modernizacja istniejących CU** *(centrów urazowych – przypis własny*) **(roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie programów m.in. w woj. świętokrzyskim[34]. Interwencja została skierowana wyłącznie do projektów zgłoszonych w trybie pozakonkursowym, wykazanych w Wykazie Projektów Zidentyfikowanych.
9. **Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naborów w trybie pozakonkursowym. Z interwencji skorzystały m.in. szpitale w Kielcach, Krakowie, Olsztynie, Lublinie, Gdańsku, Częstochowie, Wrocławiu, Łodzi[35].
10. **Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naborów w trybie pozakonkursowym we wszystkich województwach będących przedmiotem analizy.
11. **Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naboru w trybie pozakonkursowym[36]
12. **Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez

[30] http://www.szpital.kepno.pl/index.php/185-ogloszenie-o-konkursie-na-dofinansowanie

[31] http://www.szpital.mielec.pl/index.php/administracja/aktualnosci/83-aktualnosci/120-modernizacja-i-doposazenie-szpitalnego-oddzialu-ratunkowego-w-szpitalu-powiatowym-im-e-biernackiego-w-mielcu

[32] http://www.nowyszpital.pl/olkusz/modernizacja_sor/o_projekcie

[33] http://www.szpital.elblag.pl/projekty/projekty-ue/p,261,przebudowa-i-modernizacja-sor-2014-2020.html

[34] http://www.e-swietokrzyskie.pl/strategia_wojewodztwa/index.php/307-ogloszenie-o-konkursie-infrastruktura-ponadregionalnych-podmiotow-leczniczych-w-ramach-poiis

[35] http://zdrowie.gov.pl/nabor-56-nabor_pozakonkursowy_na_utworzenie.html

[36] https://www.pois.gov.pl/media/39136/karta_OS_IX_2017-04-04.pdf

uruchomienie interwencji w trybie konkursowym[37], z wyłączeniem województwa mazowieckiego.

13. **Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich regionach[38]
14. **Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naborów w trybie konkursowym w regionach. Dla przykładu uruchomiono nabory w województwie podlaskim[39] oraz województwie opolskim[40].

Cele długoterminowe:

1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

Cel ten został osiągnięty poprzez podjęcie finansowania programów adresowanych do społeczeństwa z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, jak również działań wspierających podstawową opiekę zdrowotną, która może działać na rzecz edukacji zdrowotnej i działań prozdrowotnych w środowisku lokalnym.

W Policy Paper jako metodę osiągnięcia celu wskazano m.in. opracowanie i wdrożenie *ustawy z dnia 11 września 2015 roku* o *zdrowiu publicznym*. Zdaniem eksperta to działanie zostało zrealizowane, ale jest nieskuteczne i nie funkcjonuje odpowiednio. Uzasadnieniem dla takiego stwierdzenia jest fakt, że nie realizuje się dotąd programów profilaktyki zdrowotnej w oparciu o tą ustawę, nie angażuje się absolwentów kierunków zdrowie publiczne oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego w realizację działań opisanych w PP jako „zdrowie we wszystkich politykach” (cz. 5.3.1. PP, s. 136). Ustawa nie stanowi także podstawy dla planowania działań o charakterze prozdrowotnym, ponieważ zasady finansowania takich działań (obecnie głównie ze środków NFZ w ramach programów profilaktycznych oraz ze środków UE w ramach programów operacyjnych) nie pokrywają się z mechanizmami finansowania opisanymi w ustawie.

Zgodnie z Policy Paper cel powinien zostać osiągnięty także dzięki opracowaniu i wdrożeniu mapowania potrzeb zdrowotnych. Działanie to jest realizowane, dzięki środkom EFSI oraz środkom krajowym udaje się tworzyć mapy potrzeb zdrowotnych, terminy przygotowania

[37] https://www.pois.gov.pl/nabory/92-infrastruktura-ponadregionalnych-podmiotow-leczniczych/

[38] http://www.archiwum.zdrowie.gov.pl/strona-293-Perspektywa_2014_2020_RPO_2014_2020.html

[39] https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/nabory/84-infrastruktura-spoleczna-841-infrastruktura-ochrony-zdrowia-1/

[40] http://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Plan-dzia%C5%82a%C5%84-w-sektorze-zdrowia-na-rok-2016-wersja-nr-3.pdf

poszczególnych map potrzeb zdrowotnych zostały wynegocjowane z Komisją Europejską, obecnie opracowano mapy potrzeb dla onkologii, kardiologii, opieki szpitalnej, ratownictwa medycznego oraz 30 jednostek chorobowych. Cel miał także zostać osiągnięty poprzez opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Zdrowia. W analizowanym okresie (2015-2016) obowiązującym był *Narodowy Program Zdrowia 2007 – 2015*, a następnie *Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020*. Aktualnie obowiązujący NPZ zakłada cele zbieżne z PP, jak również zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

Kolejnym zadaniem prowadzącym do realizacji wspomnianego celu miał być wzrost rozpowszechnienia zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa. Stanowi to poważne wyzwanie społeczne, ponieważ zachowań zdrowotnych nie można zmienić w perspektywie krótkoterminowej. Priorytet 5.1. PO WER jest adresowany głównie na realizację projektów, które mają wpływać na minimalizowanie ryzyk epidemiologicznych, jak również na zmianę zachowań prozdrowotnych Polaków.

Ostatnim zadaniem zmierzającym do realizacji celu miało być zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych. Wobec braku wiarygodnych danych statystycznych dotyczących przyczyn zgonu w latach 2016-2017 (Policy Paper zostało opracowane w roku 2015 i z tego samego okresu są najnowsze dostępne dane statystyczne GUS), ocena realizacji tego zadania nie może zostać wiarygodnie przeprowadzona.

2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Cel został zdefiniowany do osiągnięcia dopiero w roku 2030, więc obecnie ocena jego realizacji może mieć zaledwie charakter fragmentaryczny. Z pewnością podejmowane w opiniowanych PD obszary wsparcia odnoszą się do realizacji ww. celu, szczególnie poprzez inwestycje w infrastrukturę jak również w kompetencje kadry medycznej.

W Policy Paper jako zadania do realizacji w ramach niniejszego celu wskazano: wdrożenie długofalowej polityki senioralnej w Polsce – póki co zadanie to nie jest realizowane. Opracowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej *„Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014 – 2020”* przewidują w ramach tej perspektywy finansowej m.in. następujące obszary wsparcia:

- ✓ Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych, w tym tworzenie innowacyjnych rozwiązań z zakresu farmakoterapii i technicznego wsparcia programów prozdrowotnych aktywizujących osoby starsze, podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa, poprawę zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa, a także budowanie właściwych relacji społecznych i więzi pokoleniowych, walka z wykluczeniem społecznym, przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do rozwiązań niezbędnych dla wzrastającej w tej grupie wielochorobowości i inwalidztwa, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju geriatrii i wprowadzenia jej do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wczesne

wykrywanie i prewencja chorób przewlekłych przez badania skriningowe i programy profilaktyczne.

- ✓ Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna.
- ✓ Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Cel ten realizowany jest m.in. poprzez uznanie geriatrii jako specjalizacji kluczowej dla rozwoju medycyny, co wiąże się z możliwością podejmowania tej specjalności przez większą liczbę rezydentów, jak również z możliwością podnoszenia kompetencji profesjonalistów medycznych (pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów) z dedykowanych dla nich szkoleń z zakresu opieki nad seniorami. Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje ze środków Funduszu Pracy miejsca specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w dziedzinach priorytetowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych społeczeństwa polskiego. W roku 2015 dofinansowanych zostało 200 miejsc specjalizacyjnych dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego na terenie następujących województw: lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego.

W ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, współfinansowanego ze środków z EFS w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2012-2015, organizowane były szkolenia z zakresu opieki nad osobami starszymi, w których udział wzięło ogółem 8239 przedstawicieli kadr medycznych, w tym 1 369 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 4064 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 2176 fizjoterapeutów, 467 opiekunów medycznych oraz 163 terapeutów środowiskowych[41].

W ramach edukacji kadr pielęgniarskich, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych realizowało w ramach PO KL projekt systemowy pn. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa”, a także „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”. W kursie specjalistycznym realizowanym w ramach drugiego z ww. projektów udział wzięło i podniosło swoje kwalifikacje 12 876 pielęgniarek i pielęgniarzy z całego kraju.[42]

Pomiędzy działaniami realizującymi politykę w zakresie opieki zdrowotnej i wsparcia, należy wymienić utworzenie Narodowego Instytutu Geriatrii – centrum opieki medycznej dla osób starszych, które ma być ośrodkiem referencyjnym dla tych usług. Oprócz udzielania świadczeń zdrowotnych Instytut ten zajmuje się m.in.:

- ✓ kształceniem kadr medycznych w geriatrii;

[41] Patrz: *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*;
http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/pielegniarki-i-polozne/projekty-systemowe/

[42] Patrz: *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa;*
http://www.geriatria.ckppip.edu.pl/

- ✓ przygotowaniem standardów kształcenia dla pracowników medycznych w dziedzinach związanych z opieką nad osobami starszymi;
- ✓ prowadzeniem badań naukowych w zakresie gerontologii i geriatrii, reumatologii, rehabilitacji, ortopedii i traumatologii, chorób przewlekłych i chorób powodujących niesamodzielność oraz zdrowia publicznego;
- ✓ przygotowaniem standardów i wytycznych w obszarze geriatrii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu oraz chorób przewlekłych i chorób powodujących niesamodzielność.

W lipcu 2015 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w ramach PO WER konkurs mający na celu pilotażowe wdrożenie przez resort, rozwiązań służących utworzeniu dziennych domów opieki medycznej (DDOM). W ramach przedmiotowego konkursu realizowany jest cel szczegółowy pn. „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”. W szczególności zaplanowano objęcie narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi 40 podmiotów leczniczych, zdeinstytucjonalizowanie 400 miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostaną utworzone w ramach programu. Na wymienione działanie przewidziano alokację środków finansowych w wysokości 40 mln zł. Zgodnie z założeniami, standard dziennego domu opieki medycznej został pilotażowo przetestowany na poziomie centralnym (ze środków PO WER), a następnie zmodyfikowany w oparciu o wyniki ewaluacji zleconej przez Ministerstwo Zdrowia[43] i upowszechniony z wykorzystaniem środków finansowych dostępnych w ramach regionalnych programów operacyjnych wdrażanych w latach 2014-2020. Najważniejszym zadaniem DDOM jest rehabilitacja lecznicza osób niesamodzielnych w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku lokalnym. Nie mniej ważna jest kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto świadczenia zdrowotne udzielane przez DDOM dotyczą również edukacji zdrowotnej, a w przyszłości będą również obejmować przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji.

Równolegle do działań współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego podejmowane są przez MZ działania zmierzające do wpisania usług świadczonych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Biorąc pod uwagę perspektywę osiągnięcia celu do roku 2030 wydaje się, że na obecnym etapie poziom realizacji celu jest zadowalający.

3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej

Cel ten jest z pewnością realizowany i reprezentowany w opiniowanych PD. Wśród ocenianych planów znaleziono programy nakierowane na podnoszenie jakości świadczonych usług medycznych oraz efektywność opieki zdrowotnej. Należy to ocenić pozytywnie.

[43] Patrz: *Ewaluacja bieżąca projektów POWER dotycząca tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów opieki medycznej (DDOM)* (http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacja-39-ewaluacja_biezaca_projektow_power.html).

Wśród zadań, jakie powinny być realizowane zgodnie z Policy Paper w realizacji tego celu wskazano: stworzenie skutecznych mechanizmów koordynacji działań podejmowanych w różnych sektorach i instytucjach, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach”.

Realizacja tego celu może być jednak trudna zwłaszcza w kontekście niskiej efektywności wydatkowania środków (z innych niż z EFSI) na obszar zdrowia przez samorządy. Potwierdza to m.in. raport Najwyższej Izby Kontroli z dnia 13.10.2016 „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego” (KZD.430.001.2016), w którym podkreślono, że realizacja przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres i skalę tych działań, nie przyczyniła się w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Jako jeden z mankamentów w tym zakresie wskazuje się na niewystarczającą koordynację realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje prowadzeniem takich samych działań na danym obszarze jak również brak mechanizmów weryfikacji danych w ramach procesu przekazywania stosownych informacji o realizowanych programach pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej.

Jednym z kluczowych elementów polityki „zdrowie we wszystkich politykach” jest współpraca międzysektorowa w regionach, m.in. w takich obszarach jak transport, infrastruktura, ochrona środowiska, ochrona zdrowia, pomoc społeczna i inne. W toku niniejszych analiz nie dostrzeżono opracowania naukowego opisującego aktualny stan funkcjonowania współpracy międzysektorowej w zakresie zdrowia, jednak eksperci korzystając ze swojego doświadczenia wskazują na następujące nieprawidłowości w tej współpracy i w konsekwencji we włączaniu zdrowia do wszystkich polityk:

- ✓ **brak współpracy wewnątrzsektorowej w ochronie zdrowia pomiędzy szpitalami, ambulatoryjną opieką zdrowotną i podstawową opieką zdrowotną, a także międzysektorowej – pomiędzy systemem ochrony zdrowia, a pomocą społeczną, wymiarem sprawiedliwości, edukacją szkolną i pozaszkolną, rynkiem pracy, w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności dzieci chorych psychiczne**. Nie istnieje obecne żadna platforma wymiany informacji pomiędzy lekarzem psychiatrą w szpitalu, lekarzem poradni zdrowia psychicznego, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową, kuratorem sądowym, na temat potrzeb pacjenta. Wobec braku takich wspólnych platform, każdy z interesariuszy realizuje swoje zadania niezależnie, często wzajemnie powielając się, nie tworząc opieki kompleksowej, a przede wszystkim w obszarach pozamedycznych (np. w kontekście rynku pracy czy opieki kuratora sądowego) nie biorąc pod uwagę aspektów zdrowotnych (*I. Mazur, P. Karniej. J. Jończyk, „Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy”, CeDu Wrocław 2015*),
- ✓ **brak współpracy międzysektorowej pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a specjalistami w dziedzinie zdrowia publicznego**, wyrażający się m.in. w realizowaniu w wielu miastach w ramach budżetów obywatelskich projektów z obszaru zdrowia (np. siłownie na wolnym powietrzu, trasy rowerowe, infrastruktura drogowa – chodniki, drogi, programy żywieniowe w szkołach), bez faktycznej współpracy ze specjalistami w zakresie zdrowia publicznego. Rezultatem takich działań może być np. nie uwzględnienie w tych inwestycjach potrzeb osób z niepełnosprawnościami (wysokie krawężniki uniemożliwiające poruszanie się

na wózku). (*D. Kraszewski, K. Mojkowski, Budżet obywatelski w Polsce, Fundacja Batorego, 2014*),

- ✓ **brak współpracy pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a specjalistami z zakresu zdrowia publicznego w tworzeniu i realizacji regionalnych programów przeciwdziałania zanieczyszczeniu powietrza**, co przekłada się na ogólny wniosek wskazujący, że władze publiczne działają nieskutecznie w sferze ochrony powietrza, nie zapewniając ochrony ludzi i środowiska naturalnego przed negatywnymi skutkami zanieczyszczenia. (*raport Najwyższej Izby Kontroli „Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami” (LKR-4101-007-00/2014*).

Wykazane mankamenty nie decydują oczywiście o tym, że polityka „zdrowie we wszystkich politykach” nie jest realizowana w ogóle. Niemniej należy stwierdzić, że istnieją mankamenty w jej realizacji, które należy sukcesywnie eliminować, dążąc do jak największej profesjonalizacji zdrowia publicznego jako dyscypliny wspierającej także w samorządach inne obszary i polityki w wymiarze strategicznym.[44]

Jako dodatkowe działania na rzecz realizacji tego celu wskazano:

- ✓ **Wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia, stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji** – zadanie zostało zrealizowane dzięki wprowadzeniu systemu IOWISZ, a także dzięki samym Planom Działań, które stanowią narzędzie monitorowania finansowania inwestycji i działań w ochronie zdrowia.
- ✓ **Udoskonalenie systemów finansowania, kwalifikowania, taryfikacji, kontraktowania, wykonywania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej** – zadanie realizowane m.in. poprzez zmiany organizacyjne po stronie płatnika (NFZ), opracowanie map potrzeb zdrowotnych służących kontraktowaniu świadczeń, projekty pozakonkursowe NFZ w ramach PO WER dotyczące organizacji opieki koordynowanej oraz POZ+.
- ✓ **Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, wczesna diagnostyka na poziomie POZ, zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń** – zadanie realizowane poprzez szkolenia podnoszące kompetencje lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych, jak również poprzez tworzenie platform współpracy podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami specjalistami i szpitalami; realizowane w ramach tego zadania programy są obecnie w trakcie realizacji i nie można póki co, określić ich efektywności, jednak z pewnością podejmowane działania prowadzą do realizacji celu. Obecnie realizowany jest także projekt POZ+, tzn. model poszerzonej podstawowej opieki zdrowotnej (ogłoszenie Prezesa NFZ o preselekcji świadczeniodawców do realizacji programu z dnia 26.06.2017), ponieważ projekt ten jest w trakcie realizacji nie można odnieść się do jego rezultatów.
- ✓ **Wypracowanie i przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów działania służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia**

[44] Uwagi nie są bezpośrednio związane z PD oraz funkcjonowaniem KS, ponieważ wykraczają poza kompetencje KS oraz PD i wymagają znacznie szerszej koordynacji.

– zadanie to realizowane jest w ramach opracowania wspólnych międzysektorowych (pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i opieka szpitalną) platform informatycznych, służących wymianie informacji medycznej, dokumentacji medycznej i obiegu dokumentów, projekt koordynowanej opieki zdrowotnej (Organizacji Opieki Koordynowanej – OOK). Programy w tym konkursie są obecnie na etapie opracowywania i realizowania, rezultaty ich działań będzie można ocenić dopiero po ich zakończeniu.

- ✓ **Poprawa systemu gromadzenia i zarządzania informacją medyczną poprzez realizację projektów z zakresu e-zdrowie** – działania z tym związane stanowią istotny element opiniowanych PD, zarówno, jeśli chodzi o wartość przekazywanych na ten cel środków finansowych jak i na wolumen oddziaływania. W ocenie skuteczności PD jako narzędzia realizacji polityki zdrowotnej w obszarze e-zdrowia należy przyjąć, że narzędzie to jest skuteczne, ponieważ pozwala zdefiniować obszary zapotrzebowania na inwestycje w dziedzinie e-zdrowia i umożliwić łączenie strumieni finansowych w ramach inżynierii finansowej, jak również przedstawia uniwersalne kryteria wyboru, które m.in. zapewniają interoperacyjność platform.
- ✓ **Wdrożenie innowacyjnych, efektywnych kosztowo procedur i technologii medycznych** – zadanie realizowane w ramach projektu OOK (Organizacji Opieki Koordynowanej), jak również w programach adresowanych do systemu PRM, w ramach których powstają nowe lądowiska dla helikopterów i nowe SOR-y. Zakładając wdrożenie w tych miejscach innowacyjnych technologii i oparte o nowoczesne rozwiązania urządzenia medyczne, można przyjąć, że zadanie będzie reprezentowane w tych programach. Niemniej nie dostrzega się programów adresowanych tylko do tego obszaru wsparcia.
- ✓ **Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących wysokiej jakości świadczenia zdrowotne potwierdzone certyfikatem akredytacji** – zadanie w pełni realizowane, poprzez program akredytacji szpitali prowadzonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
- ✓ **Zmniejszenie liczby powikłań zdarzeń niepożądanych, powikłań i zakażeń szpitalnych** – zadanie realizowane w ramach programów poprawy jakości opieki medycznej, zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej jak i w szpitalach. Dodatkowo zadanie jest reprezentowane w kontekście programów podnoszenia kompetencji pielęgniarek i położnych oraz lekarzy.
- ✓ **Poprawa satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń zdrowotnych** – zadanie realizowane w ramach projektu podnoszenia kompetencji pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. jako element programu akredytacji szpitali oraz w ramach programu PO WER – Działanie 5.2., konkurs pn. „Rozwój dialogu społecznego w ochronie zdrowia”.
- ✓ **Wprowadzenie porównywalnych jednostek pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz publicznego dostępu do tych informacji, co umożliwi pacjentom dokonanie świadomej oceny i wybranie podmiotu oferującego najwyższy poziom opieki, dostosowany do poziomów unijnych w zakresie standaryzacji opieki** – zadanie realizowane w ramach programu

akredytacji jednostek sektora ochrony zdrowia przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Nie wszystkie z ww. obszarów mogą być finansowane z zaangażowaniem środków UE, dlatego realizacja tych celów powinna opierać się o wiązkę działań finansowanych zarówno ze środków europejskich jak i dostępne środki krajowe.

4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

Cel realizowany w programach operacyjnych współfinansujących specjalizacje lekarskie w ww. specjalnościach, jak również w ramach projektów dotyczących organizacji systemu opieki medycznej w ww. dyscyplinach oraz w procesie mapowania potrzeb zdrowotnych.

Jako metody realizacji celu wskazano:

- ✓ **Wdrożenie procesu mapowania potrzeb na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej** – cel realizowany poprzez tworzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych. Obecnie proces tworzenia map dotyczy 30 jednostek chorobowych, kardiologii, onkologii, ratownictwa medycznego i opieki szpitalnej. Pozostałe mapy są w trakcie tworzenia, zgodnie z harmonogramem przyjętym w uzgodnieniu z Komisją Europejską.
- ✓ **Rozwój i modernizacja zasobów infrastrukturalnych ochrony zdrowia, zgodnie z identyfikowanymi potrzebami kraju i regionów** – zadanie realizowane poprzez inwestycje infrastrukturalne w system ratownictwa medycznego (medycyna ratunkowa), m.in. SOR-y, lądowiska dla helikopterów, podnoszenie kompetencji ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych w systemie PRM.
- ✓ **Zwiększenie liczby pracujących w systemie ochrony zdrowia profesjonalistów medycznych** – zadanie realizowane w ramach programów adresowanych do uczelni kształcących pielęgniarki i położne, jak również w kontekście umożliwienia realizowania programów specjalizacyjnych przez lekarzy oraz projektu tworzenia centrów symulacji medycznych na uczelniach kształcących w zawodach medycznych (projekt podzielony na dwa konkursy: adresowany do uczelni medycznych oraz adresowany do uczelni kształcących pielęgniarki i położne (w tym niepubliczne).

Realizowane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego analizy, skłaniają również ewaluatora do sformułowania rekomendacji w zakresie uzyskania przez Policy Paper statusu strategii zintegrowanej, co oznaczałoby wprowadzenie zmian w systemie zarządzania rozwojem kraju[45].

Oceniając wpływ PD na realizację postanowień *Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020* należy odnieść się indywidualnie do poszczególnych celów tematycznych zdefiniowanych w przedmiotowym dokumencie:

[45] Taką potrzebę potwierdziły również wyniki warsztatu.

- ✓ **Cel tematyczny 2. Zwiększenie dostępności, stopnia wykorzystania i jakości technologii informacyjno-komunikacyjnych –** cel ten realizowany jest przez PI 2c (*Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia*) w zakresie e-zdrowia;
- ✓ **Cel tematyczny 8. Promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia oraz wsparcie mobilności pracowników –** cel realizowany jest przez PI 8vi (*Aktywne i zdrowe starzenie się*); działania wdrażane są w ramach tego PI zarówno na poziomie ogólnokrajowym – w PO WER, jak i regionalnym – w RPO (programy zdrowotne i profilaktyczne),
- ✓ **Cel tematyczny 9. Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją -** cel realizowany w obszarze zdrowia przez PI 9a (*Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych*) i 9iv (*Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym*); działania wdrażane są w ramach tego PI zarówno na poziomie ogólnokrajowym w PO WER (w przypadku PI 9iv) i PO IiŚ (w przypadku PI 9a), jak i w regionalnym w RPO (w przypadku obu ww. PI),
- ✓ **Cel tematyczny 10. Inwestowanie w kształcenie, szkolenie oraz szkolenie zawodowe na rzecz zdobywania umiejętności i uczenia się przez całe życie –** cel realizowany jedynie na poziomie ogólnokrajowym ze środków PO WER; w obszarze zdrowia obejmuje PI 10ii (*Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć*) – Działanie 5.3 PO WER (*Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych*) oraz PI 10iii (*Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji*) – Działanie 5.4 PO WER (*Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych*).

W ramach Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju[46] zdefiniowano następujące cele:

- ✓ **reindustrializacja,**
- ✓ **rozwój innowacyjnych firm,**

[46] W związku z przyjęciem SOR* przez Radę Ministrów w dniu 14.02.2017 roku, zapisy tej strategii są jedynie wskazywane informacyjnie i nie jest możliwe wiązanie PD z 2015 i 2016 z jej postanowieniami. Analizy w tym zakresie zostaną przygotowane na drugim etapie badania ewaluacyjnego. Jak podkreślali respondenci m.in. w ramach wywiadu FGI wpływ [według stanu na październik 2017 roku] nie jest jednak znaczący (…) *w żaden sposób [wpływa]. To znaczy, kiedy powstawała Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju były negocjowane regionalne programy operacyjne, realizowaliśmy program i nic więcej. Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju poukładała w trochę inny sposób pewne rzeczy, które już były wiadome i tyle jeśli chodzi o obszar zdrowia* (respondent FGI); *Jeśli chodzi o strategię odpowiedzialnego rozwoju, to była w takim momencie tworzona, gdzie było dużo haseł, które nie bardzo się na razie sprawdziły.* (respondent FGI)

- ✓ **kapitał dla rozwoju,**
- ✓ **ekspansja zagraniczna,**
- ✓ **rozwój społeczny i terytorialny.**

W kontekście celów Strategii można przyjąć, że w analizowanych projektach można zidentyfikować realizację następujących celów:

- ✓ **rozwój innowacyjnych firm** – dążenie do implementacji w sektorze zdrowia innowacyjnych rozwiązań o charakterze produktowym, dążących do zapewnienia pacjentom niedrogich i wysokiej jakości usług zdrowotnych (PO WER 5.2.) jak również wzrost jakości usług medycznych zarówno w środowisku szpitalnym jak i w lecznictwie otwartym, kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych (PO WER 5.4) oraz inne działania zmierzające do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia, stosowania nowych technologii w medycynie, i in.,
- ✓ **kapitał dla rozwoju** – realizacja projektów opartych o podnoszenie kompetencji zawodowych pracowników sektora zdrowia (np. PO WER 5.4.), zarówno w projektach dedykowanych zdrowiu jak również w innych działaniach,
- ✓ **rozwój społeczny i terytorialny** – cel ten realizowany jest poprzez partycypację i udział samorządów lokalnych w dystrybucji środków z Regionalnych Programów Operacyjnych, opartych o analizy lokalnych potrzeb jak również działających na rzecz wzmocnienia lokalnych inwestycji służących zdrowiu mieszkańców.

3. ***Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*

Jednym z ważnych problemów w realizacji postanowień PD może okazać się wypadnięcie szpitala przewidzianego do realizacji jakiegoś programu (zgodnie z założeniami PD za 2015 i 2016 rok) z sieci szpitali utworzonej zgodnie z opracowanym w Ministerstwie Zdrowia rozporządzeniem wykonawczym do *ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Poz. 844) – ustawy wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. „sieć szpitali”). Jego konsekwencją będzie konieczność rozpoczęcia przez takie placówki (poza siecią) udzielania świadczeń komercyjnych. Jest to realna możliwość, ponieważ w przypadku szpitali, które nie wejdą do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), choć będą one mogły się starać o finansowanie w ramach postępowania konkursowego, to na ten cel zostanie tylko około 7% (według danych MZ) całości środków przeznaczonych na szpitale z Narodowego Funduszu Zdrowia. Sieć szpitali nie brała pod uwagę tego czy jednostka realizuje czy nie realizuje projektów w ramach środków europejskich, a więc istnieje konieczność zweryfikowania czy w nowej rzeczywistości organizacyjno-finansowej istnieje w ogóle możliwość uzyskania zakładanych na etapie tworzenia PD czy też projektów współczynników i wskaźników. Przeprowadzone badanie udowodniło, że instytucje finansujące ani KOP-y nie brały dotychczas pod uwagę takiej ewentualności i nie mają danych na ten temat.

Istnieje, co prawda procedura konkursowa przeznaczona dla szpitali, które w sieci się nie znajdą, jednak jest to zaledwie 7% budżetu NFZ na lecznictwo szpitalne i wobec tego środków tych nie może wystarczyć dla prawidłowego i niezakłóconego realizowania dotychczasowej działalności, na której opierały się m.in. analiza ryzyka dokumentacji konkursowej, wniosek konkursowy i wreszcie zawarta umowa projektowa. Sieć szpitali nie brała pod uwagę tego, czy jednostka realizuje czy nie realizuje projekty w ramach środków europejskich, a więc istnieje konieczność przeanalizowania ryzyka dotyczącego nowej rzeczywistości organizacyjno-finansowej w kontekście jej wpływu na realizacje Planów Działań. Badania prowadzone przez ekspertów z dziedziny ekonomiki zdrowia[47] wskazują, że na etapie oceny projektów konkursowych w projektach PO WER, PO IiŚ, jak również w projektach pozakonkursowych finansowanych ze środków regionalnych programów operacyjnych nie brano dotychczas pod uwagę możliwości nie udzielania przez szpital usług medycznych w ramach umowy z publicznym płatnikiem w przypadku, gdy ten deklarował posiadanie aktualnej umowy z NFZ. Ta nowa okoliczność powinna być podstawą dla rozważenia wpływu ryzyka finansowego w kontekście sieci szpitali na możliwość realizowania już kontynuowanych projektów.

Zagrożenie to wskazywali również respondenci – przedstawiciele Ministerstwa Rozwoju, w odniesieniu do kontaktów z Komisją Europejską:

Teraz powstają też sieci szpitali na przykład. I okazuje się, że część szpitali, która była ujęta w mapach potrzeb zdrowotnych i która potencjalnie (…) to sprawdzimy niebawem – i część szpitali, które są w mapach potrzeb zdrowotnych i mogą potencjalnie uzyskać dofinansowanie z funduszy europejskich w ogóle nie znajduje się w sieciach, w tych sieciach, które teraz powstają. To jest też ciekawa sytuacja, bo to będzie za chwilę problem. Jeszcze nie jest do końca zbadane. (…) Jeszcze się nie pojawił [wniosek na Komitecie Sterującym – przyp. Wykonawca], *bo ja tak nieoficjalnie, ponieważ ja znam osoby, które przeprowadzają w tej chwili zamówienia najwyższej izby kontroli, właśnie kontrole potrzeb zdrowotnych i to jest wniosek na razie, który oni widzą. Że są 149 czy 147 chyba szpitali, które figurują w mapach potrzeb zdrowotnych… (…) Mogą być beneficjentami funduszy europejskich. Ja jeszcze nie sprawdzałam, czy one są, czy nie, a nie ma ich w ogóle w tej sieci szpitali. (..) Bo to jest na razie taka wstępna informacja (…) Myślę, że Ministerstwo Zdrowia też już powinno o tym wiedzieć. W sytuacji, kiedy zostaniemy w jakiś sposób, że tak powiem, powiadomieni czy zasygnalizowany zostanie nam w jakiś sposób problem tak czy owak będziemy go badać, ale jeśli już będzie jakaś konkretna analiza, będziemy działać. Ja się zastanawiam nad tym, czy tej kwestii nie podniesiemy na tym najbliższym komitecie [Komitecie Sterującym – przyp. Wykonawca], ale obawiam się, że jeszcze nic nie będzie tematu. Jeżeli będziemy mieli dane sprawdzone to wtedy tak. Bo też za chwilę może się pojawić pytanie z Komisji Europejskiej, bo oni też wiedzą, czytają i opracowania i gazety i za chwilę może się pojawić od nich pytanie, no ale te mapy potrzeb zdrowotnych pokazały że ten szpital był potrzebny, szpital x i on dostał ileś tam dofinansowania, a teraz nagle już nie jest potrzebny?* (respondent IDI)

W związku z powyższym ewaluator rekomenduje zlecenie przez Ministerstwo Rozwoju (w ramach zamówienia publicznego) analizy/ekspertyzy w zakresie zagadnienia związanego

[47] Patrz: P. Karniej, I. Mazur, J. Jończyk, *Realizowanie usług medycznych w oparciu o nowe kryteria sieci szpitali*, Piel. Zdrowie Publiczne, 2017.17.4.

z możliwością wypadnięcia szpitali przewidzianych do realizacji jakiegoś programu z sieci szpitali. W celu zachowania zasady transparentności przedstawienie wyników tej analizy powinno nastąpić w trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Informacje z analizy/ekspertyzy będą szczególnie istotne dla Ministerstwa Rozwoju w kontekście wydatkowania środków unijnych w PO WER oraz PO IiŚ. Dane dla potencjalnego wykonawcy przedmiotowej analizy/ekspertyzy powinien przygotować NFZ[48], co byłoby gwarancją ich wiarygodności i rzetelności.

Istotną barierą, opisywaną przez przedstawicieli MZ, pełniących funkcję opiekunów programów operacyjnych, jest kwestia zgłaszania do Sekretariatu KS nawet najmniejszych modyfikacji w zakresie PD przez przedstawicieli urzędów marszałkowskich. Wynika ona z chęci dopełnienia wszelkich (nawet zbędnych) formalności biurokratycznych przez przedstawicieli regionów, zarówno w trybie roboczym jak i formalnym. Podkreśla to jeden z respondentów w MZ:

Nie wiem, jak wygląda praca wewnątrz instytucji u nich, natomiast zawsze jest problem z tym, że przed samym komitetem zawsze wprowadzają jakieś modyfikacje, zmiany. Czyli rozumiem, że albo zbyt późno przystępują pewne osoby do współpracy u nich wewnątrz instytucji, co powoduje, że później te zmiany wychodzą na ostatnią chwilę. Oni zgłaszają bardzo dużo też zmian w zakresie planu działania, który jest przyjęty, a to powoduje to, że tak naprawdę regiony intensyfikują działania nad tym, co jest w planie działań dopiero po komitecie. Czyli przed swoim komitetem monitorującym, gdzie wówczas te wszystkie grupy robocze, które mają powoływane zaczynają zastanawiać się, co oni tam wpisali. I okazuje się, że nieraz te rekomendacje, czy kryteria, które wykorzystali powodują odrzucenie jakiegoś istotnego podmiotu na ich terenie. (respondent IDI)

Dodatkowo istnienie takiego zjawiska potwierdziły także wnioski z warsztatu, w ramach którego zdiagnozowano występowanie takiego zjawiska. Powoduje ono, że procedura pracy nad PD nadmiernie się komplikuje i wydłuża. W skrajnych przypadkach prowadzi do tego, że zmiany w PD dla danego roku wprowadzane są nawet po jego zakończeniu. W związku z powyższym, w ocenie ewaluatora, konieczne jest podjęcie dyskusji w ramach KS, nad zasadnością wprowadzania zmian w ramach PD:

- ✓ które mają charakter historyczny (odnoszą się do PD dla zakończonego już roku kalendarzowego),
- ✓ dla których IZ w regionach podpisały już umowy.

W jej wyniku, powinny zostać przygotowane wytyczne w tym zakresie przez KS, co pozwoliłoby uporządkować cały proces oraz sprawić, że nie będzie on aż tak pracochłonny. Dodatkowo, powstanie takich wytycznych stanowiłoby czytelny i jednoznaczny sygnał dla regionów dotyczący usystematyzowania procesu uzgadniania i modyfikacji PD.

W przeprowadzonym badaniu nie zidentyfikowano **wpływu w procesie uzgadniania PD jednej z instytucji odpowiedzialnej za realizację programów – Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, odpowiedzialnego za realizację projektów w obszarze podnoszenia szkolnictwa wyższego.** W ramach tego zadania zawarto umowy o dofinansowanie projektów

[48] Chęć współpracy w tym zakresie zgłosił przedstawiciel NFZ w trakcie warsztatu.

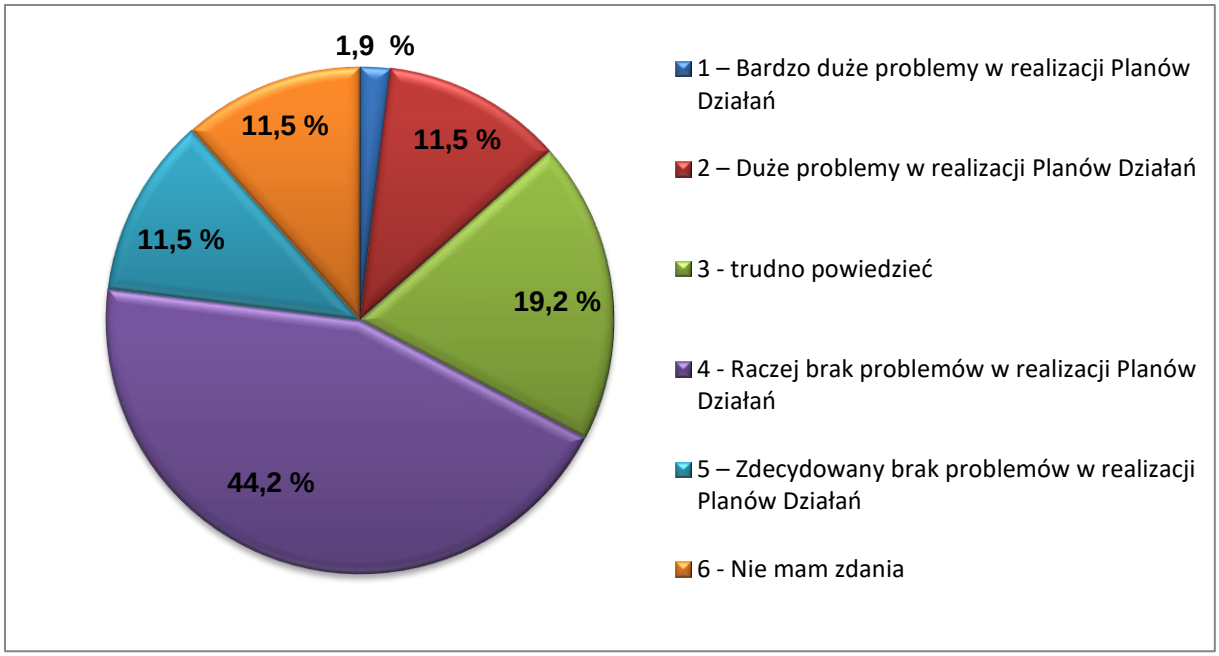
także wpływających na rozwijanie kompetencji kadry medyczne (np. umowa z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu o dofinansowanie projektu pn. „Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy”, który dotyczy zarówno studentów ostatnich lat studiów licencjackich, jak również magisterskich, czyli aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, dietetyków). Wydaje się istotne, aby instytucja ta mogła uczestniczyć w pracach Komitetu Sterującego, tym bardziej z punktu widzenia efektu synergii wskaźników kontekstowych wpływających na realizację wspólnej polityki kadrowej w ochronie zdrowia.

Ponadto, aby PD mogły być bardziej skuteczne muszą być lepiej dopasowane do rzeczywistości, a więc zaleca się rozszerzenie grona interesariuszy o podmioty, mające wpływ na politykę kadrową w zawodach medycznych, czyli np. samorządy zawodowe lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, organizacje zrzeszające dietetyków, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, jak również na finansowaniu świadczeń zdrowotnych w regionie. Jakkolwiek PD są spójne z regionalnymi mapami potrzeb, to wobec tego, że mapy nie są jedyną podstawą dla kontraktowania świadczeń medycznych, istotne znaczenie ma tu także dysponowanie określonymi środkami, uwarunkowania lokalnego rynku pracy, a także możliwości udzielania świadczeń medycznych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Dlatego też można zakładać, że **wprowadzenie podmiotów zewnętrznych (w tym także społecznych, np. organizacji zrzeszających profesjonalistów medycznych nieposiadających statusu samorządu zawodowego) pozwoliłoby na lepsze dostosowanie PD do oczekiwań regionów**.

4. ***Jaki kształtuje się proces komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami i partycypacji różnych interesariuszy w procesie tworzenia i realizacji PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? Czy w obszarze komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD zidentyfikowano bariery zakłócające/utrudniające ją? Jakie zmiany w tym obszarze należy wprowadzić? Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk przyczyniających się do minimalizowania barier w procesie komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD? Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk w tym zakresie?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 7)*

Zdecydowana większość ankietowanych Członków Komitetu Sterującego nie dostrzega poważniejszych problemów związanych z realizowaniem Planów Działań, co prezentuje poniższy wykres. Trudności dostrzega jedynie nieco ponad 14,5% respondentów.

Wykres 9. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie problemów związanych z realizowaniem postanowień Planów Działań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

Na zadane pytanie nie można udzielić jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ źródłem wiedzy ekspertów na ten temat są wyniki badań – rozmów z respondentami. Pośród nich zdecydowana większość nie wskazała żadnego problemu, a te osoby, które udzieliły odpowiedzi twierdzącej, nie potrafiły pozycjonować swojej opinii na konkretnym problemie.

W przeprowadzonych badaniach jakościowych (m.in. w ramach warsztatu) oraz wywiadów IDI z opiekunami stwierdzono, że jednym ze zgłaszanych problemów w uzgadnianiu zapisów PD jest z jednej strony chęć uzgadniania wszystkich poprawek i korekt w przesłanych planach, a także dokonywania uzgodnień w ramach jednolitych PD przez przedstawicieli regionów w Warszawie, co wymusza konieczność udziału tych przedstawicieli osobiście. Dzieje się tak ze szkodą dla codziennych czynności zawodowych i wymusza angażowanie przedstawicieli do 2-3 godzinnego spotkania. Z drugiej strony zwrócono uwagę, że przyjmowanie zmian w PD w trybie obiegowym (korespondencyjnym) obniża rangę samych PD. Tak więc przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym zmiany o charakterze kluczowym będą przedyskutowywane na posiedzeniach stałych, z udziałem przedstawicieli regionów, a zmiany formalne (literowe, językowe) będą przyjmowane obiegowo. Problem został zidentyfikowany i zdaniem respondentów rozwiązany, nie będzie stanowił wobec tego przedmiotu rekomendacji. Niemniej musi być tu wskazany jako kluczowy element przeprowadzonego badania. Jako realną barierę (trudność) w realizacji przyjętych postanowień PD może być ich nieracjonalność z powodu braku odpowiedniej kadry lub możliwości realizacji. Projekty przewidziane do realizacji w ramach PD rzadko umożliwiają pełne finansowanie zaangażowania specjalisty (np. etatu lekarza, technika, pielęgniarki), co powoduje, że projekty te pomimo dokonania zakupów inwestycyjnych nie realizują swoich celów.[49]

[49] Braki w zakresie specjalistów były sygnalizowane w czasie posiedzenia KS w dniu 19 września 2017 roku w kontekście dyskusji nad Dziennymi Domami Opieki Medycznej. W jej trakcie przedstawiciel UMWP wskazywał na braki lekarzy geriatrów. W tym kontekście apelowano, aby „(…) *z uwagi na brak lekarzy geriatrów uwzględnić w Standardzie również lekarzy internistów przynajmniej*

W procesie komunikacji, pomiędzy interesariuszami tworzącymi PD zidentyfikowano barierę jaką jest konieczność dojazdów do Warszawy w celu spotkania. W toku badań stwierdzono, że realizacja samorządowych programów polityki zdrowotnych, finansowanych jedynie ze środków samorządowych odznacza się niską skutecznością (m.in. ze względu na liczne wady systemowe), co może oznaczać, że w toku realizacji PD w realizacji podobnych działań współfinansowanych ze środków unijnych mogą pojawić się podobne problemy[50].

Jako dobrą praktykę w zakresie skuteczności przyjmowanych PD i równocześnie samej procedury przyjmowania PD można przyjąć popularyzowanie telekonferencji, które funkcjonują w sektorze biznesu, ale także w organach decyzyjnych (na niech opiera się głównie proces podejmowania decyzji w instytucjach Unii Europejskiej). Wówczas istnieje możliwość przedstawienia wszystkich niezbędnych argumentów wszystkim uczestnikom konferencji, równocześnie można zaprosić na takie posiedzenie lokalnych ekspertów i interesariuszy, odpowiedzialnych za finansowanie projektowanych pomysłów, jak również zgodnie z regułami przeprowadzić głosowanie. Wymagać to będzie jednak doposażenia w niezbędny sprzęt audiowizualny, jak również przyjęcia stosownych procedur, zapewniających ważność takiej procedury.

Jako kluczową barierę zgłaszaną przez respondentów w przeprowadzonym badaniu należy wskazać krótki czas na konsultacje, który wynosi 2 dni[51], co zdaniem respondentów badania jest zbyt krótkim czasem na rzetelne zapoznanie się z materiałami. Potwierdza to poniższa wypowiedź:

My mamy na przykład na zaopiniowanie konkretnych projektów (…) mamy najczęściej jeden lub dwa dni. Tak jak powiedziałem wcześniej, należy wysłać do oddziału, w komitecie są… przeczytać, zastanowić się nad tym w dużej mierze. Po części kwestii jesteśmy w stanie jakby ocenić sami centralnie, ale to najczęściej są programy regionalne. W związku z tym ja bym powiedział, że my mamy bardzo mało czasu. Natomiast być może wynika to z tego, żeby zmieścić się w tym harmonogramie.
(respondent IDI)

Z jednej strony usprawiedliwia to tempo prac nad projektem i liczne etapy tego uzgadniania, ale z drugiej nie pozwala to na rzetelne zgłoszenie swoich poprawek i uwag, a także często nie branie ich pod uwagę w toku dalszej pracy nad dokumentami.

Ta bariera jest szczególnie istotna, ponieważ może, wpływać na fasadowy charakter procesu konsultacji PD w przypadku części instytucji biorących w nich udział, co ilustruje następująca wypowiedź:

w okresie początkowym tworzenia DDOM, kiedy to MZ podejmuje działania mające na celu zwiększenie liczby geriatrów” (patrz: Protokół z XIV posiedzenia Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia).

[50] Patrz: (https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-realizacji-programow-polityki-zdrowotnej-przez-samorzady.html).

[51] Uwagę taką zgłosił przedstawiciel NFZ. Zgodnie z zapisami Regulaminu czas ten jest nieco dłuży i NFZ opracowuje opinię w sprawie projektu Planu działań w terminie do 5 dni roboczych od dnia otrzymania przedmiotowego dokumentu.
(patrz: http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-799 informacje_ogolne_ks.html).

Także czas na pewno jest dosyć krótki i często nie ma możliwości, żeby skonsultować się z oddziałami. Czyli centrala przygotowuje zawsze na ostatnią chwilę. Mamy opiekuna i jest telefon, że dzisiaj koniecznie musi wyjść. Także przeważnie się mieścimy w terminach, chociaż czasami nie ma kto podpisać. Często jest tak, że właśnie, że to, co tam u Państwa. Że to, co pracownik przygotowuje, nie ma czasu nawet się zastanowić, czy to ma sens i (…)Także nawet jak jest ten podpis, to nie znaczy, że to przeczytałem. Także… Ale tutaj tak jest. Dlatego jest wiele tych opinii bardzo pozytywnych. Bardzo pozytywnych, ponieważ łatwiej napisać pozytywną opinię, niż negatywną. Gorzej jak gdzieś się pomylimy i jest pozytywna opinia, a Ministerstwo Zdrowia mówi „ale przecież to głupota”. Ale oczywiście tak bywa… (respondent FGI)

Rekomenduje się dodatkową analizę przez Sekretariat KS w zakresie terminów konsultacji m.in. z NFZ i instytucjami, które mogą wypowiedzieć się w sprawach dotyczących finansowania, organizacji lub kadr w regionach, w których projekty mają być realizowane. Dodatkowo, w celu usprawnienia komunikacji na linii NFZ-KS **proponujemy, aby oddziały NFZ w regionach miały dostęp do Bazy Wiedzy o Funduszach Europejskich (analogiczny jak w przypadku członków KS)[52].**

5. ***Jakie dobre praktyki w zakresie skutecznego opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*

W przeprowadzonym badaniu wskazywano, że główną dobrą praktyką przyjmowania PD związana jest instytucja opiekuna odpowiedzialnego za współpracę z regionami. Respondenci reprezentujący regiony m.in. w ramach wywiadu FGI wskazywali, ten element systemu, że główną dobrą praktyką przyjmowania skutecznych PD jest indywidualne podejście do każdego województwa i wspólne wypracowywanie z opiekunem rozwiązań i współpracy, która odpowiada obu stronom. Potwierdza to poniższa wypowiedź:

Ja na przykład bardzo cenię sobie współpracę z opiekunem. Nie wiem, jak tutaj koledzy i koleżanki, którzy będą udzielać odpowiedzi. (…) Jeśli chodzi o Ministerstwo Zdrowia, to jest perfekcyjna współpraca z opiekunem. Jeśli cokolwiek nie jest jasne, każdorazowo jest bardzo dokładnie wyjaśniane. Nawet sami oddzwaniają w przypadkach wątpliwych. (respondent FGI)

Co istotne, ze względu na to, że PD uzgadniane są na forum KS, ich funkcjonowanie przekłada się na lepszą koordynację działań o charakterze centralnym, z tymi realizowanymi na szczeblu regionalnym. Daje to to instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w kolejnym roku na szczeblu regionalnym, ale pozwala również na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. W przypadku regionów, efekt ten przekłada się na to, że ich przedstawiciele posiadają wiedzę o działaniach planowanych na szczeblu centralnym np. w ramach PO WER czy PO IiŚ.

Ważnym elementem, w ocenie ewaluatora, jest także wysoki stopień transparentności, aktualności oraz dostępności do materiałów na portalu Baza Wiedzy o Funduszach

[52] Zasadność takiej rekomendacji potwierdzono w ramach warsztatu.

Europejskich (dla uczestników Komitetu Sterującego) oraz wszystkich zainteresowanych na stronie internetowej http://zdrowie.gov.pl. Zalety takiego podejścia dla bieżącej pracy przedstawicieli KS, podkreślał m.in. jeden z respondentów IDI:

To są dokumenty jakby publiczne. Dla nas tutaj nie ma z tym żadnego problemu, bo tak naprawdę przede wszystkim z tych dokumentów muszą korzystać instytucje zarządzające, instytucje pośredniczące, ale też niektóre województwa również jakby w regulaminach piszą o naszych planach działań i zamieszczają je np. na swoich stronach, więc to jak najbardziej, ta dostępność jest też o tyle dobra, że nawet ktoś siedząc z własnym laptopem na posiedzeniu komitetu nie musi mieć dostępu do skrzynki służbowej, tylko ma to pod ręką. Nie musi drukować tysiąca stron, bo to jednak ta dokumentacja, jak Panowie przeglądali te plany działania, momentami jest potężna, więc szkoda drzew. Dwa, wiadomo że każdy z członków trochę na inne aspekty czasami zwraca uwagę, bo nie wiem, ktoś jest bardziej merytoryczny w kwestiach EFS, więc jego bardziej interesuje to co jest przyjmowane w zakresie EFS. […] to pozwala na takie łatwe zarządzanie tymi dokumentami. (respondent IDI)

6. ***Jaka jest jakość (skuteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*

Przekazane do zaopiniowania przykładowe wnioski o dofinansowanie projektów z każdego województwa wydają się odpowiadać na zapotrzebowania regionalne, jak również wpisują się w strategie ogólnokrajowe. Z założenia pracy ekspertów oceniających wymogiem *sine qua non* zbadanie spełnienia przez wszystkie projekty kryteriów horyzontalnych, w tym dotyczących spójności ze strategiami. Należy więc założyć, że wszystkie wnioski taki warunek spełniają. Na podstawie przeanalizowania wszystkich wniosków, a w nich zaproponowanych przez wnioskodawców wskaźników kontekstowych (zarówno wskaźników produktu jak i rezultatu) należy stwierdzić, że wszystkie one prowadzą do poprawy dostępu do usług zdrowotnych w czasie trwania projektu.

Trzeba też stwierdzić, że przedstawione do oceny wnioski stanowią tylko dane deklarowane przez wnioskodawców na etapie oceny projektu. Eksperci nie dysponują natomiast żadnymi danymi na temat faktycznego zrealizowania przez tych wnioskodawców ich projektów, nie można więc odnieść się do tego jaka jest rzeczywista skuteczność projektów na podstawie założonych wskaźników jak również wskaźników proponowanych przez samych wnioskodawców. Na podstawie wiedzy eksperckiej wynikającej z tego, że jeden z ekspertów niniejszego opracowania jest także ekspertem oceniającym wnioski unijne, należy stwierdzić, że wartości wskaźników deklarowanych we wnioskach różni się często od wartości wskaźników sprawozdawanych na zakończenie projektu. Różnice te są zarówno wartościami większymi niż deklarowane (co może oznaczać lepszą skuteczność niż zakładana) lub niższymi (co może oznaczać niższą skuteczność niż zakładana). W większości wypadków jednak okazuje się, że problem leży po stronie jakości tych wskaźników (głównie proponowanych przez wnioskodawców) i faktycznych trudnościach w ich osiągnięciu. Niemniej niezależnie od tego, uwagi zawarte w niniejszym podpunkcie odnoszą się do wartości deklarowanych, a nie rzeczywistych, a więc w obecnym stanie

dokumentacji przedstawionej do badania, nie można ocenić skuteczności projektów aktualnie realizowanych.

Jako mankament należy uznać fakt, że po za kończeniu projektu istnieje poważne ryzyko tego, że dostępność ta opisana wskaźnikami projektu, może zostać zmniejszona wskutek zakończenia działań projektowych i wstrzymania finansowania świadczeń przewidzianych projektem. Dodatkowym mankamentem może być zmiana sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika (NFZ) w okresie trwałości projektu, a w szczególności nie objęcie placówki realizującej zadanie tzw. „sieci szpitali” (jeśli placówka jest szpitalem) lub też zmniejszenie czy pozbawienie jej finansowania publicznego (w przypadku pozostałych podmiotów leczniczych).

Ponadto należy podkreślić, że grupowanie wydatków w duże projekty infrastrukturalne w przypadku braku spójności funkcjonalnej – w przypadku projektów dotyczących e-zdrowia dostrzeżono, że IZ zdecydowały się tworzyć jeden projekt z dużą liczbą partnerów, w przypadku, gdy każdy z partnerów posiada inny, specyficzny system informacyjny w szpitalu, oparty o inne oprogramowanie. Tworzy to sytuację, w której na etapie zamówienia publicznego trzeba przygotować bardzo skomplikowany SIWZ, który dodatkowo może być kwestionowany, co do zgodności z prawem powszechnie obowiązującym, a w szczególności z prawem zamówień publicznych. Takie SIWZ są siłą rzeczy wzajemnie rozbieżne (każde zadanie jest realizowane de facto odrębnie, bez wpływu na pozostałe) i nie można zakładać zwycięstwa jednego wykonawcy. Rekomenduje się, aby w przypadku takich projektów wyodrębniać je do indywidualnej realizacji przez każdy podmiot osobno, w celu lepszego dostosowania SIWZ do rzeczywistych potrzeb, jak również większej elastyczności w granicach projektu. Ponieważ projekty o charakterze infrastrukturalnym są często udzielane w drodze pozakonkursowej, nie podlegają one ocenie eksperckiej i tym samym może to powodować nie dostrzeżenie trudności w ich późniejszej realizacji.

7. ***Jakie są kluczowe obszary ryzyka w skutecznej i efektywnej realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*

Do głównych obszarów ryzyka w skutecznej realizacji PD wskazanych przez respondentów w badaniach jakościowych (ITI/TDI, FGI, IDI) jak również przez interesariuszy należą:

- ✓ **Ryzyko w zakresie decyzyjności** – brak możliwości właściwego uzgodnienia założeń dla PD, w szczególności w kontekście planowanych w interwencji obszarów, jednostek lub grup wnioskodawców, jak również brak możliwości odbywania niezakłóconych spotkań roboczych (niewdrożone mechanizmy komunikacji telekonferencyjnej).
- ✓ **Ryzyko prawno – organizacyjne systemu** – realizowanie określonego programu w obszarze interwencji przez podmiot, który nie został uwzględniony w sieci szpitali i z tego powodu nie może uczestniczyć w realizowaniu świadczeń ze środków publicznych, lub też: podmiot z powodu zmian organizacyjno-prawnych utracił prawo do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. prywatne podmioty ratownictwa medycznego), przez co nie może uzyskać zakładanych wartości wskaźników.

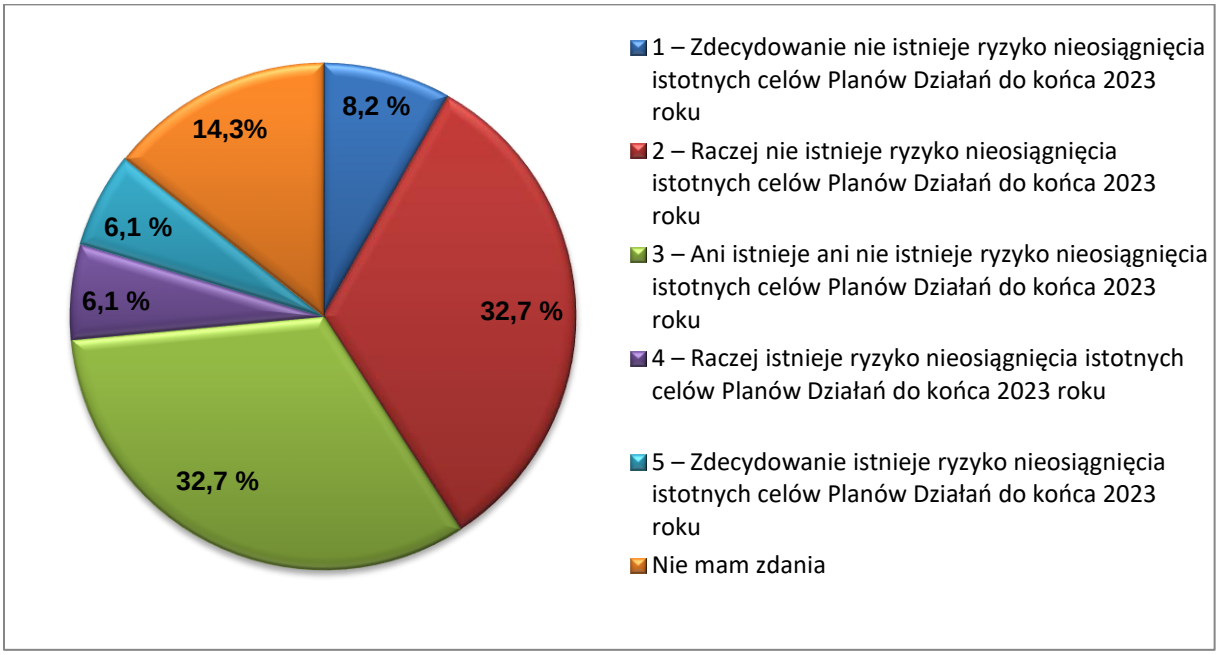
- ✓ **Ryzyko niedostatecznego wpływu samorządu**[53] – zgłaszane przez środowiska samorządowe, wskazujące na to, że pomimo dużego zaangażowania samorządów lokalnych w tworzenie PD, ich głos nie jest decydujący w podejmowaniu decyzji o charakterze strategicznym. Uwagi takie dotyczą zarówno konfliktu pomiędzy samorządem wojewódzkim, a powiatowym (dla samorządu powiatowego istnienie szpitala może być kluczowe, mimo że dla wojewódzkiego nie jest to tak jednoznaczne, może dochodzić w tym miejscu do konfliktu interesów). Z drugiej strony zgodnie z uwagami instytucji centralnych (MZ, MR) głos samorządów musi pozostać doradczy, a niedecydujący.
- ✓ **Ryzyko braku kadry (niezaistnienia warunków wymaganych do realizacji programu)** – na etapie oceny projektów przez ekspertów czy nawet wcześniej, na etapie tworzenia PD i założeń konkursowych, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy projekt może być realizowany z wykorzystaniem wymaganej kadry. Zostawia się to decyzyjności wnioskodawców, którzy często deklarują, że pozyskają do współpracy niezbędnych wykonawców (w tym lekarzy, pielęgniarek). W toku pracy projektowej okazuje się to niemożliwe, wnioskodawca występuje z wnioskiem o modyfikację założeń lub w ostateczności deklaruje odstąpienie od realizacji projektu. Aby przeciwdziałać temu ryzyku należy przed rozpoczęciem projektu, najlepiej na etapie tworzenia PD, a najdalej na etapie oceny formalnej, upewnić się czy deklarowana do projektu kadra może być rzeczywiście wykorzystana, czy jest dostępna.
- ✓ **Ryzyko finansowe** – na etapie tworzenia PD zakłada się przekazanie na realizację projektu określonych środków, przy założeniu ich pełnego wykorzystania przez wnioskodawców w ogłoszonych konkursach. W rzeczywistości stawki prezentowane przez wnioskodawców w projektach – jakkolwiek spełniają zasadę racjonalnej wyceny – to jednak w praktyce okazują się zawyżone. W przypadku zobowiązania wykonawców do prowadzenia postępowań konkurencyjnych okazuje się, że wykorzystanie środków (pomimo prawidłowej realizacji projektu) jest znacznie niższe niż zakładane. Tym samym wartości przewidziane w PD nie zostają skonsumowane.

Spośród zidentyfikowanych obszarów ryzyk, w przeprowadzonej analizie, ewaluator jako te o najwyższym stopniu wskazuje ryzyko w zakresie decyzyjności, prawno-organizacyjne, a także to związane z brakiem kadry. W kontekście braku kadry podjęto m.in. działania polegające na zdefiniowaniu niezbędnych specjalistów w mapach potrzeb, ale wobec niedostatku lekarzy, pielęgniarek, położnych na rynku pracy, deklaracje te są często trudne do spełnienia.

[53] Respondenci z NFZ i MZ wskazywał jednak na kwestię przeciwną, czyli przewagi regionów w głosowaniach w ramach KS. Potwierdza to wypowiedź przedstawiciela MZ (…) *W praktyce sprawa wygląda w ten sposób, że rzadko zdarza się, żeby województwo, czy urząd marszałkowski zagłosował przeciwko innemu urzędowi marszałkowskiemu, co oznacza, że statystycznie bardzo trudno jest uzyskać pozytywne, czy inaczej negatywne głosowanie w uchwale. Czy niezgodne z brzmieniem uchwały. Stąd na przykład, jeśli jak już powiedziałem, mój departament przedstawia opinię negatywną, to w większości przypadków wynik głosowania jest mniej więcej 25 do 4, do 5 i tak się kończą głosowania* (IDI, przedstawiciel MZ). W ramach warsztatu przedstawiciele MZ uznali to jednak za problem marginalny i pozostający bez wpływu na wyniki głosowań, które charakteryzuje względną jednomyślność.

Wśród respondentów badania CAWI – członków Komitetu Sterującego nie jest jednak dostrzegane jako poważne ryzyko związane z nie osiągnięciem istotnych celów Planów Działań do końca 2023 roku. Opinię dotyczącą jego wystąpienia dostrzega mniej niż 13,5% ankietowanych.

Wykres 10. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie ryzyka nieosiągnięcia istotnych celów Planów Działań do końca 2023 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

8. ***Jak kształtuje się system monitoringu/sprawozdawczości realizacji celów PD w kontekście zadań Komitetu do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia, do których należy bieżąca analiza kwestii związanych z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji PD na cele PP, UP i programów operacyjnych? Jaka jest ocena jakości danych statystycznych wykorzystywanych w monitoringu/ sprawozdawczości? Czy dane statystyczne umożliwiają rzetelną ocenę długofalowych efektów działań wynikających z postanowień i zapisów PD? Dane statystyczne, z których źródeł oceniane są jako najbardziej rzetelne?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 7)*

Zdaniem ewaluatora kompetencje KS są w tym względzie niepełne, ponieważ analiza wskaźników poszczególnych projektów i ich spójność z zakładanymi rezultatami oceniane jest na poziomie Instytucji Zarządzającej w regionie. Chociaż Komitet Sterujący bardzo dokładnie analizuje PD i założenia strategiczne na etapie ich tworzenia, to następnie operuje tylko danymi otrzymanymi z regionów. Niestety nie ma wpływu na otrzymane dane, sam nie zbiera ich i opiera się na analizie dokumentów wtórnych.

Jednocześnie zadania KS w zakresie monitoringu/sprawozdawczości realizowane są w cyklu rocznym. W analizowanym okresie KS przygotował:

- ✓ *Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2015 roku*,

- ✓ *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2016 roku*.

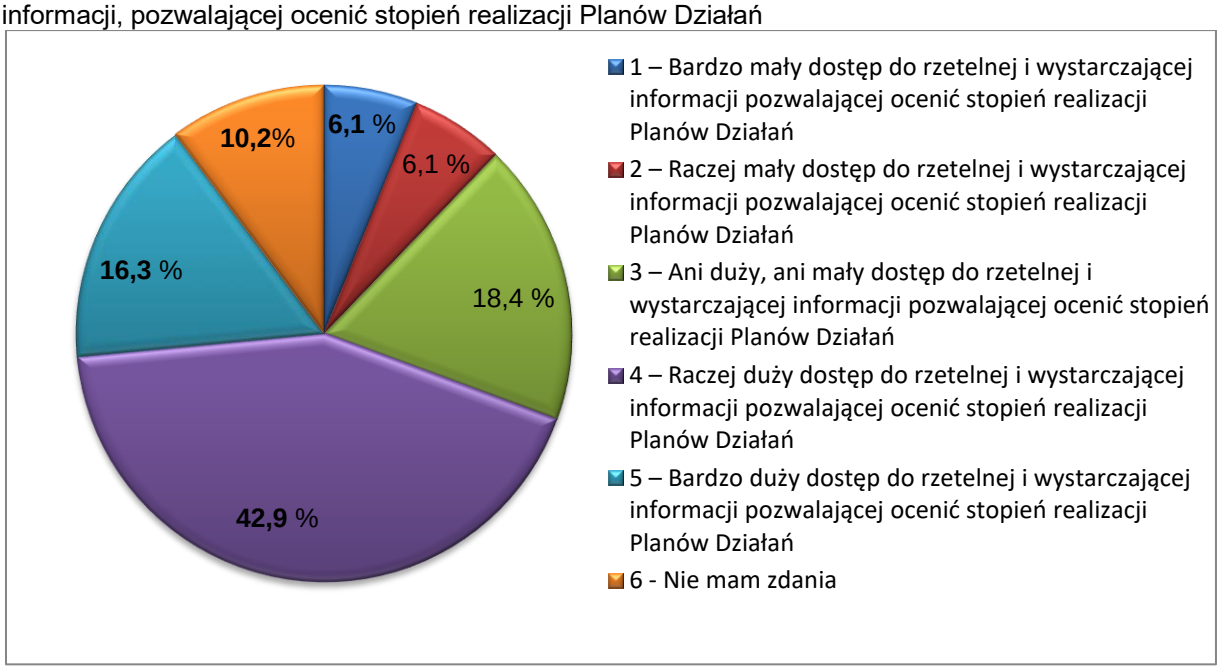
Mankamentem tych sprawozdań jest to, że choć zawierają one szczegółowe informacje, to ograniczają się one głównie do oceny postępu finansowego (z uwzględnieniem PI oraz PO), w tym m.in. do:

- ✓ liczby umów obowiązujących,
- ✓ wartości ogółem na umowach obowiązujących,
- ✓ wkładu UE na umowach obowiązujących.

W związku z powyższym rekomendowane, jest wprowadzenie bardziej sformalizowanej (od obecnie funkcjonującej) i rozszerzonej sprawozdawczości koordynowanej przez KS (Rekomendacja 7). Ponadto, istotnym elementem, zwiększającym przede wszystkim kompetencje analityczne Sekretariatu KS, jest zapewnienie dostępu opiekunom do systemu SL[54], co umożliwi samodzielne przygotowywanie raportów dostosowanych do indywidualnych potrzeb analitycznych (Rekomendacja 5). Konieczne jest także bardziej pogłębiona analiza porównawcza zwłaszcza w ujęciu regionalnym (z wykorzystaniem benchmarkingu).

Jednocześnie należy podkreślić, że bardzo wysoko oceniany jest przez respondentów – Członków KS, dostęp do rzetelnej i wystarczającej informacji pozwalającej ocenić stopień realizacji Planów Działań. Negatywne opinie w tym zakresie wyrażało tylko nieco ponad 13% respondentów. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje poniższy wykres.

Wykres 11. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie dostępu do rzetelnej i wystarczającej informacji, pozwalającej ocenić stopień realizacji Planów Działań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55)

[54] Potwierdziły to również wyniki warsztatu.

3.3. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem spójności

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *W jakim stopniu zapisy poszczególnych PD są ze sobą spójne? (Raport Metodologiczny pyt. nr 11)*
2. *W jakim stopniu wskaźniki zaproponowane w ramach PD są poprawne metodologicznie, przejrzyste, obiektywne i mierzalne? Czy wystarczająco odzwierciedlają cele zaplanowanych przedsięwzięć? Czy katalog zaproponowanych wskaźników jest spójny z dokumentami nadrzędnymi? Jak kształtuje się, w kontekście realizacji PD, ocena wskaźników (ich trafność, spójność, użyteczność) określonych w strategiach ogólnokrajowych w obszarze zdrowia oraz w ramach krajowej polityki zdrowotnej przekładająca się na wybór skutecznych projektów realizowanych w tym obszarze? Jakie zmiany w tym zakresie należy wprowadzić w celu skuteczniejszej i bardziej efektywnej realizacji PD? Jak kształtuje się ocena wskaźników w przypadku interesariuszy? (Raport Metodologiczny pyt. nr 15)*

1. *W jakim stopniu zapisy poszczególnych PD są ze sobą spójne? (Raport Metodologiczny pyt. nr 11)*

Dokonano analizy spójności w jej dwóch aspektach: **spójności wewnętrznej, jak i zewnętrznej Planów Działania**. W ramach badania kryterium spójności rozumiane jest jako ocena poziomu wzajemnego uzupełniania się – komplementarności zapisów PD oraz ich niepowielania się w stosunku do działań finansowanych z budżetu państwa, w szczególności tych wskazanych w załączniku nr 1 do PD oraz – w możliwym zakresie – do siebie nawzajem.
Jest to więc spójność wewnętrzna, rozumiana jako spójność między poszczególnymi Planami Działania jeśli chodzi o ich treść, a także jako właściwa konstrukcja samego narzędzia. Dodatkowo przeanalizowano także spójność zewnętrzną – rozumiana jest ona jako spójność z dokumentami strategicznymi (Umowa Partnerstwa, Policy Paper i inne).

Ocenę **spójności wewnętrznej** zapisów poszczególnych Planów Działania (czyli próbę odpowiedzi na pytanie, czy zapisy poszczególnych PD są ze sobą spójne) rozpoczęto od dokonania analizy matrycowej. Podstawową jednostką analizy były poszczególne priorytety inwestycyjne Umowy Partnerstwa. Pełna matryca wskazująca działania opisane w PD zawarta jest w załączniku 5.1 (*Matryca spójności wewnętrznej*). W poniższej tabeli przedstawiony jest wyciąg z matrycy, wskazujący analizę poszczególnych rodzajów spójności wewnętrznej, a w dalszej kolejności – omówienie.

Tabela 4. Spójność zapisów poszczególnych PD

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/ programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (PO WER i PO IiŚ<->RPO) – opisana przy programach centralnych
PO IiŚ Oś IX - 2015	nie dotyczy, brak wskazanych projektów w zał. 1	Jednoznaczne linie demarkacyjne występują między poszczególnymi	Tu może wystąpić problem pokrywania się interwencji- realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań - dot.

		konkursami (terytorium, zakres)	infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych)
PO IiŚ Oś IX - 2016	Wskazano 148 zakończonych przedsięwzięć z PO IiŚ z poprzedniego okresu programowania, które co do założenia mają być komplementarne z nowo wybranymi projektami	Jednoznaczne linie demarkacyjne występują między poszczególnymi konkursami/naborami konkursowymi (terytorium, zakres)	Tu może wystąpić problem pokrywania się interwencji - realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań - dot. infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych)
PO WER - 2015	Występuje pełna komplementarność z działaniami z PO KL w formie kontynuacji działań	Projekty komplementarne ze sobą i niepowielające się	Nie istnieje niebezpieczeństwo powielania się - działania realizowane są w ramach innych narzędzi Policy Paper w PO WER i w pozostałych programach. Są w pełni ze sobą komplementarne
PO WER - 2016	Występuje pełna komplementarność z działaniami z PO KL w formie kontynuacji działań	Projekty komplementarne ze sobą i niepowielające się	Nie istnieje niebezpieczeństwo powielania się - działania realizowane są w ramach innych narzędzi Policy Paper w PO WER i w pozostałych programach (np. w przypadku projektów dotyczących profilaktyki: komplementarność polega na różnym podejściu (w PO WER - projekty pilotażowe i testujące))
RPO Dolnośląskie 2015	Ogłoszone konkursy w zakresie e-zdrowia stanowią rozwinięcie działań finansowanych z poprzedniego RPO - brak zastrzeżeń	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą (konkurs 1 niezbędny dla konkursu 2) i z konkursem dot. profilaktyki	
RPO Dolnośląskie 2016	Ogłoszone konkursy w zakresie e-zdrowia stanowią rozwinięcie działań finansowanych z poprzedniego RPO - brak zastrzeżeń	Konkursy w obszarze infrastruktury komplementarne między sobą (konkurs 1 niezbędny dla konkursu 2)	
RPO Kujawsko-Pomorskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów poza EFSI	Projekty z Włocławka i z Torunia o podobnym zakresie, ale komplementarne geograficznie.	
RPO Kujawsko-Pomorskie 2016	Nie występuje problem powielania się.	Działania są spójne, nie powielają się.	
RPO Lubelskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów poza EFSI	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Lubelskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	jedynie projekty dot. profilaktyki	
RPO Lubuskie 2015	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	nie dotyczy - jeden konkurs	
RPO Lubuskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych	Występuje pełna komplementarność – różne zakresy	

	przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów.		
RPO Łódzkie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów z RPO	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Łódzkie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	
RPO Małopolskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów spoza EFSI	nie dotyczy - brak projektów	
RPO Małopolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	wszystkie projekty pozakonkursowe dotyczą Krakowa, dokładniejsza analiza - po ich zgłoszeniu	
RPO Mazowieckie 2015	Realizuje się wiele projektów i programów związanych z obszarem e-zdrowia. Istnieje niebezpieczeństwo niezachowania komplementarności	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	
RPO Mazowieckie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów (choć nie zawsze jasna jest komplementarność między finansowanymi z różnych źródeł w przypadku e-Zdrowia)	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	
RPO Opolskie 2015	Wskazany w załączniku 1 projekt ma charakter punktowy i był realizowany jedynie w 2014 r., więc nie ma zagrożenia dla spójności	Nie dotyczy - tylko jeden zgłoszony konkurs z RPO	
RPO Opolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	
RPO Podkarpackie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów (choć wskazana jest, prawdopodobnie omyłkowo, alokacja na 2015 r.)	
RPO Podkarpackie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	

	komplementarność polega na kontynuacji projektów		
RPO Podlaskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Podlaskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy. Co więcej, ogłoszono konkurs, który ma być komplementarny wobec drugiego	
RPO Pomorskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Pomorskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	
RPO Śląskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Śląskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	
RPO Świętokrzyskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów z EFSI	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Świętokrzyskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Warmińsko-Mazurskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Warmińsko-Mazurskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2016 r., w większości punktowe. W przypadku projektów profilaktycznych komplementarność polega na kontynuacji projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	
RPO Wielkopolskie 2015	Zadania z zakresu informatyzacji, jak i profilaktyki są komplementarne (nowy projekt pozakonkursowy w zakresie informatyzacji (EDM) dotyczy innych jednostek niż te, które dotąd były objęte projektami; programy	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	

	profilaktyki dotyczyły innych schorzeń)		
RPO Wielkopolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2016 r., za wyjątkiem utworzenia SOR przy budowanym Wielkopolskim Centrum Zdrowia Dziecka, które jest w pełni komplementarne z projektem pozakonkursowym w ramach PI 9a.	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	
RPO Zachodniopomorskie 2015	nie wskazano projektów spoza EFSI	wskazano tylko 1 projekt pozakonkursowy	
RPO Zachodniopomorskie 2016	Projekty infrastrukturalne kończą się w 2016 r., więc komplementarność może być zapewniona na podstawie kontynuacji. Trzeci projekt komplementarny jest z infrastrukturą dot. opieki długoterminowej (proponuje alternatywne jej formy)	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	

Jak wskazuje powyższa Tabela, w większości przypadków w Planach Działania mamy do czynienia ze wzajemnie uzupełniającymi się przedsięwzięciami. Należy jednak zwrócić uwagę na jedną kwestię problematyczną. W przypadku Regionalnych Programów Operacyjnych i PO IiŚ może wystąpić problem pokrywania się interwencji – realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań – np. dotyczących infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych). Projekty o podobnym zakresie mogą być wybierane w konkursach z PO IiŚ i RPO. Jak wskazuje jeden z respondentów:

> *Przykłady niespójności mogą wynikać chociażby z tego, że mówimy o zasobach, które nie są potrzebne chociażby w każdym województwie, już nie mówiąc w każdym powiecie. Jeśli będziemy mówili o świadczeniach wysokospecjalistycznych, albo na przykład o bardzo wąskich grupach pacjentów, to są działania, które powinny być od początku koordynowane na najwyższym poziomie. I w teorii one są kierowane do PO IiŚ. A w praktyce podmioty na niższym poziomie też mogą starać się o możliwość dofinansowania.* (respondent IDI)

Należy tu podkreślić, że komplementarność najczęściej realizowana jest na najniższym poziomie – na poziomie niepowielania się i realizacji projektów w różnych obszarach. Rzadką sytuacją jest stosowanie dodatkowych mechanizmów do zapewniania komplementarności. Przykładem dobrej praktyki jest konkurs na inwestycje komplementarne wobec projektów finansowanych z EFS (z PI 8vi - rehabilitacja, diagnostyka), który ogłosiło województwo podlaskie w 2016 r., w ramach PI 9a. Rozwiązanie polega na realizacji konkursu dedykowanego jedynie inwestycjom komplementarnym. Jako typ projektu wskazane zostały inwestycje uzupełniające interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki,

leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową – wyklucza to projekty niekomplementarne).

Ankieta CATI potwierdza, że aktualny system nie w pełni przyczynia się do spójności rozumianej jako realizację działań komplementarnych (vide kolejny podrozdział).

Niewystarczająca jak się wydaje spójność na linii Zał.1 <-> projekty EFSI oraz RPO <-> PO IiŚ wynika także z tego, że – jak wskazują także respondenci badań jakościowych – owa spójność lub w tym wypadku inaczej komplementarność nie jest kryterium oceny przez KS Planów Działań, podczas gdy w opinii ewaluatora, zgodnie z zakresem zadań Komitetu, powinno to być istotniejsze kryterium.

Ponadto przeanalizowano **spójność wewnętrzną** w ramach poszczególnych planów działania. Nie stwierdzono przypadków, w których w jakimkolwiek z planów zawarte byłyby zapisy sprzeczne ze sobą nawzajem lub rażąco niespójne. Przy analizie porównawczej między poszczególnymi planami należy zauważyć, że zdarzało się np. różne podejście do załącznika nr 1 (niektóre województwa wypisywały bardzo dużo wcześniejszych projektów, inne – projekty bieżące w niewielkiej liczbie). Jednak ogólnie spójność tę można ocenić pozytywnie. W dużej mierze za tę spójność wewnętrzną odpowiada doskonalona na bieżąco instrukcja wypełniania Planu Działania. W najnowszej wersji w jasny sposób opisuje ona sposób wypełniania planu i zapewnienie spójności jego różnych części ze sobą. W pierwszej wersji zawierała ona zbyt mało szczegółowe informacje, co mogło przyczynić się do pewnego zróżnicowania (ale nie niespójności) planów.

Dokonano także analizy **spójności zewnętrznej** Planów Działania z dokumentami wyższego rzędu. Przedmiotowa analiza została zrealizowana na podstawie analizy uchwalonych przez Komitet Monitorujący Planów działania w sektorze zdrowia z dokumentami wyższego rzędu takimi jak: *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, *Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* oraz innymi dokumentami strategicznymi funkcjonującymi na poziomie krajowym lub regionalnym, mającymi powiązanie z danym Planem Działania (strategie rozwoju poszczególnych województw oraz mapy potrzeb zdrowotnych).

Przyjęty system oceny zakładał, iż dany Plan Działania może być zgodny z dokumentem wyższego rzędu, neutralny dla danego dokumentu (zakresy dokumentów nie pokrywają się) lub też z nim sprzeczny.

Zgodność analizowanych dokumentów z Policy Paper jest na wysokim poziomie. Jest to zapewnione przede wszystkim poprzez samą konstrukcję dokumentu, który wymaga odniesienia się do odpowiednich narzędzi zawartych w Policy Paper w zakresie alokacji środków finansowych, czy też wskaźników realizacji poszczególnych działań i projektów. Struktura dokumentu wymusza wprost odniesienie się do konkretnych zapisów dokumentu strategicznego i nie jest w praktyce możliwe, aby wystąpiła w tym zakresie jakaś istotna sprzeczność.

Zgodność analizowanych dokumentów z *Wytycznymi Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* dotyczy

działań w ramach PO WER oraz części działań poszczególnych RPO finansowanych z tego funduszu. Jako że wytyczne nie są dokumentem o charakterze strategicznym, jedynie określają ramy realizacji poszczególnych przedsięwzięć realizowanych ze środków EFS, można w tym przypadku mówić o zgodności poszczególnych dokumentów. W przypadku Planów Działania w sektorze zdrowia w zakresie IX osi priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 dotyczą one w całości interwencji realizowanej w ramach EFRR, zatem brak jest możliwości oceny spójności z ww. wytycznymi.

W zakresie pozostałych dokumentów strategicznych przywoływanych w Planach Działania, były to głównie strategie rozwoju poszczególnych województw oraz mapy potrzeb zdrowotnych. Jeśli chodzi o zgodność z mapą potrzeb, jest ona zapewniona odpowiednimi kryteriami przy przyjmowaniu wniosku o dofinansowanie. W zakresie konkursów zgodność PD z mapami może być tylko deklaratywna wobec braku konkretnych projektów.

Jako narzędzie zapewniające komplementarność działań oraz ich niepowielania się w stosunku do działań finansowanych z budżetu państwa, sam plan działania nie zawiera zapisów, które wykluczyły by taką możliwość. Odbywa się to na poziomie kryteriów wyboru projektów jako np. wymóg posiadania przez daną inwestycje pozytywnej OCI (Oceny Celowości Inwestycji).

W ramach FGI badanych pytano zarówno o spójność wewnętrzną, jak i o spójność z Policy Paper. Jeśli chodzi o spójność wewnętrzną, żaden z badanych nie wskazał niespójności – wg nich nie istnieją znaczące, utrudniające pracę różnice między materiałami przekazywanymi przez różne instytucje zarządzające czy pośredniczące. Natomiast spójność z Policy Paper zapewnia w dużej mierze, zdaniem uczestników FGI, także sama przejrzysta konstrukcja tego dokumentu:

> *Konkretnie można wyczytać, jednoznacznie, [w] narzędziu, jakie [są] cele, czy [dane działanie] wpisuje się [w Policy Paper], czy nie… Pracownik, który nawet nie miał za bardzo do czynienia z sektorem zdrowia może spokojnie z niego korzystać.* (respondent FGI)

Podsumowując, należy pozytywnie ocenić spójność horyzontalną analizowanych dokumentów. Zwłaszcza dotyczy to spójności z Policy Paper, gdzie poziom spójności jest najwyższy i wykazany wprost. Na poziomie zapisów analizowanych dokumentów nie znaleziono istotnych sprzeczności, które mogłyby świadczyć o niezgodności strategicznej działań realizowanych ze środków EFSI z dokumentami o charakterze strategicznym. Jednak w ramach dokumentów strategicznych (za wyjątkiem Policy Paper) obszar zdrowia jest często uwzględniany jako przekrojowy w stosunku do pozostałych obszarów interwencji, a działania w tym zakresie rozproszone są pomiędzy sferę rynku pracy, integracji społecznej, infrastruktury publicznej i ochrony środowiska. W zakresie strategii regionalnych, koncentracja wsparcia w sektorze zdrowia dotyczy głównie priorytetów inwestycyjnych (infrastruktura ochrony zdrowia) i nie wyznacza konkretnych kierunków interwencji w zakresie poszczególnych chorób. Powstanie map potrzeb zdrowotnych było w tym przypadku warunkiem koniecznym do zapewnienia ukierunkowania wsparcia na konkretne potrzeby specyficzne dla danego regionu, ponieważ dopiero na tym poziomie jest możliwe określenie faktycznej spójności działań.

2. ***W jakim stopniu wskaźniki zaproponowane w ramach PD są poprawne metodologicznie, przejrzyste, obiektywne i mierzalne? Czy wystarczająco odzwierciedlają cele zaplanowanych przedsięwzięć? Czy katalog zaproponowanych wskaźników jest spójny z dokumentami nadrzędnymi? Jak kształtuje się, w kontekście realizacji PD, ocena wskaźników (ich trafność, spójność, użyteczność) określonych w strategiach ogólnokrajowych w obszarze zdrowia oraz w ramach krajowej polityki zdrowotnej przekładająca się na wybór skutecznych projektów realizowanych w tym obszarze? Jakie zmiany w tym zakresie należy wprowadzić w celu skuteczniejszej i bardziej efektywnej realizacji PD? Jak kształtuje się ocena wskaźników w przypadku interesariuszy?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 15)*

W ramach PD na lata 2015-2016 łącznie badane instytucje wskazały 94 wskaźniki monitorujące. Część z IZ przekazała informacje o wartości wskaźników. Na podstawie tych informacji, w ocenie ewaluatora, jest jeszcze zbyt wcześnie (ze względu na wciąż trwające projekty lub nieogłoszenie wszystkich konkursów w regionach), aby możliwe było osiągniecie, choć części zakładanych wskaźników przez regiony. Rekomendowany jest jednak stały monitoring w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych województwach przez KS. Będzie on możliwy zwłaszcza przy pełnym dostępie do raportów z SL. Poniżej przedstawiony jest podział wskaźników wg PI.

Wykres 12. Liczba wskaźników wg priorytetów inwestycyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie Planów Działania

31 spośród badanych indykatorów stanowią wskaźniki ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych 2014-2020 dla EFS i EFRR. Resztę stanowią wskaźniki specyficzne dla programów. Listę wskaźników przedstawia poniższa tabela wraz z odsetkiem PD na lata 2015-2016 (łączna liczba planów = 36), w których występował dany wskaźnik. Odrębnie analizowany jest zestaw wskaźników specyficznych tylko i wyłącznie dla PO WER, gdyż o ile wskaźniki specyficzne dla PO IiŚ są zbliżone do wskaźników RPO (te same priorytety inwestycyjne), to wskaźniki PO WER dotyczą PI nieujętych ani w RPO, ani w PO IiŚ.

Tabela 5. Wskaźniki użyte w Planach Działań na lata 2015-2016

Wskaźnik	Priorytet inwestycyjny	Typ wskaźnika (WLWK/ specyficzny)	Wskaźnik produktu/ rezultatu	Odsetek PD, w których wystąpił wskaźnik
Liczba usług publicznych udostępnionych online o stopniu dojrzałości 3 - dwustronna interakcja (szt.)	2c	**WLWK**	**Produkt**	38,9%
Liczba usług publicznych udostępnionych online o stopniu dojrzałości 4 - transakcja (szt.)	2c	**WLWK**	**Produkt**	11,1%
Liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych w podmiotach wykonujących zadania publiczne (szt.)	2c	**WLWK**	**Produkt**	16,7%
Liczba podmiotów, które udostępniły online informacje sektora publicznego	2c	**WLWK**	**Produkt**	27,8%
Liczba zdigitalizowanych dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	2c	**WLWK**	**Produkt**	2,8%
Liczba osób korzystających z usług online	2c	**Specyficzny**	**Produkt**	5,6%
Odsetek obywateli korzystających z e-administracji	2c	**Specyficzny**	**Rezultat**	8,3%
Liczba pobrań/odtworzeń dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	2c	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba wspartych podmiotów realizujących zadania publiczne przy wykorzystaniu TIK	2c	**WLWK**	**Produkt**	2,8%
Liczba podmiotów udostępniających usługi wewnątrzadministracyjne (A2A)	2c	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba udostępnionych usług wewnątrzadministracyjnych (A2A)	2c	**WLWK**	**Rezultat**	5,6%
Liczba uruchomionych platform cyfrowych w obszarze e-zdrowia	2c	**WLWK**	**Produkt**	2,8%
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	8vi	**WLWK**	**Produkt**	58,3%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb regionu, w tym pracodawców	8vi	**WLWK**	**Produkt**	44,4%
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	8vi	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	8vi	**WLWK**	**Rezultat**	41,7%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	8vi	**WLWK**	**Produkt**	0,0%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	8vi	**WLWK**	**Rezultat**	2,8%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	8vi	**Specyficzny**	**Rezultat**	52,8%
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	8vi	**Specyficzny**	**Produkt**	5,6%
Liczba programów profilaktycznych przygotowanych i gotowych do pilotażowego wdrożenia	8vi	**Specyficzny**	**Produkt**	5,6%
Liczba osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania gruźlicy	8vi	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych	9a	**WLWK**	**Produkt**	66,7%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego (dla regionów słabiej rozwiniętych)	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%

Wskaźnik	Priorytet inwestycyjny	Typ wskaźnika (WLWK/ specyficzny)	Wskaźnik produktu/ rezultatu	Odsetek PD, w których wystąpił wskaźnik
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego (dla regionów lepiej rozwiniętych)	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa med. (dla regionów słabiej rozwiniętych)	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa med. (dla regionów lepiej rozwiniętych)	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba urządzeń aparatury medycznej/sprzętu medycznego zakupionych w programie	9a	**Specyficzny**	**Produkt**	11,1%
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	9a	**WLWK**	**Produkt**	44,4%
Nakłady inwestycyjne na budowę/modernizację infrastruktury zdrowia	9a	**WLWK**	**Produkt**	2,8%
Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	9a	**WLWK**	**Produkt**	5,6%
Liczba wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi	9a	**WLWK**	**Produkt**	2,8%
Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	9a	**WLWK**	**Produkt**	16,7%
Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami	9a	**WLWK**	**Produkt**	13,9%
Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi	9a	**WLWK**	**Rezultat**	52,8%
Liczba porad udzielonych	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	5,6%
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	9a	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem (dla regionów słabiej rozwiniętych)	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	2,8%
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem (dla regionów lepiej rozwiniętych)	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	2,8%
Średni pobyt chorego w szpitalach ogólnych	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	5,6%
Liczba nowo utworzonych miejsc pracy – pozostałe formy	9a	**Specyficzny**	**Produkt**	8,3%
Liczba utrzymanych miejsc pracy	9a	**Specyficzny**	**Produkt**	8,3%
Wzrost zatrudnienia we wspieranych podmiotach	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	8,3%
Liczba podmiotów wykorzystujących TIK	9a	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	2,8%
Udział osób w gospodarstwach domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	2,8%
Liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej	9a	**Specyficzny**	**Rezultat**	2,8%

Wskaźnik	Priorytet inwestycyjny	Typ wskaźnika (WLWK/ specyficzny)	Wskaźnik produktu/ rezultatu	Odsetek PD, w których wystąpił wskaźnik
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	9iv	**WLWK**	**Produkt**	38,9%
Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w programie	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	5,6%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu	9iv	**WLWK**	**Rezultat**	36,1%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu, zdobywających kwalifikacje, pracujących	9iv	**WLWK**	**Rezultat**	13,9%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	5,6%
Liczba dzieci objętych usługami zdrowotnymi	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba dzieci objętych programami zdrowotnymi	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	2,8%
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych wsparciem w programie	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem zarządzania bezpieczeństwem opieki w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły program zarządzania bezpieczeństwem opieki w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem restrukturyzacyjnym w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły program restrukturyzacyjny w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, objętych wsparciem w programie	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba modeli opieki koordynowanej przygotowanych do pilotażowego wdrożenia	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER

Wskaźnik	Priorytet inwestycyjny	Typ wskaźnika (WLWK/ specyficzny)	Wskaźnik produktu/ rezultatu	Odsetek PD, w których wystąpił wskaźnik
Liczba konferencji poświęconych możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba opisów/opracowań najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, utworzonych w ramach programu	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	9iv	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia niezbędnych dla prawidłowego procesu mapowania potrzeb zdrowotnych	9iv	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba wdrożonych programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba wprowadzonych rozwiązań systemowych w formie aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń)	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły model współpracy z uczelnią kształcącą pielęgniarki i położne	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Odsetek uczelni, które wdrożyły znowelizowane standardy kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej zwiększające kompetencje zawodowe	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba opracowanych projektów rozwiązań prawnych (ustaw, rozporządzeń)	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba rocznych analiz w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte pilotażem dotyczącym standaryzacji opieki pielęgniarskiej i położniczej	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Analiza rynku usług pielęgniarskich	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Analiza liczby studentów oraz potrzeb/oczekiwań absolwentów wraz z rekomendacjami	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Platforma internetowa - Akademia Pielęgniarki i Położnej	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Analiza jakości kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Model współpracy między uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne a podmiotami leczniczymi	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba przeprowadzonych audytów na uczelniach kształcących na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo w zakresie kształcenia z wykorzystaniem technik symulacji medycznej	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	10ii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER

Wskaźnik	Priorytet inwestycyjny	Typ wskaźnika (WLWK/ specyficzny)	Wskaźnik produktu/ rezultatu	Odsetek PD, w których wystąpił wskaźnik
Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	10ii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	10iii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	10iii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	10iii	**Specyficzny**	**Produkt**	PO WER
Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	10iii	**Specyficzny**	**Rezultat**	PO WER

Powyższa tabela wskazuje, że w największej liczbie ujmowano wskaźniki z WLWK. Stosunkowo rzadko, zwłaszcza w przypadku RPO, stosowano wskaźniki specyficzne, a jeśli tak było, to trudno sprowadzić je do wspólnego mianownika dla różnych RPO (co tym bardziej przemawia za stworzeniem listy wspólnych, kluczowych wskaźników Policy Paper, na co wskazujemy dalej). Występuje równowaga między wskaźnikami produktu i rezultatu. Wydaje się, że najczęściej używane wskaźniki („Liczba wspartych podmiotów leczniczych”, „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”, „Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb regionu, w tym pracodawców”, „Nakłady inwestycyjne”) obrazują precyzyjnie najważniejsze kwestie z zakresu ochrony zdrowia.

Każdy z badanych wskaźników oceniono pod względem poprawności metodologicznej, przejrzystości, obiektywności i mierzalności. Zwłaszcza wskaźniki z WLWK zarówno w przypadku EFS, jak i EFRR zostały dokładnie zdefiniowane; także w przypadku RPO nie powinno być wątpliwości, co do ich wartości. Zasadniczo więc lista badanych wskaźników nie budzi wątpliwości pod tym względem, poza niewielkimi wyjątkami:

- ✓ *Liczba urządzeń aparatury medycznej/sprzętu medycznego zakupionych w programie* (RPO Kujawsko-Pomorskie, Mazowieckie, Pomorskie) – wskaźnik może odnosić się do sprzętu bardzo różnego rodzaju (np. może zostać wypełniony przez zakup bardzo dużej liczby drobnego sprzętu), wątpliwości budzi, czy sztuka jako jednostka miary jest właściwa;
- ✓ *Liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej* (RPO Kujawsko-Pomorskie) – dubluje się ze wskaźnikiem z WLWK: *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*.

W kilku przypadkach widać niespójność w wypełnianiu części dotyczącej wskaźników, np. Wskaźniki ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych powtarzane są potem w dalszej części planu jako wskaźniki produktu lub rezultatu, a czasami są tam wskazane jedynie wskaźniki specyficzne. **Rozwiązaniem mogłoby być dodanie kolumny dodatkowej**

wskazującej czy dany wskaźnik pochodzi z WLWK, czy też jest wskaźnikiem specyficznym.

Należy pamiętać przy tym, że szacowane wartości wskaźników dotyczą naborów, ujętych w danym PD, nie zaś całości interwencji z danego programu operacyjnego (w tym przypadku wartości docelowe określone są w SzOOP i dokumentach programowych). Próby zweryfikowania wartości osiągniętych w tych naborach, które objęte zostaną PD na lata 2015-2017 ewaluator podejmie się w kolejnym raporcie w roku 2018 – w ramach podsumowania oceny skuteczności Planów Działania.

W ramach IDI badani interesariusze z systemu wdrażania (przedstawiciele MZ i Instytucji Zarządzających PO WER i RPO) zasadniczo nie wskazują na jakiekolwiek wątpliwości, co do zastosowanego systemu wskaźników – były one już oceniane na poziomie poszczególnych programów choćby w ramach ewaluacji *ex ante* i innych badań. Respondenci pozytywnie wypowiadają się o zastosowanych wskaźnikach:

Czy wskaźniki były niejasne, trudne do zmierzenia? Nieobiektywne?
Nie, nie mam takiej informacji. Nie mieliśmy takich sygnałów. (respondent IDI)

Same instytucje zarządzające i pośredniczące bardzo pilnują, żeby te wskaźniki wskazane w SZOP-ie zostały wykonane. (respondent IDI)

Wskazują też, że raczej nie ma obaw, co do możliwości osiągnięcia wartości docelowych wskaźników. W ramach warsztatu także nie pojawiły się żadne wątpliwości dotyczące wskaźników.

Zasadniczo uwag do wskaźników nie mieli też respondenci ITI z IZ – ich zdaniem wskaźniki są obiektywne i klarowne, jednak jeden z badanych postulował bardziej elastyczne podejście do wskaźników dotyczących programów rehabilitacyjnych:

Mamy taką uwagę, żeby zaplanowane wskaźniki traktować bardziej elastycznie, tak bardziej obrazowo, zwłaszcza w przypadku programów profilaktycznych, gdzie ta droga od zatwierdzenia Planu Działania na Komitecie Sterującym poprzez opracowanie programu oraz uzyskanie wymaganej opinii agencji (...) weryfikuje pewne dane i po prostu tutaj jest trochę „wróżenie z fusów”. Tak, [potrzebna jest] większa elastyczność - jeśli chodzi o te wskaźniki dotyczące programów profilaktycznych. (respondent ITI)

Wskaźniki przeanalizowano z punktu widzenia dokumentów wyższego rzędu – Policy Paper oraz Umowy Partnerstwa.

W przypadku Umowy Partnerstwa, jak już wskazywano powyżej, spójność zapewnia obecność w każdym PD wskaźników z WLWK. Z kolei Policy Paper do części narzędzi przypisuje odpowiednie wskaźniki PO WER i PO IiŚ. Jeśli chodzi natomiast o RPO, Policy Paper nie wskazuje jednoznacznego zestawu wskaźników (stosuje zapis „Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO”. W związku z tym **należałoby się zastanowić nad stworzeniem matrycy umożliwiającej mierzenie osiągnięcia celów Policy Paper – np. poprzez najczęściej**

powtarzające się w Planach wskaźniki (przykład zestawu wskaźników – w tabeli 6) **i przypisanie ich do narzędzi Policy Paper.**

Tabela 6. Propozycje wskaźników

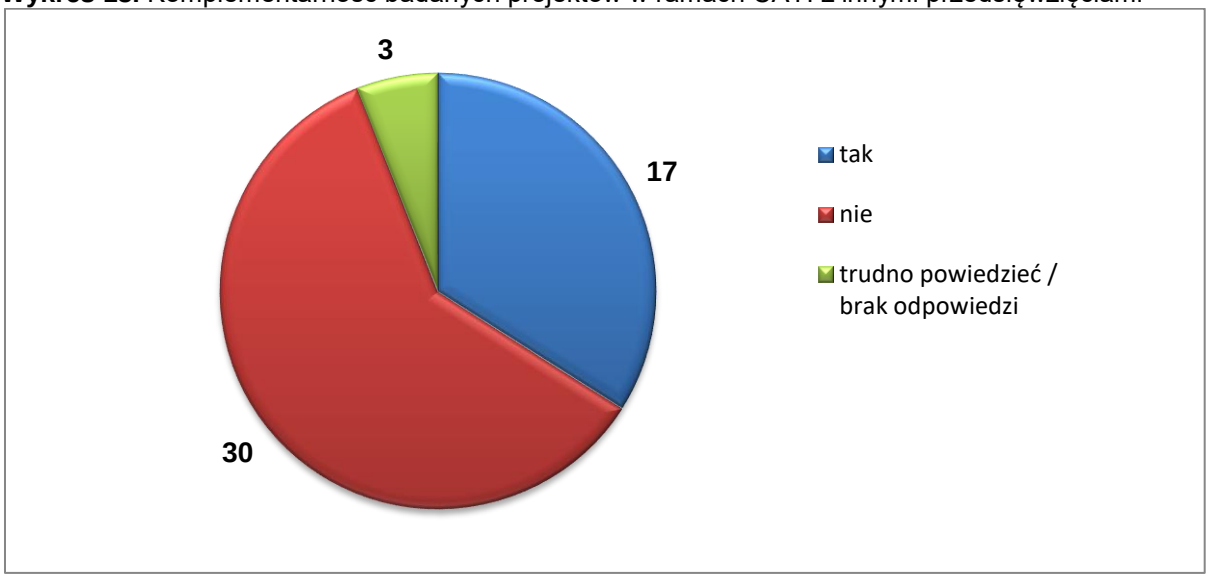
Priorytet Inwestycyjny	Wskaźniki
PI2c	Liczba usług publicznych udostępnionych online o stopniu dojrzałości 3 – dwustronna interakcja (szt.)
	Liczba podmiotów, które udostępniły online informacje sektora publicznego
PI 8vi	Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS
	Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb regionu, w tym pracodawców
	Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie
	Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne
PI 9a	Liczba wspartych podmiotów leczniczych
	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej
	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi
PI 9iv	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie
	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu
PI 10ii i 10iii	wskaźniki odpowiadające danym narzędziom

Źródło: Opracowanie własne

Wskaźniki te byłyby obligatoryjne dla Planów Działania RPO i w ten sposób umożliwiałyby jednoznaczne powiązanie RPO z Policy Paper.

Oceniając przykładowe projekty wybrane na podstawie kryteriów rekomendowanych przez Komitet Sterujący do Spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia pod kątem spójności, **spośród 50 projektów, których koordynatorzy uczestniczyli w ankiecie, tylko 17 było zdaniem respondentów komplementarnych z innymi działaniami (czyli niewiele ponad 1/3).** Wskazuje na to poniższy wykres.

Wykres 13. Komplementarność badanych projektów w ramach CATI z innymi przedsięwzięciami



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50)

Najczęściej przedsięwzięcia realizowane ze środków unijnych były zdaniem ich koordynatorów komplementarne z projektami finansowanymi ze środków krajowych, centralnych (11 projektów na 17) lub wojewódzkich (3 projekty).

Wybrane projekty oceniane były w aspektach spójności zawartych w nich zapisów z kryteriami wyboru projektów przyjętymi przez Komitet Sterujący w ramach poszczególnych planów działania. Pod uwagę brane były następujące aspekty:

- ✓ zgodność wskaźników z odpowiednim Planem Działania (zgodny/neutralny/ niezgodny);
- ✓ zgodność celu projektu z odpowiednim Planem Działania (zgodny/neutralny/ niezgodny);
- ✓ zgodność z innymi politykami w zakresie zdrowia (zgodny/neutralny/niezgodny).

Na skuteczność i trafność projektów w stosunku do dokumentów programowych wpływają w dużej mierze kryteria wyboru projektów. Jak wskazano we wcześniejszych rozdziałach, w przypadku PO WER i PO IiŚ poszczególne narzędzia wymieniane w ramach Policy Paper są powiązane z ww. programami. Także kryteria wyboru w PO WER, PO IiŚ i RPO wpływają na trafność wybranych projektów w stosunku do celów operacyjnych Policy Paper. Przykłady takich kryteriów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 7. Cele Policy Paper a kryteria wyboru

Cel operacyjny Policy Paper	Przykłady kryteriów
Cel A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.	RPO, PO IiŚ – kryteria dotyczące zakresu wsparcia, np. RPO Lubuskie: „Zakres wsparcia. Projekt dotyczy: a) realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi (projekt nr 1), albo b) projekt dotyczy realizacji programu profilaktyki raka jelita grubego (projekt nr 2)”

Cel B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.	kryteria dotyczące zakresu działań, w tym premiujące, np. w RPO Warmińsko-Mazurskim kryterium „Opieka nad matka i dzieckiem” (premiujące): W ramach kryterium weryfikowane będzie, czy w ramach projektów w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, projekty realizowane są w oddziałach neonatologicznych zlokalizowanych w podmiotach wysokospecjalistycznych.
Cel C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.	kryteria związane z organizacją i technologią, przykład: RPO Dolnośląskie: wsparcie działań konsolidacyjnych i innych form współpracy podmiotów leczniczych (kryterium premiujące)
Cel D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.	kryteria PO WER

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planów Działania

Analizowane projekty dotyczyły działań związanych z PI 9a; PI 9iv; PI 8vi oraz PI 2c. Projekty przyjęte do realizacji w latach 2015-2016 w głównym stopniu dotyczą bezpośrednich inwestycji w infrastrukturę jednostek medycznych oraz systemy e-zdrowia. W kolejnych latach pojawiają się również projekty dotyczące programów profilaktycznych i usług zdrowotnych. Ocena części szczegółowych kryteriów dotyczących projektów inwestycyjnych odbywała się na poziomie studiów wykonalności projektów, w związku z czym ich ocena na podstawie zapisów wniosku nie zawsze może być wyczerpująca.

Biorąc pod uwagę zawarte w Planach Działania kryteria wyboru projektów, to stanowią one odpowiednie narzędzie do wskazywania, w jakich obszarach ma być realizowane wsparcie w obszarze zdrowia. W ramach systemu wyboru projektów konkursowych, kryteria zatwierdzone przez KS znajdują swoje odzwierciedlenie w dokumentacjach konkursowych, przez co weryfikowane są przy pomocy kart oceny przez osoby weryfikujące projekty złożone w odpowiedzi na dany konkurs. W analizowanych projektach nie stwierdzono, aby w tym zakresie występował jakikolwiek problem. Z kolei projekty realizowane w trybie pozakonkursowym muszą wprost odnosić się do zapisów zawartych w PD, w związku z czym spójność w tym zakresie również jest zachowana.

Zgodność wskaźników z odpowiednim Planem Działania jest zapewniona na poziomie dokumentacji projektowych, gdzie określona jest lista wskaźników, które monitorowane są w projektach, a rozszerzenie tego katalogu wymaga indywidualnej zgody IZ. W ramach przeprowadzonej analizy DR nie stwierdzono, aby wystąpiły rozbieżności w zakresie spójności wskaźników na poziomie projektów w stosunku do zapisów zawartych w Planach Działania.

Cele projektów również wpisują się w zapisach PD, ponieważ dotyczą konkretnych operacji realizowanych w ramach działań i poddziałań, których typy projektów są ustalone. Uszczegółowienia zawarte w PD znajdują odzwierciedlenie w kryteriach wyboru projektów i podlegają ocenie KOP. Dotyczą one na przykład wskazania konkretnych map potrzeb zdrowotnych lub zgodności z politykami dotyczącymi danego sektora ochrony zdrowia

(np. onkologia, kardiologia itp.) W praktyce nie zaobserwowano, aby cele wskazane w projektach były sprzeczne z Planami Działania w zakresie celów, które realizują. Zaimplementowany system wyboru projektów posiada skuteczne narzędzia eliminacji projektów, które nie są spójne z celami danego poddziałania – narzędziami tymi są systemy kryteriów formalnych i merytorycznych.

W zakresie zgodności projektu z innymi politykami dotyczącymi zdrowia, projekty nawiązują głownie do zapisów programów sektorowych w poszczególnych obszarach polityki zdrowotnej i regionalnych strategii rozwoju (w zakresie zdrowia). Zapisy dotyczące zgodności z Policy Paper, dotyczą głównie projektów związanych z realizacją programów zdrowotnych.

Podsumowując kwestię spójności analizowanych projektów z zakresu zdrowia z zapisami odpowiednich PD, to jest ona wysoka. Nie stwierdzono przypadków, w których zapisy wniosków stały by w sprzeczności z Planami Działania, bądź też nie spełniały kryteriów wskazanych dla danego konkursu. Biorąc pod uwagę wyniki licznych ewaluacji dotyczących systemu wyboru projektów w ramach poszczególnych programów operacyjnych, można oczywiście zadać pytanie, czy wybrane projekty i inicjatywy charakteryzują się najwyższym poziomem realizacji zakładanych w PD celów, jednak nie jest to związane z kwestią spójności, która jest na poziomie projektów zapewniona.

3.4. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem użyteczności

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? (Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*
2. *Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich użyteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia? (Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*
3. *Jaka jest jakość (użyteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)? (Raport Metodologiczny pyt. nr 9)*
4. *Jaka jest użyteczność kryteriów zaproponowanych w PD dla instytucji zarządzających programów operacyjnych wdrażających projekty w obszarze zdrowia? Jakiego rodzaju kryteria się nie sprawdzają w praktyce i dlaczego? (Raport Metodologiczny pyt. nr 10)*
5. *Jakie są kluczowe obszary ryzyka pod kątem użyteczności realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem? (Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*

6. W jakim stopniu PD wykorzystywane są przy planowaniu przedsięwzięć współfinansowanych wyłącznie ze środków budżetu państwa/ samorządu? Jaka jest ich użyteczność w tym zakresie? W jakim stopniu PD są przydatne dla instytucji systemu polityki spójności? (Raport Metodologiczny pyt. nr 14)

1. *Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić?* *(Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*

Na podstawie badań jakościowych i ilościowych, z punktu widzenia użyteczności, PD stanowią dobre narzędzie dla wszystkich interesariuszy biorących udział w procesie ich uzgadniania, ponieważ daje to możliwość wpływu na podejmowane obszary interwencji. Trzeba także stwierdzić, że pomimo takiego wpływu istnieją problemy w realizacji postanowień PD uwzględniając ich użyteczność, do których zaliczyć można:

- ✓ **Podjęcie interwencji w obszarach, w których brak jest odpowiedniej kadry** (np. lekarzy, którzy mieliby udzielać określonych świadczeń medycznych).
- ✓ **Podjęcie interwencji w regionach o niskim stopniu zainteresowania zarówno ze strony potencjalnych wnioskodawców (w zakresie składania projektów) oraz uczestników (w zakresie udziału w projektach)**, co wpływa na ryzyko niezrealizowania projektu.
- ✓ **Niewłaściwe zdefiniowanie grupy docelowej projektów**, np. pomijając podmioty wykonujące działalność leczniczą, niebędące podmiotami leczniczymi – problem wskazywany m.in. przez środowisko lekarzy rodzinnych lub pielęgniarek rodzinnych praktykujących w formie indywidualnej praktyki. Takie podmioty, jako niebędące podmiotami leczniczymi nie mogą *ex-definitionem* brać udziału w projektach, w których wspinano, że realizatorem może być tylko podmiot leczniczy.
- ✓ **Oparcie interwencji w regionie o podmioty, które nie będą mogły w przyszłości realizować dotychczasowej działalności,** tzn. podmiotów w zakresie ratownictwa medycznego niebędących samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, a więc niespełniające założeń nowelizacji *ustawy o systemie ratownictwa medycznego*, lub też skierowanie obszaru interwencji do szpitali, które nie zostały włączone do tzw. „sieci szpitali”. Rezultatem takich działań jest brak możliwości realizowania projektów zgodnie z wcześniejszymi założeniami, lub w konsekwencji – konieczność rezygnacji z realizacji projektu, co skutkować może brakiem wydatkowania środków w ramach przyznanej alokacji. Jakkolwiek sieć szpitali funkcjonuje od roku 2017, to jednak ryzyko prowadzenia działalności gospodarczej w trakcie trwania całego projektu stanowi ważny element analizy ryzyk zarówno przez wnioskodawców, jak i instytucji finansującej. Wobec powyższego i zaistniałych faktów, jak również wobec tego, że niniejsze opracowanie tworzone jest w określonej rzeczywistości prawnej, wydaje się, że kryterium możliwości prowadzenia działalności w dłuższej perspektywie jest ważna.
- ✓ **Przygotowywanie rozwiązań o charakterze prawnym niespójnych z obecną rzeczywistością prawną i niemożliwe do realizacji**, co prowadzi w konsekwencji do tego, że w odpowiedzi na zapotrzebowanie PD ogłaszane są konkursy

na koncepcje funkcjonowania systemu (tak jak miało to miejsce w przypadku konkursu na koncepcje organizacji psychiatrycznej opieki środowiskowej – projekt MR). W tym konkursie wnioskodawcy zobowiązani byli do wskazania nowych proponowanych przez siebie rozwiązań organizacyjnych w dziedzinie psychiatrii, z jednoczesnym wskazaniem odniesienia do aktualnych ram prawnych. W tym konkursie większość propozycji nie była spójna z przepisami prawnymi, w tym w szczególności z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jako taka nie mogła zostać wykorzystana w praktyce[55]. Późniejsze konkursy wdrożeniowe w tej dziedzinie napotkały na podobne problemy prawne, dotyczące braku spójności pomiędzy planowanymi do realizacji założeniami, a obowiązującym prawem (oczekuje się obecnie na przyjęcie ustawy o pilotażach w ochronie zdrowia, co jednak nie może być rozwiązaniem o charakterze systemowym).

Przeciwdziałanie tym wybranym zagrożeniom powinno polegać na jak najszerszym uzgadnianiu wszystkich PD z interesariuszami odpowiedzialnymi za organizację i finansowanie świadczeń medycznych w regionie, a także zobowiązanie władz centralnych (MZ) do przestrzegania zasady racjonalności w realizacji projektów, tzn. uznanie priorytetowego charakteru placówki, która realizuje projekt kluczowy dla regionu. Rekomenduje się także jak najrzadsze zmiany w systemie organizacji ochrony zdrowia lub też wprowadzanie ich z zachowaniem zasady zachowania praw nabytych, co gwarantowałoby dokończenie podjętych zobowiązań wynikających z projektów.

2. ***Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich użyteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*

Zwiększenie użyteczności PD dla instytucji biorących udział w ich opracowywaniu powinno zostać spełnione poprzez:

- ✓ **Rzetelne opracowywanie danych o wskaźnikach realizacji projektów przez IZ**, a następnie przekazywanie ich do zbiorczej analizy przez KM, w konsekwencji przeprowadzanie analizy porównawczej i prezentowanie przez KM wyników benchmarków regionalnych.
- ✓ **Udział KM w przygotowaniu danych analitycznych** (w tym wskaźnikowych) z realizowanych w regionach programach, w wyniku tego stałe doskonalenie jakości wskaźników (ich rodzaju, doprecyzowania, wartości docelowych).

[55] Dotyczy to prac w MR nad projektami z zakresu organizacji środowiskowej opieki psychiatrycznej, w której przewidziano udzielanie świadczeń przez realizatorów w sposób niezgodny z ustawą, tzn. nie w wyniku konkursu przeprowadzonego przez NFZ (art. 132 ustawy), jak również poprzez podwójne finansowanie świadczeń: z projektu MR i z kontraktu NFZ (niezgodność z art. 132 ust. 3 ustawy). W celu ominięcia tego ograniczenia przygotowano projekt nowelizacji ustaw: o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, które wprowadzają możliwość prowadzenia pilotaży w ochronie zdrowia (ustawy przyjęte w dniu 29.09.2017, druk sejmowy 1791). Omawiane świadczenia w zakresie realizacji projektu psychiatrycznego będą realizowane jako pilotaż, co nie zmienia faktu, że na etapie tworzenia PD oraz wyłaniania wykonawców procedura była niezgodna z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- ✓ **Monitorowanie przyjętych do realizacji projektów** pod kątem zgodności deklarowanych wskaźników z rzeczywistością i poprawności wskaźników z intencją Instytucji Zarządzającej (np. czy wskaźniki rezultatu faktycznie odnoszą się do rezultatów, a nie do produktów).
- ✓ **Organizowanie przez instytucje zarządzające okresowych konferencji monitorujących,** których celem byłoby wskazanie aktualnego etapu realizacji projektów, ewentualnych trudności w realizacji projektów i wdrożenia pomysłów na poprawę ich jakości. Należy założyć, że uwagi przedstawiane przez realizatorów powinny być rzetelne i nie mogą być podstawą roszczeń o nieprawidłowe realizowanie (funkcja doradcza i mentorska na etapie realizacji projektu, bez funkcji penalizacyjnej).

W kontekście ostatniego z punktów, istotna jest również kwestia, że funkcjonowanie KS i PD wpływa w pozytywny sposób na dyfuzję dobrych praktyk wśród uczestników systemu szczególnie na szczeblu regionalnym, co podkreśla jeden z uczestników wywiadu FGI:

(…) jest Komitet Sterujący na bazie, którego możemy podzielić się doświadczeniami. Zobaczyć, jakie inni mają dobre praktyki, jeśli chodzi o określony obszar, a poza tym jest jakaś logika w tych działaniach. (respondent FGI)

Jednocześnie w ramach niniejszego kryterium (podobnie jak w przypadku pozostałych) ewaluator jako dobrą praktykę wskazuje przede wszystkim narzędzia jakim jest KS i PD (Rekomendacja numer 1), a także funkcjonowanie opiekunów, których kompetencje powinny zostać jeszcze bardziej wzmocnione (Rekomendacja numer 5), przyczyniając się do większej użyteczności planów działań w sektorze zdrowia.

3. ***Jaka jest jakość (użyteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 9)*

Wszystkie wybrane do oceny projekty spełniają założenia horyzontalne, zostały poddane ocenie eksperckiej i nie można zakładać niespełnienia w nich kryteriów spójności ze strategiami krajowymi, regionalnymi i unijnymi.

Przeprowadzona analiza wszystkich projektów prowadzi do wniosku, że użyteczność tych projektów dla poprawy dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych jest zachowana. Trzeba również stwierdzić, że ocena opiera się o wnioski, a nie faktyczne wykonanie projektu, ponieważ większość z tych projektów jest na etapie realizacji, część z nich rozpoczęła się z opóźnieniem, a niektóre dopiero są na etapie początkowym. Opinia o rzeczywistym wpływie na poprawę dostępności może zostać wydana po analizie rezultatów.

Przekazana do opracowania niniejszego projektu dokumentacja konkursowa zawiera wskaźniki deklarowane przez wnioskodawców na etapie oceny wniosków. Eksperci nie dysponują żadnymi danymi dotyczącymi aktualnego stanu realizacji tych projektów w kontekście wykonania wskaźników, jak również nie dysponują analizą wskaźnikową

projektów zakończonych. Wobec powyższego nie ma możliwości odpowiedzi na pytanie w kontekście konkretnych wskaźników kontekstowych.

4. ***Jaka jest użyteczność kryteriów zaproponowanych w PD dla instytucji zarządzających programów operacyjnych wdrażających projekty w obszarze zdrowia? Jakiego rodzaju kryteria się nie sprawdzają w praktyce i dlaczego?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 10)*

Użyteczność kryteriów dla PD należy uznać jako wysoką, ponieważ wszystkie kryteria stanowią rekomendację dla ekspertów oceniających, jak również dla opiekunów projektu pod kątem spełnienia lub niespełnienia założeń instytucji tworzącej PD. Bardzo często zdarza się, że kryteria o charakterze strategicznym są bardzo ogólne i niemożliwe do bezpośredniego przełożenia na język projektu, tym samym trudne w ocenie, należy stwierdzić, że dołączenie do fiszek projektowych (PD) dodatkowo kryteriów jest zasadne i bardzo ważne.

Spośród przeanalizowanych rodzajów kryteriów do najważniejszych należy zaliczyć te, które odnoszą się do faktycznych uwarunkowań lokalnych, tzn. np. czy wnioskodawca uzasadnił projekt z punktu widzenia jego rzeczywistych potrzeb, czy przedstawił rozwiązania charakterystyczne dla konkretnego obszaru oddziaływania, czy posiada odpowiednie opinie lub zezwolenia, czy dysponuje właściwym, zdefiniowanym szczegółowo potencjałem do realizacji projektu. Z punktu widzenia pragmatyki oceny projektów należy unikać kryteriów zbyt ogólnych lub wymagających od oceniającego znajomości obszarów o niemożliwym charakterze.[56]

Problematyka kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w ramach PD zostanie szczegółowo przeanalizowana w ramach II etapu niniejszej ewaluacji, realizowanego w 2018 r.

5. ***Jakie są kluczowe obszary ryzyka pod kątem użyteczności realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*

W kontekście użyteczności realizacji PD, a więc przydatności realizacji poszczególnych PD dla interesariuszy trzeba stwierdzić, że nie zidentyfikowano żadnych obszarów ryzyka w tym kryterium. Plany Działania jako dokumenty o charakterze strategicznym, ale przenoszone na dokumenty operacyjne i projekty będą zawsze miały charakter utylitarny (użyteczny) pod warunkiem zgodności ich założeń ze stanem faktycznym. Zgodność ta jest już jednak oceniana w kryterium skuteczności (możliwości realizacji poszczególnych zapisów).

6. ***W jakim stopniu PD wykorzystywane są przy planowaniu przedsięwzięć współfinansowanych wyłącznie ze środków budżetu państwa/ samorządu? Jaka jest ich użyteczność w tym zakresie? W jakim stopniu PD są przydatne dla instytucji systemu polityki spójności?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 14)*

[56] Niniejsza kwestia będzie przedmiotem analizy w ramach II części badania ewaluacyjnego.

PD wykorzystywane są zarówno do planowania przedsięwzięć ze środków europejskich jak również z innych źródeł. Wskazuje na to załącznik nr 1 do PD, w ramach którego instytucje zobowiązane do złożenia PD definiują, jakie inne działania zostały podjęte przez podmioty lecznicze[57], w celu osiągnięcia synergii tych działań z planami zawartymi w PD.

Wobec powyższego, odpowiadając na pytanie w jakim stopniu PD wykorzystywane są przy planowaniu przedsięwzięć współfinansowanych wyłącznie ze środków budżet państwa/ samorządu, należy stwierdzić, że w wysokim stopniu, ponieważ tworzą możliwość adresowania alokacji środków unijnych w te obszary, które mogą albo uzupełnić inwestycje finansowane regionalnie (budżetowo) lub też stanowić projekt komplementarny wobec już realizowanego.

W odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu PD są przydatne dla instytucji systemu polityki spójności należy stwierdzić, że są one bardzo przydatne, ponieważ pozwalają na kompleksowe spojrzenie na inwestycje w regionie, w tej sposób, aby nie dublować interwencji, jak również równomiernie ją adresować, w zależności od zapotrzebowania społeczności lokalnych. Takie stanowisko potwierdzili również przedstawiciele MZ w ramach warsztatu.

Dodatkowo rekomendujemy, aby dla właściwego wykorzystania załącznika nr 1 zawierał on dodatkowe informacje w tym m.in. zgodność konkursu z innymi realizowanymi projektami ze środków europejskich (Rekomendacja nr 9)[58].

3.5. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem wpływu

W ramach rozdziału Wykonawca udzieli odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *Jaki jest wpływ PD na realizację działań podejmowanych w ramach interwencji publicznej w obszarze zdrowia w ramach poszczególnych programów operacyjnych współfinansowanych ze środków EFRR i EFS, a także na cele szczegółowe tych programów? W których programach jest on najbardziej widoczny, a w których najmniej i dlaczego? (Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*
2. *Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia? (Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*

1. Jaki jest wpływ PD na realizację działań podejmowanych w ramach interwencji publicznej w obszarze zdrowia w ramach poszczególnych programów operacyjnych współfinansowanych ze środków EFRR i EFS, a także na cele szczegółowe tych programów? W których programach jest on najbardziej widoczny, a w których najmniej i dlaczego? *(Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*

[57] Wskazanie podmiotów leczniczych związane jest z faktem, iż w bardzo wielu przypadkach podmioty wykonujące działalność leczniczą niebędące podmiotami leczniczymi (np. praktyki zawodowe) zostały wyłączone z możliwości wnioskowania o realizowanie projektów. Wnioskodawcami w badanych PD były tylko podmioty lecznicze, co wynika z dokumentacji konkursowych projektów.
[58] Rekomendacja jest zgodna z wypowiedziami respondentów w ramach warsztatu.

Wpływ PD na realizację założeń tych programów jest kluczowy, w zasadzie PD są jedynym dokumentem, który może bezpośrednio, zbierając różne interesy lokalne, jak i wymagania horyzontalne, wskazać założenia dla projektów, wprowadzone następnie do regulaminów konkursów/naborów pozakonkursowych.

Jednocześnie należy uznać, że przedstawione do zaopiniowania PD w bardzo szczegółowy sposób odnosiły się do lokalnych uwarunkowań, jakie mają zostać wzięte pod uwagę w ogłaszanych konkursach. Dla przykładu wskazywano zakres terytorialny oddziaływania (województwo, powiat), potencjalnych beneficjentów, zidentyfikowanych przez lokalne władze samorządowe jako instytucje (organizacje), które mogą podjąć się realizacji projektu, jak również kluczowe z punktu widzenia lokalnej społeczności obowiązkowe wskaźniki (produktu lub rezultatu). Dzięki postawieniu wymagań dotyczących wskaźników, a także określenia ich oczekiwanej wartości docelowej (w kontekście całego programu, a nie pojedynczego projektu), PD stanowią dobre narzędzie planowania działań podejmowanych w wyodrębnionych obszarach wsparcia. Jako takie są, więc skutecznym narzędziem spełniającym takie oczekiwania.

2. ***Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*[59]

W kontekście kryterium wpływu można wskazać następujące kryteria, wpływające na jakość PD:

- ✓ **Definiowanie wskaźników o charakterze mierzalnym** w długiej perspektywie czasowej.
- ✓ **Korelowanie planowanych do uzyskania wskaźników z innymi działaniami o charakterze organizacyjnym**, w celu przedłużenia skutków realizacji programów, tak, aby nie prowadzić do sytuacji, że jakieś zjawisko jest minimalizowane tylko dzięki działaniu programu, a po jego zakończeniu wszyscy o nim zapominają.
- ✓ **Branie pod uwagę przez organy decyzyjne rezultatów już przeprowadzonych projektów i programów,** unikanie dublowania obszarów interwencji lub też działania na szkodę wcześniej zrealizowanych programów (np. tworzenie placówek o charakterze konkurencyjnym w bliskiej lokalizacji w regionie). Jakkolwiek istnieją mechanizmy zapobiegające dublowaniu obszarów interwencji, to jednak na podstawie wiedzy eksperckiej można stwierdzić, że pojawiają się przykłady realizowania projektów konkurencyjnych, które są trudne do wychwycenia przez ekspertów oceniających albo instytucje finansujące (np. przywołanie przez wnioskodawcę we wniosku danych nie całkiem rzetelnych, trudnych do sprawdzenia, opartych o trudno weryfikowalne dane).

[59] Odpowiedź na to pytanie zostanie pogłębiona na drugim etapie badania.

4. Wnioski i rekomendacje

Nr	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
1	W ramach raportu podkreślono liczne pozytywne elementy funkcjonowania Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Dodatkowo wskazano, że Plany Działań spełniają bardzo dobrze rolę narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia. Istotne jest, że ten pozytywny aspekt planowania w sektorze dostrzegany jest przez wszystkich uczestników systemu koordynacji, co bez wątpienia wpływa na ich duże zaangażowanie w opracowywanie i wdrażanie postanowień PD. Ze względu na to, że PD uzgadniane są na forum KS, zapewniona jest lepsza koordynacja działań o charakterze centralnym z tymi realizowanymi na szczeblu regionalnym. Daje to instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w kolejnym roku na szczeblu regionalnym, ale pozwala również na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. W przypadku regionów efekt ten przekłada się na to, że ich przedstawiciele posiadają wiedzę o działaniach planowanych na szczeblu centralnym, np. w ramach PO WER czy PO IiŚ oraz w innych województwach.	Funkcjonowanie *Komitetu Sterującego ds. koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia* do końca okresu realizacji perspektywy finansowej 2014-2020 oraz kontynuowanie działania Komitetu w kolejnej pespektywie finansowej - po 2020 roku.	Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego Ministerstwo Zdrowia Komisja Europejska	Podjęcie uchwały przez Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego decyzji w sprawie kontynuowania działania Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia lub podobnie działającego komitetu w kolejnej pespektywie finansowej po 2020 roku.	po 2020 roku (*kolejna perspektywa finansowa*)	rekomendacja horyzontalna strategiczna

	Ponadto Istnienie PD odnoszących się do finansowania ze środków EFSI pozwala na dodatkową, lepszą alokację środków krajowych, które mogą działać komplementarnie lub substytucyjnie – zgodnie z wolą decydentów. Nie dochodzi jednocześnie przy tym do zaburzenia przepływu finansowego pomiędzy środkami krajowymi, a EFSI, ponieważ oba te strumienie kierowane są niezależnie od siebie, aczkolwiek komplementarnie do wcześniej zaplanowanych obszarów interwencji. Należy jednak w przyszłości zastanowić się nad kwestią silniejszego umocowania w ustawodawstwie dotyczącym wdrażania polityki spójności ciała, jakim jest KS w zakresie jego wpływu na decyzje zapadające na komitetach monitorujących programy operacyjne, w ramach których wdrażane jest wsparcie w obszarze zdrowia. **Szczegółowe informacje znajdują się na 23- 26, 37- 40 oraz 84 stronie raportu.**					
2	W przypadku Umowy Partnerstwa, jak wskazano w raporcie cząstkowym, spójność zapewnia obecność w każdym PD wskaźników z WLWK. Z kolei Policy Paper do części narzędzi przypisuje odpowiednie wskaźniki PO WER i PO IiŚ. Jeśli chodzi natomiast o RPO, Policy Paper nie wskazuje jednoznacznego zestawu wskaźników. **Szczegółowe informacje znajdują się na 50, 51, 77 i 78 stronie raportu.**	Dodanie wskaźników ułatwiających monitorowanie realizacji narzędzi Policy Paper przez RPO oraz uzyskanie przez dokument Policy Paper statusu strategii zintegrowanej.	Ministerstwo Zdrowia Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia Ministerstwo Rozwoju	Stworzenie przez KS matrycy, wskazującej sposób agregowania poszczególnych wskaźników z różnych województw i PD oraz przypisania ich do Policy Paper – np. na podstawie najczęściej powtarzających się wskaźników. Przykłady wskaźników opisano w raporcie w *Tabeli 6. Propozycje wskaźników*. Dodatkowo dokument Policy Paper powinien uzyskać status strategii	30 czerwca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna strategiczna

				zintegrowanej, co oznaczałoby wprowadzenie zmian w systemie zarządzania rozwojem kraju. W związku z powyższym kwestia ta powinna zostać uwzględniona w toku realizacji badania ewaluacyjnego pt. *Ewaluacja ex ante projektów 9 strategii rozwoju* (w zakresie przedmiotowym) ogłoszonego przez Ministerstwo Rozwoju.		
3	Jak wskazano w raporcie cząstkowym, choć PD są spójne z regionalnymi mapami potrzeb, to wobec tego, że mapy nie są jedyną podstawą dla kontraktowania świadczeń medycznych, istotne znaczenie ma tu także dysponowanie określonymi środkami oraz znajomością uwarunkowania lokalnego rynku pracy, a także możliwością udzielania świadczeń medycznych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Można zakładać, że wprowadzenie podmiotów zewnętrznych do prac KS (w tym także społecznych, np. organizacji zrzeszających profesjonalistów medycznych nieposiadających statusu samorządu zawodowego) pozwoliłoby na lepsze dostosowanie PD do oczekiwań regionów. Jest to szczególnie istotne w kontekście obszaru ryzyka związanego z brakiem kadr wymaganych do realizacji projektu. Uwzględnienie dodatkowych interesariuszy pozwoli przeciwdziałać temu ryzyku (upewnić się, że deklarowana do projektu	W celu zwiększenia skuteczności PD zaleca się rozszerzenie instytucji włączonych w skład KS o podmioty, współkształtujące politykę kadrową w zawodach medycznych, czyli samorządy zawodowe lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, organizacje zrzeszające dietetyków, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego. Rekomendowane jest, aby podmioty te miały status obserwatora w ramach KS.	Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia Minister Rozwoju i Finansów	Wydanie przez Ministra Rozwoju i Finansów decyzji zmieniającej decyzję w sprawie powołania podkomitetu do spraw zdrowia na lata 2014-2020[60] - w zakresie dodatkowych podmiotów o statusie stałych obserwatorów, z prawem do zgłaszania uwag i prezentowania swojego stanowiska, jednakże bez prawa udziału w głosowaniu. Dodatkowe podmioty powinien zarekomendować KS na najbliższym organizowanym posiedzeniu.	31 marca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna

[60] Pierwszą decyzję (Decyzja nr 4) zmieniającą *decyzję w sprawie powołania podkomitetu do spraw zdrowia na lata 2014-2020* Minister Rozwoju i Finansów podjął 16.11.2016 roku.

	kadra może być rzeczywiście wykorzystana, jest dostępna). **Szczegółowe informacje znajdują się na 55 stronie raportu.**					
4	Badanie wykazało wysoki stopień transparentności, aktualności oraz dostępności materiałów na portalu Baza Wiedzy o Funduszach Europejskich (dla uczestników Komitetu Sterującego) oraz wszystkich zainteresowanych na stronie internetowej: http://zdrowie.gov.pl. **Szczegółowe informacje znajdują się na 59 stronie raportu.**	Wskazanie transparentności oraz wysokiego stopnia aktualności materiałów na portalu Baza Wiedzy (dla uczestników Komitetu Sterującego) jako dobrej praktyki. Propagowanie transparentności oraz wysokiego stopnia aktualności oraz dostępności do materiałów na portalu Baza Wiedzy (dla uczestników prac w ramach Komitetu Sterującego) w pracach innych gremiów w zakresie innych obszarów tematycznych	Ministerstwo Rozwoju Komitet do spraw Umowy Partnerstwa Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Propagowanie transparentności oraz wysokiego stopnia aktualności oraz dostępności do materiałów na portalu Baza Wiedzy (dla uczestników Komitetu Sterującego) w pracach innych gremiów w zakresie innych obszarów tematycznych. W tym celu konieczna jest prezentacja dobrych praktyk przez kierownictwo (przewodniczącego lub zastępcę przewodniczącego) *Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia* w tym zakresie w ramach obrad *Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa* (jako głównego organu wspierającego Ministra Rozwoju i Finansów w procesie koordynacji wykorzystania środków Unii Europejskiej, zgodnie z przyjętymi przez Polskę zobowiązaniami) oraz *Komitetu Koordynacyjnego ds. Polityki Rozwoju* (jako głównego organu odpowiedzialnego za monitoring realizacji Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju). Pozwoli to na maksymalną dyfuzję wiedzy oraz dobrych praktyk w instytucjach administracji publicznej.	31 marca 2018 roku	rekomendacja horyzontalna operacyjna

5	Konieczne jest dodatkowe wsparcie dla opiekunów programów operacyjnych w MZ jako kluczowych osób w procesie pracy nad Planami Działań (zwłaszcza w zakresie intensywnych kontaktów roboczych na linii: MZ – samorządy województw). **Szczegółowe informacje znajdują się na 23-26, 58, 63 i 84 stronie raportu.**	Opiekunowie programów operacyjnych w MZ powinni zostać objęci systemem intensywnych szkoleń odpowiadających zakresem pełnionych przez nich obowiązków oraz uzyskać większą autonomię w kontekście wykonywanych analiz na potrzeby KS (m.in. poprzez uzyskanie większego dostępu i możliwości raportowania w systemie SL2014)	Ministerstwo Zdrowia Ministerstwo Rozwoju Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Ministerstwo Rozwoju powinno zapewnić dostęp do systemu SL wszystkim opiekunom programów operacyjnych w MZ (w zakresie programów operacyjnych obejmowanych procesem koordynacji w sektorze zdrowia: PO IiŚ, PO WER, RPO, PO PC), co umożliwi samodzielne przygotowywanie raportów dostosowanych do indywidualnych potrzeb analitycznych. Dodatkowo rekomendujemy, aby zabezpieczone zostały środki na bieżące szkolenia dla opiekunów (pracowników MZ) odpowiadające zakresowi pełnionych przez nich obowiązków. Treść szkoleń powinna zostać uzgodniona przez kierownictwo Komitetu Sterującego (przewodniczącego i/lub zastępcę przewodniczącego) z opiekunami i wpisywać się w zidentyfikowane przez opiekunów potrzeby w tym zakresie (w pierwszej kolejności szkolenie powinno dotyczyć korzystania z systemu SL2014).	31 marca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna
6	Narodowe Centrum Badań i Rozwoju ogłasza liczne konkursy w obszarze zdrowia w ramach PO WER oraz PO IR, m.in. programy podnoszenia kompetencji kadr medycznych w uczelniach medycznych, programy poprawy jakości kształcenia na kierunkach medycznych i inne. Choć nie są one bezpośrednio dedykowane temu obszarowi (np. w przypadku PO WER są to konkursy w ramach III Osi Priorytetowej,	Włączenie do prac *Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia* przedstawicieli Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Pozwoli to m.in. lepiej zidentyfikować projekty w obszarze zdrowia	Narodowe Centrum Badań i Rozwoju Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Aktualizacja składu *Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia* poprzez włączenie w prace komitetu przedstawicieli (minimum 2) Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, którzy pełniliby funkcję członka oraz stałego zastępcy (lub ewentualnie funkcję stałego obserwatora).	31 marca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna

	Działania 3.1. *Kompetencje w szkolnictwie wyższym*, oraz Działania 3.5. *Kompleksowe programy szkół wyższych*) to koncentrują się na zagadnieniach zdrowia. W celu lepszej koordynacji tych konkursów z innymi realizowanymi działaniami w obszarze zdrowia konieczne jest włączenie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju do prac Komitetu Sterującego. **Szczegółowe informacje znajdują się na 55 stronie raportu.**	realizowane ze środków PO WER oraz PO IR, które nie są jednak bezpośrednio dedykowane temu obszarowi.				
7	Konieczne jest zwiększenie użyteczności PD dla instytucji biorących udział w ich opracowywaniu poprzez sformalizowanie systemu monitoringu / sprawozdawczości realizacji celów PD w kontekście zadań Komitetu Sterującego. Konieczne jest również rozszerzenie sprawozdawczości, tak aby nie ograniczała się ona jedynie do oceny postępu finansowego (jak ma to miejsce w ramach sprawozdań rocznych). **Szczegółowe informacje znajdują się na 34, 35, 62- 64, 84 i 85 stronie raportu.**	Rekomendowane jest rzetelne opracowywanie danych na temat wskaźników realizacji projektów przez IŻ oraz IP, a następnie przekazywanie ich do KS/MZ w celu realizacji zbiorczych analiz. Umożliwiłoby to prowadzanie m.in. analiz porównawczych w ujęciu regionalnym, których wyniki mogłyby być prezentowane w czasie obrad KS.	Ministerstwo Zdrowia Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia IZ RPO / IP PO WER / IP PO IiŚ	Rekomendowane jest wprowadzenie bardziej sformalizowanej (od obecnie funkcjonującej) sprawozdawczości. Konieczne jest podjęcie na forum KS dyskusji zainicjowanej przez przedstawicieli MZ w zakresie stosowanych zmian w tym zakresie w regulaminie KS. Rekomendujemy, aby w regulaminie wprowadzono obowiązek sprawozdawczości przez IZ RPO / IP PO WER / IP PO IiŚ do KS z częstotliwością półroczną (dane przekazywane będą według stanu na dzień 1 stycznia oraz 30 czerwca) w terminie 10 dni roboczych od ww. terminów, a zakres tej sprawozdawczości obejmował: (i) **dane wskaźnikowe** (nazwa wskaźnika, rodzaj wskaźnika, wartość bazowa, wartość docelową, sposób [jednostką] pomiaru) z uwzględnieniem wartości osiągniętych, stanu realizacji wskaźnika (wartość	30 czerwca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna

				w %) na dzień przygotowania zestawienia w podziale na PI; (ii) **dane konkursowe** (liczba ogłoszonych / rozstrzygniętych konkursów / liczba umów podpisanych na dofinansowanie projektu) w podziale na PI. Dodatkowo konieczne jest zobligowanie beneficjentów (np. wraz ze składaniem wniosków o płatność) do działań sprawozdawczych pozwalających przygotować ww. zestawiania w ramach rekomendowanych terminów.		
8	Jako dobrą praktykę w zakresie skuteczności przyjmowanych PD i równocześnie samej procedury przyjmowania PD można przyjąć popularyzowanie telekonferencji, które funkcjonują w sektorze biznesu, ale także w organach decyzyjnych (na nich opiera się głównie proces podejmowania decyzji w instytucjach Unii Europejskiej). Wówczas istnieje możliwość przedstawienia wszystkich niezbędnych argumentów wszystkim uczestnikom konferencji, równocześnie można zaprosić na takie posiedzenie lokalnych ekspertów i interesariuszy, odpowiedzialnych za finansowanie projektowanych pomysłów, jak również zgodnie z regułami przeprowadzić głosowanie. **Szczegółowe informacje znajdują się na 56, 57 i 60 stronie raportu**	Organizowane telekonferencji jako sposobu poprawy komunikacji w procesie uzgadniania Planów Działań. Pozwoli to na większe zaangażowanie interesariuszy oraz sprawi, że proces stanie się jeszcze bardziej transparentny.	Ministerstwo Zdrowia IZ RPO	Rekomendowane jest stosowanie telekonferencji w ramach współpracy Sekretariatu KS z innymi instytucjami zaangażowanymi w prace Komitetu (przede wszystkim samorządami województw) – przede wszystkim w procesie uzgadniania Planów Działania w sektorze zdrowia. Organizowanie telekonferencji będzie wymagać doposażenia w niezbędny sprzęt audiowizualny, jak również przyjęcia stosownych zmian w Regulaminie KS, zapewniających ważność takiej procedury.	30 czerwca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna

9	W części formularza PD dotyczącej fiszki konkursowej oraz projektu pozakonkursowego wymagane jest wskazanie danych kontaktowych osoby do kontaktów roboczych w instytucji składającej PD. Takie samo pole figuruje w części ogólnej formularza PD. Można jednakże przyjąć, że dane zawarte w informacji ogólnej oraz w części konkursowej i dotyczącej projektów pozakonkursowych są ze sobą połączone w jeden plik, zatem niepotrzebne jest powtarzanie w kilku fiszkach danych osoby kontaktowej, ponieważ stanowi to element strony/arkusza „informacje ogólne”. Jednocześnie, w wyniku warsztatu podsumowującego pierwszy etap badania ewaluacyjnego podkreślono, że Załącznik nr 1 zawiera wiele zbędnych i niepotrzebnych danych, które nie są wykorzystywane przez KS oraz MZ. Ponadto ich gromadzenie stanowi duże obciążenie dla regionów. **Szczegółowe informacje znajdują się na 29-32 i 86 stronie raportu.**	Należy na forum KS podjąć dyskusję dotyczącą zmiany wzoru formularza PD – w celu jego uproszczenia, a także Załącznika nr 1 do PD - w celu jego uproszczenia, a także bardziej trafnego wykorzystania informacji tam zawartych do celów koordynacji. Wprowadzenie ww. zmian oznaczać może aktualizację *Instrukcji wypełniania Planu działań w sektorze zdrowia*.	Ministerstwo Zdrowia Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Podjęcie na forum KS, dyskusji zainicjowanej przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia (np. opiekunów programów operacyjnych w MZ) w zakresie: 1) usunięcia w arkuszu „konkurs” oraz „projekt pozakonkursowy” następującej rubryki: *Dane kontaktowe osoby (osób) w instytucji składającej Plan działań do kontaktów roboczych (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, stanowisko, tel., e-mail)* i pozostawienie jej tylko w arkuszu „informacje ogólne”; 2) usunięcia następujących kolumn z Załącznika nr 1 do PD: ✓ identyfikator / numer umowy o dofinansowanie; ✓ lokalizacja działania/projektu//programu/ (z wyjątkiem województwa); ✓ działania planowane/realizowane w ramach przedsięwzięć (główne rezultaty); ✓ dofinansowanie UE [PLN] 3) wprowadzenia do wzoru Załącznika nr 1 do PD pola zawierającego dodatkowe informacje w zakresie zgodności merytorycznej poszczególnych	31 marca 2018 r.	rekomendacja horyzontalna operacyjna

				programów / działań / projektów opisywanych w tym załączniku z naborami konkursowymi / projektami pozakonkursowymi, dofinansowanymi przez IŻ / IP ze środków europejskich, wykazanymi we właściwych fiszkach PD. W przypadku, gdy ww. zmiany zostaną zaakceptowane, konieczna będzie aktualizacja *Instrukcji wypełniania PD w sektorze zdrowia przez KS*.		

5. Załączniki

5.1. Matryca spójności wewnętrznej

Matryca spójności wewnętrznej - załącznik nr 1 (plik Excel) do raportu cząstkowego.

5.2. Matryca analizy wskaźników

Matryca analizy wskaźników – załącznik nr 2 (plik Excel) do raportu cząstkowego.